Family Health and Population Rejuvenation Journal 2026, Volume 1, Issue 1

Social Isolation and Its Associated Factors Among Community-Dwelling Older Adults in Esfarayen

Hamid Reza Shoraka[1], Fahimeh Anbari[2], Ahmad Sadeghi[1], Nasim Pirzadeh[1,3]*

[1] Department of Public Health, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran
[2] Student Research Committee, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran
[3] Department of Aging, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Info:
Received: June 6, 2026
Revised: July 14, 2026
Accepted: September 3, 2026

Keywords:
Lubben Social Network Scale,
Older Adults,
Social Determinants of Health,
Social Isolation

ABSTRACT

Background and Objectives: Social isolation is a multidimensional phenomenon that may occur at different stages of life. Older adults are particularly susceptible to social isolation because of retirement, bereavement, declining physical health, and reduced social roles. Given the increasing proportion of older adults in the population and the well-established impact of social isolation on health and well-being, this study aimed to determine the prevalence of social isolation and identify its associated factors among community-dwelling older adults in Esfarayen, Iran.

Materials and Methods: This descriptive-analytical and cross-sectional study was conducted in 2025 among community-dwelling older adults in Esfarayen, Iran. Sampling was carried out in two stages using stratified random sampling with proportional allocation, followed by systematic sampling. Data were collected using a demographic characteristics form and the Lubben Social Network Scale. The obtained data were then analyzed using SPSS software (version 27), as well as descriptive and inferential statistical tests, with a significance level of 0.05 set for all tests.

Results: In total, 403 older adults with a mean age of 69.95 ± 5.02 years participated in the study, of whom 261 (64.8%) were male. The mean social isolation score in this study was 7.97 ± 4.38. Based on the results of univariate analysis, social isolation showed a significant relationship with age, gender, history of chronic diseases, history of falls, fear of falling, level of education, marital status, number of children, economic status, physical activity, employment status, and use of social networks ($P < 0.05$). Multiple regression analysis indicated that age, gender (male), history of chronic diseases (diabetes, cardiovascular diseases, and COPD), history of falls, fear of falling, and polypharmacy were significantly associated with higher levels of social isolation ($P < 0.05$).

Conclusion: Social isolation among community-dwelling older adults in Esfarayen was generally at a moderate level and was significantly associated with physical health, socioeconomic characteristics, and indicators of social participation. These findings highlight the need for targeted health interventions and evidence-informed public policies addressing the determinants of social isolation to enhance quality of life and promote social integration among older adults.

Citation Shoraka H R, Anbari F, Sadeghi A, Pirzadeh N. Social Isolation and Its Associated Factors Among Community-Dwelling Older Adults in Esfarayen. FHPRJ. 2026;1(1):51-63. DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51

Corresponding Author(s):
Nasim Pirzadeh
Address: *Department of Public Health, Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran.*
Tel: +98 9154301474
E-mail: *N.pirzadeh7238@gmail.com*

© 2026 The Author(s); Published by Esfarayen University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

مقالهٔ پژوهشی اصیل

انزوای اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان ساکن جامعهٔ شهر اسفراین

حمیدرضا شرکاء[۱]، فهیمه عنبری[۲]، احمد صادقی[۱]، نسیم پیرزاده[۱،۳*]

[۱] گروه بهداشت عمومی، دانشکدهٔ علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران

[۲] کمیتهٔ تحقیقات دانشجویی، دانشکدهٔ علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران

[۳] گروه سلامت سالمندی، دانشکدهٔ علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تجربهٔ انزوای اجتماعی در طول دورهٔ زندگی یکسان نیست و سالمندان به‌دلیل مواجهه با رویدادهایی مانند بازنشستگی، فقدان همسر یا بستگان نزدیک و کاهش نقش‌های اجتماعی، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر آن دارند. با توجه به اهمیت انزوای اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت سالمندان و روند فزآیندهٔ سالمندی جمعیت، این مطالعه با هدف بررسی شیوع و عوامل تعیین‌کنندهٔ انزوای اجتماعی در سالمندان شهر اسفراین انجام شد.

روش‌ها: این مطالعهٔ توصیفی‌تحلیلی به‌صورت مقطعی در سال ۱۴۰۴ روی سالمندان ساکن جامعهٔ شهر اسفراین انجام شد. نمونه‌گیری در دو مرحله به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای با تخصیص متناسب و سپس نظام‌مند انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامهٔ مشخصات جمعیت‌شناختی و مقیاس شبکهٔ اجتماعی لوبن گردآوری و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-27 و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی تجزیه‌وتحلیل قرار شدند. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج: درمجموع، ۴۰۳ سالمند با میانگین سنی ۵/۰۲ ±۶۹/۹۵ سال در مطالعه شرکت کردند که ۲۶۱ نفر (۶۴/۸ درصد) از آنان مرد بودند. میانگین نمرهٔ انزوای اجتماعی در این مطالعه ۴/۳۸ ± ۷/۹۷ بود. براساس نتایج تحلیل تک‌متغیره، بین انزوای اجتماعی و سن، جنسیت سابقهٔ بیماری‌های مزمن، سابقهٔ سقوط، ترس از سقوط، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی، فعالیت بدنی، وضعیت اشتغال و استفاده از شبکه‌های اجتماعی رابطهٔ معناداری مشاهده شد ($P<0/05$). تحلیل رگرسیون چندگانه حاکی از آن بود که متغیرهای سن، جنسیت (مذکر)، سابقهٔ بیماری‌های مزمن (دیابت، بیماری‌های قلبی‌عروقی و COPD)، سابقهٔ سقوط، ترس از سقوط و چندداروبی، به‌طور معناداری با سطوح بالاتر انزوای اجتماعی در ارتباط بودند ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: انزوای اجتماعی سالمندان شهر اسفراین در سطح متوسط قرار داشت و به‌طور معناداری تحت‌تأثیر وضعیت سلامت جسمانی، عوامل اجتماعی و اقتصادی و مشارکت اجتماعی است. بنابراین، طراحی مداخلات هدفمند سلامت و تدوین سیاست‌های عمومی مبتنی‌بر عوامل تعیین‌کنندهٔ انزوای اجتماعی، برای کاهش این پدیده، ارتقای کیفیت زندگی و تقویت ادغام اجتماعی سالمندان ضروری است.

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۱۶
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۲

کلیدواژه‌ها:
انزوای اجتماعی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، سالمندان، مقیاس شبکهٔ اجتماعی لوبن

***نویسنده مسئول:** نسیم پیرزاده
نشانی: گروه بهداشت عمومی، دانشکدهٔ علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران.
تلفن: ۹۸۹۱۵۴۳۰۱۴۷۴+
پست الکترونیک: N.pirzadeh7238@gmail.com

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

مقدمه

پدیدهٔ سالمندی از مسائل عمدهٔ جمعیتی، اجتماعی، اقتصادی و پزشکی است که امروزه در جهان صنعتی شکل گرفته و به‌تدریج در جهان سوم نیز درحال تکوین است (۱). سالمندی به‌دلیل کاهش میزان مرگ و افزایش امید زندگی در همهٔ جوامع و کشورهای دنیا روبه‌افزایش است و این افزایش در کشورهای درحال‌توسعه بسیار شدیدتر از کشورهای توسعه‌یافته خواهد بود. امروزه حدود شش‌صد میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد بالای شصت سال تشکیل می‌دهند که این رقم تا سال ۲۰۲۵ به یک میلیارد و دویست هزار نفر و تا سال ۲۰۵۰ به دو میلیارد نفر خواهد رسید و این تعداد ۲۱ درصد از کل جمعیت را به خود اختصاص خواهد داد (۲).

