

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 in General Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. sayariraniaca@gmail.com

 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. (Corresponding Author)

 3. Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. mirhashemimalek@gmail.com

Abstract

Receive Date:
15/12/2024

Accept Date:
22/04/2025



Introduction: Transitioning into old age is a significant milestone that can profoundly impact health behaviors, overall health, and quality of life. This study aims to examine the structural model of loneliness and social isolation in the elderly, focusing on the roles of lifestyle and self-efficacy, with perceived social support as a mediating factor.

Method: This study employed a descriptive research method with a correlational design, specifically utilizing structural equation modeling (SEM). The study population comprised elderly individuals aged over 60 years residing in nursing homes in Tehran during 2022 and 2023. A sample of 300 elderly residents was selected through a multi-stage random sampling technique. Loneliness was measured using the DiTommaso Loneliness Questionnaire (2004), social isolation was assessed with the Lubben Social Network Scale for the elderly (1988), lifestyle was evaluated using the Iranian Elderly Healthy Lifestyle Questionnaire developed by Eshaghi et al. (2009), self-efficacy was measured by the General Self-Efficacy Scale (GSE-17) by Sherer et al. (1982), and perceived social support was assessed using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) by Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1998). Data analysis was conducted using SEM with AMOS software.

Results: The total path coefficients between lifestyle ($P = 0.001$, $\beta = -0.520$) and self-efficacy ($P = 0.001$, $\beta = -0.329$) with social isolation were 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 coefficients between lifestyle ($P = 0.001$, $\beta = -0.200$) and self-efficacy ($P = 0.001$, $\beta = -0.129$) with social isolation were negative and significant.

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

Keywords

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

Corresponding
Author's E-mail

sibashardoust@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Aging is considered the final stage of life, characterized by the cessation of work and a reduction in typical daily activities. It is a significant life phase and a biological-social phenomenon experienced by humans. This period marks a transition during which an individual, having stepped away from a role they have held for many years, is expected to experience peace and comfort. However, due to unfamiliarity with this new phase, individuals may encounter anxiety and confusion. After years of professional life, this transition can have significant psychological and emotional effects. The experience of aging varies widely among individuals and can sometimes be contradictory. Some people view aging as the individuals to focus on different roles in their lives and engage in personal interests or leisure activities. Consequently, aging and retirement from the workforce can be seen as a release from mandatory work obligations, providing a period of rest, tranquility, and enjoyment in a new and rewarding phase of life. Understanding the interrelationships among 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 serving as a mediator among the elderly.

Method

This study employs a descriptive and correlational design. Based on its objectives, it is classified as applied research. The study population comprises elderly individuals aged 60 and above residing in nursing homes in

Tehran during 2021 and 2022. Due to the lack of precise data on the number of elderly residents in Tehran's nursing homes, a multi-stage random sampling method was utilized. Following Cramér's rule, which recommends a minimum of 40 participants per predictor variable for structural models, and considering the potential for 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 assessed social isolation in the elderly; the Iranian Elderly Healthy Lifestyle Questionnaire by Eshaghi et al. (2009) evaluated lifestyle; the General Self-Efficacy (GSE-17) Scale by Sherer et al. (1982) measured self-efficacy; and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) by Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1998) assessed perceived social support. Data analysis was conducted using structural equation modeling (SEM) with 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	–
χ^2/df	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 indices obtained from the Confirmatory Factor Analysis (CFA) support an acceptable fit of the measurement model to the collected data. Given the importance of these two indices, further evaluation of the model was conducted by adding covariance between the errors of two indicators, stress management and social relationships, within the lifestyle construct. This modification resulted in acceptable goodness-of-fit indices for the measurement model. Among the indicators, the highest factor loading was for 'support from friends' ($\beta = 0.839$), while the lowest was for 'exercise' ($\beta = 0.444$). Since all factor loadings exceeded 0.32, it can be concluded that all indicators had sufficient power to measure the latent variables in this study.

Structural Model: After evaluating the measurement model fit, the goodness-of-fit indices for the structural model were estimated and assessed in the second phase. The structural model hypothesized that lifestyle and self-efficacy, mediated by perceived social support, would predict social isolation in older adults. All goodness-of-fit indices obtained from the structural model analysis indicate that the model fits the collected data acceptably.

