

## بررسی انزوای اجتماعی سالمندان شهر تهران و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن

علی سیف زاده<sup>۱</sup>، منصور حقیقتیان<sup>۲</sup> و علی اصغر مهاجرانی<sup>۳</sup>

### چکیده

بسیاری از سالمندان دوره پیری را به عنوان دوره تنهایی توصیف و از آن به عنوان یک تجربه ناخوشایند یاد می‌کنند. با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان و اینکه کشورمان تجربه سالمندی را آغاز کرده، پرداختن به نیازهای اجتماعی و شبکه ارتباطی سالمندان حائز اهمیت است. هدف اصلی تحقیق، بررسی انزوای اجتماعی سالمندان شهر تهران و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن بود. این مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی است. مطالعه حاضر در سال ۱۳۹۶ و در میان ۳۸۴ نفر از سالمندان ۶۵ سال و بالای شهر تهران که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام گردید. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه بومی شده سنجش انزوای اجتماعی بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ در دو سطح توصیفی و تحلیلی انجام شد. بر اساس یافته‌های پژوهش میزان انزوای اجتماعی در سالمندان مورد مطالعه حدود ۶۲ درصد بود. بررسی ابعاد انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر نشان داد که دو بعد پیوندهای انجمنی (۸۱/۸ درصد) و سرمایه اجتماعی ابزاری (۷۸/۲ درصد) بالاترین میزان انزوا را به خود اختصاص داده‌اند. بخش ساختاری مدل نیز حاکی از آن است که بیشتر مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل تأیید شده است. تنها مسیر مستقیم پایگاه اقتصادی-اجتماعی به انزوای اجتماعی تأیید نشده است. بالاترین تأثیر را حمایت اجتماعی بر سلامت با ضریب (۰,۷) داشته است، تمامی متغیرهای تحقیق به استثنای پایگاه اقتصادی - اجتماعی که اثر مستقیم نداشته است، دارای اثر منفی بر روی انزوای اجتماعی بوده‌اند. بیشترین اثر مستقیم بر انزوای اجتماعی مربوط به متغیر اعتماد اجتماعی با ضریب (-۰,۴۱) می‌باشد.<sup>۴</sup>

**واژگان کلیدی:** انزوای اجتماعی، سالمندان تهرانی، عوامل اجتماعی.

۱- دانش آموخته دکتری تخصصی، گروه جامعه‌شناسی، واحد‌دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران؛ ایمیل: seyfzadehali@yahoo.com

۲- دکتری تخصصی، گروه جامعه‌شناسی، واحد‌دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران (نویسنده مسئول) mansour\_haghighatian@yahoo.com

۳- دکتری تخصصی، گروه جامعه‌شناسی، واحد‌دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران؛ mohajerani.a@yahoo.com

۴- این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی رشته جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران مصوب دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان است، بدینوسیله از سالمندان یاری‌کننده در انجام این پژوهش، سپاسگزاری می‌گردد.

## مقدمه

روابط اجتماعی یکی از مهمترین عناصر تشکیل دهنده هر جامعه محسوب می‌شود که در طول تاریخ زندگی بشر تحولات و تغییرات مهمی را تجربه نموده است. در دوران مدرن، ایجاد و حفظ ارتباطات اجتماعی مشکل‌تر شده است و خطر انزوای اجتماعی در حال افزایش است. در واقع در جوامع مدرن فرد بدون شک بیشتر به خود وابسته است و کمتر قادر است، تا دوباره به پیوندهای اجتماعی سنتی برگردد، به خصوص از زمانی که اینها مقدار زیادی از معنایشان را از دست داده‌اند؛ همچنین شیوه زندگی فردی شخصیت جامعه تغییر کرده است؛ بنابراین پرداختن به انزوای اجتماعی در جوامع مدرن و در حال گذار موضوع نسبتاً مهمی است. جامعه ایرانی نیز به‌عنوان یک جامعه در حال گذار، شرایط ویژه‌ای را تجربه می‌کند. شرایطی که در حالتی بینابین از پایداری و ناپایداری قرار دارد. شاید مهمترین مسئله‌ای که در تحلیل پدیده‌های اجتماعی در چنین جامعه‌ای باید در نظر گرفت، این واقعیت است که ایران به عنوان یک جامعه در حال گذار که به واسطه ضرورت‌های تاریخی درگیر روابط مدرن با پیرامون خود است، با مجموعه‌ای از بحران‌های دوره گذار و مسائل مربوط به جوامع مدرن به‌طور هم زمان دست به‌گriبان است. مسائلی که غفلت از هرکدام، این جامعه را تا حد زیادی در معرض آسیب‌های ناشی از انومی اجتماعی قرار می‌دهد. شاید یکی از مسائل مهمی که درباره گرفتاری‌های اجتماعی در ایران امروز به چشم می‌آید، میزان انزوای اجتماعی و گسستگی حاصل از آن است که به لحاظ ذهنی در انسان ایرانی احساس بی‌پناهی مضاعف و عدم امنیت و اعتماد و از این طریق ایجاد احساس محرومیت و عدم رضایتمندی از زندگی را تولید می‌نماید.

