

## احساس تنهایی در سالمندان: نقش مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی

هادی پناهی  
دانشگاه لرستان

✉ فضل اله میردريکوند  
دانشگاه لرستان

نسرین السادات حسینی رمقانی  
دانشگاه لرستان

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۹

دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۲۵

توجه و تمرکز بر متغیرهای پیش‌بین احساس تنهایی در سالمندان مقدمه‌ای برای درمان موفقیت‌آمیز احساس تنهایی و کاهش پیامدها و عوارض جدی آن است. در این راستا هدف این پژوهش، بررسی نقش مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان بود. طرح پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری را کلیه‌ی سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ۴۰ نفر از سالمندان ساکن منزل از مناطق مختلف شهر تهران انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس تجدید نظر شده احساس تنهایی راسل، پرسشنامه‌های مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی کوئین‌دام و حمایت اجتماعی وینفیلد، و مقیاس ۸ سؤالی ناتوانی عملکردی پرسشنامه‌ی سنجش سلامت استانفورد استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روش همبستگی گشتاوری پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد. نتایج روش‌های آماری، همبستگی‌های منفی و معناداری بین مهارت‌های ارتباطی و حمایت اجتماعی با احساس تنهایی و همبستگی مثبت و معناداری بین میزان ناتوانی عملکردی و احساس تنهایی نشان داد. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که ۴۸ درصد از واریانس احساس تنهایی از طریق مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی قابل پیش‌بینی است. نتایج این پژوهش نشان داد که مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی نقش معناداری در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان دارند. این یافته‌ها حاوی تلوایحات مهمی در خصوص اهمیت این متغیرها در تجربه احساس تنهایی سالمندان است.

کلیدواژه‌ها: احساس تنهایی، مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی، ناتوانی، سالمندان

موجود نشان می‌دهد که امروزه حدود ۶۰۰ میلیون فرد سالخورده بالای ۶۰ سال در سطح جهان وجود دارد که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به دو برابر خواهد رسید و در سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر افزایش می‌یابد (حاتمی، رضوی، افتخار اردبیلی، و مجلسی، ۱۳۹۲). در سرشماری سال ۱۳۸۵ در ایران، جمعیت بالای ۶۵ سال، حدود ۵/۲ درصد جمعیت را تشکیل می‌دادند و پیش‌بینی می‌شود این رقم تا سال ۱۴۱۰ به ۱۹ درصد برسد (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶). این امر نشان دهنده‌ی سرعت پیر شدن جمعیت ایران می‌باشد. یکی از مهم‌ترین مشکلات آسیب‌زا،

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندی در سراسر دنیا پدیده‌ای است که از قرن بیستم آغاز شده است. آمارهای

فضل اله میردريکوند، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران. هادی پناهی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران. نسرین السادات حسینی رمقانی، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران. ✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به فضل اله میردريکوند، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، ایران باشد.

پست الکترونیکی: mirfazlolah@yahoo.com

اهمیت ارتباط در زندگی انسان به حدی است که برخی از صاحب‌نظران اساس تمامی رشد و پیشرفت انسان و آسیب‌های فردی او را در فرایند ارتباط دانسته‌اند (شیوز، ۲۰۰۸). عدم توانایی افراد در برقراری ارتباط و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران منجر به تجربه حس محرومیت و در نهایت تجربه‌ی احساس تنهایی می‌گردد (هنریچ و گلون، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها، سطوح تنهایی را با مهارت‌های ارتباط اجتماعی (پانایوتو، پانتلی و تئودورو، ۲۰۱۶) خودآزمایشی اجتماعی (وی، راسل، زاکالیک، ۲۰۰۵) و فاصله‌ی اجتماعی (شانکار و همکاران، ۲۰۱۷) مرتبط می‌دانند. با توجه به اینکه با افزایش سن به دلیل مشکلات جسمی، ناتوانی‌های ایجاد شده در اثر کهولت سن و دور شدن از اجتماع، برخی از مهارت‌های ارتباطی کاهش می‌یابد (مجدم، عشقی‌زاده و نعیمی، ۱۳۹۴) و کاهش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند منجر به افزایش میزان احساس تنهایی گردد (پانایوتو و همکاران، ۲۰۱۶) می‌توان فرض نمود که میزان مهارت‌های ارتباطی در سالمندان پیش‌بینی‌کننده‌ی معناداری برای میزان احساس تنهایی آن‌ها باشد.

حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> یکی دیگر از عوامل بین‌فردی است که نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود سلامت روان و کاهش احساس تنهایی دارد (کاپادیا و همکاران، ۲۰۱۶؛ ژانگ، گائو، فوکما، آلترومن و لیو، ۲۰۱۵). حمایت اجتماعی را به عنوان شبکه‌هایی از ارتباطات توصیف کرده‌اند که رفاقت، همکاری و تقویت احساسی را فراهم کرده و رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامتی را تسهیل می‌کند (گونگ و کوان، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی نوعی آگاهی است و فرد در نتیجه‌ی این آگاهی به این باور می‌رسد که مراقبت شده و دوست داشته می‌شود، دارای ارزش، اعتبار و احترام است و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و تعهدات دوسویه می‌باشد (کوب، ۱۹۷۶). حمایت اجتماعی سبب تعدیل فشارهای روانی وارده بر فرد می‌شود و سلامت روان را بهبود می‌بخشد (هولدن، لی، هاکی، وار و دابسون، ۲۰۱۵؛ کوثر و فاروقی، ۲۰۱۵). فرایند پیری یک سری تغییرات قطعی را با خود به همراه می‌آورد که فراتر از مسأله‌ی زمان و عمر است. حوادثی نظیر ترک خانه به وسیله‌ی فرزندان، مرگ یکی از همسران، معلولیت و به ویژه بازنشستگی

