



Research Paper

Investigating the relationship between sociological factors and social isolation of the blind in Shiraz

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

1- Professor, Department of Sociology, Faculty of Economy, Management and Social Science, Shiraz University, Shiraz, Iran (mmovahed@rose.shirazu.ac.ir) (Corresponding Author)

2- Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Economy, Management and Social Science, Shiraz University, Shiraz, Iran. (ehamidi@shirazu.ac.ir)

3- PhD Student, Department of Sociology, Faculty of Economy, Management and Social Science, Shiraz University, Shiraz, Iran (Khdyihzar652@gmail.com)



<https://doi.org/10.22034/scart.2024.140736.1466>

Received: February 14, 2024

Accepted: October 12, 2024

Available Online: December 21, 2024

Keywords: social isolation, blind people, social support, social health.

Abstract

Social isolation means living without a companion, the absence of significant others and common connections, trust and moving towards periods of crisis and disruption in the objective connections and networks of social relationships of members of society, and it can have a negative effect on the performance and well-being of individuals and social cohesion within society. The aim of this study is to investigate the relationship between sociological factors and social isolation of the blind in Shiraz, and Merton's theory of anomie is used as a theoretical framework. The research method, survey and statistical population included the blind people of Shiraz city under welfare, which was calculated based on Cochran's formula, the total sample was 362 people. Statistical samples were obtained using random sampling method and the data collection tool was a questionnaire. According to the results, 66% of the people in the sample had an average of 20.7% high social isolation and only 13.3% low. At the level of bivariate relationships, the findings show that there is a significant relationship between the sociological factors of perceived social support and social health and between the background factors of income, education and employment status with social isolation. The results of multivariate regression show that the independent variables explain 51% of the dependent variable, i.e., social isolation of blind people. Disabled people and blind people need awareness and knowledge in communicating with each other in order not to get isolated and depressed in their relationships and when facing problems. Therefore, it is necessary for the government, as the most important institution with power and wealth, to pay extra attention to the needs of these people.

Movahed, M., Hamidizadeh, E., Zare, Kh. (2024). Investigating the relationship between sociological factors and social isolation of the blind in Shiraz. *Sociology of Culture and Art*, 6 (4), 1-13.

Corresponding author: Majid Movahed

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

Email: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

Investigating the relationship between sociological factors and social isolation of the blind in Shiraz

Extended Abstract

1- Introduction

On the one hand, social isolation is related to the number of interactions and on the other hand to the quality and subjective evaluations of these relationships by people. Also, the experience of social isolation is not limited to specific age, physical, sexual, economic or racial boundaries, but it is a universal problem that more or less accompanies the life of all human beings. The most important indicators of social isolation are: living alone, having few social relationships, not participating in social or group activities and feeling lonely. Blind people need facilities, services and social care and recreational activities due to their age, gender, intellectual and physical development, and numerous social needs. Due to lack of activity, less presence in society and less interaction with ordinary people, these people are sometimes seen to be aloof and quiet and shy when they are in society, and they have faced problems in terms of personality and responsibility. In addition to studying the social isolation of blind people in Shiraz, this research tries to study the relationship of various sociological factors such as social health, spiritual health, social support and other contextual variables with the social isolation of blind people.

2- Methods

This research was conducted by survey method in 1400. The total number of blind people in Shiraz is 6,490, of which 2,87 are women and 4,403 are men. The sample size in the present study was determined by using Cochran's formula, 362 people, and for more certainty, 400 people were studied. The adopted sampling method was random sampling, during which 400 people were randomly selected through coordination with the welfare organization and they were interviewed by telephone. The instrument of data collection was a questionnaire which was completed by the researcher. After the research data was collected, the information was manually coded and then entered into the SPSS software environment in the computer to analyze the data. This software was used for statistical analysis to determine the relationship between the variables. Descriptive statistics and inferential statistics were used for data analysis.

3- Findings

The findings in the section of sociological factors show that the blind people of Shiraz city mostly (70.1%) perceive their level of social support as average, and 17.6% of them consider their level of social support to be low and only 12.3% from them, the amount of social support is considered high. In terms of the level of social health, most of the respondents (68.8%) are in the average level. 16.4

percent of them have little social health and only 14.8 percent of them have a high level of social health.

The first variable included in the regression model is social support, which has a negative and significant relationship with social isolation. Based on beta coefficient (-0.518) and significance level (0.000), it can be said that for one unit of increase in social support, 0.51% of social isolation of blind people decreases. In the second stage, the employment status with beta coefficient (-0.141) and significance level (0.002) shows that for one unit increase in the employment status of the blind, their social isolation decreases. In the third stage, the level of education entered the regression model. According to the beta coefficient (-0.162) and significance level (0.000), there is an inverse and significant relationship between education and social isolation; As a result, people with higher education experience lower social isolation. In the fourth step, it was found that social support has an inverse and significant relationship with social isolation. Beta coefficient (-0.103) and significance level (0.000) show that for one unit increase in social support, 0.10 percent of social isolation decreases. And in the fifth and last step, the income variable entered the model. According to the beta coefficient (-0.096) and significance level (0.02), there is an inverse and significant relationship between income and social isolation.

4- Discussion & Conclusion

The results of step-by-step multivariate regression also showed that the independent variables of social support, education, employment, social health and income explain 51% of the dependent variable of social isolation. Today, researchers believe that increasing the amount of social support and social health of people, especially the disabled, reduces their social isolation and makes them feel more connected to their community and even feel less stress (Emerson, 2021) (Zwack, 2021) considering that the level of loneliness and social isolation of disabled people is different, it is necessary for social workers to provide counseling services according to the level of social health. In addition, it is possible to provide counseling services to people through the method of individual and group assistance. People who are in a lower social health level need more sessions. Descriptive findings indicate the limited and low participation and involvement of disabled people in these networks; Therefore, it is suggested to consider measures to facilitate the creation and

Investigating the relationship between sociological factors and social isolation of the blind in Shiraz

strengthening of such social networks among the disabled and the blind. Today, the explosion of information and communication has provided new definitions of social communication and life patterns, which has made today's society very different from yesterday's society in social and behavioral dimensions. Therefore, by teaching life skills to the blind, the social worker can take steps to improve and improve their social health, and in this regard, it is necessary to allocate credit from various organizations and institutions, including the National Youth Organization, the Deputy of Municipal Social Affairs and the Deputy of Welfare Social Affairs for the education plan. Life skills are inevitable.

5- Funding

This article was written independently and no financial support was received from any organization to write it.

6- Authors' Contributions

All authors contributor in producing of the research

7- Conflict of Interests

This research does not conflict with personal or organizational interests.



تبیین انزوای اجتماعی نابینایان در پرتو متغیرهای اجتماعی (میدان مطالعه: شهر شیراز)

مجید موحد*^۱، احسان حمیدی‌زاده^۲، خدیجه زارع^۳

۱- استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

۲- استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران ehamidi@shirazu.ac.ir

۳- دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران Khdyihzar652@gmail.com


<https://doi.org/10.22034/scart.2024.140736.1466>

چکیده

انزوای اجتماعی به معنای زندگی 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. هدف این مطالعه، بررسی رابطه بین عوامل جامعه‌شناختی و انزوای اجتماعی نابینایان شهر شیراز است و در آن از نظریه آنومی مرتون به منزله چارچوب نظری استفاده شده است. روش پژوهش، پیمایش و جمعیت آماری شامل نابینایان که شهر شیراز تحت پوشش بهزیستی بودند که بر اساس فرمول کوکران کل نمونه ۳۶۲ نفر محاسبه شده است. نمونه‌های آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی به دست آمده‌اند و ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بوده است. طبق نتایج بدست آمده، ۶۶ درصد از افراد نمونه مورد مطالعه از انزوای اجتماعی متوسط، ۲۰/۷ درصد از انزوای اجتماعی زیاد و تنها ۱۳/۳ درصد از انزوای اجتماعی کم برخوردارند. در سطح روابط دو متغیره، یافته‌ها نشان می‌دهند بین عوامل جامعه‌شناختی حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی و بین عوامل زمینه‌ای درآمد، تحصیلات و وضعیت اشتغال با انزوای اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره نشان می‌دهد متغیرهای مستقل ۵۱ درصد از تغییرات انزوای اجتماعی افراد نابینا را تبیین می‌کنند. معلولین و افراد نابینا برای اینکه در روابط خود و در مواجهه با مشکلات، دچار انزوا و افسردگی نشوند نیاز به آگاهی و دانش در برقراری ارتباط با یکدیگر دارند. بنابراین نیاز است که دولت به عنوان مهم‌ترین نهاد صاحب قدرت و ثروت توجه مضاعفی به نیازهای این افراد داشته باشد. با برگزاری کارگاه‌های مهارت افزایی، حمایت‌های مالی، دادن امتیازهای خاص برای کسب شغل و حتی فراهم آوردن شبکه‌های اجتماعی خاص برای نابینایان مانع افزایش انزوای اجتماعی این قشر از جامعه شوند.

