

روابط اجتماعی در جامعه شهری: بررسی عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی)

عبدالحسین کلانتری^۱

سیدسعید حسینی‌زاده آرانی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۷/۱۸

چکیده

از جمله مسائل اجتماعی که با ظهور عصر مدرن، گریبان‌گیر جامعه انسانی شده و توجه بسیاری از محققان را به خود جلب کرده است، کاهش ارتباطات اجتماعی، تضعیف نگران‌کننده پیوندها و گسترش پدیده «احساس تنهایی» است؛ پدیده‌ای که از سیالیت پیوندهای اجتماعی در جامعه معاصر ناشی می‌شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر احساس تنهایی در میان شهروندان تهرانی است. پژوهش پیمایشی است و جامعه آماری مورد بررسی، تمامی شهروندان بالای ۱۸ سال کلان‌شهر تهران هستند. از میان آنها، حجم نمونه ۵۲۴ نفری برحسب فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شد و داده‌های آماری به وسیله نرم‌افزار SPSS16 به صورت توصیفی و تحلیلی بررسی شدند. مطابق یافته‌ها، میانگین شیوع احساس تنهایی (در دامنه ۰-۱۰۰) در جامعه مورد مطالعه ۳۶/۱۳ است و نیمی از شهروندان کمتر از متوسط، ۳۰/۶ درصد در حد متوسط و ۶/۶ درصد زیاد و بیشتر از متوسط، در زندگی روزمره احساس تنهایی را تجربه می‌کنند. یافته‌های تحلیلی نیز نشان داد که متغیرهای دینداری، حمایت اجتماعی، سلامت روان و رضایت از زندگی، رابطه‌ای معنادار و منفی، و متغیر انزوای اجتماعی، رابطه‌ای معنادار و مثبت با احساس تنهایی دارد. همچنین متغیر حمایت اجتماعی، بیشترین میزان اثرگذاری مستقیم و خالص را بر احساس تنهایی به خود اختصاص داده است.

واژه‌های کلیدی: احساس تنهایی، انزوای اجتماعی، حمایت اجتماعی، دینداری، رضایت از زندگی، سلامت روان.

۱. دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، abkalantari@ut.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی، دانشگاه کاشان (نویسنده مسئول)، hoseynizadeh69@ut.ac.ir

مقدمه و طرح مسئله

دغدغه کاهش روابط اجتماعی، بارها در علوم اجتماعی بررسی شده و تولد علم جامعه‌شناسی، تا حدی معلول نگرانی درمورد سستی‌گرفتن روابط و افت میزان پیوندهای اجتماعی در نتیجه صنعتی‌شدن و آغاز مدرنیته بوده است. در این میان، مسئله دگرگونی‌های بنیادین در ارکان زندگی اجتماعی و پیدایش اشکال جدیدی از روابط و مناسبات شهری در دهه‌های اخیر، توجه بسیاری از پژوهشگران اجتماعی را به خود جلب کرده است. گرانیگاه این دسته از محققان، جنبه‌های آسیب‌پذیر روابط اجتماعی و سربرآوردن عواملی است که در نهایت، به سستی بنیاد نظام روابط عاطفی، روانی و اجتماعی اعضای جامعه شهری منجر شده و مسئله کاهش هم‌بستگی‌های اجتماعی و اخلاقی شهرهای معاصر را در کانون مطالعات شهری قرار داده است (موسوی، ۱۳۸۱). از جمله آسیب‌هایی که مناسبات اجتماعی و انسجام حاصل از این مناسبات را در معرض تهدید جدی قرار داده است، پدیده «احساس تنهایی»^۱ است که جامعه معاصر شهری، پتانسیل لازم را برای توسعه آن در میان اعضای خود دارد؛ چراکه از مهم‌ترین ویژگی‌های مدل فعلی جوامع شهری، تراکم زیاد جمعیت، ارتباطات سطحی، گمنامی و غریبگی، سلطه عقل‌گرایی و تکیه بر قراردادهای معمولاً موقت به‌جای روابط اجتماعی پایدار است (حسینی‌زاده، ۱۳۹۳: ۴۰).

احساس تنهایی، تجربه‌ای فراگیر، پیچیده و چندبعدی، اما همواره دردآور و به‌شدت پریشان‌کننده است و از محروم‌ماندن از نیاز اساسی بشریت به صمیمیت حاصل می‌شود (سالیوان، ۱۹۵۳). دی‌کسترا (۲۰۰۹) احساس تنهایی را به‌عنوان تجربه ذهنی ناخوشایندی مفهوم‌سازی می‌کند که اختلاف میان سطوح اکتسابی و مطلوب تعامل‌های اجتماعی را برحسب روابط کمی و کیفی و چگونگی این روابط توصیف می‌سازد. آرنت (۱۹۵۱) احساس تنهایی را «نه با خود بودن و نه با دیگران بودن» می‌داند. دیگر محققان، این پدیده را وابسته به انتظارات فردی دانسته‌اند. بدین معنا که فرد ممکن است در حضور دیگران نیز احساس تنهایی را تجربه کند؛ بنابراین، احساس تنهایی نه به‌معنای حضورنداشتن افراد دیگر، بلکه آگاهی از وجود اجتماعات انسانی است و این آگاهی است که آن را به تجربه‌ای دردناک تبدیل می‌سازد (ولف، ۱۹۶۴). این پدیده، زمانی شکل می‌گیرد که تماس و رابطه فرد با دیگران کاذب باشد؛ به‌نحوی که هیچ‌گونه تجربه عاطفی مشترکی برای این رابطه قابل‌تصور نباشد و فرد در فرایند تماس با دیگران، خالی از یک رابطه حقیقی و صمیمانه باشد. بنابر استدلال آشر و پاکویت (۲۰۰۳) احساس تنهایی، از سویی از مشخصات عینی و کمی

روابط (تعدد تعامل‌ها) و از سوی دیگر، به میزان بیشتری از ارزیابی‌های کیفی و ذهنی این روابط توسط افراد تأثیر می‌پذیرد (رضایت از روابط). همچنین تجربه احساس تنهایی، محدود به مرزهای سنی، جنسی، جسمی، اقتصادی یا نژادی خاص نیست، بلکه مسئله‌ای جهانی است که کم‌وبیش با زندگی همه انسان‌ها همراه شده است. بعد اپیدمیک این پدیده در عموم جمعیت، به بیان برخی از محققان ۱۵ تا ۲۸ درصد (اشاگان و آلن، ۱۹۹۲) و به بیان برخی دیگر، یک نفر از هر چهار نفر است. محمدی مجد (۱۳۸۷) طی مطالعات خود نشان داد که شهروندان تهرانی احساس تنهایی را در سطح متوسطی تجربه می‌کنند. ارزیابی‌ها از این پدیده بیانگر آن است که احساس تنهایی دارای علل اجتماعی است و تبیین آن، به عوامل متعددی بستگی دارد. برخورداری از حمایت اجتماعی (وانگ و همکاران، ۲۰۱۱)، عضویت و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی (هلمن و فوروکاوا، ۲۰۰۲)، انزوای اجتماعی (ونگر و همکاران، ۱۹۹۶)، مشارکت مذهبی ضعیف (استفان و همکاران، ۱۹۸۸)، سلامت روانی اندک (لوانگ و لاولر، ۲۰۰۸)، رضایت کم از زندگی و بسیاری عوامل دیگر، از جمله متغیرهای مؤثر بر احساس تنهایی هستند. افرادی که احساس تنهایی می‌کنند، خصوصیتی از قبیل رضایت و شادمانی اندک، عزت‌نفس ضعیف، ازخودبیگانگی، احساس خجالت، دلتنگی، احساس خلأ، کمی جاذبه، خودداری از ارتباطات اجتماعی، دوستان اندک، بدبینی، ناتوانی در ابراز خود، دیگرگریزی و درون‌گرایی دارند (داورپناه، ۱۳۷۲) و در برابر حالت‌های عاطفی و هیجانی مانند افسردگی، اضطراب و خشم آسیب‌پذیرند.

در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای صنعتی، رشد سریع جمعیت و همراه با آن رشد فزاینده شهرنشینی، مهاجرت به شهرهای بزرگ، رشد فارچ‌گونه شهرها و گسترش شهرک‌های حاشیه‌ای در اطراف کلان‌شهرها، به بسط نابرابری‌های اجتماعی و شکاف طبقاتی، دگرگونی در ساخت و کارکرد خانواده، فروپاشی الگوها و هنجارهای سنتی رفتاری، افزایش تنش‌های اجتماعی، تحرکات شدید جغرافیایی، اجتماعی، خانوادگی، سیاسی و شکل‌گیری آسیب‌هایی مانند انزوای اجتماعی و احساس تنهایی منجر شده است که کلان‌شهری مانند تهران با وسعت و تراکم جمعیتی زیاد و ناهمگون (از نظر اجتماعی و فرهنگی) را نیز مصون از این آسیب‌ها باقی نگذاشته است. این امر ضرورت پرداختن به احساس تنهایی و علل آن را پررنگ‌تر از پیش جلوه می‌دهد. از سوی دیگر، احساس تنهایی به‌منابۀ حالتی بسیار ناخوشایند، پیامدهای اجتماعی و روانی بسیار جدی به‌همراه دارد و افسردگی، اضطراب و تخصص‌های میان‌فردی، سوءاستعمال مواد و الکل، افزایش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات سلامتی و حتی خودکشی، از آثار اجتماعی-روانی احساس تنهایی

در جوامع شهری است. همچنین شکست و جدایی در تعامل‌های اجتماعی، بیگانگی، نرخ زیاد طلاق و جرائم گسترده، همگی به‌عنوان نشانه‌هایی از تباهی و فساد اجتماعی دیده می‌شوند که رابطه نزدیکی با احساس تنهایی دارند (حسینی‌زاده، ۱۳۹۳: ۵-۶)؛ بنابراین، پرداخت بیشتر به این مسئله در جامعه شهری تهران که مورد توجه پژوهشگران بوده است، از ضرورت‌های مطالعات پژوهشی در عرصه علوم اجتماعی به‌شمار می‌رود. بدین ترتیب، هدف از این مطالعه، بررسی و سنجش وضعیت احساس تنهایی و مهم‌ترین عوامل مؤثر بر آن در میان شهروندان تهرانی است و به پرسش‌های زیر پاسخ می‌دهد:

