

تدوین مدل احساس تنهایی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای، بهزیستی

معنوی، افسردگی و رضایت از زندگی دختران جانباز

مینا زرنقاش^۱، سیمین غلامرضایی^{۲*} و مسعود صادقی^۲

تاریخ دریافت: ۹۵/۵/۵ تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۳

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، تدوین مدل احساس تنهایی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای، بهزیستی معنوی و افسردگی رضایت از زندگی دختران جانبازان جنگ تحمیلی بود. از بین فرزندان جانباز شهر شیراز ۳۵۰ فرزند دختر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به مقیاس احساس تنهایی، رضایت از زندگی، بهزیستی معنوی، راهبردهای مقابله‌ای و افسردگی پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش معادله‌های ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان دادند که بهزیستی معنوی بر احساس تنهایی اثر مستقیم منفی معنادار و از راه تاثیر بر رضایت از زندگی اثر غیر مستقیم منفی معنادار دارد. راهبردهای مقابله‌ای بر احساس تنهایی اثر منفی مستقیم معنادار و با واسطه رضایت از زندگی اثر علی غیر مستقیم و معناداری دارد و افسردگی هم به گونه مستقیم و هم به گونه غیر مستقیم با تاثیر بر رضایت از زندگی بر احساس تنهایی تاثیر معناداری دارد. اثر مستقیم رضایت از زندگی بر احساس تنهایی منفی و معنادار است. همچنین، نتیجه بدست آمده از این پژوهش بیانگر برآزش مطلوب داده‌های مدل احساس تنهایی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: احساس تنهایی، راهبردهای مقابله‌ای، بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی، افسردگی.

^۱ - دانشجوی دکترا، بخش روان‌شناسی، دانشگاه لرستان.

^۲ - استادیار، بخش روان‌شناسی، دانشگاه لرستان.

*- نویسنده مسئول مقاله: gholamrezai-s@yahoo.com

پیشگفتار

ارتباط بین فردی در زمره اساسی‌ترین نیازهای بشر بشمار می‌آید، اما شواهد حاکی از آن است که انسان‌ها در برقراری ارتباط خوب و موثر چندان موفق نبوده‌اند. یکی از جنبه‌های طنز آمیز تمدن نوین آن است که با وجود توسعه خارج از تصور ابزارهای ارتباطی، اغلب مردم در برقراری ارتباط بین فردی و صمیمی‌با مشکل مواجه هستند (بولتون^۱، ۱۹۹۵). یکی از سازه‌های پیچیده روان‌شناختی که از زمان فلاسفه مورد بحث بوده احساس تنهایی^۲ است. در آن زمان احساس تنهایی یک مفهوم مثبت به معنای کناره‌گیری داوطلبانه فرد از درگیری‌های روزمره زندگی برای رسیدن به هدف‌های بالاتر مانند تعمق، مراقبه^۳ و ارتباط با خداوند تلقی می‌شد، اما امروزه در متون روان‌شناختی به احساس تنهایی مثبت پرداخته نمی‌شود، بلکه حالتی در نظر می‌گیرند که در آن فرد فقدان روابط با دیگران را ادراک یا تجربه می‌کند و شامل عناصر اصلی و مهمی مانند احساس فقدان یا از دست دادن همدم، جنبه‌های ناخوشایند و منفی روابط از دست رفته و از دست دادن سطح کیفی رابطه با دیگری است (دی یانگ گیرولد^۴، ۱۹۹۸، به نقل از سلیمی، ۱۳۸۷). با توجه به نقش وابستگی به ارتباط با دیگران، تعجب بر انگیز نیست که عواملی همچون: تعلق داشتن و احساس تنهایی پیش‌بینی‌کننده‌های مهم سلامت روان باشند. ساکلفسکی^۵، یاکولیک^۶ و کلی^۷، (۱۹۸۶) احساس تنهایی را یک تجربه عاطفی ناخوشایند و یک پریشانی روحی مزمن (هورویتز و فرنچ^۸، ۱۹۷۹) می‌دانند که از تعارضات ارتباطی بین فردی و کاستی‌هایی در روابط اجتماعی شخص ناشی می‌شود. آشر و پاکویت^۹ (۲۰۰۳) بر این باورند که تنهایی، هم می‌تواند یک تجربه زندگی و هم بالقوه آسیب‌زا باشد. یافته‌های پژوهشی بیانگر آن است که احساس تنهایی یک عامل سبب شناختی در سلامت و بهزیستی جمعیت‌های گوناگون است و پیامدهای آنی و دراز مدت جدی در بهداشت روانی دارد (هومن، ۱۳۸۹).

1- Bolton

2- Lone liness

3- Meditation

4- Diyang Girold

5- Saklfski

6- Yackulic

7- Kelly

8- French

9- Asher & Paquette

پژوهش‌های نوین نشان داده‌اند که احساس تنهایی با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بسیاری، همچون افسردگی^۱ (نانجل^۲ و دیگران ، ۲۰۰۳)، افکار خودکشی (کید^۳، ۲۰۰۴، استراویتسکی و بوییر، ۲۰۰۱، اضطراب (جانسون و دیگران، ۲۰۰۱) سوء مصرف مواد، عزت نفس پایین، خستگی، ناشاد زیستن، تیره روزی و احساس بدبختی (ساکلفسکی و پاکولیک، ۱۹۸۹) مرتبط بوده و تهدیدی برای سلامت روان، بهکامی و کارکرد روانی فرد بشمار می‌آید (مک رایتر^۴، ۱۹۹۰).

پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه احساس تنهایی در سال‌های گذشته، بیش‌تر معطوف به آسیب‌شناسی روانی بود و کم‌تر به عواملی که می‌توانند در ارتقاء سطح روابط اجتماعی افراد و کاهش انزوا و احساس تنهایی موثر باشند، توجه شده است (هومن، ۱۳۸۹). با توجه به پیدایش دانش نوین روان‌شناسی مثبت‌گرا، در سال‌های اخیر تلاش‌های بسار زیادی برای روشن شدن مفاهیمی همچون: بهزیستی معنوی، رضایت از زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و سایر سازه‌های مثبت روانی انجام گرفته است. پژوهش‌های مربوط به این حیطه در روان‌شناسی معاصر نقشی بسیار برجسته دارند. این امر نشان دهنده تلاش روان‌شناسان برای بررسی دقیق‌تر این موضوع است.