تاریخ دریافت: ۲۵ بهمن ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۲۱ مهر ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱ دی ۱۴۰۳

واژه‌های کلیدی: انزوای اجتماعی، نابینایان، حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی

استاد: موحد، مجید؛ حمیدی‌زاده، احسان و زارع خدیجه (۱۴۰۳). تبیین انزوای اجتماعی نابینایان در پرتو متغیرهای اجتماعی (میدان مطالعه: شهر شیراز). *جامعه‌شناسی فرهنگ و هنر*، ۶ (۴)، ۱-۱۳.

* نویسنده مسئول: مجید موحد

نشانی: استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز
پست الکترونیکی: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

۱- مقدمه و بیان مسئله

حس نیاز به صمیمیت و دوستی و ارتباط میان افراد از همان دوران تولد تا پایان عمر وجود دارد و این نیاز برای همه انسان‌ها اهمیت دارد، زیرا انسان‌ها با نیاز به برقراری ارتباط با دیگران به دنیا می‌آیند. همچنین انسان‌ها، به‌طور طبیعی اجتماعی‌اند و در حقیقت به‌عنوان انسان، نیازمند مقبولیت در گروه‌های اجتماعی و تأیید دیگران هستند. افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت‌بخش با دیگران ناتوانند، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه می‌کنند که خود را با «انزوای اجتماعی» نشان می‌دهد. 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 به وجود می‌آید (دی یونگ و ون تیلبورگ^۱، ۱۹۸۷).

روان‌شناسان، انزوای اجتماعی را به‌صورت یک حالت روان‌شناختی ناشی از نبود روابط معنابخش با دیگران که به‌صورت بالقوه بر کارکردهای فرد تأثیر نامطلوب می‌گذارد، تعریف کرده‌اند (استپتو، اوون و برایدون^۲، ۲۰۰۴). انزوای اجتماعی از سویی به تعداد تعامل‌ها و از سوی دیگر به میزان ارزیابی‌های کیفی و ذهنی این روابط توسط افراد ارتباط دارد. همچنین تجربه انزوای اجتماعی محدود به مرزهای سنی، جسمی، جنسی، اقتصادی یا نژادی خاص نیست بلکه مسئله‌ای جهانی است که کم و بیش با زندگی همه انسان‌ها همراه شده است (آشر و پاکت^۳، ۲۰۰۳).

پس انزوای اجتماعی به معنای زندگی 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 به‌هنگام ضرورت به او مراجعه کنند، اکثراً در خودشان غوطه‌ورند. این مسئله معمولاً منجر به ایجاد مشکلات جدی نظیر اختلالات روانی، افسردگی، عزت‌نفس پایین، مشکلات اجتماعی و علائم مرضی جسمانی می‌شود (هورتولانس، مشیلز و میوسن^۴، ۱۳۹۴). بنابراین، مهم‌ترین شاخص‌های انزوای اجتماعی عبارت است از: تنها زندگی کردن، داشتن روابط اجتماعی کم، عدم شرکت در فعالیت‌های اجتماعی یا گروهی و درک احساس تنهایی (یوسف‌وند و همکاران^۵، ۱۴۰۱).

مفهوم انزوا در مطالعات حوزه نابرابری سلامت نقش مهمی دارد؛ کسانی که در حاشیه جامعه و در انزوا زندگی می‌کنند، در شرایط و محیطی قرار دارند که آسیب‌پذیری آن‌ها را در برابر شرایط بد سلامت افزایش می‌دهد (مخصوصاً در گروه‌هایی که از نظر اجتماعی صدمه‌پذیرتر و شکننده‌تر هستند) (ویرول و فوئنس^۴، ۲۰۰۷). یکی از آسیب‌هایی که انزوای اجتماعی در آن نقش مؤثری دارد؛ معلولیت بینایی است که در تعریف این آسیب آمده است که معلولیت بینایی ضایعاتی را از نابینایی کامل تا محدودیت‌های غیرقابل اصلاح به وجود می‌آورد. هرگونه عارضه‌ای که منجر به افت بینایی گردد، اختلال بینایی نامیده می‌شود. در تعریف اختلال بینایی از واژه‌هایی مانند معیوب بینایی، معلول بینایی، نابینا، کم‌بینا، دید کم و کم‌توان در بینایی استفاده می‌شود. پدیده اختلال در بینایی امری است که از بدو پیدایش بشر، به‌واسطه بیماری، حوادث و پیری وجود داشته و افرادی را از نعمت دیدن محروم کرده است. تازه‌ترین گزارش آماری سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که حدود ۲۸۵ میلیون نفر از مردم جهان به اختلالات بینایی مبتلا هستند که ۹۰ درصد از ایشان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. در بررسی‌های این سازمان آمده است که از بین این ۲۸۵ میلیون نفر، ۳۹ میلیون نفر نابینا هستند و ۲۴۶ میلیون نفر دیگر نیز ضعف و اختلال بینایی دارند (سازمان جهانی بهداشت^۵، ۲۰۱۴).

آثار و نتایج نابینایی در بین افراد مختلف بر مبنای تفاوت‌های طبیعی، قابلیت‌ها و میزان انطباق‌پذیری اجتماعی آنان متفاوت است (نامنی و دیگران^۵، ۱۳۸۱). همچنین وجود انزوای اجتماعی در افراد با آسیب بینایی می‌تواند نسبت به دیگر افراد بیشتر باشد؛ چون توانایی ایجاد روابط دوستانه و صمیمی و نیز دشواری در پذیرفته شدن از سوی همسالان منجر می‌شود که افراد مبتلا به آسیب بینایی مهارت‌های اجتماعی، شایستگی اجتماعی و عزت‌نفس خود را تا حدی از دست داده و دچار انزوای اجتماعی

¹ - De Jong & Van Tilburg

² - Steptoe, Owen & Brydon

³ - Asher & Paquette

⁴ - Viruell & Fuentes,

⁵. World Health Organization

شوند (موست، اینگبر و هلد-آریام، ۲۰۱۱) (موحد و سلامتیان، ۱۴۰۰). بنابراین نابینایی به دلیل محدودیت‌هایی که در حوزه‌های اجتماعی، شغلی، مالی و نیز جنبه‌های روان‌شناختی زندگی نابینایان ایجاد می‌کند، می‌تواند به عدم استقلال و انزوای اجتماعی و احساس تنهایی نابینایان انجامیده و به‌طور کلی کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد. نبود مناسب‌سازی و امنیت در تردد افراد دارای معلولیت یکی از بزرگ‌ترین موانع بر سر راه نابینایان است. برداشتن تمام موانع محیطی و همچنین تسهیل امکانات جامعه برای استفاده افراد نابینا در حضور هر چه بیشتر آنان بسیار اهمیت دارد. حتی برخی معتقدند ریشه انزواطلبی افراد دارای اختلال بینایی، عدم مناسب‌سازی محیط پیرامون است (پژهان، پیراهری و روستایی، ۱۳۹۷). لازم به یادآوری است که منظور از مناسب‌سازی صرفاً برداشتن موانع محیطی نیست بلکه شامل حذف کردن هر آنچه در محیط مانع دسترسی می‌شود نیز می‌باشد. این امر، نظارت مستمر نهادهای اجرایی را می‌طلبد.

