علیرضا سنگانی[1*]، پریا جنگی[2]، علیرضا همایونی[3]

[1] دکتری روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای ویژه، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، اهواز، ایران.

[2] دکتری روانشناسی تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

[3] گروه روانشناسی، واحد بندر گز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.

نشانی الکترونیک: sangany.psycho@gmail.com

مقـاله تحقیقی

شناسایی تفاوت کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی در افراد سالمند مستقر در مراکز نگهداری و سالمندان مستقل

چکیده

زمینه: در سراسر عمر محیط زندگی افراد می‌تواند نقشی اساسی در روند مباحث شناختی، رفتاری و حتی جسمانی را سبب گردد، بنابراین هدف پژوهشی حاضر شناسایی تفاوت کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی در افراد سالمند مستقر در مراکز نگهداری و سالمندان مستقل است.

روش کار: روش پژوهش علی – مقایسه‌ای بوده است و جامعه‌ی آماری پژوهش تمامی سالمندان زن ۶۵ تا ۷۵ ساله بدون مشکل شناختی بودند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۵ سالمند مستقر در مراکز نگهداری و ۳۵ نفر سالمندان مستقل که هر دو گروه دارای عملکرد شناختی طبیعی و سالم به روش نمونه گیری غیرتصادفی دردسترس در شهرستان گرگان در تابستان ۱۳۹۷ بودند. شناسایی سلامت شناختی بر اساس تشخیص روان پزشک و شاخص سنجش وضعیت شناختی (SPMSQ) انجام گرفت و از آنها خواسته شد تا به پرسشنامه‌های مقیاس پذیرش مارلو و کراون، مقیاس احساس تنهایی (SELSA-S)، پرسشنامه کانون توجه (FAQ) و ارزیابی نگرش‌های فرهنگی اجتماعی هافستد پاسخ دهند. داده‌ها با استفاده از روش آزمون ضریب تحلیل واریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در مجموع بین شناسایی تفاوت کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی در افراد سالمند مستقر در مراکز نگهداری و سالمندان مستقل با توجه به تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت معناداری در سطح (P =۰/۰۱) وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج تحقیق به طور کلی می‌توان بیان نمود که فراهم کردن مراقبت خانواده محور و اجرای مداخلات بهداشتی- رفاهی توسط ارگان های ذیربط در مراکز نگهداری از سالمندان می تواند در ارتقاء سلامتی عمومی سالمندان موثر باشد.

واژگان کلیدی: سالمند، احساس تنهایی، توجه متمرکز.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]