براساس آخرین نتایج سرشماری در ایران در سال ۱۳۹۵، جمعیت افراد بالای ۶۰ سال و بیشتر از آن ۹/۳ درصد است که هفت‌میلیون نفر را شامل می‌شود (۳). برطبق آمارهای سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۲، ایران یکی از سریع‌ترین کشورهای جهان در زمینهٔ رشد سالمندی است و در سال ۲۰۵۰ جزو پیرترین کشورها خواهد بود (۴). در حال حاضر نیز براساس برآوردهای سازمان ملل، کشورهایی که نسبت جمعیت سالمند در آن‌ها ۷ درصد یا بیشتر است، جزو کشورهای سالمند محسوب می‌شوند. بنابراین، ایران نیز با داشتن جمعیت سالمندی ۸/۲ درصد جمعیت کل کشور، به کشوری سالمند تبدیل شده است (۵).

در دوران سالمندی، عواملی مانند بازنشستگی، کاهش درآمد، ابتلا به بیماری‌های مزمن، ازدست‌دادن همسر یا دوستان، محدودشدن فعالیت‌های اجتماعی و کاهش ارتباط با اعضای خانواده، احتمال بروز انزوای اجتماعی را افزایش می‌دهد (۶، ۷). علاوه‌بر این، زندگی جداگانهٔ فرزندان، شکاف دیجیتال، ناآشنایی با فناوری‌های ارتباطی و ضعف مهارت‌های ارتباطی نیز از عوامل تشدیدکنندهٔ انزوای اجتماعی سالمندان، به‌ویژه در کشورهای درحال‌توسعه مانند ایران، محسوب می‌شوند (۸). کاهش تعاملات اجتماعی در سالمندی در نهایت به احساس تنهایی، گوشه‌گیری و طرد اجتماعی منجر می‌شود (۹).

انزوا حالتی از احساس تنهایی است که به چندین طریق معنا شده است و ویژگی‌هایی ازجمله دوری از روابط اجتماعی، اضطراب و نگرانی مداوم، اعتمادبه‌نفس کم و بروزندادن احساسات دارد (۱۰). انزوای اجتماعی حالتی است که در آن فرد به‌دلایل فردی یا ساختاری از تعاملات اجتماعی معنادار محروم می‌شود و ارتباطات او با خانواده، دوستان و جامعه کاهش می‌یابد (۸). این پدیده می‌تواند به‌صورت عینی، یعنی کاهش ارتباطات اجتماعی، یا به‌صورت ذهنی، یعنی احساس تنهایی و فقدان تعلق اجتماعی، بروز کند (۱۱) همچنین، انزوای اجتماعی به‌عنوان فقدان حس تعلق، تعامل حداقلی با دیگران و نبود روابط رضایت‌بخش تعریف شده است (۱۲). انزوای اجتماعی بر فرایند ازبین‌رفتن روابط افراد و محدودشدن ارتباطات، کناره‌گیری از تماس‌های اجتماعی و کوچک‌شدن حلقه‌های اجتماعی اطراف فرد دلالت می‌کند (۱۳).

عوامل متعددی در انزوای اجتماعی تأثیرگذارند. برای درک بهتر این عوامل می‌توان انزوای اجتماعی را در چهار بعد فردی، روابط بین‌فردی، روابط اجتماعی و جامعه بررسی کرد (۱۴). انزوای اجتماعی یکی از آسیب‌های اجتماعی چندعاملی است که ممکن است براثر عواملی مانند ضعف در سلامت، نداشتن اشتغال و استقلال مالی، نداشتن حمایت مالی و غیره ایجاد و به ازبین‌رفتن یا کاهش تعاملات اجتماعی در سطح خانواده، دوستان و جامعه منجر شود (۱۵). براساس بسیاری از مطالعات علوم اجتماعی، گروه‌های جمعیتی که مستعد انزوای اجتماعی هستند عبارت‌اند از: سالمندان، بیماران و ناتوانان، افراد کم‌درآمد یا دارای سطح پایین از تحصیلات، موقعیت اجتماعی پایین، افراد مجرد و موارد دیگر (۱۶).

نتایج مطالعه‌ای نشان داد که تجارب تنهایی و انزوا در طول زندگی یکسان نیست. افراد مسن به‌دلیل رویدادهای مُهلکی مانند بازنشستگی یا ازدست‌دادن نزدیکان بیشتر تنها و منزوی می‌شوند (۱۳). مرور باروز و همکاران نشان داد که انزوای اجتماعی و تنهایی حدوداً ۳/۱ تا نیمی از سالمندان را تحت‌تأثیر قرار داده است (۱۷). انزوای اجتماعی با پیامدهای نامطلوب جسمی، روانی و اجتماعی همراه است (۱۸). سالمندانی که روابط پایدار و معناداری با یکدیگر ندارند و در موارد نیاز، کسی را ندارند که به او مراجعه کنند، معمولاً دچار تنهایی و در نتیجه، انزوای اجتماعی می‌شوند که این موضوع به مشکلات فردی جدی، مانند افسردگی، کمبود اعتمادبه‌نفس و بیماری‌های جسمانی منجر می‌شود (۱۹، ۲۰). همچنین، انزوای اجتماعی موجب کاهش کیفیت زندگی، افزایش ناتوانی، بستری‌شدن بیشتر در بیمارستان و کاهش امید به زندگی می‌شود (۱۵). در ایران نیز مطالعات ارقام متفاوتی را گزارش کرده‌اند؛ سیف‌زاده و همکاران شیوع انزوای اجتماعی را در سالمندان شهر تهران ۶۲/۵ درصد اعلام کردند (۱۹). مطابق با مطالعات انجام‌شده، شیوع انزوای اجتماعی سالمندان به‌عنوان یک شاخص پیش‌بینی‌کنندهٔ قوی برای مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری در جمعیت سالمندان مطرح است (۱۸).

با توجه به پیامدهای گستردهٔ انزوای اجتماعی، مطالعات مختلف راهکارهایی مانند افزایش حمایت‌های اجتماعی، توسعهٔ برنامه‌های آموزشی، گسترش فعالیت‌های گروهی، افزایش مشارکت اجتماعی سالمندان و تقویت روابط خانوادگی را برای کاهش این پدیده پیشنهاد کرده‌اند (۱۱، ۱۵). بااین‌حال، باوجود اجرای این مداخلات، انزوای اجتماعی همچنان یکی از مشکلات شایع سالمندان محسوب می‌شود و به بررسی بیشتر در مناطق مختلف کشور نیاز دارد. باوجود انجام مطالعات متعدد در زمینهٔ انزوای اجتماعی سالمندان، تاکنون پژوهش مشابهی در شهرستان اسفراین انجام

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

نشده است. بنابراین، مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین شیوع انزوای اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان اسفراین طراحی شد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی‌تحلیلی است که به‌صورت مقطعی در سال ۱۴۰۴ در شهر اسفراین، استان خراسان شمالی انجام شد. محیط پژوهش شامل دو مرکز خدمات جامع سلامت شهری و نه پایگاه سلامت تحت پوشش این مراکز بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی سالمندان ۶۵ سال و بالاتر ساکن شهر اسفراین تشکیل دادند که در سامانهٔ یکپارچهٔ سلامت (سیب) ثبت شده بودند. حجم نمونه با توجه به جمعیت ۸۰۷۴ نفری سالمندان شهر اسفراین و براساس جدول مورگان، ۳۶۷ نفر برآورد شد. با درنظرگرفتن ۱۰ درصد ریزش نمونه، حجم نمونهٔ نهایی ۴۰۳ نفر تعیین شد.

