

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۴ تابستان ۱۳۹۳

رابطه ساده و چندگانه اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول

مسعود برومندنسب^۱

عبدالرضا اکبری بیاتیانی^۲

ناهید گنجعلی‌وند^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ساده و چندگانه اندازه شبکه اجتماعی و سلامت عمومی با احساس تنهایی در دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول بود. به این منظور نمونه‌ای به تعداد ۳۰۷ نفر (۱۲۲ دختر و ۱۸۵ پسر) با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب و به وسیله پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی نوربک، سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) و احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین اندازه شبکه اجتماعی و سلامت عمومی رابطه مثبت معنادار و بین احساس تنهایی و سلامت عمومی رابطه منفی معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت عمومی هستند. سطح معناداری در این پژوهش $p < 0/05$ بود.

واژگان کلیدی: احساس تنهایی، اندازه شبکه اجتماعی، سلامت عمومی.

۱- عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول (نویسنده مسئول) Email:boroumand_md@yahoo.com

۲- گروه مشاوره، مرکز آموزش عالی شهید رجایی دزفول، دانشگاه فرهنگیان

۳- عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول

مقدمه

یکی از رویدادهای مهم برای هر جوان ایرانی قبول شدن در دانشگاه است و اصولاً دانشجویان به دلیل شرایط خاص دانشجویی از جمله دوری از خانواده، وارد شدن به مجموعه‌ای بزرگ و پرتنش مثل دانشگاه، مشکلات اقتصادی، نبود آینده روشن، حجم زیاد دروس، رقابت‌های فشرده و... مستعد از دست دادن سلامت روانی و جسمانی بوده و نیازمند توجه و تحقیق محققان و مسئولان هستند (طهماسبیان، عارفی، جهانگیری و حیدری اصل، ۱۳۹۰).

اما به لحاظ اهمیت موضوع و گستردگی سلامت برای آن تعاریف متعددی وجود دارد که پذیرفته‌شده‌ترین آنها، تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ میلادی است: «سلامت حالت رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست» (گروسی و صوفیانی، ۱۳۸۷). سلامتی یک «ادراک شخصی» است که زیر تأثیر عوامل جسمانی، روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌پذیرد (محمدی، ۱۳۸۳). و شبکه اجتماعی شامل همه پیوندها یا تماس‌هایی است که یک شخص با افراد خانواده، خویشاوندان، دوستان و همکاران خود دارد (ایمانی، ۱۳۸۲).

سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی، روحی، عاطفی و اجتماعی می‌باشد که بعد جسمانی سلامت را به‌علت اینکه دال بر عملکرد کامل اعضای بدن به‌صورت نرمال است را از همه آسان‌تر و برعکس بعد سلامت روانی را بسیار سخت می‌توان درک کرد، با این وجود عوامل بسیار زیادی سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند که مهم‌ترین آنها وراثت، محیط زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی و... می‌باشند (گروسی فرشی و صوفیانی، ۱۳۸۷؛ ربابی، محفوظ‌پور و روحانی، ۱۳۸۱).

اولین نظریه‌هایی که تأثیر ارتباطات اجتماعی را بر سلامت مطرح کردند نظریه یکپارچگی اجتماعی دورکیم^۱ و نظریه دلبستگی بالبی^۲ بودند (برکمن و همکاران^۳، ۲۰۰۰)

1- social integration Durkheim
3- Berkman et al

2- attachment theory Bowlby

و پژوهش‌های زیادی به‌دنباله آنها مانند پژوهش‌های گاونیک^۱ (۱۹۹۳) و وارن^۲ (۱۹۸۱) نشان دادند که ارتباط‌های معنادار با خانواده، دوستان و اطرافیان سهم بزرگی در سلامتی افراد دارد (به نقل از شاهنده، ۱۳۸۲). در ضمن شبکه‌های اجتماعی می‌توانند نقشی مهم در رفع نیازهای فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ایفا نمایند. اعضای شبکه می‌توانند به فرد مستقیماً کمک کرده و به او در گسترش تماس‌های خود یاری نمایند و کمبودهای او را در زمینه خانوادگی و توانایی فردی تا حدودی برطرف سازند (شارع پور، ۱۳۸۶).

شبکه‌های اجتماعی به دهها هزار نفر از مردم اجازه می‌دهند که فعالیت‌های حرفه‌ای، آموزشی و اجتماعی متنوعی را در خانه، جامعه و دیگر موقعیت‌های اجتماعی انجام دهند و به اطلاعات مهمی در زمینه آموزش، سلامت، تغذیه، دارو، مقررات و غیره با تأکید خاص بر جنبه‌های سلامت عمومی بخصوص در زمینه پزشکی و درمان دست پیدا کنند. به‌عنوان مثال ۶۰ درصد از پزشکان در آمریکا شبکه اجتماعی را با هدف‌های حرفه‌ای استفاده می‌کنند و درمان و تجربه‌های خود را در مورد بیماری‌های مشابه و خاص با همکاران خود رد و بدل می‌کنند (مسیک و همکاران^۳، ۲۰۱۲). علاوه‌بر این شبکه اجتماعی شخص را در وارد شدن به بخشی از ساختار اجتماعی که به آن تعلق دارد قادر می‌سازد و از سوی دیگر، در سلامتی وی تأثیر می‌گذارد (انگ و همکاران^۴، ۲۰۰۲؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۰۵؛ الموکیست، ۲۰۱۱)، به‌طوری که افرادی که سطح بالایی از یکپارچگی اجتماعی و شبکه قوی از دوستان دارند سلامت خود را با وضعیت بهتری نشان می‌دهند (رنه مارک و هگ‌برگ^۵، ۱۹۹۹؛ زان زونگی و همکاران^۶، ۲۰۰۴؛ لیتوین و همکاران، ۲۰۰۶). و بالعکس ارتباطات اجتماعی ضعیف میزان مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی-عروقی، تصادفات، خودکشی‌ها و در مجموع مرگ و میر را افزایش می‌دهد (گارسیا و همکاران، ۲۰۰۵؛ الموکیست، ۲۰۱۱).

در مقوله خصوصیات ساختاری شبکه اجتماعی، اندازه شبکه اجتماعی بزرگ‌تر از دوستان و خویشاوندان نزدیک در سالخوردگان با سلامت بهتر همبسته است، به این

1- Gavanik

3- Masic et al

5- Rennemark & Hagberg

2- Warron

4- Eng et al.