در سال‌های گذشته، معنویت و مقابله مذهبی به عنوان راهبرد های موثر مقابله با آشفتگی‌ها و پریشانی‌ها مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان و مشاوران قرار گرفته است (راشل^۵، ۲۰۰۷). منظور از بهزیستی معنوی، انرژی مثبت و خوش بینانه‌ای است که به افراد کمک می‌کند خود را کنترل کنند و نسبت به دیگران انرژی، حس وفاداری و مسئولیت داشته باشند (اینگرسون^۶، ۱۹۹۸). پالوتزین و الیسون^۷ (۱۹۸۲) بیان می‌کنند که معنویت و تنهایی در حقیقت جنبه‌ای از یک سازه کلی‌تر به نام کیفیت زندگی هستند. پژوهش‌ها به گونه‌ای یکسان بر رابطه منفی مهارت‌های خودکارآمدی و احساس تنهایی (امیری، ۱۳۸۴) و سلامت معنوی (میلور، هیاشی، فیرد، استوکر، چمبرز و کامینز^۸، ۲۰۰۸) صحه گذاشته است.

¹ -Depration

² -Nangle

³ -Kidd

⁴ - Mc Whirter

⁵ -Russell

⁶ - Ingersin

⁷ - Paloutzian & Ellison

⁸ -Mellor, Hayashi, Firth, Stokes, Chambers & Cummins

از عوامل دیگر تاثیر گذار بر احساس تنهایی راهبردهای مقابله‌ای^۱ می‌باشد. همه افراد در موقعیت‌های تنش زا نه تنها نیاز به آشنایی با انواع راهبردهای مقابله‌ای دارند بلکه به شدت نیاز به تمرینی دارند که آن‌ها را قادر سازد، در موقعیت‌های مشابه و به جای بکار بستن راهبردهای عادی ناموفق، مقابله‌ای مناسب داشته باشند (مطیعی و همکاران، ۱۳۹۰). فولکمن و لازاروس (۱۹۸۵) راهبرد مقابله را فرایند پیچیده‌ای می‌دانند که با توجه به ارزیابی‌هایی که فرد از موقعیت استرس زا و فشارهای آن موقعیت دارد، تغییر می‌کند و تلاش‌های رفتاری - شناختی فرد را در بر می‌گیرد. جزایری و همکاران (۱۳۸۲) نشان دادند که استفاده از راهبردهای غیر موثر با افسردگی و احساس تنهایی رابطه مستقیم دارد.

افسردگی از عوامل دیگری است که می‌تواند بر احساس تنهایی اثر گذار باشد. انگل (۱۹۷۷) بر این باور است که از جمله رایج‌ترین مسایل روانی و عاطفی در دوران نوجوانی و جوانی استرس و افسردگی است که اغلب بر کنش‌های شناختی و عاطفی افراد اثر می‌گذارد (خوش نویسان و افروز، ۱۳۹۰). پیرنبوم^۲، کولارد^۳، ناردینگ^۴ و کومیز^۵ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان رابطه بین افسردگی و احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در بزرگسالان به این نتیجه رسیدند که افسردگی با احساس تنهایی رابطه قوی دارد، از سوی دیگر، مقدار بالای احساس روان رنجوری و پایین بودن حس تسلط و مهارت مهم‌ترین عوامل پیش بین در افسردگی بودند.

از جمله متغیرهای دیگری که در روان‌شناسی مثبت گرا به آن توجه زیادی شده است، رضایت از زندگی است. پلوت و داینر^۶ (۱۹۹۳ به نقل از هومن، ۱۳۸۹) رضایت از زندگی را یک فرایند داوری می‌دانند که در آن افراد کیفیت زندگی خود را بر اساس ملاک‌های منحصر به فرد خود ارزیابی می‌کنند. افرادی که از زندگی خود رضایت دارند احساسات مثبت زیادی همچون شادی، لذت و خوشی را تجربه کرده و از سطح پایین احساسات منفی مثل غم، اندوه، افسردگی و تنهایی برخوردار هستند. رضایت از زندگی بیانگر نگرش مثبت فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کنیم (Homan, 2010). پژوهشگران دریافته‌اند که بین رضایت از زندگی و احساس تنهایی رابطه معکوس وجود دارد (هنریچ و گولن^۷، ۲۰۰۶).

