



مقایسه احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان مرد فعال و غیر فعال مقیم در آسایشگاه‌های

سالمندان شهر یزد

دکتر آناهیتا خدابخش کولایی*^۱، آقا فاضل فروزان^۲

*^۱ استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

(دریافت: ۹۷/۰۲/۲۹ - پذیرش: ۹۷/۰۷/۱۴)

چکیده

مقدمه: فعالیت بدنی در دوره‌ی سالمندی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. فعالیت اندک برخی از سالمندان با کاهش فعالیت‌های اجتماعی و انزوای آن‌ها مرتبط می‌باشد.

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی تعیین تفاوت احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان مرد فعال و غیر فعال مقیم در آسایشگاه‌های سالمندان شهر یزد بود.

روش: پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی و از نوع مقطعی بود. جامعه‌ی آماری مورد پژوهش، کلیه مردان سالمند مقیم در آسایشگاه‌های سالمندان شهر یزد بودند. در این مطالعه ۱۴۸ سالمند مرد ساکن آسایشگاه‌های سالمندان شهر یزد در سال ۱۳۹۶ به طور تصادفی انتخاب و براساس پرسشنامه‌ی فعالیت بدنی شارکی به دو گروه فعال و غیر فعال تقسیم شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان (SELSA-S)، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (DAS) و پرسش نامه استاندارد میزان فعالیت بدنی شارکی (۱۹۹۰) بود. به منظور بررسی اثر متغیر مستقل گروه بر متغیرهای وابسته احساس تنهایی و اضطراب مرگ از روش تحلیل واریانس ANOVA استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین نمرات احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن از جمله: تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی در سالمندان مرد فعال و غیر فعال تفاوت معناداری وجود داشت. ($P < 0/001$) به گونه‌ای که سالمندان فعال در احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن در مقایسه با گروه سالمندان غیر فعال نمرات بالاتری را کسب کردند. هم چنین، در متغیر اضطراب مرگ و خرده مقیاس‌های آن همانند ترس از مردن و وابستگی عاطفی تفاوت معناداری مشاهده شد. ($P < 0/001$) به گونه‌ای که سالمندان غیر فعال اضطراب مرگ بالاتری را گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: احساس تنهایی و اضطراب مرگ از مولفه‌های روان شناختی مهمی هستند که در سالمندانی که غیر فعال هستند بیش از هم‌تایان فعال خود می‌باشد. از این رو داشتن فعالیت و تحرک در دوره‌ی سالمندی برای ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: احساس تنهایی، اضطراب مرگ، فعال، غیر فعال، سالمند

مقدمه

پیشرفت چشمگیر علوم پزشکی، بالا رفتن سطح بهداشت جامعه و امکانات زیستی، کاهش مرگ و میر و افزایش تولد، میانگین عمر بشر را بالا برده است. امروزه متوسط عمر در بعضی از کشورهای پیشرفته به بیش از ۹۰ سال رسیده است که این نشانه‌ی افزایش جمعیت سالمندان است. این افزایش سن باعث شده است تا در حال حاضر سالمندان بیشترین نرخ رشد جمعیتی را در دنیا در مقایسه با سایر گروه‌ها داشته باشند. بر این اساس انتظار می‌رود، جمعیت سالمندان دنیا تا سال ۲۰۵۰ به سه برابر سال ۲۰۰۰ افزایش پیدا کند و به دو میلیارد برسد. (۱) در ایران و بر اساس برآورد مرکز آمار و مطالعات انجام شده، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال از ۸ درصد در سال ۱۳۹۵ به ۲۲ درصد در سال ۱۴۲۵ افزایش پیدا خواهد کرد. (۲)

یکی از مؤلفه‌هایی که می‌تواند بر سلامت سالمندان تأثیرگذار باشد فعالیت‌های بدنی مناسب است. (۳) سالمندان با داشتن فعالیت مناسب، از نظر جسمی و روانی سالم‌تر و شاداب‌تر خواهند بود. (۴ و ۵) حرکت، ورزش و سرگرمی برای سالمندان، زندگی بانشاط و رضایت بخشی را ایجاد می‌کند و این امر در تأمین بهداشت روانی سالمندان سهم مؤثری داشته (۶) و فعالیت بدنی و ورزش از مؤثرترین روش‌های پیشگیری از اختلالات دوران سالمندی می‌باشد. (۵) فعالیت بدنی می‌تواند به درمان برخی از اختلالات روانی همانند افسردگی، (۷) افزایش تعادل و بهبود عملکرد روانی کمک شایانی کند. (۸)

مطالعات انجام شده بیانگر آن است که شرکت در فعالیت‌های ورزشی به سلامت جسمانی افراد میان سال کمک می‌کند. (۹) زمان زاده در پژوهشی نشان داد که، تمرین‌های بدنی به افزایش نمرات کیفیت زندگی در سالمندان منتج می‌شود. (۱۰) Mavrovouniotis و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که حرکات موزون و فعالیت بدنی با کیفیت زندگی سالمندان رابطه‌ی معنی‌داری دارد (۱۱) Muangpaisan و همکاران در پژوهشی نشان دادند زندگی سالم، سلامت جسمانی، تغذیه سالم و فعالیت بدنی مطلوب از جمله عوامل تأثیرگذار بر امید به زندگی هستند. (۱۲) فعالیت بدنی آثار فیزیولوژیک، روان شناختی و اجتماعی مثبتی دارد (۱۳) و به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت در نظر گرفته می‌شود. (۱۴)