Conclusion

The present study aimed to examine the fit of a structural model of loneliness and social isolation based on lifestyle and self-efficacy, with perceived social support as a mediating factor in older adults. The results of the statistical analyses assessing this model demonstrated that the collected data fit the model well. The goodness-of-fit indices indicated that the model was appropriate for explaining and representing the data. Therefore, it can be concluded that loneliness and social isolation can be effectively explained and analyzed based on lifestyle and self-efficacy, mediated by perceived social support. A significant relationship was found between loneliness and social isolation and the variables of lifestyle, self-efficacy,

and perceived social support. Regarding recommendations for future research to advance 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 to foster extensive networking, encouraging active participation and engagement among elderly individuals by leveraging their diverse capabilities and potentials. Furthermore, comprehensive educational programs should be developed to promote healthy lifestyles among the elderly. Such programs could focus on disease prevention, physical activity, 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 a draft of the 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.

Acknowledgments: 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.

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.

sayariraniaca@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استاد گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. mirhashemimalek@gmail.com

چکیده

مقدمه: انتقال به دوره سالمندی، نقطه عطف مهمی در زندگی است که می‌تواند تأثیر قابل توجهی در رفتارهای بهداشتی، سلامتی و کیفیت زندگی افراد داشته باشد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی برازش مدل ساختاری «احساس تنهایی» و «انزوای اجتماعی» در سالمندان براساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجی‌گری ادراک حمایت اجتماعی انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی از نوع معادلات ساختاری است. جامعه آماری را سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن در سرای سالمندان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ تشکیل دادند. ۳۰۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

احساس تنهایی دی توماسو و همکاران (۲۰۰۴)؛ انزوای اجتماعی در سالمندان لوین (۱۹۸۸)؛ سبک زندگی سالم در سالمندان ایرانی توسط اسحاقی و همکاران (۱۳۸۸)؛ خودکارآمدی عمومی (GSE-17) و شرر و همکاران (۱۹۸۲) و حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۹۸).

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل ساختاری (SEM) و با بهره‌گیری از نرم‌افزار AMOS انجام گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش عبارتند از: ضریب مسیر کل بین سبک زندگی ($\beta = -0.520$, $P = 0.001$) و خودکارآمدی ($P = 0.001$)، با انزوای اجتماعی منفی و معنادار؛ ضریب مسیر بین حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی نیز منفی و معنادار ($\beta = -0.329$, $P = 0.001$)؛ همچنین، ضریب مسیر غیر مستقیم بین سبک زندگی ($\beta = -0.200$, $P = 0.001$) و خودکارآمدی ($\beta = -0.129$, $P = 0.001$) با انزوای اجتماعی منفی و معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: ادراک حمایت اجتماعی به صورت معناداری نقش میانجی بین سبک زندگی و خودکارآمدی با انزوای اجتماعی سالمندان را ایفا می‌کند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۰۹/۲۵

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۰۲/۰۲



کلیدواژه‌ها

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

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

sibashardoust@yahoo.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

سالمندی به عنوان مرحله پایانی زندگی با توقف فعالیت شغلی و از دست رفتن فعالیت‌های مرسوم مشخص می‌شود. سالمندی، موقعیتی مهم و پدیده‌ای زیستی - اجتماعی است که در چرخه زندگی انسانی به رخ می‌دهد؛ در این دوران، فرد از ایفای نقشی که سال‌ها بر عهده داشته فاصله می‌گیرد و انتظار می‌رود به آرامش و آسایش دست یابد. با این حال، آشنایی نبودن فرد با نقش جدید ممکن است فرد را دچار اضطراب و سرگردانی کند و بعد از سال‌ها فعالیت شغلی او را از نظر روانی و عاطفی تحت تأثیر قرار دهد.