- میزان شیوع احساس تنهایی در میان شهروندان ۱۸ سال به بالای تهرانی چقدر است؟
- انزوای اجتماعی، دینداری، سلامت روان، رضایت از زندگی و سطح حمایت اجتماعی دریافتی شهروندان تهرانی، چه ارتباطی با میزان شیوع احساس تنهایی در میان آن‌ها دارد؟
- کدام عوامل اجتماعی-روانی بر وضعیت احساس تنهایی شهروندان تهرانی اثرگذاری بیشتر و نقش غالب‌تری در تبیین این پدیده دارند؟

پیشینه تحقیق

پژوهش‌های داخلی

مروری بر مطالعات داخلی با مضامینی مانند عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر احساس تنهایی، در وهله نخست نشان می‌دهد که پژوهشگران اندکی در داخل کشور، مطالعات خود را معطوف به بررسی احساس تنهایی کرده‌اند و پژوهش‌ها، اغلب به‌وسیله روان‌شناسان دانشگاهی و متمرکز بر ارتباط احساس تنهایی با متغیرهایی مانند مهارت‌های اجتماعی، سبک‌های فرزندپروری، خودآزمندی اجتماعی، بهزیستی معنوی یا ساخت و اعتباریابی مقیاس‌های احساس تنهایی با عطف توجه به جوامع آماری خاصی مانند نوجوانان، دانشجویان، سالمندان و زوجین نابارور انجام گرفته است. از سوی دیگر، مطالعه عوامل اجتماعی مربوط به احساس تنهایی، به متغیرهای حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی محدود شده است؛ برای مثال، مطالعه شلمزری و همکاران (۱۳۸۱) با عنوان «بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال» و پژوهش خوشبین و همکاران (۱۳۷۹) با عنوان «ارتباط میان احساس تنهایی و حمایت اجتماعی در بین زوجین نابارور» نشان می‌دهند که یک شبکه حمایت اجتماعی قوی، آسیب‌پذیری فرد را در مقابل انواع مسائل اجتماعی و روانی از جمله

احساس تنهایی کاهش می‌دهد. همچنین مقاله سلیمی (۲۰۱۱) با عنوان «تنهایی اجتماعی و عاطفی و رضایت از زندگی» نیز از جمله مطالعات مرتبط با احساس تنهایی است که نشان می‌دهد هر اندازه بر میزان رضایت افراد از سطوح مختلف زندگی شان افزوده شود، از میزان اضطراب، نگرانی و احساس تنهایی آن‌ها کاسته می‌شود. بدین ترتیب، در زمینه مطالعات داخلی، پژوهشی که بر عواملی مانند انزوای اجتماعی، دینداری و سلامت روان در ارتباط با احساس تنهایی متمرکز شده و جمعیت هدف خود را نه گروه‌های خاص، بلکه کل جمعیت شهروندان بالغ کلان‌شهر تهران قرار دهد، انجام نگرفته است.

پژوهش‌های خارجی

برخلاف تحقیقات داخلی، نگاهی اجمالی به پایگاه‌های اطلاعاتی خارجی و مقالات مرتبط با احساس تنهایی، نشان‌دهنده حجم وسیع مطالعاتی است که از دهه‌ها قبل درباره این پدیده در جوامع غربی و اروپایی شکل گرفته و احساس تنهایی را در ارتباط با انواع عوامل مؤثر بر آن بررسی می‌کنند؛ برای مثال، ونگر و همکاران (۱۹۹۶) در مقاله «انزوای اجتماعی و احساس تنهایی در میان سالخوردگان» بر نقش مؤثر انزوای اجتماعی در تقویت احساس تنهایی تأکید کردند. هلمن و فوروکاوا (۲۰۰۲) در بررسی «احساس تنهایی، سلامت و شبکه اجتماعی»، میزان سلامت و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی را در ارتباط با احساس تنهایی مطالعه کردند. ملور و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه «نیاز به تعلق، رضایت از روابط، احساس تنهایی و رضایت از زندگی»، با تأکید بر اجتماعی‌بودن انسان و نیاز بشریت به مناسبات اجتماعی، به بررسی نقش رضایت از زندگی در کاهش احساس تنهایی پرداختند. وانگ و همکاران (۲۰۱۱) احساس تنهایی را در ارتباط با عملکرد خانوادگی و حمایت اجتماعی مطالعه کردند و استفان و همکاران (۱۹۸۸) بر نقش مشارکت مذهبی ضعیف در بسط و گسترش احساس تنهایی تأکید داشتند. سایر مطالعات نیز به بررسی ارتباط میان متغیرهایی مانند فرهنگ، مهارت‌های اجتماعی، نقش‌های جنسیتی، اقلیت‌های قومی، تعامل‌های آنلاین، روابط همسایگی و... با احساس تنهایی پرداختند. علی‌رغم مزیت مثبت تمرکز بر متغیرهای متنوع اجتماعی در ارتباط با احساس تنهایی، نقضی که در مطالعات داخلی در تمرکز بر گروه‌های خاص دیده می‌شود، در مطالعات خارجی نیز محسوس است. در مجموع، مزیت‌های مطالعه حاضر نسبت به کاوش‌های تجربی قبلی عبارت‌اند از:

▪ تمرکز بر متغیرهای انزوای اجتماعی، دینداری، سلامت روان، حمایت اجتماعی و رضایت از

زندگی، در مطالعه‌ای واحد و بررسی برهم‌کنشی این متغیرها در جهت کاهش یا افزایش تجربه احساس تنهایی؛

▪ تمرکز بر جمعیت بالغ کلان‌شهر تهران (بالای ۱۸ سال) در بررسی احساس تنهایی به‌عنوان جمعیت مستعد گرایش به این پدیده (و نه گروه‌های سنی خاص مانند سالمندان یا نوجوانان).

چارچوب نظری

احساس تنهایی، تجربه‌ای ذهنی و ناخوشایند در پاسخ به نارسایی‌های کمی و کیفی در مناسبات اجتماعی است که هشیاری شناختی فرد را از ضعف در ارتباطات فردی و اجتماعی توصیف می‌کند و در نهایت، به احساس غمگینی، پوچی، یأس و حسرت منجر می‌شود (آشر و پاکیوت، ۲۰۰۳). نقص در مبادلات گرم و متقارن اجتماعی و اختلال در پیوستگی‌های فرد با خانواده، گروه و جامعه و نبود یک سیستم حمایتی فعال، از جمله نشانه‌هایی هستند که ارتباط نزدیکی با احساس تنهایی دارند؛ به‌طوری‌که این پدیده را از انزوای اجتماعی در معنای نداشتن ارتباط پایدار و معنادار یا حداقل تماس با خانواده یا جامعه متمایز می‌کنند و آن را به مؤلفه ذهنی انزوا تبدیل می‌سازند؛ بنابراین، در مطالعه حاضر برای تبیین احساس تنهایی و عوامل مؤثر بر آن، دو مسیر تحلیلی در نظر گرفته شده است که متغیرهای دخیل در این مسیرها، برهم‌کنشی‌های متعددی را به نمایش می‌گذارند.

در وهله نخست، به نقش دین و دینداری در گسترش حمایت اجتماعی و سپس افزایش سلامت روان و کاهش احساس تنهایی اشاره می‌شود. دین که عامل نیرومند تعیین‌کننده پدیده‌های اجتماعی است و زندگی فردی و جمعی را سامان می‌بخشد، عبارت است از باورها و عبادت‌هایی که ناظر بر موجودات مقدس و متعالی و الگوهای اجتماعی ارتباط با آنهاست و دینداری نیز مشتمل بر میزان علاقه و احترام افراد به دین می‌شود (سراج‌زاده، ۱۳۷۸). دورکیم بر این باور است که دین از طریق مناسک و مراسم مذهبی، هم‌بستگی و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند (گیدنز، ۱۳۷۶: ۴۹۳). اعمال و کردارهای مشترک صورت‌گرفته در مناسک مذهبی، نوعی همدلی، تعامل و پیوند میان افراد برقرار می‌کنند. دین در تسکین آلام و کاهش ناامیدی بشر در زندگی اجتماعی، تمکین همراه با آرامش و سرسپردگی و بالاخره دستیابی به نوعی تشفی روانی، نقشی مؤثر دارد. وبر در این زمینه، دین را عاملی معرفی می‌کند که قادر است به حیات معنا ببخشد، به زندگی

جهت دهد و با معنادار جلوه‌دادن خصلت خودسرانه و نامراد جهان، به توجیه الهی بدبختی و خوشبختی بیردازد (ترنر، ۱۹۷۴: ۴۵). مطابق استدلال وبر، صرف‌نظر از اینکه جامعه در چه سطحی از عقلانیت قرار گرفته باشد، افراد جامعه همیشه نیاز روانی به این دارند که جهان را معنادار و هدفمند ببینند؛ بنابراین، حتی در جامعه جدید نیز دین همواره تأثیری مثبت بر سلامت دارد؛ زیرا دینداران بر اثر ایمان و اعتقاد خود بهتر می‌توانند بر خواهش‌های نفسانی و غریزی خود غلبه کنند و احتمال کمتری وجود دارد که به انجام‌دادن رفتارهای پرخطر روی بیاورند (سراج‌زاده، ۱۹۹۸).

