

انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان +۱۸ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجیگرانه‌ی حمایت اجتماعی

عبدالحسین کلانتری^{*۱}

سیدسعید حسینی‌زاده آرانی^۲

ایوب سخایی^۳

حسین امامعلیزاده^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۱/۲۴

چکیده

سلامت روان به عنوان یکی از اساسی‌ترین اجزاء رفاه اجتماعی، صرفاً واقعیتی زیست‌شناختی و یا روانشناختی نیست، بلکه دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی بوده و متأثر از عواملی چون انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی می‌باشد. لذا هدف این مطالعه بررسی تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت روان شهروندان تهرانی با توجه به نقش میانجیگرانه‌ی حمایت اجتماعی می‌باشد. روش تحقیق، پیمایش و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه می‌باشد. جهت انتخاب حجم نمونه، از فرمول کوکران استفاده شده و ۵۲۴ نفر از شهروندان +۱۸ سال تهرانی در سال ۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای گزینش شدند. یافته‌های توصیفی نشان داد که ۵۹٪ از شهروندان تهرانی، انزوا را در سطح متوسط به بالا تجربه می‌کنند، ۶۹٪ افراد در وضعیت سلامت روانی مطلوبی قرار داشته و میانگین دریافت حمایت اجتماعی، ۶۱/۶۰ ارزیابی شد. در بُعد تحلیلی، آزمون فرضیات نشان داد که رابطه معنادار و منفی میان انزوای اجتماعی با حمایت اجتماعی و سلامت روان وجود داشته و حمایت اجتماعی نیز رابطه‌ای معنادار و مثبت با سلامت روان دارد. همچنین نتایج تحلیل مسیر مدل تحقیق بیانگر این بود که متغیر انزوای اجتماعی در مقایسه با متغیر حمایت اجتماعی، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بیشتری (-۰/۴۵) بر میزان سلامت روان شهروندان تهرانی دارد. در مجموع، نتایج مطالعه حاضر دلالت بر این دارد که با افزایش میزان انزوای اجتماعی، از سطوح حمایت اجتماعی کاسته شده و وضعیت سلامت روان شهروندان در حالت آسیب‌پذیر قرار می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: انزوای اجتماعی، حمایت اجتماعی، سلامت روان، شهروندان تهرانی

۱- دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه تهران (* نویسنده مسئول)

۲- دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان

۳- دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان

۴- دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه کاشان

*: نویسنده مسئول

مقدمه

رشد و گسترش شهرها و توسعه شهرنشینی در جهان امروز، به یک سبک غالب زندگی در بسیاری از نقاط، از نواحی توسعه‌نیافته تا توسعه‌یافته‌ترین مناطق جهان مبدل شده است و تعداد افراد ساکن مناطق شهری-کلانشهری در طی چندین دهه گذشته، روند صعودی قابل ملاحظه‌ای را به خود دیده است. متعاقب گسترش شهرنشینی، مباحثات و استدلال‌های زیادی پیرامون تأثیر این مقوله بر نگرش و رفتارهای شهروندان صورت گرفته، به نحوی که حجم زیادی از مطالب حوزه مسائل شهری را به خود اختصاص داده است. موازی با این مسئله، سازه سلامت به مثابه پدیده‌ای که درجه بالایی از بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی را به همراه خود آورده (افشانی و شیرینی محمدآباد، ۱۳۹۴: ۲)، تحت تأثیر شهرنشینی و ابعاد متنوع زندگی شهری قرار گرفته است. مقوله سلامت، بالأخص سلامت روان، همواره از جانب نظریه‌پردازان و اندیشمندان حوزه شهری به عنوان یکی از مسائل مهم تعبیر شده و محققان پیوسته در پی ارائه تصویری روشن و مناسب از آن بوده‌اند، اما همواره در نیل به این مهم و کسب آرامش روان برای شهروندان با کامیابی مواجه نشده و آسیب‌هایی چون انزوای اجتماعی و احساس تنهایی، همچون بلایایی که ابعاد اجتماعی گسترده‌ای دارند، رؤیای آرامش و پرهیز از اخلالات روانی را به کابوسی مبدل ساخته و روابط گسسته، پیوندهای ضعیف، سطحی و ناپایدار که زمینه را برای رواج انقطاع در روابط و انزوای اجتماعی فراهم می‌کنند، به همراه خود پریشانی‌های روانی را به همراه داشته‌اند.

بیان مسئله

قرن بیستم بیش از تمام تاریخ بشریت، دستخوش دگرگونی شیوه‌های زندگی و روابط اجتماعی و مسائل اقتصادی بوده است. تلاش برای صنعتی‌شدن، گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه‌ای که لازمه‌ی آن قبول شیوه‌های نوین زندگی است، اثر معکوسی بر سلامت انسان گذاشته و در این زمینه، ابعاد دیگری چون "سلامت‌روان" افراد جامعه را مطرح کرده است. سلامت روان، حالتی از سلامتی عاطفی و اجتماعی است که در آن فرد از توانایی‌های خویش آگاهی یافته و قادر است با استرس و فشارهای معمول زندگی تطابق حاصل کرده و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری کند (حسینی و دودمان‌فیروزسالاری، ۱۳۸۹: ۱۲۲). این مفهوم، قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب را در بر گرفته و صرفاً نداشتن

بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۸۷).

نگاهی به آمار منتشرشده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان می‌باشد. طبق برآورد کارشناسان سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۰۱)، بالغ بر ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی می‌باشند. مشکلات روانی ۱۰٪ از حجم کل بیماری در سال ۱۹۹۰ را به خود اختصاص داده و پیش‌بینی می‌شود که آمار این اختلالات تا سال ۲۰۲۰ به حجم ۱۵٪ افزایش یابد (محسنی‌تبریزی، ۱۳۸۶: ۱۱-۱۰). همه‌گیرشناسی اختلالات روانی انجام‌شده در ایران (۱۳۸۵) بیانگر متغیر بودن این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد می‌باشد؛ به‌طوری‌که در میان برخی گروه‌های خاص چون دانشجویان، اختلالات روانی مشکوک تا ۶۴/۳ نیز گزارش‌شده است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۰۶-۸۷). از جانبی دیگر، افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند اما میزان این تفاوت‌ها متأثر از عوامل اجتماعی بوده و بخش عظیمی از اشکال بیماری‌های روانی با مدل‌های اجتماعی رابطه‌ای قوی دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱: ۷). انزوای اجتماعی^۲ (انفصال شبکه روابط اجتماعی) و میزان حمایت اجتماعی دریافتی، از جمله همین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان هستند.

انزوای اجتماعی اشاره به زندگی بدون مصاحبت، فقدان دیگران مهم و مناسبات مشترک، اعتماد و حرکت به سمت دوره‌های بحران و گسست در اتصالات عینی و شبکه‌های روابط اجتماعی اعضای جامعه کرده (هاتورن^۳، ۲۰۰۶: ۵۲۲-۵۲۱) و بر عملکرد و بهزیستی افراد و پیوستگی اجتماعی درون جامعه تأثیر منفی می‌گذارد. فقدان روابط مؤثر، تهدیدی جدی برای رفاه و سلامتی افراد به وجود می‌آورد؛ افرادی که روابط استوار و معنادار با سایرین را حفظ نکرده و کسی را ندارند که به هنگام ضرورت به او مراجعه کنند تا حد زیادی در خودشان غوطه‌ور می‌شوند. این مسئله اغلب به مشکلات خطرناکی از قبیل اختلالات روانی، افسردگی، عزت‌نفس پایین، مشکلات اجتماعی و علائم مریضی جسمانی منجر می‌گردد (هورتلانوس^۴ و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۶). از جانب دیگر، حمایت اجتماعی دریافتی، در معنای مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها در مواقع نیاز برای فرد فراهم می‌کنند، نقش مهمی در سلامت روان افراد ایفاء می‌کند. حمایت اجتماعی با افزایش درک صحیح از رویدادهای

-
1. WHO
 2. Social Isolation
 3. Hawthorne
 4. Hortulanus

استرس‌زا، منجر به کاهش تأثیر فشار روانی شده و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می‌رساند و همچون سپری مانع از نفوذ فشارهای روانی در فرد شده و سبب می‌گردد که هر چه بیشتر از تجارب منفی پرهیز کند. پژوهشگران مهم‌ترین اختلالات روانی ناشی از کمبود یا فقدان حمایت اجتماعی را شامل افسردگی، اضطراب، بی‌تفاوتی، ناامیدی، آشفتگی و اغتشاش ادراک و ... می‌دانند (شفیعی‌قهفرخی، ۱۳۷۳: ۱۶-۱۴). لذا با توجه به اهمیت و آثار سلامت روان برای بهزیستی افراد جامعه و نقش مؤثر متعین‌های اجتماعی آن در زندگی روزمره شهروندان، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر انزوای اجتماعی بر میزان سلامت روان شهروندان تهرانی با توجه به نقش میانجی‌گرانه حمایت اجتماعی اختصاص داده شده است. توسعه شهرنشینی و شهری شدن در کلانشهرهای عظیمی چون تهران، همواره تأثیر مخربی بر روابط و پیوندهای اجتماعی شهروندان برجای گذاشته است، به نحوی که شهرنشینی فزاینده در این کلانشهر، منجر به بسط شکلی از جامعه توده‌وار شده، به تضعیف و از هم پاشیدگی روابط خانوادگی افراد کمک کرده و روابط محلی و فرامحلی، رسمی و غیررسمی شهروندان را کاهش داده است. از جانبی وجود غریبگی و ناشناسی و توسعه روابط غیرشخصی، سطحی، ناپایدار و افت روابط شخصی و صمیمی که از عواقب حجم، تراکم و ناهمگونی کلانشهر تهران می‌باشد، بستر انزوای اجتماعی شهروندان را فراهم کرده و فقدان این نوع روابط صمیمانه، شهروندان تهرانی را از مهم‌ترین منبع حمایت اجتماعی محروم ساخته و فضا را جهت توسعه انواع اختلالات روانی فراهم کرده است، چراکه انزوای اجتماعی، افراد درگیر را با احساس غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات، نحوه زندگی و سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به سؤالات ذیل می‌باشد:

۱. وضعیت انزوای اجتماعی، حمایت اجتماعی دریافتی و سلامت‌روان شهروندان تهرانی به چه میزان است؟
۲. چه ارتباطی میان میزان انزوای اجتماعی و سطوح حمایت اجتماعی دریافتی وجود دارد؟
۳. چه ارتباطی میان سطوح حمایت اجتماعی دریافتی و سطوح سلامت روان وجود دارد؟
۴. چه ارتباطی میان میزان انزوای اجتماعی و سطوح سلامت روان وجود دارد؟
۵. کدام‌یک از متغیرهای مورد بررسی (انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی)، نقش غالبی در تبیین سلامت روان دارند؟

پیشینه تجربی تحقیق

بررسی و ارزیابی پایگاه‌های جامع مقالات علمی داخلی همچون پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، مجلات تخصصی نور، بانک اطلاعات نشریات کشور و مرکز اسناد و مدارک علمی ایران نشان می‌دهد که علی‌رغم اهمیت تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت روان، تحقیقاتی که به شکل مستقیم در این زمینه به اجرا درآمده باشند، اندک بوده و محدود پژوهش‌هایی که انزوای اجتماعی را مورد توجه قرار داده‌اند، اغلب عناصر مرتبط با سلامت را به‌طور جزئی بررسی کرده‌اند: به‌عنوان مثال، چلبی و امیرکافی (۱۳۸۳) در «تحلیل چند سطحی انزوای اجتماعی»، به مطالعه علل و پیامدهای انزوای اجتماعی در میان ۷۳۴ نفر از شهروندان ۲۰ تا ۷۰ ساله تهرانی و کرمانی در نمونه‌ای به حجم ۴۲ محله و شهرک در دو شهر مذکور پرداخته و با کاربرد مدل‌سازی خطی سلسله مراتبی برای تحلیل داده‌ها، احساس یأس، عجز و تنهایی را از پیامدهای انزوا تشخیص داده‌اند که با نتایج مربوط به سلامت روان در ارتباط است. پورشهری‌ای‌مه (۱۳۸۶) در «مقایسه افسردگی، انزوای اجتماعی و ارتباطات خانوادگی دانش‌آموزان کاربر و غیرکاربر اینترنتی دبیرستان‌های شهر تهران» در دو مرحله به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته است: در مرحله اول با بررسی ۲۲۷ دانش‌آموز دختر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای نشان می‌دهد که بین گروه‌های کاربر و غیرکاربر اینترنتی در سه متغیر انزوای اجتماعی، افسردگی و ارتباطات خانوادگی تفاوتی وجود ندارد. در مرحله دوم، ۲۵ کاربر و ۲۵ غیرکاربر از میان دانش‌آموزان برگزیده و با کاربرد آزمون t تفاوت معنادار بین هر سه گروه را نشان می‌دهد. در مجموع مطالعه‌ی پورشهری‌اری مه بیانگر این است که اگر استفاده نوجوانان از اینترنت به منظور فرار از حقایق باشد، منجر به کاهش روابط و انزوای اجتماعی و در نتیجه افزایش افسردگی می‌شود که این امر بیانگر تأثیر انزوای اجتماعی بر بُعدی از اختلالات روانی (افسردگی) می‌باشد. در زمینه ارتباط میان حمایت اجتماعی و سلامت روان نیز مطالعه حسینی و دودمان فیروزسالاری (۱۳۸۹) با عنوان «نقش حمایت اجتماعی در میزان سلامت روان کارمندان جوان شهرداری تهران» به بررسی عوامل مؤثر در میزان سلامت روان به منظور تقویت عوامل ارتقاء دهنده سلامت در میان ۳۲۰ نفر از کارمندان شهرداری تهران به روش تلفیقی میدانی-کتابخانه‌ای پرداخته است. یافته‌های مطالعه مذکور رابطه منفی و معکوس حمایت اجتماعی با ابعاد افسردگی، اختلال کارکرد اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی جوانان را تأیید و رابطه حمایت اجتماعی با بعد نشانه‌های جسمانی سلامت روان را رد کرد. ریاحی و همکارانش (۱۳۸۹) نیز با بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در میان ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه مازندران در نیمسال تحصیلی ۸۵-۸۶ به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای

نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی و جنسیت اثرات مستقیمی بر سلامت روان داشته‌اند در حالی که طبقه اجتماعی و دینداری از طریق افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اثرات غیرمستقیمی بر سلامت روان دانشجویان گذاشته‌اند. یافته‌های این مطالعه بیانگر این هستند که حمایت اجتماعی در همه حال به عنوان سپری در مقابل رویدادهای فشارآور عمل کرده و ارتباط مستقیم و معناداری میان حمایت اجتماعی دریافتی و سلامت روان افراد وجود دارد.

در حوزه مطالعات خارجی، کاوچی و برکمن (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان «پیوندهای اجتماعی و سلامت ذهنی» به روش پیمایش به بررسی تعدادی از افراد مبتلا به اختلالات روانی پرداختند. آنها بر اساس دو الگو، اثر اساسی فشارها و واکنش‌های روانی، نشانگان اضطراب، افسردگی و سلامت روان را مورد ملاحظه قرار داده و مسیرهایی را که به واسطه آنها شبکه‌های روابط اجتماعی، سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مورد ارزیابی قرار داده و نشان دادند که آثار حمایتی پیوندهای اجتماعی بر سلامت روان در میان گروه‌های مختلف جامعه یکسان نیست. روهده^۲ و همکاران (۲۰۱۵) نیز در پژوهش «ارزیابی آثار سلامت روان ناشی از انزوای اجتماعی» با به‌کارگیری داده‌های پانل استرالیا و به روش تحلیل ثانویه نشان می‌دهند که جابجایی‌های ناشی از کار یا تحصیل، منجر به انقطاع در روابط اجتماعی و بسط انزوای اجتماعی در بعد عینی شده و در نتیجه آثار منفی زیانباری بر سلامت روان افراد، بالأخص نزد زنان و افراد سالمند، برجای می‌گذارد. از جانب دیگر، مطالعه آدامسپیک و سرچین^۳ (۲۰۱۵) پیرامون ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان در میان دو گروه از افراد مجرد و متأهل لهستانی (۵۵۳ نفر از شهروندان ۲۰ تا ۳۰ ساله) دلالت بر این مسئله دارد که افراد مجرد و تنها، از بهزیستی عاطفی نازل‌تری نسبت به افراد متأهل برخوردارند. همچنین ارزیابی متغیرهای تعدیل‌گر نیز نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده ارتباط میان وضعیت زناشویی و مشکلات روحی و روانی را میانجی‌گری می‌کند. توین‌من^۴ و همکارانش (۲۰۰۶) با بررسی میزان اعتماد به نفس، حمایت اجتماعی و سلامت روان ۱۲۹ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پروستات در قالب سه گروه مجزا، گزارش می‌کنند که افرادی سلامت روان بالاتری را نشان می‌دهند که از حمایت اجتماعی و عزت نفس بالاتری برخوردار باشند. همچنین افراد مجرد در مقایسه با سایر گروه‌ها، در معرض آسیب‌پذیری روانی بیشتری قرار دارند. در مجموع، مرور پیشینه تجربی در وهله نخست بیانگر این است که مطالعات معدودی در داخل کشور به بررسی ارتباط میان انزوای

-
1. Kawachi & Berkman
 2. Rohde
 3. Adameczyk & Segrin
 4. Tuinman

اجتماعی، حمایت اجتماعی و سلامت روان پرداخته و در وهله دوم، مطالعات اندک موجود متمرکز بر گروه‌های در معرض خطری چون سالمندان، معتادان، افراد بی‌خانمان و بیماران می‌باشد. لذا پژوهش حاضر ارتباط میان سه متغیر فوق‌الذکر را در زندگی عادی و شهروندان معمولی کلانشهر تهران مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

چهارچوب نظری

نیاز به تماس و ارتباطات اجتماعی از زمره نیازهای اولیه انسانی تلقی می‌گردد که برای بهزیستی فردی و جمعی افراد بسیار بااهمیت می‌باشد. انسان‌ها به عنوان موجوداتی اجتماعی در بسیاری از مسائل به یکدیگر وابسته‌اند، آنها به‌طور مداوم در ارتباط با یکدیگراند و درون شبکه‌ای از خویشاوندان و غیرخویشاوندان به طرق گوناگون جای گرفته‌اند و با داشتن تعاملات اجتماعی متنوع، به زندگی اجتماعی خود شکل می‌دهند. معضلی که این ارتباطات را در جامعه سیال مدرن با تهدید جدی مواجه ساخته است، پدیده‌ای به نام انزوای اجتماعی یا انفصال در شبکه روابط اجتماعی اعضای جامعه می‌باشد. "مشخصه‌ی اصلی انزوا، فقدان شبکه روابط اجتماعی معنادار [به‌مثابه مهم‌ترین نیاز اجتماعی افراد] می‌باشد" (هاوس^۱، ۲۰۰۱: ۲۷۳). شبکه‌های روابط اجتماعی معمولاً شامل اشخاصی با نقش‌های اجتماعی بسیار متفاوتی می‌شوند: اعضای خانواده، دوستان، آشنایان، همکاران، همسایگان، اعضای یک انجمن و غیره. برخی از افراد شبکه روابط بسیار گسترده‌ای با اعضای خانواده، دوستان و آشنایان دارند درحالی‌که دیگران شبکه‌هایی دارند که به تعداد منتخبی از افراد محدود است (هورتولانوس^۲ و همکاران، ۱۳۹۴: ۴۰). فقدان این شبکه‌های روابط اجتماعی معنادار می‌تواند پیامدهای بسیار خطرناکی برای بهزیستی افراد داشته باشد. انسان‌ها بدون ارتباطات اجتماعی معنادار، کمک و حمایت اجتماعی دریافت نکرده و آرامشی احساس نمی‌کنند، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، تنهایی را تحمل کرده و خود را در وضعیت انزوای اجتماعی می‌یابند. به‌طورکلی اشخاصی که در شبکه‌های روابط اجتماعی جاگیری شده‌اند، سطوح بالاتری از بهزیستی را نسبت به کسانی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، تجربه می‌کنند و به سالم بودن تمایل بیشتری دارند (ساراسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۱: ۲۰).