تجربه سالمندی ممکن است برای افراد، ویژگی‌های متفاوت و گاه متضادی داشته باشد. گروهی بر این باورند که سالمندی، دوره‌ای طلایی در زندگی است که فرصتی برای توجه به نقش‌های دیگر و پرداختن به دغدغه‌های شخصی یا فعالیت‌های تفریحی فراهم می‌سازد. در نتیجه، سالمندی و خروج فرد از بازار کار به معنای رهایی از فعالیت شغلی و بهره بردن از آرامش و آسایش در دوره جدید است. از سوی دیگر، همچنانکه مطالعات اسپتو^۱ و همکاران [۱] نشان داده است، برخی افراد، سالمندی را تجربه‌ای همراه با احساس طردشدگی یا خروج اجباری از مشارکت اجتماعی تعریف می‌دانند. این گروه خروج از بازار کار را به معنای از دست رفتن حس هویت شغلی و محرومیت از فعالیت‌های معنابخش تلقی می‌کنند. این احساس ممکن است به طردشدگی ناخواسته افراد یا گروه‌ها از فرایندهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی منجر شود و مانع مشارکت کامل فرد آنها در جامعه گردد.

مورای^۲ [۲] نیز تصریح کرده است که انتقال به دوره سالمندی، نقطه عطفی مهم در زندگی به شمار می‌رود و می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر رفتارهای بهداشتی، سلامتی و کیفیت زندگی افراد داشته باشد. در واقع، سالمندی می‌تواند یک فشار روانی یا حالت تسکین دهنده برای سالمندان باشد. احساس درماندگی، شکست، احساس پیری و بطلان، می‌تواند باعث افزایش شکایات جسمانی، اضطراب، مشکلات خواب، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی شود.

نتایج مطالعه لی^۳ و همکاران [۳] نیز نشان داده است

که سالمندی ناگهانی و غیرارادی منجر به افزایش مشکلات حرکتی، فعالیت‌های روزانه، افزایش بیماری‌ها و کاهش سلامت روانی شود و به تعویق انداختن این انتقال به سنین بالاتر می‌تواند به کاهش مشکلات بهداشتی و افزایش بهزیستی منجر شود.

یکی از عوامل تأثیرگذار 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 یکی از معضلات عصر جدید به خصوص در قشر آسیب‌پذیر سالمندان، وابسته به چندین عامل فردی و اجتماعی است که می‌تواند در افراد یا جوامع مختلف، نمودهای متفاوتی داشته باشد. انزوای اجتماعی، 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 به معنای زندگی بدون مصاحبت، فقدان افراد مهم در زندگی، نبود مناسبات مشترک، کاهش اعتماد و حرکت به سمت بحران‌ها و گسست در ارتباطات عینی و شبکه‌های اجتماعی است. مفهوم انزوای اجتماعی یا فقدان و ضعف پیوندهای فرد با سایر افراد، گروه‌ها و جامعه تعریف شده است و ابعاد آن در سه سطح روابط خانوادگی، روابط محلی و سرمایه اجتماعی بررسی می‌شود.

1. Steptoe.
2. Murray.
3. Lee.

روابط معنادار منجر به تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و روانی فرد باشد. چنین افرادی معمولاً احساس تنهایی می‌کنند و این امر اغلب منجر به کمبود اعتمادبه‌نفس، مشکلات فردی جدی مانند افسردگی، مشکلات اجتماعی و علائم بیماری‌های جسمانی می‌شود.

یکی از مؤلفه‌های مؤثر در دوره سالمندی سبک زندگی است. 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 انگیزشی است که به افراد کمک می‌کند تا اهداف روشنی برای خود تعیین کنند، مسیرهای متعددی برای رسیدن به این اهداف بسازند و بر موانع و چالش‌ها در مسیر تحقق اهداف 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 تأثیرگذار بر سلامت روان سالمندان، خودکارآمدی^۶ است. به گفته آلبرت بندورا [۱۶] خودکارآمدی عبارت است از اعتقاد و باور به قابلیت‌های 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^۷ است. سیستم خود، از نگرش‌ها، توانایی‌ها و مهارت‌های شناختی فرد تشکیل شده است و در نحوه درک ما از موقعیت‌های

پیامدهای انزوای اجتماعی از یک سو کاهش حس تعلق و تعهد اجتماعی، افت اعتماد اجتماعی و ضعف در رعایت هنجارهاست و از سوی دیگر منجر به افزایش محرومیت اجتماعی، یاس، خودکشی، انفعال اجتماعی می‌شود. افراد برای زندگی و بقا و کارکرد بهینه به یکدیگر وابسته هستند؛ و این موضوع حمایت اجتماعی را پیش‌نیاز اصلی و اساسی برای بقا و در کنار یکدیگر ماندن مطرح می‌کند [۹].