دین جامعه را متحد می‌سازد و با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک جمعی، هم‌بستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. ایجاد روابط گسترده با اعضای جامعه، به ارائه و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر از سوی اطرافیان و در نتیجه، ارتقای سلامت افراد دیندار منجر می‌شود (سراج‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲: ۵۹). آیدلر و کامل^۱ در توضیح سازوکارهای علی پیونددهنده دین با سلامتی، به این نکته اشاره می‌کنند که تقید دینی افراد، سبب تعلق آن‌ها به شبکه‌ای از اشخاص هم‌عقیده می‌شود که می‌توانند در مواقع نیاز به یکدیگر کمک کنند. بدین ترتیب، با افزایش یافتن داشته‌های مشترک فردی و میزان حمایت اجتماعی، مخاطرات روانی به حداقل کاهش می‌یابد (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۹). در این میان، مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی نیز نشان می‌دهد که برخورداری از حمایت اجتماعی (به‌واسطه منابع گوناگونی مانند دین و دینداری) برای سلامتی افراد مفید است. حمایت اجتماعی، صرف‌نظر از اینکه با تأثیرپذیری از استرس باشد یا نه، موجب می‌شود که فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر تأثیرات سودمندی بر سلامتی دارد. بدین ترتیب، افرادی که در شبکه‌های روابط اجتماعی مشارکت دارند، کمتر افسرده‌اند و سلامت روانی بیشتری در مقایسه با افرادی نشان می‌دهند که چنین شبکه‌های حمایتی را ندارند. از سوی دیگر، با ارتقای سلامت روان، رفاه و بهزیستی افراد، از میزان تجربه احساس تنهایی آن‌ها کاسته می‌شود (کوپراسمیت و همکاران، ۱۹۹۹). سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی جامعه ایفا می‌کند و یکی از محورهای ارزیابی بهنجاری جوامع مختلف محسوب می‌شود. کاهش سلامت روان افراد جامعه، زمینه را برای گسترش بسیاری از مسائل از جمله احساس تنهایی فراهم می‌کند. هاوکلی و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند احساس تنهایی، به شکل معناداری با صمیمیت، آسودگی و ادراک کمتر و با احتیاط، بی‌اعتمادی و تعارض بیشتر مرتبط است؛ بنابراین، در جامعه‌ای که اعضای آن از

مشکلات سلامت روان رنج می‌برند، ارتباطات اجتماعی گسست‌های بیشتری می‌یابد و فرد به سوی احساس تنهایی سوق پیدا می‌کند. بدین ترتیب، نیمه اول مدل تحقیق کامل می‌شود:



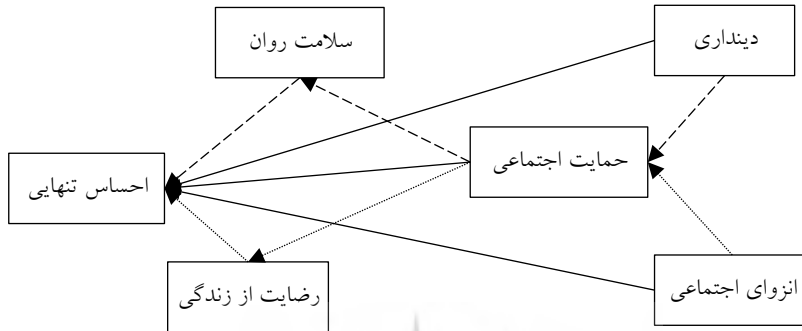
دومین مسیر تحلیلی که به تکمیل مدل تحقیق یاری می‌رساند، از متغیر انزوای اجتماعی آغاز می‌شود؛ به طوری که گسترش میزان انزوای اجتماعی، با کاهش سطوح حمایت اجتماعی دریافتی، به شکل مستقیم و غیرمستقیم (به دلیل کاهش رضایت از زندگی)، به بسط احساس تنهایی منجر می‌شود. پدیده انزوای اجتماعی به عنوان یکی از برآیندهای منفی مدرنیته، از جمله مهم‌ترین مسائل اجتماعی جامعه سیال معاصر تلقی می‌شود که خود حاصل تضعیف پیوندهای اجتماعی سنتی است؛ پیوندهایی که پیش از این، افراد را به اجتماعاتشان گره می‌زدند و عامل بسط گروه‌های خویشاوندی و شبکه‌های اجتماعی تلقی می‌شدند. تأکید اصلی در مطالعات انزوا، بر ضعف یا نداشتن تعامل‌ها، پیوندها و روابطی است که افراد را به صورت عینی به هم متصل می‌سازد (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳: ۴). در این وضعیت، عضویت و مشارکت فرد در انجمن‌های داوطلبانه، تضعیف یا قطع می‌شود و فرد به لحاظ بسط روابط محلی و فرامحلی با مشکلاتی روبه‌رو می‌شود. محققان اغلب انزوای اجتماعی را به شرایط آنومیک جامعه مدرن نسبت داده‌اند و فرضیه «اجتماع از دست‌رفته»، حاصل فعالیت این قسم از محققان است. ویرث^۱ (۱۹۳۰) در این چارچوب، انزوای اجتماعی را حاصل تراکم جمعیت، تخصصی‌شدن و ناهمگنی فرهنگی شهرهای مدرن می‌داند که پیوندهای اجتماعی و خانوادگی را تحلیل می‌برد و زمینه انواع مسائل از جمله انزوا را فراهم می‌کند. در میان اندیشمندان کلاسیک نیز اثر خودکشی دورکیم، در تحلیل آثار منفی مدرنیته و انزوا بر فرصت‌ها و سایر ابعاد زندگی اجتماعی، پیشگامی خود را حفظ کرده است. اثر مذکور، به پیوندهای نزدیک اجتماعی در قالب رویکرد انسجام اجتماعی توجه می‌کند. در نظر دورکیم، مشکل اصلی جوامع مدرن، رابطه فرد با جامعه است؛ مشکلی که به ازهم‌پاشیدگی و ضعف پیوندهایی بازمی‌گردد که فرد را به جامعه مربوط می‌سازد و پدیده‌های خودکشی و انزوا، از جمله پیامدهای آن محسوب می‌شود. بنابر استدلال دورکیم، تفاوت‌ها در میزان خودکشی، با میزان انسجام اجتماعی منطبق است؛ یعنی میزان زیاد خودکشی در گروه‌هایی یافت می‌شود که از نظر

اجتماعی منزوی‌اند و برعکس (رضادوست و همکاران، ۱۳۸۸: ۷۹-۸۰). اگرچه دورکیم در مدل انسجام خود به‌طور محسوس نامی از متغیر حمایت اجتماعی نمی‌برد، عاملی که در هم‌بستگی گروهی و در واکنش‌های اجتماعی افراد، از گرایش آن‌ها به رفتارهای غیرعقلانی جلوگیری می‌کند، همان احساس امنیت و تعلق‌خاطری است که از گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی که افراد در آن‌ها عضو هستند، ناشی می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۴۳).

در معادله فوق، عنصر محوری حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی است و برقراری روابط اجتماعی مثبت، به حمایت اجتماعی بیشتر منتهی می‌شود؛ بنابراین، شبکه‌های روابط و مناسبات اجتماعی، موضوعاتی اساسی برای انسجام و حمایت اجتماعی تلقی می‌شوند؛ چراکه امکان حمایت از افراد پیرامون و درگیر در این شبکه‌ها را فراهم می‌سازند. حمایت‌های ایجادشده در این شبکه‌ها، در نقش نوعی ضربه‌گیر یا میانجی بین فشارهای زندگی و وضع جسمانی عمل می‌کنند و برخورداری از حمایت اجتماعی زیاد، به تقویت سلامت فرد منجر می‌شود و او را در مقابل تنش‌های زندگی مقاوم‌تر می‌کند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۶). از سوی دیگر، هر اندازه فرد از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشد، از زندگی خود رضایت کمتری خواهد داشت و احساس تنهایی بیشتری را تجربه خواهد کرد و اگر فردی از زندگی خود رضایت داشته باشد، احساسات مثبتی را تجربه می‌کند و به‌ندرت دچار احساسات منفی می‌شود. مطالعات نشان می‌دهند که رضایت از زندگی، با احساس تنهایی هم‌بستگی منفی دارد و احساس تنهایی، یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های نارضایتی از زندگی تلقی می‌شود (ونگ و لیم، ۲۰۰۹). بدین‌لحاظ به هر اندازه که احساس فرد درمورد عملکرد، شرایط زندگی و وضعیت بهزیستی‌اش مثبت‌تر باشد و از زندگی خود رضایت بیشتری داشته باشد، احساس تنهایی کمتری را تجربه خواهد کرد. درمجموع، افرادی که روابط، پیوندها و گره‌های کمتری با افراد، گروه‌ها و سایر نقاط متصل‌کننده فرد با جامعه دارند (یعنی در انزوای اجتماعی به سر می‌برند)، از شبکه‌های کوچک‌تر حمایت اجتماعی پشتیبانی می‌شوند و از زندگی خود رضایت کمتری دارند؛ بنابراین، احتمال ایجاد احساس تنهایی در میان آن‌ها بیشتر است؛ زیرا نظام حمایت‌های اجتماعی، تعهدات متقابلی را در میان افراد به‌وجود می‌آورد که در آن، فرد احساس دوست داشته‌شدن، عزت‌نفس و رضایت از روابط می‌کند و این امر به‌نوبه خود، مانع احساس تنهایی می‌شود. بدین‌نحو، نیمه دوم مدل نیز تکمیل می‌شود:



مدل اصلی تحقیق نیز براساس دو مسیر تحلیلی فوق، ترسیم و از نظر تجربی پیگیری می‌شود:



شکل ۱. مدل نظری تحقیق

فرضیه‌های تحقیق

- بین میزان دینداری و تجربه احساس تنهایی، رابطه معنادار وجود دارد.
- بین میزان انزوای اجتماعی و تجربه احساس تنهایی، رابطه معنادار وجود دارد.
- بین میزان حمایت اجتماعی و تجربه احساس تنهایی، رابطه معنادار وجود دارد.
- بین میزان سلامت روان و تجربه احساس تنهایی، رابطه معنادار وجود دارد.
- بین میزان رضایت از زندگی و تجربه احساس تنهایی، رابطه معنادار وجود دارد.
- متغیر انزوای اجتماعی به واسطه متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت روان، بر احساس تنهایی اثر می‌گذارد.
- متغیر دینداری به واسطه متغیر حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی، بر احساس تنهایی اثر می‌گذارد.

روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر به روش پیمایشی و با ابزار پرسشنامه صورت گرفته است. مقیاس‌های مورد استفاده برای سنجش متغیرها استانداردند و متناسب بودن آنها طی آزمونی مقدماتی تأیید شده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss16 در معرض ارزیابی‌های توصیفی و تحلیلی قرار گرفتند. همچنین برای ارائه میانگین در هر شاخص، مقادیر استاندارد آن شاخص محاسبه و سپس براساس فرمول زیر، به مقیاس صفر تا صد تبدیل شدند. برای امکان مقایسه نمرات متغیرهای پژوهش و سهولت در گزارش و فهم این نمرات، همه شاخص‌ها در این پژوهش با استفاده از فرمول زیر

مقیاس یافتند. براساس این تغییر مقیاس، کمترین نمره‌ای که هر متغیر به خود اختصاص می‌دهد، صفر و بیشترین مقدار صد است. بدین ترتیب، شاخص‌های احساس تنهایی، انزوای اجتماعی، دینداری، رضایت از زندگی و سلامت روان، به صورت طبقات پنج‌گانه (کم (۰ تا ۲۰)، کمتر از متوسط (۲۰/۱ تا ۴۰)، متوسط (۴۰ تا ۶۰)، بیشتر از متوسط (۶۰/۱ تا ۸۰)، زیاد (۸۰/۱ تا ۱۰۰)) و حمایت اجتماعی به صورت طبقات سه‌گانه (کم (۰ تا ۳۳/۳۳)، متوسط (۳۳/۳۴ تا ۶۶/۶۶)، زیاد (۶۶/۶۷ تا ۱۰۰)) در مقیاس صفر تا صد طبقه‌بندی شدند.

$$s = \frac{x - \min}{\max - \min} \times 100$$

جامعه آماری مورد مطالعه، جمعیت ۱۸ سال به بالای کلان‌شهر تهران است (۶,۲۶۰,۷۷۰ نفر). حجم نمونه، براساس فرمول کوکران، ۳۸۴ نفر تخمین زده شد، اما بنا به مقتضیات تحقیق، به ۵۲۴ نفر افزایش یافت.

$$n = \frac{\frac{t^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right)} = \frac{\frac{(1/96)^2 (0/50 \times 0/50)}{(0/05)^2}}{1 + \frac{1}{6260770} \left(\frac{(1/96)^2 (0/50 \times 0/50)}{(0/05)^2} - 1 \right)}$$

$$= \frac{384/16}{1/000061200139919} = 384/1364907930155$$

براین اساس، با تکیه بر روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ابتدا کلان‌شهر تهران به پنج ناحیه شمالی، جنوبی، مرکزی، شرقی و غربی، تقسیم‌بندی شد و سپس فهرست مناطق هر ناحیه تهیه شد. پس از آن فهرست محله‌های این مناطق فراهم شد و از میان نواحی مذکور، در نهایت سه محله به شکل تصادفی از هر ناحیه، برای نمونه‌گیری و توزیع پرسشنامه در نواحی مسکونی برگزیده شدند.

به‌منظور تعیین اعتبار پرسشنامه، از اعتبار صوری (اتفاق نظر داوران در مورد شاخص‌ها) و به‌منظور ارزیابی میزان پایایی مفاهیم و ابعاد مورد سنجش، روش هم‌بستگی درونی آلفای کرونباخ به‌کار رفت.

جدول ۱. آلفای کرونباخ، مفاهیم و ابعاد

آلفا	ابعاد	آلفا	مفهوم	آلفا	ابعاد	آلفا	مفهوم
۰/۸۳	روابط خانوادگی			۰/۸۵	اجتماعی		
۰/۸۴	روابط محلی			۰/۸۶	خانوادگی	۰/۸۶	احساس تنهایی
۰/۴۸	روابط فرامحلی	۰/۸۱	انزوای اجتماعی	۰/۶۴	عاطفی		
۰/۷۹	پیوندهای انجمنی			۰/۷۰	ابزاری		
۰/۷۰	سرمایه اجتماعی ابزاری			۰/۷۶	اطلاعاتی	۰/۸۸	حمایت اجتماعی
۰/۷۸	دریافت‌های حسی			۰/۸۵	عاطفی		
۰/۸۲	اضطراب و بی‌خوابی			۰/۸۲	اعتقادی		
۰/۷۵	توانایی مقابله و پایداری	۰/۸۹	سلامت روان	۰/۸۴	مناسکی	۰/۹۱	دینداری
۰/۸۲	افسردگی و خودکشی			۰/۸۱	تجربی		
۰/۷۳	قضایات شناختی	۰/۷۳	رضایت از زندگی	۰/۷۲	پیمادی		

تعریف مفاهیم کلیدی

الف) احساس تنهایی

تعریف مفهومی: احساس تنهایی، تجربه‌ای ناخوشایند است که در پاسخ به نارسایی‌های کمی و کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود و نمایانگر ارزیابی فرد از کیفیت نامطلوب روابط اجتماعی و صمیمانه‌اش است (دی‌کسترا، ۲۰۰۹).

تعریف عملیاتی: به‌منظور سنجش احساس تنهایی، از فرم کوتاه‌شده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی بزرگسالان^۱ استفاده می‌شود که شامل سه بعد است:

۱. عاطفی: شرایطی ناشی از نداشتن یا ازدست‌دادن وابستگی‌های عاطفی صمیمی است؛
۲. اجتماعی: شرایطی ناشی از نداشتن شبکه اجتماعی جالب‌توجه و جذب‌کننده از تماس‌ها و روابط اجتماعی است؛
۳. خانوادگی: شرایطی ناشی از ضعف یا نداشتن پیوندها و روابط خانوادگی معنادار است (حسینی‌زاده، ۱۳۹۲: ۱۱۹).

ب) انزوای اجتماعی

تعریف مفهومی: انزوای اجتماعی به‌معنای نبود روابط و تعامل‌های عینی یا ضعف اتصال‌های فرد به سایر افراد، گروه‌ها و جامعه است (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳).

- تعریف عملیاتی:** برای سنجش اتصال و ارتباط فرد با جامعه و همچنین قطب مخالف آن، یعنی انفعال فرد از جامعه، پنج بعد در نظر گرفته شده است:
۱. روابط خانوادگی: این بعد، میزان روابط فکری و عاطفی فرد را با اعضای خانواده می‌سنجد؛
 ۲. روابط محلی: مرکب از روابط همسایگی و روابط معاملاتی محلی است؛
 ۳. روابط فرامحلی: مرکب از تعامل مستقیم و تعامل با وسایل ارتباطی است (تعامل به وسیله تلفن، رایانامه و...);
 ۴. پیوندهای انجمنی: به میزان فعالیت فرد در انجمن‌های داوطلبانه مربوط است که براساس علائق وی شکل می‌گیرد؛
 ۵. سرمایه اجتماعی ابزاری: میزان دسترسی افراد را به منابع اجتماعی نشان می‌دهد؛ منابعی که از طریق پیوندهای مستقیم و غیرمستقیم قابل دسترسی هستند (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳).

پ) دینداری

- تعریف مفهومی:** به تجلی ارزش‌ها و نشانه‌های دینی در هر فرد یا پدیده اطلاق می‌شود (سراج‌زاده، ۱۳۸۳: ۵۹) و مشتمل بر میزان علاقه و احترام افراد به دین است.
- تعریف عملیاتی:** به منظور سنجش میزان دینداری، مقیاس چهاربندی گلاک و استارک به کار گرفته می‌شود:
۱. اعتقادی: باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن ادیان بدان‌ها اعتقاد داشته باشند؛
 ۲. مناسکی: شامل اعمال دینی مشخص مانند عبادت، نماز، شرکت در آیین‌های خاص، روزه‌گرفتن و... است که انتظار می‌رود پیروان هر دین آن‌ها را به‌جا آورند؛
 ۳. تجربی: ناظر به عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری ربوبی مانند خدا یا واقعیتی غایی یا اقتداری متعالی است؛
 ۴. پیامدی: ناظر به تأثیر باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان است (همان: ۱۶۶-۱۶۷).

ت) حمایت اجتماعی

- تعریف مفهومی:** عبارت است از وجود یا دسترسی به افرادی که می‌توان بدان‌ها تکیه کرد؛ افرادی که از فرد مراقبت می‌کنند، برای او ارزش قائل‌اند و او را دوست می‌دارند (قدسی، ۱۳۸۲: ۱۸۲-۱۸۵).

تعریف عملیاتی: حمایت اجتماعی در سه بعد، مطابق با گویه‌های پرسشنامه لین و همکاران

(۱۹۹۹) سنجش می‌شود:

۱. ابزاری: کمک‌های مادی و مواظبت‌های رفتاری را مهیا می‌کند و نوعی حمایت محسوس

است؛

۲. اطلاعاتی: راهنمایی، مشاوره، اطلاعات و بازخوردها را فراهم می‌سازد؛

۳. عاطفی: دربرگیرنده مراقبت، مهر و عطف و همدردی از جانب دیگران است (همان: ۱۸۵).

ث) رضایت از زندگی

تعریف مفهومی: بعد ذهنی یا همان تصویری است که فرد از کیفیت زندگی خود دارد؛ بنابراین،

احساس فرد از عملکرد یا شرایط زندگی یا ارزیابی سلامت و بهزیستی‌اش را دربرمی‌گیرد

(حسینی‌زاده، ۱۳۹۲: ۷۵).

تعریف عملیاتی: برای سنجش متغیر رضایت از زندگی، مقیاس پنج‌گویه‌ای 'SWLS' به‌کار

گرفته شد که تنها بعد قضاوت شناختی را شامل می‌شود.