افراد نابینا به اقتضای سن، جنسیت و بالندگی فکری، فیزیکی و نیازهای متعدد اجتماعی، نیازمند امکانات، خدمات و رسیدگی اجتماعی و فعالیت‌های تفریحی هستند. این افراد به دلیل کم‌حرکی، حضور کمتر در جامعه و تعامل کمتر با افراد عادی جامعه گاهی دیده شده که هنگام حضور در اجتماع گوشه‌گیر و کم‌حرف و خجالتی هستند و از لحاظ شخصیت و مسئولیت‌پذیری با مشکل مواجه شده‌اند؛ زیرا در اکثر مواقع در خانه به دور از همسالان هستند و اوقات فراغت خاصی برایشان در نظر گرفته نشده است. از این‌رو به نظر می‌رسد که در این حوزه کم‌کاری زیادی وجود دارد. به‌طور مثال، رسانه‌ها به‌عنوان یکی از ارکان فرهنگی هر جامعه در انعکاس فرهنگ مردم نقش مهمی دارند و مهم‌ترین عامل فرهنگ‌سازی تلقی می‌شوند. رسانه‌ها نه‌تنها نقش مؤثری در بهبود وضعیت معلولین نداشته‌اند بلکه حتی در تقویت تلقینات منفی نسبت به نابینایان و دیگر افراد جامعه دارای معلولیت، گوی سبقت را ربوده‌اند. بارها و بارها در رسانه‌ها دیده و شنیده‌ایم؛ فردی که متوجه موضوع نشده، کور و کر خطاب کرده‌اند حال اینکه باید گفت نابینایی یک تفاوت است و تمامی تفاوت‌ها می‌توانند خوب و بد باشند. این تلقیات از سوی جامعه و احساس عجزی که فرد معلول در خود تجربه می‌کند، او را به گوشه‌گیری از دیگری سوق می‌دهد و همچنین در معرض مسائل و مشکلات اجتماعی گوناگون قرار می‌دهد. هرچه جامعه نسبت به افراد نابینا و معلول کم‌توجه‌تر و بی‌دقت‌تر باشد، با توجه به تمایزی که فرد معلول در خود نسبت به دیگران احساس می‌کند او را بیشتر به سوی انزوا می‌کشاند؛ به معنای دیگر وجود هر نقصی در جسم می‌تواند سلامت اجتماعی، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. با ظهور هر معلولیتی در فرد، معلول از جامعه دور می‌شود و احتمال اینکه به انزوای اجتماعی دچار شود افزایش پیدا می‌کند. با این توضیحات به نظر می‌رسد که معلولین و مشخصاً افراد نابینا بیش از دیگران در معرض انزوای اجتماعی قرار دارند. اینکه میزان این نوع از انزوا چقدر است و چه عواملی بر افزایش و یا کاهش آن اثر دارد اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. بر این اساس این پژوهش سعی دارد علاوه بر مطالعه انزوای اجتماعی نابینایان شهر شیراز، رابطه عوامل جامعه‌شناختی مختلف مانند سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای دیگر را با انزوای اجتماعی افراد نابینا مورد مطالعه قرار دهد. و به این سؤال اصلی پاسخ دهد که رابطه عوامل جامعه‌شناختی با انزوای اجتماعی نابینایان شهر شیراز چیست؟ با توجه به حساس بودن این موضوع و محدود بودن تعداد مقالات و پژوهش‌ها در زمینه رسیدگی به مشکلات نابینایان و معلولین، این پژوهش به دنبال شناخت مشکلات نابینایان در عرصه روابط اجتماعی و ارائه پیشنهاداتی در این زمینه خواهد بود.

۲- پیشینه پژوهش

۲-۱: پیشینه تجربی

قربانی، اونق و صالحی (۱۴۰۱) پژوهش «تحلیل عوامل اجتماعی فرهنگی موثر بر انزوای اجتماعی: مورد مطالعه، شهر باغبهادران» را به روش پیمایش انجام دادند. جامعه آماری، جوانان ۱۷ تا ۲۵ سال باغبهادران است. این جامعه آماری شامل ۲۰۰۰ نفر است که ۳۲۲ نفر به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای متناسب انتخاب گردیدند. چارچوب نظری این پژوهش با استفاده از نظریه‌های اندیشمندان مختلف چون دورکیم، هاری آلپر، مرتن، زیمل، آلموند، پاول، اینگلهارت، گوئن، گیدنز و مارکوزه است. بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و انزوای اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. بین میزان تماشای رسانه‌های جمعی و انزوای

اجتماعی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد. همچنین در مدل‌یابی معادلات ساختاری رسانه و پایگاه اقتصادی-اجتماعی توانسته بودند برازش مناسبی ارائه نمایند

سادات شفیع 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 خانه-نشینی، شبکه 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 پذیرفته شده 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.

شهبازیان خونیک، علی‌پور (۱۳۹۹)، در پژوهش خود با عنوان «نقش تشخیصی هوش اجتماعی، قلدری و بهزیستی تحصیلی در انزوای اجتماعی دانش‌آموزان» دریافتند که یافته‌های تحلیل تشخیصی، منجر به یک تابع تشخیص معنادار شد که طبق این تابع مولفه فرسودگی نسبت به مدرسه و قربانی شدن دارای بالاترین توان تمایز بودند. مولفه‌های بعدی متمایزکننده گروه‌ها به ترتیب مولفه‌های رضایت تحصیلی، ارزش مدرسه، درآمیزی یا کار مدرسه، قلدری، زد و خورد، آگاهی اجتماعی و پردازش اطلاعات اجتماعی بود.

زواک^۷ (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 فشار خون 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 منشا استرس آنها یک عامل استرس‌زای منحصر به فرد است و آن انزوای اجتماعی است.

امرسون^۸ (۲۰۲۱) در مطالعه خود با عنوان «تنهایی، حمایت اجتماعی، انزوای اجتماعی و 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 کردند. 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 بودند و بیکار بودند بیشتر بود. همچنین تنهایی در کاهش میزان سلامت افراد معلول در مقایسه با دو شاخص دیگر نقش چشمگیرتری دارد.

لی‌آن^۹ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی که انزوای اجتماعی، تنهایی و ناتوانی حرکتی را بین سالمندان چینی می‌کرد، با یک مطالعه طولی ۴ ساله و به کارگیری 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.

پولوم و آگریل^{۱۰} (۲۰۱۷) پژوهشی با عنوان «تنهایی و انزوای اجتماعی در میان افراد سالمند» انجام داده‌اند. این پژوهش به صورت اسنادی انجام شده است. مشخص شد انزوای اجتماعی یک مشکل بزرگ و گسترده در میان افراد سالخورده در جامعه است که باعث بسیاری از شرایط مضر بهداشتی می‌شود با این حال می‌توان با تشویق سالمندان به داشتن سبک زندگی متفاوت‌تر، از بروز آن جلوگیری نمود.

7 - Zwack

8 - Emerson

9 - Li An

10. Püllüm & Akyl

با وجود اینکه تحقیقات انجام شده در رابطه با انزوای اجتماعی کم نیست، اما مطالعه این متغیر روی معلولین و مشخصاً افراد نابینا بسیار کم است. فقط در تحقیقات خارجی فقط یک مورد یافت شد که این متغیر را در جامعه آماری معلولین مطالعه کرده است. با توجه به اینکه جامعه نابینا به دلیل شرایط خاص جسمی که دارند به شدت در معرض انزوای اجتماعی اند؛ مطالعه همه جانبه این متغیر بر روی این گروه از معلولین اهمیت زیادی پیدا می‌کند.