پژوهش‌های صورت گرفته نشان داده است ورزش باعث ازدیاد سلول‌های جدید عصبی و تقویت دستگاه ایمنی بدن شده و توانایی افراد را در بهتر انجام دادن فعالیت‌های آموزشی و ذهنی بالا می‌برد. فعالیت بدنی می‌تواند موجب بهبود عملکردهای اجرایی و هم چنین بهبود حافظه در سالمندان شود و فعالیت‌های شناختی سالمندان را بهبود بخشد. (۱۴ و ۱۵) سالمندی با مشکلات بهداشتی و کاهش سطح فعالیت‌ها همراه است. با افزایش سن، اختلال عملکرد جسمانی بیشتر می‌شود و اثر منفی آن بر توانایی حفظ استقلال، نیاز به کمک را افزایش می‌دهد. (۱۶ و ۱۷) با افزایش سن و آغاز سالمندی، افراد به تدریج برخی

از کارکردهای فیزیولوژیک و روانی-اجتماعی خود را از دست می‌دهند. محرومیت از فعالیت‌های اجتماعی، سالمندان را نسبت به افسردگی مستعد می‌کند و سبب افزایش احساس تنهایی در آنها می‌شود. شواهد نشان می‌دهند احساس تنهایی، پدیده‌ای گسترده و فراگیر است و ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال، آن را برحسب سن و جنس تجربه می‌کنند. (۱۸ و ۱۹)

یکی از مهم‌ترین مشکلات آسیب‌زا، مسأله‌ی احساس تنهایی در سالمندان است که بسیاری از سالمندان در جوامع مختلف آن را تجربه می‌کنند (۲۰). احساس تنهایی در واقع یک شاخص مهم از سلامت روان و کیفیت زندگی سالمندان است که تأثیر گسترده‌ای بر افزایش احتمال بروز و تقویت بیماری‌های روانی و جسمانی دوران سالمندی دارد. (۲۱) شواهد حاکی از این است که ۲۰ تا ۴۰ درصد از افراد مسن گزارش کرده‌اند که دچار احساس تنهایی هستند. (۲۲) هم چنین ۵ تا ۷ درصد نیز احساس تنهایی دائمی یا شدید را گزارش نموده‌اند. (۲۳) احساس تنهایی پیش‌بینی کننده‌ی افسردگی، (۲۴) کاهش فعالیت جسمی، (۲۵) بدکارکردی در شناخت مانند شروع دمانس، (۲۶) خواب آشفته، (۲۷) افزایش مقاومت عروقی (۲۸) و افزایش فشار خون (۲۵) می‌باشد.

Jylha گزارش نموده است که در دوران سالمندی به علت ناتوانی‌های جسمی و کاهش تعاملات اجتماعی، احساس تنهایی افزایش می‌یابد. (۲۹) هم چنین Bowling و همکاران، تأثیر کاهش عملکرد در سالمندی را بر احساس تنهایی و فعالیت‌های اجتماعی، معنادار گزارش نمودند.

(۳۰) مطالعه‌ی کیفی در رابطه با احساس تنهایی در سالمندان استرالیا نشان می‌دهد که این احساس به دلیل مرگ دوستان، مشکلات جسمانی، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و مشغله‌های فرزندان بوده است. (۳۱) همه‌ی افراد صرف‌نظر از جزئیات و طول زمان سرانجام، سراسیمی کاستی کنش تا مرگ را تجربه می‌کنند. مراحل گذار در طول رشد به طور تغییرناپذیری به فقدان‌هایی هم چون بازنشستگی، داغ دیدگی، تنهایی، کاهش سلامتی و رویارویی با واقعیت مرگ منتج می‌شود. (۳۲). احساس تنهایی حالتی است ناراحت‌کننده و زمانی به وجود می‌آید که بین روابط بین‌فردی که فرد تمایل دارد آن را داشته باشد و روابطی که وی در حال حاضر دارد فاصله وجود داشته باشد. شواهد نشان می‌دهند احساس تنهایی پدیده‌ای گسترده و فراگیر است. (۳۳-۳۴)

علاوه بر احساس تنهایی موضوع دیگری که می‌تواند بر زندگی سالمندان اثرگذار باشد اضطراب مرگ است. (۳۵) طبق نظر Smith سالمندی زمان کاهش درآمد، روابط اجتماعی محدود شده، از دست دادن عزیزان و همراهان، تغییر نقش‌ها، تغییر میزان کارآمدی، کشمکش در روابط فAMILI و از دست دادن نسبی سلامتی است. (۳۶) که همه‌ی این عوامل باعث می‌شود مشارکت اجتماعی کاهش یابد. با کاهش مشارکت در اجتماع و انزوای بیشتر، فرد احساس تنهایی و غم و اندوه را تجربه می‌کند که به تبع این موارد منجر به افزایش اشتغال ذهنی فرد با خود شده که راه‌انداز چرخه‌ی افکار منفی است. با شروع افکار خودآیند منفی که اضطراب گسترده‌ای را به همراه دارد، بیشتر دچار ترس و

را شامل می‌شود که روی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. (۴۴) اضطراب مرگ ریشه در آگاهی از مرگ دارد و به عنوان واکنش عاطفی منفی تعریف می‌شود که با پیش-بینی مرگ و فقدان شخص برانگیخته می‌شود. (۴۲)

اهمیت فعالیت بدنی در دوره‌ی سالمندی در گرو داشتن روابط اجتماعی و زندگی اجتماعی است. از آنجا که سالمندان مقیم در مراکز سالمندان در محیط موسسه زندگی می‌کنند و تماس‌های اجتماعی کمتری را تجربه می‌کنند به مرور فعالیت بدنی آنها نیز کمتر می‌شود و با نزدیکتر شدن به پایان زندگی، بیشتر اوقات به مرگ و ترس از مرگ می‌اندیشند. هم چنین، این احساس تنهایی در سالمندان مرد به دلیل اینکه فعالیت اجتماعی مردان، بیشتر در بیرون از محیط خانه و محل کار است و با پایان یافتن شغل تماس‌هایشان اندک می‌شود؛ بررسی سالمندان مرد مقیم در آسایشگاه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به اهمیت فعالیت بدنی که در پژوهش‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است و نیز توجه به اهمیت سالمندان در جامعه، این پژوهش به منظور تعیین تفاوت احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان مرد فعال و غیر فعال انجام شد.