در سالمندان، عدم تمایل برای خروج از منزل، خواب‌آلودگی، احساس درد و گرفتگی عضلات و کم‌اشتهایی از دلایل انزوای سالمندان است. از سوی دیگر، کاهش روابط اجتماعی منجر به افسردگی، تنهایی و کاهش کیفیت زندگی در سالمندان می‌گردد. تمایل به روابط صمیمانه، نیازی بنیادین در تمام مراحل زندگی انسان‌ها از زمان تولد تا مرگ است. افرادی که از داشتن روابط مثبت، پایدار و بااهمیت بی‌بهره‌اند، معمولاً نارضایتی، محرومیت و درنهایت احساس تنهایی و انزوا را تجربه می‌کنند [۱۰].

نتایج مطالعه هنریش و گولان^۱ [۱۱]، نشان داده است که حمایت خانوادگی و اجتماعی، نقش مهمی در کاهش خطر تنهایی و انزوا سالمندان چینی دارد. همچنین، تحقیق تیلور^۲ و همکاران [۱۲] نشان داد که انزوای اجتماعی در میان مردان و افراد مسن‌تر و کسانی که مشارکت‌های گروهی کمتری در گروه‌های اجتماعی دارند بیشتر است. رابطه 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] بر روی سالمندان آمریکایی نشان داد که گرچه انزوای اجتماعی با دیسترس روانی رابطه معناداری ندارد، اما با علائم افسردگی همراه است.

انزوای اجتماعی با طیف وسیعی از مشکلات بهداشتی در زندگی ارتباط دارد. افرادی که دچار انزوای اجتماعی هستند، بیشتر در معرض خطر بیماری قلبی-عروقی سکنه مغزی، افسردگی، زوال عقل و مرگ زودرس قرار می‌گیرند. نتایج مطالعه‌ای حاکی از آن است طرد اجتماعی و فقدان

4. Silverman.
5. Kapadia.
6. Self-Efficacy.
7. Self-System.

1. Heinrich and Gullone.
2. Taylor.
3. Matthews.

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 است. 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 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. پرسش 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 - 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 کرامر که به ازای هر متغیر پیش بین ۴۰ 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

مختلف و همچنین رفتار ما در واکنش به این موقعیت‌ها نقشی اساسی دارد. بندورا این باور را پایه 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 باشد. با این حال، همچنانکه ژائو^۱ و همکاران [۱۸] نیز ابراز داشته‌اند، صرفاً شدت واکنش‌های فیزیکی و احساسی اهمیتی ندارد بلکه نحوه درک و تفسیر این واکنش‌ها است که بر حس خودکارآمدی تأثیر می‌گذارد.

ادراک حمایت اجتماعی نیز از دیگر مؤلفه‌هایی 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 رضایت‌مندی آنان از زندگی است. به طور کلی مؤلفه‌های سبک زندگی، حمایت اجتماعی و مدت اقامت سالمندان در سرای سالمندان از طریق متاثر ساختن متغیرهای واسطه‌ای احساس تنهایی، توانایی تسلط بر زندگی، استقلال، قدرت تصمیم‌گیری، مدیریت خود، روابط اجتماعی و احساس ارزشمندی رضایت‌مندی سالمندان را تبیین می‌کنند [۱۹]. کوکان^۲ و همکاران [۲۰] در پژوهش خود به بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر اوهایو آمریکا پرداختند. از بین مؤلفه‌های هشت‌گانه مقایسه شده در سالمندان این‌گونه نتیجه گرفته شد که سبک زندگی سالمندان در حد بالاتر از متوسط است. همچنین بین سن و نمرات سلامت جسمی و

1. Sanders-Reio.

2. Nicpon.

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 برای سنجش احساس تنهایی در بزرگسالان طراحی شده است، ۱۵ گویه دارد که سه بعد احساس تنهایی اجتماعی (گویش‌های ۱، ۵، ۹، ۱۲ و ۱۵)، خانوادگی (گویش‌های ۲، ۴، ۷، ۱۱ و ۱۴) و رمانتیک (گویش‌های ۳، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۵) را مورد سنجش قرار می‌دهد. هر بُعد 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 تأیید نموده‌اند. پایایی این ابزار نیز به روش آلفای کرونباخ، بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران، روایی مقیاس از سوی جوکار و همکاران [۲۲]، به روش تحلیل عاملی اکتشافی، تأیید شده است. پایایی نیز در سه بعد اجتماعی، خانوادگی و عاطفی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۷۸ و ۰/۸۴ به دست آمده است.

