

Research Paper

Sociological Study of the Relationship between Social Isolation and Spiritual Health among Blinds in Shiraz City

Majid Movahed^{*1}, Ehsan Hamidizadeh² , Khadije Zare³

¹ Professor of Sociology, Sociology Department, Shiraz University, Shiraz (mmovahed@rose.shirazu.ac.ir)

² Assistant Professor of Sociology, Sociology Department, Shiraz University, Shiraz (ehamidi@shirazu.ac.ir)

³ M. A. in Sociology, Sociology Department, Shiraz University, Shiraz (Khdyihzar652@gmail.com)



10.22080/ssi.2022.24063.2019

Received:

July 30, 2022

Accepted:

February 7, 2023

Available online:

February 27, 2023

Keywords:

Social isolation, Spiritual health, Blind people, Disability, Sociological factors.

Abstract

Objectives: Social isolation is one of the problems of today's society, and its prevalence among people with special conditions, such as blindness. The present study was conducted with the aim of measuring the feeling of social isolation and spiritual health in visually impaired people. The statistical population of this research was the blind people of Shiraz city covered by welfare Institution. The sampling method adopted was random sampling. SPSS software was used for the statistical analysis of this research. Two main processing categories were performed on the data, and descriptive statistics and inferential statistics were used for this purpose. The findings showed that the respondents' social isolation is moderate. Also, the findings showed that at the level of inferential analysis, the tests between the variables of age, gender, severity of disability, cause of disability, duration of disability, and social isolation are not significant, but the tests between the variables of income, employment status, marital status, education level, spiritual health, and social isolation are significant. In sum, the results of this research show that in explaining the social isolation of visually impaired people in Shiraz, the explanatory level of acquired social factors is much higher than other factors; therefore, policies must be aimed at improving the social conditions of this people.

***Corresponding Author:** Majid Movahed

Address: Sociology Department, Economy, Management and Social Science Faculty, Shiraz University, Shiraz

Email: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

Extended Abstract

1. Introduction

Social isolation and related concepts have been discussed increasingly in the field of mental health. Despite this, there is a lack of conceptual clarity and consistency in the definition and operationalization of these terms. There is a lack of clarity around how social isolation, loneliness, and related concepts should be defined and measured. While social isolation has been linked to loneliness, they are not synonymous concepts. These, and related terms, including social networks, confiding relationships, and social support, have multiple, often overlapping, meanings. Also, social isolation is one of the problems of today's society, and its prevalence among people with special conditions, such as blindness.

People with physical and mental disabilities are have problems to make relations with others. So, they are getting more involved social isolation. It seems that one of the factors affecting social isolation is spiritual health. Some scholars have defined spiritual health in terms of existential dimensions and some have defined spiritual health in terms of religious dimensions. Existential spiritual health refers to one's relationship with others, environment, and within himself while religious-spiritual health refers to one' relationship with God and infinite power. The present study was conducted with the aim of measuring the feeling of social isolation and spiritual health in visually impaired people.

2. Methods

The present study is based on a quantitative approach and uses a survey method. The statistical population of this research included the blind people of Shiraz City supported by Welfare Institution. The sampling method adopted was random sampling. SPSS Software was used for the statistical analysis of this research. Two main processing categories were performed on the data, and descriptive

statistics and inferential statistics were used for this purpose.

The questionnaire questions had three parts. Demographic questions (including age, gender, marital status, level of education, occupation), questions related to social isolation, and spiritual health questions. Two main processing categories were performed on the data, and descriptive statistics and inferential statistics were used for this purpose.

3. Results:

In this study, 400 respondents were almost equally female (49.6%) and male (50.4%), from range of 30-39 (34%), and the average age of respondents is 37.08 years. The majority of respondents had diploma (24.6%), and in the next rank, the majority of respondents had bachelor's degrees (23.8%). The survey of the respondents showed that the highest number of causes of disability belonged to people blind from birth (53.7%). Findings showed that the severity of disability of most respondents was high and very high (86%). The majority of blinds' level of spiritual health and social isolation was moderate.

A significant relationship was also observed between some of the research independent (income, employment status, marital status, education level, spiritual health) and dependent variable (social isolation) at the significance level of 0.01. Using a multivariable regression, it was found that only three independent variables had a significant relationship with blinds' social isolation, including spiritual health, employment status, and income.

4. Conclusion:

The findings of this research indicate that blinds with higher rate of spiritual health have a low rate of tendency to social isolation. Another variable affecting the blinds' tendency to social isolation is income. Respondents with

high-rate income had a low-rate tendency to social isolation. Employment status is another factor which has a significant relationship with social isolation. These three factors of spiritual health, income, and employment status, as a whole, have an important role in determining the blinds' tendency to social isolation. Spirituality can be a source for blind people to find meaning and give meaning to the situation that they are forced into. They can remove their mental barriers by justifying their blindness and this helps them to reduce their social isolation.

5. Funding:

There is no funding support

6. Authors' contribution:

Study conception and design: Majid Movahed, Ehsan Hamidizadeh, Khadije Zare

Data collection: Khadije Zare

Data analysis and interpretation: Khadije Zare, Majid Movahed, Ehsan Hamidizadeh

Drafting of manuscript: Ehsan Hamidizadeh, Majid Movahed

Critical revision: Ehsan Hamidizadeh, Majid Movahed

7. Conflict of interest:

Authors declared no conflict of interest.

8. Acknowledgments:

Thanks to all people participating in our study.



پژوهشی

بررسی جامعه‌شناختی ارتباط انزوای اجتماعی و سلامت معنوی نابینایان (جامعه نابینای شهر شیراز)

مجید موحد^{۱*}، احسان حمیدی زاده^۲ ID، خدیجه زارع^۳

^۱ استاد بخش جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

^۲ استادیار بخش جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز ehamidi@shirazu.ac.ir

^۳ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز Khdyihzar652@gmail.com

 10.22080/ssi.2022.24063.2019

چکیده

اهداف: پژوهش حاضر با هدف سنجش میزان انزوای اجتماعی و سلامت معنوی و همچنین ارتباط این دو متغیر در افراد با آسیب بینایی انجام شد. جامعه آماری این تحقیق نابینایان شهر شیراز تحت پوشش بهزیستی بودند. روش نمونه‌گیری اتخاذشده، نمونه‌گیری تصادفی بود. برای تحلیل آماری این پژوهش از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. دو دسته پردازش اصلی روی داده‌ها انجام شد و برای این کار از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که انزوای اجتماعی پاسخگویان در حد متوسط به بالا است. همچنین یافته‌ها نشان داد که در سطح تحلیل استنباطی، آزمون‌های بین متغیرهای سن، جنسیت، شدت معلولیت، علت معلولیت و مدت معلولیت با انزوای اجتماعی معنادار نیست. ولی آزمون‌های بین متغیرهای درآمد، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، حمایت اجتماعی و سلامت معنوی با انزوای اجتماعی معنادار است. همچنین در تحلیل چند متغیره مشخص شد که تنها سه متغیر سلامت معنوی، درآمد و اشتغال، تغییرات انزوای اجتماعی نابینایان را تبیین می‌کند. در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در تبیین انزوای اجتماعی افراد دارای آسیب بینایی در شیراز، سطح تبیین‌کنندگی عوامل اجتماعی اکتسابی بسیار بیشتر از سایر عوامل است و از این رو، سیاست‌گذاری‌ها بایستی به سمت بهبود شرایط اجتماعی زندگی این قشر پیش رود.

تاریخ دریافت:

۸ مرداد ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش:

۱۸ بهمن ۱۴۰۱

تاریخ انتشار:

۸ اسفند ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

انزوای اجتماعی، سلامت معنوی، نابینایان، معلولیت، عوامل جامعه‌شناختی.

* نویسنده مسئول: مجید موحد

آدرس: بخش جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم ایمیل: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز

۱ مقدمه

آشفستگی واضح نظیر تنهایی، افسردگی، تشویش و عصبانیت می‌شوند. به‌طورکلی انزوا و تنهایی، تجربه استرس‌زایی است که اثرات مخربی در عملکرد روان‌شناختی، ذهنی و سلامت جسمانی دارد.

افرادی که دچار معلولیت جسمی و حرکتی و ذهنی هستند، جزو گروهی‌اند که از برقراری ارتباط با دیگران و همچنین از حضور در اجتماع دوری می‌کنند و دچار انزوای اجتماعی می‌شوند. بنابراین هرچه آسیب‌های جسمانی در افراد بیشتر باشد، وجود انزوا در آن افراد بیشتر نمود پیدا می‌کند. به‌ویژه وجود احساس تنهایی و انزوا در افراد با آسیب بینایی می‌تواند در گستره زندگی آنان پیامدهای نامطلوبی را به همراه داشته باشد (هایمان^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). از این‌رو، به سبب نبود قوه بینایی و فقدان امکاناتی ویژه برای نابینایان در کشور، این افراد به‌سختی می‌توانند در جامعه تردد داشته باشند. از آنجا که یکی از مهم‌ترین فضاهای تعاملات اجتماعی، فضای بیرون از خانه است و نابینایان به دلیل عدم کیفیت عملکردی وسایل مسیریابی خود، نمی‌توانند شلوغی معابر و خیابان‌ها را تحمل کنند، ترجیح می‌دهند کمتر در اجتماع حضور یابند یا با کمک افراد دیگر، از خانه خارج شوند و وابسته به دیگران باشند که این امر بر روحیه استقلال‌طلبی این افراد اثر منفی می‌گذارد. همچنین آسیب بینایی می‌تواند بر فعالیت‌های روزمره زندگی اثرات نامطلوبی بگذارد. این تأثیرات می‌تواند در حوزه‌های روان‌شناختی-اجتماعی و شرکت کردن در فعالیت‌های روزمره زندگی باشد (دوزنده، ۱۳۹۹).

از این‌رو، با توجه به اینکه انزوای اجتماعی، باعث آسیب‌های فراوان روانی و جسمانی می‌شود و جنبه روان‌شناختی فرد را در معرض خطر قرار می‌دهد، جهت هرگونه مقابله برای کاهش انزوای اجتماعی، در درجه نخست نیاز به شناسایی مؤلفه‌های بنیادین آن است. انزوای اجتماعی به معنای زندگی

انسان همواره در پی آن است که به گروهی تعلق داشته باشد و این یک نیاز اساسی به حساب می‌آید زیرا موجب افکار، هیجانات و رفتارهای بین‌فردی می‌شود. این نیاز شامل تمایل فراگیر برای ایجاد و حفظ حداقل چند ارتباط بین فردی مثبت پایدار و مهم است. افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران ناتوان‌اند و در نتیجه در برآوردن نیاز تعلق‌داشتن مشکل دارند، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه می‌کنند که خود را با "انزوای اجتماعی" نشان می‌دهد (پورشهریاری، ۱۳۸۹). بنابراین، انزوا یک تجربه ناخوشایند است که از فقدان روابط مطلوب ناشی می‌شود. همچنین باید دانست که انزوای اجتماعی به‌صورت ادراک ذهنی فرد است که از عدم رضایت کمی و کیفی در روابط با دیگران ناشی می‌شود (دیونگ گیرولد و ونتیلبرگ^۱، ۲۰۰۶).