6- Zunzunegui et al

صورت که شبکه اجتماعی با دو نفر و بیشتر از دوستان نزدیک در مقیاس‌های عملکرد جسمی و نقش جسمی تأثیر مثبت دارد و شبکه‌های اجتماعی با سه نفر و بیشتر از خویشاوندان نزدیک در همه مقیاس‌های نقش جسمی، عملکرد جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی مولفه سلامت جسمانی تأثیر مثبت دارند (گالوس- کاریلو و همکاران، ۲۰۰۹). البته شبکه‌های اجتماعی و شبکه‌های خانوادگی با وضعیت سلامت روانشناختی، روانی و جسمی در سالمندان ارتباط مثبت دارند که شبکه‌های اجتماعی رابطه بیشتری نسبت به شبکه‌های خانوادگی با وضعیت سلامت دارند (شهادت اودین و لیکویت، ۲۰۱۰). در بین خصوصیات تعاملی شبکه اجتماعی نیز، دیدن اعضای خانواده بندرت یا ندیدن آنها در مقایسه با دیدن اعضای خانواده به صورت روزانه، هفتگی و ماهانه با نمره پایین در مقیاس‌های نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی همبسته است. همچنین مولفه سلامت در میان افرادی که دوستان را بندرت می‌بینند یا هرگز نمی‌بینند در مقایسه با افرادی که دوستان را به صورت روزانه، هفتگی و ماهانه می‌بینند در مقیاس‌های عملکرد جسمانی و سلامت عمومی پایین‌تر است (الموکیست، ۲۰۱۱).

در پژوهش‌های مختلف به نقش آسیب‌زا بودن احساس تنهایی اشاره شده است، به طوری که آشر و پاکوئیت (۲۰۰۳) معتقدند، احساس تنهایی علاوه بر اینکه می‌تواند به عنوان یک تجربه زندگی مطرح باشد، به صورت بالقوه هم می‌تواند آسیب‌زا باشد. هرچند در پژوهش‌های مختلف پیامدهای احساس تنهایی روی سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است، اما تحقیقات نشان می‌دهد که احساس تنهایی یک عامل سبب‌شناختی در گروه‌های سنی مختلف است و دارای پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت می‌باشد، به طوری که افراد درگیر را با احساس خلاء، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت تأثیر می‌گذارد (هنریچ و گالونی، ۲۰۰۶). همچنین و سیمن و همکاران (۱۹۹۵) با پژوهشی که روی دانشجویان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بین احساس تنهایی و افسردگی آنها رابطه وجود دارد. احساس تنهایی می‌تواند نقش مهمی در ایجاد و نگهداری افسردگی داشته باشد. برای مثال پیدا شدن احساس تنهایی در شروع یک ترم تحصیلی می‌تواند افسردگی را در ترم‌های بعدی

به دنبال داشته باشد، همچنین احساس تنهایی در طول نوجوانی، افسردگی را در دو سال و نیم بعد نشان داده است (ریچ و اسکول، ۱۹۸۷؛ کوئینگ و أبرامز، ۱۹۹۹؛ به نقل از هنریچ و گالونی، ۲۰۰۶). ماهون و یارچسکی^۱ (۲۰۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تنهایی با برخی از رفتارهای ناکارآمد مرتبط با ارتقاء سلامت ارتباط دارند. البته در برخی از پژوهش‌ها به متغیرهای میانجی نیز اشاره شده است، مثلاً در پژوهشی این نتیجه به دست آمد که افراد تنها در مقایسه با افراد غیرتنها دیرتر به خواب می‌روند و خواب آنها کیفیت خوبی ندارد. بنابراین تنهایی از طریق تأثیر بر خواب در سلامت نقش دارد (کاسیپو و همکاران^۲، ۲۰۰۲). نکته مهم این است که رابطه بین احساس تنهایی و سلامت با گذشت زمان اثرات خود را نشان می‌دهد، به طوری که در برخی از پژوهش‌ها نشان داده شده است که رابطه بین احساس تنهایی و سلامت در سال‌های بعد آشکار می‌گردد (هاوکلی و همکاران^۳، ۲۰۰۳). برخی از پژوهش‌ها به طور مشخص در مورد دانشجویان انجام شده است، مثلاً، طهماسبیان، عارفی، جهانگیری و حیدری اصل (۱۳۹۰) در تحقیقی با عنوان بررسی ارتباط بین احساس تنهایی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه به این نتیجه رسیدند که بین احساس تنهایی با سلامت عمومی در دانشجویان رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. همچنین سیف (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان رابطه بین ابعاد خودآگاهی و احساس تنهایی با سلامت روانی دانشجویان به این نتیجه رسیدند که افزایش اضطراب اجتماعی با فزونی احساس تنهایی، شکایات جسمانی، اضطراب/کم‌خوابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی، و افسردگی همراه است. همچنین، با افزایش احساس تنهایی، که نمایانگر عدم ارتباط اجتماعی موثر دانشجویان در محیط دانشگاه است، بر اختلالات مربوط به سلامت روانی دانشجویان افزوده می‌گردد. علاوه بر این تحلیل‌های رگرسیونی سلسله‌مراتبی نشان از آن داشت که اضطراب اجتماعی، و احساس تنهایی از عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی دانشجویان به‌شمار می‌آیند. برخی از تحقیقات به طور مشخص به رابطه احساس تنهایی با مشکلات روانی و کم شدن حمایت اجتماعی اشاره شده است، نقش ارتباطات اجتماعی بر کیفیت زندگی مربوط

1- Mahone & Yarcheski
3- Hawkey et al

2- Cacioppo et al

به سن یا گروه خاصی نیست، مثلاً بلویس و همکاران^۱ (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان عوامل وابسته به کیفیت زندگی مربوط به سلامت: نقش ارتباطات اجتماعی در بین سالخوردگان یک منطقه ایتالیایی گزارش دادند که سالخوردگان تا وقتی که متأهل هستند و تنها زندگی نمی‌کنند در مولفه‌های سلامت روانی و جسمی کیفیت زندگی نمره بالاتری کسب می‌کنند، همچنین دیدن دوستان به دفعات زیاد با نمره‌های بالاتر در مولفه‌های سلامت روانی و جسمی کیفیت زندگی همبسته است. تحلیل‌های رگرسیون چندگانه این تحقیق نشان می‌دهند که نمره‌های سلامت جسمانی پایین با تعداد دفعات دیدار یا ملاقات با خویشاوندان و همچنین با زندگی دور از آنها وابسته است. نتایج به دست آمده در برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد، افرادی که در مهارت‌های اجتماعی و برقراری ارتباط با دیگران مشکل دارند، به همان اندازه احساس تنهایی بیشتری دارند. مثلاً، لونگیچ و لاولر (۲۰۰۸) در تحقیقی با عنوان رابطه احساس تنهایی با سلامت در سالخوردگان به این نتیجه رسیدند که احساس تنهایی رابطه قوی با افسردگی دارد که در واقع یک عامل خطرآفرین مستقل برای افسردگی می‌باشد. پژوهش‌هایی به بررسی رابطه تأهل، مجرد و کیفیت زندگی با سلامت روانی پرداخته‌اند، مثلاً، در پژوهشی مشخص شد، اشخاص سالخورده‌ای که دور از خویشاوندان زندگی می‌کنند و ارتباط کمی با دوستان دارند به‌طور معنادار در مولفه سلامت روانی کیفیت زندگی نمره کمتری می‌گیرند. همچنین وضعیت مجرد، کمی دیدار یا ملاقات با دوستان، دور بودن از خانواده با نمره پایین‌تری در مولفه‌های سلامت جسمی کیفیت زندگی همبسته است (بلویس و همکاران، ۲۰۰۸). علاوه بر این احساس تنهایی در سلامت عمومی تأثیر قوی دارد که در فشار خون بالا، خواب آشفتنه و استرس ظاهر می‌شود. علاوه بر این، کراسو-پارلو^۲ (۲۰۰۸) در تحقیقی بیان می‌کنند که احساس تنهایی یک پدیده است که در ادبیات تحقیقی در کل سن‌ها ثبت شده است و همچون یک مشکل نه تنها برای بزرگسالان بلکه در کودکان و نوجوانان به‌خوبی شناسایی شده است. احساس تنهایی یک وضعیت عاطفی است که یک مانع برای تحول دانش‌آموزان می‌باشد که در سلامت روانی و جسمانی آنها تأثیر

