

بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی
و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز

**The study of the relationship between perceived social support
and loneliness with life satisfaction and life expectancy for elderly in Shiraz**

Arezou Mohamadi

M.A. in student in Original Psychology, Payame Noor University.

Email: arezoosoltanmohamadi28@gmail.com

Yunes Mohamadi Yousef nezhad

Associate Professor in Psychology, Payame Noor University of Asalouyeh.

آرزو محمدی*

دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه پیام نور عسلویه.

سید یونس محمدی یوسف نژاد

دانشیار روان شناسی دانشگاه پیام نور عسلویه.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the relationship between perceived social support and loneliness with life satisfaction and life expectancy in elderly people in Shiraz. **Method:** The research design was correlational. The statistical population of the study consisted of all elderly people over 60 years old in Shiraz. Samples were 150 elderly people over 60 years old. Half of the sample size was selected by random sampling among the elderly living in 4 elderly care centers, and the other half by sampling available from the elderly living with the family. The instrument of measuring the research was life satisfaction scale, Omid Snyder's scale (HS), Multidimensional perceived social support questionnaire (MSPSS) and loneliness questionnaire. SPSS software was used to analyze the data. In the inferential level, Pearson correlation coefficient tests were used to test the research hypotheses. **Results:** Results showed that perceived social support and loneliness significantly predicted life satisfaction and life expectancy. The components of family support and friendship support significantly predict life satisfaction. But the component of support for important people could not significantly predict life satisfaction. The components of family support and

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز انجام شد. **روش:** طرح پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش دربرگیرنده کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال شهرستان شیراز بود. افراد نمونه ۱۵۰ سالمند بالای ۶۰ سال بود که از بین سالمندانی که در ۴ مراکز نگهداری سالمندان زندگی می کنند نیمی از حجم نمونه به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شد و نیم دیگر به روش نمونه گیری در دسترس از بین سالمندانی که با خانواده زندگی می کنند. ابزار اندازه گیری پژوهش مقیاس رضایت از زندگی، مقیاس امید اسنایدر (HS)، پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS) و پرسشنامه‌ی احساس تنهایی بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار spss استفاده شد. در سطح استنباطی با آزمون های ضریب همبستگی پیرسون به آزمون فرضیه های پژوهش پرداخته شد. **یافته ها:** نتایج نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی به طور معنی داری رضایت از زندگی و امید به زندگی را پیش بینی می کنند. مؤلفه های حمایت خانواده و حمایت دوستان به طور معنی داری رضایت از زندگی را پیش بینی می کنند. اما مؤلفه‌ی حمایت افراد مهم نتوانست به طور معنی داری رضایت از زندگی را پیش بینی کند.

friendship support significantly predict life satisfaction. But the family support component failed to predict meaningfully the life expectancy.

Keywords: perceived social support, loneliness, life satisfaction, life expectancy, elderly.

مؤلفه‌های حمایت دوستان و حمایت افراد مهم به‌طور معنی‌داری امید به زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. اما مؤلفه‌ی حمایت خانواده نتوانست به‌طور معنی‌داری امید به زندگی را پیش‌بینی کند.
واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی، رضایت از زندگی، امید به زندگی، سالمند.

پذیرش: مرداد ۱۴۰۱	دریافت: خرداد ۱۴۰۱	نوع مقاله: پژوهشی
-------------------	--------------------	-------------------

مقدمه

سالمند شدن جمعیت پدیده‌ای رو به افزایش در سراسر دنیا و از جمله ایران می‌باشد، که این موضوع در بررسی مقایسه‌ای بین نتایج حاصل از سرشماری‌های بعمل آمده در سال‌های اخیر قابل رؤیت می‌باشد، به طوری که نتایج سرشماری سال ۸۵، ۷/۳ درصد از جمعیت را افراد سالمند نشان داد و این نسبت در سال ۹۰ به ۸/۲ درصد افزایش یافت. با توجه به این افزایش و اهمیت مسائل دوران سالمندی، رفع نیازها و مشکلات این گروه جمعیتی به عنوان یک ضرورت اجتماعی قابل طرح است. (صادق مقدم، دلشاد نوغابی، فرهادی، نظری، عشقی، ۱۳۹۴). یکی از حوزه‌های مورد توجه محققین سالمندی، رضایت از زندگی می‌باشد

فشارهای ناشی از دگرگونی‌های جسمی، روانی، اجتماعی نقشی عمده در افسردگی سالمندان دارند و نه تنها موجب ناامیدی، زوال روانی-اجتماعی، ناخوشی‌های جسمانی، از دست رفتن منابع اقتصادی و افزایش مدت نگهداری آنها در سرای سالمندان می‌شود بلکه خودکشی را به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد. با وجود اینکه از دست دادن قوای جسمانی به همراه مشکلات و فشارهای روانی اجتماعی فرد را به ویژه در سنین سالمندی مستعد افسردگی می‌کند، اما کیفیت و چگونگی زندگی فرد در گذشته و دوران سالمندی از جمله مواردی است که می‌تواند پیش‌بینی کننده‌ی زندگی شاد و یا برعکس لبریز از غم و اندوه و افسردگی باشد (حسینی، رضایی و کیخسروی بیگ زاده، ۱۳۹۰).

رضایت زندگی، نگرش فرد، ارزیابی عمومی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه‌های زندگی، همچون زندگی خانوادگی و فردی است (دینر^۱، سان^۲، لوکاس و اسمیت^۳، ۱۹۹۱) در بررسی‌های انجام شده پیرامون سازه روان‌شناختی احساس خوشبختی ذهنی در دو دهه گذشته، مدل سه بعدی احساس خوشبختی ذهنی که عبارت از احساس مثبت، احساس منفی و رضایت از زندگی است، مورد توجه بوده است. تصور ذهنی رضایت از زندگی از دو بعد دیگر متفاوت است. رضایت از زندگی بیشتر مقوله‌ای شناختی است در حالی که احساس منفی و مثبت مقوله‌ای احساسی و عاطفی به شمار می‌رود (دینر، ۱۹۸۴).