بنابر استدلال برخی اندیشمندان، انزوای اجتماعی از سویی به تعداد تعامل‌ها و از سوی دیگر به میزان ارزیابی‌های کیفی و ذهنی این روابط توسط افراد مرتبط است. همچنین تجربه انزوای اجتماعی محدود به مرزهای سنی، جسمی، جنسی، اقتصادی یا نژادی خاص نیست بلکه مسأله‌ای جهانی است که کم‌وبیش با زندگی همه انسان‌ها همراه شده است (آشر و پاکوئیت^۲، ۲۰۰۳). طبق پژوهش‌های انجام‌شده، سلامت روانی و سلامت جسمانی عواملی هستند که افراد برای تکامل در زندگی و رسیدن به اهدافشان خود را به آن وابسته می‌دانند. از این‌رو، فقدان این عوامل مهم در زندگی هر فرد، وی را دچار مشکل می‌نماید. عدم وجود سلامت روانی و سلامت کامل بدنی، درصد انزوای اجتماعی شخص در جامعه را افزایش می‌دهد (خیرخواهان و قهرمانی درویش، ۱۳۹۴). در نتیجه در هر جامعه افرادی هستند که در برقراری ارتباط با دیگران مشکلاتی را دارند و دچار حس محرومیت و

3. Hayman

1. De Jong Gierveld & Van Tilburg

2. Paquette & Asher

است که با توجه به شاخص‌هایش می‌تواند انزوای اجتماعی افراد نابینا را تحت تأثیر قرار دهد. سلامت معنوی را حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرده‌اند (هاکز^۱ و همکاران، ۱۹۹۵). سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز است: الف) سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است ب) سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود و محیط بحث می‌کند (رضایی، ۲۰۰۶). ارتباطی که فرد نابینا با نیروی متعالی در نظام هستی پیدا می‌کند، شکل این رابطه در فهم و پذیرش وضعیت کنونی او می‌تواند مؤثر باشد. چگونگی این ارتباط بر روان فرد نابینا و چگونگی مواجهه او با جامعه و به این صورت بر انزوای اجتماعی‌اش اثرگذار خواهد بود. به همین دلیل در این پژوهش مطالعه چگونگی ارتباط سلامت معنوی افراد نابینا با انزوای اجتماعی آنها ضرورت پیدا می‌کند. سؤالات پژوهش عبارتند از: آیا بین انزوای اجتماعی و سلامت معنوی رابطه معناداری وجود دارد؟ و آیا سلامت معنوی می‌تواند تغییرات انزوای اجتماعی را تبیین کند؟

۲. پیشینه پژوهش:

انزوای اجتماعی نمی‌تواند به‌عنوان موضوعی خصوصی کنار گذاشته شود زیرا موضوعی عمومی است. اول از همه اینکه اثراتش به زندگی شخصی انسان‌ها محدود نمی‌شود بلکه جامعه را به‌طور کلی متأثر می‌کنند. دوم اینکه انزوای اجتماعی تنها بر عوامل شخصی بنا نشده است، بلکه علل فراشناختی و فرایندهای اجتماعی می‌تواند مورد اشاره قرار بگیرد. از همین رو محققان داخلی و خارجی به بررسی علل و عوامل این موضوع و راه‌های کنترل و درمان آن پرداخته‌اند.

بدون همراه، نبود دیگران مهم و ارتباطات مشترک، اعتماد و حرکت به سمت دوره‌های بحران و گسست در اتصالات عینی و شبکه‌های روابط اجتماعی اعضای جامعه است و می‌تواند تأثیر منفی بر عملکرد و بهزیستی افراد و پیوستگی اجتماعی درون جامعه داشته باشد. فقدان روابط مؤثر، تهدیدی جدی برای آرامش و سلامتی ذهنی افراد است؛ افرادی که روابط استوار، معنادار و پایدار با سایرین را حفظ نکرده و کسی را ندارند که به هنگام ضرورت به او مراجعه کنند، اکثراً در خودشان غوطه‌ور می‌شوند. این مسأله معمولاً منجر به ایجاد مشکلات جدی نظیر اختلالات روانی، افسردگی، عزت‌نفس پایین، مشکلات اجتماعی و علائم مریضی جسمانی می‌شود (هورتولانس، مشیلز و میوسن، ۱۳۹۴). بنابراین، مهم‌ترین ابعاد انزوای اجتماعی عبارت است از: تنها زندگی کردن، داشتن روابط اجتماعی کم، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی یا گروهی و درک احساس تنهایی، احساس انزواطلبی و گوشه‌گیری در یک جامعه به دلیل چند عامل اساسی از قبیل سلامت فرد، نوع معلولیت، جنسیت و طبقه اجتماعی ایجاد می‌شود و نشان‌گر کارکرد منفی روابط بین شخصی در یک محیط اجتماعی است. در واقع هر گروهی در یک جامعه ممکن است انزوای اجتماعی را به درجات مختلف و در اشکال متفاوت و بر اساس موقعیت اجتماعی خود در رابطه با دیگران تجربه کند (حقیقتیان، ۱۳۹۲). با توجه به تعاریف یادشده انزوای اجتماعی در این پژوهش با دو بعد عینی (میزان ارتباطات اجتماعی و عضویت در گروه) و بعد ذهنی (ارزیابی از روابط شخصی، میزان حمایت دریافتی و احساس تنهایی) تعریف و سنجیده می‌شود.

با توجه به وضعیت خاص افراد نابینا در جامعه و شکل مواجهه جامعه با آنها، این افراد بیش از دیگران در معرض منزوی شدن به لحاظ اجتماعی‌اند. یکی از مؤلفه‌هایی که به نظر می‌رسد روی انزوای اجتماعی افراد نابینا اثرگذار باشد، سلامت معنوی

^۱ Hawks

۲،۱ پژوهش‌های داخلی

شفیعی و موسوی ویایه (۱۴۰۰) تحقیقی با عنوان "بررسی پدیدارشناختی انزوای اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی خانواده جانبازان از منظر همسران" انجام داده‌اند. این تحقیق با روش پدیدارشناسی تجربی به مطالعه‌ی ۳۰ نفر از همسران جانبازان ساکن تهران انجام پرداخته است. مصاحبه‌ها چند مضمون اصلی و فرعی در زندگی خانوادگی آن‌ها را نشان داد؛ تردد محدود و خانه‌نشینی، شبکه‌ی حمایت اجتماعی رسمی و غیررسمی ناکافی به انزوای خانواده‌های جانبازان می‌انجامد و احتمال وقوع آسیب‌های اجتماعی چون خشونت خانگی، اعتیاد و طلاق را افزایش می‌دهد. در مجموع این پژوهش نشان می‌دهد که با آنکه تأثیر متغیر شدت جانبازی بر زندگی خانوادگی امری پذیرفته‌شده است اما نتایج تحقیق آشکار کرد که نوع جانبازی عامل مهم‌تری است که جایگاه نقشی فرد جانباز و نیز تعاملات او با خانواده و خانواده در اجتماع را تعیین می‌کند.

دوزنده، صادقی و محمدی (۱۳۹۸) تحقیقی با عنوان "بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی اورم بر خودپنداره‌ی بدنی و انزوای اجتماعی کودکان نابینا" انجام داده‌اند. روش بررسی مطالعه‌ی مداخله‌ای تک گروهی، با طرح قبل و بعد بوده که بر روی ۲۸ نفر از کودکان نابینا در مدرسه‌ی نابینایان سامانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ انجام شده است. برنامه‌ی آموزشی خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم در قالب ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی، در قالب ۴ گروه ۷ نفره به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ ارائه شده و سپس خودپنداره‌ی بدنی و انزوای اجتماعی این کودکان قبل و بلافاصله بعد از مداخله ارزیابی و ثبت شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که هیچ‌کدام از ابعاد خودپنداره‌ی بدنی و انزوای اجتماعی کودکان بعد از آموزش خودمراقبتی اورم نسبت به قبل از آن تغییر معناداری ندارد. همچنین در بررسی همبستگی بین عواملی نظیر سن، جنس کودک و یا اطلاعات پایه‌ی والدین، ارتباط معناداری با میزان

تغییرات خودپنداره‌ی بدنی و انزوای اجتماعی در کودکان ملاحظه نمی‌شود. نتایج نشان می‌دهد که آموزش خود مراقبتی اورم تأثیری بر خودپنداره‌ی بدنی و انزوای اجتماعی در کودکان نابینا تأثیری ندارد.

عباسی، درویش‌پور و منصوری (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان «سلامت معنوی؛ تعدیل‌کننده رابطه انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی» با مطالعه روی دانشجویان دختر دوره کارشناسی دانشگاه لرستان به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی در ارتباط با انزوای اجتماعی دانشجویان نقش تعدیل‌گری دارد؛ یعنی کاهش انزوای اجتماعی افراد موجب افزایش بهزیستی ذهنی آنان می‌شود. آنها در این پژوهش با اتکا به روش پیمایش و استفاده از مقیاس بهزیستی ذهنی، سلامت معنوی و پرسش‌نامه‌ی انزوای اجتماعی در این نمونه ۲۴۰ نفری به این نتایج دست پیدا کردند.

۲،۲ پژوهش‌های خارجی

زواک^۱ (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان «استرس و انزوای اجتماعی و ارتباط آن با خطر حمله قلبی در جوانان معلول ذهنی» قصد دارد تا استرس و عوامل استرس‌زا که در اینجا انزوای اجتماعی را به عنوان یکی از عوامل استرس‌زا در نظر گرفته است، بر روی احتمال حمله قلبی جوانانی که معلولیت ذهنی دارند، مطالعه کند. او با استفاده از گروه آزمایش ۳۵ نفره که عوامل استرس‌زا و فشارخون آنها قابل توجه بوده است و گروه کنترل ۲۹ نفره از افراد سالم، پیش‌بینی‌پذیری عوامل قلبی - عروقی را نمره میزان استرس معلولان ذهنی اندازه‌گیری می‌کند. نتایج این تحقیق نشان داد معلولان ذهنی که سطح استرس بیشتری را درک می‌کنند وقتی با افرادی که استرس ندارند مقایسه می‌شوند، مشخص می‌شود که منشأ استرس آنها یک عامل استرس‌زای منحصربه‌فرد است و آن انزوای اجتماعی است.

امرسون^۲ (۲۰۲۱) در مطالعه خود با عنوان «تنهایی، حمایت اجتماعی، انزوای اجتماعی و

^۲ - Emerson

^۱ - Zwack

انتخاب کرده‌اند تا بتوانند با سختی‌های معلولیت کنار بیایند. آنها باور دارند الهیاتی که در کلیسا به آنها ارائه می‌شود برای کنار آمدن با معلولیتشان بسیار مؤثر است.