ج) سلامت روان

تعریف مفهومی: «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کارکردن، برای موقعیت‌های

دشوار انعطاف‌پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن» (راضی، ۱۳۸۶: ۷۸).

تعریف عملیاتی: به‌منظور سنجش سلامت روان، مقیاس چهاربعده‌ی گلدبرگ به‌کار گرفته شده

است:

۱. دریافت‌های حسی: شامل مواردی مربوط به احساس افراد درمورد وضع سلامت خود و

احساس خستگی است و نشانه‌های جسمی را دربر می‌گیرد؛

۲. اضطراب و بی‌خوابی: شامل حالتی است که با اضطراب، فشارهای عصبی و بی‌خوابی مرتبط

است؛

۳. پایداری و توانایی مقابله با مسائل: گستره توانایی افراد را در مقابل مسائل زندگی روزمره

می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی

آشکار می‌کند؛

۴. افسردگی و گرایش به خودکشی: دربرگیرنده مواردی است که با افسردگی و خیم و گرایش به خودکشی مرتبطند (راضی، ۱۳۸۶: ۸۶-۹۰).

یافته‌های تحقیق

ویژگی‌های عمومی نمونه

از میان پاسخگویان، ۵۱ درصد مرد و ۴۹ درصد زن هستند. ۵۰/۸ درصد متأهل، ۴۶/۱ درصد مجرد و ۱/۵ درصد مطلقه‌اند و ۱/۵ درصد نیز همسرشان از دنیا رفته است. جوان‌ترین پاسخگویان ۱۸ ساله و مسن‌ترین آن‌ها ۸۰ ساله‌اند و میانگین سنی آن‌ها ۳۴/۰۲ است. پایگاه اجتماعی و اقتصادی ۴۶ درصد از پاسخگویان کمتر از متوسط، ۳۵/۵ درصد متوسط، ۱۰/۵ درصد بیشتر از متوسط، ۷/۶ درصد کم و ۰/۴ درصد نیز زیاد ارزیابی شد. از نظر وضعیت تحصیلات، دارندگان مدارک دیپلم، لیسانس و فوق‌لیسانس به ترتیب ۳۴، ۳۳/۴ و ۱۲/۱ درصد از پاسخگویان را شامل می‌شود. ۹ درصد از افراد دارای مدرک سیکل و مقاطع پایین‌ترند و ۱/۴ درصد نیز مدرک دکتری دارند.

توصیف متغیر وابسته (احساس تنهایی)

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب ابعاد احساس تنهایی

ابعاد	عاطفی		اجتماعی		خانوادگی		احساس تنهایی
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
زیاد	۱۱	۲/۱	۲۰	۳/۹	۹	۱/۷	۳
بیشتر از متوسط	۳۷	۷/۱	۵۲	۱۰	۲۰	۳/۹	۳۱
متوسط	۱۸۹	۳۶/۳	۲۱۰	۴۰/۵	۶۵	۱۲/۵	۱۵۹
کمتر از متوسط	۲۰۳	۳۹	۱۷۰	۳۲/۸	۱۷۳	۳۳/۴	۲۶۳
کم	۸۰	۱۵/۴	۶۷	۱۲/۹	۲۵۱	۴۸/۵	۶۴
میانگین	۴۱/۲۱		۴۱/۲۳		۲۵/۲۷		۳۶/۱۳
انحراف معیار	۱۶/۹۸		۲۰/۲۳		۲۱/۱۸		۱۵/۲۲

یافته‌های آماری بیانگر آن‌اند که میانگین تجربه احساس تنهایی در حجم نمونه مورد بررسی ۳۶/۱۳، یعنی کمتر از متوسط است. بدین ترتیب، ۱۲/۳ درصد از شهروندان احساس تنهایی کم، ۵۰/۶ درصد کمتر از متوسط، ۳۰/۶ درصد متوسط و ۶/۶ درصد زیاد و بیشتر از متوسط را در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند. به علاوه، مقایسه ابعاد این مفهوم نیز نشان می‌دهد احساس تنهایی خانوادگی (۲۵/۲۷) در

مقایسه با تنهایی اجتماعی (۴۱/۲۳) و عاطفی (۴۱/۲۱) شیوع بسیار کمتری دارد و پیوندهای خانوادگی، در مقایسه با سایر پیوندهای اجتماعی و عاطفی، انسجام بیشتری را نشان می‌دهند.

توصیف متغیرهای مستقل

در این قسمت، متغیرهای مستقل مورد مطالعه با توجه به میانگین، توزیع طبقات، انحراف معیار و دامنه شاخص‌ها، توصیف و ارزیابی می‌شوند.

نتایج بررسی‌های آماری در توصیف متغیر انزوای اجتماعی، بیانگر آن است که میانگین این شاخص در حجم نمونه مورد بررسی ۶۲/۹۴ (در دامنه ۰-۱۰۰) است؛ بنابراین، میزان انزوای اجتماعی در میان شهروندان بیشتر از متوسط است. نسبت افرادی که انزوای اجتماعی را در سطوح نسبتاً زیاد و بیشتر از متوسط تجربه می‌کنند (۶۴/۳ درصد)، چندین برابر افرادی است که انزوای اجتماعی را در مقیاس کم و کمتر از متوسط ادراک می‌کنند (۵/۷ درصد). انحراف معیار متغیر انزوای اجتماعی نیز ۱۳/۷۲ است. همچنین بیشترین میزان گسترش انزوا در بعد پیوندهای انجمنی (۸۰/۹۹) و روابط محلی (۷۳/۱۲)، و کمترین میزان انزوا در بعد روابط خانوادگی (۳۰/۴۶) قابل مشاهده است. بدین معنا که عضویت و مشارکت افراد در انجمن‌های داوطلبانه بسیار ضعیف است و شهروندان در گسترش روابط محلی خود (روابط همسایگی و معاملات محلی) با مشکلات زیادی روبه‌رو هستند. در بعد دینداری، آماره‌ها نشان دادند که میانگین میزان دینداری در میان شهروندان تهرانی ۵۷/۶۶ (در دامنه ۰-۱۰۰) است. توصیف طبقات این متغیر بیانگر آن است که نسبت افرادی که وضعیت دینداری‌شان در سطح زیاد و بیشتر از متوسط ارزیابی شده (۴۸/۶ درصد)، بیشتر از افرادی است که وضعیت دینداری کم و کمتر از متوسط (۲۰/۲ درصد) دارند. انحراف معیار متغیر دینداری نیز ۲۰/۶۵ است. همچنین توصیف ابعاد این متغیر نیز نشان می‌دهد ابعاد تجربی (۷۱/۲۵) و اعتقادی (۶۷/۵۷) دینداری، وضعیت مطلوب‌تری در مقایسه با ابعاد پیامدی (۴۴/۲۹) و مناسکی (۴۹/۰۴) دارند. میزان برخورداری شهروندان از حمایت اجتماعی در حد زیاد (یا به تعبیر دقیق‌تر بیشتر از متوسط) است (۶۱/۶۰) (در دامنه ۰-۱۰۰)؛ به طوری که حمایت اجتماعی دریافتی ۴۷/۱ درصد از افراد در سطح زیاد ارزیابی شده است؛ در حالی که تنها ۱۷/۲ درصد از سطح کم و ۳۵/۷ درصد از سطح متوسط، از حمایت اجتماعی برخوردارند. انحراف معیار متغیر حمایت اجتماعی نیز ۲۵/۴۰ است. همچنین شهروندان مورد بررسی، حمایت عاطفی بیشتری (۶۸/۸۶) در مقایسه با حمایت ابزاری (۶۰/۴۶) و اطلاعاتی (۵۷/۱۱) دریافت می‌کنند. شاخص‌های

آماري نشان می‌دهند افراد نمونه مورد بررسی، از نظر وضعیت سلامت روان از شرایط مطلوبی برخوردارند؛ به نحوی که میانگین میزان سلامت روان شهروندان تهرانی ۶۷/۷۳ (در دامنه ۰-۱۰۰) است و درصد افرادی که از سلامت روان در سطح زیاد و بیشتر از متوسط برخوردارند، چندین برابر افرادی است که وضعیت مناسبی در سلامت روان ندارند. همچنین انحراف معیار متغیر سلامت روان، ۱۶/۶۴ است. بررسی ابعاد این متغیر نیز نشان می‌دهد که کمترین آسیب‌پذیری و بیشترین میزان سلامت، مربوط به بعد افسردگی و گرایش به خودکشی است و معدود مشکلات موجود، به بعد اضطراب و بی‌خوابی بازمی‌گردد که این بعد نیز از منظر سلامت بیشتر از حد متوسط است. ارزیابی شاخص رضایت از زندگی شهروندان تهرانی نیز دلالت بر این دارد که میانگین رضایت از زندگی شهروندان مورد بررسی ۵۸/۷۹ (در دامنه ۰-۱۰۰) است؛ به نحوی که ۱۱/۷ درصد در حد زیاد، ۳۳/۳ درصد در حد بیشتر از متوسط، ۳۴/۴ درصد در حد متوسط و در مجموع، ۲۰/۵ درصد در حد کم و کمتر از متوسط، از وضعیت فعلی زندگی خود رضایت دارند. انحراف معیار متغیر رضایت از زندگی نیز ۲۰/۲۲ است.