¹ -Coping straight

² -Perenboom

³ -Collard

⁴ -Narding

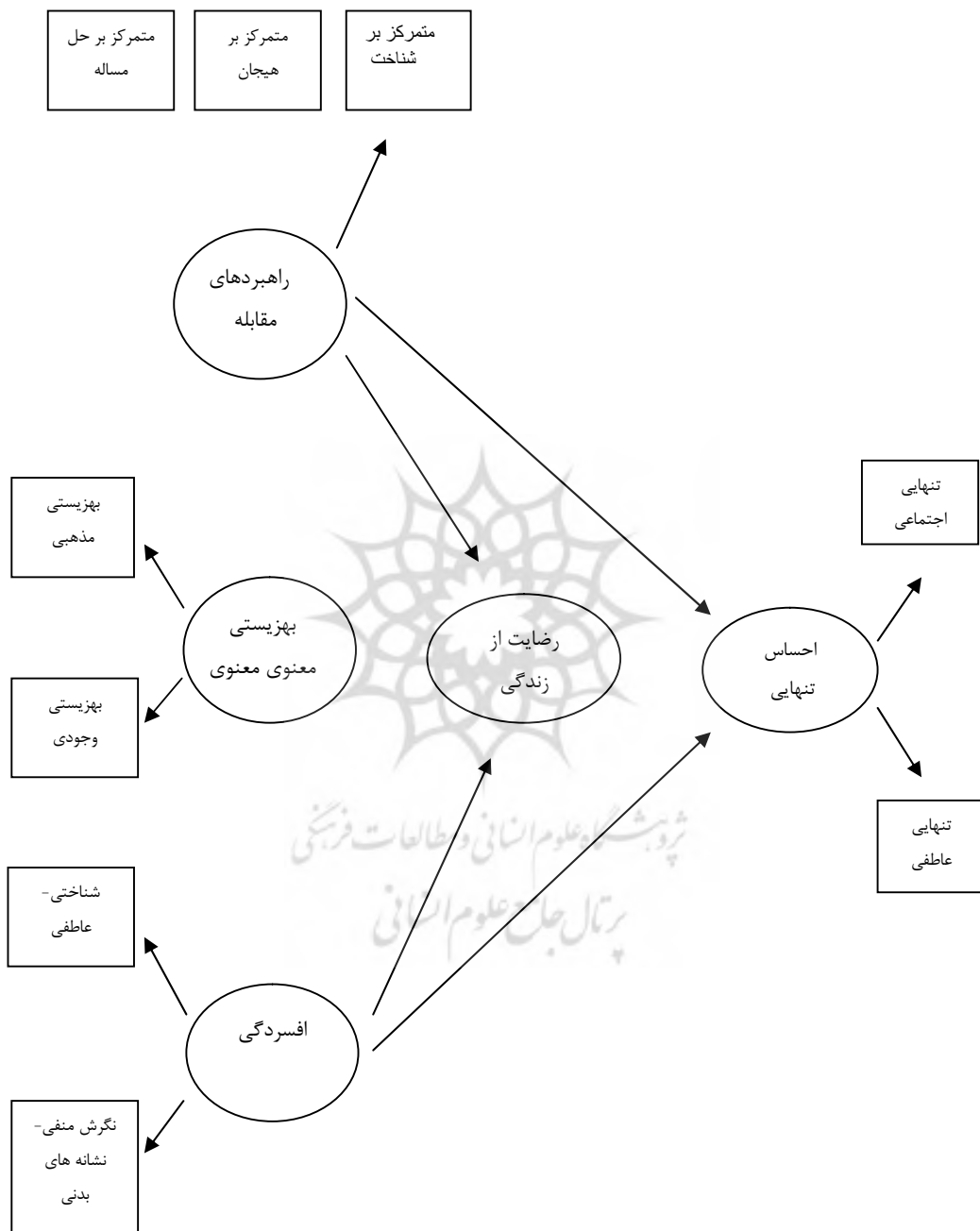
⁵ -Comijs

⁶ -Pavot & Diener

⁷ -Henrich & Gullone

روی هم رفته، بررسی پیشینه پژوهش در زمینه احساس تنهایی بیانگر رابطه منفی بین بهزیستی معنوی، راهبردهای مقابله‌ای و افسردگی با واسطه‌گری رضایت از زندگی با احساس تنهایی است و همچنین، مشخص شده است که و افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه مستقیمی با احساس تنهایی دارد. این پژوهش ارتباط بین متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای، بهزیستی معنوی، افسردگی و رضایت از زندگی در تبیین احساس تنهایی مطابق با مدل مفهومی زیر در نظر گرفته شده است.





شکل ۱- نمودار روابط ساختاری راهبردهای مقابله‌ای، بهزیستی معنوی، افسردگی و رضایت از زندگی با احساس تنهایی.

بدین ترتیب این پژوهش در پی شناسایی روابط متغیرهای احساس تنهایی، رضایت از زندگی، راهبردهای مقابله‌ای، بهزیستی معنوی و افسردگی با استفاده از معادله‌های ساختاری است و در پی آن فرضیه‌های زیر مطرح می‌شود:

- مدل ارایه شده احساس تنهایی با داده‌های پژوهش برازش دارد.
- راهبردهای مقابله‌ای با احساس تنهایی رابطه علی مستقیم معنی داری دارد.
- بهزیستی معنوی با احساس تنهایی رابطه مستقیم معنی داری دارد.
- افسردگی با احساس تنهایی رابطه علی مستقیم معنی داری دارد.
- رضایت از زندگی با احساس تنهایی رابطه علی مستقیم معنی داری دارد.
- راهبردهای مقابله‌ای با واسطه رضایت از زندگی با احساس تنهایی رابطه علی غیر مستقیم و معناداری دارد.
- بهزیستی معنوی با واسطه رضایت از زندگی با احساس تنهایی رابطه علی غیر مستقیم و معناداری دارد.
- افسردگی با واسطه رضایت از زندگی با احساس تنهایی رابطه علی غیر مستقیم و معناداری دارد.

روش پژوهش

این پژوهش همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری^۱ است. جامعه آماری شامل تمامی دختران ۱۵ تا ۲۵ ساله جانبازان جنگ تحمیلی شهر شیراز که در بنیاد شهید و امور ایثارگران شیراز دارای پرونده بودند. از بین جامعه دختران جانباز ۳۵۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری پژوهش شامل: الف: فرم کوتاه شده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی^۲ (SELSA-S) (دی توماسو، برانن و بست، ۲۰۰۴). این مقیاس بر اساس نظریه ویس (۱۹۷۳) طراحی شده است و به همین لحاظ دو نوع احساس تنهایی شامل احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس احساس تنهایی را در سه زمینه: رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی اندازه‌گیری می‌کند و شامل دو بعد کلی احساس تنهایی عاطفی (مجموع احساس تنهایی رمانتیک و خانوادگی) و احساس تنهایی اجتماعی می‌باشد. این مقیاس در کل شامل ۱۵ گویه و هر یک از ابعاد رمانتیک، خانواده و اجتماعی مشتمل بر ۵ گویه می‌باشد. در مقابل هر گویه طیف ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار دارد. مؤلفان این

^۱-Structural equation modeling

^۲ - Social-Emotional Loneliness Scale for Adults-Short form

مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس می‌باشد. در پژوهشی که به وسیله دی توماسو، برانن مک نالتی، راس و برگس (۲۰۰۳) انجام گرفت، ضریب آلفای کرونباخ در حد قابل قبولی از ۰/۸۱ برای احساس تنهایی رمانتیک، تا ۰/۹۱ برای احساس تنهایی خانوادگی گزارش شده است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های دیگر (برای مثال، دی توماسو، تروبیید^۱، پولین^۲ و رایبنسون^۳، ۲۰۰۷؛ رزان سیسین^۴، ۲۰۰۷) نیز تأیید شده است. در این پژوهش بمنظور اندازه‌گیری پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج ضریب آلفای ۰/۷۶ را نشان داد.