به‌طور کلی تحقیقاتی که انزوای اجتماعی و سلامت معنوی را مطالعه کنند اندک است. محققین فقط دو پژوهش را یافتند که این دو متغیر را با یکدیگر مورد بررسی قرار می‌دهند، در بقیه پژوهش‌ها نیز عوامل اثرگذار دیگر بر انزوای اجتماعی را مورد مطالعه قرار داده‌اند و سلامت معنوی را به‌صورت غیرمستقیم و یا با روش کیفی بررسی کرده‌اند. همچنین در مطالعات انجام‌شده کمتر معلولین و به شکل خاص نابینایان توجه شده‌است و انزوای اجتماعی را معمولاً در مورد اطرافیان این افراد مورد بررسی قرار داده‌اند. از این رو به نظر می‌رسد موضوع این مطالعه هم از حیث جامعه‌آماری و هم ارتباط دو متغیر لازم و بدیع باشد.

۳ چارچوب نظری

پیوستگی و ارتباط از عناصر حیاتی و مایه‌ی قوام هر جامعه هستند و ایجاد اختلال در ارتباطات و پیوندهای اجتماعی در سطوح گوناگون به معنای انزوای اجتماعی است. انزوای اجتماعی از حیث مفهومی در تقابل با مفاهیمی چون درگیری اجتماعی، انسجام و سرمایه اجتماعی بوده و با ازخودبیگانگی و احساس تنهایی و کناره‌گیری اجتماعی، نزدیکی مفهومی دارد. بدین سبب محسنی، دوران و سهرابی (۱۳۸۵) انزوای اجتماعی را در تقابل با مفهوم درگیری اجتماعی تحلیل می‌کند: درگیری اجتماعی ناظر بر روابط خانوادگی، همسایگی و دوستی فرد با اطرافیان است و شامل اندازه‌ی حلقه‌های محلی شبکه اجتماعی فرد و اندازه شبکه اجتماعی راه دور فرد نیز می‌شود که برای او در مواقع نیاز، حمایت اجتماعی فراهم می‌کنند. سایر اندیشمندان انزوای اجتماعی را از جنبه‌های متفاوتی

سلامت بین افراد معلول و غیر معلول فعال،» با اتکا به روش تحلیل ثانویه و با استفاده از داده‌های پیمایش مقطعی جامعه انگلیسی‌زبان بین سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۱۹ سه شاخص ارتباط اجتماعی ضعیف را بررسی کنند. این سه شاخص عبارتند از: تنهایی، حمایت اجتماعی ادراک شده و انزوای اجتماعی. نتایج تحقیق نشان داد که افراد دارای معلولیت در این سه شاخص بالاترین نمره را در مقایسه با افراد غیر معلول کسب می‌کنند. معلولیت با نداشتن سلامت عمومی رابطه معنادار دارد. انزوای اجتماعی بین معلولینی که جوان‌تر و بیکار بودند بیشتر بود. همچنین تنهایی در کاهش میزان سلامت افراد معلول، در مقایسه با دو شاخص دیگر، نقش چشمگیرتری دارد.

لی‌آن^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی که انزوای اجتماعی، تنهایی و ناتوانی حرکتی را بین سالمندان چینی می‌کرد، با یک مطالعه طولی ۴ ساله و به‌کارگیری رگرسیون خطی لجستیک به این نتیجه رسیدند که در زنان بین تنهایی و ناتوانی حرکتی هیچ رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین در مردان نه تنهایی و نه انزوای اجتماعی با ناتوانی حرکتی رابطه معناداری ندارد و فقط در زنان انزوای اجتماعی با ناتوانی حرکتی رابطه معناداری وجود دارد.

ترلوار^۲ (۲۰۰۲) در پژوهشی با عنوان «معلولیت، باورهای معنوی و کلیسا: تجربه‌های معلولان و اعضای خانواده آنها» در یک مطالعه کیفی تلاش کرده است نشان دهد که چگونه افراد معلول و اعضای خانواده آنها با اتکا به باورهای معنوی‌شان معلولیت را برای خود معنابخشی می‌کنند. در این مطالعه با ۳۰ نفر مصاحبه عمیق انجام شده‌است؛ که ۱۳ نفر آنها والدین بچه‌های معلول‌اند و ۱۹ نفر آنها دارای معلولیت فیزیکی دارند. نتایج نشان می‌دهد که سخت‌ترین چالش معنوی که این افراد با آن مواجه‌اند شکستن خود، اتکا به خداوند، داشتن باوری عمیق به خدا است. مشارکت‌کنندگان در این تحقیق یک زندگی امیدوارانه و همراه با شکرگزاری را

^۲ - Treloar

^۱ - Li An

اجتماعی را گسترش می‌دهند ولی بی‌اعتمادی و سوءظن، احساس ناامنی، ترس، فقدان گروه‌ها و هویت‌ها، سطح پیوندهای اجتماعی را کاهش داده و منجر به انزوای اجتماعی می‌شوند. بدون شک، انزوای اجتماعی باعث محرومیت افراد از مشارکت غیررسمی و رسمی در جامعه می‌شود و مبادله و دل‌بستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد (منصوری، ۱۳۹۳).

بین نظریه‌پردازان معاصر اصطلاح انزوای اجتماعی نخستین بار توسط رابرت پارک^۶ به کار برده شد و اشاره به بیرون بودن از جهان اجتماعی داشت. چارچوب تئوریک انزوای اجتماعی درصدد پاسخ به این مسأله است که چرا بعضی از گروه‌ها از جامعه اصلی و بزرگ‌تر به حاشیه رانده می‌شوند. به گفته پارک، انزوای اجتماعی در چندین سطح می‌تواند توسط فرد تجربه شود؛ به‌عنوان مثال می‌تواند به دلیل ارزش پایین یک گروه (مانند یک اقلیت قومی بودن) و یا به دلیل موقعیت اجتماعی پایین یک گروه اقلیت و یا به دلیل ضعف سلامت و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی باشد. از دید رابرت پارک، احساس انزوای اجتماعی «واقعیتی فکری است که در آن فرد عدم‌تعلق و وابستگی و انفصال تامه‌ای را با ارزش‌های مرسوم جامعه احساس می‌کند» (ساندرز، ۱۳۹۲: ۱۰۹-۱۰۵).

مرتون^۷ بیگانگی را با آنومی در نظر می‌گیرد و از دیدگاه او عوامل اصلی ناهنجاری و بیگانگی انسان عدم ارتباط و هماهنگی معقول بین اهداف و وسایل نهادینه‌شده در جامعه است و عقیده دارد که آنومی اجتماعی، اثرات متقابلی بر افراد با توجه به موقعیت‌هایی که آن‌ها در ساختار اجتماعی اشغال کرده‌اند، می‌گذارد. وقتی جامعه کاملاً بر فرد کنترل دارد نوعی احساس ضعف بر فرد مستولی می‌شود، زمانی که هم هدف و هنجار از دید فرد پوچ و بی‌محتواست، نوعی احساس جدایی و انزوای

مورد مطالعه قرار می‌دهند: لوچر و همکارانش^۱ (۲۰۰۵)، انزوای اجتماعی را جدایی فیزیکی و اجتماعی افراد از یکدیگر تعریف می‌کنند. کریستینا^۲ و همکارانش (۲۰۰۹) نیز بر این باورند که انزوای اجتماعی در دو مفهوم مجزا بیان می‌شود: اول در معنای جدایی افراد و گروه‌های اجتماعی از جامعه وسیع دیگر است و معنای دوم آن بر جدایی افراد از گروه‌های اجتماعی اولیه مانند خانواده، دوستان و همسایگان اطلاق می‌شود (به نقل از مرادی و زمانی، ۱۳۹۳). مراد از انزوای اجتماعی در مطالعه حاضر وضعیتی است که روابط و پیوندهای عینی فرد با دیگر افراد جامعه، گروه‌ها و اجتماعات منفصل می‌شود و عضویت و مشارکت فرد در انجمن‌های داوطلبانه، علمی، فرهنگی و مذهبی تضعیف و یا قطع می‌گردد و فرد به لحاظ توسعه و بسط روابط محلی و فرامحلی، با نواقص عینی قابل‌توجهی همراه می‌شود.

ردپای انزوای اجتماعی را با مفاهیم مشابه در اندیشه متفکرین کلاسیک می‌توان مشاهده کرد. مثلاً دورکیم^۳ زمانی که از تخصصی شدن و گریزناپذیری تنهایی انسان مدرن صحبت می‌کند (دورکیم، ۱۳۸۷) و مارکس^۴ وقتی که از بیگانگی و ازخودبیگانگی حرف می‌زند. به‌زعم مارکس افراد در ارتباط با نیروی کارشان کنترل خود را بر فرایندهای تولیدات کارشان از دست می‌دهند. فرایند بیگانگی اجتماعی به احساس پوچی، بی‌قدرتی، اخلاق‌زدایی، بیزاری از خود، بی‌ریشه‌ای، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و خشونت می‌انجامد. به‌علاوه، ازخودبیگانگی با چنین ویژگی‌هایی که دارد به انکار ارزش‌های اساسی جامعه، هنجارهای رفتار اجتماعی و استانداردهای تثبیت‌شده رفتار منتهی می‌شود (احمدی، ۱۳۸۴: ۶۱).

تونیس^۵ معتقد است که اعتماد، امنیت و گروه‌ها و هویت‌های متعدد، سطح روابط و پیوندهای

۵ - Tönnies

۶ - Park

۷ - Merton

۱- Locher

۲ - Christina

۳-Durkheim

۴ - Marx

و معنویت قابل تبیین است. در اینجا نیز مانند دیدگاه دورکیم در باب دین و نقش آن در کاهش انزوای اجتماعی، افزایش انسجام اجتماعی و پیوند گروهی مواجه می‌شویم (دورکیم، ۱۳۸۴: ۱۲۳-۱۲۴). بینگر با پیوند میان بعد معنایی دین و مشروعیت بخشی هنجاری آن تأکید دارد، در واقع برای حل مشکل انزوای اجتماعی چاره‌اندیشی می‌کند و آن چیزی جز دین و پایبندی معنوی نیست. از آنجایی که این پژوهش انزوای اجتماعی افرا نابینا و نسبت آن با سلامت معنوی را بررسی می‌کند، نظریه بینگر از جهت تأکیدی که بر معنابخشی دین و معنویت که به واسطه آن فرد را به گروه متصل می‌کند و مشارکت او را در گروه افزایش می‌دهد و همچنین با توجه به نتایج تحقیقات انجام‌شده در این زمینه (عباسی، ۱۳۹۷) (ترلوار، ۲۰۰۲) که نقش معنویت در معنابخشی وضعیت معلولان را نشان می‌دهد؛ نظریه بینگر با کلیت این پژوهش هماهنگی دارد.