مقدمه

در سلسله مراتب تحول رشدی، دوره سالمندی مرحله نهایی قلمداد می‌شود (۱) و به نظر می‌رسد برخی ویژگی‌های کمال مانند خردمندی در دوره سالمندی به حد اعلای خود می‌رسند، اما از سوی دیگر با گذر از دوره میانسالی و ورود به دوره سالمندی، ضعف‌هایی نیز در فرد عارض می‌شوند (۲). افزایش سن کارکرد دستگاه‌های مختلف بدن را دچار اختلال می‌کند و این دگرگونی موجب انزوا در سالمندان می‌شود و به خاطر ضعف جسمانی نسبت به دیگران احساس ناامنی کرده (۳) و دوری گزیدن را بر حضور در اجتماع ترجیح می‌دهند (۴). هم‌چنین تغییرات روانی نظیر کاهش حافظه، تمایل سالمندان به حفظ خاطرات گذشته را بیشتر می‌کند (۵) و از آن یک مکانیسم دفاعی می‌سازد که سالمند را از روزگار بحرانی دوران سالخوردگی به دنیای مطلوب گذشته می‌کشاند (۶). اولین عملکردهای شناختی غیرحافظه‌ای که دستخوش تغییر می‌شود، توجه و فرآیندهای تصمیم‌گیری مرکزی است (۷). براساس شواهد موجود در پژوهش‌های Nouchi و همکاران (۸) و نظری و همکاران (۹) ظاهراً در مراحل اولیه سالمندی ساز و کار نگهداری توجه کمتر دچار اختلال می‌شود. توجه متمرکز بر دیگران حالتی است که در آن فرد به هنگام تعاملات اجتماعی بر اعمال و گفته‌های دیگران متمرکز می‌شود که حالت بهنجار در تعاملات اجتماعی است (۱۱ و ۱۰). در این راستا بر اساس پژوهش‌های Niehaves و Plattfaut (۱۲) به نظر می‌رسد نبود مهارت‌های شناختی بخشی از ناتوانی‌های ارتباطی است که می‌تواند مانع از شکل‌گیری روابط مثبت با دیگران شود. بعضی از تحقیقات نشان داده‌اند که سالمندان با ناتوانی‌های شناختی، احتمالا کاستی بیشتر در مهارت‌های اجتماعی از همسالان فعال خود دارند (۴). در همین جهت کسب توجه در روابط اجتماعی در یک رابطه دو سویه سبب احساس پذیرفته شدن توسط دیگران می‌گردد (۱۳)، منظور از پذیرش، درک فرد توسط جامعه با توجه به خصوصیات فردی است و شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است (۱۴). همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بینجامد (۱۵). در پذیرش، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی نسبت به خودش و زندگی گذشته‌اش دارد و با وجود ناتوانایی‌هایی که دارد، همهٔ جنبه‌های خود را می‌پذیرد (۱۶). بدین شکل که از پذیرش می‌توان دو معنا استنباط کرد؛ نخست نگرشی مثبت به فرد و معنای دوم، رفتار فرد با اهداف بین فردی هماهنگ است (۱۷). در واقع پذیرش، نوعی رفتار به شکل کنش و واکنش نسبت به یک هدف خاص و میزان پذیرش، نگرشی است تأییدی به سوی یک هدف خاص (۱۸). این نگرش‌های متناسب و متناقض شناختی و ارتباطی می‌تواند با توجه به فرهنگ تغییر نمایید، فرهنگ نوعی از برنامه ریزی جمعی ذهن است که اعضای یک گروه انسانی را از گروه دیگر مشخص می‌نماید (۱۹). همچنین یکی از مسایل مطرح شده در حوزه معضلات اجتماعی و روانی، احساس تنهایی ناشی از طردهای اجتماعی و حذف محیط حامی به سبب انتخاب و ادامه این رفتارهای مخاطره آمیز می‌باشد (۲۰). هنگامی که انسان از لحاظ عاطفی و اجتماعی حامی کمتری دارا باشد، احساس تنهایی از لحاظ روان شناختی بر او مستولی می‌گردد و این حساس در زمان سالمندی بر اساس یافته‌ها مشهودتر است (۲۱). احساس تنهایی برداشت ذهنی فرد از کمبود یا فقدان روابط رضایت بخش است و حاصل محروم ماندن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت می‌باشد (۲۲)، که در پاسخ به نارسایی‌های کمی (۲۳) یا کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود (۲۴). احساس تنهایی، پاسخی به فقدان یک رابطه‌ی مثبت رضایت‌بخش با سایرین است (۲۵). این حالت را حاصل محروم بودن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت می‌دانند (۲۶) و حس محرومیت از روابط اجتماعی است (۲۷). به طور کلی سالمندی دوره تغییرات فراوان در ابعاد اجتماعی، شناختی و بسیاری دیگر ابعاد است و از طرفی کوچک‌تر شدن خانواده‌ها باعث ایجاد مشکلاتی در نگهداری سالمندان شده است (۲۸). به نظر می‌رسد سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی‌هایشان از اقشار آسیب‌پذیر جامعه محسوب می‌شوند و بایستی تحت حمایت‌های لازم قرار گیرند و نیازهای آنان در ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی ارزیابی شود. بنابراین با توجه به موارد فوق، هدف پژوهش شناسایی تفاوت کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی در افراد سالمند مستقر در مراکز نگهداری و سالمندان مستقل است.