۲-۲: ملاحظات نظری

اصطلاح انزوای اجتماعی^{۱۱} نخستین بار توسط رابرت پارک^{۱۲} (۱۹۲۸) به کار برده شد و اشاره به بیرون بودن از جهان اجتماعی داشت. چارچوب تئوریک انزوای اجتماعی درصدد پاسخ به این مسئله 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 عدم تعلق و وابستگی و انفصال تامه‌ای را با ارزش‌های مرسوم جامعه احساس می‌کند». در این حالت فرد همچنین دارای اعتقاد و باور نازلی نسبت به مکانیسم ارزش‌گذاری و سیستم پاداش اجتماعی است و با هر آنچه از نظر جامعه معتبر و ارزشمند است خود را هم‌عقیده و همسو نمی‌بیند و این حالت زمانی روی می‌دهد که فرد نسبت به حوزه مشارکت سیاسی هیچ‌گونه رأی و نظری را نتواند اعمال کند و از سوی افراد قدرتمند به انزوا و حاشیه رانده می‌شود. وی اشاره می‌کند که احساس انزوا تجربه ناخوشایند مانند تفکر فرد مبنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند اندوه، عصبانیت و افسردگی و بحران هویت و نداشتن قاطعیت همراه بوده و ناهماهنگی بین انتظارات و آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد و در رفتارهایی نظیر اجتناب از ارتباط با دیگران نمود می‌یابد ((پارک، ۱۹۲۸).

اما ردپای انزوای اجتماعی را با مفاهیم مشابه در اندیشه متفکرین کلاسیک نیز می‌توان مشاهده کرد. مثلاً دورکیم^{۱۳} زمانی که از تخصصی شدن و گریزناپذیری تنهایی انسان مدرن صحبت می‌کند (دورکیم، ۱۳۸۷). مارکس^{۱۴} وقتی که از بیگانگی و از خودبیگانگی حرف می‌زند. به زعم مارکس افراد در ارتباط با نیروی کارشان کنترل خود را بر فرآیندهای تولیدات کارشان از دست می‌دهند. فرآیند بیگانگی اجتماعی به احساس پوچی، بی‌قدرتی، اخلاق‌زدایی، بیزاری از خود، بی‌ریشه‌ای، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و خشونت می‌انجامد. به‌علاوه، از خودبیگانگی با چنین ویژگی‌هایی که دارد به انکار ارزش‌های اساسی جامعه، هنجارهای رفتار اجتماعی و استانداردهای تثبیت‌شده رفتار منتهی می‌شود (احمدی، ۱۳۸۴: ۶۱).

تونیس^{۱۵} معتقد است که اعتماد، امنیت و گروه‌ها و هویت‌های متعدد، سطح روابط و پیوندهای 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).

زیمل نیز انزوا و بیگانگی را در متروپلیس‌ها می‌یابد و از نظر او در «مادر شهر» هر فرد تمایل دارد که از چیزی بیگانه شود. یعنی سرگردانی بالقوه که ناشی از فردگرایی و احساس متروپلیس که انسان‌ها را احاطه کرده است، به تشدید انگیزش‌های عصبی و به تغییر متوالی و سریع انگیزش‌های درونی و بیرونی نتیجه می‌شود و آن‌ها را به بیگانگی سوق می‌دهد. شخصیت روانی متروپلیس‌ها دقیقاً با ویژگی عقلانی قابل فهم است. در صورتی که در برابر آن زندگی در شهر کوچک عمیقاً بر احساسات و مناسبات هیجانی تکیه دارد. در واقع در متروپلیس، تفکر غالب است نه قلب و احساسات. در مادر شهر، گرایش‌های روشنفکرانه فرد را به کناره‌گیری، جدایی و انزوا می‌کشاند. به نظر زیمل روند تاریخ جدید آزادی‌فزاینده فرد را از بندهای وابستگی اجتماعی و شخصی نشان

11. Social Marginality

12 - Park

13-Durkheim

14 - Marx

15 - Tönnies

می‌دهد، ضمن آنکه فراورده‌های فرهنگی ساخت انسان بیش‌ازپیش بر انسان چیرگی می‌یابند. وی توجه زیادی به اندازه گروه اجتماعی دارد. او از فرد منزوی شروع می‌کند و خاطر نشان می‌کند که انزوا، خود رابطه‌ای اجتماعی و رابطه‌ای با مردم دیگر است. انزوا الزاماً تنها بودن نیست؛ آدمی هیچ‌گاه منزوی‌تر از وقتی نیست که در انبوهی از افراد بیگانه حضور دارد. از نظر زیمل، هر چه گروه اجتماعی بزرگ‌تر و متنوع‌تر باشد، متحول‌تر است ولی فرد نیز آشفته‌تر می‌شود. در کلان‌شهرها شخص از نظر فیزیکی به دیگران نزدیک‌تر است اما از نظر روان‌شناختی جدا و مستقل است. این استقلال، از طرفی آزادی وسیع و از طرف دیگر، تنهایی و عمیق‌تر شدن احساس پوچی است (دیلینی، ۱۳۸۹: ۱۸۷).

اما یکی از شناخته‌ترین و مشهورترین نظریات جامعه‌شناختی که به بررسی اوضاع منزوی کننده انسان می‌پردازد و در این پژوهش نقش چارچوب نظری را ایفا می‌کند، تئوری ساخت اجتماعی و آنومی مرتون است. مرتون انزوا 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 نهادینه شده در جامعه دارد. او باور 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، قدرت، زمانی که هر دو هدف و هنجار از دید فرد پوچ و بی‌محتواست، نوعی احساس جدایی و انزوای اجتماعی و زمانی که فرد ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی را نپذیرد، نوعی احساس بی‌هنجاری در او ایجاد می‌شود (محسنی تبریزی، ۱۳۷۰: ۶۲-۶۱).

به عقیده‌ی مرتون، هنگامی که هدف یا وسیله یا هیچ یک در دسترس فرد نباشد، اختلالات رفتاری در اشکال مختلفی بروز می‌کند. زمانی که جامعه کاملاً بر فرد مسلط شود، وی احساس بی‌قدرتی می‌کند و زمانی که هدف و هنجار از دید فرد پوچ و بی‌محتواست، او دچار انزوای اجتماعی می‌شود. انزواگرایان از نظر مرتون، افرادی هستند که ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی موجود در جامعه را منفک از خود دانسته و برای انطباق خویش با آن‌ها تلاش نمی‌کنند. معمولاً طردشدگان، افراد بی‌خانمان، ولگردان، گدایان، الکلی‌ها و معتادان به مواد مخدر افرادی منزوی‌اند. آن‌ها در جامعه زندگی می‌کنند، ولی متعلق به جامعه نیستند. به عقیده مرتون، کناره‌گیران، افرادی مطرود می‌باشند که به دلیل ناتوانی یا عدم تمایل خود متمایل به پذیرش هنجارها و روی آوردن به زندگی سالم نیستند و غالباً بیشتر مردم آن‌ها را طرد می‌کنند یا خودشان از جامعه کناره‌گیری می‌کنند (مرتون، ۱۳۸۵: ۴۶). این گزاره‌هایی که مرتون برای افراد منزوی در نظر گرفته است و سرنوشتی که این افراد در جامعه پیدا می‌کنند غالباً در مورد افراد نابینا نیز صادق است. برچسب‌هایی که از طرف جامعه به این افراد زده می‌شود، نبود امکانات یا عدم تناسب امکانات با وضعیت این افراد در جامعه، بی‌توجهی مسئولین به نابینایان یا در اولویت قرار ندادن مشکلات آنها، عدم دسترسی آنها به فرصت‌های شغلی متناسب با وضعیت‌شان و موارد بی‌شمار دیگر احساس بی‌قدرتی را به نابینایان تحمیل می‌کند و تلاش کردن را برایشان بی‌معنا می‌کند. با این توضیحات به نظر می‌رسد نظریه مرتون چارچوب مفهومی مناسبی برای این پژوهش باشد.