نمونه‌گیری در دو مرحله به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای با تخصیص متناسب و سپس نظام‌مند انجام شد؛ به این صورت که نُه پایگاه سلامت، طبقات نمونه‌گیری را تشکیل دادند و تعداد نمونهٔ هر پایگاه متناسب با تعداد سالمندان تحت پوشش آن تعیین شد. ابتدا فهرست سالمندان واجد شرایط از سامانهٔ سیب استخراج شد و سپس افراد با استفاده از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. پس از انتخاب تصادفی نخستین فرد، تقریباً از هر بیست سالمند، یک نفر وارد مطالعه شد تا سهم هر پایگاه تکمیل شود. در صورت انصراف یا واجدشرایط‌نبودن هر فرد، فرد واجد شرایط دیگری از همان طبقه جایگزین شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ۶۵ ساله‌بودن و بالاتر، ثبت اطلاعات در سامانهٔ یکپارچهٔ سلامت (سیب)، سکونت در شهر اسفراین و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل تکمیل کمتر از ۸۰ درصد پرسش‌نامه، ابتلا به اختلال شدید روان‌پزشکی یا شناختی ثبت‌شده در پروندهٔ سلامت و انصراف از ادامهٔ همکاری در مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو بخش بود. بخش نخست، پرسش‌نامهٔ اطلاعات دموگرافیک و بالینی شامل سن، جنسیت، قومیت، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، ابتلا به بیماری‌های مزمن، شاخص تودهٔ بدنی، سابقهٔ سقوط، ترس از سقوط، پلی‌فارمسی (چندداروییی)، عضویت و استفاده از شبکه‌های اجتماعی و فعالیت بدنی بود. بخش دوم، مقیاس شبکهٔ اجتماعی لوبن (Lubben Social Network Scale) برای سنجش انزوای اجتماعی بود. این پرسش‌نامه شش سؤال در دو خرده‌مقیاس خانواده (۳ سؤال) و دوستان (۳ سؤال) دارد و پاسخ‌ها براساس طیف لیکرت شش‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. دامنهٔ نمرهٔ کل بین ۰ تا ۳۰ بوده و نمرهٔ کمتر از ۱۲ نشان می‌دهد که فرد در مواجهه با خطر انزوای اجتماعی است و به بررسی بیشتر متخصصان نیاز دارد و نقطهٔ برش کمتر یا مساوی ۶ را در هر دو خرده‌مقیاس خانواده و دوستان برای اهداف مداخله‌ای بیان می‌کند. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات داخلی تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۸۵ گزارش شده است (۱۵). تمامی مصاحبه‌ها را پژوهشگر آموزش‌دیده انجام داد تا یکنواختی در جمع‌آوری اطلاعات حفظ شود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۷ وارد و تجزیه‌وتحلیل شد. ابتدا نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف بررسی شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای شناسایی عوامل مستقل مؤثر در انزوای اجتماعی از رگرسیون خطی تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این پژوهش پس از تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده علوم پزشکی اسفراین با کد اخلاق IR.ESFARAYENUMS.REC.1403.046 انجام شد. پیش از ورود به مطالعه، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از تمامی افراد اخذ گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و در هر زمان می‌توانند بدون هیچ‌گونه پیامدی از ادامه همکاری در پژوهش انصراف دهند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰۳ نفر سالمند با میانگین سنی ۶۹/۹۵±۰/۲۵ بررسی شدند که ۶۴/۸ درصد آن‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر وضعیت اجتماعی و اقتصادی، بیشتر شرکت‌کنندگان متأهل (۸۳/۴ درصد)، خانه‌دار (۶۲/۳ درصد) و بی‌سواد (۶۷ درصد) بودند. همچنین ۷۲/۷ درصد از سالمندان وضعیت درآمدی خود را کمتر از مخارج گزارش کردند. در حوزهٔ سلامت، اکثریت افراد سابقهٔ ابتلا به بیماری‌های مزمن (۹۲/۱ درصد) داشتند که بیشترین درصد بیماری گزارش‌شده ابتلا به پرفشاری خون (۸۳/۱ درصد) بود. اکثریت افراد فعالیت بدنی نداشتند (۸۴/۱ درصد) و شاخص تودهٔ بدنی (Body Mass Index; BMI) بیشتر آن‌ها در محدودهٔ ۲۱<۰<۲۷ (۵۸/۱ درصد) بود. بیشتر سالمندان دارای سابقهٔ سقوط (۶۶ درصد) و ترس از سقوط (۶۱/۸ درصد) بودند (جدول ۱).

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سالمندان شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	طبقه	فراوانی (درصد)
جنس	مرد	۲۶۱ (۶۴/۸)
	زن	۱۴۲ (۳۵/۲)
وضعیت تأهل	متأهل	۳۳۶ (۸۳/۴)
	بیوه	۵۴ (۱۳/۴)
	مطلقه	۱۳ (۳/۲)
شغل	خانه‌دار	۲۵۱ (۶۲/۳)
	بازنشسته	۵۴ (۱۳/۴)
	شغل آزاد	۴۶ (۱۱/۴)
	بیکار	۳۸ (۹/۴)
	کارمند	۱۴ (۳/۵)
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۴۵ (۸۵/۶)
	دیپلم و بالاتر	۵۸ (۱۴/۴)
ابتلا به بیماری‌های مزمن	دارد	۳۷۱ (۹۲/۱)
	ندارد	۳۲ (۷/۹)
فشار خون	دارد	۳۳۵ (۸۳/۱)
	ندارد	۶۸ (۱۶/۹)
دیابت	دارد	۱۶۸ (۴۱/۷)
	ندارد	۲۳۵ (۵۸/۳)
چربی خون	دارد	۱۳۱ (۳۲/۵)
	ندارد	۲۷۲ (۶۷/۵)
بیماری قلبی‌عروقی	دارد	۱۰۸ (۲۶/۸)
	ندارد	۲۹۵ (۷۳/۲)
بیماری انسدادی مزمن ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD)	دارد	۵۳ (۱۳/۲)
	ندارد	۳۵۰ (۸۶/۸)
فعالیت بدنی	ندارد	۳۳۹ (۸۴/۱)
	هفته‌ای یک بار	۴۶ (۱۱/۴)
	بیش از یک بار در هفته	۱۸ (۴/۵)
سابقهٔ سقوط	دارد	۲۶۶ (۶۶)
	ندارد	۱۳۷ (۳۴)
ترس از سقوط	دارد	۲۴۹ (۶۱/۸)
	ندارد	۱۵۴ (۳۸/۲)
شاخص تودهٔ بدنی (BMI)	کمتر از ۲۱	۱۷ (۴/۲)
	۲۱ تا ۲۶/۹	۲۳۴ (۵۸/۱)
	۲۷ و بیشتر	۱۵۲ (۳۷/۷)
پلی‌فارمسی	دارد	۱۳۶ (۳۳/۷)
	ندارد	۲۶۷ (۶۶/۳)
عضویت و استفاده از شبکه‌های اجتماعی	دارد	۴۷ (۱۱/۷)
	ندارد	۳۵۶ (۸۸/۳)

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۶۹/۹۵	۵/۰۵
انزوای اجتماعی (بعد خانواده)	۵/۰۴	۲/۴۸
انزوای اجتماعی (بعد دوستان)	۲/۹۳	۲/۸۴
نمرهٔ کل انزوای اجتماعی	۷/۹۸	۴/۳۸

به‌منظور شناسایی عوامل مرتبط با نمرهٔ کل انزوای اجتماعی، ابتدا برای هریک از متغیرهای مستقل، رگرسیون خطی تک‌متغیره انجام شد. تمامی متغیرهایی که در تحلیل تک‌متغیره دارای مقدار P<۰/۲۰ بودند، به روش Enter وارد مدل رگرسیون خطی چندمتغیره شدند. تنها متغیر شاخص تودهٔ بدنی (BMI) با مقدار P=۰/۴۱۷، شرایط ورود به مدل چندمتغیره را نداشت و از تحلیل نهایی حذف شد.