1- 4- Belvis & et al

2- Krause-Parello

می‌گذارد. تنهایی همچنین یک عامل خطر آفرین برای دیگر مشکلات وابسته به سلامتی می‌باشد.

در مطالعات پیشین، ارتباط اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی در دانشجویان مورد توجه قرار نگرفته است. لذا این مطالعه با توجه به آسیب‌پذیری بیشتر این گروه از جامعه، که ممکن است یکی از عوامل مؤثر در این زمینه برخورداری از شبکه روابط اجتماعی متفاوت باشد؛ با هدف بررسی ارتباط شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شهرستان دزفول انجام گرفت.

جامعه و نمونه آماری

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول بودند که تعداد ۳۰۷ نفر (۱۲۲ دانشجوی زن و ۱۸۵ دانشجوی مرد) از میان آنها به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. به این ترتیب که آزمودنی‌ها از بین دانشکده‌ها به گونه‌ای انتخاب شدند که به همان نسبت در جامعه هستند، در نمونه نیز حضور داشته باشند.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S)^۱: این مقیاس به وسیله دی توماسو، برانن و بست در سال ۲۰۰۴، طراحی و تهیه گردید. این مقیاس شامل ۱۵ گویه دارد، در مقابل هر گویه طیف پنج گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار دارد تمامی گویه‌ها به‌جز گویه‌های ۱۴ و ۱۵ به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و کسب نمره بیشتر در این مقیاس، نشان‌دهنده احساس تنهایی بیشتر است. مولفان این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که از همسانی درونی مقیاس حکایت دارد و همچنین اعتبار و روایی این ابزار در پژوهش‌های

1- Social and Emotional Loneliness Scale for Adults

متعدد تأیید شده است. در تحقیق جوکار و سلیمی (۱۳۹۰) که بر روی دانشجویان انجام گرفت نسخه انگلیسی با توجه به فرهنگ ایرانی به فارسی برگردانده شد و گویه ۱۵ به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ از مجموعه سوال‌ها حذف شد و تعداد سوال‌های این مقیاس به ۱۴ گویه تقلیل یافت و ضریب آلفا آن، ۰/۸۵ و گزارش شد. یافته‌ها همچنین روایی همگرا و افتراقی را تأیید کرد و بیانگر آن بود که این مقیاس از روایی و اعتبار بسیار مناسبی در ایران برخوردار است.

پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ):^۱ این پرسشنامه از شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی است. پرسشنامه مذکور اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲؛ به نقل از تقوی، ۱۳۸۰) تهیه شد، و دارای فرم‌های مختلف است. فرم ۲۸ ماده‌ای آن این مزیت را دارد که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه در ۴ مقیاس ۷ سوالی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. هر سوال دارای چهار گزینه می‌باشد که حداقل امتیاز صفر برای پاسخ به گزینه خیر و حداکثر امتیاز یعنی سه برای پاسخ به گزینه بسیار زیاد در نظر گرفته می‌شود. نمره کلی هر فرد که از حاصل جمع نمرات ۴ زیرمقیاس به دست می‌آید، سلامت عمومی او را نشان می‌دهد. پرسشنامه به گونه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر است (سپهوند، ۱۳۸۵). در پژوهش زارع و همکاران ۱۳۸۶ برای کل پرسشنامه سلامت عمومی ضریب پایایی ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۰ به دست آمد. در کل نتایج این تحقیق نشان داد که پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی گلدبرگ از روایی و پایایی بالایی برخوردار است.

پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک:^۲ این پرسشنامه مداد-کاغذی که به وسیله نوربک (۱۹۸۰؛ به نقل از جلیلیان، ۱۳۸۷) تهیه و تدوین شده است، برای اولین بار در ایران توسط

1- Genral Health Questionnaire Goldberg (GHQ-28) 2- Norbeck Social Support Questionair

جلیلیان به فارسی برگردانده شده و روی دانشجویان از نظر روانسنجی ارزیابی شده است (جلیلیان، ۱۳۸۷) در این پرسشنامه از دانشجویان خواسته می‌شود افرادی را که از آن‌ها حمایت شخصی می‌کنند و یا برای آن‌ها مهم هستند با توجه به الگوی همسر یا نامزد، اعضای خانواده، بستگان یا منسوبین، آشنایان خانوادگی، دوستان، همسایه‌ها، همکار یا همکلاسی، ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی مثل پزشک یا پرستار و... مشاور یا روانشناس، روحانی (مورد اعتماد) و سایر افراد را فهرستوار بنویسند و نوع نسبت با او را مشخص کنند و در ستون مخصوص شبکه اجتماعی بنویسند. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه، تعداد افرادی را که دانشجویان در ستون مخصوص شبکه ارتباطی شخصی می‌نویسند شمرده و به‌عنوان شبکه اجتماعی فرد (اندازه شبکه اجتماعی) در نظر گرفته می‌شود. در ضمن برای بررسی پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک در پژوهش حاضر از روش بازآزمایی استفاده شد و ضرایب همبستگی پیرسون بین دو بار اجرا ($r=0/882$) با سطح معناداری ($P<0/001$) به‌دست آمد که نشان داد از همبستگی بالایی برخوردار است. همچنین برای بررسی روایی پرسشنامه از نظر متخصصان استفاده و نتایج نشان داد که پرسشنامه از روایی بالایی برخوردار است.