ب: مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)^۵: این مقیاس به وسیله دینر^۶، آمونس^۷، لارسن^۸ و گریفین^۹ (۱۹۸۵) برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی ساخته شده است. این مقیاس شامل ۵ گویه است که هر گویه در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت، از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۵) قرار دارد. تمامی گویه‌ها به گونه مستقیم نمره گذاری می‌شود و کسب نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده رضایت‌مندی بیش‌تر از زندگی می‌باشد. دینر و همکاران در سال ۱۹۸۵، در نمونه‌ای متشکل از ۱۷۶ دانشجوی دوره کارشناسی، ضریب آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی با فاصله دو ماه را برابر ۰/۸۲ گزارش کردند. مظفری (۱۳۸۲) نیز ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی در فاصله ۶ هفته را ۰/۸۴ گزارش کرده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

ج: پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون (۱۹۸۳): این پرسش‌نامه دارای بیست گویه می‌باشد که بهزیستی معنوی را مشخص می‌کند. یازده گویه نخست پرسش‌های مثبت بهزیستی معنوی و نه گویه بعد پرسش‌های منفی بهزیستی معنوی می‌باشند. در مقابل هر گویه طیف لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم قرار دارد. این مقیاس دارای دو بعد عمودی و افقی است، بعد عمودی اشاره به بهزیستی مذهبی و ارتباط ارضاع کننده با خدا و بعد افقی، بهزیستی وجودی و

¹ -Turbide

² -Poulin

³ -Robinson

⁴ -Rezan Çeçen

⁵ -Satisfaction With Life Scale

⁶ -Diener

⁷ -Emmons

⁸ -Larsen

⁹ -Griffin

حس رضایت از زندگی و هدف زندگی می‌باشد. الیسون (۱۹۸۳)، با استفاده از روش بازآزمایی^۱ پایایی بالای ۰/۸۵ را گزارش کرد و همچنین، الیسون و پالتوزین (۱۹۹۱) طی چهار مرحله مطالعه با فاصله یک تا ده هفته، ضرایبی معادل ۰/۹۳، ۰/۹۵، ۰/۹۹ و ۰/۸۲ را برای آن گزارش کردند (به نقل از ماگسر، و مارفارلن^۲، ۲۰۰۴)، پایایی بدست آمده به روش آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۷ می‌باشد.

د: پرسش‌نامه افسردگی بک- ایرانی- ویرایش دوم (BDI-II). یک شاخص خود گزارشی ۲۱ ماده‌ای از نشانه‌های افسردگی تجربه شده در دو هفته گذشته است (بک و، استر، و برون^۳، ۱۹۹۶). اجرای پرسش‌گری به صورت فردی بود و از شرکت کنندگان خواسته شد تا مقدار افسردگی خود را در پرسش‌نامه بر روی یک پیوستار ۴ درجه ای، از صفر (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید درجه‌بندی کنند. نمره کل (BDI-II) با جمع نمره‌های ماده‌ها بدست می‌آید) از صفر تا ۶۳) که نمره بالاتر بیانگر افسردگی بیش‌تر است (رجبی و همکاران، ۱۳۸۰). کاپسی و همکاران^۴ (۲۰۰۸)، در نمونه غیر بالینی و با لینی ضرایب همسانی درونی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی را در نمونه غیر بالینی ۰/۹۴ و قاسم زاده و همکاران (۲۰۰۵) ضریب پایایی کل پرسش‌نامه ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۴ را گزارش داد (به نقل از رجبی و کارجو کسمایی، ۱۳۹۱). در این پژوهش پایایی بدست آمده به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ می‌باشد.

یافته‌ها

بمنظور بررسی داده‌های توصیفی، میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

1 - Test - Retest

2 - Musgrave & Mafar lane

3 - Beck, , Steer, Brown

4 - Kapci, Uslu, Turkcapar & Karaoglan

جدول ۱ - میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش.

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین نمره	بیش‌ترین نمره
بهزیستی معنوی	۸۹/۷۸	۱۵/۰۳	۲۶	۱۱۷
راهبردهای مقابله‌ای	۳۸/۴۵	۱۰/۰۴	۳	۹۱
افسردگی	۱۷/۹۳	۱/۲۵	۰	۵۹
رضایت از زندگی	۱۵/۱۶	۴/۳۹	۵	۲۵
احساس تنهایی	۳۷/۸۰	۱۱/۴۷	۱۴	۷۷

جدول ۲- ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش.

متغیر	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)
۱- بهزیستی معنوی	۱				
۲- راهبردهای مقابله‌ای	۰/۵۳**	۱			
۳- افسردگی	-۰/۴۹**	-۰/۱۳*	۱		
۴- احساس تنهایی	-۰/۳۵**	-۰/۱۱*	۰/۴۵**	۱	
۵- رضایت از زندگی	۰/۵۳**	۰/۰۵۷	-۰/۵۸**	-۰/۵۴**	۱

$P < 0.05$ $**P < 0.01$

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، متغیرهای پژوهش همبستگی معناداری دارند. بمنظور بررسی برازش مدل فرضی با داده‌های پژوهش بیشینه احتمال با استفاده از نرم افزار اموس، از شاخص‌های برازندگی χ^2 دو، نسبت مجذور χ^2 به درجه آزادی (X^2/df)، شاخص برازندگی تطبیقی^۱ (CFI)، شاخص برازندگی هنجار شده^۲ (NFI)، شاخص برازندگی افزایشی^۳ (IFI)، شاخص توکر-لویس (TLI) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب^۴ (RMSEA) استفاده شد

در جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است.

^۱ -Goodness of Fit Index(GFI)

^۲ -Normal of Fit Index(NFI)

^۳ -Incremental Fit Index(IFI)