۴ فرضیه‌های پژوهش:

- انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب شدت معلولیت تفاوت دارد.
- انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب علت معلولیت تفاوت دارد.
- بین مدت معلولیت و انزوای اجتماعی پاسخگویان رابطه وجود دارد.
- بین سلامت معنوی و انزوای اجتماعی پاسخگویان رابطه وجود دارد.

۵ روش تحقیق و ابزار پژوهش:

از آنجا که روش پژوهش، ارتباط نزدیک و مستقیم با موضوع پژوهش دارد و باید بر اساس نیاز پژوهش یکی از روش‌های پژوهشی را انتخاب کنیم از این رو، در این تحقیق از روش پیمایشی استفاده شده است. محدودیت روش‌های دیگر در رابطه با نگرش

اجتماعی در فرد شکل می‌گیرد و زمانی که فرد ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی را نپذیرد، نوعی احساس بی‌هنجاری در او ایجاد می‌شود (محسنی تبری، ۱۳۷۰: ۶۲-۶۱).

بینگر، نظریه‌پرداز جامعه‌شناسی دین، از زاویه دیگری به انزوای اجتماعی و نقش دین و معنویت در کاهش این انزوا توجه داشته است. از نظر او، دین و معنویت که برای کاهش اضطراب و حل مسائل معنابخشی بشر آمده، عامل اصلی خلق ارزش‌ها و هنجارهای عملی برای معنایابی است. به‌زعم وی، عضویت در گروه‌های دینی می‌تواند ویت ثابت و مشخصی را برای افراد پدید آورد که در مقایسه با سایر گروه‌های صنفی، کمتر ابزاری و آنی بوده و می‌تواند روابط مداوم، ثابت، غیر حسابگرانه و هنجاری را برای افراد به ارمغان آورد (رابرتسون، ۱۹۷۸: ۳۰۸). بدین ترتیب بینگر معتقد است، دین و معنویت در گروه‌های دینی کارکرد انسجام‌بخشی و مشروعیت‌دهی به هنجارهای گروهی را به‌بار خواهد آورد. در واقع، کارکرد ادیان مختلف در برآوردن نیاز طبیعی بشر، معنابخشی و تعریف جایگاه فرد در نظام هستی می‌تواند از طریق عضویت فرد در نظام‌های گروهی و مشارکت در هنجارهای آن به شکل قوی‌تری برای وی درآید (بینگر، ۱۹۷۷: ۶۸). از این رهگذر، چنانچه بینگر به‌درستی اشاره می‌کند که دین و معنویت با معنابخشی به زندگی پیروان، انسجام درون‌گروهی را افزایش داده و با تکیه بر قدرت انسجام درون‌گروهی، بر میزان مشروعیت کارکرد معنایابی آن می‌افزاید (رابرتسون، ۱۹۷۸: ۳۰۶). او با رویکردی جامعه‌شناختی به پدیده دین و نقش آن در برقراری دو نیاز اساسی (معنایابی و هنجارمندی) اشاره می‌کند. تأکید وی بر نقش تبیین‌های دینی در حل بحران معنا، آن را به سمت مسأله هنجارهای گروهی و مشروعیت ارزش‌های جمعی سوق می‌دهد. از این رو در نظر بینگر، انسجام اجتماعی و پذیرش هنجارها و ارزش‌های اجتماعی با تکیه بر نقش دین

² - Robertson

¹ - Yinger

حدود ۲۰۰۰ نفر بودند تماس تلفنی برقرار شد، از این بین فقط ۴۰۰ نفر حاضر به همکاری برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه شدند. همچنین به دلیل وجود شرایط کرونایی و شرایط خاص نابینایان امکان مراجعه حضوری وجود نداشت، بنابراین داده‌ها به صورت تلفنی جمع‌آوری شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده است که با تکمیل پرسشنامه توسط محقق صورت گرفته است. پس از آن که داده‌های تحقیق جمع‌آوری شد اطلاعات به صورت دستی کدگذاری و سپس وارد محیط نرم‌افزار spss در رایانه شد تا داده‌ها تجزیه و تحلیل شود. برای تحلیل آماری از این نرم‌افزار استفاده شد تا رابطه متغیرها تعیین شود. از آمار توصیفی و آمار استنباطی برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

۵/۱ ابزار پژوهش

همان‌طور که ذکر شد در این پژوهش از ابزار پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار صوری استفاده شده است. ضوابطی را که در مطالعه حاضر برای حصول اطمینان از اعتبار محتوا پرسشنامه به کار گرفته شده عبارت است از: (۱) انجام مطالعات نظری (۲) نظرخواهی از متخصصین (۳) استفاده از پرسش‌های آزمون شده قبلی. در نهایت هم ایرادات پرسشنامه و گویه‌های آن از طریق اجرای ۴۰ پرسشنامه در مرحله پیش‌آزمون، نظیر نارسا و مبهم بودن برخی گویه‌ها برطرف شد. برای محاسبه پایایی گویه‌های پرسشنامه از تکنیک آلفای کرونباخ استفاده شد. جدول ۱ ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که بر اساس آن پایایی همه متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۹ است.

سنجی و از طرف دیگر سنجش نگرش‌ها در سطح نسبتاً وسیع با تعداد نمونه‌های بالا استفاده از روش پیمایش را در این پژوهش ضروری می‌کند.

علت این انتخاب، کارآمدی این شیوه در گردآوری داده‌ها، منظم ساختن آن‌ها و امکان عملیات آماری بر روی آن اطلاعات و همچنین مساعد بودن این روش نسبت به تحلیل دقیق بوده است. بنابراین در این پژوهش، روش پیمایش مقطعی با دو هدف توصیف و تبیین مورد استفاده قرار خواهد گرفت که در سطح توصیف، هدف نشان دادن تصویری از شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی شناخت بیشتر شرایط موجود در نمونه (نابینایان شهر شیراز) است. در سطح تحلیل، هدف یافتن روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته و تلاش برای تبیین تغییرات یا واریانس متغیر وابسته با توجه به متغیرهای مستقل است. تکنیک گردآوری داده‌ها، پرسشنامه است.

جامعه آماری این تحقیق، نابینایان تحت پوشش بهزیستی در شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ است. مطابق آمار سایت بهزیستی کشور ۱۹ هزار و ۸۸۳ نفر معلول بینایی تحت پوشش بهزیستی استان فارس قرار دارند که از این تعداد ۶ هزار ۵۸۵ نفر زن و ۱۳ هزار ۲۹۶ نفر مرد هستند. آمار کل نابینایان در شهر شیراز ۶ هزار و ۴۹۰ است که از این تعداد ۲ هزار ۸۷ نفر زن و ۴ هزار و ۴۰۳ نفر مرد هستند. حجم نمونه در مطالعه حاضر با استفاده از فرمول کوکران، ۳۶۲ نفر تعیین شد که برای اطمینان بیشتر، ۴۰۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری اتخاذشده، نمونه‌گیری تصادفی بوده است که طی آن از طریق هماهنگی با سازمان بهزیستی، لیستی از شماره تلفن افراد واجد شرایط در اختیار پژوهشگران قرار گرفت با تمام اعضای لیست که

جدول ۱ میزان آلفای کرونباخ مقیاس‌ها

متغیرها	میزان آلفای کرونباخ
انزوای اجتماعی	۰/۹۲۳
سلامت معنوی	۰/۹۰۷

و پایایی آن توسط درویری^۳ (۲۰۱۴) مطلوب و حدود ۰/۸۹ گزارش شده‌است. در این مطالعه ضریب پایایی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰۷ به دست آمده است.

۶ یافته‌های پژوهش:

۶/۱ یافته‌های توصیفی پژوهش

پاسخگویان این مطالعه در گروه‌های سنی ۸-۸۰ سال یعنی در تمامی سنین قرار دارند. یافته‌ها حاکی از آن است که بیشترین تعداد پاسخگویان (۳۴ درصد) مربوط به گروه سنی ۳۰-۳۹ سال است و طبق ملاحظات مشاهده می‌گردد که میانگین سنی پاسخگویان ۳۷/۰۸ سال است و کمترین تعداد پاسخگویان (۶/۱ درصد) کمتر از ۱۹ سال سن دارند. همچنین ۵۰/۴ درصد از افراد نمونه زن و ۴۹/۶ درصد از این افراد، مرد است. یافته‌ها حاکی از آن است که افراد با درآمد ماهیانه‌ی کمتر از ۹۹۹ هزار تومان بیشترین فراوانی (۲۶/۶ درصد) را به خود اختصاص داده‌اند؛ لازم به ذکر است اکثریت پاسخگویان در این گروه اعلام کرده‌اند که این درآمد نیز ناشی از حقوق بهزیستی، یارانه و... است. بیشترین فراوانی در رتبه‌ی دوم (۲۵/۸) به افراد بدون درآمد تعلق می‌گیرد و ۴۷/۶ درصد از پاسخگویان در سایر گروه‌های درآمدی پراکنده شده‌اند. با توجه به پراکندگی داده‌ها حداکثر درآمد ماهیانه مربوط به فردی است که دارای مدرک فوق تخصص پزشکی بوده و ماهیانه ۳۰ میلیون تومان دریافت می‌کند و فردی دیگر عنوان کرده است که دارای مدرک دکترای تخصصی بوده و درآمد ماهیانه‌اش ۲۵ میلیون تومان است؛ از این رو، میانگین درآمد ماهیانه مبلغ ۲۲۰۱۰۰۰

همان‌طور که در مقدمه اشاره شد، مهم‌ترین ابعاد انزوای اجتماعی عبارت است از: تنها زندگی کردن، داشتن روابط اجتماعی کم، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی یا گروهی و درک احساس تنهایی. احساس انزوای طلبی و گوشه‌گیری در یک جامعه به دلیل چند عامل اساسی از قبیل سلامت فرد، نوع معلولیت، جنسیت و طبقه اجتماعی ایجاد می‌شود و نشان‌گر کارکرد منفی روابط بین شخصی در یک محیط اجتماعی است. با توجه به تعاریف یادشده انزوای اجتماعی در این پژوهش با دو بعد عینی (میزان ارتباطات اجتماعی و عضویت در گروه) و بعد ذهنی (ارزیابی از روابط شخصی، میزان حمایت دریافتی و احساس تنهایی) تعریف و سنجیده می‌شود. در این براس سنجش انزوای اجتماعی از مقیاس کاسیوپو (کاسیوپو، ۲۰۱۴) استفاده شده‌است که با ۱۶ گویه در دو بعد عینی و ذهنی انزوای اجتماعی را می‌سنجد. منظور از سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز است: الف) سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی؛ هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است ب) سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی در مورد چگونگی سازگاری افراد با خود و محیط بحث می‌کند (رضایی، ۲۰۰۶). پرسش‌نامه سلامت معنوی توسط پالوتزین و الیسون^۲ در سال ۱۹۸۲ طراحی شده که دارای ۱۸ گویه است که ۹ گویه آن سلامت وجودی و ۹ گویه دیگر سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کند. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از بازآزمایی و با استفاده از آلفای کرونباخ، مطلوب گزارش کرده است همچنین روایی