مسأله‌ی احساس تنهایی در سالمندان است که بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند (ژائو، وانگ، یو، ۲۰۱۶). احساس تنهایی تجربه‌ی فردی ناخوشایند، منفی و عذاب‌آور، سخت، وحشتناک و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی‌حوصلگی، بی‌فایده بودن، ناامیدی، افسردگی، اضطراب و تیره و تار دیدن دنیا می‌گردد (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶). احساس تنهایی در واقع، یک شاخص مهم از سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان است که تأثیر گسترده‌ای بر افزایش احتمال بروز و تقویت بیماری‌های روانی و جسمانی دوران سالمندی دارد (تیان، ۲۰۱۶). شواهد حاکی از این است که ۲۰ تا ۴۰ درصد از افراد مسن گزارش کرده‌اند که دچار احساس تنهایی هستند (تیک، ۲۰۰۹). همچنین ۵ تا ۷ درصد نیز احساس تنهایی دائمی یا شدید را گزارش نموده‌اند (ویکتور، شامبلر، باند و بولینگ، ۲۰۰۰). احساس تنهایی پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی (سانتینی و همکاران، ۲۰۱۶)، کاهش فعالیت جسمی (هاوکلی، تیسند و کاسپیو، ۲۰۰۹)، بدکارکردی در شناخت مانند شروع دمانس (هالوردا و همکاران، ۲۰۱۴)، خواب آشفته (کریستیانسن، لارسن، لاسگارد، ۲۰۱۶)، افزایش مقاومت عروقی (جالسینگ، کرامهات، گلیجنس و گیلتهای، ۲۰۱۶) و افزایش فشار خون (هاوکلی، تیسند، ماسی و کاسپیو، ۲۰۱۰) می‌باشد.

افراد دارای احساس تنهایی با احساس خلاء، غمگینی، و بی‌تعلقی مواجه هستند و از آنجایی که این احساس تنهایی به روش‌های مختلفی تعاملات اجتماعی، نحوه‌ی زندگی و سلامت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هنریچ و گلون، ۲۰۰۶)، شناسایی عواملی که پیش‌بینی‌کننده و مرتبط با احساس تنهایی در سالمندان هستند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از این عوامل مهارت‌های ارتباطی<sup>۱</sup> بین‌فردی می‌باشد. از آغاز خلقت، انسان‌ها با هم ارتباط داشته و برقراری ارتباط برای بشر امری حیاتی و اساسی به شمار می‌آید زیرا تنها وسیله‌ای است که انسان به وسیله‌ی آن، نیازهای طبیعی خویش را برطرف نموده و به حیات خود ادامه می‌دهد (نصیریانی، اسلامی، دهقانی و دهقانی، ۱۳۸۶). ارتباطات مجموعه‌ای از مهارت‌ها است که مهم‌ترین آن‌ها درک نقطه نظرات طرف مقابل و تفهیم نقطه نظرات خویش است (معین و عنبری اکمل، ۱۳۸۸).

<sup>2</sup> social support

<sup>1</sup> communication skills

مطالعات عمیق، وسیع و مؤثر بر موضوعات وابسته به جمعیت سالمندان احساس می‌شود. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع احساس تنهایی در سالمندان و نقش آن بر سلامت روانی و جسمی زندگی آنان، و عنایت به افزایش جمعیت سالمندان در کشور و از طرفی مطالعات اندکی که در ارتباط با عوامل مرتبط با احساس تنهایی در سالمندان انجام شده، ضرورت انجام مطالعات گسترده در این زمینه به چشم می‌خورد، به همین جهت پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و میزان ناتوانی در پیش‌بینی احساس تنهایی در سالمندان ساکن منزل شهر تهران انجام شد.

### روش

#### طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

طرح پژوهش در این مطالعه توصیفی-همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر تمامی افراد سالمند ساکن منزل شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند. بر اساس فرمول کوکران تعداد حجم نمونه پژوهش ۳۸۴ نفر مشخص گردید. با توجه به پیش‌بینی احتمال عدم بازگشت برخی پرسش‌نامه‌ها و یا ناقص بودن اطلاعات آن‌ها تعداد ۴۰۰ سالمند با استفاده از شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از مناطق مختلف شهر تهران انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمودند. پس از اجرا ابتدا پرسشنامه‌های ناقص کنار گذاشته شدند و در نهایت تعداد ۳۹۰ پرسشنامه وارد تحلیل نهایی شدند. ملاک‌های ورود در این مطالعه عبارت از رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، سن بالای ۶۰ سال، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه بودند. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن بیماری ناتوان‌کننده و اختلال شناختی بودند.

از بین ۳۹۰ شرکت‌کننده در این پژوهش ۲۴۷ نفر (معادل ۶۳/۳ درصد) مرد و ۱۴۳ نفر (معادل ۳۶/۷ درصد) زن بودند. تعداد شرکت‌کنندگان سنین ۶۵-۶۰ سال ۱۱۸ نفر (معادل ۳۰/۳ درصد)، سنین ۷۰-۶۵ سال ۱۱۳ نفر (معادل ۲۹ درصد)، سنین ۷۵-۷۰ سال ۹۰ نفر (معادل ۲۳/۱ درصد)، سنین ۸۰-۷۵ سال ۴۲ نفر (معادل ۱۰/۸ درصد)، سنین ۸۵-۸۰ سال ۲۳ نفر (معادل ۵/۹ درصد) و سنین ۹۰-۸۵ سال ۴ نفر (معادل ۱ درصد) بود. تعداد شرکت‌کنندگان بیسواد این پژوهش ۵۵ نفر (معادل ۱۴/۱ درصد)، شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی

کم شدن روابط اجتماعی و سازگار شدن با زندگی جدید به عواملی نظیر شخصیت، خانواده و منابع اجتماعی که سالمندان در اختیار دارند بستگی دارد و این تغییرات می‌تواند باعث کم شدن امید به زندگی و تجربه‌ی احساس تنهایی در سالمندان گردد (برزگر بفرویی، کمالی زارچ و افخمی عقدا، ۱۳۹۴). تحقیقات حاکی از آن است که حمایت اجتماعی مطلوب می‌تواند احساس تنهایی را کاهش دهد و موجب رضایت از زندگی شود (کانگ، دینگ و ژائو، ۲۰۱۵).