در تحلیل تک‌متغیره، افزایش سن با کاهش نمرهٔ انزوای اجتماعی همراه بود. همچنین، مردان در مقایسه با زنان، به‌طور متوسط نمرهٔ انزوای اجتماعی کمتری داشتند. افراد دارای سابقهٔ بیماری، دیابت، بیماری قلبی‌عروقی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، سابقهٔ سقوط، ترس از سقوط و پلی‌فارمسی نیز در مقایسه با افراد فاقد این شرایط، نمرهٔ انزوای اجتماعی کمتری داشتند (P<۰/۰۵) که این متغیرها نشان‌دهندهٔ خطر بیشتر انزوای اجتماعی سالمندان بودند.

پس از تعدیل اثر متغیرهای دیگر در مدل رگرسیون خطی چندمتغیره، افزایش سن همچنان به‌طور مستقل با کاهش نمرهٔ انزوای اجتماعی همراه بود. همچنین، مردان در مقایسه با زنان، نمرهٔ انزوای اجتماعی کمتری داشتند. افراد مبتلابه دیابت در مقایسه با افراد فاقد دیابت، افراد مبتلابه بیماری انسدادی مزمن ریه در مقایسه با افراد فاقد بیماری، افراد دارای ترس از سقوط در مقایسه با افراد بدون ترس از سقوط و افراد دارای پلی‌فارمسی در مقایسه با افراد بدون پلی‌فارمسی، به‌طور مستقل نمرهٔ انزوای اجتماعی کمتری داشتند. در مقابل، افراد مطلقه در مقایسه با افراد متأهل، به‌طور متوسط ۳/۴۴ واحد نمرهٔ انزوای اجتماعی بیشتری داشتند. متغیرهای دیگر، ازجمله سابقهٔ بیماری، پرفشاری خون، چربی خون، بیماری قلبی‌عروقی، سابقهٔ سقوط، وضعیت اشتغال و فعالیت بدنی، پس از تعدیل اثر عوامل دیگر، ارتباط آماری معنی‌داری با نمرهٔ انزوای اجتماعی نشان ندادند (P>۰/۰۵). در نهایت، مدل نهایی رگرسیون برازش مطلوبی داشت (P<۰/۰۰۱, F=۱۰/۴۵۱, Adjusted R^2=۰/۳۰۹, ۰/۳۴۱, R^2=۰/۵۸۴R=) و نشان داد که مجموعهٔ متغیرهای وارد شده در مدل ۳۴/۱ درصد از تغییرات نمرهٔ کل انزوای اجتماعی سالمندان را تبیین می‌کنند.

جدول ۲. نتایج رگرسیون خطی تک‌متغیره و چندمتغیره عوامل مرتبط با نمرهٔ کل انزوای اجتماعی در سالمندان

متغیر		تک‌متغیره			چندمتغیره		
		براورد	۹۵ درصد فاصلهٔ اطمینان	P-value	براورد	۹۵ درصد فاصلهٔ اطمینان	P-value
سن		-۰/۲۸۳	-۰/۳۶۴ تا -۰/۲۰۲	<۰/۰۰۱	-۰/۱۰۹	-۰/۱۹۸ تا -۰/۰۲۱	۰/۰۱۵
جنسیت	مرد / زن	-۲/۲۷۵	-۳/۱۲۹ تا -۱/۳۸۴	<۰/۰۰۱	-۲/۳۸۷	-۳/۷۳۸ تا -۱/۰۳۵	۰/۰۰۱
سابقهٔ بیماری	دارد / ندارد	-۲/۰۳	-۳/۶۰۷ تا -۰/۴۵۲	۰/۰۱۲	۰/۴۸۸	-۱/۲ تا ۲/۱۷۷	۰/۵۷
فشار خون	دارد / ندارد	-۱/۰۰۳	-۲/۱۴۶ تا ۰/۱۴۱	۰/۰۸۵	۰/۷۰۲	-۰/۵۳۲ تا ۱/۹۳۶	۰/۲۶۴
دیابت	دارد / ندارد	-۱/۸۲۵	-۲/۶۷۹ تا -۰/۹۷۲	<۰/۰۰۱	-۱/۰۳	-۱/۸۷۲ تا -۰/۱۸۸	۰/۰۱۷

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

چربی خون	دارد / ندارد	-۰/۸۶۸	-۱/۷۸۲تا ۰/۰۴۶	۰/۰۶۳	۰/۵۷۶	-۰/۳۰۶ تا ۱/۴۵۹	۰/۲۱
بیماری قلبی‌عروقی	دارد / ندارد	-۲/۶۶۸	-۳/۶۲ تا -۱/۷۵۲	<۰/۰۰۱	-۰/۷۹۲	-۱/۷۶۶تا ۰/۱۸۱	۰/۱۱
بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)	دارد / ندارد	-۳/۰۷۸	-۴/۳۱۴ تا -۱/۸۴۳	<۰/۰۰۱	-۱/۳۳	-۲/۵۲تا-۰/۱۴	۰/۰۲۹
سابقهٔ سقوط	دارد / ندارد	-۳/۷۳۱	-۴/۵۶۲ تا -۲/۹۰۱	<۰/۰۰۱	-۰/۷۶۸	-۱/۹۳۵تا ۰/۳۹۹	۰/۱۹۶
ترس از سقوط	دارد / ندارد	-۳/۷۷۱	-۴/۵۷۵ تا -۲/۹۶۸	<۰/۰۰۱	-۱/۴۸۸	-۲/۶۰۶ تا -۰/۳۷	۰/۰۰۹
پلی‌فارمسی	دارد / ندارد	-۳/۳۲۵	-۴/۱۷۴ تا -۲/۴۷۷	<۰/۰۰۱	-۱/۱۲۶	-۲/۱۹ تا -۰/۰۶۱	۰/۰۳۸
شغل (مرجع: شغل آزاد)	کارمند	-۱/۱۴۳	-۳/۷۲ تا ۱/۴۳۵	۰/۳۸۴	-۰/۵۲۴	-۲/۷۸۵ تا ۱/۷۳۷	۰/۶۴۹
	خانه‌دار	-۲/۶۹۷	-۴/۰۵۲ تا -۱/۳۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	-۱/۲۱۹ تا ۱/۸۷۴	۰/۶۷۷
	بازنشسته	-۰/۸۷	-۲/۵۶۵- تا ۰/۸۵۴	۰/۳۱۳	-۰/۴۹۹	-۱/۹۸۲ تا ۰/۹۸۳	۰/۵۰۸
	بیکار	-۲	-۳/۸۵۱ تا -۰/۱۴۹	۰/۰۳۴	-۱/۳۹۸	-۳/۰۸۶ تا۰/۲۸۹	۰/۱۰۴
وضعیت تأهل (مرجع: متأهل)	مطلقه	۴/۳۲۹	۱/۹۲۷ تا ۶/۷۳۱	<۰/۰۰۱	۳/۴۴۳	۱/۱۲۷ تا ۵/۷۵۹	۰/۰۰۴
	بیوه	-۰/۴۹۴	-۱/۷۴تا ۰/۷۵۱	۰/۴۳۶	۰/۹۶۹	-۰/۱۶تا ۲/۰۹۹	۰/۰۹۲
فعالیت بدنی (مرجع: انجام‌ندادن فعالیت بدنی)	هفته‌ای یک بار	۳/۴۷۷	۲/۱۸۵ تا ۴/۷۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۳	-۰/۳۳۷ تا ۲/۱۶۴	۰/۱۵۲
	بیش از یک بار در هفته	۴/۱۶۳	۲/۱۷۵ تا ۶/۱۵۲	<۰/۰۰۱	۱/۲۹۸	-۰/۵۹۵ تا ۳/۱۹	۰/۱۷۸

در تحلیل رگرسیون خطی تک‌متغیره، سن، سابقهٔ بیماری، دیابت، بیماری قلبی‌عروقی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)، سابقهٔ سقوط، ترس از سقوط، پلی‌فارمسی، شاخص تودهٔ بدنی، وضعیت تأهل، فعالیت بدنی و وضعیت اشتغال (بیکار) با نمرهٔ انزوای اجتماعی در بُعد خانواده ارتباط معنی‌داری داشتند (P<۰/۲) و براساس معیار ازپیش‌تعیین‌شده وارد مدل رگرسیون چندمتغیره شدند.