روش کار

روش انجام این پژوهش توصیفی از نوع علی – مقایسه‌ای بود و جامعه‌ی آماری پژوهش تمامی سالمندان زن ۶۵ تا ۷۵ ساله بدون مشکل شناختی بودند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۵ سالمند با دامنه سنی ۶۵ تا ۷۵ سال بودند که ۳۵ نفر از سالمندان مستقر در ۳ مرکز نگهداری و ۳۵ نفر سالمندان مستقل که هر دو گروه دارای عملکرد شناختی طبیعی و سالم به روش نمونه گیری غیرتصادفی دردسترس در شهرستان گرگان در تابستان ۱۳۹۷ بودند، در این مطالعه شرکت داشتند. شناسایی سلامت شناختی بر اساس تشخیص روان پزشک مبتنی بر ملاک‌های DSM5 و شاخص سنجش وضعیت شناختی (SPMSQ) انجام گرفت. پس از ارائه توضیحاتی به افراد در مورد هدف مطالعه و جلب اعتماد و رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها و دادن اطمینان به آنان از وجود شرایط لازم برای اجرای صحیح آزمون‌ها، اقدام به نمونه‌گیری شد. همه آزمودنی‌ها در دو گروه با چهار پرسشنامه ذیل مورد سنجش قرار گرفتند و پس از

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]

تکمیل ابزارهای نهایی در نهایت داده‌ها با توجه به روش تحلیل واریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار spss24 تحلیل گردید.

ابزار اندازه‌گیری

مقیاس پذیرش مارلو و کراون (SDS)

مقیاس آزمون پذیرش توسط مارلو و کراون (۱۹۹۶) به منظور سنجش میزان پذیرش افراد ساخته شد. مقیاس پذیرش مارلو- کراون یکی از معتبرترین مقیاس‌های سنجش پذیرش است. این آزمون دارای ۳۳ عبارت است و آزمودنی باید با انتخاب یکی از گزینه‌های بلی یا خیر موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص نماید (۲۹). پاسخ‌های آزمودنی‌ها به وسیله کلید مقیاس تطبیق داده می‌شود و جمع مطابقت پاسخ‌ها با کلید مقیاس نتیجه کلی را برای هرفرد مشخص می‌کند. در تحقیق ثمری و لعلی فاز (۳۰) برای تعیین پایایی مقیاس یاد شده نیز از دو روش آلفای کرونباخ و روش دو نیمه کردن مقیاس استفاده شده است که به ترتیب برابر از ۰/۶۰ و ۰/۷۰ می‌باشد و بیانگر ضرایب قابل قبول می‌باشد. از نظر اعتبار و روایی نیز این مقیاس با سایر ابزارهای روانشناختی که برای اندازه‌گیری پذیرش اجتماعی طراحی شده است همبستگی بالا و قابل قبول نشان داده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۹ به دست آمده است.

مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان (SELSA-S[1])

این مقیاس به وسیلهٔ دی توماسو و همکاران (۳۱) براساس تقسیم‌بندی ویس، طراحی و تهیه گردید. این مقیاس شامل ۱۴ گویه و سه زیر مقیاس احساس تنهایی رمانتیک (پنج گویه)، خانوادگی (پنج گویه) و اجتماعی (پنج گویه) است و احساس تنهایی عاطفی از مجموع نمرات زیرمقیاس‌های رمانتیک و خانوادگی بدست می‌آید. در مقابل هر گویه طیف ۵ گزینه ای از کاملا مخالفم (نمره ۱) تا کاملا موافقم (نمره ۵) قرار دارد. تمامی گویه‌ها به جز گویه های۱۴ و ۱۵ به شیوهٔ معکوس نمره گذاری می‌شوند و کسب نمره بیشتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان دهندهٔ احساس تنهای بیشتر در آن بعد است. مؤلفان این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را بین۰/۸۷ تا۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که از همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد. در پژوهش حقیقت و همکاران (۳۲) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج همبستگی این مقیاس با سایر مقیاس‌ها نشان دهنده روایی همگرا و افتراق مطلوب این پرسشنامه بود. همچنین برای پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار این ضریب برای ابعاد این پرسشنامه برای تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ می‌باشد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی، تنهایی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ به دست آمده است.