احساس خرسندی و رضایت از جنبه‌های زندگی، از مؤلفه‌های نگرش مثبت افراد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کنند. رضایت از زندگی با ارزش‌ها ارتباط نزدیک اما پیچیده‌ای دارد و معیارهایی که افراد بر پایه آن درک ذهنی خود را از خوشبختی ارزیابی می‌کنند، متفاوت است. تجربه شادکامی^۴ و رضایت از زندگی هدف برتر زندگی به شمار می‌رود و احساس غم و ناخرسندی اغلب مانعی در راه انجام وظایف فرد شمرده می‌شوند (آناس^۵، ۱۹۹۳).

¹-Diener

²-Sun

³-Lucas & Smith

⁴-Welfare

⁵-Annas

بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز

عوامل متعددی در بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی نقش دارند که از جمله آنها متغیرهایی می‌باشد که در تعاملات اجتماعی افراد موثر هستند. امید یکی از جدی‌ترین و شایع‌ترین مشکلات سلامت عمومی و اجتماعی است (هاوکلی و کاسیو، ۲۰۱۰). افراد دارای سطوح بالای بهزیستی و رضایت از زندگی در مقایسه با افراد دارای سطوح پایین رضایت از زندگی، دارای نگرش‌های مثبت‌تر و از اضطراب، افسردگی پایین و امید بالاتری برخوردارند (گیلمن و هوبنر، ۲۰۰۶).

بیلی^۸ و همکاران (۲۰۰۷) اظهار داشته‌اند که امیدواری نقش مهمی در رضایت از زندگی ایفا می‌کند. به نظر می‌رسد که امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری باشد. امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده‌ی فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نو کسب نماید و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (دورودی، ۲۰۱۰). امید به عنوان یکی از منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود (روزولت و همکاران، ۲۰۰۳).

امید، یکی از ویژگی‌های زندگی است که ما را به جستجوی فردای بهتر و امیدوارتر می‌دارد. امید، یعنی موفقیت و آینده بهتر و دلیلی برای زیستن. بنابراین امید یا تفکر هدف‌مدار، از دو مؤلفه مرتبط به هم یعنی مسیرهای تفکر و منابع تفکر، تشکیل شده است. مسیرهای تفکر انعکاس‌دهنده ظرفیت فرد برای تولید کانال‌های شناختی برای رسیدن به اهدافش است و منابع تفکر عبارتند از افکاری که افراد درباره توانایی‌ها و قابلیت‌هایشان برای عبور از مسیرهای برگزیده تعریف کرده‌اند تا به اهدافشان برسند. از طریق ترکیب منابع و مسیرها می‌توان به اهداف رسید (اسنایدر، ۲۰۰۲).

امید به زندگی به معنای امید به زیستن و زندگی بهتر در آینده است که تحت تأثیر عوامل زیادی قرار می‌گیرد. عوامل بی‌شماری بر امید به زندگی بر روی فرد تأثیر می‌گذارد. این عوامل شامل تندرستی، سبک زندگی، ایجاد شیوه‌های سالم در زندگی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی می‌باشد. افزایش امید به زندگی منجر به تغییر سیاست‌های بهداشتی در عرصه صنعتی و اقتصادی و باعث تغییر بافت جامعه و خانواده‌ها شده است. همچنین این افزایش باعث تغییر در منحنی توزیع سنی افراد در جامعه و تغییر آن به طرف سنین بالاتر در کشورهایی شده که از امید به زندگی بالایی برخوردارند (لی و هاردی، ۱۹۹۹).

از طرفی، یکی دیگر از عوامل تعیین‌کننده سلامت که به بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است، حمایت اجتماعی از سالمندان است. منابع و شیوه‌های حمایت اجتماعی متعدد و بسته به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هر جامعه مختلف است. آنچه از دیدگاه پژوهشی مهم است ادراک سالمندان از نوع و میزان حمایتی است که از دیگران دریافت می‌کنند. از نظر ویلس^{۱۱}، حمایت اجتماعی ادراک یا تجربه فرد از این است که دیگران چقدر او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی فعال به حساب می‌آورند.

برونل و شوماکر^{۱۲} معتقدند که حمایت اجتماعی به احساس ذهنی تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌گردد. حمایت اجتماعی برای هر فرد، یک رابطه امن را به وجود می‌آورد که در آن احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی آن است. مرونو^{۱۳} (۲۰۰۴) معتقد است این نوع حمایت می‌تواند شامل افرادی باشد که فرد، می

6 -Hawkey & Cacioppo.

7 -Gilman & Huebner.

8 -Bailey.

9-Rozolet

4-Snyder

11 - Velse

12 - Bronel & Shomaker

13 - Merono

تواند درباره مشکلات، با آنها صحبت کند و به طور طبیعی، شامل کمک هایی می شود که توسط خانواده، دوستان، همکاران و همسایگان یا افراد مهم، صورت می گیرد و شامل ابراز عشق، عاطفه و ارزشمند شمردن می شود که احساس بهزیستی عاطفی ایجاد می شود (خدایناهی، صالح صدق پور، اصغری، حریرچی و کتیبایی، ۱۳۸۹).

محققان معتقدند که حمایت اجتماعی تأثیر سودمندی بر سلامت جسمی، روانی، کارآمدی، خلاقیت و کفایت سالمندان دارد و به عنوان یک متغیر پیش بینی کننده برای تمام ابعاد سلامت و رفاه انسان، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در نظر گرفته می شود. پژوهش صادق مقدم و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت از زندگی رابطه ی معنی دار و مستقیمی وجود دارد و از بین منابع حمایتی بیشترین حمایت از سمت خانواده و بعد از آن افراد مهم زندگی به عنوان دومین منبع حمایت اجتماعی اعلام شده است. نتایج پژوهش کیخسروی بیگ زاده و همکاران (۱۳۹۴) همبستگی مثبت و معنادار بین مولفه های حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با شادکامی را نشان داد. از بین مولفه های حمایت اجتماعی، حمایت خانواده و دوستان و همچنین رضایت از زندگی، شادکامی را به صورت مثبت و معنی دار پیش بینی کرد. حمایت اجتماعی به دو شکل «دریافت شده» و «ادراک شده» در مطالعات مورد بررسی قرار می گیرد. (مقدم و همکاران، ۱۳۹۴). برزگر بفروبی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند بین دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم رابطه مستقیم و معنی دار وجود دارد.