۲. پرسشنامه سنجش انزوای اجتماعی سالمندان

لوبن^۲: این پرسشنامه برای اندازه‌گیری انزوای اجتماعی در سالمندان طراحی شده است و شامل دوازده پرسش با لیکرت ۵ درجه‌ای 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 ۰/۹۰ تا ۰/۹۶ 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] تأیید شده و پایایی آن نیز بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آمده است. این پرسشنامه

دارای ۴۶ پرسش است که چند حیطه پیشگیری (۱۵) پرسش)، فعالیت جسمی، ورزش، تفریح و سرگرمی (۵) پرسش)، تغذیه سالم (۱۴ پرسش)، مدیریت تنش (۵) پرسش)، روابط اجتماعی و بین فردی (۷ پرسش) را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس پاسخ‌گویی این پرسشنامه شامل مقیاس تکرار عمل و مقیاس‌های چندگزینه‌ای (تک پاسخ یا چند پاسخی) است. در هر پرسش 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 ۰/۸۶ و ۰/۷۱ 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 انجام گرفت با ۱۵۰ شرکت‌کننده که در بخش درمان الکلی‌ها در یک بیمارستان بستری بودند. 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 ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و از روش نیمه کردن گاتمن، برابر ۰/۷۵ است.

۵. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده

(MSPSS): در سال ۱۹۸۸م 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^۳ [۳۰] پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده،

1. DiTommaso.

2. Lubben.

3- Stenberg and Hjelm.

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

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

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
سبک زندگی - پیشگیری	-										
سبک زندگی - تغذیه	۰/۴۸**	-									
سبک زندگی - ورزش	۰/۳۰**	۰/۴۱**	-								
سبک زندگی - مدیریت استرس	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۰/۲۴**	-							
سبک زندگی - روابط اجتماعی	۰/۴۷**	۰/۳۰**	۰/۱۴*	۰/۵۷**	-						
خودکارآمدی	۰/۴۱**	۰/۲۱**	۰/۲۸**	۰/۱۵**	۰/۱۰*	-					
حمایت اجتماعی - حمایت دوستان	۰/۵۰**	۰/۳۴**	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۲۵**	۰/۵۰**	-				
حمایت اجتماعی - حمایت خانواده	۰/۴۷**	۰/۲۷**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۱۹**	۰/۴۸**	۰/۶۹**	-			
حمایت اجتماعی - حمایت دیگران	۰/۴۳**	۰/۳۳**	۰/۲۲**	۰/۲۸**	۰/۱۵**	۰/۴۲**	۰/۶۲**	۰/۶۰**	-		
انزوای اجتماعی - دوستان	۰/۴۰**	۰/۲۸**	۰/۲۱**	۰/۱۹**	۰/۱۲*	۰/۳۷**	۰/۳۹**	۰/۳۹**	۰/۴۴**	-	
انزوای اجتماعی - خانواده	۰/۴۸**	۰/۳۹**	۰/۲۵**	۰/۲۱**	۰/۲۱**	۰/۴۸**	۰/۴۷**	۰/۴۱**	۰/۵۰**	۰/۵۸**	-
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 < ۰/۰۱ **، P < ۰/۰۵ *										

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 مفروضه های نرمال بودن و همخطی بودن

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

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 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 تأییدی، 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 تمام مؤلفه‌ها در محدوده ± 2 قرار دارد. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک‌متغیری در بین داده‌ها، برقرار است (رک کلاین، 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 مهلنوبایس»^۱ استفاده شد. مقادیر چولگی و کشیدگی اطلاعات مربوط به فاصله مهلنوبایس 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^۲ مورد بررسی قرار گرفت

1 . Mahalanobis Distance (D).

2 . Standardized Residuals.

3 . Maximum Likelihood.