پرسشنامه کانون توجه (FAQ[2])

پرسشنامه کانون توجه به وسیله وودی و همکاران (۳۳) ساخته شده و دارای دو زیر مقیاس با پرسش‌های مدرج پنج نمره‌ای است. این پرسشنامه ۱۰ گویه دارد و زیرمقیاس‌های پرسشنامه عبارتند از مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود و مقیاس کانون پایه تصور تعامل اجتماعی. هر گویه شامل یک مقیاس ۵ نمره‌ای است که نشان می‌دهد تا چه اندازه کانون توجه آزمودنی با عبارت‌ها هماهنگ است. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان دهنده تمرکز بیشتر توجه فرد پاسخ دهنده در آن بعد از کانون توجه خواهد بود و برعکس. آزمودنی‌ها به گویه‌های پرسش‌نامه بر پایه تصور تعامل اجتماعی پیشین پاسخ می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه کانون توجه متمرکز بر خود و پرسش‌نامه کانون توجه بیرونی به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش شده است. روایی سازه ای این مقیاس را با بهره‌گیری از تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی نموده و ساختار دو عاملی را تأیید نمودند. در پژوهش خیر و همکاران (۷) برای تعیین شمار عامل‌ها در پرسشنامه، نمودار ارزش ویژه همه عامل‌ها ترسیم گردید و پایایی پرسش نامه نیز به روش ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب برابر با ۰/۷۵ و ۰/۶۸ بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب برابر با ۰/۷۷ و ۰/۷۰ به دست آمده است.

پرسشنامه ارزیابی نگرش‌های فرهنگی اجتماعی هافستد

از پرسشنامه نگرش‌های فرهنگی هافستد با توجه به مطالعات دورفمن و هاول[3] (۳۴) استفاده گردید. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۵ سوال است که چهار بعد مرد سالاری، جمع گرایی، ریسک پذیری و توزیع قدرت را مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. در پژوهش حکیمیان (۳۵) پایایی پرسشنامه نگرش فرهنگی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۹ و برای ابعاد به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش الفای کرونباخ به ترتیب برای چهار بعد مرد سالاری (۰/۷۲) جمع گرایی (۰/۷۸)، ریسک پذیری (۰/۷۰) توزیع قدرت (۰/۷۶) به دست آمده است.

یافته‌ها

در ابتدا بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی انجام گردیده شد، در حیطه‌ی سنی در بازه‌ی ۷۰-۶۵ و ۷۵-۷۱ به ترتیب تعداد ۱۹ و ۱۶ سالمندان در مراکز نگهداری بودند و سالمندان مستقل در بازه‌ی

۱. Social and Emotional Loneliness Scale for Adults

۲. Focus of Attention Questionnaire

۳. Dorfman & Howell

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]

۷۰-۶۵ و ۷۵-۷۱ به ترتیب تعداد ۲۲ و ۱۴ نفر بودند، در حیطه‌ی وضعیت تاهل در گروه سالمندان در مراکز نگهداری ۳۱ نفر مجرد (همسر فوت شده، متارکه و ازدواج نکرده) و ۴ نفر متاهل بودند، در گروه سالمندان مستقل ۳۳ نفر مجرد (همسر فوت شده، متارکه و ازدواج نکرده) و ۲ نفر متاهل بودند. در حیطه‌ی وضعیت تحصیلی در گروه سالمندان در مراکز نگهداری ۲۹ زیر دیپلم و ۶ نفر دیپلم بودند و در گروه سالمندان مستقل ۳۰ نفر زیر دیپلم و ۵ نفر دیپلم بودند.

جدول (۱) مقادیر به دست آمده از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد پیرو متغیرهای کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی را در دو گروه سالمندان در مراکز نگهداری و سالمندان مستقل نشان می‌دهد.