فرایند پیری یک سری تغییرات قطعی را با خود به همراه می آورد که فراتر از مساله ی زمان و عمر است. حوادثی نظیر ترک خانه به وسیله فرزندان، مرگ یکی از همسران، معلولیت و به ویژه بازنشستگی، 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 می تواند باعث کم شدن امید به زندگی و تجربه ی احساس تنهایی در سالمندان گردد (برزگر بفروبی، کمالی زارچ و افخمی عقدا، ۱۳۹۴). تحقیقات حاکی از آن است که حمایت اجتماعی مطلوب می تواند احساس تنهایی را کاهش دهد و موجب رضایت از زندگی شود (کانگ، دینگ و ژائو، ۲۰۱۵).

از نظر پرلن و پپلو^{۱۴} (۱۹۸۱)، احساس تنهایی تجربه ناخوشایندی است که در پاسخ به نارسایی های کمی یا کیفی در روابط اجتماعی پدیدار می شود. در آن زمان احساس تنهایی یک مفهوم مثبت به معنای کناره گیری داوطلبانه فرد از درگیری های روزمره ی زندگی برای رسیدن به هدف های بالاتر (مانند تعمق، مراقبه و ارتباط با خداوند) تلقی می شد. بلا^{۱۵} (۱۹۸۹)، به نقل از دریل و اندرسون^{۱۶} (۱۹۹۸) احساس تنهایی را بر پایه ی سه مؤلفه ی شناختی، خلقی و رفتاری تعریف می کند.

احساس تنهایی با تهی شدن عاطفی، عدم ابراز احساسات بین فردی و پسرقت روان شناختی همراه است به گونه ای که نیازهای مربوط به صمیمیت، برآورده نشده اند و اگر هم تا حدودی برآورده باشند، اساسا به نحوی نارضایت بخش باقی می ماند. احساس تنهایی به صورت رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران مشخص می گردد. الهاگین^{۱۷} (۲۰۰۴)، تنهایی را به عنوان تجربه ای منفور، پریشان کننده و ناخوشایند بیان می دارد که باعث می گردد زوجین احساس حقارت کرده و حالات خلقی ناراحت کننده ای را تجربه کنند. احساس تنهایی یک تجربه عاطفی ناراحت کننده است، اما بر عنصر شناختی نیز تأکید دارد. به این صورت که احساس تنهایی ناشی از این ادراک است که ارتباطات اجتماعی فرد، برخی از انتظارات او را برآورده نمی کند. احساس تنهایی از طریق خصوصیات عینی و کمی روابط اجتماعی تحت تأثیر قرار می گیرد. احساس تنهایی با مشکلات روانی - اجتماعی (نظیر عزت نفس پایین، شایستگی پایین، تعاملات اجتماعی ضعیف)، سلامت روانی (نظیر اضطراب، افسردگی، رفتارهای خودکشی) و سلامت جسمانی (نظیر عملکرد ایمنی و مشکلات خواب) مرتبط است. افراد دارای احساس تنهایی افراد با احساس

1- Perlman & Peplau
 2-Blai
 3-Drill&Anderson
 4-Elhageen

بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز

خلاء، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه هستند و به روش‌های مختلفی تعاملات اجتماعی، نحوه زندگی و سلامت آنها تحت تاثیر قرار می‌گیرد (هنریچ و گالون^{۱۸}، ۲۰۰۶).

نجفی و همکاران (۱۳۹۲) در بررسی نقش امید، احساس تنهایی و مؤلفه‌های آن در پیش‌بینی رضایت از زندگی سالمندان نشان دادند که احساس تنهایی ناشی از خانواده و احساس تنهایی عاطفی به ترتیب نقش مهم و معناداری در رضایت از زندگی دارند و دو متغیر احساس تنهایی و امید به ترتیب نقش معناداری در پیش‌بینی رضایت از زندگی دارند. نتایج حاکی از آن بود که کاهش احساس تنهایی و افزایش امید در سالمندان می‌تواند به بهداشت، سازگاری و رضایت از زندگی آنها کمک کند توجه به این متغیرها در برنامه ریزی‌ها می‌تواند مفید واقع شود. بنابراین با توجه به تحقیقات انجام شده مساله رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تحقیق هرچه بیشتر در زمینه‌های حمایت اجتماعی و احساس تنهایی که می‌تواند رابطه معناداری با آنها داشته باشد اهمیت و ضرورت می‌یابد. امید است بتوان با نتایج این تحقیق منابع تامین حمایت‌های اجتماعی سالمندان از سوی سازمان و نهادهای مربوط تقویت گردد و بتوان هرچه بیشتر در جهت رضایت از زندگی سالمندان گام برداشت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در زمره طرح‌های همبستگی قرار دارد. این پژوهش از نوع توصیفی می‌باشد که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ در شیراز انجام شد. جامعه آماری پژوهش دربرگیرنده کلیه سالمندان بالای ۶۰ سال شهرستان شیراز می‌باشند. از جامعه‌ی پژوهش تعداد ۱۵۰ سالمند بالای ۶۰ سال انتخاب شدند. از بین سالمندانی که در ۴ مراکز نگهداری سالمندان زندگی می‌کنند نیمی از حجم نمونه به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب می‌شوند و نیم دیگر به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین سالمندانی که با خانواده زندگی می‌کنند بدین ترتیب جامعه آماری قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری با جامعه خواهد داشت. با استفاده از ابزار اندازه‌گیری افراد نمونه مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار spss استفاده شد. در سطح استنباطی با آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته خواهد شد.

ابزار اندازه‌گیری پژوهش

۱- مقیاس رضایت از زندگی: یکی از شاخص‌های مهم سنجش سلامت روان در دوران سالمندی، رضایت از زندگی است. ابزاری که جهت سنجش رضایت از زندگی در سالمندان عمومیت زیادی دارد مقیاس رضایت از زندگی - Z Life Satisfaction - Index-Z: LSI-Z است که در سال ۱۹۶۱ توسط نورگارتن^{۱۹}، هاویگرتست^{۲۰} و توبین^{۲۱} و در شهر کانزاس و با همکاری دانشگاه شیکاگو طراحی شده است. این ابزار که دارای ۲۰ سوال است و ۸ سوال آن بار منفی و مابقی بار مثبت دارند؛ از جمله مصاحبه و به روش خودگزارش دهی تکمیل می‌شود. برای هر سوال سه گزینه موافق، نمی‌دانم و مخالف در نظر گرفته شده است. A دارای فرم‌های کوتاه متعددی است که اصطلاحاً به آن ایندکس Z اطلاق می‌شود. به کرات در مطالعات از ایندکس Z استفاده شده است. این ایندکس دارای نسخه ۱۸، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۱ و ۱۴ سوالی است.