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر توصیفی - تحلیلی بود. جامعه‌ی پژوهش کلیه مردان سالمند مقیم در چهار آسایشگاه سالمندان استان یزد در سال ۱۳۹۶ بودند. از این میان دو مرکز، دو خانه سالمندان نشاط و مهریز انتخاب شدند و پس

اضطراب مرگ می‌شوند. (۳۷) اضطراب مرگ^۱ از متغیرهایی است که بر به کارگیری افراطی و بیمارگونه‌ی رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی یا عدم به کارگیری این رفتارها، تأثیر بسزایی دارد. اضطراب مرگ عموماً به عنوان احساس ناراحتی توأم با ترسی که معطوف به مرگ خود یا دیگران است و با در نظر گرفتن مرگ به عنوان پایان حیات یا تجسم مراسم تدفین و جسد برانگیخته می‌شود؛ تعریف می‌شود. (۳۸) اضطراب مرگ از ویژگی‌های مشترک سالمندان و به معنای هراس از مرگ خود و دیگران است. (۳۹) مرگ واقعیتی اجتناب‌ناپذیر است و هر شخصی ممکن است نسبت به آن برداشت و واکنش منحصر به فردی داشته باشد. مرگ به خاطر ماهیت پر از ابهام آن، برای بسیاری از انسان‌ها به صورت تهدیدآمیز جلوه می‌کند که اضطراب ناشی از این امر را اضطراب مرگ می‌نامند. (۴۰) اضطراب مرگ به معنی ترس مداوم، غیرطبیعی و مرضی از مرگ یا مردن است. طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا اضطراب مرگ عبارت است از: "نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد هنگام فکر کردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد". (۴۱) مرگ ترس و هیجان اجتناب‌ناپذیری دارد و چون هیچ کس مرگ را تجربه و لمس نکرده است، فکر کردن به آن سبب ایجاد اضطراب می‌شود. (۴۲ و ۴۳) اضطراب مرگ مجموعه نگرش‌هایی به مرگ از قبیل ترس، تهدید، نگرانی، ناراحتی و سایر واکنش‌های هیجانی منفی توأم با اضطراب

^۱. death anxiety

از بررسی فقدان مشکلات شناختی و ذهنی ۲۵۰ نفر حجم نمونه بود که از این میان با توجه به حجم جامعه آماری، حجم نمونه بر اساس جدول مورگان ۱۴۸ سالمند از هر دو گروه انتخاب شدند. سپس بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی و معیارهای ورود به پژوهش از جمله؛ سن ۶۵ سال، فقدان مشکلات شناختی مانند آلزایمر، دمانس، بیماری‌های حاد جسمی، سابقه سوء مصرف مواد و تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش انتخاب شدند. نمونه‌ها بر اساس نتایج پرسشنامه‌ی فعالیت بدنی شارکی به دو گروه فعال (نمره‌ی پرسشنامه فعالیت بدنی شارکی آن‌ها بالاتر از ۱۵) و غیرفعال (نمره‌ی پرسشنامه فعالیت بدنی شارکی کمتر از ۱۵) تقسیم شدند. بدیهی است برای برابر شدن گروه‌ها از نظر تعداد نمونه، نمونه‌گیری تا تکمیل تعداد نمونه‌ی مورد نظر ادامه داده شد. برای بررسی برابر شدن گروه‌ها ویژگی‌هایی همانند سن، میزان فعالیت بدنی و میزان تحصیلات، هم‌تاسازی گروهی شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان (SELSA-S):

این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال با شیوه‌ی نمره‌دهی بر اساس طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) ۳ بعد تنهایی روانتیک، تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پائین‌ترین نمره ۱۴ و بیشترین نمره‌ی این مقیاس ۷۰ می‌باشد. کسب

نمره‌ی بیشتر در هر یک از ابعاد این مقیاس، نشان‌دهنده‌ی احساس تنهایی بیشتر در آن بعد است. در پژوهش جوکار و همکاران، روایی و پایایی این پرسشنامه مورد آزمایش قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد این پرسشنامه ۰/۹۲ برای تنهایی روانتیک، ۰/۸۴ برای تنهایی خانوادگی و ۰/۷۸ برای تنهایی اجتماعی گزارش شده است. (۴۵)

مقیاس اضطراب مرگ (DAS)Templer

مقیاس اضطراب مرگ Templer شامل ۱۵ سؤال است که نگرش‌های آزمودنی را نسبت به مرگ مطرح می‌کند. آزمودنی پاسخ خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کند که پاسخ بلی نشانه‌ی وجود اضطراب در فرد است. نمرات این مقیاس بین ۰ تا ۱۵ متغیر است که نمره‌ی بالا معرف میزان بالای اضطراب مرگ در فرد است. بررسی‌های به عمل آمده پیرامون اعتبار مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. تحقیق رجبی و بحرانی، ضریب اعتبار تنصیف بعد از اعمال فرمول تصحیح شده‌ی اسپیرمن-براون برای این پرسشنامه را معادل ۰/۶۲ نشان داد. (۴۸)