همچنین با توجه به عدم معناداری آزمون همگنی کوواریانس‌ها آزمون باکس و عدم معناداری همسانی واریانس‌ها در خرده مقیاس‌های متغیرهای مورد مطالعه توسط آزمون لوین با احتمال قوی می‌توان گفت داده‌ها همسان و مفروضات تحلیل واریانس چند متغیره رعایت شده است.

مطابق جدول (۲) نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی در دو گروه با توجه به تحلیل واریانس چند متغیره تفاوت معناداری در سطح (۰/۰۰۱) وجود دارد. مندرجات جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در حیطه های پذیرش (F=۱۴/۶۸۵)، رمانتیک (F=۹/۳۱۸)، خانواده (F=۵/۴۹۰)، اجتماعی (F= ۵/۵۲۵) و کانون توجه متمرکز بر تصور تعامل اجتماعی (F=۴/۱۵۵)، مرد سالاری (F=۴/۷۴۲)، جمع گرایی (F=۵/۷۱)، ریسک پذیری (F=۱۳/۹۰۰)، توزیع قدرت (F=۳۸/۰۱۷)، در سطح (۰/۰۰۱) معنی دار می‌باشد و در دیگر خرده مقیاس‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی در سالمندان مستقر در مراکز و سالمندان مستقل

متغیر	مستقر در مرکز / مستقل	Mean	SD
پذیرش		۲۴/۲۰	۴/۴۹
		۲۸/۲۴	۳/۶۱
رمانتیک		۲۶/۶۲	۳/۶
		۲۳/۳۷	۴/۱۵
خانوادگی		۲۵/۴۰	۴/۲۰
		۲۳/۳۱	۴/۵۷
اجتماعی		۲۸	۰/۰۶
		۲۴/۰۲	۴/۶۹
کانون توجه متمرکز بر خود		۲۴/۷۴	۴/۲۴
		۲۶/۱۶	۴/۳۱
کانون با پایه تصور تعامل اجتماعی		۲۳/۴۵	۳/۸۳
		۲۵/۰۲	۵/۰۳
مرد سالاری		۱۳/۱۵	۳/۳
		۱۲/۴۲	۲/۶۹
جمع گرایی		۱۲/۰۵	۱/۰۲
		۱۳/۰۵	۲/۵۰
ریسک پذیری		۱۳/۴۷	۱/۳۸
		۱۵/۰۵	۱/۹۱۱
توزیع قدرت		۱۱	۱/۴۵۲
		۱۲/۱۵	۲/۳۳۴

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره بر روی تفاضل نمرات کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی در دو گروه

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	تحلیل واریانس	معنی‌داری
گروه	پذیرش	۳۵۴/۱۰۵	۱	۳۵۴/۱۰۵	۱۴/۶۸۵	۰/۰۰۰
	رمانتیک	۲۱۷/۹۲۱	۱	۲۱۷/۹۲۱	۹/۳۱۸	۰/۰۰۴
	خانواده	۲۲۲/۷۳۷	۱	۲۲۲/۷۳۷	۵/۴۹۰	۰/۰۲
	اجتماعی	۳۳۶/۰۳۶	۱	۳۳۶/۰۳۶	۵/۵۲۵	۰/۰۰۶
	کانون توجه متمرکز بر خود	۳۸	۱	۳۸	۰/۹۳۱	۰/۳۴۱
	کانون توجه متمرکز بر تصور تعامل اجتماعی	۱۷۶/۹۷۴	۱	۱۷۶/۹۷۴	۴/۱۵۵	۰/۰۴۹
	مرد سالاری	۵/۱۵۸	۱	۵/۱۵۸	۴/۷۴۲	۰/۰۳۶
	جمع گرایی	۹/۵	۱	۹/۵	۵/۷۱	۰/۰۲
	ریسک پذیری	۱۹/۱۸۴	۱	۱۹/۱۸۴	۱۳/۹۰۰	۰/۰۰۱
	توزیع قدرت	۳۲/۲۳۷	۱	۳۲/۲۳۷	۳۸/۰۱۷	۰/۰۰۰