یافته‌های پژوهش

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، اندازه شبکه اجتماعی ($45/9\%$) ۵۶ نفر از دانشجویان بین ۵ نفر و کمتر از ۵ نفر، ($36/9\%$) ۴۵ نفر بین ۶ تا ۱۰، ($12/3\%$) ۱۵ نفر بین ۱۱ تا ۱۵، ($0/8\%$) ۱ نفر بین ۱۶ تا ۲۰ و ($1/4\%$) ۵ نفر، ۲۱ و بیشتر از ۲۱ نفر قرار داشت.

با توجه به جدول ۱، میانگین شبکه اجتماعی $7/04$ و میانگین سلامت عمومی و احساس تنهایی به ترتیب $52/6$ و $27/9$ ، دامنه سنی دانشجویان بین ۱۸ تا ۴۵ سال و میانگین سن و انحراف معیار آن‌ها به ترتیب $23/9$ و $5/6$ بود.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
شبکه اجتماعی	۱	۲۴	۷/۰۴	۴/۹
سلامت عمومی	۱۴	۷۸	۵۲/۶	۱۳/۷
مقیاس علائم جسمانی	۱	۲۰	۱۳/۸	۳/۹
مقیاس علائم اضطراب	۱	۲۰	۱۲/۴	۴/۹
مقیاس کارکرد اجتماعی	۳	۱۹	۱۰/۰۹	۳/۵
مقیاس علائم افسردگی	۰	۲۱	۱۶/۱۸	۴/۸
احساس تنهایی	۱۴	۶۱	۲۷/۹	۸/۵
مقیاس تنهایی رمانتیک	۴	۲۰	۸/۸	۱/۴
مقیاس تنهایی اجتماعی	۵	۲۳	۱۰/۴۴	۳/۶
مقیاس تنهایی خانوادگی	۵	۲۳	۸/۶۳	۳/۸
مقیاس تنهایی عاطفی	۹	۳۹	۱۷/۵۲	۶/۶

برای بررسی رابطه ساده اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج در جدول شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است.

جدول (۲) ضرایب همبستگی ساده بین اندازه شبکه اجتماعی و سلامت عمومی در آزمودنی‌های دختر، پسر و کل آزمودنی‌ها

متغیرها	سلامت عمومی		
	آماره‌ها	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
اندازه	دختر	۰/۲۰	۰/۰۰۰۳
شبکه	پسر	۰/۲۵۱	۰/۰۰۰۱
اجتماعی	کل	۰/۲۱	۰/۰۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود همبستگی بین اندازه شبکه اجتماعی با

سلامت عمومی^۱ برای کل آزمودنی‌ها $r=0/21$ ، برای آزمودنی‌های دختر $r=0/20$ ، و برای آزمودنی‌های پسر $r=0/251$ است که همگی در $p<0/001$ معنی دارند. هر چه اندازه شبکه اجتماعی بیشتر باشد، سلامت عمومی بیشتر است.

جدول (۳) ضرایب همبستگی ساده بین اندازه احساس تنهایی و سلامت عمومی در آزمودنی‌های دختر، پسر و کل آزمودنی‌ها

متغیرها	آزمون‌ها	سلامت عمومی		
		ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	تعداد
احساس تنهایی	دختر	-0/25	0/005	122
	پسر	-0/27	0/0001	185
	کل	-0/23	0/0001	307

همچنین با توجه به مندرجات جدول ۳، همبستگی بین احساس تنهایی با سلامت عمومی^۲ برای کل آزمودنی‌ها $r=-0/23$ ، برای آزمودنی‌های دختر $r=-0/25$ ، و برای آزمودنی‌های پسر $r=-0/27$ است که همگی در $p<0/01$ معنی‌دار می‌باشند. با توجه به نتایج به‌دست آمده هرچه میزان احساس تنهایی بیشتر باشد، سلامت عمومی کمتر است.

به‌منظور آزمون فرضیه سوم از رگرسیون چندمتغیری به روش ورود مکرر استفاده شده است و نتایج به‌دست آمده در جداول ۴، ۵ و ۶ برای کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و پسر به تفکیک ارائه شده‌اند.

۱- با توجه به این که نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی نشان‌دهنده مشکلات سلامت عمومی بیشتر می‌باشد ما بر آن شدیم جهت درک و فهم بهتر رابطه، نمرات پرسشنامه سلامت عمومی را برعکس نماییم.
۲- با توجه به این که نمره بالا در پرسشنامه سلامت عمومی نشان‌دهنده مشکلات سلامت عمومی بیشتر می‌باشد ما بر آن شدیم جهت درک و فهم بهتر رابطه، نمرات پرسشنامه سلامت عمومی را برعکس نماییم.

جدول (۴) نتایج رگرسیون چندمتغیری اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی به روش ورود مکرر برای کل دانشجویان

ضرایب		F	RS	MR	متغیرهای پیش‌بین
۲	۱	P			
	$\beta = -0.207$	۱۳/۴۹	۰/۰۴۰	۰/۲۰۷	شبکه اجتماعی
	$t = 3/67$	۰/۰۰۰			
	$p = 0/000$				
$\beta = -0.20$	$\beta = 0.145$	۱۲/۱۶	۰/۰۷۷	۰/۲۷۸	شبکه اجتماعی، احساس تنهایی
$t = -3/54$	$t = 2/5$	۰/۰۰۰			
$p = 0/000$	$p = 0/013$				

براساس نتایج حاصل از رگرسیون (جدول ۴) با روش ورود مکرر بین متغیرهای پیش‌بین یعنی شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با متغیر ملاک یعنی سلامت عمومی در کل دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که ضریب همبستگی چندگانه $MR = 0.278$ می‌باشد که در سطح $p < 0.0001$ معنی‌دار است، همچنین 0.077 درصد واریانس سلامت عمومی کل دانشجویان به وسیله متغیرهای پیش‌بین قابل تبیین است. از طرف دیگر ضرایب رگرسیون (β) مربوط به متغیر ملاک آزمون نشان می‌دهد که هر دو متغیر پیش‌بین یعنی شبکه اجتماعی ($\beta = 0.145$ ، $p = 0.013$) و احساس تنهایی ($\beta = -0.20$)، برای سلامت عمومی پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌داری هستند.

جدول (۵) نتایج رگرسیون چندمتغیری شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی به روش ورود مکرر برای دانشجویان دختر

ضرایب		FP	RS	MR	متغیرهای پیش‌بین
۲	۱				
	$\beta = 0.197$	۴/۸۴	۰/۰۳۹	۰/۱۹۷	شبکه اجتماعی
	$t = 2/20$	۰/۰۰۳			
	$p = 0/03$				
$\beta = -0.21$	$\beta = 0.168$	۵/۵۰	۰/۰۸۷	۰/۲۹۴	شبکه اجتماعی، احساس تنهایی
$t = -2/37$	$t = 2/610$	۰/۰۰۵			
$p = 0/019$	$p = 0/011$				

با توجه به نتایج حاصل از رگرسیون (جدول ۵) با روش ورود مکرر بین متغیرهای پیش‌بین یعنی شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با متغیر ملاک یعنی سلامت عمومی در دانشجویان دختر رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که ضریب همبستگی چندگانه $MR=0/294$ می‌باشد که در سطح $p<0/01$ معنی‌دار است، همچنین 87% واریانس سلامت عمومی دانشجویان دختر به وسیله متغیرهای پیش‌بین قابل تبیین است. از طرف دیگر ضرایب رگرسیون (β) مربوط به متغیر ملاک آزمون نشان می‌دهد که هر دو متغیر پیش‌بین یعنی شبکه اجتماعی ($\beta=0/168$) و احساس تنهایی ($\beta=-0/21$) برای سلامت عمومی دانشجویان دختر پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری هستند و در نتیجه بهترین پیش‌بینی‌کننده می‌باشد.

جدول (۶) نتایج رگرسیون چندمتغیری شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی به روش ورود مکرر برای دانشجویان پسر

متغیرهای پیش‌بین	MR	RS	F P	ضرایب
				۱
				۲
شبکه اجتماعی	0/251	0/063	12/11	$\beta=0/251$
			0/001	$t=3/48$
				$p=0/001$
شبکه اجتماعی، احساس تنهایی	0/319	0/102	9/72	$\beta=0/172$
			0/000	$t=2/32$
				$p=0/002$
				$\beta=-0/23$
				$t=-3/18$
				$p=0/002$

با توجه به نتایج حاصل از رگرسیون (جدول ۶) با روش ورود مکرر بین متغیرهای پیش‌بین یعنی شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با متغیر ملاک یعنی سلامت عمومی در دانشجویان پسر رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که ضریب همبستگی چندگانه $MR=0/319$ می‌باشد که در سطح $p<0/001$ معنی‌دار است، همچنین 10% واریانس سلامت عمومی دانشجویان پسر به وسیله متغیرهای پیش‌بین قابل تبیین است. از طرف دیگر ضرایب رگرسیون (β) مربوط به متغیر ملاک آزمون نشان می‌دهد که هر دو متغیر

پیش‌بین یعنی شبکه اجتماعی ($\beta=0/172$ ، $p=0/021$) و احساس تنهایی ($\beta=-0/23$ ، $p=0/002$) برای سلامت عمومی پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌داری هستند.

علاوه بر یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش ضرایب همبستگی ساده متغیر احساس تنهایی با سلامت عمومی و اندازه شبکه اجتماعی، همچنین نتایج رگرسیون مولفه‌های شبکه اجتماعی با متغیرهای سلامت عمومی و احساس تنهایی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها در جداول ذیل نشان داده شده است.

جدول (۷) نتایج رگرسیون چندمتغیری شبکه اجتماعی فامیل و شبکه اجتماعی دوستان با سلامت عمومی به روش ورود مکرر

متغیرهای پیش‌بین	MR	RS	F P	ضرایب ۱	ضرایب ۲
شبکه اجتماعی فامیل	0/23	0/05	7/28 0/008	$\beta=0/23$ $t=2/60$ $p=0/008$	
شبکه اجتماعی فامیل، شبکه اجتماعی دوستان	0/24	0/061	3/86 0/024	$\beta=0/25$ $t=2/78$ $p=0/006$	$\beta=-0/06$ $t=-0/06$ $p=0/48$

براساس نتایج حاصل از رگرسیون جدول (۷) بین متغیرهای پیش‌بین یعنی شبکه اجتماعی فامیل و شبکه اجتماعی دوستان با متغیر ملاک سلامت عمومی در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که ضریب همبستگی چندگانه $MR=0/24$ می‌باشد که در سطح $p=0/05$ معنی‌دار است، همچنین ۶٪ واریانس سلامت عمومی دانشجویان به وسیله متغیرهای پیش‌بین قابل تبیین است. از طرف دیگر ضرایب رگرسیون (β) مربوط به متغیر ملاک آزمون نشان می‌دهد که از دو متغیر پیش‌بین شبکه اجتماعی فامیل و شبکه اجتماعی دوستان برای سلامت عمومی فقط شبکه اجتماعی فامیل دارای رابطه مثبت معنی‌داری است.

جدول (۸) نتایج رگرسیون چندمتغیری شبکه اجتماعی فامیل و شبکه اجتماعی دوستان با احساس تنهایی به روش ورود مکرر

متغیرهای پیش‌بین	MR	RS	F P	ضرایب
				۱
شبکه اجتماعی فامیل	۰/۲۱	۰/۰۴	۵/۵۴ ۰/۰۲	$\beta = -۰/۲۱$ $t = -۲/۳۵$ $p = ۰/۰۲$
شبکه اجتماعی فامیل، شبکه اجتماعی دوستان	۰/۲۶	۰/۰۶	۴/۳۲ ۰/۰۱	$\beta = -۰/۱۶$ $\beta = -۰/۱۷$ $t = -۱/۷۳$ $t = -۱/۹۱$ $p = ۰/۰۸$ $p = ۰/۰۵$

با توجه به نتایج حاصل از رگرسیون جدول (۸) بین متغیرهای پیش‌بین یعنی شبکه اجتماعی فامیل و شبکه اجتماعی دوستان با متغیر ملاک احساس تنهایی در دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که ضریب همبستگی چندگانه $MR=۰/۲۶$ می‌باشد که در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی‌دار است، همچنین ۶٪ واریانس احساس تنهایی دانشجویان به وسیله متغیرهای پیش‌بین قابل تبیین است. از طرف دیگر ضرایب رگرسیون (β) مربوط به متغیر ملاک آزمون نشان می‌دهد که هر دو متغیر پیش‌بین شبکه اجتماعی فامیل و شبکه اجتماعی دوستان برای احساس تنهایی معنی‌دار نمی‌باشند.