1. House
2. Hortulanus
3. Sarason

رویکردهای متعددی در مطالعه انزوا مطرح شده‌اند: برخی از صاحب‌نظران از نقش تکنولوژی به عنوان نیروی مختل‌کننده ارتباطات نام برده‌اند و برخی چون زیمل^۱ (۱۹۵۵) و تونیس^۲ (۱۹۸۸) با نگاه ساختاری، انزوا را پدیده‌ای تاریخی و مرتبط با فرایندهای مدرنیته تحلیل کرده‌اند (پریچی و هنسون^۳، ۲۰۱۴: ۱۱-۶). نظریه‌های اولیه‌ی انزوای اجتماعی منتسب به دورکیم و بالبی^۴ هستند. مطابق با تئوری آنها، ترتیبات ساختاری نهادهای اجتماعی بر منابع در دسترس افراد مؤثر بوده و بدین‌رو بر واکنش‌های عاطفی و روانی آنها تأثیر می‌گذارد. دورکیم بر این باور است که مشارکت در امور گروه و یا جامعه می‌تواند منجر به افزایش احساس تعلق به گروه و جامعه شود زیرا زمانی که افراد تماس‌های مکرر با یکدیگر داشته باشند، دلمشغولی‌ها و منافع مشترک و پیوندهای عاطفی، آنها را به یکدیگر نزدیک می‌کند و احساس تعلق ناشی از این پیوندها، باعث می‌شود آنها از خودشان برای گروه و یا جامعه مایه بگذارند (ریتزر^۵، ۲۰۱۱: ۹۵). بنا بر نظر دورکیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش قوی‌تر باشد، احتمال انزوا و به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد.

یکی از مطرح‌ترین رویکردهای ارائه‌شده در تبیین انزوای اجتماعی، رویکرد شبکه می‌باشد. این رویکرد توصیف اندازه شبکه شخصی افراد، عملکردهای آن از لحاظ حمایت و برخی ویژگی‌های ارتباطات از لحاظ نوع رابطه، فاصله، شدت و فراوانی را ممکن ساخته و اطلاعات فراوانی درباره حمایت اجتماعی بالقوه فراهم می‌سازد. در این رویکرد با تمرکز بر روابط گروهی و مشخصه‌های ساختاری شکل‌بندیهای اجتماعی، روابط اجتماعی همچون سنگ بنای ساختارهای اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (هورتولانوس و همکاران، ۱۳۹۴: ۹۳). اغلب صاحب‌نظران جهت فهم بهتر مفهوم انزوا، این مفهوم را در رابطه با وسعت شبکه‌های روابط اجتماعی که هر فرد در آن درگیر است، تعریف می‌کنند. بدین معنا انزوای اجتماعی به فقدان رابطه با خانواده و دوستان (در سطح خرد) و جامعه (در سطح کلان) اطلاق می‌گردد و سنجه‌های عینی انزوا، وسعت، حدود و عمق شبکه‌های اجتماعی فرد را مورد ملاحظه قرار می‌دهند. یک شبکه از روابط اجتماعی دربرگیرنده‌ی ساختاری از به‌هم‌پیوستگی‌ها و روابط میان گروه خاصی از افراد است. این شبکه‌ها می‌توانند بر نگرش‌ها و رفتارهای فردی تأثیر بگذارند و روابط و جریان منابع درون این شبکه‌ها، دستیابی افراد به فرصت‌های مطلوب را شکل داده و نیز محدودیت‌هایی بر رفتار افراد وضع می‌کند. طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به‌صورت

1. Simmel
2. Tonnies
3. Parigi & Henson
4. Bowlby
5. Ritzer

حائلی در مقابل عوامل فشارزای درونی عمل می‌کند به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار، اثر بسیار مؤثری بر عزت نفس افراد و افزایش توان مقابله با مشکلات و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌گردد (کارولین^۱، ۲۰۰۰: ۱۰۹-۱۰۸). وایتفورد^۲ در این زمینه اظهار می‌دارد: «امروزه عوامل تعیین‌کننده اقتصادی و اجتماعی سلامت به خوبی بررسی شده و شواهدی در دست است که هر چه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی‌تر باشند (شبکه‌های روابط اجتماعی کمتر انشعاب یافته‌ای داشته باشند)، از سلامت روان کمتری برخوردار خواهند بود و بالعکس، هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد، آن جامعه سالم‌تر خواهد بود. کاهش بار بیماری‌های روانی و پرورش سلامت روانی، ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی افراد لازم است، افزایش می‌دهد» (بهزاد، ۱۳۸۱: ۴۸). لذا بر طبق استدلال این رویکرد، به همان اندازه که شبکه روابط کوچک‌تر، محدودتر یا همگن‌تر می‌شود، احتمال انزوای اجتماعی افزایش یافته و سلامت روان افراد تحت شعاع قرار می‌گیرد. بدین ترتیب یک شبکه اجتماعی معنادار اثرات مثبتی بر سلامت فیزیکی و روانی داشته و این تأثیر مثبت وابسته به میانجیگری متغیر حمایت اجتماعی است که شبکه روابط اجتماعی می‌تواند ارائه کند.

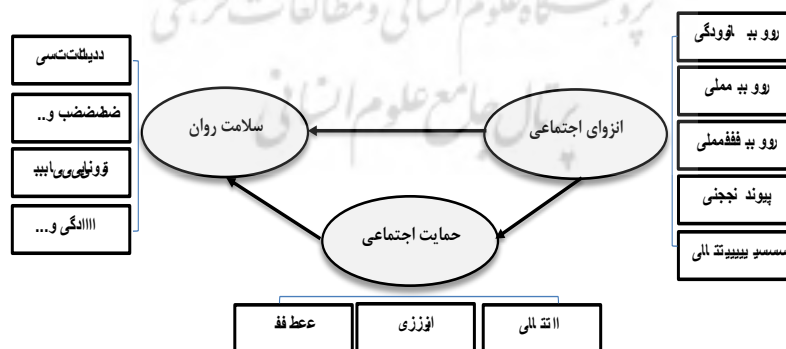
حمایت اجتماعی منابعی را در برمی‌گیرد که به وسیله شبکه از افراد و گروه‌های اجتماعی فراهم می‌شود و بر روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه‌های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس و افزایش مهارت‌های فردی مؤثر است (لیپور^۳ و همکاران، ۱۹۹۱: ۹۰۱). برای تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان، پژوهشگران بر این استدلال‌اند که حمایت اجتماعی مانع نفوذ استرس در فرد شده و سبب می‌گردد تا هرچه بیشتر از تجارب منفی پرهیز کند. پاتنام^۴ (۲۰۰۰) معتقد است که یک شبکه حمایتی، مساعدت مملوسی را فراهم می‌آورد که باعث کاهش اضطراب‌شده و هنجارهای مربوط به سلامتی را تقویت می‌کند. افراد وقتی می‌دانند که از جانب خانواده، دوستان و نزدیکان خود انواع حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری را دریافت می‌کنند، احساس خشنودی بیشتری داشته و در مقابله با مشکلات با منطق و عملکرد بهتری عمل می‌کنند. در این زمینه مدل تأثیر مستقیم حمایت بر سلامت عنوان می‌کند افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افرادی که فاقد چنین شبکه‌های حمایتی‌اند، نشان می‌دهند. بر این اساس، سلامتی

1. Carolin
2. Witheford
3. Lepore
4. Putnam

متأثر از میزان بهره‌مندی از حمایت اجتماعی است و حمایت اجتماعی صرف‌نظر از اینکه فرد تحت تأثیر استرس باشد یا نه باعث می‌شود که فرد از بهزیستی جسمانی و روانی بالاتری برخوردار باشد (حسینی و دودمان فیروزسالاری، ۱۳۸۹: ۱۱۸). در مجموع اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی فراهم شده توسط شبکه‌های روابط اجتماعی به سه طریق در برخورد با فشارهای روانی، سلامت روان را تضمین می‌کنند:

۱. اولاً اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت مملوسی به شکل منابع مادی در اختیار فرد قرار بدهند (مثل قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی).
۲. ثانیاً اعضای شبکه اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقداماتی متنوع، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع می‌توانند به حل مشکلی که موجب تنیدگی و استرس شده، کمک کنند.
۳. ثالثاً افراد در شبکه‌های اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی درباره به فرد در خصوص اینکه او شخص مورد علاقه، با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل بیاورند (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹۶).

لذا چهارچوب نظری مطالعه‌ی حاضر متکی بر این ایده است که میزان بامعنا بودن شبکه‌های روابط اجتماعی و عدم انزوای اجتماعی افراد اساساً وابسته به درجه حمایتی است که ارتباطات ارائه می‌دهند. حمایت اجتماعی که به واسطه شبکه‌های روابط قوی برای افراد جامعه مهیا می‌گردد اثرات مثبت بر وضعیت جسمانی و روانی فرد بر جای گذاشته و به افزایش عملکرد و سلامت روانی وی منجر می‌گردد. با در نظر گرفتن چهارچوب فوق‌الذکر پیرامون ارتباط میان انزوا، حمایت و سلامت، مدل نظری ذیل جهت بررسی‌های تجربی پیشنهاد می‌شود.