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]

بحث

این پژوهش با هدف بررسی شناسایی تفاوت کانون توجه، احساس تنهایی، پذیرش و نگرش فرهنگی در افراد سالمند مستقر در مراکز نگهداری و سالمندان مستقل انجام شده است و به طورکلی تفاوت معناداری در سه متغیر در دو گروه پژوهش مشاهده شد، این نتیجه در راستای یافته‌های نوچی و همکاران (۸)، نظری و همکاران (۹) ایولیانو و همکاران (۱۱)، نیهیوز و پلتفوت (۱۲)، دسکمپس و همکاران (۱۳)، هسیه و همکاران (۱۵)، شویتما (۱۷)، چن و همکاران (۲۱)، ژانگ و همکاران (۲۴) در زمینه ی تفاوت توجه متمرکز، پذیرش، نگرش فرهنگی و احساس تنهایی همخوانی وجود دارد. با توجه به موارد فوق که حاکی از میانگین و انحراف استاندارد متغیرها می‌باشد. دیگر یافته‌ها نیز نشان دهنده‌ی تاثیر سالمندی در عملکردهای شناختی و رفتاری متفاوت است. از طرفی در مولفه‌ی توجه متمرکز بر خود حایز تفاوت معناداری در گروه نبودند، که می‌تواند اشاره به قوت جنبه‌ی اجتماعی انسان‌ها داشته باشد، که در مقاطع زمانی متفاوت دیدگاه اصلی متمرکز بر بازخوردهای تعاملی از دیگران می‌باشد، و کمتر به مباحث شخصی متمرکز می‌باشند. به طور خاص در مولفه‌های متغیر نگرش فرهنگی با توجه به میانگین‌های بدست آمده و نقطه برش ابزار مربوطه، از دو گروه در خرده مقیاس نتایج نشان می‌دهد که به طور کلی در ابعاد متفاوت شناختی، فرهنگی و اجتماعی وضعیت گروه سالمندان مستقر در مراکز به تناسب بدتر از سالمندان مستقل از مراکز نگهداری می‌باشد. در همین راستا می‌توان بر اساس دیدگاه فرهنگی اجتماعی این موضوع را این گونه تبیین نمود که وقتی فرهنگی در یک محیط کنترل شده قرار می‌گیرد، به مرور گذر زمان رفتارهایش به صورت خودکار شکل می‌گیرد و کم کم دچار دلزدگی از عدم تغییر شرایط می‌شود (۴). همچنین با نگاهی به دیدگاه زیستی می‌توانیم دریابیم که وقتی از عملکردهای شناختی همانند حافظه، هوش، در مسیر برنامه‌ریزی در زندگی فردی استفاده نشود (۱۶)، ارگانیزم به مرور، میزان یادگیری و زمینه‌ی شناختی‌اش کاهش می‌یابد. با توجه به دیدگاه تکاملی می‌توان عنوان نمود سالمندانی که در مراکز اقامتی نگهداری می‌شوند، محدود شده و دچار یک واپس روی روانی می‌گردند (۱۷) که شکلی از خود نا همخوان را دارا می‌شوند که سبب انفعال بیشتر و کاهش سطح تلاش‌های فردی خود می‌گردد (۱۵) و نهایتا رفتارهای سازگارانه‌ی همراستا با شادابی و رضایت در آنان کاهش می‌یابد.

از محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به محدود بودن منطقه‌ی جغرافیایی و زمانی اشاره نمود که خود موجب کاهش سطح تعمیم پذیری نتایج به دیگر مناطق می‌شود. با توجه به آنکه بررسی متغیرهای اجتماعی بسیار تحت تاثیر مباحث فرهنگی و قومیتی می‌باشد، دیگر محدودیت اساسی مبتنی بر روش پژوهش می‌باشد که امکان دستکاری برای محقق مسیر نمی باشد و با اطمینان کامل در پژوهش نمی توان عامل علی را شناسایی نمود. همچنین دیگر محدودیت این پژوهش را می‌توان به عدم در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت شناختی همانند شغل و عوامل اقتصادی اجتماعی نسبت داد که می‌تواند تاثیرات فراونی در روند شکل‌گیری مشکلات در سالمندی داشته باشند.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان این گونه نتیجه گرفت که حفظ استقلال سالمندان در محیط شخصی با توجه به حمایت‌های اجتماعی در ابعاد متفاوت می‌تواند سبب حفظ و حتی ارتقا سطوح شناختی و ارتباطی سالمندان شود، که نهایتا منجر به افزایش طول عمر و بهداشت روانی آنان می‌گردد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که مراکز نگهداری سالمندان جهت بهبود وضعیت روانشناختی سالمندان مستقر، با ایجاد حس استقلال و مسئولیت پذیری با توجه به واگذاری وظایف در محیط مراکز به آنان، جهت ارتقا مشارکت اجتماعی، پذیرش و بهبودی کارآمدی شناختی و رفتاری افراد سالمند موثرتر باشند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش بدون همکاری مراکز نگهداری شبانه‌روزی سالمندان شهرستان گرگان در تابستان ۱۳۹۷ در جهت دستیابی به نمونه‌های سالمندان انجام‌پذیر نبود و همچنین از جانب مراکز فوق هیچ گونه حمایت مالی و تعارض منافع وجود نداشته است. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.AK.REC.1397.029 در دانشگاه واحد گرگان به ثبت رسیده است.

مراجع

1. Zare H, Moradi K, Ghazi, S, Safari N, Afarin R. Comparison of selective attention between depressed, obsessive, anxious and normal people. Scientific Journal of Research, 2015, 16 (3): 62-69. (Persian)

2. Ouwehand AN. The role of culture in the acceptance of elderly towards social assertive robots: how do cultural factors influence the acceptance of elderly people towards social assertive robotics in the Netherlands and Japan? (Bachelor's thesis, University of Twente).

3. Shimer P. New Hope for People with Alzheimer's and Their Caregivers: Your Friendly, Authoritative Guide to the Latest in Traditional and Complementar y Treatments. Harmony 2011.

4. Fernandez-Duque D, Black SE. Selective attention in early Dementia of Alzheimer Type. Brain Cogn. 2008 Apr;66(3):221-31.

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]

5. Baddeley AD, Baddeley HA, Bucks RS, Wilcock GK. Attentional control in Alzheimer's disease. Brain 2001;124(Pt 8):1492-508.

6. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet 2014;383(9920):911-22.

7. Khayyer M, Ostovar S, Latifian M, Taghavi MR, Samani S. The study of mediating effects of self-focused attention and social self-efficacy on links between social anxiety and judgment biases. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008;14(1):24-32.

8. Nouchi R, Taki Y, Takeuchi H, Nozawa T, Sekiguchi A, Kawashima R. Reading Aloud and Solving Simple Arithmetic Calculation Intervention (Learning Therapy) Improves Inhibition, Verbal Episodic Memory, Focus Attention and Processing Speed in Healthy Elderly People: Evidence from a Randomized Controlled Trial. Front Hum Neurosci 2016;10:217.

9. Nazari MA, Jangi S, Shirahabadi AA. Comparison of focused attention in children with learning disabilities and normal. Quarterly Clinical Psychology 2014; 5 (4): 17-27. (Persian)

10. Zou JB, Hudson JL, Rapee RM. The effect of attentional focus on social anxiety. Behav Res Ther 2007;45(10):2326-33.

11. Iuliano E, di Cagno A, Aquino G, Fiorilli G, Mignogna P, Calcagno G, et al. Effects of different types of physical activity on the cognitive functions and attention in older people: A randomized controlled study. Exp Gerontol 2015;70:105-10.

12. Niehaves B, Plattfaut R. Internet adoption by the elderly: employing IS technology acceptance theories for understanding the age-related digital divide. European Journal of Information Systems 2014;23(6):708-26.