پرسش‌نامه‌ی استاندارد میزان فعالیت بدنی شارکی^۱

این پرسشنامه دارای ۵ سؤال بوده و هدف آن تعیین میزان فعالیت بدنی افراد می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد. این مقیاس دامنه‌ای از ۵ تا ۲۵ امتیاز دارد. به عنوان یک نقطه‌ی برش، افرادی که

^۱ Sharkey Physical Activity Questionnaire

این اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری می‌توانند از پژوهش خارج شوند.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به شرح زیر می‌باشد: سن شرکت‌کنندگان بین ۶۷ تا ۸۷ سال و با میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۷۷/۱۲ و انحراف معیار ۳/۲۱ به دست آمد. سطح تحصیلات ۷۰ نفر بی‌سواد (۴۷/۳۰ درصد)، ۴۵ نفر سیکل (۳۰/۴۰ درصد)، ۲۶ نفر دیپلم (۱۷/۶۰ درصد) و ۵ نفر فوق دیپلم (۳/۳۷ درصد) و ۲ نفر لیسانس (۱/۳۵ درصد) بودند. میزان درآمد ۱۰ نفر کمتر از ۵۰۰ هزار تومان (۶/۸۰ درصد)، ۵۴ نفر بین ۵۰۰ هزار تا ۱ میلیون تومان (۳۶/۵۰ درصد)، ۵۹ نفر بین ۱ میلیون تا ۱٫۵ میلیون تومان (۳۹/۹۰ درصد)، ۹ نفر بین ۱٫۵ میلیون تا ۲ میلیون تومان (۶/۱۰ درصد)، ۳ نفر دارای درآمد بیشتر از ۲ میلیون تومان (۲ درصد) و ۱۳ نفر بقیه نامشخص (۸/۸ درصد) بود.

نمره‌ی بالای ۱۵ کسب نمایند را می‌توان جزو افراد فعال به حساب آورد.

در پژوهش گل محمدی و همکاران روایی محتوای پرسشنامه‌ی فعالیت بدنی شارکی مورد تأیید خبرگان قرار گرفت. پایایی پرسشنامه به روش محاسبه‌ی آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۸ به دست آمد. (۴۹)

به منظور گردآوری داده‌ها پس از مشخص کردن مراکز و با هماهنگی با مسئولان مربوطه و مددکاران و مددیاران، هر سه پرسشنامه به صورت فردی در ساعات فراغت قبل از نهار و بعد از ظهرها تکمیل شد. هدف از تحقیق و نحوه‌ی پر کردن پرسشنامه به اختصار با یک دستورالعمل ثابت برای سالمندان توضیح داده و از آنها خواسته شد با صداقت به سؤالات پاسخ دهند. در بعضی موارد که سالمندان سواد لازم و یا توانایی لازم برای خواندن و تکمیل پرسشنامه‌ها را نداشتند، سؤالات برای آنها خوانده شد و پاسخ آن‌ها به دقت یادداشت شد.

در این تحقیق، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA با استفاده از نرم افزار آماری SPSS_{v.24} استفاده شد.

پژوهش حاضر مصوب شورای پژوهشی دانشگاه خاتم با شماره ۱۰۰/۳۲۹۷/ص/۹۵ می‌باشد. برای رعایت محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها بدون نیاز به نوشتن نام و نام خانوادگی در اختیار آن‌ها قرار داده شد. هم چنین تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش با رضایت کامل و با آگاهی از هدف تحقیق به پاسخگویی پرداختند و به افراد

جدول ۱: یافته‌های توصیفی شامل تعداد، حداقل، حداکثر و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	گروه	میانگین متغیرهای پژوهش	انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش	کمینه	بیشینه
احساس تنهایی	سالمندان فعال	۴۷/۹۲	۲۰/۵۶	۳۸	۶۲
	سالمندان غیرفعال	۶۱/۷۰	۱۸/۵۰	۴۵	۶۸
اضطراب مرگ	سالمندان فعال	۷/۵۰	۱۰/۲۴	۶	۱۰
	سالمندان غیرفعال	۱۱/۸۰	۰۸/۵۳	۹	۱۳

میانگین نمره‌ی احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان فعال و غیرفعال در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج تحلیل واریانس در جدول ۲ ارائه می‌شود.

جدول ۲: نتایج آزمون‌های معناداری ANOVA برای اثر اصلی متغیر گروه بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ

اثر	مقدار F	DF فرضیه	DF خطا	Sig (سطح معناداری)	مجذور اتا
گروه (تنهایی) احساس	۱/۶۳	۴	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	۱/۶۳	۴	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	۱/۶۳	۴	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	۱/۶۳	۴	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲
گروه (اضطراب)	۷۳/۵۵	۴	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	۷۳/۵۵	۴	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	۷۳/۵۵	۴	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	۷۳/۵۵	۴	۱۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵

همانگونه که در جدول مشاهده می‌گردد، در همه‌ی آزمون‌های تعیین اثر، اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، در دو گروه مقادیر معنی داری کمتر از ۰/۰۰۱ است. به عبارت دیگر در متغیر احساس تنهایی ($P < 0/001$) ضریب اتا برابر ۰/۸۲ می‌باشد؛ یعنی ۸۲ درصد از تفاوت میانگین‌های دو گروه ناشی از تأثیر متغیر مستقل بر احساس تنهایی بوده است. هم چنین در متغیر اضطراب مرگ ($P < 0/001$) ضریب اتا برابر ۰/۶۵ بوده است؛ یعنی ۶۵ درصد از تفاوت میانگین‌های دو گروه ناشی از تأثیر متغیر مستقل بر اضطراب مرگ بوده است. با توجه به معنادار بودن اثر متغیر گروه بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ بین احساس تنهایی و اضطراب مرگ دو گروه سالمندان مرد فعال و غیرفعال تفاوت معنی دار وجود داشت.