جدول (۹) ضرایب همبستگی ساده بین اندازه شبکه اجتماعی و سلامت عمومی با احساس تنهایی برای کل دانشجویان، دانشجویان دختر و پسر به تفکیک

تعداد	احساس تنهایی		جنسیت	متغیرها
	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری		
۱۲۲	-۰/۲۶	۰/۰۰۴	زن	اندازه شبکه اجتماعی
۱۸۵	-۰/۱۹۲	۰/۰۱	مرد	
۳۰۷	-۰/۲۲۷	۰/۰۰۱	کل	
۱۲۲	-۰/۲۵	۰/۰۰۵	زن	
۱۸۵	-۰/۲۷	۰/۰۰۱	مرد	سلامت عمومی
۳۰۷	-۰/۲۳	۰/۰۰۱	کل	

همان‌طور که در جدول (۹) ملاحظه می‌شود، بین اندازه شبکه اجتماعی و سلامت روانی با احساس تنهایی برای کل دانشجویان، دانشجویان دختر و دانشجویان پسر رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی رابطه اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی پرداخته شده است. همان‌طور که در بخش یافته‌ها اشاره شد فرضیه اول در خصوص رابطه اندازه شبکه اجتماعی و سلامت عمومی در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار بود. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش ضمن تأیید پژوهش دیگران (گاونیک، ۱۹۹۳ و وارن، ۱۹۸۱؛ رنه مارک و هگ برگ، ۱۹۹۹؛ زان زونگی و همکاران، ۲۰۰۴؛ لیتوین، ۲۰۰۶؛ گارسیا و همکاران، ۲۰۰۵؛ گالچوس - کاریلو و همکاران، ۲۰۰۹؛ الموکیست، ۲۰۱۱).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، ارتباطات اجتماعی با پیامدهای مثبت مانند شادکامی، عزت‌نفس، اعتماد، سلامت روان، سلامت جسمانی و فعالیت‌های اوقات فراغت (چادزی و بی‌یر^۱، سریوستوا^۲، ۲۰۰۱؛ فورستر^۳، ۲۰۰۱؛ برکمن، ۲۰۰۴؛ به نقل از فورستر، ۲۰۰۶؛ یدریورگ، اکبرگ، نوردلند، ۲۰۰۶؛ برکمن، ۲۰۰۷) رابطه دارد. انزوای اجتماعی یا فقدان یکپارچگی اجتماعی میزان مرگ و میر، بیمارگونگی و فشار روانی را افزایش داده و سلامت اشخاص را تحت تأثیر قرار می‌دهد (برکمن، ۲۰۰۷). در کل اندازه شبکه اجتماعی یا "اتصال" به‌صورت معکوس با رفتارهای مرتبط با خطر ارتباط دارد. شیب ثابتی بین افزایش گسیختگی اجتماعی و شیوع رفتارهای مضر بر سلامت مانند، استعمال دخانیات و الکل، عدم فعالیت فیزیکی، و در نتیجه چاقی نشان می‌دهند (انگ و همکاران، ۲۰۰۲).

رابطه علی بین ارتباطات اجتماعی و سلامت به‌خوبی قابل فهم نیست و شبکه‌های اجتماعی احتمالاً از چندین مسیر در سلامتی اشخاص عمل می‌کنند که به‌طور خلاصه

1- Chadsey & Beyer
3- Forrester

2- Srivastava

به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱- رفتاری و مادی

۲- روانشناختی و زیست‌شناختی

اولاً- پیوندهای اجتماعی گسترده احتمال به‌کارگیری افراد از رفتارهای بهبوددهنده سلامت (فعالیت جسمی، آداب غذایی مفید) را افزایش می‌دهند و اشخاص را از رفتارهای آسیب‌رساننده به سلامت (کشیدن سیگار، زیاده روی در نوشیدن الکل) منع می‌کنند. ثانیاً- ارتباط‌های اجتماعی ضعیف سلامت روانشناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فقدان حمایت اجتماعی با خود کارآمدی پایین که سلامت بد را در اشخاص پیش‌بینی می‌کند وابسته است. همچنین شبکه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی مستقیماً به رخدادهایی از بیماری‌های روانی مخصوصاً افسردگی ارتباط دارند، هر چند افسردگی ممکن است کیفیت ارتباط‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد. نهایتاً- شواهد زیادی درباره مکانیسم‌های آسیب‌شناختی پیچیده وجود دارد که احتمالاً در تأثیر ارتباطات اجتماعی بر رفاه نقش واسطه‌ای را ایفا می‌کنند و فرض می‌شود انزوای اجتماعی به عنوان یک محرک تنش‌زا عمل می‌کند که نتایج آن برای ارگانسیم انسان سالخورده تسریع می‌شود (برکمن و همکاران، ۲۰۰۰؛ ملچپور و همکاران، ۲۰۰۳).

شبکه‌های اجتماعی با نتایج سلامتی همچون احتمال کمتر وضعیت مرضی، بیماری قلبی و عروقی، سرطان و کاهش کنشی در افراد سالخورده ارتباط دارد. این تأثیرات حفاظتی شبکه‌های اجتماعی ممکن است نتیجه چندین نقش زیر باشد:

دسترسی مثبت به اطلاعات و خدمات مراقبتی سلامتی

تشویق رفتارهای سالم

تشویق به بهره‌گیری از مراقبت برای سلامتی

تدارک کمک‌های محسوس (آنجر و همکاران، ۱۹۹۹؛ مسیک و همکاران، ۲۰۱۲).

همان‌طور که در بخش یافته اشاره شد، فرضیه دوم در خصوص رابطه بین احساس تنهایی و سلامت عمومی در سطح $p < 0.01$ معنی‌دار بود. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش ضمن تأیید پژوهش‌های دیگران (آشر و پاکوئیت، ۲۰۰۳؛ هنریچ و گالونی، ۲۰۰۶؛ وسیمن و همکاران، ۱۹۹۵؛ ریچ و اسکورل، ۱۹۸۷؛ کوئینگ و آبرامز، ۱۹۹۹؛ به نقل از هنریچ و گالونی، ۲۰۰۶؛ ماهون و یارچسکی، ۲۰۰۱؛ کاسپیو و همکاران، ۲۰۰۲؛ بلویس و همکاران، ۲۰۰۸؛ کراسو-پارلو، ۲۰۰۸) طهماسبیان، عارفی، جهانگیری و حیدری اصل، ۱۳۹۰؛ سیف، ۱۳۹۱) حاکی از این است که هرچه احساس تنهایی بیشتری توسط دانشجویان تجربه شود، میزان سلامت عمومی آنها کمتر است. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد، افرادی که احساس تنهایی بیشتری دارند، دارای رضایت و شادمانی اندک، عزت نفس و خود باوری پائین هستند (دور پناه، ۱۳۷۳). همچنین بر اساس نظریه‌های شناختی می‌توان استدلال کرد، که احساس تنهایی مداوم منجر به احساس بی‌کفایتی می‌گردد، به‌طوری که فرد دارای احساس تنهایی از سبک سرزنش خود^۱ استفاده می‌کند، که این امر فرد تنها را به دامنه‌ای از احساسات منفی از جمله افسردگی سوق می‌دهد (پیلا و همکاران^۲، ۱۹۷۹؛ به نقل از وسمن و همکاران، ۱۹۹۵). عزت نفس پائین و احساس عدم کفایت با کارآمدی^۳ پائین رابطه دارد، کارآمدی احساس پایدار و باور فرد به توانایش برای کنار آمدن موثر با موقعیت‌های تنش‌زا و رویارویی با موانع و مشکلات و چگونگی برطرف کردن آنها است (بندورا^۴، ۲۰۰۴). یکی از شاخص‌های کارآمدی این است، که آیا افراد در موقعیت‌های ویژه که نیاز به تلاش و مبارزه است، رفتاری را شروع خواهند کرد؟ و اگر رفتاری را شروع کنند، آن را ادامه خواهند داد؟ و در صورت شروع و در مواجهه با مشکلات، به چه میزان از خود استقامت و پایداری نشان می‌دهند؟ (بندورا، ۲۰۰۶). با توجه به این که از یک‌سو، حفظ سلامت در جنبه‌های جسمانی و روانی به تلاش، استمرار تلاش و پایداری نیاز دارد، از سوی دیگر

1- self-blaming attribution
3- self-efficacy
5- Horowitz & French

2- Peplau et al
4- Bandura

همان طور که ذکر شد، افرادی که احساس تنهایی را تجربه می‌کنند، به توانایی‌های خود باور ندارند، بیشتر مستعد ابتلا به مشکلات مربوط به حوزه سلامت هستند.