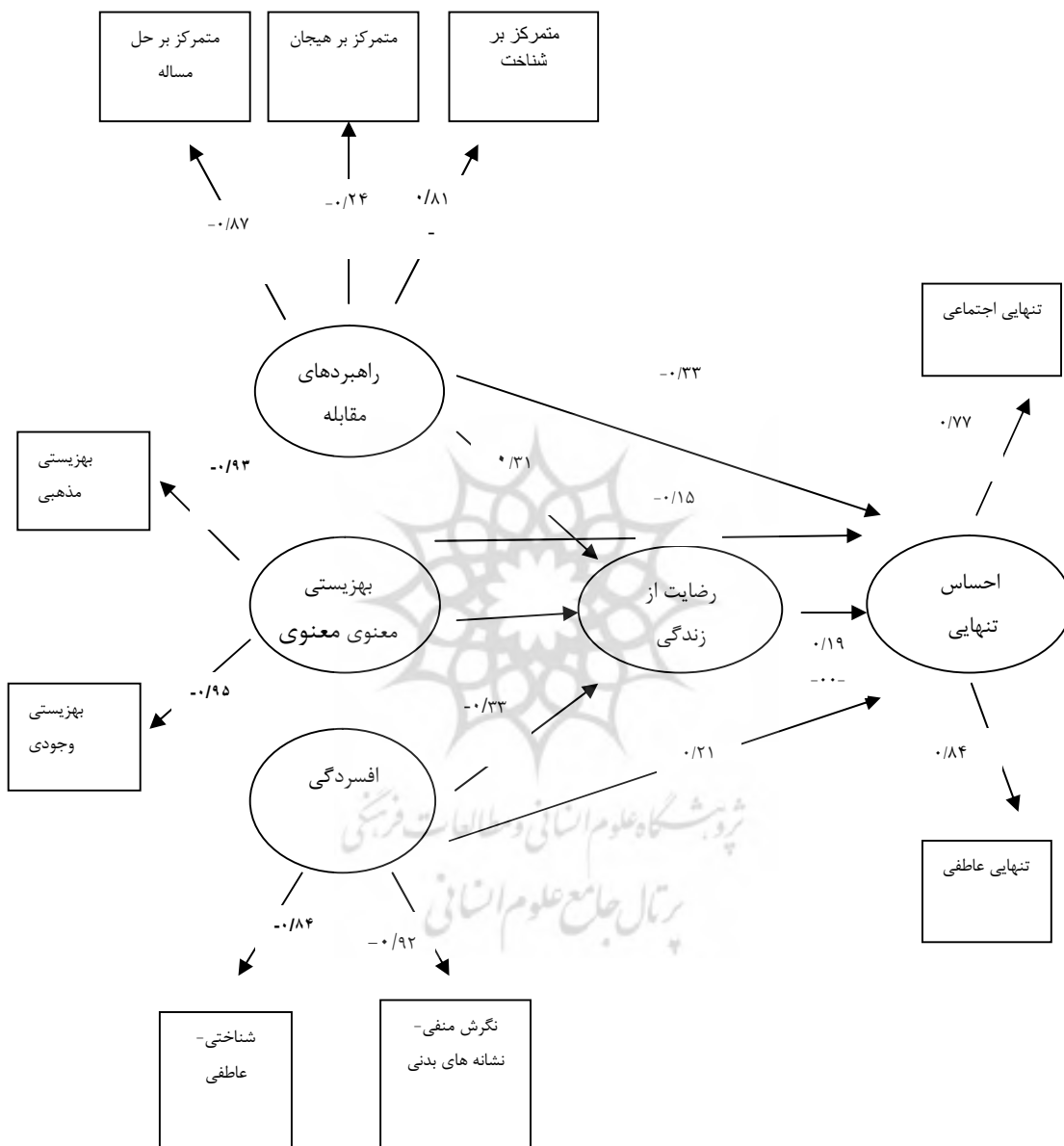
^۴ -Root mean square error of approximation(RMSEA)

جدول ۳- شاخص‌های برازندگی مدل فرضی پژوهش.

شاخص	X^2	df	X^2/df	P	CFI	NFI	IFI	RFI	TLI	RMSEA
مدل	۱۳۸/۲۰	۲۶	۵/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۸۹	۰/۹۱	۰/۱۰

بر اساس مندرجات جدول بالا ملاحظه می‌شود که در مدل احساس تنهایی دختران جانباز شاخص نسبت مجذور خی به درجه آزادی (X^2/df) برابر ۵/۳۲، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و شاخص برازندگی افزایشی (IFI) برابر است با ۰/۹۳، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر ۰/۹۳، شاخص توکر-لویس (TLI) برابر ۰/۹۱ و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) برابر ۰/۱۰ می‌باشد که این نشان می‌دهد که تمامی شاخص‌های مورد بررسی از مقداری مناسب برخوردار هستند و بیانگر این است که مدل برازش مطلوب و رضایت بخشی دارد.





شکل ۲- نمودار ضرایب مسیر بین متغیرها.

جدول ۴- ضرایب مسیرهای موجود در پژوهش.

p	t	برآورد استاندارد	خطای معیار	برآورد غیر استاندارد	مسیر
۰/۰۰۰۱	۴/۵۵	-۰/۳۳	۰/۲۳	-۱/۰۴	راهبردهای مقابله‌ای بر احساس تنهایی
۰/۰۰۳	۳/۰۰۹	۰/۲۱	۰/۰۸۲	۰/۲۵	افسردگی بر احساس تنهایی
۰/۰۰۵	۲/۸۳	-۰/۱۹	۰/۱۱	-۰/۳۱	رضایت از زندگی بر احساس تنهایی
۰/۰۱۵	۲/۴۲	-۰/۱۵	۰/۰۴۹	-۰/۱۲	بهبودی معنوی بر احساس تنهایی
۰/۰۰۰۱	۳/۷۰	۰/۲۰	۰/۰۲۶	۰/۰۹۵	بهبودی معنوی بر رضایت از زندگی
۰/۰۰۰۱	۵/۶۹	-۰/۳۳	۰/۰۴۳	-۰/۲۴	افسردگی بر رضایت از زندگی
۰/۰۰۰۱	۵/۳۱	۰/۳۱	۰/۱۱	۰/۶۰	راهبردهای مقابله‌ای بر رضایت از زندگی

همان گونه که در نمودار ۲ و جدول ۴ مشاهده می‌شود، همه ضرایب مسیر از لحاظ آماری معنادار است. به بیان دیگر، اثر مستقیم راهبردهای مقابله‌ای بر احساس تنهایی منفی معنادار است و هم‌چنین، راهبردهای مقابله‌ای از راه تاثیر بر رضایت از زندگی اثر غیر مستقیم منفی معناداری بر احساس تنهایی دارد. هم‌چنین، اثر مستقیم بهبودی معنوی بر احساس تنهایی منفی معنادار است و بهبودی معنوی از راه تاثیر بر رضایت از زندگی اثر غیر مستقیم منفی معناداری بر احساس تنهایی دارد. در مورد افسردگی نتایج نشان داد که تاثیر مستقیم این متغیر بر احساس تنهایی مثبت و معنادار است، ولی این متغیر از راه تاثیر بر رضایت از زندگی اثر غیر مستقیم منفی معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تدوین مدل احساس تنهایی بر پایه ساختار راهبردهای مقابله‌ای، بهبودی معنوی، افسردگی و رضایت از زندگی انجام شد. نتایج بررسی فرضیه پژوهشی که راهبردهای مقابله‌ای هم به گونه مستقیم و هم با تاثیر بر رضایت از زندگی تاثیری معنادار بر احساس تنهایی دارد، نشان داد که بین احساس تنهایی و راهبردهای مقابله‌ای و رضایت از زندگی رابطه‌ای معنادار وجود دارد. به این ترتیب که هرچه فرد راهبرد مقابله‌ای مناسبی را بکار برد، احساس تنهایی و در