نتایج تحلیل واریانس برای هر یک از خرده مقیاس‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ در جدول ۳ ارائه شده است:

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس دو راهه بین گروهی برای هر یک از خرده مقیاس‌های احساس تنهایی و اضطراب مرگ در دو گروه

متغیرها	خرده مقیاس‌ها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری
احساس تنهایی	تنهایی رمانتیک	۴۲۶۲/۲۱۵	۱	۴۲۶۲/۲۱۵	۱۳/۷۴۸	۰/۰۰۲
	تنهایی خانوادگی	۶۰۲۶/۴۱۸	۱	۶۰۲۶/۴۱۸	۱۵/۱۲۳	۰/۰۰۱
	تنهایی اجتماعی	۴۰۲۵/۴۷۱	۱	۴۰۲۵/۴۷۱	۱۲/۶۵۲	۰/۰۰۳
اضطراب مرگ	ترس از مردن	۱۵/۲۵۱	۱	۱۵/۲۵۱	۳/۴۵۱	۰/۰۰۲
	وابستگی عاطفی	۱۷/۶۷۸	۱	۱۷/۶۷۸	۴/۴۱۲	۰/۰۰۴

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود؛ نتایج تحلیل واریانس دو راهه بین گروهی نشان می‌دهد که اثرات به دست آمده برای گروه در متغیر تنهایی رمانتیک ($P < 0/002$)، تنهایی خانوادگی ($P < 0/001$)، تنهایی اجتماعی ($P < 0/003$) معنادار است. بنابراین بین میانگین دو گروه مورد مقایسه در متغیر تنهایی رمانتیک و تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که بین سالمندان فعال و غیرفعال از نظر تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. هم چنین اثرات به دست آمده برای گروه در متغیر ترس از مردن، وابستگی عاطفی معنی دار بود. نتایج نشان داد که بین سالمندان فعال و غیرفعال از نظر ترس از مردن و وابستگی عاطفی تفاوت معنادار وجود داشت.

بحث

(۵۵)

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت فعالیت بدنی افراد می‌تواند از جمله عوامل مهم در کاهش حس تنهایی و اضطراب و نگرانی باشد. به نظر می‌رسد حضور افراد در اجتماع و شرکت در فعالیت‌ها و برنامه‌های همگانی ورزشی که ماهیت ارتباط با دیگران جزء لازمه‌های این نوع فعالیت‌ها است؛ می‌تواند در کاستن انواع گوناگونی از اختلالات از جمله احساس تنهایی در ارتباط باشد. داشتن فعالیت بدنی که عمده‌ی گونه‌های آن به صورت گروهی می‌باشد می‌تواند در رفع بسیاری از مشکلات مؤثر باشد و این مهم در سالمندی که همراه با معلولیت‌ها و بیماری‌های بیشتری است نقش پر رنگ‌تر و اثرگذارتری در کاهش و بهبود اختلالات و نگرانی‌های دوران سالمندی دارد. (۵۶)

نتایج این تحقیق نشان داد که، بین احساس تنهایی در سالمندان مرد فعال و غیر فعال مقیم در آسایشگاه‌های شهری یزد تفاوت وجود دارد. نتیجه‌ی این پژوهش با مطالعات تحقیقات مردانی، Singh، خدابخشی کولایی و همکاران؛ کریمی، طرفه و رضایی و همکاران هم خوان است. (۵۴-۵۰)

همان طور که نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد؛ سالمندانی که توانایی انجام دادن فعالیت بدنی و ورزش، فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی، پیاده روی منظم و فعالیت‌های تفریحی و اوقات فراغت دارند، توان مقابله‌ی بیشتری با چالش‌های دوران سالمندی مانند حس تنهایی دارند و زندگی بهتری نسبت به سالمندان غیر فعال دارا می‌باشند.

Birkeland و همکاران، محدودیت فعالیت‌های

سالمندان مانند قدم زدن و اشتغال به فعالیت‌های موردعلاقه را از مشکلات مرتبط با تنهایی آنان توصیف می‌نمایند. (۵۶) در واقع در پژوهش‌های گوناگون فعالیت بدنی به سلامت جسمانی و روانی منجر می‌شود (۵۷) و یکی از مهم‌ترین بخش‌های مطرح شده در فعالیت بدنی جنبه‌ی اجتماعی آن است؛ چرا که لازمه‌ی این فعالیت‌ها خروج از منزل، اتاق یا آسایشگاه است و در آسایشگاه‌های سالمندان معمولاً این گونه فعالیت‌ها به صورت دسته جمعی و در کنار دیگر سالمندان انجام می‌شود. این امر و تعامل و ارتباط با دیگران در کنار تاثیرات جسمی و روانی برای سالمندان می‌تواند موجب کاهش احساس تنهایی و مشکلات مربوط به آن شود و سلامت روان سالمندان را افزایش دهد.

در توجیه این نتیجه‌ی به دست آمده می‌توان بیان کرد که تعاملات اجتماعی به وسیله‌ی ورزش افزایش یافته و احساس تنهایی و اشتغالات منفی از ذهن انسان دور می‌شود (۵۸) و موجب شادکامی نیز می‌گردد. (۵۹) هم چنین فعالیت بدنی با کاهش اضطراب و افسردگی همراه است و خود می‌تواند موجب کاهش احساس تنهایی شود (۶۰). در پایان می‌توان گفت که با بهبود وضعیت جسمانی و فیزیولوژیک به وسیله‌ی ورزش و فعالیت، فرد در انجام امور خود موفق‌تر عمل می‌کند که این امر موجب اعتماد به نفس بیشتر و موجب احساس خرسندی و شادکامی می‌شود؛ در نتیجه حس تنهایی کاهش می‌یابد. (۶۱)

در این پژوهش بین اضطراب مرگ در سالمندان مرد فعال و غیر فعال مقیم در آسایشگاه‌های شهر یزد تفاوت وجود داشت.