پس از تعدیل اثر متغیرهای مخدوش‌کننده در مدل رگرسیون چندمتغیره، شاخص تودهٔ بدنی، سابقهٔ سقوط و وضعیت تأهل همچنان به‌عنوان عوامل مستقل مرتبط با انزوای اجتماعی خانواده باقی ماندند، به‌طوری که افراد دارای شاخص تودهٔ بدنی بین ۲۱ تا ۲۷ و ۲۷ و بالاتر، در مقایسه با افراد دارای ۲۱ و کمتر از آن، به‌طور معنی‌داری نمرهٔ کمتری در انزوای اجتماعی خانواده داشتند. همچنین، وجود سابقهٔ سقوط با کاهش معنی‌دار نمرهٔ انزوای اجتماعی خانواده همراه بود. علاوه‌بر این، افراد مطلقه در مقایسه با افراد متأهل، به‌طور معنی‌داری نمرهٔ بیشتری در انزوای اجتماعی خانوادگی کسب کردند.

اگرچه متغیرهای دیابت، بیماری قلبی‌عروقی، ترس از سقوط، بیوه‌بودن و پلی‌فارمسی در مدل تک‌متغیره دارای مقادیر P<۰/۲ بودند، پس از تعدیل متغیرهای دیگر به سطح معنی‌داری آماری نرسیدند (P<۰/۰۵). همچنین، سن، سابقهٔ بیماری، COPD، وضعیت اشتغال و فعالیت بدنی در مدل نهایی ارتباط مستقلی با انزوای اجتماعی خانوادگی نشان ندادند (P>۰/۰۵).

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

جدول ۳. نتایج رگرسیون خطی تک‌متغیره و چندمتغیره عوامل مرتبط با بُعد خانوادگی انزوای اجتماعی

متغیر	تک‌متغیره			چندمتغیره		
	B	۹۵ درصد فاصلهٔ اطمینان	P-value	B	۹۵ درصد فاصلهٔ اطمینان	P-value
سن	-۰/۱۰۴	-۰/۱۵۲- تا -۰/۰۵۷	<۰/۰۰۱	-۰/۰۱۲	۰/۰۴۲- تا ۰/۰۶۶-	۰/۶۵۴
سابقهٔ بیماری	-۱/۰۷۲	-۱/۹۶۴- تا ۰/۱۷۹-	۰/۰۱۹	۰/۵۱۵	۱/۴۱۵-تا ۰/۳۸۴-	۰/۲۶۱
دیابت	-۰/۷۴	-۱/۲۲۸-تا ۰/۲۵۳-	۰/۰۰۳	-۰/۴۱۹	۰/۹ تا ۰/۹۲۸-	۰/۱۰۶
بیماری قلبی‌عروقی	-۱/۳۷۷	-۱/۹۰۸- تا ۰/۸۴۵-	<۰/۰۰۱	-۰/۴۹۶	۰/۱۰۶- تا ۱/۰۹۸-	۰/۱۰۶
بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)	-۱/۱۸۱	-۱/۸۹۱-تا ۰/۴۷۲-	۰/۰۰۱	-۰/۴۶۱	۰/۲۵۵- تا ۱/۱۷۶-	۰/۲۰۶
سابقهٔ سقوط	-۱/۸۲۳	-۲/۳۰۴- تا ۱/۳۴۳-	<۰/۰۰۱	-۰/۸۲۶	۰/۱۱۹-تا ۱/۵۳۲-	۰/۰۲۲
ترس از سقوط	-۱/۵۷۸	-۲/۰۵۳- تا ۱/۱۰۲-	<۰/۰۰۱	-۰/۶۲۴	۰/۰۵۶-تا ۱/۳۰۴-	۰/۰۷۲
پلی‌فارمسی	-۱/۳۸۸	-۱/۸۸۴- تا ۰/۸۹۳-	<۰/۰۰۱	-۰/۴۷۷	۰/۱۱۶- تا ۱/۰۷۱-	۰/۱۱۴
شاخص توده بدنی (مرجع: BMI≤۲۱)						
۲۱<BMI <۲۷	-۱/۶۰۹	-۲/۸۲۴-تا۰/۳۹۴-	۰/۰۱	-۱/۶۴۷	۰/۵۰۱- تا ۲/۷۹۳-	۰/۰۰۵
BMI≤۲۷	-۱/۷۷۲	-۳/۰۰۹-تا۰/۵۳۵-	۰/۰۰۵	-۱/۶۴۴	۰/۴۸- تا ۲/۸۰۹-	۰/۰۰۶
شغل (مرجع: شغل آزاد)						
کارمند	-۰/۲۳۶	-۱/۷۲۳- تا ۱/۲۵۱	۰/۷۵۵	-۰/۰۸۱	۱/۲۹۴- تا ۱/۴۵۶-	۰/۹۰۸
خانه‌دار	-۰/۴۴۶	-۱/۲۲۷-تا ۰/۳۳۵	۰/۲۶۲	۰/۲۷۷	۱/۰۱۸- تا ۰/۴۶۴-	۰/۴۶۲
بازنشسته	-۰/۷۲۵	-۱/۷۰۳-تا ۰/۲۵۲	۰/۱۴۵	-۰/۲۲۳	۰/۶۹ تا ۱/۱۳۷-	۰/۶۳۱
بیکار	-۰/۹۹۵	-۲/۰۶۳- تا ۰/۰۷۳	۰/۰۶۸	-۰/۲۲۶	۰/۷۸۱ تا ۱/۲۳۲-	۰/۶۶
وضعیت تأهل (مرجع: متأهل)						
مطلقه	۲/۳۵۵	۰/۹۹۴تا ۳/۷۱۶	۰/۰۰۱	۱/۷۸۱	۰/۳۹۷ تا ۳/۱۶۵	۰/۰۱۲
بیوه	۰/۱۲۲	-۰/۵۸۴ تا ۰/۸۲۸	۰/۷۳۵	۰/۶۳۷	۱/۳۳۵ تا ۰/۰۶۲-	۰/۰۷۴
فعالیت بدنی (مرجع: انجام‌ندادن فعالیت بدنی)						
هفته‌ای یک بار	۱/۴۸۶	-۰/۷۴ تا ۲/۲۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۹	۱/۰۲۵- تا ۰/۵۰۷-	۰/۵۰۶
بیش از یک بار در هفته	۱/۷۵۹	۰/۶۱ تا ۲/۹۰۸	۰/۰۰۳	۰/۴۳۶	۱/۵۹۸- تا ۰/۷۲۷-	۰/۴۶۲

در تحلیل رگرسیون خطی تک‌متغیره، افزایش سن، مردبودن، ابتلا به دیابت، بیماری‌های قلبی‌عروقی، COPD، سابقهٔ سقوط، ترس از سقوط، پلی‌فارمسی، مطلقه‌بودن و انجام فعالیت بدنی با نمرهٔ انزوای اجتماعی در حیطهٔ دوستان ارتباط معنی‌دار داشتند (P<۰/۰۵). همچنین، سابقهٔ بیماری، پرفشاری خون، چربی خون، بیکاربودن و بیوه‌بودن دارای P<۰/۲ بودند و براساس معیار ازپیش‌تعیین‌شده وارد مدل رگرسیون چندمتغیره شدند. پس از تعدیل اثر متغیرهای دیگر در مدل رگرسیون چندمتغیره، سن، جنس، دیابت، مزمن انسدادی ریه (COPD)، ترس از سقوط و وضعیت تأهل (مطلقه‌بودن) به‌عنوان عوامل مستقل مرتبط با انزوای اجتماعی در حیطهٔ دوستان باقی ماندند.