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 اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

ب. مدل ساختاری: به دنبال ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، در مرحله دوم شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری چنین

جدول ۴ نشان می‌دهد که به استثنای دو شاخص برازندگی RMSEA و χ^2/df دیگر شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گراوری 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

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری

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

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

اثر	مسیر	b	S.E	β	p
مستقیم	خودکارآمدی ← حمایت اجتماعی	۰/۰۸۷	۰/۰۱۵	۰/۳۴۷	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی ← انزوای اجتماعی	-۰/۰۴۱	۰/۰۱۵	-۰/۲۰۱	۰/۰۰۴
	سبک زندگی ← حمایت اجتماعی	۰/۲۲۱	۰/۰۳۱	۰/۵۳۹	۰/۰۰۱
	سبک زندگی ← انزوای اجتماعی	-۰/۱۰۶	۰/۰۳۳	-۰/۳۲۱	۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی ← انزوای اجتماعی	-۰/۲۹۹	۰/۰۸۵	-۰/۳۷۰	۰/۰۰۱
غیرمستقیم ^۸	خودکارآمدی ← انزوای اجتماعی	-۰/۰۲۶	۰/۰۰۹	-۰/۱۲۹	۰/۰۰۱
	سبک زندگی ← انزوای اجتماعی	-۰/۰۶۶	۰/۰۲۰	-۰/۲۰۰	۰/۰۰۱
کل	خودکارآمدی ← انزوای اجتماعی	-۰/۰۶۷	۰/۰۱۴	-۰/۳۲۹	۰/۰۰۱
	سبک زندگی ← انزوای اجتماعی	-۰/۱۷۲	۰/۰۲۶	-۰/۵۲۰	۰/۰۰۱

۱. نقاط برش براساس دیدگاه کلاین [۳۱].

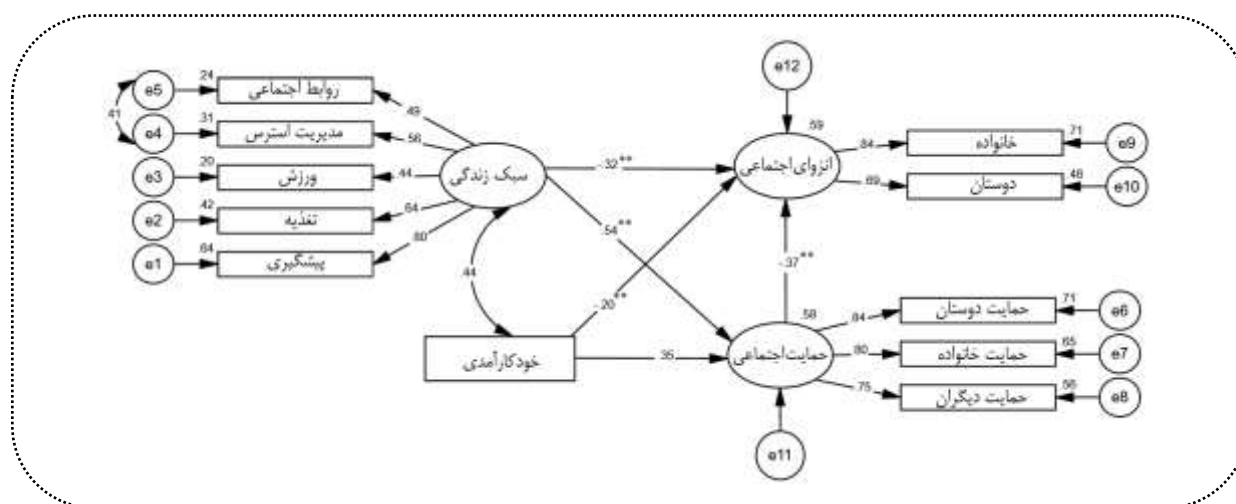
2. Chi-Square.
3. normed chi-Square.
4. Goodness Fit Index.
5. Adjusted Goodness Fit Index.
6. Comparative Fit Index.
7. Root Mean Square Error of Approximation.

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

منفی و معنادار بود ($\beta = -0.370$, $P = 0.001$). منطبق بر نتایج جدول ۴ ضریب مسیر غیر مستقیم بین سبک زندگی ($\beta = -0.200$, $P = 0.001$) و خودکارآمدی ($\beta = -0.129$, $P = 0.001$) با انزوای اجتماعی منفی و معنادار بود. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری 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 می‌کند. 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 می‌دهد.