³ - Darvyri

¹ - Cacioppo

² - Palutzian & Ellison

در مورد شدت معلولیت پاسخ‌ها از معلولیت خفیف تا خیلی شدید طبقه‌بندی شده‌است، از این‌رو، طبق پاسخ پاسخگویان طیف خیلی شدید با فراوانی ۱۹۹ نفر بیشترین درصد پاسخ (۵۰/۹ درصد) را به خود اختصاص داده و در رتبه‌ی بعد طیف‌های شدید (۳۷/۶ درصد) و متوسط (۹/۲ درصد) به ترتیب بیشترین آمار را به خود اختصاص داده و تنها ۲/۳ درصد از پاسخگویان اعلام کرده‌اند که معلولیتشان خفیف است. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که ۵۳/۷ درصد از پاسخگویان به‌طور مادرزادی، نابینا بوده، ۱۵/۱ درصد از آن‌ها بر اثر بیماری دچار معلولیت گشته، ۱۳/۳ درصد از پاسخگویان اعلام کرده‌اند معلولیتشان ارثی بوده و ۱۱/۳ درصد از آن‌ها علت معلولیت خود را سایر موارد ذکر کرده و تنها ۶/۶ درصد بر اثر تصادف بینایی خود را از دست داده‌اند. میانگین مدت معلولیت پاسخگویان ۲۸/۰۳ سال است و چنانچه یافته‌ها نشان می‌دهند مدت معلولیت ۳۱/۵ درصد از پاسخگویان، بین ۲۹-۲۰ سال است. در رتبه‌ی بعد، بیشترین آمار (۲۶/۳ درصد) به مدت معلولیت ۳۹-۳۰ سال اختصاص یافته است و به ترتیب مدت معلولیت‌های ۱۹-۱۰ سال (۱۵/۳ درصد)، ۴۹-۴۰ سال (۹/۷ درصد) و کمتر از ۹ سال (۹/۰ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است و تنها ۸/۲ درصد از پاسخگویان، مدت معلولیتشان بیش از ۵۰ سال است.

تومان است، اما در صورتی که میانه را در این زمینه مورد بررسی قرار دهیم گویای آن است که این عدد به ۵۰۰۰۰۰ تومان تقلیل می‌یابد.

اکثریت پاسخگویان (۴۰/۷) اعلام کرده‌اند که بیکارند و تنها ۱۷/۶ درصد و ۱۴/۳ درصد از پاسخگویان به ترتیب دارای مشاغل تمام‌وقت و نیمه‌وقت هستند. بقیه پاسخگویان نیز به ترتیب خانه‌دار (۱۱/۸)، دانشجو (۷/۹) و بازنشسته (۷/۷) بوده و درصدهای پایین‌تری را به خود اختصاص داده‌اند. از نظر وضعیت تأهل بیشتر از نیمی (۵۴/۷ درصد) از پاسخگویان، مجرد بوده و ۳۹/۹ درصد از آن‌ها متأهل و تنها ۵/۴ درصد از پاسخگویان بدون همسرند. افراد بدون همسر به کسانی اطلاق می‌شود که پیش از این ازدواج نموده‌اند و در حال حاضر به دلایلی همچون طلاق یا فوت همسر، بدون همسرشان زندگی می‌کنند.

بیشتر پاسخگویان، دارای تحصیلات دیپلم (۲۴/۶ درصد) و در رتبه‌ی بعد افراد دارای تحصیلات لیسانس (۲۳/۸ درصد) می‌باشند. لازم به ذکر است ۱۵/۱ درصد از پاسخگویان اعلام کرده‌اند تحصیلاتشان فوق‌لیسانس تا دکترای تخصصی است و ۱۱/۸ درصد از آن‌ها دارای تحصیلات در مقطع ابتدایی و ۱۰ درصد دارای تحصیلات در مقطع متوسطه و ۱۰ درصد فوق‌دیپلم می‌باشند و تنها ۴/۹ درصد از افراد پاسخگو بی‌سواد است.

جدول ۲ توزیع درصد پاسخ افراد به گویه‌های انزوای اجتماعی

میانگین	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی‌نظرم	موافقم	کاملاً موافقم	گویه‌های انزوای اجتماعی
۳/۴۱	۱۴/۸	۵۱/۴	۵/۶	۱۹/۴	۸/۷	۱ در دو هفته اخیر با دوستانم وقتی را سپری نکرده‌ام.
۳/۵۷	۱۴/۶	۴۴/۲	۸/۲	۲۵/۱	۷/۹	۲ در هفته گذشته اوقاتی را با دوستان و خویشاوندانم در خارج از محیط خانواده سپری نکرده‌ام.
۲/۵۶	۰/۸	۱/۳	۳/۶	۵۸/۱	۳۶/۳	۳ من هیچ‌کسی را ندارم که با او در مورد مسائل شخصی خودم صحبت کنم.
۲/۶۸	۱۴/۶	۴۴/۲	۸/۲	۲۵/۱	۷/۹	۴ من هیچ دوست یا آشنایی ندارم که وقتی دچار مشکل می‌شوم روی او حساب کنم.
۱/۷۲	۳۶/۳	۵۸/۱	۶/۳	۱/۳	۰/۸	۵ من از کمک کردن به کسی که به من کمک کرده است دست نمی‌کشم.
۲/۶۴	۱۰/۵	۴۶/۳	۱۶/۱	۲۳	۴/۱	۶ من حس نمی‌کنم که بخشی از گروه دوستانم هستم.
۲/۶۵	۱۴/۶	۴۵/۸	۶/۵	۲۷/۶	۶/۴	۷ من دوستی ندارم که نظراتم را با او به اشتراک‌گذارم و ای کاش داشتم.
۲/۷۶	۱۳/۶	۴۰/۹	۹	۲۸/۶	۷/۹	۸ من دوستی ندارم که مرا بفهمد و ای کاش داشتم.
۲/۶۴	۱۲/۳	۴۷/۱	۹/۵	۲۶/۶	۴/۶	۹ من از بقیه احساس جداسازی می‌کنم.
۲/۶۹	۱۰/۷	۴۵/۵	۱۲	۲۷/۴	۴/۳	۱۰ وقتی با دیگرانم، از آن‌ها احساس جدایی می‌کنم.
۲/۶۶	۱۴/۸	۴۴	۸/۷	۲۴/۸	۷/۷	۱۱ احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کنم.
۲/۵۷	۱۷/۹	۴۳	۱۰/۲	۲۲	۶/۹	۱۲ احساس سربار بودن برای دیگران می‌کنم.
۲/۷۳	۱۲/۳	۴۵/۸	۷/۲	۲۶/۳	۸/۴	۱۳ احساس تنهایی می‌کنم.
۲/۶۱	۱۳/۸	۴۸/۱	۷/۴	۲۵/۱	۵/۶	۱۴ احساس می‌کنم هیچ‌کس به من نزدیک نیست.
۲/۸۱	۱۱	۴۲/۵	۸/۷	۳۰/۴	۷/۴	۱۵ من متوجه شده‌ام که ارتباط برقرار کردن با مردم کار سختی است
۳/۳۴	۴/۹	۲۴/۶	۱۴/۸	۴۳/۷	۱۲	۱۶ من به اغلب مردم اعتماد ندارم.

کردن به کسی که به من کمک کرده است دست نمی‌کشم» پایین‌ترین نمره‌ی میانگین را (۱/۷۲) را به خود اختصاص داده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که انزوای اجتماعی ۲۵۸ نفر از پاسخگویان (۶۶ درصد) در حد متوسط است و انزوای اجتماعی ۱۳/۳ درصد در حد زیاد است.

جدول ۲ نشان‌دهنده‌ی توزیع درصد پاسخ افراد به گویه‌های انزوای اجتماعی است. جهت سنجش انزوای اجتماعی پاسخگویان، ۱۶ گویه تنظیم شده است که گویه‌ی شماره ۵ «در هفته گذشته اوقاتی را با دوستان و خویشاوندانم در خارج از محیط خانواده سپری نکرده‌ام» بالاترین نمره میانگین (۳/۵۷) و گویه‌ی شماره ۲ «من از کمک

جدول ۳ توزیع درصد پاسخ افراد به گویه‌های سلامت معنوی

میانگین	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی‌نظرم	موافقم	کاملاً موافقم	گویه‌های سلامت معنوی
۳/۰۱	۵/۱	۳۷/۶	۱۶/۱	۳۵/۵	۵/۶	۱ از عبادات فردی خود زیاد راضی نیستم.
۳/۳۵	۱۲/۸	۴۲/۷	۱۶/۴	۲۲/۸	۵/۴	۲ نمی‌دانم چه کسی هستم و از کجا آمدم و یا قصد دارم به کجا برسم.
۴/۱۹	۱/۳	۶/۶	۴/۱	۴۷/۸	۴۰/۲	۳ من معتقدم خدا مرا دوست دارد و مراقب من است.
۳/۷۲	۲/۰	۱۴/۶	۱۱/۰	۵۴/۲	۱۸/۲	۴ احساس می‌کنم زندگی یک تجربه مثبت و خوب است.
۳/۹۹	۳۰/۴	۵۱/۴	۷/۹	۷/۲	۳/۱	۵ اعتقاد دارم خدا با من غریبه است و به وضعیت زندگی من توجهی ندارد.
۳/۰۱	۹/۲	۳۵/۵	۱۳/۰	۳۱/۵	۱۰/۷	۶ در مورد آینده احساس بی‌پناهی و آشفتگی می‌کنم.
۳/۷۲	۲/۳	۱۰/۷	۱۴/۸	۵۶/۸	۱۵/۳	۷ من ارتباط فردی پرمعنا و نزدیکی با خدا دارم.
۳/۰۱	۷/۷	۳۴/۸	۱۵/۱	۳۳/۸	۸/۷	۸ من از زندگی بسیار راضی هستم و احساس می‌کنم خواسته‌هایم برآورده شده است.
۳/۶۸	۱۸/۲	۵۳/۷	۹/۷	۱۵/۱	۳/۳	۹ من در زندگی نیرو و حمایت زیادی از سوی خدا دریافت نکرده‌ام.
۳/۴۷	۱/۵	۲۲/۳	۱۴/۶	۵۱/۲	۱۰/۵	۱۰ من از اینکه جهت‌گیری زندگی‌ام روشن است احساس خوبی دارم.
۳/۹۵	۱/۳	۸/۲	۹/۰	۵۷/۰	۲۴/۶	۱۱ اعتقاد دارم خدا به مشکلات من توجه می‌کند.
۳/۱۵	۸/۷	۴۴/۰	۸/۷	۳۰/۷	۷/۹	۱۲ من از زندگی خود زیاد لذت نمی‌برم.
۳/۵۸	۱۳/۸	۵۴/۰	۱۱/۵	۱۷/۹	۲/۸	۱۳ من از ارتباط خود با خدا راضی نیستم.
۳/۳۰	۵/۱	۲۲/۸	۱۸/۴	۴۴/۲	۹/۵	۱۴ من در مورد آینده احساس خوبی دارم.
۴/۰۰	۱/۰	۶/۴	۱۰/۲	۵۶/۰	۲۶/۳	۱۵ ارتباط من با خدا به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.
۲/۹۶	۵/۴	۳۵/۰	۱۹/۷	۳۰/۲	۹/۷	۱۶ احساس می‌کنم زندگی پر از تعارض و ناخشنودی است.
۳/۹۷	۱/۰	۵/۶	۱۰/۰	۶۲/۱	۲۱/۲	۱۷ در ارتباط نزدیک خود با خدا احساس خوبی را تجربه می‌کنم.
۳/۴۶	۱۰/۵	۵۴/۲	۱۰/۵	۲۰/۲	۴/۶	۱۸ زندگی معنای زیادی برای من ندارد.