از عوامل دیگری که تأثیر انکارناپذیری بر سلامت عمومی سالمندان دارد و به نوبه‌ی خود می‌تواند بر میزان تنهایی آن‌ها اثرگذار باشد، شیوع ناتوانی‌های جسمانی است (جراسیانی، بانگاس، لویز-گراسیا و رادریگاز-آرتالگو، ۲۰۰۴). درصد قابل توجهی از سالمندان در انجام فعالیت‌های روزمره‌ی خود به دیگران وابسته هستند و کمتر می‌توانند به تنهایی از پس زندگی خود برآیند. طوری که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها به عواملی همچون میزان ناتوانی عملکردی، خستگی، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بستگی دارد (گونگ و مائو، ۲۰۱۶). فرایند پیری و مشکلات جسمانی وابسته به آن مانعی برای ادامه‌ی فعالیت‌های اجتماعی گذشته محسوب می‌شود. فرایند پیری سبب تضعیف تعاملات اجتماعی و تغییرات بدنی می‌گردد (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶). جیلا (۲۰۰۴) گزارش نموده است که در دوران سالمندی به علت ناتوانی‌های جسمی و کاهش تعاملات اجتماعی، احساس تنهایی افزایش می‌یابد. همچنین بولینگ و براون (۱۹۹۱) تأثیر کاهش عملکرد در سالمندی را بر احساس تنهایی و فعالیت‌های اجتماعی معنادار گزارش نمودند. مطالعات اندکی به بررسی نقش ناتوانی عملکردی و جسمانی سالمندان بر متغیرهای مرتبط با سلامت در آن‌ها پرداخته‌اند، تا جایی که در ایران مطالعه‌ای که با هدف بررسی نقش ناتوانی عملکردی آن‌ها در میزان احساس تنهایی پرداخته باشند، یافت نشد.

علی‌رغم رشد جمعیت سالمندان در کشور، هنوز مطالعات کافی در حوزه‌ی نیازهای سالمندان به عنوان یک گروه آسیب‌پذیر جامعه متمرکز نشده است. بنابراین با توجه به این روند رشد سریع و این که افراد سالخورده با انتقال تجربه، نقش مهمی در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند (جعفری، حاجلو، فغانی و خزان، ۱۳۹۱)، نیاز به انجام

توسط حسین‌چاری و فداکار داورانی (۱۳۸۴) با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۹ گزارش شد.

**پرسش‌نامه حمایت اجتماعی<sup>۳</sup>.** این مقیاس بر اساس پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی طراحی شده است که اولین بار توسط نولینگ و واینفیلد (۱۹۸۸) طراحی و مورد استفاده قرار گرفت. نسخه‌ی اصلاح شده‌ی آن (وینفیلد، وینفیلد و تیگمان، ۱۹۹۲) در گروه‌های سنی مختلف از جمله سالمندان به کار گرفته شده است. این ابزار دارای دو بخش با مقوله‌های خانواده، دوستان و کادر پزشکی بوده است که قسمت اول ۶ گویه و قسمت دوم ۵ گویه دارد. هر گویه دارای سه گزینه می‌باشد. این ابزار بر روی ۳۱۴ سالمند با سن متوسط ۷۱/۶ سال اجرا شد که در آن آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد (واینفیلد، بلک و چور-هاسن، ۲۰۰۸). در پژوهش باقری نسامی و همکاران (۱۳۹۱) ضریب آزمون همبستگی درون طبقه‌ای بعد خانواده و دوستان برابر با ۰/۹۴ به دست آمد و در بعد کادر بهداشت و درمان نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شد.

#### مقیاس ۸ سؤالی ناتوانی پرسشنامه سنجش

**سلامت استانفورد<sup>۴</sup>.** فرم کامل این مقیاس توسط فرایز اسپیتز، کراینز و هولمن (۱۹۸۰) در دانشگاه استانفورد طراحی شده و شامل ۵ زیر مقیاس است. یکی از زیرمقیاس‌های آن مقیاس ناتوانی بوده که به کرات به عنوان پرسش‌نامه‌ی مستقل استفاده شده است. فرم اولیه‌ی این مقیاس دارای ۸ بعد بوده و هر بعد ۲ تا ۳ سؤال را شامل می‌شود و در مجموع کل ابزار دربرگیرنده‌ی ۲۰ سؤال است. رایج‌ترین نسخه‌ی این مقیاس، فرم تجدید نظر شده‌ی آن است که توسط پینکوس، سامی، سوراکی، والستون و هامون (۱۹۸۳) در دانشگاه واندربیلت تهیه شده است. در این ابزار از هر بعد مندرج در فرم ۲۰ سؤالی، فقط یک سؤال موجود است. این ۸ سؤال در ارتباط با «لباس پوشیدن، ورود و خروج از بستر، بلند کردن فنجان یا لیوان پر تا دهان، قدم زدن روی سطح صاف، شستن و خشک کردن کل بدن، خم شدن و برداشتن لباس از روی زمین، باز کردن و بستن شبرهای آب، و سوار و پیاده شده از ماشین» را شامل می‌شود. در این ابزار میزان ناتوانی فرد در یک مقیاس صفر تا ۳ تعیین می‌شود، به گونه‌ای که نمره‌ی

۱۲۷ نفر (معادل ۳۲/۶ درصد)، شرکت‌کنندگان سیکل ۹۹ نفر (معادل ۲۵/۴ درصد)، شرکت‌کنندگان دیپلم ۵۸ نفر (معادل ۱۴/۹ درصد)، شرکت‌کنندگان لیسانس ۳۵ نفر (معادل ۹ درصد)، شرکت‌کنندگان فوق لیسانس ۱۲ نفر (معادل ۳/۱ درصد)، و شرکت‌کنندگان دارای مدرک دکتری تخصصی یا پزشک عمومی ۴ نفر (معادل ۱ درصد) بودند. ۱۳۰ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) از این ۳۹۰ نفر مجرد (ازدواج نکرده، جدا شده، یا با فوت همسر) و ۲۶۰ نفر (معادل ۶۶/۷ درصد) آنها متأهل بودند.