شکل ۱: مدل مفهومی تحقیق

فرضیات تحقیق

۱. بین میزان انزوای اجتماعی با میزان حمایت اجتماعی دریافتی رابطه معنادار وجود دارد.
۲. بین میزان حمایت اجتماعی دریافتی با میزان سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد.
۳. بین میزان انزوای اجتماعی با میزان سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد.
۴. متغیر انزوای اجتماعی به واسطه متغیر حمایت اجتماعی دریافتی بر میزان سلامت روان تأثیر می‌گذارد.

روش‌شناسی تحقیق

ابزار گردآوری و سنجش داده‌ها: پژوهش حاضر به روش پیمایشی و با ابزار پرسشنامه صورت گرفته است. مقیاس‌های مورد استفاده برای سنجش متغیرها استاندارد بوده و متناسب بودن آنها طی آزمونی مقدماتی مورد تأیید قرار گرفته است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 در معرض ارزیابی‌های توصیفی و تحلیلی قرار گرفته‌اند.

جامعه آماری و شیوه نمونه‌گیری: جامعه آماری مورد مطالعه، جمعیت ۱۸ سال به بالای کلانشهر تهران بوده (۶۲۶۰۷۷۰ نفر) و میزان حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران، ۳۸۴ نفر تخمین زده شده است اما جهت افزایش اعتبار داده‌های گردآوری شده و کاهش خطای نمونه‌گیری، تعداد ۵۲۴ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شد. بر این اساس با تکیه بر روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، در ابتدا کلانشهر تهران به پنج ناحیه شمالی، جنوبی، مرکزی، شرقی و غربی تقسیم‌بندی شده، در هر ناحیه فهرست مناطق واقع در آن تهیه شده، سپس فهرست محلات موجود در این مناطق فراهم گردیده و از بین نواحی مذکور، در نهایت ۳ محله به شکل تصادفی از هر ناحیه برای نمونه‌گیری و توزیع پرسشنامه برگزیده شد و پرسشنامه‌های مد نظر در نواحی مسکونی محلات گزینش شده توزیع گردید.

اعتبار و پایایی: جهت تعیین اعتبار پرسشنامه طراحی شده، از اعتبار صوری (وفاق داوران در مورد شاخص‌ها) بهره گرفته شده و به منظور ارزیابی میزان پایایی مفاهیم و ابعاد مورد سنجش، روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ مورد استفاده واقع شد:

جدول ۱: پایایی متغیرها و ابعاد آنها

آلفا	بعد	آلفا	مفهوم	آلفا	بعد	آلفا	مفهوم
۰/۷۸	دریافت های حسی	۰/۸۹	سلامت روان	۰/۸۳	روابط خانوادگی	۰/۸۱	انزوا اجتماعی
۰/۸۲	اضطراب و بی خوابی			۰/۸۴	روابط محلی		
۰/۷۵	توانایی مقابله و پایداری			۰/۴۸	روابط فرامحلی		
۰/۸۲	افسردگی و خودکشی			۰/۷۹	پیوندهای انجمنی		
				۰/۷۰	سرمایه اجتماعی ابزاری		
۰/۷۰		ابزاری		ابعاد	۰/۸۸	حمایت اجتماعی	
۰/۷۶		اطلاعاتی					
۰/۸۵		عاطفی					

تعریف و سنجش متغیرهای اصلی

۱) انزوا اجتماعی

تعریف مفهومی: انزوا اجتماعی به معنای فقدان عینی روابط و تعاملات و یا ضعف اتصال های فرد با سایر افراد، گروه ها و جامعه می باشد (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳: ۱۳-۱۲).

تعریف عملیاتی: جهت سنجش اتصال و ارتباط فرد با جامعه و همچنین قطب مخالف آن، یعنی فصل و انفصال فرد از جامعه، پنج بُعد در قالب طیف لیکرت در نظر گرفته شده است که دربرگیرنده ۴۵ گویه می باشد:

۱. روابط خانوادگی: این بعد میزان روابط فکری و عاطفی فرد را با اعضاء خانواده می سنجد. اگر بخواهید دست به فعالیت جدیدی بزنید برای انجام آن چقدر احتمال دارد با اعضای خانواده خود مشورت کنید؟
اگر شما تقاضایی از خانواده داشته باشید چقدر احتمال دارد آنها به درخواست شما پاسخ مثبت بدهند؟
اگر مسئله ای به وجود بیاید و شما را ناراحت کند، چقدر احتمال دارد که اعضای خانواده با شما همدلی کنند و به شما آرامش خاطر بدهند؟
اگر با مسئله ای مواجه شوید و ندانید چکار باید بکنید، چقدر احتمال دارد که اعضای خانواده به شما کمک مؤثر فکری بکنند؟
۲. روابط محلی: مرکب از روابط همسایگی و روابط معاملاتی محلی می باشد.
آیا شما با همسایگانتان ارتباط دارید؟
اگر یکی از همسایه های شما مریض شود، شما به عیادت او می روید؟

اگر به چیزی (مانند یک وسیله آشپزی) احتیاج داشته باشید، از همسایه‌های خود قرض می‌گیرید؟

اگر بخواهید به مسافرت بروید، منزلتان را به همسایه‌های خود می‌سپارید؟ تا به حال موردی پیش آمده که با همسایه‌ها در مورد مسائل و مشکلات محل زندگی‌تان مشورت کنید؟

اگر مراسمی مانند جشن عروسی یا نذر داشته باشید، همسایه‌های خود را دعوت می‌کنید؟ با همسایه‌های خود رفت‌وآمد خانوادگی دارید؟ میزان آشنایی شما با صاحبان مغازه‌ها و ارائه‌کنندگان کالاها و خدمات زیر به چه اندازه است؟ نانوا، قصاب، میوه‌فروش، کفاش، خیاط، صاحب رستوران و فست فودها، صاحب بنگاه‌های خرید و فروش املاک، فروشندگان لباس و پوشاک، لوازم التحریر فروش، کارمندان بانک. ۳. روابط فرامحلی: مرکب از تعاملات مستقیم و تعاملات با میانجی می‌باشد (تعاملی با میانجیگری وسایلی نظیر تلفن و پست الکترونیک).

شما با اقوام و خویشاوندانتان که در سایر نقاط شهر زندگی می‌کنند، چقدر رفت و آمد دارید؟

شما با همکارانتان که در سایر نقاط شهر زندگی می‌کنید، چقدر رفت و آمد دارید؟ شما با کسانی که به‌خاطر علاقه مشترک به یک موضوع خاص با هم ارتباط پیدا کرده‌اید و در حال حاضر در نقاط دیگر شهر زندگی می‌کنند، چقدر رفت و آمد دارید؟ میزان تماس‌های روزانه داخل شهری، میزان تماس‌های ماهانه با افراد ساکن در شهرستان، میزان تماس‌های سالیانه با افراد آشنا خارج از کشور، میزان استفاده از ایمیل، میزان استفاده از اینترنت.

۴. پیوندهای انجمنی: به میزان فعالیت فرد در انجمن‌های داوطلبانه مرتبط است که بر اساس علایق افراد شکل می‌گیرد.

میزان مشارکت شما در گروه‌های ادبی و فرهنگی، انجمن‌های علمی، امور شهر و مدارس، گروه‌های مذهبی، باشگاه‌های ورزشی، فرهنگ سرها، تعاونی‌ها و گروه‌های حرفه‌ای، مؤسسات خیریه، سازمان‌ها و نهادهای محلی، احزاب و تشکل‌های سیاسی.

۵. سرمایه اجتماعی ابزاری: میزان دسترسی افراد را به منابع اجتماعی نشان می‌دهد، منابعی که از طریق پیوندهای مستقیم و غیرمستقیم قابل دسترسی است (چلبی و امیرکافی،

میزان دریافت منابع مالی، مراقبت‌های ضروری، راهنمایی و مشاوره، کمک در امور روزمره زندگی، راهنمایی در برخورد با مشکلات

۲) حمایت اجتماعی

تعریف مفهومی: حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح یا توصیه سلامتی، حمایت عاطفی از دیگرانی که فرد به آنها علاقه‌مند است، یا ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی به شمار می‌روند، نظیر همسر، بستگان، دوستان و... (تیلور^۱، ۱۹۹۹).

تعریف عملیاتی: حمایت اجتماعی در سه بُعد مطابق با ۱۶ گویه‌ی پرسشنامه لین^۲ و همکارانش (۱۹۹۹) در قالب طیف لیکرت مورد سنجش قرار می‌گیرد:

۱. اطلاعاتی: راهنمایی، مشاوره، اطلاعات و بازخوردها را فراهم می‌کند. فردی که در هنگام برخورد با مشکلات شغلی و کاریتان بتوانید از مشورت، آگاهی و راهنمایی او استفاده کنید؟
 - فردی که در برخورد با مشکلات شخصی خود یا خانواده تان بتوانید از او مشورت بگیرید؟
 - فردی که از او بتوانید اطلاعات حقوقی و اداری برای امور خود بگیرید؟
 - فردی که از او در یافتن مواردی مانند یک مدرسه و یا یک پزشک مناسب برای خود و خانواده‌تان، اطلاعات بگیرید؟
 - فردی که در انجام اموری نظیر خرید یا اجاره خانه و یا ازدواج یکی از نزدیکان به شما آگاهی بدهد؟
 ۲. عاطفی: دربرگیرنده‌ی مراقبت، مهر و عطوفت و همدردی از جانب سایرین است.
 - فردی که با او بتوانید در ارتباط با مسائل شخصی درد و دل کنید؟
 - فردی که هنگامی که احساس تنهایی می‌کنید یا وقتی که نیاز به هم‌صحبت دارید، همراه شما باشد؟
 - فردی که درباره مشکلات کاریتان بتوانید با او صحبت کنید؟
 - فردی که احساس کنید شما را دوست دارد و به فکر شماست؟
 - فردی که در مورد موضوعی بسیار مهم و محرمانه بتوانید به عنوان یک رازدار با او صحبت کنید؟
- فردی که شما را درک کند و حرف‌های شما را بفهمد؟ (قدسی، ۱۳۸۲: ۱۸۵).