یافته‌های تحلیلی

جدول ۳. ضریب هم‌بستگی میان متغیرهای اصلی پژوهش و احساس تنهایی

آزمون ضریب هم‌بستگی پیرسون		ابعاد	
احساس تنهایی		خانوادگی	عاطفی
ضریب	Sig.	ضریب	Sig.
۰/۱۷۳	۰/۰۰۰	۰/۳۵	۰/۴۲۲
۰/۵۵۲	۰/۰۰۰	۰/۴۲۳	۰/۰۰۰
۰/۴۵۲	۰/۰۰۰	۰/۳۸۵	۰/۰۰۰
۰/۳۲۷	۰/۰۰۰	۰/۲۲۸	۰/۰۰۰
۰/۵۵۷	۰/۰۰۰	۰/۴۸۶	۰/۰۰۰

۱. بررسی رابطه میان میزان دینداری و تجربه احساس تنهایی (جدول ۳)، بیانگر آن است که برخورداری بیشتر از میزان دینداری، با تجربه احساس تنهایی کمتری همراه است. هر اندازه که میزان اعتقادات دینی افراد بیشتر باشد، روابط اجتماعی محکم‌تری دارند و احساس تنهایی کمتری را تجربه می‌کنند. ضریب هم‌بستگی حاصل از این رابطه، برابر با ۰/۱۷۳- و سطح معناداری آن ۰/۰۰۰ است.

۲. بررسی رابطه میان میزان حمایت اجتماعی دریافتی و تجربه احساس تنهایی نشان می‌دهد رابطه‌ای معنادار و منفی میان این دو متغیر وجود دارد؛ به طوری که هر اندازه فرد از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشد و از سوی یک سیستم حمایتی فعال پشتیبانی شود، احساس تنهایی کمتری را تجربه می‌کند. ضریب هم‌بستگی حاصل از این رابطه $0/552-$ و سطح معناداری $0/000$ است.

۳. بررسی رابطه میان میزان سلامت روان افراد و تجربه احساس تنهایی، بیانگر آن است که هر اندازه سلامت روان افراد ضعیف‌تر باشد، احساس تنهایی بیشتری تجربه می‌کند. ضریب هم‌بستگی حاصل از این رابطه $0/452-$ و سطح معناداری $0/000$ است. سطوح بالای سلامت روان افراد و ابتلانا داشتن آن‌ها به بیماری‌های روانی، تأثیر کاهنده‌ای در شیوع احساس تنهایی دارد.

۴. بررسی رابطه میان میزان انزوای اجتماعی فرد و تجربه احساس تنهایی، بیانگر رابطه‌ای معنادار و مثبت میان این دو متغیر است. با افزایش میزان انزوای اجتماعی و انفصال پیوندهای عینی فرد با سایر گروه‌ها و افراد جامعه، بر میزان تجربه احساس تنهایی آن‌ها افزوده می‌شود. ضریب هم‌بستگی حاصل از این رابطه $0/327$ و سطح معناداری $0/000$ است.

۵. بررسی رابطه میان میزان رضایت از زندگی و تجربه احساس تنهایی نیز نشان می‌دهد میان این دو متغیر رابطه‌ای منفی و معنادار وجود دارد. هر اندازه میزان رضایت افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان کاسته شود، بر تجربه احساس تنهایی آن‌ها افزوده می‌شود. ضریب هم‌بستگی حاصل از این رابطه $0/557-$ و سطح معناداری $0/000$ است.

تحلیل رگرسیونی عوامل مؤثر بر احساس تنهایی

همان‌گونه که گفته شد، دو مسیر تحلیلی برای تبیین احساس تنهایی و بررسی مهم‌ترین عوامل مؤثر بر آن در نظر گرفته شده است؛ بنابراین، برای تحلیل بهتر دو مسیر مدنظر، روش تحلیل رگرسیون چندمتغیره به کار گرفته شد. در مرحله نخست، با ورود پنج متغیر مستقل اصلی به تحلیل، ارتباط معنادار آن‌ها مشخص شد و هیچ یک از متغیرها از مدل حذف نشدند (جدول ۴).

جدول ۴. متغیرهای وارد شده در تحلیل رگرسیونی

مدل	متغیرهای وارد شده	متغیرهای حذف شده	روش
۱	رضایت از زندگی		
۲	حمایت اجتماعی		
۳	سلامت روان	-	گام به گام
۴	انزوای اجتماعی		
۵	دینداری		

دومین جدول محاسبات رگرسیونی، خلاصه مدل رگرسیون چندمتغیره احساس تنهایی است (جدول ۵). اولین ضریب جدول مذکور، ضریب هم‌بستگی میان مقادیری است که به وسیله مدل تبیین می‌شود. مقدار $0/683$ این ضریب بیانگر آن است که ۶۸ درصد مقادیری که به وسیله مدل تبیین می‌شود، با مقادیر واقعی یکسان است. ضریب تعیین (R^2) یا مقدار واریانس تبیین شده نیز نشان می‌دهد پنج متغیر مستقل مذکور، در مجموع $0/46$ از واریانس متغیر احساس تنهایی را تبیین می‌کنند و $0/54$ از تغییرات این مدل، تبیین نشده باقی می‌ماند. جدول تحلیل واریانس برای آزمون معناداری مدل رگرسیونی نیز با توجه به مقدار Sig که برابر با $0/000$ است، نشان می‌دهد فرضیه آزمون، تأیید و فرضیه صفر رد می‌شود (جدول ۶)؛ بنابراین، متغیرهای مستقل مطرح شده در این زمینه، بر متغیر احساس تنهایی اثر گذارند.

جدول ۵. خلاصه مدل رگرسیون چندمتغیره احساس تنهایی

ضریب هم‌بستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین خالص	انحراف معیار
$0/683$	$0/467$	$0/462$	۱۱,۱۴۴

جدول ۶. تحلیل واریانس برای آزمون معناداری مدل رگرسیونی

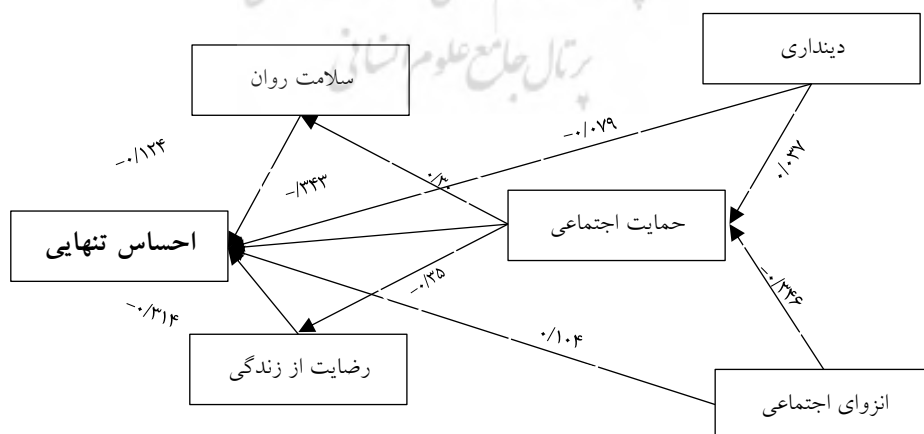
مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.
رگرسیون	۵۳۸۶۷,۵۵۴	۵	۱۰۷۷۳,۵۱۱	۸۶,۷۴۷	$0/000$
باقیمانده	۶۱۴۷۶,۱۲۳	۴۹۵	۱۲۴,۱۹۴		
کل	۱۱۵۳۴۳,۶۷۸	۵۰۰			

جدول ضرایب رگرسیونی متغیرهای تبیین‌کننده احساس تنهایی (جدول ۷) نیز شدت و جهت تأثیرات هریک از متغیرهای مستقل را در تبیین احساس تنهایی نشان می‌دهد. با توجه به بتای

استاندارد شده (Beta)، اثر حمایت اجتماعی بر احساس تنهایی ۳۴- درصد، اثر رضایت از زندگی ۳۱- درصد، اثر سلامت روان ۱۲- درصد، اثر انزوای اجتماعی ۱۰ درصد و اثر دینداری ۷- درصد است؛ بنابراین، متغیر حمایت اجتماعی، بیشترین اثرگذاری مستقیم را بر متغیر احساس تنهایی دارد. در این مرحله از تحلیل، تنها میزان اثرگذاری مستقیم متغیرهای مستقل بر احساس تنهایی شناسایی شده است؛ بنابراین، برای بررسی آثار مرتبه صفر، غیرمستقیم، کاذب و خالص متغیرها، مدل تحقیق به شیوه تحلیل مسیر بررسی می‌شود. نتایج این بررسی، در جدول ماتریس اثر (جدول ۸) ذکر شده است.

جدول ۷. ضرایب رگرسیونی متغیرهای تبیین‌کننده احساس تنهایی

سطح معناداری	تست t	ضرایب استاندارد شده		متغیرهای مستقل
		Beta	Std. error	
۰/۰۰۰	۱۵/۰۹۵		۴/۳۳۷	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۷/۲۴۴	-۰/۳۱۴	۰/۰۳۲	رضایت از زندگی
۰/۰۰۰	-۹/۱۷۶	-۰/۳۴۳	۰/۰۲۲	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۴	۲/۹۰۵	۰/۱۰۴	۰/۰۴۳	انزوای اجتماعی
۰/۰۰۳	-۲/۹۴۷	-۰/۱۲۴	۰/۰۳۸	سلامت روان
۰/۰۱۹	-۲/۳۶۱	-۰/۰۷۹	۰/۰۲۵	دینداری



شکل ۲. مدل تحلیل مسیر

جدول ۸. ماتریس اثر عوامل تبیین‌کننده احساس تنهایی

متغیر	اثر مرتبه صفر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کاذب	اثر خالص
دینداری	-۰/۱۷۳	-۰/۰۷۹	۰/۰۱۸	۰	-۰/۱۷۳
انزوای اجتماعی	۰/۳۲۷	۰/۱۰۴	۰/۱۶۹	۰	۰/۳۲۷
حمایت اجتماعی	-۰/۵۵۲	-۰/۳۴۳	۰/۱۴۷	۰/۰۶۲	-۰/۴۶۳
رضایت از زندگی	-۰/۵۵۷	-۰/۳۱۴	۰	۰/۲۴۳	۰/۳۷۸
سلامت روان	-۰/۴۵۲	-۰/۱۲۴	۰	۰/۳۲۸	-۰/۳۰۱

نتایج تحلیل مسیر نشان می‌دهد تأثیر مستقیم متغیرهای دینداری و انزوا بر تجربه احساس تنهایی اندک است، اما این دو متغیر، به واسطه تأثیراتشان در حمایت اجتماعی و به تبع آن بر سلامت روان و رضایت از زندگی، در کاهش تجربه تنهایی بسیار مؤثرند. جدول ماتریس اثر عوامل مؤثر بر احساس تنهایی (جدول ۸) نیز بیانگر آن است که متغیر حمایت اجتماعی هم بیشترین میزان اثرگذاری مستقیم (-۰/۳۴۳-) و هم بیشترین میزان اثرگذاری خالص (-۰/۴۶۳-) را در میان سایر عوامل به خود اختصاص داده است؛ بنابراین، اگر خواهان کاهش تجربه احساس تنهایی هستیم، باید شرایطی فراهم شود که افراد جامعه، حمایت‌های اجتماعی متنوعی از منابع گوناگون دریافت کنند و از آنجا که حمایت اجتماعی، با متغیرهایی مانند دینداری و انزوای اجتماعی در ارتباط است، باید به‌طور غیرمستقیم در جهت توسعه دینداری و مشارکت مذهبی و کاهش میزان انزوا فعالیت کرد تا از شیوع احساس تنهایی در جامعه جلوگیری شود.