۳- روش پژوهش

این پژوهش در سال ۱۴۰۰ و به روش پیمایش انجام شده است. جامعه آماری این تحقیق، نابینایان تحت پوشش بهزیستی در شهر شیراز می‌باشند. مطابق آمار سایت بهزیستی کشور^{۱۶} 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 اتخاذ شده، نمونه‌گیری تصادفی ساده بوده است که طی آن از طریق هماهنگی با سازمان بهزیستی، تعداد ۴۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و با برقراری تماس تلفنی با آن‌ها، پرسشگری انجام شد. 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. در این پژوهش 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

¹⁶- <https://www.behzisti.ir/news/24715/19>

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 بررسی سازگاری درونی گویه‌های مطرح شده در پرسشنامه از آماره آلفای کرنباخ استفاده شده است. جدول ۱، میزان پایایی متغیر وابسته و برخی متغیرهای مستقل پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میزان آلفای کرنباخ متغیر وابسته و برخی از متغیرهای مستقل

متغیرها	میزان آلفای کرنباخ
انزوای اجتماعی	۰/۹۲۳
حمایت اجتماعی	۰/۸۹۷
سلامت اجتماعی	۰/۷۵۸

فرضیه‌های پژوهش

به نظر می‌رسد که:

- بین سن و انزوای اجتماعی پاسخگویان رابطه وجود دارد.
- انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب جنسیت تفاوت دارد.
- بین درآمد و انزوای اجتماعی پاسخگویان رابطه وجود دارد.
- انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب قومیت تفاوت دارد.
- انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب وضعیت اشتغال تفاوت دارد.
- انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب وضعیت تأهل تفاوت دارد.
- انزوای اجتماعی پاسخگویان برحسب سطح تحصیلات تفاوت دارد.
- 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 حمایت اجتماعی ادراک شده و انزوای اجتماعی پاسخگویان رابطه وجود دارد.
- بین سلامت اجتماعی و انزوای اجتماعی پاسخگویان رابطه وجود دارد.

۴- تحلیل یافته‌ها

پاسخگویان این مطالعه در گروه‌های سنی ۸۰-۸ سال یعنی در تمامی سنین قرار دارند. یافته‌ها حاکی از آن است که بیشترین تعداد پاسخگویان (۳۴ درصد) مربوط به گروه سنی ۳۹-۳۰ سال است و طبق مشاهدات صورت گرفته 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 ماهیانه 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. باتوجه 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 این‌رو، میانگین درآمد ماهیانه مبلغ ۲۲۰۱۰۰۰ تومان است اما در صورتی که میانه را در این 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.

در مورد شدت معلولیت پاسخ‌ها از معلولیت خفیف تا خیلی شدید طبقه‌بندی شده است، از این رو، 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 ۲۰-۲۹ سال است. در رتبه‌ی بعد، بیشترین آمار (۲۶/۳ درصد) به مدت معلولیت ۳۰-۳۹ سال اختصاص یافته است و به‌ترتیب مدت معلولیت‌های ۱۰-۱۹ سال (۱۵/۳ درصد)، ۴۰-۴۹ 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. همچنین یافته‌ها در بخش عوامل جامعه‌شناختی نشان دهنده آن است که نابینایان شهر شیراز میزان حمایت اجتماعی ادراک شده‌شان اکثراً (۷۰/۱ درصد) در حد متوسط است و ۱۷/۶ درصد از آنان میزان حمایت اجتماعی خود را کم می‌دانند و تنها ۱۲/۳ درصد از آن‌ها، میزان حمایت اجتماعی را زیاد می‌دانند. از نظر میزان سلامت اجتماعی اکثر پاسخگویان (۶۸/۸ درصد) در حد متوسط قرار دارند. ۱۶/۴ درصد از آنان از سلامت اجتماعی کمی برخوردارند و سطح سلامت اجتماعی فقط در ۱۴/۸ درصد از آن‌ها، زیاد است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد میزان انزوای اجتماعی پاسخگویان

انزوای اجتماعی	درصد	فراوانی
کم	۲۰/۷	۸۱
متوسط	۶۶/۰	۲۵۸
زیاد	۱۳/۳	۵۲

بر اساس نتایج، انزوای اجتماعی ۲۵۸ نفر از پاسخگویان (۶۶/۰ درصد) در حد متوسط و انزوای اجتماعی ۲۰/۷ درصد از آن‌ها زیاد است و تنها ۵۲ نفر از پاسخگویان (۱۳/۳ درصد) اعلام کرده‌اند که انزوای اجتماعی آن‌ها کم است. با توجه به آمار بدست آمده می‌توان اهمیت انزوای اجتماعی بین نابینایان را درک کرد.

آزمون فرضیه‌های پژوهش

در این بخش فرضیه‌های پژوهش آزمون شده‌اند. بدین منظور از آزمون‌هایی مانند تحلیل واریانس یک طرفه، و ضریب همبستگی پیرسون بر اساس سطح سنجش متغیرها استفاده شده است؛ پس از بررسی فرضیه‌های پژوهش، متغیر وابسته پژوهش با استفاده از رگرسیون چند متغیره تبیین می‌شود. در جدول شماره ۳، در آزمون تحلیل واریانس یک طرفه انزوای اجتماعی بر حسب وضعیت اشتغال، F مشاهده شده برابر با ۱۴/۷۳۷ و در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنی‌دار است؛ بنابراین، بین گروه‌های شغلی بر حسب انزوای اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه تایید می‌شود. همچنین این تفاوت معنادار در مورد وضعیت تاهل، محل سکونت و سطح تحصیلات نیز صادق است. مقدار F در این موارد به ترتیب عبارتند از: ۶/۹۹۱، ۶/۰۸۲، ۸/۹۵۱. اما نتایج تحلیل واریانس یک طرفه انزوای اجتماعی بر حسب قومیت معنی‌دار نیست. F مشاهده شده برابر ۱/۰۸۶ و در سطح حداقل ۹۵ درصد معنی‌دار نیست؛ بنابراین بین انزوای اجتماعی و قومیت تفاوت معناداری وجود ندارد و فرضیه تایید نمی‌شود. همچنین با

تبیین انزوای اجتماعی نابینایان در پرتو متغیرهای اجتماعی (میدان مطالعه: شهر شیراز)

استفاده از آزمون تفاوت میانگین انزوای اجتماعی بر حسب جنسیت سنجیده شد، که T مشاهده شده برابر با $0/397$ و در سطح حداقل 95 درصد اطمینان معنی دار نبود، پس فرض تفاوت میانگین تایید نمی‌شود و انزوای اجتماعی نابینایان زن و مرد با هم تفاوتی ندارد.

جدول ۳. تحلیل واریانس یک طرفه انزوای اجتماعی بر حسب قومیت، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، محل سکونت و سطح تحصیلات

متغیر	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	سطح معنی داری
قومیت	فارس	۳۰۸	۳/۲۷۴	۰/۷۷۳	۱/۰۸۶	۰/۳۶۳
	ترک	۴۰	۳/۱۲۱	۰/۹۱۷		
	لر	۲۵	۳/۳۳۷	۰/۸۳۶		
	عرب	۱۱	۲/۹۰۹	۰/۸۲۹		
	سایر	۷	۳/۰۰۰	۰/۷۴۹		
	خانه‌دار	۴۶	۳/۰۴۷	۰/۸۳۰		
وضعیت اشتغال	دانشجو	۳۱	۳/۴۲۵	۰/۶۱۰	۱۴/۷۳۷	۰/۰۰۰
	بازنشسته	۳۰	۳/۵۵۰	۰/۵۷۷		
	بیکار	۱۵۹	۲/۹۲۵	۰/۷۵۱		
	شاغل تمام وقت	۵۶	۳/۵۳۰	۰/۸۲۲		
	شاغل نیمه وقت	۶۹	۳/۶۸۲	۰/۶۴۷		
وضعیت تاهل	مجرد	۲۱۴	۳/۲۵۱	۰/۷۸۴	۶/۹۹۱	۰/۰۰۱
	متاهل	۱۵۶	۳/۳۲۲	۰/۸۰۴		
	بدون همسر	۲۱	۲/۶۴۲	۰/۵۵۶		
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۱۹	۳/۵۴	۹/۲۱	۸/۹۵۱	۰/۰۰۰
	ابتدایی	۴۶	۳/۵۲	۱۲/۱۰		
	متوسطه	۳۹	۳/۱۰	۱۲/۱۴		
	دیپلم	۹۶	۳/۵	۱۲/۴۴		
	کاردانی	۳۹	۳/۹	۱۲/۷۶		
	کارشناسی	۹۳	۳/۷۶	۱۱/۰۷		
	ارشد	۵۰	۲/۹	۱۱/۵۹		
	دکتر	۹	۲/۱۱	۱۴/۶۸		