انزوای اجتماعی به عنوان یک آسیب اجتماعی، طبق نظریات روانشناسان و جامعه‌شناسان، ممکن است بر اثر عوامل مختلفی از جمله ضعف سلامت، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی، تصور منفی از خود و ویژگیهای خود، عدم اشتغال و استقلال مالی ایجاد گردد. انزوای اجتماعی موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم و همچنین روابط گفتگومانی می‌شوند. انزوای اجتماعی در واقع حالتی است که در آن فرد یا مجموعه‌ای از افراد به واسطه درکی که از شرایط محیط پیرامون خود دارند، تحت تأثیر انگیزه‌های متفاوت فردی و اجتماعی ارتباط خود با پیرامون را قطع کرده و به صورت یک گروه در خود به حیات ادامه می‌دهند.

یکی از دلایل بررسی انزوای اجتماعی افراد مسن، این واقعیت است که سالمندان به طور منحصر به فرد قادر به بهینه‌سازی روابط اجتماعی و یا تنظیم انتظارات نمی‌باشند، به طوری که سطح پایین ارتباطات اجتماعی باعث احساس تنهایی و کاهش حمایت اجتماعی ادراک شده می‌شود؛ بنابراین انزوای اجتماعی به ویژه در میان افراد مسن، خطرات منحصر به فردی را

برای سلامت جسمی و روانی این گروه سنی به همراه دارد. بزرگسالان سالخورده با چالش‌هایی مواجه هستند که با هم مرتبط هستند. انزوای اجتماعی در سالمندان، می‌تواند پیامدهای مخربی برای خود فرد و جامعه داشته باشد. میانگین رشد سالانه سالمندان ایران بیش از کل جمعیت بوده است. به طوری که رشد کل جمعیت در طی سرشماری ۱۳۸۵ الی ۱۳۹۵، ۱،۲۶ درصد و رشد جمعیت سالمندان ۳،۷۷ درصد بوده که نشان می‌دهد رشد جمعیت سالمندان حدود ۳ برابر رشد کل جمعیت است. در این میان، شهر تهران نیز جمعیت سالخورده‌تری نسبت به ایران و استان تهران را در خود جای داده است. این مسئله لزوم توجه جدی به این قشر و نیازهای اجتماعی آنها را نشان می‌دهد. انزوای اجتماعی سالمندان یکی از مهمترین مسائل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی سالمندان در حال حاضر است، در این تحقیق سعی شده میزان شیوع آن در بین سالمندان شهر تهران و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن بررسی شود. نبود مطالعاتی پیرامون انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر ضرورت این پژوهش را مشخص می‌سازد.

به طور کلی در داخل کشور پژوهش‌های بسیاری در ارتباط با انزوای اجتماعی انجام شده است، ولی در هیچ یک از تحقیقات انجام شده، به انزوای اجتماعی سالمندان و عوامل اجتماعی آنها پرداخته نشده است و جامعه آماری اکثر این پژوهش‌ها دانشجویان و قشر جوان هستند و به این بعد از زندگی این قشر آسیب‌پذیر توجه نشده و به نوعی مورد غفلت قرار گرفته است. هر چند در پژوهش‌های مختلفی به سایر مسائل و مشکلات سالمندان پرداخته شده است. همان‌طور که بیان شد، از پژوهش‌ها یا مقاله‌های در دسترس نیز تحقیقی در رابطه با انزوای اجتماعی سالمندان یافت نشد و تنها چند پژوهش داخلی مانند: مهدیه لاریجانی و علی اکبر تاج‌زمینانی (۱۳۹۴)، کوچکی و همکاران (۱۳۹۱)، فاطمه رهنمای خرطومی (۱۳۹۰)، سوسن باستانی، فاطمه رهنما و مریم قاضی‌نژاد (۱۳۹۰) و غیره، به مسئله مطرودمت به تنهایی به عنوان مسئله‌ای اجتماعی پرداخته‌اند. در پژوهش‌های خارجی نیز کارهای متعددی انجام شده که به مسائل مرتبط با سالمندی چون پرداخت‌های مستمری، بیمه‌های تکمیلی، تجربه زندگی سالمندان، انزوای اجتماعی و روش‌های سنجش تنهایی و انزوای اجتماعی و ... پرداخته است. اکثر این پژوهش‌ها از تحلیل ثانویه و به‌طور کلی از روش کیفی استفاده کرده و بیشتر تئوریک می‌باشند، مانند: امیلی کورتین<sup>۱</sup> و مارتین ناپ<sup>۲</sup> (۲۰۱۷)، پولوم و آکریل<sup>۳</sup> (۲۰۱۷)، ایپامی اولوفیمی‌اواگاندیان<sup>۴</sup> (۲۰۱۷)، نانسی، نیسوال و ورنسا<sup>۵</sup> (۲۰۱۷)، لاندیرو، بارووز و همکاران<sup>۶</sup>

1-Emilie Courtin

2-Martin Knapp

3- Püllüm Engin , Akyıl Raşan Çevik

4- Ogundiran Opeyemi Olufemi

5- Nancy E. G. Newall and Verena H. Menec

6-Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, et al

(۲۰۱۷)، روهد و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۵). همچنین تحقیقات پیمایشی انجام شده مثل ابراهیم، ابوالفتحی و حمید<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) و کرنول<sup>۳</sup> و ویت (۲۰۰۷) نیز متناسب با فرهنگ این جوامع بوده و با جامعه آماری مورد مطالعه این تحقیق متفاوت هستند.