به‌طور مشخص، با افزایش هر یک سال سن، نمرهٔ انزوای اجتماعی در حیطهٔ دوستان به‌طور متوسط ۰/۰۹۷ واحد کاهش یافت. همچنین، مردان در مقایسه با زنان به‌طور متوسط ۲/۳۹ واحد نمرهٔ انزوای اجتماعی کمتری داشتند. افراد مبتلابه دیابت در مقایسه با افراد فاقد دیابت، به‌طور متوسط ۰/۶۷ واحد نمرهٔ انزوای اجتماعی کمتری داشتند. همچنین، وجود بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) با کاهش ۰/۹۶واحدی نمرهٔ انزوای اجتماعی همراه بود. علاوه‌بر این، ترس از سقوط نیز به‌طور مستقل با کاهش نمرهٔ انزوای اجتماعی در حیطهٔ دوستان همراه بود. همچنین، افراد مطلقه در مقایسه با افراد متأهل، به‌طور متوسط ۱/۶۴ واحد نمرهٔ انزوای اجتماعی بیشتری کسب کردند. در مقابل، پس از کنترل متغیرهای دیگر، سابقهٔ

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

بیماری، پرفشاری خون، چربی خون، بیماری‌های قلبی‌عروقی، سابقهٔ سقوط، پلی‌فارمسی، وضعیت اشتغال، بیوه‌بودن و فعالیت بدنی، ارتباط مستقلی با انزوای اجتماعی در حیطهٔ دوستان نشان ندادند (P>۰/۰۵).

جدول ۴. نتایج رگرسیون خطی تک‌متغیره و چندمتغیرهٔ عوامل مرتبط با بُعد دوستان انزوای اجتماع

متغیر	β تک‌متغیره	۹۵ درصد فاصلهٔ اطمینان	P-value	β چندمتغیره	۹۵ درصد فاصلهٔ اطمینان	P-value
سن (سال)	-۰/۱۷۹	-۰/۲۳۲ تا -۰/۱۲۷	<۰/۰۰۱	-۰/۰۹۷	-۰/۱۵۳ تا -۰/۰۴	۰/۰۰۱
جنس	-۲/۳۳۶	-۲/۸۷۲ تا -۱/۸۰۱	<۰/۰۰۱	-۲/۳۹۲	-۳/۲۵۷ تا -۱/۵۲۶	<۰/۰۰۱
سابقهٔ بیماری	-۰/۹۵۸	-۱/۹۸۳ تا ۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۴۲۸	-۰/۶۵۳ تا ۱/۵۱	۰/۴۳۷
فشار خون	-۰/۶۱۴	-۱/۳۵۵ تا ۰/۱۲۶	۰/۱۰۴	۰/۲۱۷	-۰/۵۷۴ تا ۱/۰۰۷	۰/۵۹
دیابت	-۱/۰۸۵	-۱/۶۳۹ تا -۰/۵۳۱	<۰/۰۰۱	-۰/۶۷۴	-۱/۲۱۳ تا -۰/۱۳۴	۰/۰۱۵
چربی خون	-۰/۵۷۶	-۱/۱۶۷ تا ۰/۰۱۶	۰/۰۵۶	۰/۰۸	-۰/۴۸۵ تا ۰/۶۴۵	۰/۷۸۱
بیماری قلبی‌عروقی	-۱/۳۰۹	-۱/۹۲۴ تا -۰/۶۹۴	<۰/۰۰۱	-۰/۲۰۶	-۰/۸۲۹ تا ۰/۴۱۸	۰/۵۱۷
بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD)	-۱/۸۹۷	-۲/۶۹۹ تا -۱/۰۹۵	<۰/۰۰۱	-۰/۹۶۲	-۱/۷۲۴ تا -۰/۲	۰/۰۱۴
سابقهٔ سقوط	-۱/۹۰۸	-۲/۴۶۴ تا -۱/۳۵۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۳۶	-۰/۷۱۲ تا ۰/۷۸۳	۰/۹۲۵
ترس از سقوط	-۲/۱۹۳	-۲/۷۲۴ تا -۱/۶۶۳	<۰/۰۰۱	-۰/۸۷۷	-۱/۵۹۳ تا -۰/۱۶۱	۰/۰۱۷
پلی‌فارمسی	-۱/۹۳۷	-۲/۴۹۴ تا -۱/۳۸	<۰/۰۰۱	-۰/۴۲۱	-۱/۱۰۳ تا ۰/۲۶۱	۰/۲۲۵
شغل (مرجع: شغل خانه‌دار)						
شاغل	-۰/۹۰۷	-۲/۵۲۱ تا ۰/۷۰۷	۰/۲۷	-۰/۴۱۱	-۱/۸۵۹ تا ۱/۰۳۸	۰/۵۷۸
بازنشسته	-۰/۱۴۵	-۱/۲۰۶ تا ۰/۹۱۶	۰/۷۸۸	-۰/۰۷۱	-۱/۰۲۱ تا ۰/۸۷۸	۰/۸۸۳
بیکار	-۱/۰۰۵	-۲/۱۶۴ تا ۰/۱۵۴	۰/۰۸۹	-۰/۸۵۳	-۱/۹۳۴ تا ۰/۲۲۹	۰/۱۲۲
وضعیت تأهل (مرجع: متأهل)						
مطلقه	۱/۹۷۴	۰/۴۱۱ تا ۳/۵۳۷	۰/۰۱۳	۱/۶۴	۰/۱۵۶ تا ۳/۱۲۳	۰/۰۳
بیوه	-۰/۶۱۶	-۱/۴۲۷ تا ۰/۱۹۵	۰/۱۳۶	۰/۳۷۲	-۰/۳۵۱ تا ۱/۰۹۶	۰/۳۱۳
فعالیت بدنی (مرجع: انجام‌ندادن فعالیت بدنی)						
فعالیت بدنی هفته‌ای یک بار	۱/۹۹۱	۱/۱۴۶ تا ۲/۸۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۴	-۰/۱۷۷ تا ۱/۴۲۵	۰/۱۲۷
فعالیت بدنی بیش از یک بار در هفته	۲/۴۰۴	۱/۱۰۳ تا ۳/۷۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۴	-۰/۴۰۸ تا ۲/۰۱۷	۰/۱۹۳

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

بحث

مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین شیوع انزوای اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهرستان اسفراین انجام شد. نتایج این پژوهش بیانگر قرارگرفتن بخش قابل‌توجهی از سالمندان در معرض انزوای اجتماعی است. این یافته نشان می‌دهد که انزوای اجتماعی همچنان یکی از چالش‌های مهم سلامت سالمندان در شهرستان اسفراین محسوب می‌شود.

نتایج حاضر نشان می‌دهد که سالمندان در تعاملات خانوادگی و دوستانهٔ خود با خطر انزوای اجتماعی مواجه‌اند؛ موضوعی که لزوم بررسی‌های تخصصی‌تر و طراحی مداخلات متناسب با شرایط موجود را آشکار می‌کند. مطالعات مختلف نیز میزان متفاوتی از انزوای اجتماعی را در سالمندان گزارش کرده‌اند؛ به‌طوری‌که سیف‌زاده و همکاران در تهران شیوع ۶۲/۵ درصد، محمدی‌فرد و همکاران در شهر زاهدان ۶۶ درصد، محمودی و همکاران ۳۰/۸ درصد و خراشادی‌زاده و همکاران در بجنورد ۴۷/۲ درصد را گزارش کردند (۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۰). تفاوت میزان انزوای اجتماعی میان مطالعات می‌تواند ناشی از تفاوت در ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه، شرایط اجتماعی و اقتصادی، فرهنگ و ساختار خانواده، محل پژوهش، ابزارهای اندازه‌گیری و نحوهٔ تعیین سطوح انزوای اجتماعی باشد. از سوی دیگر، در جوامع کوچک‌تر ممکن است ارتباطات خانوادگی و بین‌فردی نزدیک‌تر باشد و این موضوع بتواند تا حدی از انزوای اجتماعی سالمندان جلوگیری کند.

نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد که جنسیت، وضعیت تأهل، سن، دیابت، بیماری انسدادی مزمن ریه، ترس از سقوط و پلی‌فارمسی از عوامل مرتبط با نمره انزوای اجتماعی بودند. این یافته‌ها با نتایج برخی مطالعات پیشین همسو بود. در مطالعهٔ اسلامی و همکاران ۵۹/۳ درصد سالمندان انزوای اجتماعی داشتند و عواملی مانند جنسیت، تحصیلات، شغل، بیماری‌های مزمن، مشکلات بینایی و محل سکونت با انزوای اجتماعی ارتباط داشتند (۱۱). در مطالعهٔ حاضر نیز جنسیت به‌عنوان یکی از عوامل مستقل مرتبط با انزوای اجتماعی شناسایی شد؛ به‌طوری که مردان در مقایسه با زنان به‌طور متوسط ۲/۳۹ واحد نمرهٔ انزوای اجتماعی کمتری داشتند. این یافته با نتایج خراشادی‌زاده و همکاران، که بین جنسیت و انزوای اجتماعی رابطهٔ معنی‌داری گزارش کردند، هم‌خوانی دارد (۱۵). تفاوت میان زنان و مردان سالمند می‌تواند به تفاوت در الگوی روابط اجتماعی، میزان مشارکت اجتماعی، استقلال اقتصادی، نقش‌های خانوادگی و دسترسی به منابع حمایت اجتماعی مربوط باشد؛ به‌ویژه زنان سالمند فاقد همسر ممکن است در مشارکت‌های اجتماعی و دسترسی به شبکه‌های ارتباطی با محدودیت بیشتری مواجه باشند. بنابراین، توجه به تفاوت‌های جنسیتی در طراحی برنامه‌های پیشگیری از انزوای اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد.

یافتهٔ مطالعهٔ حاضر نشان داد که با افزایش سن، سالمندان با خطر انزوای اجتماعی بیشتری مواجه می‌شوند. این نتایج با یافته‌های سیف‌زاده و همکاران (۱۲) همسو است که دریافتند با افزایش سن، سالمندان در معرض خطر انزوای اجتماعی بیشتری قرار دارند. بااین‌حال، خراشادی‌زاده و همکاران (۱۵) بین سن و انزوای اجتماعی ارتباط معنی‌داری مشاهده نکردند. این تفاوت در نتایج می‌تواند به شرایط خانوادگی و اجتماعی خاص شهرستان اسفراین مرتبط باشد. در این منطقه، سالمندان در سنین بالاتر ممکن است به‌دلایلی چون مهاجرت فرزندان و خانواده به شهرهای بزرگ‌تر و همچنین فقدان دوستان خود، با انزوای اجتماعی بیشتری روبه‌رو شوند؛ چنین عواملی به تشدید احساس انزوا در سالمندان کمک می‌کنند.

یکی دیگر از یافته‌های مهم مطالعهٔ حاضر، ارتباط مستقل ترس از سقوط با انزوای اجتماعی بود. این یافته با نتایج مطالعهٔ ناصری و همکاران همسو است که نشان داد بین ترس از سقوط و انزوای اجتماعی سالمندان مبتلابه دیابت ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد و با افزایش ترس از سقوط، انزوای اجتماعی افزایش می‌یابد. ترس از سقوط می‌تواند با محدودکردن فعالیت‌های روزمره، کاهش خروج از منزل و کاهش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی، شبکهٔ روابط سالمندان را محدود کند و زمینه‌ساز انزوای اجتماعی شود (۹). بنابراین، توجه به پیشگیری از سقوط و افزایش احساس امنیت حرکتی سالمندان می‌تواند در حفظ مشارکت اجتماعی آنان نیز مؤثر باشد.

نتایج مطالعهٔ محمدی‌فرد و همکاران نشان داد انزوای اجتماعی با وضعیت تأهل و تحصیلات اختلاف معنادار آماری داشت؛ به‌طوری که میانگین نمرهٔ انزوای اجتماعی در سالمندان متأهل و افراد دارای تحصیلات بالاتر، کمتر بود، درحالی‌که بین انزوای اجتماعی با جنسیت، وضعیت شغلی و قومیت ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۲۰). برخلاف یافته‌های پژوهش حاضر، در مطالعهٔ فداییان ارانی و همکاران نیز بین انزوای اجتماعی و جنسیت، سن، وضعیت تأهل و شغل ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۲۱). در مطالعهٔ محمودی و همکاران مشخص شد تعداد زیادی از سالمندان کلان‌شهر تهران در معرض خطر انزوای اجتماعی هستند. در این مطالعه جنسیت (مردبودن)، زندگی با همسر، درآمد خانوار (درآمد کمتر از پنج میلیون تومان)، وضعیت اشتغال (افراد بازنشسته و خانه‌دار)، برخورداری مناطق (توسعه‌یافتگی) و بیماری‌های قلبی‌عروقی، دیابت و چربی خون بالا با انزوای اجتماعی ارتباط معناداری داشتند. در مقابل دیگر متغیرهای موردبررسی، ازجمله سن، جنس، تعداد فرزندان، فشار خون بالا، مشکلات سلامت روان و حافظه، ارتباط معنی‌داری با انزوای اجتماعی در سالمندان نشان ندادند. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع تحلیل، ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه و شرایط اجتماعی و اقتصادی دو جامعه باشد. همچنین، در مطالعهٔ حاضر، برخلاف یافتهٔ محمودی و همکاران، افزایش سن با کاهش نمرهٔ انزوای اجتماعی همراه بود (۱۸). تفاوت در اندازه و ساختار جمعیتی تهران به‌عنوان کلان‌شهر با شهرستان اسفراین، همچنین

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

تفاوت در شرایط فرهنگی، اقتصادی، الگوی روابط خانوادگی و شبکه‌های حمایت اجتماعی، می‌تواند بخشی از تفاوت میان یافته‌های دو مطالعه را توضیح دهد.

از سوی دیگر، مطالعات مختلف بر اهمیت حمایت اجتماعی و سرمایهٔ اجتماعی در پیشگیری از انزوای اجتماعی تأکید کرده‌اند. تقوایی و همکاران نشان دادند که افزایش حمایت اجتماعی با کاهش انزوای اجتماعی همراه است (۳). همچنین، موحد و همکاران ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت اجتماعی با انزوای اجتماعی را گزارش کردند و بر نقش عوامل اقتصادی و اجتماعی مانند درآمد، تحصیلات و اشتغال تأکید داشتند (۲۲). کنی و همکاران نیز عواملی مانند وضعیت تأهل، درآمد، اشتغال، سلامت و تعداد فرزندان را از عوامل مؤثر در انزوای اجتماعی سالمندان معرفی کردند (۲۳). این یافته‌ها نشان می‌دهد که انزوای اجتماعی تنها پیامد کاهش ارتباطات اجتماعی نیست، بلکه حاصل تعامل عوامل خانوادگی، اقتصادی، جسمانی و اجتماعی است.