در جدول ۴، رابطه همبستگی بین متغیرهای مستقل با انزوای اجتماعی بررسی شده است: برای آزمون فرضیه‌های ذکر شده از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. از بین متغیرهای مستقل مطالعه شده فقط حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی و درآمد با انزوای اجتماعی در سطح اطمینان 99 درصد رابطه منفی و معنادار دارند. و بقیه متغیرها با انزوای اجتماعی واجد رابطه معناداری نیستند.

جدول ۴. نتایج آزمون ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل و انزوای اجتماعی نابینایان

نام متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	-۰/۶۷۳**	۰/۰۰۰
سلامت اجتماعی	-۰/۳۵۶**	۰/۰۰۰
درآمد	-۰/۳۱۶**	۰/۰۰۰
سن	-۰/۰۲۸	۰/۵۷۵
شدت معلولیت	-۰/۰۲۹	۰/۵۶۳
مدت معلولیت	-۰/۰۶۴	۰/۲۱۰
مدت حضور در فضای مجازی	۰/۰۸۵	۰/۰۹۴

در جدول شماره ۵ با استفاده از رگرسیون، درصد واریانس انزوای اجتماعی نابینایان شهر شیراز تبیین و پیش‌بینی شد که در این پژوهش با وارد کردن متغیر مستقل در الگوی رگرسیون و برآورد میزان آن انجام می‌شود. روش استفاده شده، روش گام به گام است که طی آن متغیرها بر حسب بیشترین تاثیر در تعیین متغیر وابسته، وارد معادله می‌شوند و متغیرهای بدون تاثیر در متغیر وابسته، خارج از معادله قرار می‌گیرند. قابل ذکر است که برای استفاده از این روش متغیرهای اسمی به صورت ساختگی^{۱۷} وارد تحلیل شده‌اند. بدین صورت که با استفاده از نرم افزار SPSS با تبدیل کردن متغیرهای غیرفاصله به دو بخش، به متغیر فاصله‌ای تبدیل می‌شوند. در این روش هر متغیر بر حسب دارا بودن یا نبودن صفت مورد نظر به دو گزینه یک و صفر تعریف می‌شوند. سپس کلیه متغیرهای مستقل و متغیر وابسته وارد معادله می‌شوند. جدول نشان‌دهنده تحلیل رگرسیون چند متغیره گام به گام برای پیش‌بینی متغیر وابسته انزوای اجتماعی است. هر یک از متغیرها بر حسب شدت پیش‌بینی انزوای اجتماعی به الگو راه یافته‌اند. با توجه به نتایج جدول می‌توان گفت از بین متغیرهای مستقل وارد شده به تحلیل رگرسیون، متغیرهای حمایت اجتماعی، وضعیت اشتغال تحصیلات، سلامت اجتماعی و درآمد ۵۱/۱ درصد متغیر وابسته انزوای اجتماعی نابینایان را تبیین می‌کنند. اولین متغیر وارد شده به الگوی رگرسیونی، حمایت اجتماعی است که رابطه‌ای منفی و معناداری با انزوای اجتماعی دارد. بر اساس ضریب بتا (-۰/۵۱۸) و سطح معناداری (۰/۰۰۰) می‌توان گفت به ازای یک واحد افزایش در حمایت اجتماعی ۰/۵۱ درصد انزوای اجتماعی نابینایان کاهش پیدا می‌کند. در مرحله دوم، وضعیت اشتغال با ضریب بتا (-۰/۱۴۱) و سطح معناداری (۰/۰۰۲) نشان می‌دهد که به ازای یک واحد افزایش در وضعیت اشتغال نابینایان میزان انزوای اجتماعی آنها کاهش پیدا می‌کند. در مرحله سوم سطح تحصیلات وارد الگوی رگرسیونی شده است. با توجه به ضریب بتا (-۰/۱۶۲) و سطح معناداری (۰/۰۰۰) بین تحصیلات و انزوای اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد؛ در نتیجه افراد با تحصیلات بالاتر انزوای اجتماعی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. در مرحله چهارم مشخص شد حمایت اجتماعی رابطه معکوس و معناداری با انزوای اجتماعی دارد. ضریب بتا (-۰/۱۰۳) و سطح معناداری (۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که به ازای یک واحد افزایش در حمایت اجتماعی ۰/۱۰ درصد انزوای اجتماعی کاهش پیدا می‌کند. و در مرحله پنجم و آخر متغیر درآمد وارد الگو شد. با توجه به ضریب بتا (-۰/۰۹۶) و سطح معناداری (۰/۰۰۲) بین درآمد و انزوای اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد.

جدول ۵. تحلیل چند متغیره گام به گام برای پیش‌بینی متغیر وابسته انزوای اجتماعی

متغیرهای وارد شده	R	R ²	Adjusted R ²	F	Sig F	Beta	T	معناداری
حمایت اجتماعی	۰/۶۳۸	۰/۴۰۶	۰/۴۰۴	۲۶۵/۷۷۸	۰/۰۰۰	-۰/۵۱۸	-۱۳/۱۲۸	۰/۰۰۰
وضعیت اشتغال	۰/۶۸۷	۰/۴۷۲	۰/۴۶۹	۱۷۳/۴۹۴	۰/۰۰۰	-۰/۱۴۱	-۳/۱۷۶	۰/۰۰۲
تحصیلات	۰/۷۰۳	۰/۴۹۴	۰/۴۹۰	۱۲۶/۰۵۱	۰/۰۰۰	-۰/۱۶۲	-۴/۰۸۸	۰/۰۰۰
سلامت اجتماعی	۰/۷۱۱	۰/۵۰۵	۰/۵۰۰	۹۸/۴۹۹	۰/۰۰۰	-۰/۱۰۳	-۲/۶۱۵	۰/۰۰۰
درآمد	۰/۷۱۵	۰/۵۱۱	۰/۵۰۵	۸۰/۶۰۹	۰/۰۰۰	-۰/۰۹۶	-۲/۳۳۲	۰/۰۲۶

۵- بحث و نتیجه‌گیری

یکی از اساسی‌ترین بنیان‌های هر جامعه که در طول تاریخ زندگی انسان دچار تغییر شده، روابط اجتماعی است. چنانچه در ایران امروز نیز حفظ ارتباطات اجتماعی دشوارتر شده و شاید یکی از مسائل مهم، میزان انزوای اجتماعی و گسستگی برآمده از آن باشد که از نظر ذهنی باعث ایجاد احساس بی‌پناهی مضاعف، عدم امنیت و اعتماد و از این‌رو باعث به وجود آمدن احساس

¹⁷ - Dummy

محرومیت و عدم رضایت‌مندی از زندگی می‌شود. در واقع هر گروهی در یک جامعه ممکن است انزوای اجتماعی را به درجات مختلف و در شکل‌های متفاوت و براساس 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 اجتماعی نابینایان انجامیده و به‌طور کلی کیفیت زندگی آنان را کاهش دهد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، در این راستا تلاش گردید که با شناخت عوامل جامعه‌شناسی موثر بر انزوای اجتماعی نابینایان، نحوه تعامل آنها با دیگران و عوامل مرتبط با آن مورد مطالعه قرار گیرد.