1. Taylor

2. Lin

۳. ابزاری: کمک‌های مادی و مواظبت‌های رفتاری را فراهم می‌کند و نوعی حمایت محسوس است.

فردی را داشته‌اید که به شما هنگام نیاز مالی پول بدهد؟

فردی که هنگامی که در خانه حضور ندارید (مثل زمان مسافرت) از خانه و خانواده شما مراقبت کند؟

فردی که به شما هنگام برخورد با مشکلات در ارتباط با ادارات دولتی کمک کند؟

فردی که در امور روزانه مانند خرید ارزاق، پرداختن فیش آب و... هنگامی که وقت لازم را ندارید، کمک کند؟

فردی که در مشکلاتی مثل بیماری خود یا یکی از اعضای خانواده یا فوت یک عزیز شما، بتوانید روی کمک او حساب کنید؟

فردی که به شما در مواقع ضروری مثل اساس‌کشی منزل یا تعمیرات جزئی خانه، کمک کند؟

۳) سلامت روان

تعریف مفهومی: سلامت روان یعنی «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن» (راضی، ۱۳۸۶: ۷۸).

تعریف عملیاتی: جهت سنجش سلامت روان، مقیاس ۴ بعدی گلدبرگ^۱ که در قالب طیف لیکرت شامل ۱۹ گویه می‌شود، به کار گرفته شده است:

۱. دریافت‌های حسی: شامل مواردی پیرامون احساس افراد در مورد وضع سلامت خود و

احساس خستگی می‌باشد و نشانه‌های بدنی را در برمی‌گیرد.

احساس می‌کنم که ناتوان و از پا افتاده شده‌ام.

احساس می‌کنم که بیمار هستم.

اخیراً سردرد داشته و در سرم احساس فشار و گرفتگی می‌کردم.

احساس می‌کنم که کاملاً خوب و سالم نیستم.

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

اخیراً به علت نگرانی‌های زیاد، خواب زیادی از دست داده‌ام.

بعد از خواب رفتن مشکلاتی در تداوم خواب داشته‌ام.

- احساس می‌کنم که به طور مداوم تحت فشارم و مکرراً عصبی و حساس می‌شوم.
 احساس می‌کنم که اخیراً بد خلق بوده و زود از جا در رفته‌ام.
۳. پایداری و توانایی مقابله با مسائل: گستره توانایی افراد را در مقابل خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی را آشکار می‌کند.
 اخیراً در انجام کارهایم کندتر بوده‌ام.
 احساس می‌کنم که نقش مفیدی در انجام کارهایم ندارم.
 قادر به لذت بردن از فعالیت‌های عادی و روزمره خود نبوده‌ام.
 حس می‌کنم توانایی تصمیم‌گیری در انجام فعالیت‌ها و کارها را ندارم.
 کلاً احساس می‌کنم که کارها را درست انجام نمی‌دهم.
۴. افسردگی و گرایش به خودکشی: دربرگیرنده مواردی است که با افسردگی و خیم و گرایش به خودکشی مرتبط اند.
 فکر می‌کنم فرد بی‌ارزشی هستم.
 احساس می‌کنم زندگی‌ام کاملاً نا امیدکننده است و دنیا ارزش ماندن ندارد.
 اوقاتی بوده که به سبب اعصاب بسیار خراب، قادر به انجام هیچ کاری نبوده‌ام.
 آرزو می‌کنم بمیرم تا از همه چیز خلاص بشوم.
 اغلب در مورد این که خودم را از بین ببرم، فکر می‌کنم.
 فکر پایان دادن به زندگی مرتب به سراغم می‌آید (راضی، ۱۳۸۶: ۹۰-۸۶).

تحلیل یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه: از ۵۲۴ شهروند مورد بررسی، ۵۱٪ مردان و ۴۹٪ را زنان تشکیل می‌دهند، از این تعداد ۵۰/۸٪ متأهل، ۴۶/۱٪ مجرد، ۱/۵٪ مطلقه و ۱/۵٪ نیز همسرشان فوت کرده است، جوان‌ترین پاسخگویان ۱۸ ساله و مسن‌ترین آنها ۸۰ ساله بوده و میانگین سنی آنها ۳۴/۰۲ می‌باشد. از نظر وضعیت تحصیلی، دارندگان مدارک دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس به ترتیب ۳۴، ۳۳/۴ و ۱۲/۱٪ از پاسخگویان را شامل شده و ۹٪ از افراد دارای مدرک سیکل و مقاطع پایین‌تر بوده و ۱/۴٪ نیز مدرک دکتری دارند. پایگاه اجتماعی و اقتصادی ۴۶٪ از پاسخگویان در حد متوسط به پایین، ۳۵/۵٪ در حد متوسط، ۱۰/۵٪ در حد متوسط به بالا، ۷/۶٪ در حد پایین و ۰/۴٪ نیز در حد بالا ارزیابی شد.

انزوای اجتماعی

جدول (۲) پیرامون توصیف متغیر انزوای اجتماعی و ابعاد آن ترسیم شده است. نتایج بررسی‌های آماری بیانگر این هستند که میانگین شاخص انزوای اجتماعی در حجم نمونه مورد بررسی بالاتر از سطح متوسط می‌باشد (۶۲/۹۴): به نحوی که نسبت افرادی که انزوای اجتماعی را در سطوح نسبتاً بالا و متوسط به بالا تجربه می‌کنند (۶۴/۳٪) چندین برابر افرادی است که انزوای اجتماعی را در مقیاس پایین و متوسط به پایین ادراک می‌کنند (۵/۷٪). همچنین بالاترین میزان توسعه انزوا در بعد پیوندهای انجمنی (۸۰/۹۹) و روابط محلی (۷۳/۱۲) و پایین‌ترین میزان انزوا در بعد روابط خانوادگی (۳۰/۴۶) قابل مشاهده است: بدین معنی که عضویت و مشارکت افراد در انجمن‌های داوطلبانه بسیار ضعیف بوده و شهروندان در توسعه روابط محلی خود (روابط همسایگی و معاملات محلی) با مشکلاتی روبه‌رو هستند.

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ابعاد انزوای اجتماعی

انزوای اجتماعی	روابط خانوادگی		روابط محلی		روابط فرامحلی		پیوندهای انجمنی		سرمایه اجتماعی ابزاری		انزوای اجتماعی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
بالا	۳/۸	۲۰	۴۰/۳	۲۱۱	۱۵/۵	۸۱	۶۰/۳	۳۰۷	۴۲/۶	۲۲۳	۵/۲	۲۷
متوسط به بالا	۶/۷	۳۵	۴۳/۱	۲۲۶	۴۰/۵	۲۱۲	۲۶/۷	۱۳۶	۱۹/۵	۱۰۲	۵۹/۲	۳۱۰
متوسط	۱۵/۱	۷۹	۱۰/۵	۵۵	۳۴/۴	۱۸۰	۸/۳	۴۲	۲۰/۴	۱۰۷	۳۰	۱۵۷
متوسط به پایین	۳۵/۲	۱۸۴	۳/۶	۱۹	۸/۸	۴۶	۲/۲	۱۱	۱۰/۳	۵۴	۳/۸	۲۰
پایین	۳۹/۱	۲۰۴	۲/۵	۱۳	۱	۵	۲/۶	۱۳	۷/۳	۳۸	۱/۹	۱۰
میانگین ^۱	۳۰/۴۶		۷۳/۱۲		۶۲/۰۹		۸۰/۹۹		۳۱/۹۷		۶۲/۹۴	
انحراف معیار	۲۱/۹۳		۱۸/۶۴		۱۶/۸۵		۲۰/۵۲		۲۷/۶۵		۱۳/۷۲	

سلامت روان

جدول (۳) پیرامون توصیف متغیر سلامت روان و ابعاد آن ترسیم شده است. ارقام مرتبط به شاخصه‌های سلامت روان بیانگر این هستند که حجم نمونه مورد بررسی از منظر وضعیت سلامت روان از شرایط مطلوبی برخوردار می‌باشد؛ به نحوی که میانگین میزان سلامت روان شهروندان تهرانی ۶۷/۷۳ می‌باشد و درصد افرادی که از سلامت روان در سطح بالا و متوسط به بالایی برخوردارند، چندین برابر افرادی است که از وضعیت سلامت روان مناسبی برخوردار

۱. میانگین بالاتر در این متغیر به معنی انزوای بیشتر می‌باشد.

نیستند. بررسی ابعاد این متغیر دلالت بر این دارد که کمترین آسیب‌پذیری و بالاترین میزان سلامت مرتبط به بعد افسردگی و گرایش به خودکشی می‌باشد و معدود مشکلات موجود به بعد اضطراب و بی‌خوابی بازمی‌گردد که این بعد نیز از منظر سلامت بالاتر از حد متوسط (۵۰) می‌باشد.

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ابعاد سلامت روان

انحراف معیار	میانگین ^۱	سالم	آسیب پذیر	کاملاً آسیب پذیر	سلامت روان
۲۶/۵۵	۵۷/۵۹	۴۵/۷	۲۷/۱	۲۶/۵	اضطراب و بی‌خوابی
۲۱/۱۱	۷۰/۷۶	۷۹/۲	۱۳/۳	۷/۵	افسردگی و گرایش به خودکشی
۱۹/۱۲	۶۰/۸۳	۴۶	۳۹/۲	۱۴/۸	پایداری و توانایی مقابله با مسائل
۲۱/۶۶	۷۳/۱۶	۷۳/۸	۱۷	۹/۲	دریافت های حسی
۱۶/۶۴	۶۷/۶۳	۶۹/۶	۲۴/۷	۵/۷	شاخص کل ارزیابی سلامت روان

حمایت اجتماعی

جدول (۴) پیرامون توصیف متغیر حمایت اجتماعی و ابعاد آن ترسیم شده است. یافته‌های آماری پیرامون وضعیت متغیر مذکور نشانگر این هستند که میزان برخورداری حجم نمونه از حمایت اجتماعی بالاتر از حد متوسط می‌باشد (۶۱/۶۰): به نحوی که حمایت اجتماعی دریافتی ۴۷/۱٪ از افراد در سطح بالا ارزیابی شده درحالی که تنها ۱۷/۲٪ از سطح پایین و ۳۵/۷٪ از سطح متوسط حمایت اجتماعی برخوردارند. مقایسه ابعاد حمایت اجتماعی نشان می‌دهد که بالاترین میزان حمایت متعلق به بُعد عاطفی (۶۶/۸۶) می‌باشد؛ بدین معنی که اکثریت ۶۲ درصدی از شهروندان در سطح بالایی از حمایت عاطفی برخوردارند.