### مبانی نظری تحقیق:

دانشمندان و محققان اجتماعی با تبیین پیامدهای روابط اجتماعی، آثار و عوارض انزوای اجتماعی را مدنظر قرار داده‌اند و آن را زمینه‌ساز بروز بسیاری از اختلالات رفتاری و روانی می‌دانند. آنها معتقدند که ریشه بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی در روابط اجتماعی قرار دارد و از پیامدهای منفی و جدایی‌ناپذیر انزوای اجتماعی است. امروزه با افزایش آگاهی و شناخت پژوهشگران از پیامدهای منفی انزوای اجتماعی، توجه به این موضوع بیش از پیش گردیده و راه را برای تحقیقات اجتماعی هموار ساخته است (امیرکافی، ۱۳۸۳: ۴).

در واقع انزوای اجتماعی یکی از آسیب‌های اجتماعی است که طبق نظریات روانشناسان و جامعه‌شناسان، ممکن است بر اثر عوامل مختلفی از جمله ضعف سلامت، عدم برخورداری از حمایت اجتماعی، تصور منفی از خود و ویژگیهای خود، عدم اشتغال و استقلال مالی ایجاد گردد. از نظر چلبی انزوای اجتماعی موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم و همچنین روابط گفتمانی می‌شوند. هر قدر در سطوح مختلف شبکه روابط اجتماعی جامعه روابط امداد رسانی در ابعاد مختلف معرفتی (راهنمایی، مشاوره و آموزش)، مادی (کمک اقتصادی)، عاطفی (همدردی) و منزلتی (اعاده کرامت انسانی) بیشتر باشد، به همان نسبت میزان یأس اجتماعی و احساس عجز کاهش می‌پذیرد. (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۵۵). تحقیقات گسترده در زمینه افراد منزوی اجتماع نشان می‌دهد که در بیشتر موارد ترکیب پیچیده عوامل مختلف و شرایط، باعث این امر است که خود به تنهایی عامل نمی‌باشند. انباشت چنین مشکلاتی برای افرادی اتفاق می‌افتد که به شیوه‌های متعدد با عواملی سروکار دارند که زندگی‌شان را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد؛ بنابراین دلیل آن در مجموعه‌ای خاص از رویدادها، شرایط و خصوصیات فردی نهفته است (مدرسی یزدی، ۱۳۹۳: ۲۱-۲۲).

دورکیم با بررسی علمی خودکشی، اهمیت پیوندهای نزدیک اجتماعی را در قالب رویکرد انسجام اجتماعی (نظریه اصالت ساخت و کارکرد) مدنظر قرار می‌دهد. دورکیم بر این باور است که انسان بر حسب طبیعت خود، نیازمند تعلق به دیگر انسان‌ها و این احساس است که این تعلق به آنها او را به اهدافش نزدیک‌تر می‌کند (علی‌پور و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۵۰). لذا از نظر دورکیم مشکل اصلی جوامع جدید، رابطه فرد با جامعه است، مشکلی که به از هم‌پاشیدگی

1-Rohde, Nielsen

2-Ibrahim R , Abolfathi Momtaz Y , Hamid TA

3-Cornwell & Waite

اجتماعی و ضعف پیوندهایی بر می‌گردد که فرد را با جامعه مربوط می‌کند. از پیامدهای سست شدن رابطه فرد با جامعه قضیه خودکشی است. از نظر دورکیم تفاوت‌های حاصل در میزان خودکشی با میزان انسجام اجتماعی منطبق است. میزان‌های بالای خودکشی در میان گروه‌هایی یافت می‌شود که از نظر اجتماعی منزوی‌اند و برعکس، میزان‌های پایین خودکشی بیانگر گروه‌هایی از افراد است که پیوندهای قوی اجتماعی دارند. قضیه اصلی که دورکیم در ارتباط با دو نوع کلی خودکشی مطرح می‌کند، عبارت است از میزان خودکشی به نسبت معکوس با درجه همبستگی گروه‌های اجتماعی که فرد جزئی از آن است، تغییر می‌کند (چلبی، ۱۳۸۵: ۶۷). به اعتقاد دورکیم، هنگامی که روابط اجتماعی در نتیجه عوامل مختلف دچار اختلال می‌شود و پیوندها و اتصالاتی که فرد را به سایر افراد، گروه‌ها و جامعه به‌طور کلی مرتبط می‌سازد، تضعیف می‌شود، در چنین شرایطی انتقال پیوسته ایده‌ها و احساسات صورت نمی‌گیرد، مراد و مبادله اجتماعی، کند می‌گردد و فرد مورد حمایت قرار نمی‌گیرد و هیچ کنترلی بر او اعمال نمی‌شود. در این وضعیت انزوای اخلاقی به وجود می‌آید، به این معنا که فرد هیچ تعهدی نسبت به اهداف و ارزش‌های جامعه از جمله ارزش زیستن احساس نمی‌کند. انزوای اخلاقی به نوبه خود ناامیدی، بی‌هدفی، احساس بی‌معنایی، غم و اندوه و افسردگی را به دنبال دارد. دورکیم در تبیین این زنجیره علی که در نهایت به خودکشی می‌انجامد، نقش گرایش‌های فردگرایانه را مهم ارزیابی می‌کند، که در نتیجه تضعیف اجتماع و گروه‌های اجتماعی پدید می‌آید. وی اعتقاد داشت که تقسیم‌کار و پیوستن افراد به اصناف، احتمال جدایی فرد از جامعه و انزوای اجتماعی را کاهش می‌دهد. (امیرکافی، ۱۳۸۳: ۸-۷)