13. Descamps M, Sulmont-Rossé C, Septier C, Feron G, Labouré H. Oral comfort: A new concept to assess the acceptance of food by elderly people suffering from oral health problems. In7. European Conference on Sensory and Consumer Research (eurosense) 2016 (pp. 19-p).

14. Eriksson L, Garvill J, Nordlund AM. Acceptability of travel demand management measures: The importance of problem awareness, personal norm, freedom, and fairness. Journal of environmental psychology 2006;26(1):15-26.

15. Hsieh PJ, Lai HM, Ku HC, Ku WT. Understanding Middle-Aged and Elderly Taiwanese People's Acceptance of the Personal Health Information System for Self-health Management. In International Conference on Human Aspects of IT for the Aged Population 2017 (pp. 393-403). Springer, Cham.

16. Wei J. The loneliness and depression of elderly people in country area. The Journal of Medical Theory and Practice 2015, 28(15), 2104-2105.

17. Schuitema G. Priceless policies: Factors influencing the acceptability of transport pricing policies.

18. Schade J, Schlag B. Acceptability of urban transport pricing strategies. Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour 2003;6(1):45-61.

19. Hofstede G. Motivation, leadership, and organization: do American theories apply abroad?. Organizational dynamics 1980;9(1):42-63.

20. Rokach A. Loneliness updated: an introduction. J Psychol 2012;146(1-2):1-6.

21. Chen C, Hao X, Siqi AN, Wang J, Zhang M, Shuxing LI. Loneliness among elder people and its correlation with frailty and social support. Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science 2017;26(12):1117-22.

22. Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Naseh L. Comparison of self-efficacy and loneliness between community-dwelling & institutionalized older people. Iranian Journal of Ageing 2016;11(1):142-51.

23. Tabue Teguo M, Simo-Tabue N, Stoykova R, Meillon C, Cogne M, Amiéva H, et al. Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study. Psychosom Med 2016;78(8):904-909.

24. Zhang X, Su SZ, Xie F, Zhang LY, Wei PS. The social support, loneliness and happiness in empty-nest elderly people and its correlation. Chinese Journal of Gerontology 2017;37(1):191- 4.

25. Victor CR, Burholt V, Martin W. Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: an exploratory study. J Cross Cult Gerontol 2012;27(1):65-78.

26. Jeong EJ, Kim DJ, Lee DM, Lee HR. A study of digital game addiction from aggression, loneliness and depression perspectives. In2016 49th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS) 2016 (pp. 3769-3780). IEEE.

27. Stickley A, Koyanagi A, Koposov R, Schwab-Stone M, Ruchkin V. Loneliness and health risk behaviours among Russian and U.S. adolescents: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2014;14:366.

28. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. J Health Psychol 2016;21(5):750-8.

29. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. J Consult Psychol 1960;24:349-54.

30. Samari A, Faz L. The study of the effectiveness of life skills training on family stress and social acceptance. Journal of Fundamentals of Mental Health 2005;7(25-26):47-55.

31. Ditommaso E, Brannen C, Best LA. Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. Educational and Psychological Measurement 2004;64(1):99-119.

32. Haghigiat F, Pato M, HassanAbadi HR. Investigating the Confirmatory Factor Analysis and Psychometric Properties of the Short version of Adult Social and Emotional Loneliness Scale. Sociology Research Journal 2015; 10 (3): 27-44. (Persian)

33. Woody SR, Chambless DL, Glass CR. Self-focused attention in the treatment of social phobia. Behav Res Ther 1997;35(2):117-29.

34. Dorfman PW, Howell JP. Dimensions of national culture and effective leadership patterns: Hofstede revisited. Advances in international comparative management 1988;3(1):127-50.

35. Hakimian A. The Relationship between Cultural Attitudes (Based on Hofstad Model) and Emotional Commitment (from Allen & Meyer Model) in Cultural Organizations of Yazd, Nation- al Conference on the Development of Cultural Expressions in Iran Today, Abarkouh Branch, 2013. (Persian)

[Downloaded from jmciri.ir on 2025-12-31]