پی آن افسردگی کم‌تری را نشان خواهد داد. این یافته‌ها با یافته‌های مطیعی (۱۳۹۰)، ابراهیمی (۱۳۷۱)، چانگ^۱، مویان^۲ و هیرش^۳ (۲۰۱۵)، غضنفری و قدم پور (۱۳۸۷) همخوانی دارد. راهبردهای مقابله‌ای یکی از مولفه‌های اساسی بهداشت روانی است. روش مقابله با این استرس‌ها نزد افراد متفاوت است. برخی از واکنش‌ها سازگارانه هستند و فرد را به سوی یک وضع تعادل بیش‌تر و کاهش فشارهای کلی سوق می‌دهند و برخی دیگر از واکنش‌ها ناسازگارانه بوده و نه تنها فشار روانی را به گونه‌ای موثر کاهش نمی‌دهند بلکه مشکلات ثانوی بیش‌تری را بوجود می‌آورند و تاثیر منفی بر وضع آتی فرد و افزایش ناخشنودی و احساس تنهایی می‌شوند (صیادی، ۱۳۸۸). از آنجایی‌که بین دو متغیر احساس تنهایی و سبک‌های مقابله‌ای "هیجان مدار" و "مساله مدار" رابطه وجود دارد و این رابطه حاکی از آن است که روی آوردن به سبک‌های یاد شده به وسیله فرزندان جانباز ناشی از تنهایی و افسردگی آنهاست و هم‌چنین، نداشتن توانایی استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مناسب می‌تواند احساس تنهایی و افسردگی را در فرد افزایش دهد (اقدسی و عیدی، ۱۳۹۰). فرد با بکار بستن سبک مقابله کارآمد می‌تواند راههای مقابله با مشکل را به گونه مستقیم بررسی کند و به گونه معمول با یافتن راه حل مناسب برای مشکل رضایت روان شناختی حاصل می‌شود. از سوی دیگر، این وضع باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد (لطیفیان، شیخ الاسلامی، ۱۳۸۳). در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی بدست آمده منبع استرس نیز بهتر شناسایی می‌شود و ممکن است قابل کنترل ارزیابی شود. شناخت منبع کنترل از یک سو و ارزیابی کردن آن از سویی دیگر به کاهش احساس تنهایی و افزایش سلامت روانی کمک می‌کند. بنابراین، استفاده از روش‌های درمانی و کلاس‌های مهارت‌های زندگی برای افزایش رضایت از زندگی و کاهش احساس تنهایی جانبازان و خانواده‌های‌شان می‌تواند ضروری باشد.

نتایج بررسی فرضیه پژوهشی که بهزیستی معنوی تاثیر معناداری بر احساس تنهایی دارد با یافته‌های پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، میلور (۲۰۰۸)، هومن و همکاران (۱۳۸۹)، حامدیه (۱۳۸۸)، بهرامی‌دشتکی و همکاران، (۱۳۸۵) همخوانی دارد. پژوهش‌هایی متعدد که رابطه بهزیستی معنوی را با سایر سازه‌های مشابه با احساس تنهایی مورد بررسی قرار دادند، از این فرضیه که بهزیستی معنوی می‌تواند کارکرد روانی سازگاری را تقویت کند، حمایت می‌کند. همبستگی منفی معنادار

¹ - Chang

² - Muyan

³ - Hirsch

بین بهزیستی معنوی با افسردگی (جینا، ۲۰۰۱)، بی ثباتی هیجانی و آشفتگی خلق (لیچ و لارک^۲، ۲۰۰۴) و استرس (وودبوری^۳، ۱۹۹۲) گزارش شده است (به نقل از هومن، ۱۳۸۹).

پالوتوزین و الیسون (۱۹۸۲) ضمن تعریف بهزیستی معنوی به عنوان رضایت شخصی، در ارتباط شخص با یک وجود برتر و حسی از هدفمندی در زندگی، بیان می‌کنند که این رضایت شخصی و احساس هدفمندی در زندگی باعث افزایش کیفیت زندگی فرد و کاهش احساس تنهایی می‌شود. بهزیستی معنوی باعث می‌شود که فرد احساس کند که یک نیروی برتر از او محافظت می‌کند و به او توجه دارد. از سوی دیگر، بهزیستی معنوی باعث ارتباط بهتر با افراد دیگر می‌شود و در نتیجه منابع حمایت اجتماعی فرد را افزایش می‌دهد و جهت‌گیری واقع بینانه‌ای درباره فقدان و محرومیت به فرد می‌دهد. دور ماندن از باورهای اصیل مذهبی راه را برای ابتلای فرد به کشمکش‌های درونی و روانی، احساس پوچی و بی‌هدفی، یاس، تنهایی و ناامیدی در برابر محرومیت‌ها، ناملایمات و فشارهای روانی هموار می‌کند (ضیقمی محمدی و تجویدی، ۱۳۹۰). در جهان بینی توحیدی توکل به خدا و باور به معاد انسان را از احساس تنهایی مصون می‌دارد. گروهی از روان‌شناسان بر این باورند که نیمی از متغیرهای مربوط به سلامت روانی افراد بالغ به وسیله باورهای مذهبی تبیین می‌شود، آن‌ها می‌گویند: مذهب و معنویت به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی بویژه حوادثی که دردناک و اضطراب‌انگیزند را بفهمند و باعث دلگرمی و خرسندی در روان و روحیه او بشود (ظهور و توکلی، ۱۳۸۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که افسردگی با احساس تنهایی هم به گونه مستقیم و هم از راه تاثیر بر رضایت از زندگی رابطه دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیرنیوم، کولارد، ناردینگو کومیز (۲۰۱۵)، یاکوب، جوهری، ابوطالب و ابوبو^۴ (۲۰۰۹)، سیهان و سیهان^۵ (۲۰۱۱)، الاسگارد، گوزنز و الکیت (۲۰۱۱)، وایت هاوز، دورکین، جاگوست و زیاتاس^۶ (۲۰۰۹)، واحدی، فتح آبادی و اکبری (۱۳۸۹) همسو می‌باشد.