همچنین نتایج تحلیل همبستگی چندگانه نشان می‌دهد که ترکیب متغیرهای پیش بین با سلامت عمومی در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار است که با پژوهش‌های (پپلا و همکاران، ۱۹۷۹؛ به نقل از وسمن و همکاران، ۱۹۹۵، هورویتز و فرنچ^۱ ۱۹۷۹؛ به نقل از کاسپیو، ۲۰۰۶؛ هاوکللی و همکاران، ۲۰۰۳؛ هنریچ و گالونی، ۲۰۰۶) و حاکی از این است که ضرایب همبستگی چندگانه برای کل آزمودنی‌ها، آزمودنی‌های دختر و پس از ضرایب همبستگی ساده هر یک از آنها بیشتر است. به طوری که ترکیب متغیرهای اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی تا ۱۰٪ از واریانس سلامت عمومی را تعیین می‌کند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کاهش اندازه شبکه‌های اجتماعی منجر به کاهش تقویت‌های اجتماعی می‌گردد و فرد را متقاعد می‌سازد که کفایت لازم را برای روابط اجتماعی ندارد، بروز چنین اسنادهای درونی به دلیل ناتوانی در ایجاد پیوندهای اجتماعی رضایت‌بخش، فرد ممکن است از تلاش برای پیوستن به دیگران خودداری کند و بدین وسیله احساس تنهایی مداوم و پایداری را تجربه کند، از سوی دیگر احساس تنهایی اساساً مسئله‌ای روانشناختی و فلسفی است و از آن نوع آسیب‌های اجتماعی است که در واقع خود می‌تواند آغازگر و نقطه شروع دیگر آسیب‌های اجتماعی محسوب شود. میچلا^۱ و همکاران (۱۹۸۲) تنهایی را احساس ناخوشایندی می‌دانند که در نتیجه کاستی در شبکه روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و دسترسی نداشتن به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید. طیف وسیع و متنوعی از دردهای اجتماعی چون بیماری‌های روانی (افسردگی، اضطراب، ترس، شیزوفرنی، پارانوئیا و...) و کج‌روی‌های اجتماعی (خشونت، پرخاشگری، بزهدکاری، الکلیسم) و خودکشی‌ها، همگی به نحوی با دورافتادگی از هنجارها مرتبط هستند، و نهایتاً همه این‌ها به نحوی با مسئله انزوا و احساس تنهایی کنشگر اجتماعی مرتبط است. این چرخه معیوب منجر به تشدید اثرات منفی کاهش اندازه شبکه

1- Michela

اجتماعی و احساس تنهایی می‌گردد.

از نتایج این تحقیق می‌توان دانشجویان، مشاوران، روانشناسان، پزشکان، پرستاران و محققان را از اهمیت شبکه روابط اجتماعی و احساس تنهایی به‌عنوان عوامل مؤثر در سلامت آگاه کرد (چرا که این متغیرها در سلامت جسمانی و روانی اشخاص مؤثرند)، همچنین پیشنهاد می‌گردد، راهکارها و برنامه‌های مناسبی جهت افزایش شبکه روابط اجتماعی و کاهش احساس تنهایی دانشجویان اتخاذ گردد، زیرا منجر به بهبود و ارتقای سلامت جسمانی و روانی آنان می‌شود.

۱۳۹۲/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۳/۰۲/۲۹

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۳/۰۵/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله:

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

منابع

- ایمانی، رویا (۱۳۸۲). بررسی علل و عوامل موثر بر دریافت حمایت اجتماعی از شبکه شخصی (روابط فردی)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید بهشتی.
- تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی، *مجله روانشناسی*، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۹۴-۳۸۱.
- داورپناه، فروزنده (۱۳۷۳). هنجاریابی نسخه تجدیدنظر شده احساس تنهایی (UCLA)، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی*.
- جلیلیان، علی (۱۳۸۷). ترجمه، روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه حمایت اجتماعی نوربک، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*.
- جوکار، بهرام و سلیمی، عظیمه (۱۳۹۰). ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان، *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۴)، ۳۱۷-۳۱۱.
- ربایی، حسن؛ محفوظپور، سعاد و کاملیا روحانی (۱۳۸۱). وضعیت سلامت جسمی دانش‌آموزان پسر شهر سراوان، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان (طیب شرق)*، ۴ (۲): ۶۱-۷۰.
- زارع، نجف؛ دانش‌پژوه، فرح؛ امینی، مرضیه؛ رزاقی، محسن و فلاح‌زاده، محمدحسین (۱۳۸۶). رابطه وضعیت تحصیلی با سلامت عمومی و عزت‌نفس در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱(۷).
- شارع‌پور، محمود (۱۳۸۶). نقش شبکه‌های اجتماعی در باز تولید نابرابری آموزشی، *فصلنامه تعلیم و تربیت*، ۲۳ (۳(مسلسل ۹۱))، ۱۸۰-۱۶۵.
- سپهوند، تورج؛ گیلانی، بیژن و زمانی، رضا (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های اسناد با رخدادهای استرس‌زای زندگی و سلامت عمومی، *پژوهش‌های روانشناختی*، دوره ۹، شماره ۳، ۴-۳۳.
- شاهنده، هانیه (۱۳۸۲). بررسی کیفیت زندگی معلولان مبتلا به ضایعه نخاعی عضو انجمن ضایعات نخاعی تهران در سال ۸۱-۸۲، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*.

طهماسبیان، حجت‌اله؛ عارفی، مختار؛ جهانگیری، مهدی و حسین حیدری‌اصل (۱۳۹۰). بررسی ارتباط احساس تنهایی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه رازی، همایش منطقه‌ای روانشناختی کودک و نوجوان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه ۱۳۹۰.

گروسی‌فرشی، میرتقی و صوفیانی، حکیمه (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین ابعاد شخصیت و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تبریز، مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۹(۲): ۴۷-۶۳.