در این پژوهش تلاش شد از منظر عوامل جامعه‌شناختی متعدد، انزوای اجتماعی نابینایان شهر شیراز تبیین شود. به صورت خلاصه ۴۰۰ پرسشنامه به صورت تصادفی بر اساس لیستی که به‌زیستی در اختیار محققین قرار داده بود با تماس تلفنی توسط پژوهشگران پر شدند. داده‌های پژوهش با نرم‌افزار SPSS بررسی و نتایج در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی ارائه شدند. بر اساس نتایج آمار توصیفی مشخص شد ۶۶ درصد از افراد نمونه، انزوای اجتماعی متوسط، ۲۰/۷ درصد پایین و ۱۳/۳ درصد بالا داشتند؛ یعنی بیشتر افراد نمونه انزوای اجتماعی در سطح متوسط دارند. با توجه به آمار بدست آمده می‌توان اهمیت کاهش انزوای اجتماعی میان نابینایان را درک کرد.

همچنین بر اساس آمار استنباطی، بین عوامل جامعه‌شناختی حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی با انزوای اجتماعی رابطه معنادار و معکوس وجود داشت. بدین معنا که با افزایش سطح حمایت و سلامت اجتماعی پاسخگویان، انزوای اجتماعی آنها کاهش می‌یابد. نتایج پژوهش کلانتری و حسینی‌زاده آرانی (۱۳۹۴) و سیف‌زاده، حقیقتیان و مهاجرانی (۱۳۹۸)، امرسون (۲۰۲۱) رابطه معنادار و منفی را نیز بین میزان انزوای اجتماعی و سطح حمایت اجتماعی تایید می‌کند. با توجه به نتایج پژوهش فقط ۱۲/۳ درصد از نابینایان حمایت اجتماعی ادراک شده بالایی را تجربه کرده‌اند. به نظر می‌رسد در جامعه مورد مطالعه حمایت‌های اجتماعی ادراک شده به عنوان مثال فراهم کردن امکانات مناسب نابینایان در قالب مناسب سازی فضای مبلمان شهری، فراهم کردن فرصت‌های بیشتر شغلی، فراهم کردن امکانات درمانی و بهداشتی برای معلولین و نابینایان و همچنین دریافت حمایت‌های عاطفی و ابزاری از طرف خانواده و اطرافیان بسیار کم و ناکافی است. در واقع با وجود شعارهای زیادی که سازمانهای مسئول جهت افزایش حمایت اجتماعی معلولین و نابینایان انجام داده‌اند، خود افراد نابینا چنین حمایت اجتماعی را درک نمی‌کنند. در چنین شرایطی طبق نظر مرتون افراد نابینا ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی موجود در جامعه را منفک از خود می‌دانند و این وضعیت انزوای آنها را افزایش می‌دهد و آنها در جامعه به گروه‌هایی مطرود تبدیل می‌شوند.

این وضعیت در مورد سلامت اجتماعی افراد نابینا نیز صادق است، یعنی تنها ۱۴/۸ درصد از نابینایان از سلامت اجتماعی بالایی برخوردارند. سلامت اجتماعی که برخاسته از رفتار سالم و مثبت جامعه و خانواده با افراد معلول است در جامعه‌ای که روابط اجتماعی کارکرد مثبت داشته و مردم و سازمانهای رسمی تلاش در به‌زیستی روانی و جسمانی معلولان دارند در نتیجه سلامت اجتماعی در چنین جامعه‌ای در سطح بالایی قرار می‌گیرد، این سطح پایین از سلامت اجتماعی نابینایان مطالعه شده بیانگر روابط اجتماعی ناکارآمدی است که از سوی مردم و سازمان‌های رسمی با افراد نابینا در شهر شیراز برقرار شده است. نتایج پژوهش حقیقتیان و همکاران (۱۳۹۶) و روهده، دی آمبروسیوس و تانگ (۲۰۱۶) با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر معنادار بودن و معکوس بودن سلامت اجتماعی و انزوای اجتماعی همسو است.

رابطه متغیر سطح تحصیلات با متغیر وابسته انزوای اجتماعی معنادار و معکوس است. به عبارتی هر چه سطح تحصیلات بالاتر باشد انزوای اجتماعی پایین‌تری دیده می‌شود. متغیر سطح تحصیلات در تحلیل چند متغیره نیز به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی ظاهر شد. به نظر می‌رسد هر چه افراد توانایی و آگاهی بیشتری داشته باشند احساس قدرت و تاثیر گذاری بیشتر در محیط پیرامون خود و در ارتباط با دیگران دارند. به نظر می‌رسد در جامعه مورد مطالعه پاسخگویانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند توانایی تاثیر گذاری بیشتر در محیط پیرامون خود احساس می‌کنند و در جامعه خود مشارکت اجتماعی و حضور پررنگ‌تری دارند؛ بنابراین حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند فرصت شغلی بیشتری برایشان فراهم می‌شود، شبکه ارتباطات گسترده‌تری دارند؛ احساس ارزشمندی و مفید بودن بیشتری نسبت به دیگر نابینایان با سطح سواد پایین‌تر دارند و در نتیجه انزوای اجتماعی کمتری در این افراد دیده می‌شود. نتیجه به‌دست‌آمده در این فرضیه با نتایج پژوهش حضرتی (۱۳۹۶) و

کریمیان، پارسامهر و افشانی (۱۳۹۸) ناهمسو است؛ چرا که آنها بین پایه تحصیلی و انزوای اجتماعی دانش‌آموزان رابطه معناداری نیافتند.

میانگین انزوای اجتماعی در متغیر وضعیت اشتغال تفاوت معناداری نشان داد بدین معنا که به ترتیب افراد بیکار، خانه‌دار، دانشجو، شاغل نیمه‌وقت، بازنشسته و شاغل تمام‌وقت دارای بیشترین انزوای اجتماعی بودند. طبق نظریه مرتون انزواگرایان یا مطرودین کسانی‌اند که هدف و هنجار جامعه از نظر آنها پوچ و بی‌ارزش است. به همین دلیل به نظر می‌رسد افراد دارای معلولیت بینایی در این پژوهش نیز که بیکار و خانه‌دار هستند به دلیل احساس ناتوانی، بی‌انگیزگی و بی‌هدفی که در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند و چون روابط، فعالیت و مراودات کمتری نسبت به نابینایان شاغل که دارای شبکه‌های ارتباطی گسترده‌تری هستند، دارند، سطح بالاتری از انزوای اجتماعی و پوچی و بی‌ارزشی را تجربه می‌کنند.

رابطه بین درآمد و انزوای اجتماعی پاسخگویان در تحلیل‌های دومتغیره و چند متغیره معنادار و معکوس دیده شد به عبارتی هر چه میزان درآمد فرد افزایش یابد سطح انزوای اجتماعی آنها کاهش می‌یابد. این متغیر در تحلیل چند متغیره نیز به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی ظاهر شده است. به نظر می‌رسد زمانی که فرد درآمد بالایی داشته باشد احساس قدرت بیشتری می‌کند. در فرد این احتمال ذهنی بوجود می‌آید که از قدرت کافی برای مهار پیامد و رویدادهای اطراف خود برخوردار است و توانایی تقویت یا تحکیم اهداف مورد نظر خود را دارد. همچنین برخورداری از درآمد بالا نشان دهنده آن است که آن فرد ارتباطات قوی تری با محیط، اطرافیان و جامعه پیرامون خود دارد و تلاش برای کسب و تبادل احترام و توجه از دیگران و اطرافیان دارد، در نتیجه انزوای اجتماعی این‌گونه افراد کاهش می‌یابد. نتیجه به‌دست‌آمده در این فرضیه با نتایج ادوارد شیپاده (۲۰۱۷) همسو است.

نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره به روش گام به گام نیز نشان دادند، متغیرهای مستقل حمایت اجتماعی، تحصیلات، اشتغال، سلامت اجتماعی و درآمد ۵۱ درصد متغیر وابسته انزوای اجتماعی را تبیین می‌کنند. امروزه پژوهشگران بر این باورند که افزایش میزان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد به ویژه معلولین میزان انزوای اجتماعی آنها را کاهش می‌دهد و سبب می‌شود که آنها با جامعه خود احساس همبستگی بیشتری داشته باشند و حتی سطح استرس کمتری را احساس کنند امرسون (۲۰۲۱)، (زواک، ۲۰۲۱).

از آنجایی که یکی از نویسندگان این مقاله خود از جامعه نابینایان کشور است؛ پیشنهادهایی که در ادامه خواهد آمد علاوه بر اینکه با اتکا به نتایج تحقیق ارائه می‌شود، مبتنی بر تجربه زیسته یکی از نویسندگان است که همدلی بیشتر با جامعه مورد مطالعه دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین انزوای اجتماعی و تبعات آن در نابینایان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، پیشنهاد می‌گردد 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 پایین می‌باشند و دچار انزوای اجتماعی شده‌اند. با توجه به اینکه میزان احساس تنهایی و انزوای اجتماعی معلولین متفاوت می‌باشد 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 پایین تری 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 از جمله سازمان ملی جوانان، معاونت امور اجتماعی شهرداری و معاونت امور اجتماعی بهزیستی برای طرح آموزش مهارت زندگی امری اجتناب‌ناپذیر است.

معلولین و افراد نابینا برای اینکه در روابط خود و در مواجهه با مشکلات، دچار انزوا و افسردگی نشوند نیاز به آگاهی و دانش در برقراری ارتباط با یکدیگر دارند. برگزاری کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی برای دانشجویان مددکار اجتماعی در این زمینه می‌تواند به ارائه‌ی آموزش مهارت‌های ارتباطی (کلامی، غیر کلامی، حرف زدن و گوش کردن) زیر نظر مراکز مشاوره و بهداشت و روان دانشگاه‌ها بپردازد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر فرم‌های رضایت نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد.

حامی مالی

هزینه‌های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

مشارکت نویسندگان

مقاله محصول مشارکت مشترک نویسندگان است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

منابع

- احمدی، حمید (۱۳۸۴). *جامعه‌شناسی انحرافات*. تهران: انتشارات سمت.
- پژمان، علی؛ پیراهری، نیر و روستایی، سجاد (۱۳۹۷). مطالعه دسترس پذیری خدمات و تسهیلات برای افراد با آسیب بینایی شهر تهران. *مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی*، ۱ (۳)، ۳۷-۱۹.
- 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.
- حقیقتیان، منصور و 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.
- دورکیم، امیل (۱۳۸۷). *خودکشی*. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- دیلینی، تیم (۱۳۸۹). *نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی*. تهران: نشر نی.
- سادات‌شفیعی، سمیه‌السادات و موسوی ویایه، فاطمه (۱۴۰۰). بررسی پدیدارشناختی انزوای اجتماعی و آسیب‌های اجتماعی خانواده جانبازان از منظر همسران. *مسائل اجتماعی ایران*، ۱۲ (۱)، ۳۳۳-۳۵۴.
- سیف‌زاده، علی؛ حقیقتیان، منصور و مهاجرانی، علی اصغر (۱۳۹۸). حمایت اجتماعی ادراک شده و انزوای اجتماعی در سالمندان. *فصلنامه مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز*، ۱۰ (۴)، ۳۰۹-۳۰۰.
- شهبازیان خونیک، آرش؛ علی‌پور، فاطمه؛ آناهید، ابراهیم؛ محمدیان قریبه، علی اصغر و شیخ‌علی‌زاده، سیاوش (۱۳۹۹). نقش تشخیصی هوش اجتماعی، قلدی و بهزیستی تحصیلی در انزوای اجتماعی دانش‌آموزان. *اندیشه نوین تربیتی*، ۱۶ (۴)، ۱۳۵-۱۵۱.
- قربانی، علیرضا؛ اوتق، نازمحمد و صالحی، عبدالرضا (۱۴۰۱). تحلیل عوامل اجتماعی فرهنگی مؤثر بر انزوای اجتماعی: مورد مطالعه شهر باغبان‌آران. *فصلنامه تحقیقات فرهنگی ایران*، ۱۵ (۲)، ۱۵۷-۱۸۷.
- کریمیان، کبری؛ پارسامهر، مهربان و افشانی، سید علیرضا (۱۳۹۸). رابطه میان استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی و انزوای اجتماعی در میان دانش‌آموزان دختر دبیرستانهای شهر شهرکرد. *فصلنامه علمی-پژوهشی خانواده و پژوهش*، ۱۶ (۲)، ۱۰۰-۸۳.
- کلانتری، عبدالحسین و حسینی‌زاده آرانی، سید سعید (۱۳۹۴). شهر و روابط اجتماعی: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سطح حمایتی اجتماعی دریافتی با میزان تجربه احساس تنهایی. *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۱۶ (۵).
- محسنی، منوچهر؛ دوران، بهرام و سهرابی، محمد هادی (۱۳۸۵). بررسی اثرات استفاده از اینترنت بر انزوای اجتماعی کاربران اینترنت (در میان کاربران کافی نت های تهران). *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۷ (۴)، ۷۲-۹۵.
- مرتین، رابرت (۱۳۸۵). *مشکلات اجتماعی و نظریه جامعه‌شناسی*. ترجمه: نوین تولایی، تهران: انتشارات امیرکبیر.

- موحد، مجید و سلامتین، درنا (۱۴۰۰). سلامت معنوی و رفتار زیست محیطی (پیمایشی دربارهٔ جوانان شیراز). *جامعه‌شناسی فرهنگی و هنر*، ۳(۲)، ۳۳-۵۳.
- منصوری، محمد (۱۳۹۳). بررسی میزان انزوای اجتماعی زنان تحت حمایت بهزیستی شهر ایلام. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور واحد ایلام).
- نامنی، محمدرضا؛ حیات روشنایی، افسانه و میلانی، فریده (۱۳۸۱). *تحول روانی، آموزش و توانبخشی نابینایان*. تهران: انتشارات سمت.
- هورتولانس، رلوف؛ مشیلز، انجا و میوسن، لودوین (۱۳۹۴). *انزوای اجتماعی در جامعه‌ی مدرن*. ترجمه‌ی لیلا فلاحی سرابی و صادق پیوسته، تهران: جامعه‌شناسان.
- یوسفوند، سجاده؛ محسنی، رضاعلی و غیاثوند، احمد (۱۴۰۱). واکاوی تجربهٔ زیستهٔ کولی‌ها از طرد اجتماعی (مورد مطالعه: کولی‌های شهر خرم‌آباد). *جامعه‌شناسی فرهنگی و هنر*، ۴(۱)، ۱۴۶-۱۲۵.

References

- 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.
- 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.
- 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>.
- 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.
- Mellor, D., Stokes, M., Firth, L., Hayashi, Y., Cummins, R (2008). Need for belonging, relationship satisfaction, loneliness, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 213-218.
- Most, T., Ingber, S., & Heled-Ariam, E. (2011). Social competence, sense of loneliness, and speech intelligibility of young children with hearing loss in individual inclusion and group inclusion. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 49(1).
- Park, R.E. (1928). Human Migration and the Marginal Man. *American Journal of Sociology*, 33(6), pp. 881-893.
- Püllüm, E. Akyıl. R.C. (2017). Loneliness and Social Isolation among Elderly People Meandrous. *Medical and Dental Journal* 18(3):158-163
- 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.
- Stephoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 593-611.
- Viruell-Fuentes, E. A. (2007). Beyond acculturation: immigration, discrimination, and health research among Mexicans in the United States. *Social science & medicine*, 65(7)
- Zimet, G; Dahlem & Zimet, S (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Association*, 52(1), 30-41.
- 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>.