در این پژوهش مشخص شد که بین افسردگی، احساس تنهایی رابطه معناداری وجود دارد. به این ترتیب که افزایش افسردگی باعث افزایش احساس تنهایی و در پی آن کاهش رضایت از زندگی می‌شود. از آنجایی که خانواده‌های جانباز به لحاظ آسیب جسمانی و روانی و پیامدهای

1- Genia

2- Leach & Lark

3- Woodbury

4- Yaacob & Juhari & Abu Talib & Uba

5- Ceyhan, & Ceyhan

6- Whitehouse, Durkin, Jaquet, & Ziatas

روان‌شناختی ناشی از ضایعه دارای مشکلات متعددی در زندگی می‌باشند که این مشکلات باعث کاهش کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و افزایش احساس تنهایی در آن‌ها و فرزندان‌شان می‌شود. لذا، این فرزندان به دلیل شرایط سنی و موقعیت خاص اجتماعی و خانوادگی در معرض استرس‌های فراوان می‌باشند. مطالعات نشان داده که شیوع اختلالات و بیماری‌های روانی در بین نوجوانان در حال افزایش است (رضایی آدریانی و همکاران، ۱۳۸۶). انگل (۱۹۷۷) بر این باور است از جمله رایج‌ترین مسائل روانی و عاطفی در دوران نوجوانی و جوانی استرس و افسردگی است که اغلب بر کنش‌های شناختی و عاطفی و ارتباطی افراد اثر می‌گذارد (خوش نویسان و افروز، ۱۳۹۰) که خود باعث افزایش احساس تنهایی و کاهش رضایت از زندگی می‌شود. لذا، با توجه به مشکلات دوران نوجوانی و افزایش افسردگی روشن است که فرزندان جانباز افزون بر مشکلات دوران نوجوانی مشکلات خانوادگی بیش‌تری را تجربه می‌کنند. لذا، در معرض خطر بیش‌تر کاهش سلامت روانی و افزایش افسردگی قرار می‌گیرند (کارمون و مورگان^۱، ۲۰۰۵) که باعث کاهش رضایت از زندگی و افزایش احساس تنهایی می‌شود.

از دیگر یافته‌های پژوهش این بود که رضایت از زندگی اثری معنادار بر احساس تنهایی دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های میلور و همکاران (۲۰۰۸)، نتو و باروز (۲۰۰۰)، بولگا^۲ (۲۰۰۸) هم‌خوانی دارد. رضایت‌مندی از زندگی یک ساختار خصیصه‌ای و نسبتاً پایدار است و مربوط به گذشته، حال و آینده زندگی فرد است. در مجموع، رضایت‌مندی از زندگی عبارت است از احساس خوشبختی و این‌که فرد زندگی‌اش را معنادار بداند. روند زندگی‌اش را از گذشته تا به حال راضی کننده بداند و امیدوار باشد در آینده زندگی مطلوبی داشته باشد. سطح بالای رضایت از زندگی در ارتباط با عزت نفس بالا، داشتن یک سیستم حمایت اجتماعی خوب، خوش بینی سطح بالا، خود تقویتی، کارآمدی و داشتن یک مرکز کنترل بیرونی دریافت می‌شود که همه این عوامل می‌تواند از دچار شدن به احساس تنهایی جلوگیری کند. از سوی دیگر، می‌توان رضایت از زندگی را به صفات درونی و فرایندهای روان‌شناختی همچون حالت‌های خلقی، هدف‌ها، سبک‌های مقابله و فرایندهای سازگاری نسبت داد که این می‌تواند رابطه منفی رضایت از زندگی و احساس تنهایی را تبیین کند. نتایج پژوهش نشان دادند که مدل احساس تنهایی از برازش مطلوبی برخوردار است. یافته‌ها بیانگر تاثیر مستقیم و غیر مستقیم بهزیستی معنوی، راهبردهای مقابله‌ای و افسردگی بر احساس تنهایی و تاثیر مستقیم رضایت از زندگی بر احساس تنهایی است. روی هم رفته، نتایج پژوهش بیانگر این است که بهزیستی معنوی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت از زندگی اثری معنادار بر

¹ - Gammon & Morgan

² - Bulga

احساس تنهایی دارد. از آنجایی که احساس تنهایی در بین خانواده‌های جانباز بویژه فرزندان آنها دارای پیامدهای منفی بر سلامت روان است، پیشنهاد می‌شود گروه‌های در معرض خطر احساس تنهایی شناسایی شوند و با انجام مداخلات پیش‌گیرانه اولیه مبتنی بر آموزش بهزیستی معنوی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت از زندگی از این پیامدهای منفی جلوگیری کرد.

References

- ابراهیمی، ا.ه. بوالهروی، ج. و ذوالفقاری، ف. (۱۳۷۱). مطالعه جنبه‌های روانشناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی. پایان نامه ک ارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- اقدسی، ع.ن. و عیدی، ر. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای در بین جانبازان قطع نخاع شهر تبریز. فصلنامه علوم تربیتی، سال چهارم، شماره ۱۶.
- امیری، م. بردبار، س. و کاتب، ز. (۱۳۸۴). مقایسه وضعیت روانی همسران شاغل جانبازان قطع نخاع با همسران شاغل افراد عادی. مجله روانشناسی، سال ۹، شماره ۱.
- بولتون، ر. (۱۹۹۹). روان‌شناسی روابط انسانی، حمید رضا سهرابی، (۱۳۸۱)، تهران، انتشارات رشد.
- خوشنویسان، ز. و افروز، غ.ع. (۱۳۹۰). رابطه‌ی خودکارآمدی با افسردگی، اضطراب و استرس. اندیشه و رفتار، دوره ی پنجم، شماره ی ۲۰، تابستان ۹۰.
- جزایری، ع.ر. جعفری زاده، ذ.ا. و پورشهباز، ع. (۱۳۸۲). بررسی و مقایسه ارتباط بین مولفه‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله در معتادان به تریاک ۳۶-۳۰ ساله. فصل نامه اعتیاد پژوهی، ۲، (۱). ص ۱۷-۳.
- رجبی، غ.ر. و کارجو کسمایی، س. (۱۳۹۱). کفایت شاخص‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II). فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی شماره ۱۰، سال سوم، زمستان ۹۱.
- رجبی، غ.ر. عطاری، ی.ع. حقیقی، ج. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های پرسش‌نامه بک (BDI-II) بر روی پسران دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران. دوره ی سوم، سال هشتم، پاییز و زمستان، شماره‌های ۳ و ۴، صص ۴۹-۶۶.
- رضایی آدریانی، م. آزادی، آ. احمدی، ف.ا. و واحدیان عظیمی، ا. (۱۳۸۶). مقایسه میزان افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی دانشجویان پسر و دختر مقیم خوابگاه‌های دانشجویی. پژوهش پرستاری دوره ۷ شماره‌های ۴ و ۵.