18 - Henrich & Gullone

19 - Neurgarten

20 - Havighurst

21 - Tobin

معمول ترین نسخه ای که مدنظر محققان قرار گرفته است ایندکس Z تجدیدنظر شده در سال ۱۹۶۹ توسط Wood, Wylie و Sheafor است؛ این پرسشنامه ۱۳ سوالی ابزار سنجش بسیاری از مطالعات مرتبط بوده و برای آن سه نمره دهی مورد استفاده قرار گرفته است.

نمره گذاری پرسشنامه:

در این ابزار دو نوع سیستم نمره دهی پیشنهاد گردیده است. در طراحی اولیه پیشنهاد شده بود که برای گزینه نمی دائم نمره صفر و در سوالات مثبت برای گزینه موافق و در سوالات منفی برای گزینه مخالف نمره ۱ و برای مابقی گزینه ها نیز نمره صفر منظور گردد و در مجموع، نمره رضایت از زندگی در مقیاس ۲۰-۰ مشخص شود. در سیستمی که از عمومیت بیشتری برخوردار است، نحوه نمره دهی به این صورت است که برای گزینه نمی دائم نمره صفر، در سوالات مثبت برای گزینه موافق نمره ۲ و برای گزینه مخالف نمره ۱ و در ارتباط با سوالات منفی، برای گزینه مخالف نمره ۲ و برای گزینه موافق نمره ۱ لحاظ می گردد و در کل نمره رضایت از زندگی در مقیاس ۴۰-۰ بیان می شود. لازم به ذکر است که در هر دو شیوه، نمره بالاتر بیانگر بیشتر بودن سطح رضایت است.

برای این پرسشنامه سه روش نمره دهی مورد استفاده قرار گرفته است.

روش اول سیستم ۱-۰ است که نمره رضایت را در مقیاس ۱۳-۰ نشان می دهد.

روش دوم به صورت نمره دهی در قالب معیار لیکرت ۵ گزینه ای است که در مجموع رضایت از زندگی را در مقیاس ۶۵-۵ مشخص می نماید.

معمول ترین روش سیستم ۲-۱-۰ است که رضایت از زندگی را در مقیاس ۲۶-۰ تعیین می کند.

در هر سه روش نمره بالاتر نشان دهنده رضایت بیشتر است.

امتیازات خود را از ۱۳ عبارت با یکدیگر جمع می شود. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۲۶ خواهد بود.

نمره بین ۰ تا ۹: میزان رضایت از زندگی پایین است.

نمره بین ۹ تا ۱۳: میزان رضایت از زندگی متوسط است.

نمره بالاتر از ۱۳: میزان رضایت از زندگی بالا است.

در ارتباط با نحوه تفسیر نمره LSI-Z در مقیاس ۲۶-۰ دیدگاههای مختلفی مطرح است. محققان طراح نمرات $12 \leq 13-21$ و $22 \geq$ را به ترتیب نشان دهنده سطح رضایت کم، متوسط و زیاد تلفی نموده اند. در مطالعه Sauer و Warland میانگین نمره که معادل $11/6$ بوده به عنوان نقطه برش منظور گردیده است. در مطالعه Borg صدک ۲۵ به عنوان نقطه برش تعیین شده است. Soleman نیز عدد $11/6$ را به عنوان نقطه برش در نظر گرفته است. در غالب مطالعات انجام شده نیز بدون در نظر گرفتن نقطه برش از این ابزار استفاده گردیده است

روایی و پایایی:

برای تعیین روایی پرسشنامه از شیوه مقایسه گروههای شناخته شده که نوعی اعتبار سازه است استفاده گردید. در روش اعتبار سازه به شیوه مقایسه گروههای شناخته شده استناد گردید.

روش Item-Total Correlation و آزمون مجدد نیز پرسشنامه ۱۳ سوالی را پایا تشخیص دادند. نمره LSI-Z بین ۵ گروه مورد نظر تفاوت آماری معنی دار داشت ($F=121/66$ ، $P<0/0001$) ضریب پایایی لبراز از طریق آزمون مجدد $0/93$ بدست آمد.

بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز

ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ با فرمول Unequal Spearman Brown محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۹ محاسبه شد (تقریبی و همکاران، ۱۳۸۹).

همچنین ضریب پایایی پرسشنامه به روش دو نیمه کردن با فرمول Guttman ۰/۷۸ محاسبه شد.

در مطالعه وود (۱۹۶۹) از طریق روایی همزمان آن با LSI ۰/۵۷ محاسبه گردیده است

گیبسون (۲۰۰۷)، ثبات داخلی این ابزار را ۰/۷۴ الی ۰/۸۳ گزارش کرده است.

لیبندو (۱۹۹۴)، ضریب پایایی ۰/۷ را به عنوان سطح قابل قبول پایایی مطرح کرد.

همچنین در مطالعه مورگان (۱۹۸۷)، آلفا ۰/۷۴ بدست آمد. در مطالعه Burckhardt ضریب پایایی همین ابزار از طریق آزمون مجدد ۰/۸-۰/۹ برآورد شده است.