از نظر وبر، دستاوردهای دردناک نظام سرمایه‌داری همان «قفس آهنینی» است که به رشد روزافزون نهیلیست‌ها، بانک‌ها، ژولیدگان و هیپی‌ها و سرانجام انواع صورت‌های انزوای اجتماعی منجر می‌شود (توسلی، ۱۳۸۲: ۳۲ و ۳۱). از دیدگاه او دیوان‌سالاری (بوروکراسی) نگرش بیگانه و انسانیت‌زدایی شده‌ای را به وجود می‌آورد، که به گفته وبر، در جهت حذف عشق، نفرت و همه عناصر صرفاً شخصی، غیرعقلانی و عاطفی که از محاسبه می‌گریزند، عمل می‌کند. وی معتقد بود افراد در این نظام به چرخ‌دنده‌های کوچک ماشین تبدیل می‌شوند و حس فردیت، خلاقیت و آزادی خود را از دست می‌دهند و این از یک منظر نوعی بی‌تفاوتی را در جامعه تداعی می‌کند. (بشیری، ۱۳۸۴).

از نظر مارکس، بیگانگی به وضعی اطلاق می‌شود که در آن انسان‌ها تحت چیرگی نیروهای خود آفریده‌شان قرار می‌گیرند و این نیروها همچون قدرت‌های بیگانه در برابرشان می‌ایستند. به نظر مارکس، نهادهای عمده جامعه سرمایه‌داری از دین گرفته تا اقتصاد سیاسی، همگی دچار از خود بیگانگی شده‌اند. انسان‌ها برای بقای خود نیازمند همکاری هستند، ولی در نظام سرمایه‌داری همکاری طبیعی خرد شده است و انسان‌ها نسبت به هم غریبه‌اند، ولی مجبورند

کنار یکدیگر کار کنند، نتایج این بیگانگی، پوچی، بی‌اهمیتی، بی‌اعتمادی و در نهایت انواع آسیب‌های اجتماعی از سطوح کم و بیش ساده به شکل افسردگی تا سطوح عمیق ارتکاب به جرم‌های سنگین و جنایت است. بنابراین، می‌توان بی‌تفاوتی را از نتایج نهایی بیگانگی مدنظر مارکس دانست (توسلی، ۱۳۸۲). از این رو در نظر مارکس<sup>۱</sup> بیگانگی مبین جدایی انسان از خود، کار و هم نوع، جامعه و طبیعت است. او که به موضوعات مختلفی در بیگانگی نظیر بیگانگی از کار، دیگران و طبیعت عنایت دارد، نقطه عظیمت خود را از بیگانگی از خود آغاز می‌کند. (حسنی ساطحی، ۱۳۹۳: ۹۷)

زیمل، با دیدگاهی متفاوت به تأثیر شهر به مثابه متغیری مستقل بر روی رفتار فرد و فرهنگ انسانی می‌پردازد. وی معتقد است که در شهر به دلیل رهایی فرد، نظارت‌های اجتماعی مستقیم و کنترل اجتماعی غیررسمی، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی امکان رشد پیدا می‌کند. (امیرکافی، ۱۳۸۳: ۹) زیمل، 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 است، انسان‌ها را احاطه کرده است، تشدید انگیزش‌های عصبی به تغییر متوالی و سریع انگیزش‌های درونی و بیرونی منتج می‌شود و آنها را به بیگانگی سوق می‌دهد. (حسنی ساطحی، ۱۳۹۳: ۱۷) شهرنشین، فردی بی‌تفاوت و بیگانه نسبت به جهان اطراف است و این فاصله گرفتن و جدایی، یکی از ابعاد اصلی در جامعه‌پذیری (اجتماعی شدن) در شهر است. به‌رغم تمامی این شرایط، زیمل، بُعد دیگری را نیز طرح می‌کند و آن آزادی‌ای است که فرد در شهر دارد و در هیچ محیط دیگری نمی‌تواند داشته باشد (ممتاز، ۱۳۷۹). فردیناند تونیس، علت تغییر، تحولات و دگرگونی‌های جوامع مختلف انسانی را بیش از هر چیز ناشی از انواع روابط انسانی میان افراد دانسته است. وی به تقسیم بندی گروه‌های انسانی بر مبنای روابط انسانی می‌پردازد. از دیدگاه تونیس، هنگامی که محدوده اجتماع پایان می‌پذیرد، پیوندهای اجتماعی تضعیف می‌شود و انزوای اجتماعی زمینه رشد پیدا می‌کند. (امیرکافی، ۱۳۸۳: ۷۲) تونیس معتقد است، در حالیکه اعتماد، امنیت و تعدد گروه‌ها و هویت‌ها سطح روابط و پیوندهای اجتماعی را گسترش می‌دهند، بی‌اعتمادی و سوءظن، احساس ناامنی، ترس، فقدان گر‌ها و هویت‌ها، سطح پیوندهای اجتماعی را کاهش داده و انزوای اجتماعی را موجب می‌شوند. بدون تردید، انزوای اجتماعی افراد را از مشارکت غیررسمی و رسمی در جامعه محروم می‌سازد و مبادله اجتماعی و دل‌بستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد (منصوری، ۱۳۹۳: ۲۸).