بحث و نتیجه‌گیری

اگر به‌دقت در حالت‌های انسان بنگریم، او را موجودی می‌یابیم که به‌تنهایی قادر به ادامه حیات نیست و تنها در کنار هم‌نوعانش می‌تواند نیازهای خود را برآورده سازد؛ بنابراین، روابط اجتماعی بخش اصلی زندگی انسان را دربرگرفته و انسان‌ها را به‌عنوان موجوداتی اجتماعی به هم وابسته کرده است. بدین ترتیب، پیوندهای ضعیف و مخاطره‌انگیز انسانی و نارسایی‌های کمی و کیفی در روابط اجتماعی، معضلاتی مانند احساس تنهایی را برای این موجود اجتماعی به قول زیمل دلزده، به‌وجود آورده است. به همین منظور، در مطالعه حاضر به بررسی عوامل مؤثر بر احساس تنهایی در نمونه‌ای از شهروندان تهرانی پرداخته و تلاش شد تا از دو مسیر تحلیلی، برخی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر این پدیده شناسایی شوند. در نخستین مسیر، بر این امر تأکید شد که میزان دینداری

و مشارکت مذهبی زیاد، به‌عنوان نوعی منبع حمایتی برای افراد، بر سطح سلامت روان آن‌ها تأثیر می‌گذارد و به کاهش احساس تنهایی منجر می‌شود. دومین مسیر تحلیلی، بیانگر این بود که انزوای اجتماعی و گسست در پیوندهای اجتماعی، به تضعیف یا قطع حمایت‌های اجتماعی دریافتی از شبکه روابط اجتماعی منجر می‌شود و بر میزان رضایت کلی افراد از شرایط زندگی‌شان اثر می‌گذارد و بدین‌نحو به بسط احساس تنهایی در جامعه یاری می‌رساند. بر این مبنا، یافته‌های پژوهش در بخش توصیفی بیانگر این بودند که میانگین تجربه احساس تنهایی در نمونه شهروندان تهرانی، ۳۶/۱۳ (در دامنه ۰-۱۰۰) است؛ به‌طوری‌که ۶۲/۹ درصد از شهروندان در حد کمتر از متوسط و کم، ۳۰/۶ درصد در حد متوسط و ۶/۶ درصد نیز در حد زیاد و بیشتر از متوسط، احساس تنهایی را به‌طور ملموس در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند. از سوی دیگر در بعد تحلیلی، یافته‌ها نشان داد که رابطه‌ای معنادار میان متغیرهای اصلی پژوهش و احساس تنهایی وجود دارد که این امر، تأییدی بر چارچوب نظری مورد بحث است. چگونگی دینداری و مشارکت مذهبی، حمایت اجتماعی دریافتی، میزان رضایت از زندگی، سطح سلامت روان و افزایش میزان انزوای اجتماعی در جامعه مدرن، نقشی بنیادین در بسط و گسترش احساس ذهنی تنهایی دارد و بر پویایی اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد.

دین، کارکردها و مناسک جمعی آن از سویی و مشارکت مذهبی و میزان دینداری افراد هر اجتماعی از سوی دیگر، به انسجام گروهی منجر می‌شود و پیوندها، روابط شبکه‌ای و هم‌بستگی اجتماعی را تقویت می‌کند؛ با برانگیختن احساس خوشبختی و اطمینان در میان معتقدان و مؤمنان، افکار منفی را دور می‌سازد و به تقویت حس شادی و رستگاری کمک می‌کند. علاوه‌براین، دینداری رابطه انسان با خود، خداوند، دیگران و جهان هستی را تبیین می‌کند، مانع بیگانگی و انزوای اجتماعی اعضا و عناصر جامعه می‌شود و به کاهش احساس تنهایی می‌انجامد. این یافته، در تطابق با مطالعات جونز و همکاران (۱۹۸۱)، هورویتز و همکاران (۱۹۸۲)، استفان و همکارانش (۱۹۸۸) و حسینی‌زاده (۱۳۹۳) است که در مطالعات خود، بر رابطه منفی میان مشارکت مذهبی و شیوع احساس تنهایی اشاره کرده‌اند. سطح سلامت روان نیز از عواملی است که برحسب یافته‌ها و تحلیل‌های نظری بر احساس تنهایی مؤثر است. آسیب‌ها و اختلالات روانی و به‌نوعی سلامت روانی اندک در میان شهروندان کلان‌شهرهای بزرگی مانند تهران، روح و جسم افراد را به انزوای بیشتری می‌کشاند و بر رفاه و بهزیستی فیزیکی آن‌ها تأثیرات مخربی می‌گذارد. این مسئله، خود موجب گسترش احساس تنهایی در میان افراد می‌شود؛ چراکه به باور گئورگ زیمل در مقاله

«کلان‌شهر و حیات ذهنی»، شهروندان کلان‌شهرها و شهرهای بزرگ، همواره در معرض تحریکات عصبی شدید قرار دارند؛ تحریکاتی که روزانه با آن مواجه می‌شوند و از آن‌ها آسیب‌های جدی روانی می‌بینند. اختلال در شناخت و مسائل روانی شهروندان، خود زمینه‌انزوا و احساس تنهایی بیشتر را برای آن‌ها فراهم می‌کند. این یافته در تطابق با نتایج مطالعات میجوسکویک (۱۹۸۶)، لارسون (۱۹۹۹)، فوتین و همکارانش (۲۰۰۹) است که در مطالعات خود، بر رابطه منفی میان امراض روانی مانند اضطراب و افسردگی با تنهایی اشاره کرده‌اند. رضایت از زندگی، از دیگر عوامل مؤثر بر احساس تنهایی است. به‌طورکلی، شهروندانی که دارای بهزیستی و رضایت زیاد از زندگی هستند، نگرش‌های مثبت‌تر و اضطراب و افسردگی کمتر دارند. نارضایتی از زندگی در میان شهروندان ممکن است شکست در رفع نیازهای تعلق‌پذیری به‌شمار آید و به انزوا و تنهایی بیشتر منجر شود؛ بنابراین، هر اندازه احساس فرد در مورد عملکرد، شرایط زندگی و وضعیت بهزیستی‌اش و به‌عبارتی، ارزیابی سراسری و شناختی از کیفیت زندگی‌اش به‌عنوان یک کل مثبت‌تر باشد و از زندگی خود رضایت بیشتری داشته باشد، احساس تنهایی کمتری را تجربه خواهد کرد. یافته فوق در تطابق با نتایج مطالعات ملور و همکاران (۲۰۰۸)، سلیمی (۲۰۱۱) و ازین^۱ (۲۰۱۳) است که نشان دادند رضایت از زندگی، به شکلی منفی احساس تنهایی را پیش‌بینی می‌کند. رضایت بیشتر فرد از زندگی موجب می‌شود که احساسات منفی کمتری را تجربه کند، بر میزان عزت‌نفس، شادکامی و خوش‌بینی او افزوده و از میزان نگرانی‌ها و احساس تنهایی او کاسته شود. افزون بر عوامل فوق، انزوای اجتماعی نیز دارای رابطه‌ای معنادار با احساس تنهایی است. انزوای اجتماعی، افراد را از مشارکت رسمی و غیررسمی در جامعه محروم می‌سازد و مبادلات و دل‌بستگی‌های اجتماعی را کاهش می‌دهد، از تبادل پایدار و دائمی افکار و احساسات از کل به فرد و از فرد به کل جلوگیری می‌کند، موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم می‌شود و انسان و جامعه را در معرض آسیب‌های روانی-اجتماعی متعدد قرار می‌دهد. همچنین انزوای اجتماعی، فرصت‌های تأمین شبکه‌ای جالب و جذب‌کننده از دوستی‌ها و ارتباطات انجمنی را از افراد سلب می‌کند و با تضعیف و نبود شبکه‌های دوستی میان‌فردی، احساس تنهایی در بعد اجتماعی‌اش محسوس‌تر می‌شود. یافته فوق، نتایج مطالعات چلبی و امیرکافی (۱۳۸۳)، ونگر و همکاران (۱۹۹۶) و ملور و همکاران (۲۰۰۸) را تأیید می‌کند. بدین ترتیب، انزوای اجتماعی افراد، درگیری آن‌ها در شبکه‌های اجتماعی، خانوادگی و روابط محلی و فرامحلی را کاهش می‌دهد و

کاهش روابط حمایتی اجتماعی نزد آن‌ها، به بسط احساس تنهایی می‌انجامد. در نهایت، متغیر حمایت اجتماعی بر حسب یافته‌ها و مدل تجربی تحقیق، ارتباطی معنادار را با احساس تنهایی نشان می‌دهد؛ به طوری که بررسی مدل تحقیق بر مبنای تحلیل رگرسیونی و تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر احساس تنهایی، دلالت بر این دارد که مجموع متغیرهای مستقل مورد مطالعه، در مجموع ۴۶ درصد از تغییرات احساس تنهایی را تبیین می‌کند. متغیر حمایت اجتماعی دریافتی نیز در میان سایر عوامل، بیشترین میزان اثرگذاری مستقیم و خالص را بر این پدیده دارد و متغیر میانجی و نهفته بسیاری از مدل‌های تبیینی احساس تنهایی را تشکیل می‌دهد.