#### ابزار

##### مقیاس تجدید نظر شده احساس تنهایی<sup>۱</sup>.

مقیاس تنهایی (راسل، ۱۹۸۰) دارای ۲۰ گویه است که خواننده باید به هر یک از پرسش‌ها روی مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای شامل «هرگز تا اغلب» با نمره ۱ تا ۴ پاسخ دهد. دامنه‌ی نمرات این آزمون از ۲۰ تا ۸۰ است. مقیاس تنهایی نخستین بار توسط راسل و فرگوسن تدوین شد که بعد از سه بار ویرایش، نسخه نهایی این مقیاس در چهار گروه دانشجویان، پرستاران، معلمان و افراد مسن، به شیوه‌های مختلفی از قبیل خود گزارش‌دهی و مصاحبه اجرا شده و دامنه‌ی آلفا از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ به دست آمده است (راسل، ۱۹۹۶). سودانی شجاعیان و نیسی (۱۳۹۱) خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس را بررسی نمودند که ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین در این پژوهش پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

##### پرسش‌نامه مهارت‌های ارتباطی بین‌فردی<sup>۲</sup>.

آزمون که توسط کوئین‌دام (۲۰۰۴) برای سنجش مهارت‌های ارتباطی بزرگسالان ابداع شده دارای ۲۴ عبارت است که مهارت‌های ارتباطی را توصیف می‌کند. برای تکمیل این پرسش‌نامه پاسخگو باید هر گویه را بخواند و سپس میزان انطباق وضعیت فعلی خود را با محتوای آن بر روی یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (برای هرگز) تا ۵ (برای همیشه) مشخص کند. دامنه‌ی محتمل برای هر فرد بین ۳۴ تا ۱۷۰ خواهد بود. روایی پرسش‌نامه نیز در یک مطالعه‌ی داخلی بررسی و تأیید شده است؛ همچنین همسانی درونی سؤالات این پرسش‌نامه

<sup>3</sup> multi-dimensional support scale (MDSS)

<sup>4</sup> Stanford Health assessment questionnaire 8-item disability index

<sup>1</sup> The Revised UCLA Loneliness Scale

<sup>2</sup> Interpersonal Communication Skills

شرکت در روند پژوهش نداشته باشند، به درخواست آنها احترام گذاشته شود و می‌توانند در هر مرحله‌ای از پاسخگویی همکاری در پژوهش را ادامه ندهند. بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش گام به گام در نسخه ۲۳ نرم‌افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان را در متغیرهای مهارت ارتباطی، حمایت اجتماعی، میزان ناتوانی و احساس تنهایی نشان می‌دهد.

جدول ۱

میانگین و انحراف‌معیار شرکت‌کنندگان در مهارت‌های

ارتباطی، حمایت اجتماعی، میزان ناتوانی و احساس تنهایی

متغیر	میانگین	انحراف‌معیار
مهارت ارتباطی	۱۰۸/۳	۳۴/۵۴
حمایت اجتماعی	۳۹/۸۵	۱۱/۱۷
میزان ناتوانی	۴۱/۷۲	۱۱/۹۹
احساس تنهایی	۴۹/۳۲	۱۳/۳۹

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افراد حاضر در این پژوهش در متغیر مهارت‌های ارتباطی ۱۰۸/۳۰ (با انحراف معیار ۳۴/۵۴)، در متغیر حمایت اجتماعی ۳۹/۸۵ (با انحراف معیار ۱۱/۱۷)، در متغیر میزان ناتوانی عملکردی ۴۱/۷۲ (با انحراف معیار ۱۱/۹۹)، و در متغیر احساس تنهایی ۴۹/۳۲ (با انحراف معیار ۱۳/۳۹) بدست آمده است. به منظور آزمون روابط بین متغیرهای مهارت ارتباطی، حمایت اجتماعی، میزان ناتوانی و احساس تنهایی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

بالتر نشان دهنده‌ی ناتوانی بیشتر است (تقریبی، شریفی و سوکی، ۱۳۹۳). این مقیاس تاکنون در گروه‌های سنی اطفال، بزرگسالان، و سالمندان به منظور پیش‌بینی ناتوانی (گرال و همکاران، ۲۰۰۹) و پیش‌بینی میزان و خطر مرگ و میر (تامارا، سینگ، هانسون و مایمتس، ۲۰۰۷) به کار گرفته شده است. خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط تقریبی و همکاران (۱۳۹۳) بر روی گروه سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است. به گونه‌ای که ضریب توافق بین افراد ارزیاب در ارتباط با هر یک از گویه‌ها در حد خوب یا عالی گزارش شد ( $>0.7$  کاپا)، ضریب همبستگی درون طبقه‌ای در ارتباط با کل ابزار ۰/۹۹ بود و محاسبه همبستگی هر یک از سؤالات با نمره‌ی کل پرسشنامه، پایایی ابزار را تأیید نمود.

### روش اجرا

پس از مشخص نمودن حجم گروه نمونه و مناطق مختلف شهری، با مراجعه به مراکز بهداشتی، مساجد و پارک‌های مناطق مشخص شده، با سالمندان حاضر در این مراکز مصاحبه‌ی اولیه انجام شد. بعد از توضیح دادن اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها به صورت فردی در اختیارشان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و مناسب‌ترین پاسخ را با توجه به ویژگی‌ها و شرایط خود انتخاب نمایند و تا حد امکان سؤالی را بی‌جواب نگذارند. در ضمن افرادی که به دلایلی مانند همراه نداشتن عینک، یا ناتوانایی‌های عملکردی در تکمیل پرسش‌نامه‌ها مشکل داشتند به روش مصاحبه‌ای هر یک از پرسش‌نامه‌ها برای آن‌ها قرائت شد و سؤالات پرسش‌نامه بر اساس نظر و انتخاب آن‌ها تکمیل گردید. برای پاسخگویی شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌های پژوهش به آن‌ها این اطمینان داده شد که اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی آن‌ها در اولویت قرار گیرد، اگر تمایل به