یافته‌های مطالعات اخیر همچنین بر اهمیت مداخلات اجتماعی و ارتباطی تأکید دارند. مناتی و همکاران نشان دادند که آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند به‌طور معنی‌داری انزوای اجتماعی سالمندان را کاهش دهد (۸). احمدی و همکاران کمبود حمایت اجتماعی و کاهش سرمایهٔ اجتماعی را از عوامل مهم مرتبط با تنهایی سالمندان معرفی کردند و بر نقش مهارت‌های ارتباطی، استفاده از فضای مجازی و مدیریت اوقات فراغت در مقابله با تنهایی تأکید داشتند (۲۴). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تقویت توانایی سالمندان برای برقراری و حفظ ارتباطات اجتماعی می‌تواند در کاهش انزوای اجتماعی نقش مهمی داشته باشد.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به روش نمونه‌گیری و تناسب مطلوب حجم نمونه با جامعهٔ آماری سالمندان شهرستان اسفراین اشاره کرد که قابلیت تعمیم‌پذیری، یافته‌ها را به سطح این شهرستان افزایش داده است.

بااین‌حال، مطالعهٔ حاضر همچون هر پژوهش دیگری با محدودیت‌هایی نظیر ماهیت مقطعی طرح مطالعه، تکیه بر ابزارهای خودگزارش‌دهی و محدودیت در تعمیم نتایج به کل کشور مواجه است. بر این اساس، انجام مطالعات تطبیقی و مقایسه‌ای در مناطق دیگر پیشنهاد می‌شود. همچنین، بهره‌گیری از روش‌های کیفی، نظیر مصاحبه‌های عمیق یا مشاهده، می‌تواند داده‌های جامع‌تر و دقیق‌تری را فراهم آورد و درک عمیق‌تری از ابعاد انزوای اجتماعی ارائه دهد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهندهٔ اهمیت قابل‌توجه انزوای اجتماعی در میان سالمندان شهر اسفراین است. با توجه به ارتباط معنادار انزوای اجتماعی با عواملی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، بیماری‌های مزمن، ترس از سقوط و پلی‌فارمسی، شناسایی سالمندان در معرض خطر و توجه به عوامل مرتبط با انزوای اجتماعی ضروری است. بنابراین، طراحی و اجرای برنامه‌های جامع با تأکید بر تقویت حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، افزایش مشارکت سالمندان در فعالیت‌های اجتماعی و توجه به نیازهای جسمی و روانی آنان می‌تواند در کاهش انزوای اجتماعی و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی سالمندان مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی صمیمانهٔ خود را از تمامی افرادی که در انجام و تکمیل این پژوهش ما را یاری کردند، ابراز می‌کنند. همکاری و همراهی ارزشمند ایشان نقش بسزایی در پیشبرد این مطالعه داشته است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در خصوص این مطالعه وجود ندارد.

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

References

1. Safavi SR, Bakhshi F, Omidi S. Social determinants of health and lifestyle in the elderly. Iran J Health Educ Health Promot. 2022;9(4):372-82 [DOI: 10.52547/ijhehp.9.4.372]
2. Mahmudi G, Niazazari K, Sanati T. Evaluation of lifestyle in the elderly. 2013:45-50. [Link]
3. Taghvaei E, Motalebi SA, Mafi M, Soleimani MA. Predictors of social isolation among community-dwelling older adults in Iran. Iran J Ageing. 2021;16(2):188-201. [DOI: 10.32598/sija.16.2.1294.2]
4. Dindar Farkoosh J, Kazemi Poursabet S, Ansari H. Foresight of the aging process of Iran's population in different regions and demographic groups until 1420. Future Stud Manag. 2022;32(128):103-22. [Link]
5. Borhaninejad V, Nabvi S, Lotfalinezhad E, Amini F, Mansouri T. Relationship between social participation and life satisfaction among older people. 2016:701-11. [Link]
6. Bouaziz G, Brulin D, Campo E. Technological solutions for social isolation monitoring of the elderly: a survey of selected projects from academia and industry. Sensors. 2022;22(22):8802. [DOI: 10.3390/s22228802]
7. Khosh Bayani Arani F, Babaiefard A. Factors affecting the social exclusion of the elderly in Kashan, Aran, and Bidgol. Social Welfare Q. 2022;22(84):299-334. [Link]
8. Menati R, Omidi N, Omidi M, Mohamadpour S. Effect of communication skills training intervention on reducing social isolation. Iranian J War Public Health. 2025;17(4):349-54. [DOI: 10.58209/ijwph.17.4.349]
9. Naseri F, Papi S, Hossein Nattaj A, Ilali ES. The relationship between fear of falling and social isolation and loneliness in diabetic elderly who were referred to health centers in Faridonkanar city in 2023. J Mazandaran Univ Med Sci. 2024;34(232):123-35. [Link]
10. Delshad Noughabi A, Noor Mohammadi Z, Hamidi M, Khalili F. The relationship between loneliness and healthy lifestyle in elderly in Gonabad city in 2017. Daneshvar Med. 2022;30(1):36-45. [DOI: 10.22070/daneshmed.2022.12790.0]
11. Eslami R, Shahrokhi Z, Daneshfar M, Ghorbani Noghabi R, Hosseinpour B, Sadeghmoghadam L, et al. Prevalence and related factors of social isolation in older Iranian adults: a community-based study. Fam Med Prim Care Rev. 2022;24(4):345–50. [DOI: 10.5114/fmpcr.2022.120852]
12. Seyfzadeh A, Haghighatian M, Mohajerani A. Economic, social and demographic characteristics and social isolation in senile people (case study: Tehran city). J Disabil Stud. 2019;9:56–56. [Link]
13. Seyfzadeh A, Haghighatian M, Mohajerani A. Perceived social support and social isolation in older adults. Depict Health. 2019;10(4):300-9. [Link]
14. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. Maturitas. 2018;113:80-4. [DOI: 10.1016/j.maturitas.2018.04.014]
15. Khorashadizadeh F, Sharifian E, Nabavi H, Gerivani T. Investigation of social isolation in the elderly and its related factors. 2023:27-33. [DOI: 10.32592/nkums.15.1.27]
16. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. 2020. [DOI: 10.17226/25663]
17. Landeiro F, Barrows P, Musson EN, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. BMJ Open. 2017;7(5):e013778. [DOI: 10.1136/bmjopen-2016-013778]
18. Mahmoudi N, Abolfathi Momtaz Y, Foroughan M, Zanjari N, Mohaqeqi Kamal SH. Prevalence of social isolation among older adults in Tehran, Iran, and its associated factors. Arch Rehabil. 2022;23(1):88-111. [DOI: 10.32598/RJ.23.1.3390.1]
19. Seyfzadeh A, Hagighatian M, Mohajerani A. The relationship between social isolation and health among the Tehranian elderly. J Educ Community Health. 2017;4(3):19-25. [DOI: 10.21859/jech.4.3.19]
20. Mohammadifard L, Arbabisarjou A, Ansari H, Fallah Karimi S. Relationship between social isolation and technology acceptance in older adults from Zahedan, south of Iran. Iran J Ageing. 2025;20(3):468-79. [DOI: 10.32598/sija.2024.3959.1]
21. Fadaiyan Arani E, Farokhnezhad Afshar P, Hosseini AF, Bagheri A, Rashedi V. Relationship between quality of life and social isolation among older adults in Aran and Bidgol. J Gerontol. 2022;7(1):74-83. [DOI: 10.22034/JOGE.7.1.74]

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]

22. Ovahed M, Hamidizadeh E, Zare K. Investigating the relationship between sociological factors and social isolation of the blind in Shiraz. Sociol Cult Art. 2024;6(4):1-13. [Link]
23. Kani P, Musai M. Study of the factors affecting social isolation of the elderly and its consequences. Rahbord-e-Tousee. 2025;82(82):434. [Link]
24. Ahmadi S, Mokhtari M, Jamnezhad S. Sociological study of loneliness among the elderly in Shiraz: a grounded theory. Iran J Sociol. 2024;15(3):9-48. [Link]

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.51]