- سلیمی، ع. (۱۳۸۷). مدل علی پیرامون پیش‌آیندها و پیامدهای احساس تنهایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- صیادی، ی. (۱۳۸۸). رابطه بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای در دانشجویان دانشگاه تبریز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- ضیقمی محمدی، ش. و تجویدی، م. (۱۳۹۰). ارتباط سلامت معنوی و ناامیدی با مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور، فصل‌نامه مراقبت‌های نوین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۸، شماره ۳.
- لطیفیان، م. و شیخ‌الاسلامی، ر. (۱۳۸۳). بررسی رابطه رضایت از زندگی با سلامت عمومی و مولفه‌های آن در دانشجویان دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شیراز، دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، اسفندماه، تهران دانشگاه تربیت مدرس.
- قاسم‌زاده نساجی، س. پیوسته‌گر، م. حسینیان، س. موتابی، ف. و بنی‌هاشمی، س. (۱۳۸۹). اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان. مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۱، صص ۴۳-۳۵.
- هومن، ح.ع. احدی، ح. سپاه‌منصر، م. و شیخی، م. (۱۳۸۹). مدل‌یابی احساس تنهایی بر پایه ساختار بهزیستی معنوی، خودکارآمدی و رضایت از زندگی. نشریه: تحقیقات روانشناختی، پاییز، دوره ۲، شماره ۷.
- مطیعی، گ. آقا یوسفی، ع.ر. چوبسار، ف. و شقاقی، ف. (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان ناباور. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، سال ۵، شماره ۳، پاییز.
- Asher S.R. Paquette, J.A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3):75-8.
- Beck, A. T., Steer, R.A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory – 2nd Edition Manual. The Psychological Corporation, San Anton.
- Bulga, S. (2008). Famille et Adolescence: Prévention de conduites à risque. In M. Zabalia & D. Jacquet (Eds.), *Adolescences d'aujourd'hui* (pp. 17-35). Rennes: Presses Universitaires de France.
- Zabalia & D. Jacquet (Eds.), *Adolescences d'aujourd'hui* (pp. 17-35). Rennes: Presses Universitaires de France.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Ditommaso, E., Brannen, C. & Best, L. A. (2004). "Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults". *Educational and Psychological Measurement*. No. 1, 99-119.

- Ditommaso, E., McNulty, C., Ross, L., & Burgess, M., (2003). Attachment Styles ,Social skills, and Loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*, 35,303-312.
- Ellison, C.W. (1983). Spiritual well- being: conceptualization and Measurement. *J Psych Theol* , 11: 330-390
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Appraisal, coping, health satuse and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Gammon, J. & Morgan-Samuel, H. (2005). A study to ascertain the effect of structured student tutorial support on student stress, self-esteem and coping. *Nurse Education in Practice*; 5:161–171.
- Genia, V. (2001). Evaluation of spiritual well-being scale in sample of college student. *International journal for psychology of religion*, 11, 25-30.
- Heads of University Counseling Services of Royal College of Psychiatry. (2003). The mental health of students in higher education. Council report CR12. [Online]. [accessed 2006 Oct 11]; Available from: URL:<http://hucs.org>.
- Heinrich, L. M., & Gullonea, E. (2006). “The clinical significance of loneliness: A literature review”. *Clinical Psychology Review*, 26, 695-718
- Horowitz, I. M., & French, R. D. (1979). Interpersonal problems of people who describe themselves as lonely. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 762 -764.
- Johnson, H. D., Lavoie. J. C. Spenceri, M. C., & Mahoney-Wernli, M A. (2001). Peer conflict a voidance: Associations with loneliness, social anxiety, and social a voidance. *Psychological Reports*, 88, 227-235.
- Kapci, E. G., Uslu, R., Turkcapar, H., & Karaoglan, A. (2008). Beck Depression....
- Kidd, S.A. (2004). “The wall sareclos ingin,and we were trapped”: A Qualitative analysis of street out suicide. *Youth and Society*, 36, 30–55.
- Leach, M. M., & Lark, R. (2004). Does spirituality add to personality in the study of trait forgiveness? *Personality and Individual Differences*, 37, 147-156.
- McWhirter, B T. (1990). Loneliness: A review of current literature, with implications for counseling and research”. *Journal of Counseling and Development*, 68, 417-422.
- Mellor, D., Hayashi, Y., Firth, L., Stokes, M., Chambers, S., & Cummins, R. (2008). Volunteering and Well-Being: Do self-Esteem, Optimism, and Perceived Control Mediate the Relationship? *Journal of Social Service Research*, 34(4):61.
- Musgrare, C. F., & Mafarlane, E.A. (2004). Israeli oncology nurses, religiosity , spiritual well- being , and attitudes to word spiritual care. *Ecology nursing forum*, V 31, No2.

- Nangle, D.W. Erdley, C.A. Newman, J.E. Mason, C.A., & Carpenter, E.M. (2003). Popularity, friendship quantity, and Friendship quality: Interactive influences on children's loneliness And depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 546–55.
- Neto, F., & Barros, J. (2000). Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape Verde and Portugal. *Journal of Psychology*, 134, 503-514.
- Paloutzian, R. & Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well – being, and quality of life. In L.A. peplan & D. Pearlman (Eds). *Lone lines: A source book fog current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Russell, D. W. (2007). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20–40
- Saklofske, D., H., & Yackulic, R. A. (1989). Personality predictors of loneliness. *Personality and Individual Differences*, Vol. 10. 467-472
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 32–40.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social isolation*. Cambridge, Mass. The Mit Press.
- Woodbury, A.M. (1992). *Social support network and adjustment in childhood: Longitudinal analysis*. *Dissertation Abstract International*, 52, 45-46.
- Yaacob, S. N., Juhari, R., Abu Talib, M., & Uba, I. (2009). “Loneliness stress, self esteem and depression among malaysian adolescents”. *Journal Kemanusiaan Bil*, 14, 85-95.
- Zohour, A.R., & Tavakoli, A., (2002). Religious attitudes of the students of Kerman University of medical sciences. *Armaghan Danesh*. 2003; 7 (28): 45-52. [Persian]