۲- مقیاس امید اسنایدر (HS22)

مقیاس ۱۲ سوالی امید اسنایدر (۱۹۹۱، به نقل از اسنایدر و پترسون، ۲۰۰۰) برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ به آن کفایت می‌کند. برای پاسخ به هر سوال، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. بنابراین، حداقل و حداکثر نمرات می‌تواند بین ۱۲ تا ۴۸ قرار گیرد. در پژوهشی که توسط گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اسنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. مقیاس امید با مقیاس‌هایی که فرایند‌های روان‌شناختی مشابهی را می‌سنجند، همبستگی بالایی دارد. به عنوان مثال، نمره‌های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش بینی شیر و کارور همبستگی دارد. همچنین، نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه افسردگی بک همبستگی منفی دارد (۰/۵۱-). برای بررسی روایی این مقیاس هم از تحلیل عامل به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شد. شاخص KMO برابر با ۰/۸۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر با ۶۴۴/۸۱ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود که نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری گزینه‌ها و ماتریس همبستگی آنها بود. نتایج تحلیل عامل نشان داد که در مقیاس دو عامل اصلی وجود دارد که هر دو بر روی هم ۰/۵۱ از واریانس را تبیین مینمایند عامل اول دارای ارزش ویژه (آیگن) برابر با ۳/۰۸ و ارزش ویژه (آیگن) عامل دوم هم برابر با ۱/۰۰ بود. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط استادان رشته مدیریت و مطالعه آزمایشی دانشگاه مشهد و تربیت معلم مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (کریمیان، ۱۳۹۱).

۳- پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS)

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (MSPSS) یک ابزار ۱۲ عبارتی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع: خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط سیمت^{۲۴} و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آزمودنی در هر یک از سه حیطه‌ی یاد شده را می‌سنجد و دارای سه زیر مقیاس: خانواده^{۲۵} (عبارات ۳، ۴، ۸، ۱۱)، دوستان^{۲۶} (عبارات ۶، ۷، ۹، ۱۲) و افراد مهم^{۲۷} (عبارات

22 - Hope Scale

23 - Multidimensional Scale of Perceived Social Support

2 - Zimet

3 - Family

4 - Friends

5 - Significant other

۱۰، ۵، ۲، ۱) است. (MSPSS) یک ابزار کوتاه، ساده و متأثر از زمان است و به این دلیل در پژوهش های زیادی از آن استفاده شده است.

ویژگی های روان سنجی: ویژگی های روان سنجی مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی بر روی نمونه های مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است. نمونه ی مورد نظر در آخرین پژوهش انجام شده شامل ۱۵۴ دانشجوی کالج (۱۲۲ زن و ۳۲ مرد) با میانگین سنی ۲۶/۵ سال بوده است. میانگین نمره ی کل آزمون ۵/۵۸ ($SD=1.07$)، برای زیر مقیاس خانواده ۵/۳۱ ($SD=1.46$)، برای زیر مقیاس دوستان ۵/۵۰ ($SD=1.25$) و برای زیر مقیاس افراد مهم ۵/۹۴ ($SD=1.34$) بوده است. **پایایی:** مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیر مقیاس های آن در دامنه ای از ۰/۹۰-۰/۹۵ قرار دارد.

اعتبار: مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی از اعتبار عاملی و همزمان مطلوبی برخوردار است، زیرا با افسردگی و ابتلا به بیماری های کرونری قلب در تیپ نوع A همبستگی معکوس دارد. به علاوه نویسندگان این مقیاس اظهار کرده اند که اعتبار سازه ی این آزمون نیز مطلوب است، زیرا با مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو-کرون همبستگی ندارد.

نمره گذاری: در این آزمون به گزینه کاملاً مخالفم، ۱ امتیاز؛ مخالفم، ۲ امتیاز؛ تقریباً مخالفم، ۳ امتیاز؛ نظری ندارم، ۴ امتیاز؛ تقریباً موافقم، ۵ امتیاز؛ موافقم، ۶ امتیاز؛ کاملاً موافقم، ۷ امتیاز؛ تعلق می گیرد. برای بدست آوردن نمره ی میانگین کل آزمون امتیاز همه ی عبارات را با هم جمع کرده و بر تعداد آنها (۱۲) تقسیم کنید. برای به دست آوردن نمره ی مربوط به هر زیر مقیاس، امتیاز عبارات مربوط به زیرمقیاس مورد نظر را با هم جمع کرده و بر تعداد عبارات آن (۴) تقسیم کنید. نمره ی بالا در این مقیاس، بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده است.

۴- پرسشنامه ی احساس تنهایی

پرسش نامه احساس تنهایی توسط (راسل و پیلوا و کورتونا²⁸) در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سوال و به صورت ۴ گزینه ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است.

شیوه نمره گذاری و تفسیر:

در این پرسشنامه هرگز امتیاز (۱)، به ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) دارد. ولی امتیاز سوالات ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۹، ۶، ۵، ۱ برعکس است. یعنی هرگز (۴)، به ندرت (۳)، گاهی (۲) و همیشه امتیاز (۱) را دارد. دامنه نمره ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است.

روایی و پایایی:

پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده ۷۸٪ گزارش شد. پایایی آزمون به روش باز آزمایی توسط راسل، پیلوا و فرگوسن (۱۹۷۸) ۸۹٪ گزارش شده است. این مقیاس توسط شکر کن و میردربکوند ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفته شد (نادری، حق شناس، ۱۳۸۸).

یافته های آماری پژوهش

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت اجتماعی ادراک شده و خرده مقیاس های آن را در سالمندان نشان می دهد. همان طور که در جدول مشاهده می شود، میانگین و انحراف معیار نمرات حمایت خانواده ۱۳/۸۲ (۳/۷۹)، حمایت

بررسی رابطه ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز

دوستان ۱۳/۰۳ (۳/۴۸)، حمایت افراد مهم ۱۳/۴۲ (۳/۸۳) و حمایت اجتماعی ادراک شده ۴۰/۲۹ (۹/۳۳) می باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات احساس تنهایی ۳۹/۶۱ (۱۴/۴۵) می باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت از زندگی را در سالمندان نشان می دهد. همان طور که در جدول مشاهده می شود، میانگین (و انحراف معیار) نمرات رضایت از زندگی ۱۴/۰۸ (۶/۸۳) می باشد و میانگین (و انحراف معیار) نمرات امید به زندگی ۲۱/۸۹ (۳/۴۲) می باشد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
حمایت خانواده	۱۳/۸۲	۳/۷۹
حمایت دوستان	۱۳/۰۳	۳/۴۸
حمایت افراد مهم	۱۳/۴۲	۳/۸۳
حمایت اجتماعی ادراک شده	۴۰/۲۹	۹/۳۳
احساس تنهایی	۳۹/۶۱	۱۴/۴۵
رضایت از زندگی	۱۴/۰۸	۶/۸۳
امید به زندگی	۲۱/۸۹	۳/۴۲