می‌کنم زندگی پر از تعارض و ناخشنودی است.» پایین‌ترین نمره میانگین را (۲/۹۶) را به خود اختصاص داده است. به شکل کلی سلامت معنوی اکثر پاسخگویان (۷۴/۷ درصد) در حد متوسط است و ۱۴/۳ درصد از آنان از سلامت معنوی کمی برخوردارند و تنها سطح سلامت معنوی ۱۱/۰ درصد

جدول ۳ نشان‌دهنده‌ی توزیع درصد پاسخ افراد به گویه‌های سلامت معنوی است. جهت سنجش سلامت معنوی پاسخگویان، ۱۸ گویه تنظیم شده است که گویه‌ی شماره ۳ « من معتقدم خدا مرا دوست دارد و مراقب من است.» بالاترین نمره میانگین (۴/۱۹) و گویه‌ی شماره ۱۶ « احساس

• **آزمون تحلیل رگرسیون انزوای اجتماعی نایبانیان شهر شیراز بر حسب سن**

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌کنید مقدار همبستگی پیرسون^۱ در پاسخگویان برابر با $R=0/028$ است. مقدار ضریب تعیین نیز برابر با $R^2=0/001$ و حاکی از آن است که سن پاسخگویان نمی‌تواند واریانس انزوای اجتماعی را تبیین نماید. مقدار $T=0/561$ در پاسخگویان معنادار نیست و $P>0/05$ بیان‌گر این است که با افزایش سن، میزان انزوای اجتماعی پاسخگویان نه افزایش و نه کاهش می‌یابد؛ از این رو، این فرضیه مورد تأیید قرار نگرفت.

از آن‌ها، بالا است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند که انزوای اجتماعی ۲۵۸ نفر از پاسخگویان (۶۶ درصد) در حد متوسط است و انزوای اجتماعی ۱۳/۳ درصد در حد بالایی قرار دارد.

۶،۲ یافته‌های استنباطی پژوهش:

در ابتدا نسبت برخی از متغیرهای زمینه‌ای با انزوای اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهیم و بعد از آن به متغیرهای اصلی خواهیم رسید.

جدول ۴ آزمون رابطه سن با انزوای اجتماعی پاسخگویان

P-Value	F	T	Beta	B	Std. Error	Adj.R2	R2	R	سن
0/575	0/315	0/561	0/028	0/002	0/795	-0/002	0/001	0/028	

چنانچه یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین انزوای اجتماعی زنان^۲ ($44/29 \pm 12/56$) کمتر از مردان ($43/78 \pm 12/89$) است؛ اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ($p\text{-value} > 0/05$). بنابراین فرضیه مذکور مورد تأیید قرار نگرفت.

• **آزمون تفاوت انزوای اجتماعی نایبانیان شهر شیراز بر حسب جنسیت**

برای بررسی اینکه میانگین انزوای اجتماعی پاسخگویان بر حسب جنسیت تفاوت معناداری دارد یا خیر از آزمون t مستقل استفاده شده است .

جدول ۵ آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی بر حسب جنسیت

P-Value	t	.Std. Error	Std. Deviation	Mean	N	جنسیت
0/692	0/397	0/89	12/56	44/29	197	زن
		0/92	12/89	43/78	194	مرد

منظور، دو متغیر درآمد و انزوای اجتماعی که هر دو فاصله‌ای و نسبی هستند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد مقدار همبستگی پیرسون در پاسخگویان

• **آزمون تحلیل رگرسیون انزوای اجتماعی نایبانیان شهر شیراز بر حسب درآمد**

جهت بررسی رابطه بین درآمد و انزوای اجتماعی از تحلیل رگرسیون خطی استفاده شده است . بدین

². Mean \pm SD

¹. Pearson

اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد. مقدار $T = -6/577$ در پاسخگویان معنادار است و $P < 0/05$ بیان‌گر این است که با تغییر درآمد پاسخگویان، میزان انزوای اجتماعی آن‌ها نیز تغییر می‌یابد؛ از این رو، این فرضیه مورد تأیید است.

برابر با $R = 0/316$ است. مقدار ضریب تعیین نیز برابر با $R^2 = 0/100$ است. همچنین ضرایب B و $Beta$ در پاسخگویان به ترتیب $7/687$ و $0/316$ است. میزان B نشان می‌دهد که به ازای هر واحد تغییر در درآمد پاسخگویان، $-1/23$ واحد از میزان انزوای

جدول ۶ آزمون تحلیل رگرسیون انزوای اجتماعی پاسخگویان بر حسب درآمد

P-Value	F	T	Beta	B	Std. Error	Adj.R2	R2	R	درآمد
0/000	43/261	-6/577	-0/316	-1/23	0/754	0/098	0/100	0/316	

تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده و نتایج تحلیل در جدول ۷ نشان می‌دهد با توجه به مقدار p -value انزوای اجتماعی در گروه‌های مختلف شغلی اختلاف معناداری دارد و فرضیه مورد نظر مورد تأیید قرار می‌گیرد.

• آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال

جهت بررسی تفاوت‌های انزوای اجتماعی پاسخگویان بر حسب وضعیت اشتغال، از آزمون

جدول ۷ آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی بر حسب وضعیت اشتغال

P-Value	F	.Std Error	Std.Deviation	Mean	N	وضعیت اشتغال
0/000	14/737	1/6	13/29	47/24	46	خانه‌دار
		1/75	9/77	41/19	31	دانشجو
		1/69	9/24	39/2	30	بازنشسته
		0/95	12/02	49/19	159	بیکار
		1/76	13/16	39/52	56	شاغل نیمه‌وقت
		1/25	10/35	37/09	69	شاغل تمام‌وقت
		0/64	12/72	44/04	391	کل

یعنی فرض صفر (برابری واریانس‌ها) رد می‌شود. بر این اساس، میانگین انزوای اجتماعی افراد متأهل بیش از افراد مجرد و افراد مجرد بیش از افراد بدون همسر است. نتایج این آزمون در جدول شماره ۶ قابل مشاهده است.

• آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل

با توجه به مقدار p -value انزوای اجتماعی در سه گروه افراد مجرد، متأهل و بدون همسر اختلاف معناداری دارد و فرضیه مورد نظر تأیید می‌شود،

جدول ۸ آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی برحسب وضعیت تأهل

P-Value	F	.Std Error	Std.Deviation	Mean	N	وضعیت تأهل
۰/۰۰۱	۶/۹۹۱	۰/۸۵۸	۱۲/۵۵	۴۳/۹۷	۲۱۴	مجرد
		۱/۰۳	۱۲/۸۸	۴۲/۸۳	۱۵۶	متأهل
		۱/۹۴	۸/۹۱	۵۳/۷۱	۲۱	بدون همسر
		۰/۶۴۳	۱۲/۷۲	۴۴/۰۴	۳۹۱	کل

اختلاف معناداری با یکدیگر دارند و فرضیه موردنظر مورد تأیید و فرضیه صفر رد شده است. بر این اساس، میانگین انزوای اجتماعی افراد بی‌سواد بیش از همه و میانگین انزوای اجتماعی افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد کمتر از همه است.

• آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب سطح تحصیلات

اگر به نتایج جدول ۹ توجه کنید مشاهده خواهید کرد که انزوای اجتماعی در هشت گروه تحصیلی،

جدول ۹ آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی برحسب سطح تحصیلات

P-Value	F	.Std Error	Std.Deviation	Mean	N	سطح تحصیلات
۰/۰۰۰	۸/۹۵۱	۲/۱۱	۹/۲۱	۳۱/۵۴	۱۹	بی‌سواد
		۱/۷۸	۱۲/۱۰	۵۱/۵۲	۴۶	ابتدایی
		۱/۹۴	۱۲/۱۴	۴۶/۱۰	۳۹	متوسطه
		۱/۲۷	۱۲/۴۴	۴۵/۵	۹۶	دیپلم
		۲/۰۴	۱۲/۷۶	۴۲/۹	۳۹	کاردانی
		۱/۱۵	۱۱/۰۷	۴۰/۷۶	۹۳	کارشناسی
		۱/۶۴	۱۱/۵۹	۳۶/۹	۵۰	کارشناسی ارشد
		۴/۸۹	۱۴/۶۸	۳۸/۱۱	۹	دکتر
		۰/۶۴	۱۲/۷۲	۴۴/۰۴	۳۹۱	کل

>value نشان می‌دهد که انزوای اجتماعی در افراد با شدت معلولیت‌های متفاوت اختلاف معناداری با یکدیگر ندارد.

• آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب شدت معلولیت

همان‌طور که در جدول ۱۰ ملاحظه می‌کنید؛ نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در پاسخگویان و $p=۰/۰۵$

جدول ۱۰ آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی برحسب شدت معلولیت

P-Value	F	.Std Error	Std.Deviation	Mean	N	شدت معلولیت
۰/۴۵۴	۰/۸۷۶	۴/۸۰	۱۴/۲۵	۴۲/۳۲	۴	خیلی خفیف
		۴/۹۸	۱۴/۹۵	۴۲/۶۷	۵	خفیف
		۲/۲۹	۱۳/۷۳	۴۵/۴۴	۳۶	متوسط
		۰/۹۵۸	۱۱/۶	۴۲/۷۹	۱۴۷	شدید
		۰/۹۳۷	۱۳/۲۲	۴۴/۷۷	۱۹۹	خیلی شدید
		۰/۶۴۳	۱۲/۷۲	۴۴/۰۴	۳۹۱	کل

تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شده و یافته‌ها در جدول ذیل ارائه شده‌است. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه در پاسخگویان و $p\text{-value} > 0/05$ نشان می‌دهد که انزوای اجتماعی در افراد با علت معلولیت متفاوت اختلاف معناداری با یکدیگر ندارد.

• آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب علت معلولیت

جهت بررسی تفاوت‌های انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب علت معلولیتشان، از آزمون

جدول ۱۱ آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی برحسب علت معلولیت

P-Value	F	.Std Error	Std.Deviation	Mean	N	علت معلولیت
۰/۳۴۹	۱/۱۱۵	۰/۸۵۷	۱۲/۴۲	۴۲/۸۹	۲۱۰	مادرزادی
		۲/۲۷	۱۱/۵۸	۴۴/۸۵	۲۶	بر اثر تصادف
		۱/۶	۱۲/۲۸	۴۴/۴۹	۵۹	بر اثر بیماری
		۱/۹۷	۱۴/۲۳	۴۵/۶۵	۵۲	ارثی
		۲/۰۶	۱۳/۵۱	۴۶/۶۰	۴۳	سایر موارد
		۰/۶۴۵	۱۲/۷۳	۴۴/۰۴	۳۹۱	کل

تعیین نماید. همچنین ضرایب B و Beta در پاسخگویان به ترتیب $-0/058$ و $-0/064$ است. لازم به ذکر است که مقدار $T = -1/255$ در پاسخگویان معنادار نیست و $P > 0/05$ بیان‌گر این است که با افزایش مدت معلولیت، میزان انزوای اجتماعی پاسخگویان نه افزایش و نه کاهش می‌یابد؛ از این رو، این فرضیه مورد تأیید قرار نگرفت.

• آزمون تحلیل رگرسیون انزوای اجتماعی نابینایان شهر شیراز بر مدت معلولیت

همان‌گونه که در جدول ۱۲ مشاهده می‌شود مقدار همبستگی پیرسون در پاسخگویان برابر با $R = 0/064$ است. مقدار ضریب تعیین نیز برابر با $R^2 = 0/004$ است و حاکی از آن است که مدت معلولیت پاسخگویان نمی‌تواند واریانس انزوای اجتماعی را

جدول ۱۲ آزمون تحلیل رگرسیون رابطه مدت معلولیت با انزوای اجتماعی پاسخگویان

P-Value	F	T	Beta	B	Std. Error	Adj.R2	R2	R	مدت معلولیت
۰/۲۱۰	۱/۵۷۶	-۱/۲۵۵	-۰/۰۶۴	-۰/۰۵۸	۱۲/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴	۰/۰۶۴	

درصد از تغییرات متغیر وابسته (انزوای اجتماعی) را تبیین می‌کنند. به ازای افزایش یک انحراف استاندارد در سرمایه معنوی، اشتغال و درآمد افراد نابینا به ترتیب ۰/۴۹، ۰/۲۰ و ۰/۱۳ از انحراف استاندارد انزوای اجتماعی پاسخگویان کاسته می‌شود.

۶/۲/۱ تحلیل رگرسیون چند متغیره

تحلیل چند متغیره نیز نشان می‌دهد که سلامت معنوی، اشتغال و میزان درآمد به ترتیب دارای بیشترین سهم را در نظر پاسخگویان نسبت به انزوای اجتماعی دارند. این سه متغیر در مجموع ۴۰

جدول ۱۳ معادله رگرسیون چند متغیره متغیرهای مستقل با انزوای اجتماعی پاسخگویان

Sig	انحراف معیار	T	Beta	B	نام متغیر
۰/۰۰۰	۰/۸۴۴	-۱۱/۸۰۵	-۰/۴۹۳	-۹/۹۶۳	سلامت معنوی
۰/۰۰۰	۰/۳۰۶	-۴/۳۱۹	-۰/۲۰۸	-۱/۳۲۳	وضعیت اشتغال
۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	-۲/۷۹۴	-۰/۱۳۸	-۵/۳۴۹	میزان درآمد

Sig= ۰/۰۰۰ R²Adj=. F= 30.554 ۰/۴۰۶ R²= ۰/R=0.648 420

اجتماعی نابینایان انجامیده و به‌طور کلی کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، در این راستا تلاش شد که با شناخت جامعه‌شناسی انزوای اجتماعی، نحوه تعامل نابینایان با دیگران و عوامل مرتبط با آن از جمله سلامت معنوی مورد مطالعه قرار گرفت.

در رابطه با معناداری رابطه انزوای اجتماعی و سلامت معنوی که از مهم‌ترین متغیرهای ما در این پژوهش بود؛ نتایج نشان داد که بین این دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین در تحلیل چند متغیره نشان داده شد که سلامت معنوی نزدیک به ۵۰ درصد تغییرات انزوای اجتماعی را تبیین می‌کند. نتیجه به‌دست‌آمده در این فرضیه با نتایج پژوهش

۷ بحث و نتیجه‌گیری

احساس انزوای اجتماعی در یک جامعه به دلایل متعددی همچون سلامت فرد، نوع معلولیت، جنس، طبقه اجتماعی شکل می‌گیرد و بیان‌گر کارکرد منفی روابط بین شخصی میان یک محیط اجتماعی است. در واقع هر گروهی در یک جامعه ممکن است انزوای اجتماعی را به درجات مختلف و در شکل‌های متفاوت و بر اساس موقعیت اجتماعی خود در رابطه با دیگران تجربه کند. از این رو، نابینایی به دلیل محدودیت‌هایی که در حوزه‌های اجتماعی، شغلی، مالی و نیز جنبه‌های روان‌شناختی زندگی نابینایان ایجاد می‌کند، می‌تواند به عدم استقلال و انزوای

یافتن معنا و همچنین معنا بخشی به وضعیتی باشد که جبراً در آن قرار گرفته‌اند. آنها با توجیه کردن نابینایی خود از این طریق می‌توانند موانع ذهنی خویش برای ارتباط با دیگران را برطرف کنند و همین امر به کاهش انزوای اجتماعی آنها کمک می‌کند.

از آنجایی که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین انزوای اجتماعی و تبعات آن در نابینایان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، پیشنهاد می‌شود جهت توجه بیشتر به ویژگی‌های شخصیتی و جلوگیری از بروز آثار مخرب انزوای اجتماعی در نابینایان، ضمن تدوین پرسشنامه‌ها و ابزارهایی برای اندازه‌گیری ویژگی‌های شخصیتی، این ویژگی‌ها در بین نابینایان اندازه‌گیری شوند تا از این طریق، بتوان از آثار مخرب انزوای اجتماعی و احساس تنهایی کاست. ارائه خدمات مشاوره‌ای به معلولینی که دارای سلامت اجتماعی پایین‌اند و دچار انزوای اجتماعی شده‌اند. با توجه به اینکه میزان انزوای اجتماعی معلولین متفاوت است نیاز است متناسب با میزان سلامت اجتماعی، مددکاران اجتماعی به ارائه خدمات مشاوره‌ای بپردازند. ضمناً می‌توان از طریق روش مددکاری فردی و گروهی به ارائه خدمات مشاوره‌ای به افراد اقدام نمود. افرادی که در سطح سلامت اجتماعی پایین‌تری قرار دارند نیاز به تعداد جلسات بیشتری دارند.

یافته‌های توصیفی بیانگر محدود و پایین بودن مشارکت و درگیری معلولین در این شبکه‌هاست؛ از این رو، پیشنهاد می‌شود تمهیداتی در خصوص تسهیل ایجاد و تقویت این‌گونه شبکه‌های اجتماعی در بین معلولین و قشر نابینایان اندیشیده شود. امروزه انفجار اطلاعات و ارتباطات تعاریف جدیدی از ارتباط اجتماعی و الگوهای زندگی ارائه کرده است که جامعه امروز را با جامعه دیروز در ابعاد اجتماعی و رفتاری بسیار متفاوت کرده است. بنابراین مددکار اجتماعی با آموزش مهارت‌های زندگی به نابینایان می‌تواند در جهت بهبود و ارتقاء سلامت اجتماعی آنان گام بردارد که در همین راستا لزوم تخصیص اعتبار از سوی سازمان‌ها و دستگاه‌های مختلف

عباسی و همکاران (۱۳۹۷) افشانی و عباس‌نژاد (۱۳۹۸) همسو است. همچنین رابطه منفی این دو متغیر به‌خوبی نشان می‌دهد که با افزایش شاخص‌های سلامت معنوی در افراد نابینا میزان انزوای اجتماعی در آنها کاهش پیدا می‌کند. در تحلیل چندمتغیره بعد از سلامت معنوی وضعیت اشتغال و درآمد بیشترین میزان تبیین‌گری را در مورد انزوای اجتماعی دارند و این سه متغیر با هم ۴۰ درصد از تغییرات انزوای اجتماعی نابینایان شهر شیراز تبیین می‌کنند و سه متغیر رابطه‌ای منفی با انزوای اجتماعی دارند.

دورکیم از جمله مهم‌ترین صاحب‌نظرانی است که در مورد نسبت امر مقدس با انزوای اجتماعی بحث کرده است. در واقع، او باور دارد که دین و معنویت عاملی برای پیوند اعضای جامعه است و موجبات حفظ و تحکیم و انسجام اجتماعی را فراهم می‌کند و از این طریق انزوای اجتماعی را کاهش می‌دهد. بینگر نیز که از نظریه‌پردازان مهم در چارچوب نظری این مطالعه است، دین و معنویت را عاملی مؤثر در کاهش انزوای اجتماعی می‌داند. از نظر وی دین و معنویت با ایجاد همبستگی و انسجام در گروه‌های دینی، کارکرد انسجام‌دهی و مشروعیت‌بخشی به هنجارهای گروهی را به بار خواهد آورد که در نتیجه، این همبستگی و انسجام میزان انزوای اجتماعی را کاهش خواهد داد. یافته تحقیق حاضر نیز نشان داد که بین انزوای اجتماعی و سلامت معنوی نابینایان رابطه معکوس و معناداری وجود دارد، بنابراین هرچه سلامت معنوی افراد بالاتر رود انزوای اجتماعی آنها کاهش پیدا می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سلامت معنوی با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت از سوی دیگران و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی و جسمانی در افراد نابینا، سطح سازگاری آنها را با رویدادهای زندگی افزایش می‌دهد. همچنین از آنجایی که یکی از ابعاد سلامت معنوی ارتباط فرد با دیگران است و بعد دیگر ارتباط با یک وجود مقدس در سطح بالاتر است؛ معنویت می‌تواند برای افراد نابینا منبعی برای

تحلیل و تفسیر داده‌ها: خدیجه زارع، مجید
موحد، احسان حمیدی زاده

تنظیم نسخه خطی: احسان حمیدی زاده و مجید
موحد

بازنگری نقادانه: مجید موحد، احسان حمیدی
زاده

تعارض منافع:

نویسندگان هیچ تعارض منافی ندارند.

از جمله سازمان ملی جوانان، معاونت امور اجتماعی
شهرداری و معاونت امور اجتماعی بهزیستی برای
طرح آموزش مهارت زندگی امری اجتناب‌ناپذیر
است.