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 ۵، نشان می‌دهد 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



شکل ۱. پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

حمایت اجتماعی در سالمندان روی متغیر ملاک، نشان داد که داده‌های گردآوری شده با مدل، از برازش مناسبی برخوردار است. نتایج بررسی برازش به دست آمده برای شاخص‌های تحقیق، نشان داد که روی هم‌رفته، مدل در راستای تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار می‌باشد. از این رو، می‌توان بیان داشت که احساس تنهایی و انزوای اجتماعی را می‌توان 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 پژوهش‌های دیگری نیز تأیید شده است. در این راستا و همسویی با یافته‌ها، باید به مطالعاتی از جمله مولمان و

شکل فوق نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای متغیر انزوای اجتماعی ۰/۵۹ به دست 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 می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

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 تحلیل‌های آماری در بررسی مدل ساختاری احساس تنهایی و انزوای اجتماعی براساس سبک زندگی و خودکارآمدی با میانجی‌گری ادراک

همکاران [۲۷]، اشتنبرگ و هیلیم [۳۰]، ژو و همکاران [۱۸] و جوکار و همکاران [۲۲] اشاره کرد.

بر این اساس، به‌نظر می‌رسد با مدرن شدن جوامع و تحولات اجتماعی، سبک زندگی نیز تغییر کرده و تنها در متن تغییرات فرهنگی مدرن و رشد فرهنگ، مصرف‌گرایی معنا یافته است و مصرف از اصلی‌ترین عناصر دنیای اجتماعی مدرن شده است. در جوامع مدرن، افراد، به‌ویژه سالمندان بیشتر به خود وابسته هستند و فرصت کمی برای برقراری ارتباط با پیوندهای اجتماعی سنتی دارند؛ این امر، به‌ویژه برای سالمندان که انزوای آن‌ها منجر به سبک زندگی انفرادی می‌شود، از اهمیت بیشتری برخوردار است. از سوی دیگر 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 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 تأثیرات مثبت خود بر خودکارآمدی، احساس تنهایی را کاهش دهد. در سالمندان، مداخلات مرتبط با حمایت خانواده درک شده می‌توانند باعث بهبود سریع خودکارآمدی در مراقبت از خود و کاهش علائم افسردگی شوند. بهبود خودکارآمدی در سالمندان می‌تواند احساس تنهایی را کاهش داده و بهزیستی ذهنی را افزایش دهد. با این حال، عامل جنسیت، تأثیری بر خودکارآمدی ندارد.

در واقع، سالمندی با عوامل اجتماعی جمعیت شناختی نامطلوب مانند بیهوش 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 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.

به طور کلی، به‌نظر می‌رسد که میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، خودکارآمدی و ادراک حمایت اجتماعی با احساس تنهایی و انزوای اجتماعی در سبک زندگی سالمندان رابطه معنادار وجود دارد. از طریق این متغیرها، می‌توان احساس تنهایی و انزوای اجتماعی سالمندان را پیش‌بینی، تحلیل و مدل‌سازی کرد. علاوه بر رابطه مستقیم میان متغیرهای پیش‌بین و ملاک، رابطه غیرمستقیم و با در نظر گرفتن متغیر میانجی نیز میان این متغیرها رابطه وجود دارد.

در ارتباط با پیشنهادهای پژوهش در راستای ارتقاء سطح مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود فضاهای ویژه‌ای برای تقویت خودکارآمدی سالمندان ایجاد شود. این فضاها باید با شبکه‌سازی گسترده برای جذب و فعال‌سازی مشارکت سالمندان، توانمندی‌ها و ظرفیت‌های مختلف این گروه را به کار گیرد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی گسترده‌ای برای سبک زندگی سالم در میان سالمندان ترویج یابد. این برنامه‌های آموزشی می‌تواند حول محور پیشگیری از بیماری‌های گوناگون، انجام فعالیت‌های ورزشی، تفریح و سرگرمی، تغذیه سالم، مدیریت تنش و نیز گسترش روابط اجتماعی و بین فردی در میان اقشار سالمند متمرکز شود. از سوی دیگر، با توجه به نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در بهبود زندگی سالمندان، پیشنهاد می‌شود که مداخلات درمانی و آموزشی از سوی خانواده‌ها و نیز نهادهای اجتماعی در این زمینه تقویت شود. افزایش حمایت‌های اجتماعی، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. اما