۱. میانگین بالاتر در این بعد به معنی وضعیت سلامت روان مطلوب تر می‌باشد.

جدول ۴: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ابعاد حمایت اجتماعی

ابعاد	ابزاری		اطلاعاتی		عاطفی		حمایت اجتماعی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بالا	۲۶۴	۵۰/۴	۲۲۸	۴۳/۵	۳۲۵	۶۲	۲۴۷	۴۷/۱
متوسط	۱۷۰	۳۲/۴	۱۵۷	۳۰	۱۱۴	۲۱/۸	۱۸۷	۳۵/۷
پایین	۹۰	۱۷/۲	۱۳۸	۲۶/۵	۸۵	۱۶/۲	۹۰	۱۷/۲
میانگین	۶۰/۴۶		۵۷/۱۱		۶۶/۸۶		۶۱/۶۰	
انحراف معیار	۲۸/۷۷		۳۱/۰۳		۳۱/۰۴		۲۵/۴۰	

یافته‌های تحلیلی

جدول (۵) پیرامون آزمون فرضیه ارتباط میان انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی ترسیم شده است. ضریب همبستگی ارائه شده در جدول مذکور دلالت بر این دارد که بین متغیر انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی دریافتی، رابطه معنادار، منفی و معکوس وجود دارد. بدین معنا که با افزایش در میزان انزوای اجتماعی شهروندان، از سطوح حمایت اجتماعی دریافتی آنها کاسته می‌گردد. همچنین ابعاد ابزاری (۰/۳۲۵-) و اطلاعاتی (۰/۳۰۳-) حمایت اجتماعی به ترتیب بالاترین میزان همبستگی را با متغیر انزوای اجتماعی به خود اختصاص داده‌اند: لذا به هر اندازه میزان انزوای اجتماعی شهروندان بیشتر شود از میزان کمک‌های مادی و مواظبت‌های رفتاری و نیز راهنمایی، مشاوره، اطلاعات و بازخوردها از سوی دیگران نسبت به آنها کاسته خواهد شد. بدین ترتیب فرضیه تحقیق پیرامون ارتباط دو متغیر انزوا و حمایت مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۵: ضریب همبستگی میان متغیرهای انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی

ضریب همبستگی پیرسون	ابعاد			حمایت اجتماعی
	اطلاعاتی	ابزاری	عاطفی	
همبستگی	۰/۳۰۳-	۰/۳۲۵-	۰/۲۵۷-	۰/۳۵۰-
Sig.	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
تعداد	۵۲۴	۵۲۳	۵۲۴	۵۲۴

آزمون ضریب همبستگی مندرج در جدول (۶) که پیرامون آزمون ارتباط میان حمایت اجتماعی و سلامت روان شهروندان تهرانی ترسیم شده است حاکی از رابطه‌ای معنادار، مثبت و مستقیم میان دو متغیر یاد شده است. ضریب حاصل از این رابطه برابر با (۰/۳۰۲) و سطح معناداری آن (۰/۰۰۰) می‌باشد. بدین ترتیب فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار گرفته و به هر

میزان که شهروندان حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کنند از سطوح سلامت روان مطلوب‌تری برخوردار خواهند بود. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بعد افسردگی و گرایش به خودکشی بالاترین میزان همبستگی را با سازه حمایت اجتماعی دارد، لذا به هراندازه شهروندان از میزان حمایت بیشتری برخوردار باشند، از گرایش‌های منفی آنها به افسردگی و تمایل به خودکشی کاسته خواهد شد.

جدول ۶: ضریب همبستگی میان متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت روان

سلامت روان	ابعاد				ضریب همبستگی پیرسون	
	دریافت‌های حسی	پایداری و مقابله با مسائل	افسردگی و نیل به خودکشی	اضطراب و بی‌خوابی	حمایت اجتماعی	همبستگی
۰/۳۰۲	۰/۲۴۹	۰/۲۴۰	۰/۲۹۵	۰/۱۵۵	حمایت اجتماعی	همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	Sig.	همبستگی
۵۱۳	۵۱۱	۵۱۳	۵۱۳	۵۱۳	تعداد	تعداد

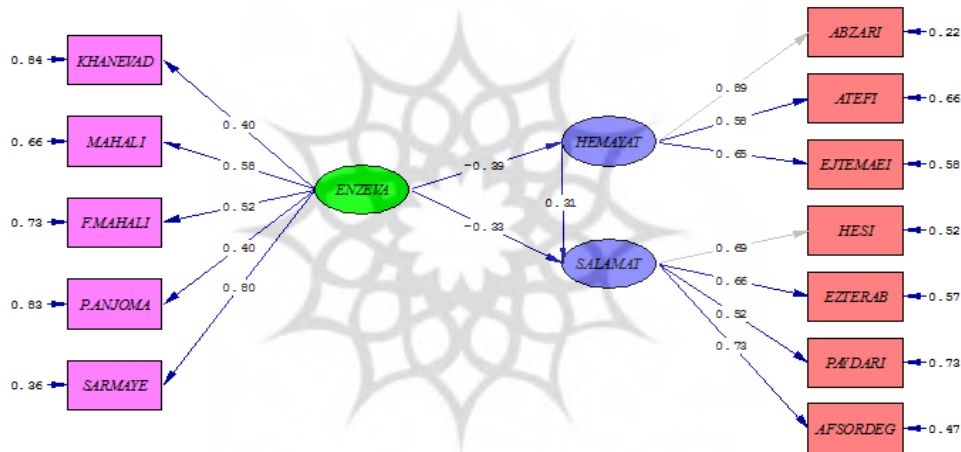
جدول (۷) پیرامون آزمون فرضیه ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان ترسیم‌شده است. بررسی ارتباط میان دو متغیر مذکور مطابق با ضریب همبستگی پیرسون، بیانگر رابطه‌ای معنادار، منفی و معکوس می‌باشد. ضریب حاصل از این رابطه (۰/۲۱۱-) و سطح معناداری آن برابر (۰/۰۰۰) است؛ بدین معنی که با افزایش میزان انزوای اجتماعی شهروندان از سطوح سلامت روان آنها کاسته می‌گردد و آسیب‌پذیری آنها در برابر اختلالات روانی افزایش می‌یابد. همچنین، یافته‌ها دلالت بر این دارند که بعد پایداری و مقابله با مسائل، میزان همبستگی بالاتری نسبت به سایر ابعاد سلامت روان با انزوای اجتماعی دارد، لذا به هر اندازه که میزان انزوای اجتماعی شهروندان افزوده گردد، میزان پایداری و توانایی مقابله آنان با مسائل و مشکلات زندگی تنزل می‌یابد. بدین ترتیب فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد.

جدول ۷: ضریب همبستگی میان متغیرهای انزوای اجتماعی و سلامت روان

سلامت روان	ابعاد				ضریب همبستگی پیرسون	
	دریافت‌های حسی	پایداری و مقابله با مسائل	افسردگی و نیل به خودکشی	اضطراب و بی‌خوابی	انزوای اجتماعی	همبستگی
۰/۲۱۱	۰/۱۶۷	۰/۲۲۵	۰/۱۲۸	۰/۱۰۸	انزوای اجتماعی	همبستگی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۱۴	Sig.	همبستگی
۵۱۳	۵۱۳	۵۱۳	۵۱۳	۵۱۳	تعداد	تعداد

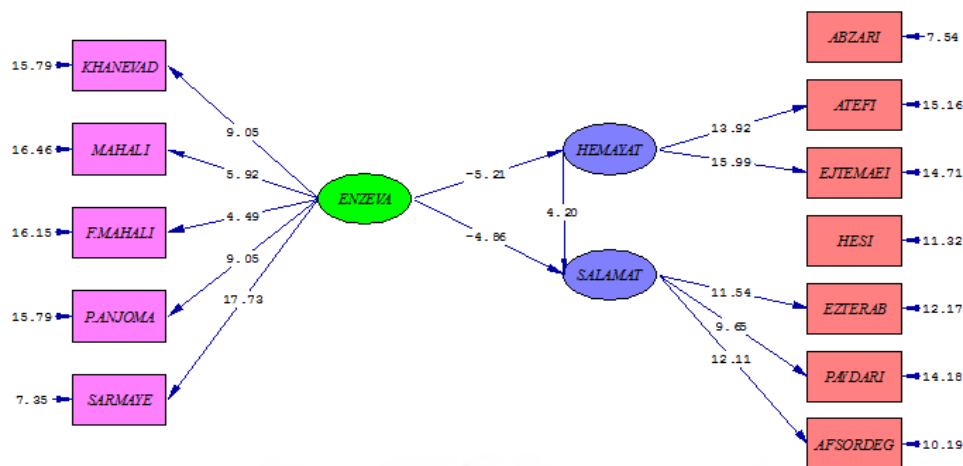
تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر سلامت روان

پس از بررسی روابط دو متغیره میان متغیرهای اصلی تحقیق، در این قسمت به ارزیابی و بررسی مدل مفهومی تحقیق و مفروضات آن و تصریح ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان با میانجیگری متغیر حمایت اجتماعی، پرداخته می‌شود. همچنین با به‌کارگیری تحلیل مسیر به بررسی این مسئله پرداخته می‌شود که کدام یک از متغیرهای انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی، در تبیین سلامت روان نقش غالب‌تری دارند و تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بیشتری بر سلامت روان بر جای می‌گذارند. در ادامه نتایج حاصل از اجرای تحلیل مسیر در نرم‌افزار مدل‌سازی معادلات ساختاری لیزرل نمایش داده شده است که نتایج حاصل از اجرای مدل به شرح ذیل می‌باشد؛