در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی ارائه شده است. همان گونه سطوح معناداری به دست آمده در جدول ۲ نشان می دهد، بین حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی در سطح معناداری $P \leq 0/01$ با رضایت از زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک شده (و ابعاد آن) و احساس تنهایی با رضایت از زندگی

رضایت از زندگی		متغیر پیش بین
سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	
۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۰**	حمایت خانواده
۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۳**	حمایت دوستان
۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۳**	حمایت افراد مهم
۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۶**	حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۰۰۰۱	-۰/۶۰۲**	احساس تنهایی

**سطح معناداری ۰/۰۱

در جدول ۳ ضرایب همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با امید به زندگی ارائه شده است. همان گونه سطوح معناداری به دست آمده در جدول ۳ نشان می دهد، بین حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی در سطح معناداری $P \leq 0/01$ با امید به زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین حمایت اجتماعی ادراک شده (و ابعاد آن) و احساس تنهایی با امید به زندگی

امید به زندگی		متغیر پیش بین
سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	
۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۳**	حمایت خانواده
۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۲**	حمایت دوستان
۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۰**	حمایت افراد مهم
۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۱**	حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۰۰۰۱	-۰/۵۰۰**	احساس تنهایی

**سطح معناداری ۰/۰۱

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی به‌طور معنی‌داری رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. ضریب تأثیر حمایت اجتماعی ادراک شده $(B = ۰/۱۹۴)$ است. یعنی به ازای یک واحد انحراف استاندارد که به میزان حمایت اجتماعی ادراک شده سالمندان اضافه شود، ۰/۱۹ واحد انحراف استاندارد به میزان رضایت از زندگی سالمندان افزوده می‌گردد. همچنین ضریب تأثیر احساس تنهایی $(B = -۰/۴۷۴)$ است. یعنی به ازای یک واحد انحراف استاندارد که به میزان احساس تنهایی سالمندان اضافه شود، ۰/۴۷ واحد انحراف استاندارد از میزان رضایت از زندگی سالمندان کم می‌شود.

جدول ۴- ضرایب رگرسیون همزمان نمرات متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی در پیش‌بینی رضایت از زندگی در سالمندان

متغیر	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	t	P	VIF
ثابت	۱۷/۲۵۱	۳/۹۶۶		۴/۳۵۰	۰/۰۰۰۱	
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۱۴۲	۰/۰۶۵	۰/۱۹۴	۲/۱۷۲	۰/۰۳۲	۱/۷۶۵
احساس تنهایی	-۰/۲۲۴	۰/۰۴۲	-۰/۴۷۴	-۵/۳۱۸	۰/۰۰۱	۱/۷۶۵

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی به‌طور معنی‌داری امید به زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. ضریب تأثیر حمایت اجتماعی ادراک شده $(B = ۰/۴۱۱)$ است. یعنی به ازای یک واحد انحراف استاندارد که به میزان حمایت اجتماعی ادراک شده سالمندان اضافه شود، ۰/۴۱ واحد انحراف استاندارد به میزان امید به زندگی سالمندان افزوده می‌گردد. همچنین ضریب تأثیر احساس تنهایی $(B = -۰/۲۲۹)$ است. یعنی به ازای یک واحد انحراف استاندارد که به میزان احساس تنهایی سالمندان اضافه شود، ۰/۳۰ واحد انحراف استاندارد از میزان امید به زندگی سالمندان کم می‌شود.

بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز

جدول ۵: ضرایب رگرسیون همزمان نمرات متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی در پیش‌بینی امید به زندگی در سالمندان

متغیر	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	t	P	VIF
ثابت	۱۷/۸۶۲	۲/۱۰۳		۸/۴۹۲	۰/۰۰۰۱	
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۱۵۵	۰/۰۳۵	۰/۴۱۱	۴/۴۷۰	۰/۰۰۱	۱/۷۶۵
احساس تنهایی	-۰/۰۵۹	۰/۰۲۲	-۰/۲۲۹	-۲/۴۹۶	۰/۰۱۴	۱/۷۶۵

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون نشان داد با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده میزان رضایت از زندگی و امید به زندگی افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد سالمند از نظر وضعیت سلامتی همواره جزء افراد آسیب‌پذیر جامعه بوده‌اند. از سوی دیگر افراد با ورود به دوران سالمندی با کاهش روابط اجتماعی مواجه می‌شوند. این دو موضوع یعنی سلامت و کاهش روابط اجتماعی را اپیدمیولوژیست‌ها مورد مطالعه قرار دادند. این پژوهشگران با ارائه نظریه حمایت اجتماعی به بررسی تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت افرادی پرداختند. نتیجه مطالعات آن‌ها نشان داد که بین داشتن روابط اجتماعی و نداشتن آن تفاوت زیادی وجود دارد. مطالعه برکمن و سیم (۱۹۷۹) به عنوان مطالعه‌ای که سرآغازی برای مطالعات جدید پس از مطالعه کلاسیک دورکیم در مورد پدیده خودکشی در حوزه تحقیقات اجتماعی- پزشکی بود، نشان داد که در ایالت آلامادا کالیفرنیا سالمندانی که دارای روابط قوی‌تری با اعضای شبکه اجتماع شخصی خود بودند در دوران ۹ سال مطالعه، با وجود داشتن عارضه قلبی، یک سوم کم‌تر از دیگر افراد در معرض عوامل خطرزا که منجر به سکت قلبی می‌شد، قرار داشتند. در اغلب کشورهای پدیده سالمندی مواجه شده‌اند با الگو قرار دادن این بررسی، مطالعات گسترده‌ای در این زمینه انجام داده‌اند. این مطالعات، پیوندهای پیچیده و مبهم بین ویژگی‌های اجتماعی فرد و وضع سلامتی او را به شکل یک جریان تحقیقی تازه در آورد که به گفته مارک رنو (۱۹۹۴) شناخت توصیفی رابطه‌ها را دیگر کافی نمی‌دانست و سعی داشت با دقت بیشتر راه‌هایی را بیامیاد که نشان دهد امر اجتماعی با امر زیستی دست‌به‌دست هم می‌دهند و بیماری را به وجود می‌آورند (آدام و کلودین، ۱۳۸۵). یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و در سال‌های اخیر به صورت فزاینده‌ای مورد توجه هست حمایت اجتماعی می‌باشد. انسان موجودی اجتماعی است و در طول حیات خویش نیازمند هموعان خود است. این نیازمندی از جنبه‌های مختلف و صورت‌های متفاوتی قابل مشاهده است. شاید بتوان گفت علت همه مشکلات انسانی بویژه مشکلات روانی از نوع روابط و تصورات و احساسات وابسته به آنها سرچشمه می‌گیرد. کوب حمایت اجتماعی را تحت عنوان معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند مورد احترام و علاقه دیگران است، عنصری ارزشمند و دارای شأن بوده و به یک شبکه روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد، اظهار می‌دارد که افزایش روز افزون تعداد مقالات چاپ شده در مجلات مختلف در مورد حمایت اجتماعی، اثرات مثبت حضور و پیامدهای منفی نبود آن، حاکی از اهمیت عوامل اجتماعی با توجه به نقش مهمی است که در زندگی انسان دارد. مروری بر پیشینه پژوهشی، این نکته را برجسته می‌سازد که حمایت اجتماعی دارای فواید روانشناختی و جسمانی برای افرادی است که با رویدادهای فشارزای جسمی و روانی اجتماعی مواجه می‌شوند. شواهد چشمگیری وجود دارد که نشان می‌دهد حمایت اجتماع نقش مهمی در سلامت افراد یک جامعه ایفاء می‌کند و انزوای اجتماعی به بیماری منجر می‌شود.