هر چند که پژوهشی که دقیقاً به این نتیجه دست یافته باشد یافت نشد؛ اما نتایج با مطالعات Dobbs و همکاران، فامیل احمریان و همکاران، پاک ضمیر، قربانعلی پور و همکاران، Ford و همکاران، Russac و همکاران، Fortner و همکاران در متغیرهای احساس تنهایی و اضطراب مرگ تقریباً همسو است. (۶۲-۶۷) به عنوان مثال طبق مطالعه‌ی Fortner و همکاران، فعالیت‌های بدنی و ورزش یکی از روش‌های پیشگیری، به تأخیر انداختن و درمان مشکلات ناشی از بی‌حرکی دوران سالمندی، جبران کاهش توده و قدرت عضلانی، سلامت استخوان‌ها، بهبود تعادل، افزایش انعطاف‌پذیری و سلامت جسمی سالمندان است که خود موجب می‌شود کمتر به مرگ فکر کنند. (۶۷) Swathi در پژوهش خود آشکار ساخت که بیش از نیمی از سالمندان اضطراب از مرگ را تجربه می‌کنند. (۶۸)

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت با توجه به نظریات و پژوهش‌های گوناگون، فعالیت بدنی موجب سلامتی می‌شود و اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و سلامت روان را افزایش می‌دهد. (۶۹) یکی از مشکلاتی که افراد در سنین پیری با آن مواجه هستند مسأله‌ی مرگ و پایان زندگی است. در واقع در سالمندان فعالیت بدنی جنبه‌ی جسمانی آن‌ها را سالم‌تر می‌کند و این امر و کاهش بیماری‌ها و مشکلات مربوط به سالمندی در آنان باعث کم شدن اضطراب مرگ در آنان می‌شود. هم چنین با توجه به تأثیر مستقیمی که ورزش و فعالیت بدنی بر روحیه‌ی افراد می‌گذارد مشکلاتی نظیر افسردگی، ناامیدی و اضطراب را کاهش داده و کارکرد شناختی افراد را افزایش می‌دهد که این امر به نوبه‌ی خود

کاهش می‌دهد.

باعث کاهش مشکلاتی نظیر اضطراب مرگ می‌شود. (۷۰)

تشکر و قدردانی

نتیجه‌گیری نهایی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول رشته مشاوره با کد مصوب پژوهشی ۹۵/ص/۱۰۰/۲۹۷ در دانشگاه خاتم می‌باشد. پژوهشگران، از تمامی مدیران سرای سالمندان و پرسنل آنها و همچنین سالمندان عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری ساختند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

نتایج این مطالعه نشان داد که سالمندانی که فعالیت بدنی بیشتری دارند در مقایسه با هم‌تایان غیر فعال از احساس تنهایی و اضطراب مرگ کمتری برخوردارند و داشتن فعالیت بدنی می‌تواند به ارائه‌ی عملکرد بهتر جسمانی و روانی از جانب آنان بیانجامد. لازم به ذکر است این امر نه تنها به خود سالمندان برای داشتن سالمندی بهتر و موفق‌تر کمک می‌کند؛ بلکه باعث کاهش هزینه‌های جامعه و اطرافیان سالمندان می‌شود و بخشی از ناهنجاری‌ها و مشکلات را

References:.....

1. Bolognesi C, Migliore L, Lista F, Caroli S, Patriarca M, De Angelis R & Colognato R. Biological monitoring of Italian soldiers deployed in Iraq. Results of the SIGNUM project. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 2015; 12(1): 20-31.
2. Khodabakhshi-koolae A. The comparison of health literacy and lifestyle among retired and homemaker older adults' women . *J Health Lit*. 2016; 1 (3) :155-163 .
3. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007; 116(9):1094-105.
4. Buchman AS, Boyle PA, Yu L, Shah RC, Wilson RS, Bennett DA. Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults. *Neurology*. 2012; 78(17): 1323-9.
5. Patterson SL, Rodgers MM, Macko RF, Forrester LW. Effect of treadmill exercise training on spatial and temporal gait parameters in subjects with chronic stroke: a preliminary report. *J Rehabil Res Dev*. 2008; 45(2): 221-8.
6. Saberian M, Aghajani S, Ghorbani R. Study of the mental status of the elderly and it's relationship with leisure time activities *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2009; 10(4): 12-20
7. Dinas PC, Koutedakis Y, Flouris AD. Effects of exercise and physical activity on depression. *Ir J Med Sci*. 2011; 180(2): 319-25.
8. Kim HK, Suzuki T, Saito K, Yoshida H, Kobayashi H, Kato H, et al. Effects of exercise and amino acid supplementation on body composition and physical function in community-dwelling elderly Japanese sarcopenic women: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(1): 16-23.
9. Bakhshande M. The relationship between physical activities, leisure time and life quality in elderlies. Thesis for Master degree. Tehran North of Islamic Azad University; 2007.