جدول ۲

ماتریس ضریب همبستگی بین متغیرهای مهارت ارتباطی، حمایت اجتماعی، میزان ناتوانی و احساس تنهایی

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. مهارت ارتباطی	۱			
۲. حمایت اجتماعی	۰/۰۱۹	۱		
۳. میزان ناتوانی	-۰/۲۱۲*	-۰/۱۸۴*	۱	
۴. احساس تنهایی	-۰/۴۰۴*	-۰/۲۰۸*	۰/۶۲۹*	۱

\*  $p < 0.01$

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین مهارت ارتباطی و حمایت اجتماعی با احساس تنهایی رابطه منفی و معنادار ( $p < 0/01$ ) و بین میزان ناتوانی با احساس تنهایی رابطه مثبت و معناداری ( $p < 0/01$ ) وجود دارد. یعنی با افزایش مهارت ارتباطی و افزایش حمایت اجتماعی در شرکت‌کنندگان، تجربه‌ی احساس تنهایی در آنان کاهش می‌یابد و با افزایش میزان ناتوانی عملکردی در شرکت‌کنندگان، تجربه‌ی احساس تنهایی در آنان افزایش می‌یابد. برای تعیین مقدار واریانس تبیین شده احساس

تنهایی (متغیر ملاک) توسط متغیرهای مهارت ارتباطی، حمایت اجتماعی و میزان ناتوانی (متغیرهای پیش‌بین)، از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، یک تحلیل اولیه برای بررسی مفروضه‌های رگرسیون یعنی فرض نرمال بودن نمرات متغیرها، خطی بودن روابط بین متغیرها، عدم وجود هم‌خطی چندگانه، و همسانی واریانس‌ها، اجرا شد که نتایج حاکی از تأیید مفروضه‌های مورد نظر بود.

## جدول ۳

خلاصه مدل رگرسیون احساس تنهایی، ناتوانی عملکردی، مهارت‌های ارتباطی و حمایت اجتماعی

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	R	R <sup>2</sup>
۱	۲۷۶۳۹/۰۸	۱	۲۷۶۳۹/۰۸	۲۵۴/۳۸	$p < 0/001$	۰/۶۲	۰/۳۹
	۴۲۱۵۷/۱۲	۳۸۸	۱۰۸/۶۵				
	۶۹۷۹۶/۲۰	۳۸۹					
۲	۳۲۹۸۴/۸۳	۲	۱۶۴۹۲/۴۱	۱۷۳/۳۸	$p < 0/001$	۰/۶۸	۰/۴۷
	۳۶۸۱۱/۳۷	۳۸۷	۹۵/۱۲				
	۶۹۷۹۶/۲۰	۳۸۹					
۳	۳۳۸۴۳/۱۴	۳	۱۱۲۸۱/۰۴	۱۲۱/۱۱	$p < 0/003$	۰/۶۹	۰/۴۸
	۳۵۹۵۳/۰۶	۳۸۶					
	۶۹۷۹۶/۲۰	۳۸۹					

۱-پیش‌بین‌ها: ناتوانی ۲-پیش‌بین‌ها: ناتوانی، مهارت‌های ارتباطی ۳-پیش‌بین‌ها: ناتوانی، مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی  
متغیر وابسته: احساس تنهایی

همانطور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، ۴۸ درصد از احساس تنهایی سالمندان در این پژوهش توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود ( $R^2=48$ ) که این میزان

از توانایی پیش‌بینی به ویژه در علوم انسانی میزان مطلوبی است. جدول شماره ۴ ضرایب بتای هر کدام از متغیرهای پیش‌بین را نشان می‌دهد.

## جدول ۴

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام ناتوانی عملکردی، مهارت‌های ارتباطی و حمایت اجتماعی با احساس تنهایی

متغیر پیش‌بین	B	خطای معیار	Beta	t	سطح معناداری
(مقدار ثابت)	۱۹/۹۸	۱/۹۱		۱۰/۴۴	۰/۰۰۱
ناتوانی	۰/۷۰	۰/۰۴	۰/۶۲	۹۴۹/۱۵	۰/۰۰۱
(مقدار ثابت)	۳۴/۶۸	۲/۶۵		۱۳/۰۶	۰/۰۰۱
ناتوانی	۰/۶۳	۰/۰۴	۰/۵۶	۱۵/۰۶	۰/۰۰۱
مهارت‌های ارتباطی	-۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۲۸	-۷/۴۹	۰/۰۰۱
(مقدار ثابت)	۴۱/۴۱	۳/۴۳		۱۲/۰۵	۰/۰۰۱
ناتوانی	۰/۶۱	۰/۰۴	۰/۵۴	۱۴/۳۵	۰/۰۰۱
مهارت‌های ارتباطی	-۰/۱۱	۰/۰۱	-۰/۲۹	-۷/۷۴	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	-۰/۱۳	۰/۰۴	-۰/۱۱	-۳/۰۳	۰/۰۰۳

انحراف استاندارد حمایت اجتماعی به میزان ۰/۱۱- انحراف استاندارد به احساس تنهایی افزوده می‌شود و می‌توان معادله رگرسیون استاندارد را به صورت زیر نشان داد.

$$\text{حمایت اجتماعی} (-0/11) + (\text{مهارت‌های ارتباطی}) (-0/29) + (\text{ناتوانی}) (0/54) = \text{احساس تنهایی}$$

نتایج جدول ۴ حاکی از این است که با افزایش هر واحد انحراف استاندارد در متغیر ناتوانی به میزان ۰/۵۴، به ازای هر واحد انحراف استاندارد در متغیر مهارت‌های ارتباطی به میزان ۰/۲۹- و به میزان هر واحد افزایش