حمایت ادراک شده از طرف خانواده به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد. حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده‌ی احساس همدلی، مراقبت و توجه، و علاقه نسبت به یک شخص است. این

نوع از حمایت می تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید (سارافینو، ۱۹۹۸).

همچنین نتایج نشان داد با افزایش احساس تنهایی میزان رضایت از زندگی افزایش می یابد. نتیجه این آزمون با نتایج تحقیقات میردرکیوند، پناهی، حسینی رمقانی (۱۳۹۵)، نجفی، دبیری، دهشیری و جعفری (۱۳۹۲)، حجتی، کوچکی، ثناگو (۱۳۹۱)، حجتی، حجتی، شریف نیا، سلماسی، حسین زاده و فرهادی (۱۳۹۱) و شیخ الاسلامی، ماسوله، خدادادی و یزدانی (۱۳۹۰) همسو و همجهت می باشد.

احساس تنهایی به روشنی منعکس کننده نارسایی روابط اجتماعی ارضا کننده است. احساس تنهایی احساس فاعلی است که ممکن است با واقعیت بیرونی همسان نباشد. به بیان دیگر در حالی که برخی از افراد روابط اجتماعی محدود دارند، احساس تنهایی را تجربه نمی کنند، اما برخی دیگر با وجود برخورداری از شبکه روابط اجتماعی نسبتاً گسترده، از احساس ناخوشایند تنهایی رنج می برند، بنابراین احساس تنهایی مستلزم ادراک با ارزیابی از روابط اجتماعی خود و مقایسه وضعیت کنونی با وضعیت مطلوب و آرمانی مورد نظر خود است. سومین مولفه دربرگیرنده ی ویژگی های عاطفی و هیجانی احساس تنهایی است. در بیشتر تعاریف ارائه شده درباره احساس تنهایی، از احساس ناخوشایند و هیجان های منفی که اغلب افراد از آنها می گریزند، سخن به میان آمده است. با این حال برخی از پژوهشگران به جای آن که احساس تنهایی را یک هیجان منفی تلقی کنند، آن را تداعی کننده ی پاره ای از هیجان های منفی مانند اضطراب، افسردگی، دوست داشتنی نبودن و مواردی از این دست می دانند. بر این اساس احساس تنهایی گذرگاهی است برای هجوم آوردن احساسات منفی دیگر که اغلب افراد می کوشند به صورت هشیار و ناهشیار از آن ها اجتناب کنند به همین دلیل نیز افرادی که احساس تنهایی می کنند، عزت نفس پایینی دارند و به ویژه نسبت به توانایی های خود، تردید می کنند و در رفتارهای بین فردی حالت هایی مثل خجالت، شرم، اضطراب، جسارت نداشتن، خطر پذیری کم و درون گرایی از خود نشان می دهند (هور وایتنز و فرنچ، ۱۹۷۹). تنهایی پدیده ای است که انسان ها کم و بیش آن را در زندگی خود تجربه می کنند. به بیان دیگر بسیاری از افراد در فرهنگ ها، نژاد ها، طبقات اجتماعی و در سنین و زمان های مختلف هر یک به نوعی تنهایی را تجربه می کنند (برگونو و همکاران، ۲۰۰۴). تنهایی حالتی ناخوشایند است که از تفاوت در روابط بین فردی که افراد خواهان آن هستند و روابطی که بادیگران در شرایط واقعی دارند، نشات می گیرد. این احساس به ایندلیل اهمیت دارد که هم با حالات هیجانی افراد و هم با فقر اجتماعی، رفتار و سلامتی در افراد بالغ، نوجوان و کودک همبسته است. مشخصه ی تنهایی اجتماعی، احساس خستگی، بی هدفی، بی ارزشی و در حاشیه قرار گرفتن توأم با فقدان تأیید از جانب دیگران است. این نوع تنهایی، اغلب به دنبال نوعی گسیختگی و شکاف در شبکه ی اجتماعی به علت تغییر شرایط زندگی از قبیل انتقال به یک شهر جدید، تعویض مدرسه یا تغییر شغل اتفاق می افتد (روک، ۱۹۸۴) بهترین پیش بین انزوای اجتماعی فقدان اطمینان از ارزش شخصی است (اندرسون، ۱۹۸۹؛ به نقل از حاجتی، ۱۳۸۶). علاوه بر اینها عوامل و واسطه های شناختی در ایجاد احساس تنهایی مؤثر می باشند. بدین معنا که اگر فرد شرایط را دشوار و تهدید آمیز تلقی کند و خود را ناتوان در مقابله و رفع آن بداند، احساس تنهایی بیشتری را تجربه می کند. معمولاً فرد در چنین شرایطی احساس ناشکیبایی، رنجیده خاطری، ناراحتی، وحشتزدگی، ناتوانی در تمرکز، ناامیدی، طردشدگی و بیهودگی کرده و حرمت نفس وی کاهش می یابد.