10. Zamanzadeh V. Influence of physical activity in life quality in Hemodialysis patients. *Med J Tabriz Uni.* 2008; 30(1): 51-5.
11. Mavrovouniotis FH, Argiriadou EA, Papaioannou CS. Greek traditional dances and quality of old people's life. *J Bodyw Mov Ther.* 2010; 14(3): 209-18.
12. Muangpaisan W, Assantachai P, Intalapaporn S, Richardson K, Brayne C. Health expectancies in the older Thai population. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011; 53(1): 3-7.
13. Khajavi D, Khanmohammadi R. Prognosis of depression syndrome in the elderly based on physical activity and demographic characteristics: the study of the role of age and sex. *Growth and motor learning - Sports .* 2015; 7(1) 78-103.
14. Papathanasiou G, Papandreou M, Galanos A, Kortianou E, Tsepis E, Kalfakakou V & Evangelou A. Smoking and physical activity interrelations in health science students. Is smoking associated with physical inactivity in young adults. *Hellenic J Cardiol.* 2012; 53(1): 17-25.
15. Rolland Y, Van Kan G, Hermabessiere S, Gérard S, Guyonnet-Gillette S & Vellas B. Descriptive study of nursing home residents from the REHPA network. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging.* 2009; 13(8): 679.
16. Hillman C, Erickson K & Kramer A. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nature reviews neuroscience.* 2008; 9(1): 58-68.
17. Sadeghian F, Raie M, Hashemi M, Amiri M, Chaman R. Elderly and Health Problems: a cross-sectional study in Shahrood. *Iranian aging magazine.* 2011; 6(2).
18. Riahi ME. [Comparative study of the position and status of elderly people in the past and contemporary societies]. *Iranian Journal of Ageing.* 2008; 3(3&4): 10-21. [in Persian]
19. Chiang KJ, Chu H, Chang HJ, Chung MH, Chen CH, Chiou HY, et al. The effect of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009; 25(4): 380-8.
20. Zhou G, Wang Y & Yu X. Direct and Indirect Effects of Family Functioning on Loneliness of Elderly Chinese Individuals. *Current Psychology.* 2016; 1-7.
21. Tian Q. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of health psychology.* 2016; 21(6): 1137-1144.
22. Theeke L. Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Archives of psychiatric nursing.* 2009; 23(5): 387-396.
23. Victor C, Scambler S, Bond J & Bowling A. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology.* 2000; 10(04): 407-417.
24. Santini Z, Fiori K, Feeney J, Tyrovolas S, Haro J & Koyanagi A. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of affective disorders.* 2016; 204: 59-69.
25. Hawkley L, Thisted R, Masi C & Cacioppo J. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging.* 2016; 25(1): 132-141.
26. Holwerda T, Deeg D, Beekman A, van Tilburg, Stek M, Jonker C & Schoevers R. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam

- Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2014; 85(2): 135-142.
27. Christiansen J, Larsen F & Lasgaard M. Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Social Science & Medicine*. 2016; 152: 80-86.
 28. Julsing J, Kromhout D, Geleijnse J & Giltay E. Loneliness and All-Cause, Cardiovascular, and Noncardiovascular Mortality in Older Men: The Zutphen Elderly Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016; 24(6): 475-484.
 29. Jylhä M. Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*. 2004; 23(2): 157-168.
 30. Bowling A & Browne P. Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*. 1991; 46(1): S20-S32.
 31. Pettigrew S, Roberts M. Addressing loneliness in later life. *Aging Ment Health*. 2008; 12(3): 302-9.
 32. Hosseinzadeh E, Khodabakhshi Koolaie A. The Relationship Between Humor and Mindfulness with Death Anxiety in the Elderly Man Referring to the Jahandidegan Shahr-dari of Tehran. *Health Literacy Quarterly*. 2017; 3:177-186.
 33. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T & Friedman H. Social isolation and loneliness. *Encyclopedia of Mental Health*. 2016; 4(2): 175-178.
 34. Hacıhasanoğlu R, Yildirim A & Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012; 54(1): 61-66.
 35. Ganjeh Z. The role of spiritual intelligence, perceived social support, loneliness in depression, stress and anxiety in the death of the elderly. Master's thesis, University of Ardebil. 2015.
 36. Smith J. Stress and aging: theoretical and empirical challenges for interdisciplinary research. *Neurobiology of Aging*. 2003; 24: S77-S80.
 37. Jahangiri M. Prediction of death anxiety, according to religious orientation and loneliness in elderly in Arak city. *Journal of Gerontology (joge)*. 2017; 1 (4).
 38. Firestone, R., & Catlett, J. (2009). *Beyond death anxiety: Achieving life-affirming death awareness*. Springer Publishing Company.
 39. Stancliffe RJ, Wiese MY, Read S, Jeltes G, Clayton JM. Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ? *Research in developmental disabilities*. 2016; 49: 47-59.
 40. Henrie J, Patrick JH. Religiousness, religious doubt, and death anxiety. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2014; 78 (3): 203-27.
 41. Venes D, Taber CW. *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 22th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013.
 42. Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010; 21(2): 99-112.