در مجموع، توافقی کلی بر این مسئله وجود دارد که حمایت اجتماعی، نقشی مثبت در سلامت فیزیکی و جسمی افراد ایفا می‌کند و نظام حمایت اجتماعی ناشی از تعامل‌های اجتماعی، در واقع، شبکه‌ای اجتماعی است که کمک می‌کند تا فرد در راستای سازگاری با مشکلات، از توان بیشتری برخوردار شود. شبکه حمایت اجتماعی، نقطه مقابل احساس تنهایی است و با کاهش افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روان‌شناختی نیز رابطه دارد. کسانی که شبکه حمایت کوچک‌تری دارند، روابط کمتری با دیگران دارند و دارای مشکلات روحی و روانی بیشتری خواهند بود. این یافته، نتایج مطالعات شلمزری و همکاران (۱۳۸۱)، دورو (۲۰۰۸) و وانگ و همکاران (۲۰۱۱) را تأیید می‌کند. یک شبکه حمایت اجتماعی مستحکم و نیرومند که بر بنیان‌های مذهبی استوار باشد، تعهدات متقابلی به وجود می‌آورد و حالتی را ایجاد می‌کند که در آن، شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن می‌کند و به سمت این باور سوق می‌یابد که مورد توجه دیگران است. بدین ترتیب، شرایط روانی مطلوب‌تری می‌یابد و از زندگی خود احساس رضایت بیشتری خواهد داشت. در نتیجه، احساس تنهایی کمتری را تجربه خواهد کرد.

منابع

- آرنه، هانا (۱۳۶۳)، *توتالیتاریسم*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: نشر جاویدان.
- چلبی، مسعود و امیرکافی، مهدی (۱۳۸۳)، «تحلیل چندسطحی انزوای اجتماعی»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۵، شماره ۲: ۳-۳۱.
- حسینی‌زاده آرانی، سیدسعید (۱۳۹۳)، *تنهایی در شهر: بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر احساس تنهایی (مطالعه موردی: جمعیت بالغ شهر تهران)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- خوش‌بین، اعظم؛ روشنی‌نژاد، مهین‌دخت؛ صباغ ملاحسینی، شهلا و حقانی، حمید (۱۳۷۹)، «ارتباط بین

احساس تنهایی و حمایت اجتماعی در زوجین نابارور»، فصلنامه پرستاری و مامایی ایران، شماره ۲۶: ۳۱-۳۶.

- داورپناه، فروزنده (۱۳۷۲)، «هنجاریابی نسخه تجدیدنظرشده مقیاس احساس تنهایی UCLA برای دختران ۱۴-۱۸ ساله در تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- راضی، اشرف (۱۳۸۶)، بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان جوانان (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه تهران)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- رضادوست، کریم؛ حسین‌زاده، علی‌حسین و مصطفایی دولت‌آباد، حلیمه (۱۳۹۰)، «بررسی جامعه‌شناختی برخی از عوامل مؤثر بر میزان دینداری (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز)»، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۰: ۱-۳۸.
- ریاحی، محمداسماعیل؛ علی‌وردی‌نیا، اکبر و پورحسین، سیده‌زینب (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۹: ۸۵-۱۲۱.
- سراج‌زاده، سیدحسین (۱۳۷۸)، «نگرش‌ها و رفتارهای دینی نوجوانان تهرانی و دلالت‌های آن بر نظریه سکولارشدن»، نمایه پژوهش، شماره ۹-۱۰: ۱۰۵-۱۱۸.
- سراج‌زاده، سیدحسین (۱۳۸۳)، چالش‌های دین و مدرنیته: بررسی تعریف عملیاتی دینداری در پژوهش‌های اجتماعی، تهران: طرح نو.
- سراج‌زاده، سیدحسین؛ جواهری، فاطمه و ولایتی خواجه، سمیه (۱۳۹۲)، «دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان»، جامعه‌شناسی کاربردی، سال ۲۴، شماره پیاپی ۴۹، شماره ۱: ۵۵-۷۷.
- قدسی، علی‌محمد (۱۳۸۲)، بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، رساله دکتری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت مدرس.
- گیلدنز، آنتونی (۱۳۷۶)، جامعه‌شناسی، ترجمه منوچهر صبوری، چاپ سوم، تهران: نشرنی.
- معتمدی شلمزاری، عبدالله؛ اژه‌ای، جواد؛ آزادفلاح، پرویز و کیان‌منش، علیرضا (۱۳۸۱)، «بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی، احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال»، مجله روان‌شناسی، دوره ۶، شماره ۲: ۱۱۱-۱۳۵.
- محمدی، الهام؛ فکرآزاد، حسین و سجادی، حمیرا (۱۳۹۱)، «گونه‌شناسی شبکه اجتماعی و سلامت اجتماعی در سالمندان»، فصلنامه مددکاران اجتماعی متخصص، شماره ۱: ۱۳۵-۱۵۸.
- محمدی مجد، داریوش (۱۳۸۷)، احساس تنهایی و توان‌لیتاریسم: پژوهشی در جامعه‌شناسی ایران، تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- موسوی، یعقوب (۱۳۸۱)، «پدیده کاهش هم‌بستگی اجتماعی در کلان‌شهر»، مدرس علوم انسانی، دوره ۶، شماره ۴: ۹۵-۱۱۲.

- Asher, S. R. and Paquette, J. A. (2003), Loneliness and Peer Relations in Childhood, **Current Directions in Psychological Science**, No. 12: 75–78.
- Duru, E. (2008), “The Predictive Analysis of Adjustment Difficulties from Loneliness, Social Support, and Social Connectedness. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri”, **Educational Sciences: Theory & Practice**, No. 8(3): 849–856.
- Dykstra, P. A. (2009), “Older Adult Loneliness: Myths and Realities”, **European Journal of Aging**, No. 6: 91–100.
- Fontaine, R. G., et al. (2009), “Loneliness as a Partial Mediator of the Relation between Low Social Preference in Childhood and Anxious/Depressed Symptoms in Adolescence”, **Development and Psychopathology**, No. 21: 479–491.
- Hawkey, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G. and Cacioppo, J. T. (2003), Loneliness in Everyday Life: Cardiovascular Activity, Psychosocial Context, and Health Behaviors, **Journal of Personality and Social Psychology**, 85: 105–120.
- Holmén, K. and Furukawa, H. (2002), Loneliness, Health and Social Network among Elderly People: A Follow-up Study, **Archives of Gerontology and Geriatrics**, No. 35(3): 261–274.
- Horowitz, L. M., French, R. D. and Anderson, C. A. (1982), The Prototype of a Lonely Person, In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds/0), **Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy** (pp. 183–205), New York: Wiley.
- Jones, W. H., Freeman, J. R. and Goswick, R. A. (1981), The Persistence of Loneliness: Self and Other Determinants, **Journal of Personality**, No. 49: 27–48.
- Kupersmidt, J. B., Sigda, K. B., Sedikides, C. and Voegler, M. E. (1999), Social Self-discrepancy Theory and Loneliness during Childhood and Adolescence, In K. J. Rotenberg and S. Hymel (Eds/0), **Loneliness in Childhood and Adolescence** (pp. 263–279), Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Larson, R. W. (1999), The Uses of Loneliness in Adolescence. In K. J. Rotenberg and S. Hymel (Eds/0), **Loneliness in Childhood and Adolescence** (pp.244–262). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Mellor, D., Stokes, M., Firth, L., Hayashi, Y. and Cummins, R. (2008), Need for Belonging, Relationship Satisfaction, Loneliness, and Life Satisfaction, **Personality and Individual Differences**, No. 45: 213–218.
- Mijuskovic, B. (1986), Loneliness, Anxiety, Hostility, and Communication, **Child Study Journal**, No. 16: 227–240.
- Salimi, A. (2011), Social-Emotional Loneliness and Life Satisfaction, **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, No. 29: 292–295.
- Serajzadeh, S. H. (1998), **Muslims, Religiosity and Delinquency: An Examination of Iranian Youth**, PhD Disertation, University of Essex.
- Stephan, E., Faeth, M. and Lamm, H. (1988), Loneliness as Related to Various Personality and Environmental Measures: Research with the German Adaptation of the UCLA Loneliness Scale, **Social Behavior and Personality**, No. 16: 169–174.
- Sullivan, H. S. (1953), **The Interpersonal Theory of Psychiatry**, Norton: New York.

- Oshagan, H. and Allen, R. L. (1992), Three Loneliness Scales: An Assessment of Other Measurement Properties, **Journal of Personality Assessment**, No. 59: 380–409.
- Turner, B. S. (1974). *Weber and Islam: A Critical Study*, Henley and Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Wang, g., et al. (2011), Loneliness among the rural older people in Anhui, China: prevalence and associated factors. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. 26: 1162–1168.
- Wenger, G.C., Davies, R., Shahtahmasebi, S. and Scott, A. (1996), Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement, **Cambridge Journal: Ageing and Society**, No. 16: 333–358.
- Wirth, L. (1938), Urbanism as a Way of Life, **American Journal of Sociology**, No. 44: 3–24.
- Wong, S. S. and Lim, T. (2009), Hope Versus Optimism in Singaporean Adolescents: Contributions to Depression and Life Satisfaction, **Personality and Individual Differences**, No. 46: 648–652.
- Wolff, K. H. (1964), (ed.) **The Sociology of Georg Simmel**, Glencoe: Free Press.