### بحث و نتیجه‌گیری

(میکائیلی، رجبی، عباسی، ۱۳۹۱). بنابراین با توجه به اهمیت این مهارت‌ها در سنین سالمندی، شناسایی مشکلات خاص سالمندان در انواع مهارت‌های ارتباطی و سپس برگزاری دوره‌های آموزشی جهت ارتقای مهارت‌های ارتباطی در قالب برنامه‌های سلامت سالمندان ضروری به نظر می‌رسد، چرا که با برطرف نمودن یا کاهش مشکلات مربوط به مهارت‌های ارتباطی سالمندان، آن‌ها نسبت به قابلیت‌های خود برای ایجاد روابط اجتماعی و درگیر شدن در موقعیت‌های اجتماعی مورد نیازشان اطمینان بیشتری به دست می‌آورند و بهتر می‌توانند به حمایت‌های عاطفی و اجتماعی بیرونی دست یابند، که نتیجه‌ی چنین وضعیتی کاهش انزوای اجتماعی و کمتر فرو رفتن در احساس‌های عمیق و ناخوشایند تنهایی است.

از نتایج دیگر این پژوهش وجود رابطه‌ی منفی و معنادار بین حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در سالمندان بود. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که حمایت اجتماعی به طور معناداری احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با پژوهش‌های کاپادیا و همکاران (۲۰۱۶)، ژانگ و همکاران (۲۰۱۵)، هولدن و همکاران (۲۰۱۵)، کانگ و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، حمایت اجتماعی یک کمک دوجانبه است که موجب تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می‌گردد و تمام این‌ها به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می‌دهند (کوهن، ۲۰۰۴). حمایت اجتماعی در این پژوهش در ارتباط با مقوله‌های خانواده و دوستان و کادر پزشکی بوده است، که حضور در میان دوستان، خانواده و سایرین باعث گسترش روابط اجتماعی می‌شود و بر ادراک حمایت اجتماعی سالمندان تأثیر می‌گذارد. روابطی که سالمند با دوستان، خانواده و سایرین برقرار می‌کند و نیز حمایتی که از سوی آنان دریافت می‌کند، باعث می‌شود او احساس کند که به جامعه

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش مهارت‌های ارتباطی، حمایت اجتماعی و میزان ناتوانی در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان شهر تهران بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین مهارت‌های ارتباطی و احساس تنهایی رابطه‌ی منفی و معناداری وجود دارد به طوری که مهارت‌های ارتباطی به طور معناداری احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج با پژوهش‌های هنریچ و گلون (۲۰۰۶)، پانایوتو و همکاران (۲۰۱۶)، وی و همکاران (۲۰۰۵) و شانکار و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان ذکر نمود که مهارت‌های ارتباطی شامل مهارت گوش دادن، مهارت تنظیم عواطف، مهارت درک پیام، مهارت بینش و مهارت قاطعیت می‌باشد. کمک گرفتن از این مهارت‌ها و برقراری ارتباط مؤثر و مناسب با دیگران، تحمل مشکلات و سختی‌ها را آسان‌تر می‌کند، توانایی فرد را برای مواجهه‌ی مؤثر و پرداختن به کشمکش‌های زندگی را افزایش می‌دهد، حضور در اجتماع و بهره گرفتن از مهارت‌ها و تجارب افراد شبیه خود را بهبود می‌بخشد، و بنابراین به داشتن روابط فردی مناسب و حمایت اجتماعی بهتر، توانایی انجام امور زندگی به شیوه‌ای مطلوب و رضایت از خود و دیگران کمک می‌نماید (خسروی، صباحی و ناظری، ۱۳۹۳). با افزایش سن به دلیل مشکلات جسمی و ناتوانی‌های ایجاد شده در اثر کهولت سن و دور شدن از اجتماع برخی از این مهارت‌های ارتباطی کاهش پیدا می‌کند (مجدم و همکاران، ۱۳۹۴) که در نتیجه‌ی کاهش مهارت‌های ارتباطی، روابط مفید و مؤثر سالمند با دوستان و نزدیکان خود کاهش می‌یابد، کمتر می‌توانند از تجربه‌ها، همدلی‌ها و بررسی راهکارهای شایسته به منظور کم کردن پیامدهای مرتبط با کهولت سن استفاده نمایند و در اثر کم شدن این رابطه، حمایت‌های مادی و روانی نیز کاهش می‌یابد و منجر به افزایش احساس تنهایی می‌گردد

علاوه بر حفظ جایگاه سالمند در خانواده کمک خواهد کرد تا سالمند احساس نماید که هنوز توانایی برآورد کردن انتظارات خود و خانواده اش را دارد، این امر کمک می‌نماید تا سالمند احساس باطالی نکند و خود را به عنوان یک سالمند توانمند که توانایی برآورده کردن انتظارات خود و خانواده‌اش را دارد بشناسد (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱). اما وقتی سالمندان احساس کنند در امور مختلف زندگی خود به حضور و کمک دیگران وابسته هستند و نمی‌توانند نه در فعالیت‌های عادی زندگی روزمره و نه در فعالیت‌های تفریحی و مورد علاقه خود شرکت کنند، در لاک تنهایی خود فرو می‌روند.

از محدودیت‌های این پژوهش باید به مقطعی بودن طرح پژوهش اشاره کرد، که این طرح مانع از در نظر گرفتن رابطه علی بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک می‌شود. همچنین این پژوهش بر روی سالمندان شهر تهران صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش به دیگر جمعیت‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

با توجه به نتایج این پژوهش و رشد جمعیت سالمندان در کشور، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌ریزان حوزه‌ی سلامت سالمندی برنامه‌های توانمندسازی سالمندان را با تأکید بر آموزش مهارت‌های ارتباطی، فراهم نمودن زمینه مناسب برای دریافت حمایت اجتماعی و در نظر گرفتن راهکارهای اثربخشی برای از بین بردن یا کاهش اثر ناتوانی‌های جسمانی بر زندگی روزمره سالمندان، ارائه دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده به بررسی انواع نقایص موجود در مهارت‌های ارتباطی سالمندان و مشکلات مرتبط با ناتوانی‌های جسمانی آنان پرداخته و اثربخشی رویکردهای آموزشی مختلف را در ارتقای مهارت‌های ارتباطی و کاهش اثر ناتوانی‌های جسمانی را مورد بررسی قرار دهند.