این پژوهش با محدودیت هایی مواجه بود. از آن جمله می توان به طرح پژوهش اشاره کرد، از آنجا که طرح پژوهش از نوع همبستگی است امکان نتیجه گیری کلی امکانپذیر نیست چرا که رابطه ی بین متغیرهای این پژوهش خود تحت تأثیرهای متغیر های زیادی هستند که خارج محدوده ی کنترل پژوهشگر می باشد. همچنین با توجه به اینکه این پژوهش فقط روی یک نمونه و گروه کوچک انجام شده است امکان تعمیم به سایر افراد به صورت قطع و یقین وجود ندارد.

بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی با رضایت از زندگی و امید به زندگی سالمندان شهرستان شیراز

تشکر و قدردانی:

در آخر از کلیه کسانی که در امر تحقق این پژوهش به پژوهشگر یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- [۱] بزرگر بفرویی کاظم، کمالی زارچ محمود، افخمی عقد احمد، (۱۳۹۴). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی در سالمندان مقیم و غیرمقیم خانه های سالمندان استان یزد، ماهنامه طلوع بهداشت، سال چهاردهم، شماره ۴، شماره مسلسل ۵۲.
- [۲] حاجتی، محمد؛ (۱۳۸۶). احساس تنهایی در گستره ی زندگی. مشاوره مدرسه ، شماره ۱.
- [۳] حاجتی، حمید، کوچکی، گلناز، ثناگو، اکرم. (۱۳۹۱). ارتباط احساس تنهایی با رضایت از زندگی در سالمندان(شهرهای گرگان و گنبد). مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، دوره ۹، شماره ۱، ص ۶۸-۶۱.
- [۴] حاجتی، هانیه، حاجتی، حمید، شریف نیا، حمید، سلماسی، الگار، حسین زاده، اسماعیل، فرهادی، سکینه. (۱۳۹۱). مقایسه میزان تنهایی، نیاز به تعلق خاطر و رضایت از زندگی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سالمندان ساکن در منزل. مجله سلامت و مراقبت، دوره ۱۴، شماره ۳.
- [۵] حسینی، سیده مریم، رضایی، آذرمیدخت، کیخسروی بیگ زاده، زهره، (۱۳۹۰). مقایسه حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و افسردگی و شادکامی در سالمندان زن و مرد، فصلنامه علمی- پژوهشی جامعه شناسی زنان، سال دوم، شماره ۴.
- [۶] خداپناهی، محمدکریم، صالح صدق پور، بهرام، اصغری، آرزو، حریرچی، ایرج، کتیبایی، ژیلا. (۱۳۸۹). روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان. مجله روانشناسی ۵۵، سال ۱۴، شماره ۳، ص ۲۸۴-۲۹۸
- [۷] سارافینو ادوارد، پ، (۱۹۹۸). روانشناسی سلامت، ترجمه فروغ شفیعی و همکاران، چاپ چهارم، انتشارات رشد.
- [۸] شیخ الاسلامی، ف. ماسوله.ش. خدادادی، ن. یزدانی، م. (۱۳۹۰)، احساس تنهایی و سلامت عمومی سالمند، پرستاری و مامایی جامع نگر، (شماره ۶۶)
- [۹] صادق مقدم، لیلا، دلشاد نوباغی، علی، فرهادی، اکرم، نظری، شیما، عشقی زاده، مریم، چوپان وفا، فهیمه، نیازی اوری، محدثه. (۱۳۹۴). رضایت از زندگی سالمندان: نقش حمایت اجتماعی ادراک شده. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزه وار، دوره ۲۲، شماره ۶، ص ۱۰۵۱-۱۰۴۳.
- [۱۰] کیخسروی بیگ زاده، زهره، رضایی، آذرمیدخت، خالویی، یعقوب. (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با شادکامی در سالمندان ساکن منازل شخصی شهر شیراز. مجله سالمند، دوره ۱۰، شماره ۲.
- [۱۱] میردرکیوند، فضل اله، پناهی، هادی، حسینی رمقانی، نسربین السادات. (۱۳۹۵). احساس تنهایی در سالمندان: نقش مهارت های ارتباطی، حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی. فصلنامه روانشناسی پیری، دوره ۲، شماره ۲، ص ۱۱۳-۱۰۳.
- [۱۲] نادری، فرح؛ حق شناس، فریبا؛ (۱۳۸۸). رابطه تکانشگری و احساس تنهایی با میزان استفاده از تلفن همراه در دانشجویان. یافته های نو در روان شناسی.
- [۱۳] نجفی، محمود، دبیری، سولماز، دهشیری، غلامرضا، جعفری، نصرت. (۱۳۹۲). نقش امید، احساس تنهایی و مؤلفه های آن در پیش بینی رضایت از زندگی سالمندان . پژوهش های مشاوره، دوره ۱۲، شماره ۴۷.
- [14] Berguno, G., Leroux, P., McAinish, K., & Shaikh, S. (2004). Children's experience of loneliness at school and its relation to bullying and quality of teacher interventions. *The Qualitative Report*, 9(3), 483- 499.
- [15] Darrodi H.(2010).[Part of couple's therapy group hoping to increase the marital satisfaction of married couples and addicts]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences,: 12-15. (Persian)
- [16] Drill, J. & Anderson, C.A,. (1998). Loneliness, shyness, and depression:the etiology and interrelationships of everyday problems in living. Chapter in T.Joiner and J.c.Coyne.The interactional nature of depression:advances in interpersonal approaches.Washington,DC:APA.
- [17] Elhageen, A.A.M. (2004). Effect of Interaction between Parental Treatment Styles and Peer Relations in Classroom on the Feelings of Loneliness among Deaf Children in Egyptian Schools [dissertation]. Eberhard- karls- university.

- [18] 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.
- [19] Heinrich, M.L., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718
- [20] Horowitz, L.M., & French, R.S. (1979). Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 762-764
- [21] 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.
- [22] Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq* 2002; 13: 249-75.
- [23] Perlman, D., & Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In R. Gilmour, & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Personal relations in disorder* (pp. 31-56). London: Academic Press.