Chi-Square=175.99, df=51, P-value=0.06500, RMSEA=0.010

شکل ۲: مدل معادلات ساختاری تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت روان با میانجی‌گری حمایت اجتماعی (در حالت استاندارد)



Chi-Square=175.99, df=51, P-value=0.06500, RMSEA=0.010

شکل ۳: مدل معادلات ساختاری تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت روان با میانجی‌گری حمایت اجتماعی (در حالت معنی‌داری)

نتایج حاصل از تحلیل مسیر (اشکال ۲ و ۳ و جداول ۸ و ۹) مؤید این مطلب است که حمایت اجتماعی (با ضریب ۰/۳۱) تأثیر مثبت و مستقیمی بر سلامت روان دارد. به بیانی دیگر، با افزایش میزان حمایت اجتماعی، سلامت روان شهروندان در وضعیت مطلوب‌تری جای می‌گیرد. همچنین نتایج نشان داد که متغیر انزوای اجتماعی علاوه بر تأثیرگذاری مستقیم (۰/۳۳-) بر سلامت روان شهروندان، با واسطه متغیر میزان حمایت اجتماعی (با ضریب ۰/۱۲-) تأثیر کاهنده و غیرمستقیمی بر سلامت روان دارد. لذا اگر خواهان بهبود وضعیت سلامت روان شهروندان هستیم، باید شرایطی فراهم شود که افراد جامعه از وضعیت انفصال در روابط رهایی یابند و تعاملات اجتماعی آنها که خود تأمین‌کننده حمایت‌های اجتماعی متنوعی در ابعاد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می‌باشد، تقویت شود تا از توسعه اختلالات روانی در جامعه ممانعت به عمل آید.

تفسیر برازش مدل: با توجه به خروجی لیزرل که در جدول (۸) ارائه شده، مقدار χ^2/df محاسبه شده ۳/۴۵ است: وجود χ^2/df کوچک‌تر از ۵ نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. همچنین ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) می‌بایستی کمتر از ۰/۰۸ باشد که در مدل ارائه شده این مقدار برابر ۰/۱۰ است. میزان مؤلفه‌های GFI و $AGFI$ و NFI و CFI نیز باید بیشتر از ۰/۹۰ باشد که در مدل تحت بررسی به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۹۰ و ۰/۹۴ و

۰/۹۴ است. مقدار RMR نیز بایستی باید کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد که در مدل تحت بررسی برابر ۰/۰۴۶ است. لذا با توجه به شاخص‌ها و خروجی‌های نرم‌افزار لیزرل، داده‌ها نسبتاً با مدل منطبق هستند و شاخص‌های ارائه شده نشان دهنده این موضوع هستند که در مجموع مدل ارائه شده، مدل مناسبی است و داده‌های تجربی اصطلاحاً به خوبی با آن منطبق می‌باشند.

جدول ۸: نتایج اجرای مدل معادلات ساختاری تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت روان با میانجی‌گری حمایت اجتماعی

نتیجه	ضریب معنی‌داری (t-value)	ضریب استاندارد (β)	فرضیه
معنی‌دار	-۵/۲۱	-۰/۳۹	انزوای اجتماعی \leftarrow حمایت اجتماعی
معنی‌دار	-۴/۸۶	-۰/۳۳	انزوای اجتماعی \leftarrow سلامت روان
معنی‌دار	۴/۲۱	۰/۳۱	حمایت اجتماعی \leftarrow سلامت روان

$Chi-Square=175/99$ $df = 51$ $RMSEA = 0/10$ $GFI = 0/91$ $AGFI = 0/90$ $CFI = 0/94$ $NFI = 0/94$ $RMR=0/046$

جدول ۹: نتایج حاصل از تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر سلامت روان

متغیر	متغیر وابسته	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
فرضیات مستقل	حمایت اجتماعی	۰/۳۱	-	۰/۳۱
	انزوای اجتماعی	-۰/۳۳	$(-0/39) \times (0/31) = -0/12$	-۰/۴۵

بحث و نتیجه‌گیری

سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معانی، پدیده‌هایی هستند که مورد توجه و علاقه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری قرار گرفته‌اند و نقشی اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها ایفا می‌کنند. امروزه زندگی شهری و اقتضات آن، افراد را با فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی مواجه کرده است که این مسئله یکی از مهم‌ترین ابعاد سلامتی و رفاه یعنی سلامت روانی را کانون توجه بسیاری از مطالعات چون مطالعه حاضر قرار داده است. سلامت روان گرچه در نگاه نخست مفهومی روانشناختی به نظر می‌آید اما خود متأثر از مجموعه‌ای از

عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و محیطی می‌باشد. مطابق با تئوری‌های دورکیم و بالبی، ترتیبات ساختاری نهادهای اجتماعی بر منابع در دسترس افراد مؤثر بوده و بدین‌رو بر واکنش‌های عاطفی و روانی آنها تأثیر می‌گذارد. دورکیم بر این باور است که مشارکت در امور گروه و یا جامعه می‌تواند منجر به افزایش احساس تعلق به گروه و جامعه شود و هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش قوی‌تر باشد، احتمال انزوا و به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد. از جانبی با به‌کارگیری رویکرد شبکه، انزوای اجتماعی در رابطه با وسعت شبکه‌های روابط اجتماعی که هر فرد در آن درگیر است، تعریف شد؛ چراکه وجود شبکه‌های اجتماعی به صورت حائلی در مقابل عوامل فشارزای درونی عمل می‌کند که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار، اثر بسیار مؤثری بر عزت‌نفس افراد و افزایش توان مقابله با مشکلات و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌گردد. در این فرایند حمایت اجتماعی همچون سپری مانع نفوذ استرس در فرد شده و سبب می‌گردد تا هر چه بیشتر از تجارب منفی پرهیز کند. لذا حمایت اجتماعی فراهم‌شده توسط شبکه‌های روابط اجتماعی با تأمین منابع اجتماعی برای افراد در برخورد با فشارهای روانی، سلامت روان را تضمین می‌کنند. بدین لحاظ مطالعه حاضر متمرکز بر دو عامل انزوا و حمایت به عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان بوده و با تمرکز بر رویکرد شبکه و نقش میانجیگرانه‌ی حمایت اجتماعی، ۵۲۴ نفر از شهروندان تهرانی را به روش پیمایشی و به واسطه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای گزینش و ارزیابی کرده است.

نتایج پژوهش در بُعد توصیفی نشان دادند که میانگین شیوع انزوای اجتماعی در میان شهروندان تهرانی، ۶۲/۹۴ می‌باشد: بدین معنی که اکثریت ۵۹ درصدی شهروندان، انزوای اجتماعی را در سطح متوسط به بالا تجربه می‌کنند. بالاترین میزان انزوا نیز در بعد پیوندهای انجمنی مشاهده می‌شود. در زمینه سلامت روان یافته‌ها نشان می‌دهند که میانگین شاخص کل این متغیر، ۶۷/۶۳ می‌باشد به طوری که اکثریت ۶۹ درصدی افراد در وضعیت روانی سالم و در حدود ۳۰٪ در وضعیت آسیب‌پذیر قرار گرفته‌اند. بالاترین میزان سلامت روان نیز در بعد دریافت‌های حسی تجربه می‌گردد. همچنین ارزیابی شاخص کل حمایت اجتماعی بیانگر این است که ۴۷/۱٪ شهروندان در حد بالا، ۳۵/۷٪ در حد متوسط و ۱۷/۲٪ در حد پایین از حمایت اجتماعی برخوردار بوده و حمایت عاطفی بالاترین میزان حمایت دریافتی را به خود اختصاص داده است.

در بعد تحلیلی یافته‌ها نشان دادند که رابطه‌ای معنادار، منفی و معکوس میان متغیرهای انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی وجود دارد: به هراندازه میزان روابط اجتماعی افراد کاهش

یابد و بر میزان انزوا و انفعال در شبکه روابط آنها افزوده گردد، از میزان حمایت اجتماعی دریافتی آنها کاسته خواهد شد: انسان‌ها برای بقاء و زندگی به یکدیگر وابسته‌اند و روابط اجتماعی‌شان، تأمین‌کننده منابع اجتماعی‌ای چون انواع حمایت اطلاعاتی، عاطفی و ابزاری می‌باشد، به همین دلیل تعاملات انسانی اهمیت زیادی برای بهزیستی انسانی دارد. یافته‌ها پیرامون فرضیه ارتباط میان متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت روان نیز بیانگر رابطه‌ای معنادار، مثبت و مستقیم بودند: تأیید این فرضیه نتایج مطالعات ریاحی و همکارانش (۱۳۸۹)، مرادی و همکارانش (۱۳۹۱)، آدامسیک و سرچین (۲۰۱۵) و توین‌من و همکارانش (۲۰۰۶) را در مورد تأثیر مثبت حمایت بر سلامت مورد تصدیق قرار می‌دهند. برخورداری از حمایت اجتماعی یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم در بهداشت روان است؛ افراد وقتی می‌دانند که از طرف خانواده، دوستان و نزدیکان حمایت می‌شوند، احساس خشنودی بیشتری داشته و در مقابله با مشکلات با منطق و عملکرد بهتری عمل می‌کنند. حمایت اجتماعی تحمل بار فشارهای روانی را ممکن ساخته و فقدان حمایت موجب آسیب‌پذیری در مقابل فشار و استرس شده و زمینه را برای بروز انواع اختلالات روانی چون افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکردهای اجتماعی فراهم می‌آورد. از جانب دیگر فرضیه اصلی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان نیز حاکی از رابطه‌ای معنادار و منفی می‌باشد. این یافته در تطابق با نتایج مطالعات پورشهریاری (۱۳۸۶)، چلبی و امیرکافی (۱۳۸۳)، کاووچی و برکمن (۲۰۰۱) و روهد و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهند که انزوای اجتماعی افراد را از مشارکت‌های رسمی و غیررسمی در جامعه محروم ساخته و مبادله و دلبستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد، موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم و روابط گفتگومانی می‌شود، فرصت‌های مناسب برای باهم زندگی کردن، باهم کار کردن، باهم تجربه کردن و باهم بودن را سلب می‌کند، روابط طولانی، پایدار و عمیق را غیرممکن ساخته و بدین ترتیب با کاهش منابع حمایتی ناشی از تعاملات اجتماعی، منجر به توسعه فشار و اختلالات روانی می‌شود. افزون بر این، نتایج حاصل از تحلیل مسیر مدل مفهومی تحقیق دلالت بر این داشت که متغیر انزوای اجتماعی در مقایسه با متغیر حمایت اجتماعی، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بیشتری (۰/۴۵-) بر میزان سلامت روان شهروندان تهرانی دارد. بدین ترتیب جهت بهبود وضعیت سلامت روان شهروندان، باید شرایطی فراهم شود که افراد جامعه از انزوای اجتماعی رها شده و تعاملات اجتماعی آنها که خود تأمین‌کننده انواع حمایت‌های اجتماعی می‌باشد، تقویت گردد تا از توسعه اختلالات روانی در جامعه ممانعت به عمل آید.