به نظر مرتون، زمانی که یکی از این دو (هدف و وسیله) یا هر دو توأمان مسدود و در دسترس فرد نباشد، اختلالات رفتاری در صور مختلف ظاهر می‌شود. وقتی جامعه کاملاً بر فرد مسلط

است، وی نوعی احساس بی‌قدرتی خواهد کرد و زمانی که هدف و هنجار از دید فرد پوچ و بی‌محتواست، وی نوعی جدایی و انزوای اجتماعی خواهد داشت. (حسینی ساطعی، ۱۳۹۳: ۱۶)

انزواگرایان در نزد مرتون، افرادی هستند که نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی جامعه بیگانه شده و هیچ تلاشی نیز برای منطبق کردن خود با آنها نمی‌کنند. معمولاً طردشدگان، ولگردان، گدایان، بی‌خانمان، الکلی‌ها و معتادان به مواد مخدر افراد منزوی هستند. آنها در جامعه زندگی می‌کنند، ولی به جامعه تعلق ندارند (عضدانلو، ۱۳۸۴: ۷۱). به عقیده رابرت مرتون، کناره‌گیران، افراد طرد شده‌ای هستند که به دلیل ناتوانی یا عدم تمایل خود حاضر به هنجار شدن و روی آوردن به زندگی سالم نیستند و غالباً به وسیله بسیاری از مردم طرد می‌شوند یا خود از جامعه کناره‌گیری می‌کنند (ستوده، ۱۳۸۶: ۱۲۹-۱۲۸).

به زعم پیر بوردیو، از خود بیگانگی به معنای بی‌قدرت سازی و حذف خود آگاهی کنشگران است. بوردیو، فرهنگ را عامل یگانه ساز قلمداد می‌کند. رابطه سرمایه فرهنگی با مطروذیت اجتماعی هم معنادار است. طبق نظر بوردیو، سرمایه فرهنگی در خلال اجتماعی شدن در فرد انباشته می‌شود. فردی که قابلیت استفاده از کالاهای فرهنگی را نداشته باشد، در واقع قابلیت اثبات تمایلات پایدار خویش را هم ندارد؛ چنین فردی که قادر به تحقق بخشیدن به تمایلات خویش نیست، چطور انتظار دارد که ناخودآگاه از جامعه کنار گذاشته نشود؟ (لاریجانی و تاج مزینانی، ۱۳۹۴: ۵۷-۷۴) لوئیز ویرث (۱۹۳۸) بر این استدلال است که تراکم جمعیت، تخصصی شده و ناهمگنی فرهنگی شهرهای مدرن، پیوندهای خانوادگی و اجتماعی را تحلیل برده و انزوای اجتماعی را به همراه آورده است. (علی‌پور و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۵۰). از دیدگاه وی سه متغیر بزرگی یا اندازه، تراکم و ناهمگونی، موجب ۱- تضعیف پیوندهای شخصی، ۲- تضعیف ساختارهای اجتماعی نخستین و ۳- تضعیف وفاق هنجاری می‌شوند و این شرایط انزوای اجتماعی را به دنبال دارد (امیرکافی، ۱۳۸۳: ۲۹).

### چارچوب نظری تحقیق:

#### ویژگیهای جمعیت شناختی و انزوای اجتماعی:

مطالعات علوم اجتماعی عوامل بسیاری را به انزوای اجتماعی مرتبط می‌سازند. برخی از مطالعات، ارتباطی بین انزوای اجتماعی و عوامل زمینه‌ای از قبیل سن، درآمد، شرایط زندگی، قومیت و محیط برقرار می‌کنند. این مساله چندین گروه جمعیتی را مشخص می‌سازد که احتمال بیشتری دارند از لحاظ اجتماعی منزوی شوند: سالمندان، افراد مریض و ناتوان، انسان‌هایی با درآمد یا سطح تحصیلات یا پایگاه اجتماعی پایین، افرادی که برای مدت طولانی بیکارند، انسان‌های مجرد (به‌ویژه مردان) و والدین تنها. (هورتولانوس و ماشیلز، ۱۳۹۴: ۵۸). در زمینه رابطه بین مشخصات جمعیت‌شناسی و انزوای اجتماعی مطالعات گوناگونی انجام شده است. نتایج پژوهش حقیقتیان نشان داد که متغیرهای جنسیت، اعتماد اجتماعی و استفاده از