- 6- Velten, J., Bieda, A., Scholten, S., Wannemüller, A., & Margraf, J. Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, 2023; 18(1): 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5526-2>
- 7- Taylor, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., Chatters, L. Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health*, 2018; 30(2): 229-46. <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>
- 8- Smith, K. J., & 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. <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. <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 Woman International*, 2021; 13(12): 1082-96. <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.486096>
- 11- Henrich, L. M., Gullone, E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 2019; 26(3): 695-718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- 12- Taylor, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., and Chatters, L. Social isolation, depression and psychological distress among older adults. *Journal of Aging and Health*, 2020; 30(2): 229-46. <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>
- 13- Matthews, G. A., Nieh, E. H., Vander Weele, C. M., Halbert, S. A., Pradhan, R.V., Yosafat, A. S., et al. Dorsal raphe dopamine neurons represent the experience of social isolation. *Cell*, 2019; 164(4): 617-31. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.12.040>
- 14- Silverman, S. L., Minshall, M. E., Shen, W., Harper, K. D., 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. [https://doi.org/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)

با این حال، باید به این نکته نیز توجه داشت که نگرش سالمندان نسبت به حمایت اجتماعی و توانایی‌های خود در تأثیرگذاری حمایت اجتماعی نقش مهمی دارد. اگر نگرش سالمند نسبت به حمایت اجتماعی دریافت‌شده منفی باشد و آن را نشانه‌ای از ناتوانی یا درماندگی خود ببیند، یا آن را پرهزینه و تحقیرکننده بداند، یا اگر احساس کند که خودش قادر به انجام کارهایش است و نیازی به کمک دیگران ندارد، دریافت حمایت اجتماعی 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. <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. <https://doi.org/10.1192/S0007125000122767>
- 3- Lee, J. W., Nersesian, P. V., Suen, J. J., Mensah Cudjoe, T. K., Gill, J., Szanton, S. L., & Hladek, M. D. Loneliness is associated with lower coping self-efficacy among older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 2023; 42(2): 270-279. <https://doi.org/10.1177/07334648221129858>
- 4- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T., Pitkälä, K. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2024; 41(3): 223-33. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002>
- 5- Visser, M. A., 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. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw115>

- 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.
<https://doi.org/10.22067/jss.v12i1.17888>
[In Persian].
- 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.
https://www.researchgate.net/publication/304930542_Generalized_Self-Efficacy_Scale
- 26-Zimet, G. D, Dahlem, N. W., Zimet, S. G., Farley, G. K. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment, 1988; 52(1): 30-41.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- 27-Meuleman, E. M., van der Veld, W. M., Laceulle, O. M., van der Heijden, P. T., 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. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01859-7>
- 28-Chen, W. T., Huang, F., Shiu, C. S., Lin, S., Tun, M. S., new, T. W., Oo, Y. T. N., Oo, H. N. Can social support mediate stigma and perceived stress in people live with human immunodeficiency virus? AIDS Care, 2024; 36(2): 255-262.
<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.
<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.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19101-9>
- 31-Kline, R. B. Principles and practice of structural equation modeling, 2016; New York: Guilford.
<https://psycnet.apa.org/record/2015-56948-000>
- 15-Kapadia, F., Levy, M., Griffin-Tomas, M., Greene, R. E., Halkitis, S.N., 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.
<https://doi.org/10.1080/15381501.2016.1212295>
- 16-Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control, 2001; New York: W. H. Freeman.
<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 Investig Health Psychol Educ, 2023; 13(9): 1553-1568. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13090113>
- 18-Zhou, A., Liu, J., Xu, C., Jobe, M. C. 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. <https://doi.org/10.3390/bs14040318>
- 19-Simundic, A., Argento, A., Mettler, J., Heath, N. L. Perceived Social Support and Connectedness in Non-Suicidal Self-Injury Engagement. Psychol Rep, 2024; 21(3): 109-112.
<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.
<https://doi.org/10.1002/nop2.2087>
- 21-DiTommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. Social and Emotional Loneliness Scale for Adults--Short Version (SELSA-S) [Database record]. 2004; APA PsycTests.
<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.
<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. <https://civilica.com/doc/1889143/>
[In Persian].