حامی مالی

این مقاله حامی مالی نداشته است

سهم نویسندگان:

ایده و طرح مطالعه: مجید موحد و احسان
حمیدی زاده

گردآوری داده‌ها: خدیجه زارع



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- احمدی، حبیب. (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی انحرافات*. تهران: انتشارات سمت.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۷). *خودکشی*، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- افشانی، سید علیرضا و عباس نژاد، حسین (۱۳۹۸). «دین‌داری و انزوای اجتماعی مورد مطالعه: شهروندان شهر مشهد». *مطالعات فرهنگی-اجتماعی خراسان*، ۱۴(۲): ۳۰-۵۹.
- پورشهریاری، سیما (۱۳۸۹). «مقایسه افسردگی، انزوای اجتماعی و ارتباطات خانوادگی دانش آموزان کاربر و غیرکاربر اینترنتی دبیرستان‌های شهر تهران»، *نشریه مطالعات روان‌شناختی*، ۳(۲): ۴۹-۶۴.
- دوزنده زهرا، صادقی نرگس، محمدی مینا (۱۳۹۹). «بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی اورم بر خودپنداره بدنی و انزوای اجتماعی کودکان نابینا»، *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۹(۲): ۶۷۸-۶۸۸.
- رضایی نسب، زهرا، فتوحی، سردار (۱۳۹۷). «بررسی تفاوت‌های جنسیتی در انزوای اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در شهر تهران»، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۸(۲۶): ۱۶۰-۱۹۰.
- حضرتی صومعه، زهرا. (۱۳۹۶). «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر انزوای اجتماعی دانشجویان (مورد مطالعه: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز)»، *توسعه اجتماعی*، ۱۲(۲): ۱۰۹-۱۴۰.
- سادات شفیعی، سمیه و موسوی ویایه، فاطمه (۱۴۰۰). «بررسی پدیدارشناختی انزوای اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی خانواده جانبازان از منظر همسران»، *مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۱۲): ۳۳۳-۳۵۴.
- حقیقتیان، منصور، صنعت‌خواه، علیرضا (۱۳۹۲). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی درون و برون گروهی و حمایت شهروندان از تولیدات ملی در شهر کرمان»، *همایش منطقه‌ای چالش‌ها و راهکارهای توسعه در مناطق محروم، کرمان*.
- ساندرز، پیتر (۱۳۹۲). *نظریه اجتماعی و مسأله شهری*، ترجمه: محمود شارع پور، تهران: تیسرا.
- سیف زاده، علی، حقیقتیان، منصور، مهاجرانی، علی‌اصغر (۱۳۹۸). «حمایت اجتماعی ادراک‌شده و انزوای اجتماعی در سالمندان»، *فصلنامه مرکز تحقیقات خیرخواهان، نرگس، قهرمانی درویش، محرم (۱۳۹۴). «مطالعه‌ی مشکلات نابینایان در راستای شناسایی تکنولوژی‌های نوین ارتباطی مورد نیاز آنان»*، اولین همایش ملی جامعه بینا، شهروند نابینا، دانشگاه کاشان.

مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
تبریز، ۱۰(۴): ۳۰۹-۳۰۰.

شالچی، سمیه (۱۳۹۷). «انزوای اجتماعی،
توسعه‌یافتگی مناطق شهری و پایگاه
اقتصادی و اجتماعی در تهران»، فصلنامه
علوم اجتماعی، ۲۵(۸۱): ۱-۳۰.

محسنی، منوچهر، دوران، بهزاد، سهرابی،
محمددهادی. (۱۳۸۵). «بررسی اثرات
استفاده از اینترنت بر انزوای اجتماعی
کاربران اینترنت (در میان کاربران
کافی‌نت‌های تهران)»، مجله جامعه‌شناسی
ایران، ۷(۴): ۷۲-۹۵.

عباسی، محمد، درویش‌پور، عابدین، منصور، لیلیا
(۱۳۹۷) «سلامت معنوی؛ تعدیل‌کننده
رابطه انزوای اجتماعی و بهزیستی ذهنی»،
پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، (۶) ۱۱:
۲۸-۹.

مرادی، گل‌مراد، زمانی، مهرداد (۱۳۹۳). «بررسی
نقش هراس اجتماعی در انزوای اجتماعی
زنان روستایی: مورد مطالعه روستاهای
دالاهو»، پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم
اجتماعی، ۳(۷): ۹۵-۱۱۵.

[کازمی‌بور، شهلا](#)، حجتی‌سیب‌نی، رحیم؛ پوریوسفی،
حمید؛ مرادی، علی (۱۳۹۹). «بررسی تأثیر
سالمندی بر ازخودبیگانگی اجتماعی آنها
(مورد مطالعه: سالمندان ساکن
آسایشگاه‌های شهر رشت)»، تغییرات
اجتماعی-فرهنگی، ۱۷(۶۷): ۱۶-۲۴.

منصوری، مریم (۱۳۹۳). *بررسی میزان انزوای
اجتماعی زنان تحت حمایت بهزیستی شهر
ایلام*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه
پیام نور واحد ایلام.

محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۷۰). «بیگانگی
مفهوم‌سازی و گروه‌بندی تئوری‌ها در
حوزه‌های جامعه‌شناسی و روان‌شناسی»،
نامه علوم اجتماعی، ۵: ۴۵-۷۳.

- هورتولانس، رلوف، مشیلز، انجا و میوسن، لودوین
(۱۳۹۴). *انزوای اجتماعی در جامعه مدرن*،
ترجمه‌ی لیلیا فلاحی سرابی و صادق پیوسته،
تهران: جامعه‌شناسان.



- Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2003). "Loneliness and peer relations in childhood" ,*Current Directions in Psychological Science*, 12: 73-78.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). "Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation". *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58-72.
- Christina, V., Scambler, S., & Bond, J. (2009). *The social world of older people*. United Kingdom: Mc Grew Hill.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T.G. (1987). "The partner as source of social support in problem and non-problem situations", *Journal of Social Behavior and Personality*, 2(2), 191-200.
- Darvyri, Panagiota (2014). "The spiritual well-being scale (swbs) in greek population of attica", *Psychology*, (5)1:575-1582.
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.513168>.
- Emerson, Eric (2021). " Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study", *Disability and Health Journal*, (4)1:
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>.
- Graif, corina (2011). *mobility in isolation: neighborhood Effects, spatial Embeddness, and Inequality*, Harvard University Press.
- Hayman, K. J., Kerse, N. M., La Grow, S. J., Wouldes, T., Robertson, M. C., & Campbell, A. J. (2007). "Depression in older people: visual Impairment and Subjective Ratings of Health", *Optometry and Vision Science*, 84(11): 1024-1030.
- Li An, Lizhi Guo, Fengping Luo, Bin Yu (2021). " Social isolation, loneliness and functional disability in Chinese older women and men: a longitudinal study", *Age and Ageing*, (50) 4: 1222-1228.
- Locher, J. L., Ritchie, C.H., Roth, D. L. Baker, P. S., Bonder, E. V., Allman, R.M. (2005). "Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences", *Social Science and Medicine*, 6, 747-761.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). "Loneliness, spiritual well-being and the quality of life". In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, New York: John Wiley & Sons.
- Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F (2006). "Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy". *Hayat*; 14(3-4):33-39.

Rohde, N., D'Ambrosio, C., Tang, K.K (2016). "Estimating the mental health effects of social isolation". *Applied Research Quality Life*, 5(11), 853-869.

Robertson, Ronald (1978). "The problem of the two kingdoms: religion, individual and society in the work of Milton Yinger", *Journal for the scientific study of religion*, (17)3: 306-313.

Treloar, Linda L (2002). "Disability, spiritual beliefs and the church: the experiences of adults with

disabilities and family members", *Leading global nursing research*, (40)5:594-603.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02417.x>.

Zwack, Clara (2021). "Stress and social isolation, and its relationship to cardiovascular risk in young adults with intellectual disability", *Disability and Rehabilitation*, <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2046186>.

Yinger, Milton (1977). "A comparative study of the substructures of religion", *Journal for the scientific study of religion*, (16)1: 67-86.



پیوست ۱ پرسشنامه انزوای اجتماعی کاسیوپو

میانگین	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی‌نظرم	موافقم	کاملاً موافقم	گویه‌های انزوای اجتماعی
						۱ در دو هفته اخیر با دوستانم وقتی را سپری نکرده‌ام.
						۲ در هفته گذشته اوقاتی را با دوستان و خویشاوندانم در خارج از محیط خانواده سپری نکرده‌ام.
						۳ من هیچ‌کسی را ندارم که با او در مورد مسائل شخصی خودم صحبت کنم.
						۴ من هیچ دوست یا آشنایی ندارم که وقتی دچار مشکل می‌شوم روی او حساب کنم.
						۵ من از کمک کردن به کسی که به من کمک کرده است دست نمی‌کشم.
						۶ من حس نمی‌کنم که بخشی از گروه دوستانم هستم.
						۷ من دوستی ندارم که نظراتم را با او به اشتراک بگذارم و ای کاش داشتم.
						۸ من دوستی ندارم که مرا بفهمد و ای کاش داشتم.
						۹ من از بقیه احساس جداسازی می‌کنم. وقتی با دیگرانم، از آن‌ها احساس جدایی می‌کنم.
						۱۱ احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کنم.
						۱۲ احساس سربار بودن برای دیگران می‌کنم. احساس تنهایی می‌کنم.
						۱۳ احساس می‌کنم هیچ‌کس به من نزدیک نیست.
						۱۴ من متوجه شده‌ام که ارتباط برقرار کردن با مردم کار سختی است
						۱۶ من به اغلب مردم اعتماد ندارم.

پیوست ۲ پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون

میانگین	کاملاً مخالفم	مخالفم	بی‌نظرم	موافقم	کاملاً موافقم	گویه‌های سلامت معنوی
						۱ از عبادات فردی خود زیاد راضی نیستم.
						۲ نمی‌دانم چه کسی هستم و از کجا آمدم و یا قصد دارم به کجا برسم.
						۳ من معتقدم خدا مرا دوست دارد و مراقب من است.
						۴ احساس می‌کنم زندگی یک تجربه مثبت و خوب است.
						۵ اعتقاد دارم خدا با من غریبه است و به وضعیت زندگی من توجهی ندارد.
						۶ در مورد آینده احساس بی‌پناهی و آشفتگی می‌کنم.
						۷ من ارتباط فردی پرمعنایی و نزدیکی با خدا دارم.
						۸ من از زندگی بسیار راضی هستم و احساس می‌کنم خواسته‌هایم برآورده شده است.
						۹ من در زندگی نیرو و حمایت زیادی از سوی خدا دریافت نکرده‌ام.
						۱۰ من از اینکه جهت‌گیری زندگی‌ام روشن است احساس خوبی دارم.
						۱۱ اعتقاد دارم خدا به مشکلات من توجه می‌کند.
						۱۲ من از زندگی خود زیاد لذت نمی‌برم.
						۱۳ من از ارتباط خود با خدا راضی نیستم.
						۱۴ من در مورد آینده احساس خوبی دارم.
						۱۵ ارتباط من با خدا به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.
						۱۶ احساس می‌کنم زندگی پر از تعارض و ناخشنودی است.
						۱۷ در ارتباط نزدیک خود با خدا احساس خوبی را تجربه می‌کنم.
						۱۸ زندگی معنای زیادی برای من ندارد.