اینترنت با انزوای اجتماعی رابطه مستقیم و معنادار داشته است. در تحقیق فلاحی سرابی (۱۳۹۴) در حالی که پایگاه اجتماعی اقتصادی، بیشتر بر انزوای اجتماعی مؤثر بود، پنداشت فرد از پایگاه اجتماعی اقتصادی خویش، بر تنهایی، مؤثرتر ارزیابی شد. نتایج به دست آمده از تحقیق اقدسی نشان داد: بین متغیرهای زمینه‌ای سن، وضعیت تأهل و انزوای اجتماعی ارتباط معناداری وجود نداشته، ولی بین طبقه اقتصادی و انزوای اجتماعی ارتباط معناداری وجود داشته است. طبق مطالعه واندروروت، مردان مجرد اغلب نسبت به زنان مجرد، به انزوای اجتماعی بیشتری دچار می‌شوند، چرا که مردان، نیازهای عاطفی خود را اغلب در ارتباط با شرکای جنسی‌شان، ولی زنان این نیاز را در ارتباط با شبکه اجتماعی دوستان و آشنایان خود تأمین می‌کنند. (سیف زاده، ۱۳۹۷)

### پایگاه اقتصادی - اجتماعی و انزوای اجتماعی:

جامعه‌شناسان اغلب مفهوم پایگاه اقتصادی - اجتماعی را برای اشاره به آنچه وبر در نظر داشت استفاده می‌کنند. پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالای سالمندان این امکان را برای آنها فراهم می‌سازد، تا بتوانند راحت‌تر دوران پیری خود را سپری کنند. به عنوان مثال داشتن توانایی مالی سبب می‌شود برای خویش پرستار بگیرند و یا نیازهای دارویی و درمانی خود را برطرف کنند. از سوی دیگر، اگر دارای تحصیلات و موقعیت اجتماعی بالا باشند، می‌توانند ارتباط خود را با وجود پیری، با اقوام، گروه سنی جوان و سایرین حفظ کنند و به جای انزوای اجتماعی، مداخله اجتماعی داشته باشند (لاریجانی، تاج مزینانی. ۱۳۹۴: ۵۷-۷۴) پایگاه اجتماعی - اقتصادی با استناد به آراء هولندر، اسکار لوئیس و لیپست و طبق الگوی فرضی آراء مبتنی بر پایگاه اجتماعی - اقتصادی، در تبیین انزوای اجتماعی، عامل دیگری است که با توجه به نتایج تحلیل مسیر، به‌طور مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم از طریق متغیر احساس از خودبستگی بر بی‌تفاوتی اجتماعی اثرگذار است. در واقع با بالا رفتن پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد، میزان انزوای افراد کاهش می‌یابد (نبوی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۳۲-۱۶۱).

مطابق نظر پارسونز، ساخت خانواده متأثر از پایگاه اجتماعی اقتصادی است که خانواده جزء آن است و این ساخت با فراهم کردن جوی از منع و ترغیب بر فاعلان درون سیستم اثر می‌گذارد، رفتار خاصی که در یک طبقه، رفتار یا ارزش محسوب می‌شود، در میان افراد طبقه دیگر منفی و بی‌ارزش جلوه می‌کند و همچنین ساخت خانواده بر روی اعضاء تأثیر می‌گذارد. همچنین از نظر پارک ویرث یانگ، افرادی که در مناطق مرفه‌تر زندگی می‌کنند، به دلیل برخورداری از منابع، قادرند شبکه‌های اجتماعی خود را توسعه داده و این در حالی است که گسترش شبکه، هزینه‌هایی را در بردارد که مردم ثروتمند قادرند آن را پرداخت کنند. از نظر پوتنام، افراد دارای منابع پایین‌تر، کمتر از ثروتمندان به دیگران اعتماد می‌کنند، زیرا منابع کمتری برای از دست دادن دارند و نتیجه این ارتباط پایین‌تر، منجر به کاهش روابط و پیوندهای آنها می‌شود.