### سپاس‌گزاری

در نهایت، پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از سالمندان عزیز به خاطر همکاری صمیمانه در این پژوهش، کمال قدردانی و سپاس‌گزاری را داشته باشند.

### منابع

احمدی، ف.، سالار، ع.، و فقیه زاده، س. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. فصلنامه حیات، ۱۱(۲۲)، ۶۷-۶۱

و اطرافیانش تعلق دارد، در جامعه دارای شأن و ارزش می‌باشد و مورد احترام دیگران است که این احساس بر بهزیستی روان‌شناختی فرد (فرهادی، برازنده چقایی، مختارپور، کرمی و دارایی‌زاده، ۱۳۹۴) و در نتیجه بر میزان تجربه احساس تنهایی وی اثر می‌گذارد. با توجه به اینکه انسان موجودی اجتماعی و در همه‌ی سنین وابسته به اطرافیان است، و حمایت اجتماعی می‌تواند بر تمام جنبه‌های روانی-اجتماعی آدمی از جمله میزان تجربه احساس تنهایی تأثیرگذار باشد، توجه به تقویت شبکه‌های اجتماعی منابع حمایت اجتماعی، ارتباطات و پایگاه اقتصادی-اجتماعی سالمندان برای جلوگیری از زوال بیشتر سلامت جسمی و روانی آنان ضروری به نظر می‌رسد.

همچنین یافته‌ی دیگر پژوهش وجود رابطه‌ی مثبت و معنادار بین میزان ناتوانی و احساس تنهایی بود، به طوری که در تحلیل رگرسیون متغیر میزان ناتوانی بیشترین سهم تبیین میزان احساس تنهایی را بین متغیرهای پیش‌بین داشت. این نتایج با یافته پژوهش بولینگ و براون (۱۹۹۱) که حاکی از تأثیر کاهش عملکرد سالمندان بر احساس تنهایی و فعالیت‌های اجتماعی آنان بود، همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان ذکر نمود که فرایند پیری سبب تضعیف عملکرد جسمانی و اجتماعی می‌شود. مشکلات جسمانی وابسته به فرایند پیری، مانعی برای ادامه‌ی فعالیت‌های اجتماعی گذشته محسوب می‌شود، به این صورت فرد نسبت به گذشته به دیگران وابسته‌تر می‌گردد و همچنین حضور و شرکت در موقعیت‌های اجتماعی مختلف برای او محدودتر شده و باعث افزایش وابستگی به دیگران می‌شود (احمدی، سالار و فقیه زاده، ۱۳۸۳؛ هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۶). بنابراین به نظر می‌رسد ناتوانی جسمانی در سالمندان به این دلیل با احساس تنهایی در ارتباط است که وابستگی به دیگران را افزایش می‌دهد و در نهایت منجر به کاهش تعاملات اجتماعی می‌گردد. به طوری که از نگرانی‌های اصلی سالمندان از دست دادن استقلال و وابسته شدن به دیگران است، به نحوی که سالمندان همواره از وابسته شدن به دیگران احساس تنفر و انزجار می‌نمایند. ترس از سربار بودن سالمند برای خانواده و جامعه باعث به مخاطره افتادن احترام و شأن سالمندان می‌گردد. توانایی انجام و برآورده کردن انتظارات و نیازهای خود و خانواده تحت پوشش،



- باقری نسامی، م.، سهرابی، م.، ابراهیمی، م.ج.، حیدری فرد، ج.، ینج، ج.، و گلچین مهر، س. (۱۳۹۱). بررسی رابطه رضایت از زندگی با حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در سالمندان ساکن منزل شهرستان ساری در سال ۹۱. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۳(۱۰۱)، ۳۸-۴۷.
- برزگر بفرویی، ک.، کمالی زارچ، م.، و افخمی عقدا، م. (۱۳۹۴). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی در سالمندان مقیم و غیر مقیم خانه‌های سالمندان استان یزد. *طلوع بهداشت*، ۱۴(۴)، ۸۸-۹۹.
- تقریبی، ز.، شریفی، خ.، و سوکی، ز. (۱۳۹۳). روانسنجی مقیاس ۸ سؤال ناتوانی پرسشنامه سنجش سلامت استانفورد (HAQ8-item DI) در سالمندان. *پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۴(۱)، ۹-۲۰.
- جعفری، ع.، حاجلو، ن.، فغانی، ر.، و خزان، ک. (۱۳۹۱). رابطه بهزیستی معنوی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی سالمندان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۶)، ۴۳۱-۴۴۰.
- حاتمی، ح.، رضوی، س. م.، افتخار اردبیلی، ح.، و مجلسی، ف. (۱۳۹۲). *کتاب جامع بهداشت عمومی*. تهران: ارجمند.
- حسین چاری، م.، و فداکارداورانی، م. م. (۱۳۸۴). بررسی تاثیر دانشگاه بر مهارت‌های ارتباطی بر اساس مقایسه دانش آموزان و دانشجویان. *دانشور رفتار*، ۱۲(۱۵)، ۳۲-۲۱.
- خسروی، م.، صباحی، پ.، و ناظری، ا. (۱۳۹۳). کاهش احساس تنهایی و افسردگی زنان مطلقه. *دانشور پزشکی*، ۲۱(۱۱۲)، ۱-۱۱.
- سودانی، م.، شجاعیان، م.، و نیسی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۲)، ۴۳-۵۴.
- فرهادی، ع.، برازنده چقایی، س.، مختاریپور، ح.، کرمی، خ.، و دارایی زاده، ع. (۱۳۹۴). نقش حمایت اجتماعی، بهزیستی معنوی و خودکارآمدی در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱(۲)، ۳۵-۴۸.
- مجدم، م.، عشقی زاده، م.، و جوهری نعیمی، ا. (۱۳۹۴). بررسی مهارت‌های ارتباطی بین فردی سالمندان شهر گناباد. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲(۱)، ۲۹-۳۸.
- معین، ا.، و عنبری اکمل، ک. (۱۳۸۸). ارتباط پزشک و بیمار. *دانشور پزشکی*، ۱۶(۸۵)، ۷۱-۸۰.
- میکائیلی، ن.، رجبی، س.، و عباسی، م. (۱۳۹۱). مقایسه احساس تنهایی، سلامت روانی و خودکارآمدی در سالمندان. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۷(۲۲)، ۷۳-۸۱.
- نصیریانی، خ.، اسلامی، م. ح.، دهقانی، ع.، و دهقانی، ح. (۱۳۸۶). بررسی رضایت بیمار از نحوه ارتباط کادر درمانی در بخش اورژانس بیمارستان شهید صدوقی یزد. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۱۵(۲)، ۳۳-۲۳.
- هروی کریموی، م.، انوشه، م.، فروغان، م.، شیخی، م. ت.، حاجی‌زاده، ا.، مداح، م.، محمدی، ع.، و احمدی، ف. (۱۳۸۶). تبیین دیدگاه سالمندان پیرامون پدیده احساس تنهایی: یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. *مجله سالمندی ایران*، ۲(۶)، ۴۲۰-۴۱۰.
- Bowling, A., & Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46(1), S20-S32.
- Christiansen, J., Larsen, F. B., & Lasgaard, M. (2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Social Science & Medicine*, 152, 80-86.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Fries, J. F., Spitz, P., Kraines, R. G., & Holman, H. R. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 23(2), 137-145.
- Gong, G., & Mao, J. (2016). Health-related quality of life among Chinese patients with rheumatoid arthritis: the predictive roles of fatigue, functional disability, self-efficacy, and social support. *Nursing Research*, 65(1), 55-67.
- Graciani, A., Banegas, J. R., López-García, E., & Rodríguez-Artalejo, F. (2004). Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. *Maturitas*, 48(4), 381-392.
- Graell, E., Vazquez, I., Larrosa, M., Rodríguez-Cros, J. R., Hernández, M. V., Gratacos, J., ... & Sanmartí, R. (2009). Disability measured by the modified health assessment questionnaire in early rheumatoid arthritis: prognostic factors after two years of follow-up. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 27(2), 284-291.

- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology, 28*(3), 354.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging, 25*(1), 132-141.
- Henrich, L. M & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review, 27* (6), 695-718.
- Holden, L., Lee, C., Hockey, R., Ware, R. S., & Dobson, A. J. (2015). Longitudinal analysis of relationships between social support and general health in an Australian population cohort of young women. *Quality of Life Research, 24*(2), 485-492.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 85*(2), 135-142.
- Julsing, J. E., Kromhout, D., Geleijnse, J. M., & Giltay, E. J. (2016). Loneliness and All-Cause, Cardiovascular, and Noncardiovascular Mortality in Older Men: The Zutphen Elderly Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(6), 475-484.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement, 23*(2), 157-168.
- Kapadia, F., Levy, M., Griffin-Tomas, M., Greene, R. E., Halkitis, S. N., Urbina, A., & Halkitis, P. N. (2016). Perceived social support and mental health states in a clinic-based sample of older HIV positive adults. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 15*(4), 417-427.
- Kausar, R., & Farooqi, Y. N. (2015). Impact of perceived social support, social skills and coping strategies on general health of female college teachers. *Indian Journal of Health and Wellbeing, 6*(7), 688.
- Kong, F., Ding, K., & Zhao, J. (2015). The relationships among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students. *Journal of Happiness Studies, 16*(2), 477-489.
- Kwong, E. W. Y., & Kwan, A. Y. H. (2004). Stress-management methods of the community-dwelling elderly in Hong Kong: Implications for tailoring a stress-reduction program. *Geriatric Nursing, 25*(2), 102-106.
- Panayiotou, G., Panteli, M., & Theodorou, M. (2016). Predictors of Loneliness in a Sample of College Men and Women in Cyprus: The Role of Anxiety and Social Skills. *Psychology, Community & Health, 5*(1), 16.
- Pincus, T., Summey, J. A., Soraci, S. A., Wallston, K. A., & Hummon, N. P. (1983). Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis & Rheumatology, 26*(11), 1346-1353.
- Queendom, E. (2004). Interpersonal and Communication Skills Test- Revised. Available online by internet: <http://www.Queendom.com/cgi-bin/tests/transfer.cgi>.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment, 66*(1), 20-40.
- Russell, D., Peplau, L.A. & Curtona, C.E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminated validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(3), 472-480.
- Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of affective disorders, 204*, 59-69.
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., & Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health psychology, 36*(2), 179-178.

- Shives, L. R. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Tammaru, M., Singh, G., Hanson, E., & Maimets, K. (2007). The adaptation, reliability and validity testing of the Estonian version of the Health Assessment Questionnaire's Disability Index. *Rheumatology international*, 28(1), 51-59.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Archives of psychiatric nursing*, 23(5), 387-396.
- Tian, Q. (2016). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of health psychology*, 21(6), 1137-1144.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(04), 407-417.
- Wei, M., Russell, D. W., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, social self-efficacy, self-disclosure, loneliness, and subsequent depression for freshman college students: A longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 602-614.
- Winefield, H. R., Winefield, A. H., & Tiggemann, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults: the multi-dimensional support scale. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 198-210.
- Winefield, H., Black, A., & Chur-Hansen, A. (2008). Health effects of ownership of and attachment to companion Animals in an Older Population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(4), 303-310.
- Zhang, B., Gao, Q., Fokkema, M., Alterman, V., & Liu, Q. (2015). Adolescent interpersonal relationships, social support and loneliness in high schools: Mediation effect and gender differences. *Social science research*, 53, 104-117.
- Zhou, G., Wang, Y., & Yu, X. (2016). Direct and Indirect Effects of Family Functioning on Loneliness of Elderly Chinese Individuals. *Current Psychology*, 1-7.