43. Khodabakhshi-Koolae A, Heidari F, Zangeneh Motlagh F. The effect of mixed prayer and positive psychology group therapy on life meaning and death anxiety among elderly women with physical-motor disabilities. *J Res Relig Health*. 2018; 4(2): 16- 28.
44. Azaiza F, Ron P, Shoham M, Gigini I. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Stud*. 2010; 34(4): 351-64.
45. DiTommaso E, Brannen, C, Best LA. Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *EducPsycho1 Meas*. 2004; 64(1): 99-119.
46. Templer D. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*.1970; 82(2): 165-177.
47. Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *J Pers Soc Psychol*.1982; 43(4): 775-85.
48. Rajabi Gh, Bohrani M. Factor Analysis of Death Anxiety Questions. *Journal of Psychology*. 2001; 5(4): 331-344.
49. Golmohammadi B, Kashani V, Mokaberian M. Persian Psychometric Properties of Homework Self-Efficacy Scale for Everyday Elderly Activities. 2015; 7(2): 78-89.
50. Mardani F. Relationship between physical activity and functional readiness with loneliness in the elderly. Master's Thesis, Arak University. 2015.
51. Singh S. Loneliness, depression and sociability in old age. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015; 2(2), 27- 73.
52. Mirzaei F, Khodabakhshi-Koolae A. The relationship between sleep quality and perceived social support with loneliness in elderly men. *joge*. 2018; 2 (3) :11-20 DOI: 10.29252/joge.2.3.11
53. Karimi Torghabeh E, Ehsani M, Kuzechian H, Mehrabi Y. The Effectiveness of Walking on the Rational Social Function associated with the Quality of Life of in elderly Men. *Iranian elderly Journal*. 2010; 5(4).
54. Rezaei Sh, Esmaeili M. The effect of physical activities on the quality of life, hope and life satisfaction among the elderly in Ilam city. *journal of Gerontology*. 2017; 2(1): 29-39.
55. Khodabakhshi-koolae A, Sabzi S, Shahdadi H, Mohamadi F. The Comparison of Brain Cognition Function between Active and Inactive Elderlies Male in Nursing Home (A Case-control Study in Tehran) *Community Health*. 2017; 4(4): 298-305. DOI: <http://dx.doi.org/10.22037/ch.v4i4.18281>.
56. Birkeland A, Natvig GK. Coping with ageing and failing health: A qualitative study among elderly living alone. *Int J Nurs Pract*. 2009; 15(4): 257-64.
57. Colley R, Garriguet D, Janssen I, Craig C, Clarke J & Tremblay M. S. Physical activity of Canadian adults: accelerometer results from the 2007 to 2009 Canadian Health Measures Survey. *Health reports*. 2011; 22(1): 70-86.
58. Schmitz Z, Kruse K, Kugler J. he association. The association between physical exercises and health-related quality of life in subjects with mental disorders: results from a cross-sectional survey. *T Prey Med* . 2004; 39 (6):120-7.
59. Argyle M. *The Psychology of Happiness*. Routledge. 2013.

60. Yavarian Y, Nikakhtar M. Effects Of Aerobic Exercise, On Women Mental Health. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2011; 9 (1).
61. Sadeghi M, Ghasemi G, Miralaei A. The effects of rebound therapy and aerobic training on clinical symptoms and happiness, in asthmatic patients. Journal of Research in sport Rehabilitation. 2014; 1 (2): 19-25.
62. Dobbs. D, Emmett, C. P, Hammarth, A., & Daaleman, T. P. (2012). Religiosity and death attitudes and engagement of advance care planning among chronically ill older adults. *Research on Aging*. 2012; 34(2), 113-130.
63. Famil Ahmarian FS , khodabakhshi koolae A , Falsafinejad MR . The effects of group logo-therapy on life expectancy and sleep quality in elderlies of boarding center of Tehran city. J Res Relig Health. 2015;1(3):11-18. [In Persian]
64. Ghorbanalipour M, Borjali A, Sohrabi F, FalsafiNejad M. The effect of death anxiety and age on health promotion behaviors. *Urumiye Medical Journal*. 2010; 21(2): 286-292.
65. Ford J , Spallek M & Dobson A. Self-rated health and a healthy lifestyle are the most important predictors of survival in elderly women. *Age and ageing*. 2007; 37(2): 194-200.
66. Russac R, Gatliff C, Reece M & Spottswood D. Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death studies*. 2007; 31(6): 549-561.
67. Fortner, V. Robert A. Neimeyer, B. Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*. 1999; 23(5): 387-411.
68. Swathi GS. Death anxiety, death depression, geriatric depression and suicidal ideation among institutionalized and non-institutionalized elders. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2014; 4(10): 356-64.
69. Abedi H, Yusefi H, Shahriari M, Yazdan Nik A, Ali Mohammadi N. *Nursing in the elderly*. Isfahan: Kalameh Hagh; 2010.
70. Voderholzer U, Dersch R, Dickhut H, Herter A, Freyer T & Berger M. Physical fitness in depressive patients and impact of illness course and disability. *Journal of affective disorders*. 2011; 128(1):160-164.

*Original Article***A comparison between loneliness and death anxiety among active and inactive elderly male living in nursing homes in Yazd****A. Khodabakhshi-Koolae^{1*}, A.F. Froozani²**

^{1*} Assistant Professor, Psychology and Education Department, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

² MSc of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

(Received: 19 May, 2018- Accepted: 06 Oct, 2018)**Abstract**

Introduction: inactivity in Ageing has related to loneliness and social isolation. So, the aim of this study was to investigate the difference between loneliness and death anxiety in active and inactive Elderly male living in nursing homes in Yazd.

Method: In this research, a causal comparative or post-event descriptive design was used. The statistical population of the study was all elderly men living in nursing homes of Yazd, during the years of 2017. The sample consisted of 148 male elderly people selected by random sampling in two groups of 74 active and inactive groups. The tools for this study are the SELSA-S scale, the Templar death anxiety scale (DAS) and the standard questionnaire on the amount of physical activity (1995). In order to study the effect of independent variable on dependent variables of loneliness and death anxiety, MANOVA multivariate analysis of variance was used.

Result: The results showed that there was a significant difference between the sense of loneliness its sub-scales including social, Romantic, & family ($P<0/001$). The scores of active elderlies were higher than inactive group. In addition, the scores of death anxiety and its sub-scales like; fear of death, emotional depend to others ($P<0/001$) in both active and inactive elderly groups.

Conclusion: The results of this study showed that loneliness and anxiety of death are serious psychological components that are more active in elderly people than their active counterparts. Hence, having activity and mobility in the aging period is necessary to improve the quality of life.

Keywords: Death anxiety, Loneliness, Active, Inactive, Elderly