محمدی، نوراله (۱۳۸۳). رابطه سبک‌های حل مساله با سلامت عمومی، مجله روانشناسی ۸ (۴) (پیاپی ۳۲): ۳۲۲-۳۳۶.

Almquist Y. (2011). The School Class as a Social Network and Contextual Effects on Childhood and Adult Health: Findings from the Aberdeen Children of the 1950s Cohort Study, *J Social Networks*, 33, 281-91.

Asher, S.R., & Paquette, J.A. (2003). Loneliness and Peer Relations in Childhood, *Current Directions in Psychological Science*, 12, 75-78.

Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means, *Health Educ Behav*, 31(2): 191-215.

Bandura, A. (2006). Adolescent Development from and Agnatic Prespective, In F. Pajares and T. Urdan (Eds.). Self-efficacy Beliefs of Adolescent, *Educational Psychology*, 5: 143-146..

Belvis, GD, Avolio, M., Spagnolo, A., Damiani, L., Sicuro, L., Cicchetti, A., Ricciardi, W., Rosano, A. (2008). Factors Associated with Health-related Quality of Life: The Role of Aocial Eelationships among the Wlderly in an Italian Region, *Public Health*, 122, 784-793.

Belvis GD, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Gianfranco D, et al. (2008). Social Relationships and HRQL: A Cross-sectional Survey among Older Italian adults, *BMC Public Health*, 8, 348-57.

Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, L., Seeman, TE. (2000). From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium, *Social Science & Medicine*, 51: 843-57.

Berkman, LF. (2004). Social Integration, Social Networks, and Health, In: Neil J. Smelser and Paul B, Editors, International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, Stanford: *Center for Advanced Study in the Behavioral Science*, p. 14327-332.

-
- Berkman LF. (2007). Social Networks and Social Isolation, In: George F, Editor, Encyclopedia of Stress, 2th ed. Parkville: *Mental Health Research Institute*, p. 523-27.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Crawford, L.E., Ernst, J.M., Burleson, M. H., Kowalewski, R.B., et al. (2002). Loneliness and Health, Potential Mechanisms, *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., Ernst, J.M., Burleson, M., Bernston, G.G., Nouriani, B., et al. (2006). Loneliness within a Nomological net: An Evolutionary Perspective, *Journal of Research in Personality*, 40 (6): 1054-1085.
- Eng PM, Rimm EB, Fitzmaurice G, Kawachi I. (2002). Social Ties and Change in Social Ties in Relation to Subsequent Total and Cause-Specific Mortality and Coronary Heart Disease Incidence in Men, *Am J Epidemiol*, 155, 700-9.
- Forrester-Jones R, Carpenter J, Coolen-Schrijner P, Cambridge P, Alison T, Beecham J, et al. (2006). The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals, *Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 285-95.
- Gallegos-Carrillo K, Mudgal Y, Sánchez-García S, Wagner FA, Gallo JJ, Salmerón J, et al. (2009). Social Networks and Health-related Quality of Life: a Population Based Study among Older Adults, *Salud Pública de México*, 51(1), 6-13.
- Garcia LE, Banegas JR, Graciani RA, Herruzo CR, Rodriguez F. (2005). Social Network and Health-related Quality of Life in Older Adults: A Population-based study in Spain, *J Quality Life Res*, 14(2), 511-20.
- Hawkley, L., Burleson, M.H., Bernston, G.G., & Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness in Everyday Life: Cardiovascular activity, Psychosocial Context, and Health Behaviors, *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 105-120.
- Henrich, L.M & Gullone, E. (2006). The Clinical Significance of Loneliness: A literature Review, *Clinical Psychology Review*. 26. 695-718.
- Holmen, K., Furukawa, H. (2002). Loneliness, Health and Social Network among Elderly People a Follow-up Study, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35 (3): 261-274.
-

-
- Krause-Parello, CA. (2008). Loneliness in the School Setting, *Journal School Nurs*, 24(2):66-70.
- Lunaigh, CO., Lawlor, BA. (2008). Loneliness and the Health of Older People, *Int Journal Geriatr Psychiatry*, 23(12):1213-21.
- Litwin H. (2006). Social Networks and Self-Rated Health: A Cross-Cultural Examination among Older People, *J. Aging Health*, 18, 335-58.
- Mahon, N.E., & Yarcheski, T.J. (2001). Mental health variables and Positive Health Practices in Early Adolescents, *Psychological Reports*, 88, 1023-1030.
- Masic, I., Sivic S., Toromanovic S., Borojevic, T., Pandza H. (2012). Social Networks in Improvement of Health Care, *Mat Soc Med*, 24(1), 48-53.
- Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M. (2003). Social Relations and Self-reported Health: A Prospective Analysis of the French Gazel Cohort, *Social Science & Medicine*, 56, 1817-30.
- Michela, J.L., Peplau, L.A. & Weeks, D.G. (1982). Perceived Dimensions of Attributions for Loneliness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (5), 929-936.
- Rachel FJ, Carpenter J, Coolen-Schrijner P, Cambridge P, Alison T, Beecham J, et al. (2006). The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals, *Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 285-95.
- Rennemark M, Hagberg B. (1999). Gender Specific Associations between Social Network and Death Behavior in Old Age, *Aging & Mental Health*, 3(4), 320-27.
- Schultz, N. R., & Moore, D. (1988). Loneliness: Differences across Three Age Levels, *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 275-284.
- Shahadat Uddin M, Liaquat H. (2010). Measuring the Efficiency of Personal Networks on Physical, Mental and Psychological Health, *Middle East J of Age and Ageing*, 7(1), 3-14.
- Unger JB, McAvay G, Bruce ML, Berkman LF, Seeman TE. (1999). Variation in the Impact of Social Network Characteristics on Physical Functioning in Elderly Persons: McArthur Studies of Successful Aging, *J of Gerontology*, 54(5), 245-51.
-

- Wiesman, H. Gutfreund, P.G. & Lurie, I. (1995). Gender Differences in Loneliness and Depression of University Student Seeking Counseling, *British Journal of Guidance & Councelling*, 2 (32), 231-243.
- Ydreborg B, Ekberg K, Nordlund A. (2006). Health, Quality of Life, Social Network and Use of Health Care: A Comparison between Those Granted and Those not Granted Disability Pension, *J Disability and Rehabilitation*, 28(1), 25-32.
- Zunzunegui, MV, Koné A, Johri M, Béland F, Wolfson C Bergman H. (2004). Social Networks and Self-rated Health in Two French-speaking Canadian Community Dwelling Populations over 65, *Social Science & Medicine*, 58(10), 2069-81.
- Zimmermon, B.J. (2002). Becoming a Self-regulated Learn: an Ore View, *Theory in to Practice*, 41:64-70.