در مجموع، نتایج مطالعه حاضر بیانگر این هستند که روابط اجتماعی در جامعه مدرن برای عملکرد اجتماعی و روانی انسان‌ها ضروری بوده و افرادی که نمی‌توانند در جامعه مشارکت داشته باشند و قادر به ساختن و حفظ روابط معنادار نیز نیستند، گرفتار انزوای اجتماعی شده و از منابع حاصل از روابط محروم می‌گردند و فقدان این شبکه‌های حمایتی، منجر به افزایش اضطراب گشته و دوره‌های بحران، تنش و اختلالات روانی را به همراه می‌آورد. بر این اساس، پیشنهادات ذیل جهت مواجهه و رفع انزوای اجتماعی و متعاقب آن بهبود سلامت روان شهروندان توصیه می‌گردد.

- توسعه فعالیت‌های اجتماعی و گروهی در سراهای محله شهر تهران جهت بسط روابط اجتماعی و تعاملات محلی میان شهروندان.
- ایجاد فضا و امکانات مناسب برای انجام فعالیت‌های تفریحی - خانوادگی و برگزاری مسابقات ورزشی و فرهنگی گروهی میان مناطق و محلات مختلف درون شهری جهت توسعه روابط اجتماعی درون شبکه و برون شبکه‌ای در راستای افزایش ارتقای سلامت روان شهروندان.
- ترغیب مشارکت بیشتر شهروندان در انجمن‌های اجتماعی و گروه‌های ادبی - هنری، انجمن‌های علمی، فرهنگ‌سراها، مؤسسات خیریه و احزاب و تشکل‌های سیاسی بالأخص از این جهت که بر اساس آمارهای برآورد شده انزوا، میزان مشارکت ساکنین مناطق مختلف تهران در این قبیل انجمن‌ها و شبکه‌های اجتماعی رسمی بسیار پایین است. مشارکت حداکثری، از عوامل محدودکننده انزوای اجتماعی در میان شهروندان است.
- توسعه نهادهای محلی حمایتی، بالأخص نهادهایی که انواع حمایت‌های عاطفی را برای رده‌های سنی مختلف تأمین می‌نمایند.

منابع

- افشانی، سیدعلیرضا و شیرین محمدآباد، حلیمه (۱۳۹۴)، بررسی رابطه میزان احساس انزوای اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد"، تهران: دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی. بهزاد، داود (۱۳۸۱)، سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقای سلامت روان، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۲، شماره ۶.
- پورشه‌ریاری، مه‌سیما (۱۳۸۶)، مقایسه افسردگی، انزوای اجتماعی و ارتباطات خانوادگی دانش‌آموزان دختر کاربر و غیر کاربر اینترنتی دبیرستان‌های تهران، مطالعات روانشناختی، دوره ۳، شماره ۲.
- چلبی، مسعود و امیرکافی، مهدی (۱۳۸۳)، تحلیل چند سطحی انزوای اجتماعی، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ۵، شماره ۲.
- حسینی، احمد و دودمان فیروزسالاری، سمانه (۱۳۸۹)، نقش حمایت اجتماعی در میزان سلامت روان کارمندان جوان شهرداری تهران، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۳.
- راضی، اشرف (۱۳۸۶)، بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی و سلامت روان جوانان (مطالعه‌ی موردی دانشجویان دانشگاه تهران)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- ریاحی، محمداسماعیل؛ علی‌وردی‌نیا، علی‌اکبر و سیده‌زینب پورحسین (۱۳۸۹)، بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۱۰، شماره ۳۹.
- شفیعی قهفرخی، فرخ (۱۳۷۳)، حمایت اجتماعی و بهداشت روانی، بهداشت جهان، سال ۸، شماره ۱.
- قدسی، علی محمد (۱۳۸۲)، بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- محسنی‌تبریزی، علیرضا (۱۳۸۶)، رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه تهران"، فصلنامه مطالعات جوانان، شماره ۱۱.
- مرادی، اعظم؛ صغری، طاهری؛ جوانبخت، فاطمه و عقیل طاهری (۱۳۹۱)، فراتحلیل تحقیقات انجام‌شده درباره رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۰، شماره ۶.
- هورتولانوس، رولف؛ انجا، مشیلز و لودوین میوسن (۱۳۹۴)، *انزوای اجتماعی در جامعه مدرن*، ترجمه لیلیا فلاحی سرابی و صادق پیوسته، چاپ اول، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- Adamczyk, K. and Segrin, C. (2015), Perceived Social Support and Mental Health Among Single vs. Partnered Polish Young Adults, *Curr Psychol* 34: 82-96.
- Carolin, B. B. (2000), *Migration Theory: Talking Across Discipline*, New York, Roulades.
- Hawthorne, H. (2006), Measuring social isolation in older adults: development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 77: 521-548.
- House, J. S. (2001), Social isolation kills, but how and why? *Psychosomatic medicine*, 63: 273-274.
- Kawachi, I. and Berkman, L.F. (2000), Social ties and mental health, medlind publication. (www.hebi.nlm.nih.gov).
- Lepore, S. J.; Evans, G. W. and Schneider, M. L. (1991), Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *J Pers Soc Psychol*, 61(6): 899-909.

- Parigi, P. and Henson, W. (2014), Social Isolation in America, *Annual Review of Sociology*, 40: 153-171.
- Perlman, D. and Peplau, L. A. (1981), Theoretical approaches to loneliness. In: L.A. Peplau and D. Perlman, loneliness: A sourcebook of current theory, *research and therapy*, (123-134). New York: Wiley.
- Putnam, R. D. (2000), *Bowling Alone: the collapse and revival of American community*, Simon and Schuster, New York.
- Ritzer, G. (2011), *Sociological Theories*, eighth edition, New York: Mac Grew Hill publications.
- Rohde, N.; Mmbrosoq C.; Ki Tang, K. and Rao, P. (2015), Estimating the Mental Health Effects of Social Isolation, *Applied Research in Quality of Life*: 7(8): 1-17.
- Sarason, B. R.; Garason, I. G. and Gurung, R. A. R. (2001), Close personal relationship and health outcomes: A key to the role of social support. In: B. Sarason and S. Duck (eds), *personal relationship: Implication for Clinical and Community psychology* (15-41). New York: John Wiley.
- Taylor, S. E. (1999), *Health psychology*. Fourth edition, New York: Mac Grew Hill publications.
- Tuinman, M. and Hoekstr, H. (2006), Self-esteem, social support, and mental health in survivors of testicular cancer. *American Journal of Psychiatry*. 24, 279-286.
- Whiteford, H. (2000), *Human, capital, social capital and mental health (WFMH: third quarter new fetter)*, copy right 1998-2000 world federation for mental health.
- WHO. (2001), *The World Health Report: Mental Health*, Geneva, World Health Organization.

**Isolation and health:
Survey the relationship between social isolation and mental health of +18
Years citizens with attention to the mediation role of social support**

Abdolhosein kalantari¹

Seyyed Saied Hoseynizadeh Arani²

Ayoub sakhaei³

Hosein Emamalizadeh⁴

Abstract

Mental health as the most basic constituents of social welfare is not merely biological or psychological reality, but also has a social dimension and nature and is influenced by factors such as social isolation and social support. The purpose of this study is Survey the impact of social isolation on the mental health of Tehran citizens with attention to the mediation role of social support. The research method is survey and data collection tool is questionnaire. Cochran formula is used to select the sample size and 524 citizens of +18 Years in 1393 were selected by multistage cluster sampling. Descriptive findings showed that 59 percent of Tehran citizens are experiencing moderate to high isolation level, 69 percent of them were in good mental health and the Average of social support was 61/60. In the analytical section, hypothesis testing showed that there is negative and significant relationship between social isolation with social support and mental health and Social support had a positive and significant relationship with mental health. The results of the path analysis also showed that the social isolation variable compared to social support variable, have more direct and indirect impact (-.45) on the mental health of Tehran citizens. Overall, the results of this study suggest that with increasing social isolation, reduced levels of social support and mental health conditions will be at vulnerable Situation.

Key words: social isolation, social support, mental health, Tehran citizens

1- Associate Professor Faculty of Social Sciences of Tehran University (Corresponding Author) ,
Email: abkalantari@ut.ac.ir

2- PhD student of social issues, Kashan University, Email: hoseynizadeh69@ut.ac.ir

3- PhD student of social issues, Kashan University, Email: sakhaie84@yahoo.com

4- PhD student of social issues, Kashan University, Email: alizadeh8282@ymail.com