### ادراک از پیری و انزوای اجتماعی:

ادراک پیری به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل ناتوانی عملکردی و مرگ و میر سالمندان معرفی شده است. درک از پیری به درک شخص از فرایند پیری خودش در زمینه فرهنگی-اجتماعی که قرار دارد، اطلاق می‌شود. تمام جنبه‌های آگاهی، درک، تجربه، ارزیابی، تفسیر و شناخت مراحل پیر شدن خود را می‌توان در این مفهوم جای داد (صادق مقدم و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۰۲). با پیر شدن، درک و تجارب افراد از پیری‌شان افزایش می‌یابد. این درک، به درک فرد از بدن خود، ظرفیت روانی و روابط اجتماعی‌اش مربوط می‌شود. درک از پیری در مراحل مختلف چرخه پیری (سالمند جوان، سالمند پیر و سالمند خیلی پیر) متفاوت است (فیلیپ رایس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲) و سالمندان با سن ۷۵ سال و بالاتر، نگرش منفی بیشتری دارند، درحالی‌که با افزایش سن، ادراک از پیری ثابت می‌گردد. از این رو، می‌توان پیش‌بینی کرد که درک از پیری بر رفتارهای فرد سالمند و روابط او با دیگران تأثیرگذار خواهد بود (موساگر و سوزا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹: ۵۰). حمایت اجتماعی نیز از دیگر عواملی است که به نوبه خود در بهبود احساس پیری سهم بسزایی دارد که توسعه مکانیسم‌های سازگاری تقویت احساس دوست داشتن، مراقبت، عزت‌نفس و ارزشمند بودن و در نتیجه افزایش سلامتی را به دنبال خواهد داشت (قنبری هاشم‌آبادی و مجرد، ۲۰۱۳: ۱۱۲۳).

### اعتماد اجتماعی و انزوای اجتماعی:

انسان‌ها به عنوان موجوداتی اجتماعی، اعتماد را در هر موقعیت اجتماعی جستجو می‌کنند و بدون آن تمایلی به باهم بودن ندارند. به همین دلیل، فقدان اعتماد اجتماعی، ترس از برقراری ارتباط و احساس ناامنی را بین اعضا افزایش می‌دهد و با جلوگیری از گسترش تعامل، مشارکت در جامعه را کاهش می‌دهد (رضادوست، نبوی و صالحی، ۱۳۹۴: ۲۲). در مبادلات و روابط اجتماعی، چرخ‌های کنش اجتماعی را راحت‌تر به حرکت درمی‌آورد و پیش‌شرط هر تعامل اجتماعی مؤثر محسوب می‌شود (گروسی و همکاران، ۱۳۸۶: ۲۷).

هنگامی که رشد فردگرایی و اهمیت دادن به خواسته‌ها و نیازهای شخصی در ارتباطات بین افراد جامعه شهری از اهمیت بسیار بالایی برخوردار باشد و شهروندان به دلیل فشارها، مشکلات و پیامدهای اقتصادی و اجتماعی، فقدان رعایت نظم هنجاری و ارزشی در ارتباطات اجتماعی با یکدیگر، منجر به این شود که حس اطمینان و اعتماد بین یکدیگر کاهش یابد، آن وقت سرمایه اجتماعی تنزل پیدا خواهد کرد و در نتیجه انواع آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی بروز پیدا می‌کند. با کاهش اعتماد بین افراد، ارتباطات دروغ‌آمیز و رفتارهای تقلب گونه بین شهروندان نسبت به عملکرد یکدیگر بروز پیدا می‌کند. بر این اساس، در جامعه ایران، در

1-Philip Rice F

2-Musaiger AO, D'Souza

دهه‌های اخیر اعتماد اجتماعی و اعتماد مدنی بین افراد کاهش پیدا کرده است، حتی این مسئله گریبان‌گیر ساختار خانواده و محیط‌های اجتماعی کوچک هم گردیده است. در واقع افول سرمایه اجتماعی منجر به اختلالات رابطه‌ای، علی‌الخصوص در جامعه شهری شده است. این اختلال استحکام اجتماع را خدشه‌دار می‌کند و آسیب‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد، زیرا اختلال رابطه‌ای می‌تواند به انزوای اجتماعی، یأس، احساس عجز و انفعال‌گرایی منجر بشود. (چلبی، ۱۳۸۶: ۱۴۷)

### سلامت و انزوای اجتماعی:

میان کهنسالی و برخی از بیماری‌ها رابطه متقابل وجود دارد. بیماری به کهنسالی شتاب می‌بخشد و کهنسالی انسان را برای قبول بعضی از ناراحتی‌ها و بیماری‌ها، مخصوصاً آن نوعی که با سیر قهقراپی در ارتباط است، مستعد می‌سازد. فقدان روابط مؤثر، باعث شکل‌گیری تهدیدی جدی برای سلامت فردی می‌شود. افرادی که روابط پایدار و معنادار با یکدیگر ندارند و در موارد نیاز کسی را برای رجوع ندارند، معمولاً دچار تنهایی و در نتیجه انزوای اجتماعی می‌شوند. این امر اغلب منجر به مشکلات فردی جدی مانند افسردگی، کمبود اعتماد به نفس، مشکلات اجتماعی و علائم بیماری‌های جسمانی می‌شود (مدرسی یزدی، ۱۳۹۴: ۴۵).

نتایج مطالعات، حاکی از آن است که وضعیت سلامت سالمندان با طرد از اجتماع ارتباط دارد و فقدان روابط مؤثر منجر به شکل‌گیری تهدیدی جدی برای سلامت فردی می‌شود. در واقع انزوای اجتماعی یکی از مشکلات روانی- اجتماعی است که کمتر به آن توجه شده است. کاهش قوای جسمی و سلامتی، سالمندان را در معرض انزوا قرار می‌دهد و برای بسیاری از سالمندان، تنهایی و انزوا در آخر عمر پدیده‌ای ناخوشایند و فرساینده است (شمسائی، چراغی، اسمعیلی و محسنی فرد، ۱۳۹۳: ۳۰-۳۸).

### حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی:

حمایت اجتماعی یکی از مهمترین شکل‌های روابط اجتماعی است و برخورداری از آن و ادراک و تصور آن، همچنین نیاز به آن با توجه به سن، جنس، شخصیت و حتی فرهنگ، می‌تواند متفاوت باشد. از طرف دیگر در هر مرحله از زندگی نیز ممکن است، جنبه‌هایی از حمایت، اهمیت پیدا کنند و نسبت به جنبه‌های دیگر آن اثرات بیشتری داشته باشند. (ابوالقاسمی، تقی پور و نریمانی، ۱۳۹۱: ۱۳-۱) همراه با تحولات رشدی، نیاز به حمایت اجتماعی نیز تحول پیدا می‌کند و به تدریج شکل‌های پیچیده‌تری به خود می‌گیرد، ولی در هیچ برهه‌ای از زندگی این نیاز، اهمیت خود را از دست نمی‌دهد. اثر حمایت اجتماعی، بیشتر در موقعیت‌هایی نمایان می‌شود که آدمی در مقابل حوادث استرس‌زا قرار می‌گیرد (مظلومی، سلطانی، مروتی و فلاح زاده، ۱۳۹۳: ۴۶-۵۶)

برخی از محققان که بر اهمیت حمایت اجتماعی تأکید می‌کنند، انزوای اجتماعی را از منظر شبکه اجتماعی تبیین می‌کنند. در این مدل فرض بر این است که میزان و فراوانی حمایت اجتماعی که برای فرد منزوی قابل دسترس است، کمتر از آن چیزی است که برای فرد معمولی فراهم است. (امیرکافی، ۱۳۸۳: ۱۳۷) در واقع زمانی که حمایت‌های خواسته شده در جنبه‌های اجتماعی، احساسی و تفاهمی کنش متقابل یافت نشود، انزوای اجتماعی افزایش می‌یابد. (ورشوساز، ۱۳۹۴: ۲۸) مطالعات گوناگونی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامتی را به تأیید رسانده‌اند، به طوری که نشان داده شده، افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، وضعیت سلامت بهتری دارند. (سیف زاده، ۱۳۹۵) حمایت اجتماعی به چند دلیل دارای اهمیت ویژه است؛ اول اینکه انسان موجودی اجتماعی است و ارتباط اجتماعی به عنوان یکی از عوامل اصلی در کیفیت زندگی اشخاص مطرح است. همچنین اثرات نامطلوب انزوای اجتماعی و یا از دست دادن پیوندهای اجتماعی در زندگی افراد، شواهد محکمی برای تأیید این قضیه می‌باشند. (سارافینو، ۱۳۸۴: ۱۸۵-۱۸۶)

پژوهشگران با استفاده از فرضیه‌های دورکیم کوشیده‌اند تا رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت را دریابند. استدلال آنها از این قرار است که اگر یگانگی اجتماعی ضعیف باشد، در این صورت افراد از حمایت اجتماعی بی‌بهره‌اند و از همین رو سلامتشان در خطر است. برعکس، حمایت اجتماعی زیاد، افراد را از بیماری در امان نگه می‌دارد. (حسینی زارع، موحدکر، پوررضا، رحیمی فروشانی، ۱۳۹۳: ۱۱۵-۱۲۱) تحقیقات متعدد نشان داده است که روابط اجتماعی باعث ارتقاء وضعیت سلامت فرد می‌شود. فقدان حمایت اجتماعی باعث نقص مزمن در مهارت‌های اجتماعی و از دست دادن ناگهانی چیزهایی است که فرد دوست دارد، این وضعیت به صورت معنی‌داری وضعیت سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. محققان فرض می‌کنند که افراد سالم، قادرند به تنهایی زندگی کنند، در حالیکه افراد دارای سلامت ضعیف، نمی‌توانند به تنهایی زندگی کنند و بنابراین با افرادی زندگی می‌کنند که می‌توانند به آنها کمک کنند (فرزادی، بیرشک و گویا، ۱۳۷۷: ۵۶-۶۵).

بر اساس مبانی نظری و چارچوب نظری تحقیق، فرضیات زیر در نظر گرفته شده است.

۱. بین برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.
۲. بین سلامت سالمندان شهر تهران و انزوای اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.
۳. بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی سالمندان و انزوای اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
۴. بین اعتماد اجتماعی و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.
۵. بین ادراک از سالمندی و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

۶. بین متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت، وضع تأهل، قومیت و ...) و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

### روش تحقیق

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است. جامعه آماری تحقیق کلیه افراد سالمند ۶۵ ساله و بالاتر شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. با استفاده از فرمول دو مرحله‌ای کوکران حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد گردید. با توجه به اینکه جمعیت سالمند بالای ۶۵ سال شهر تهران ۷۳۵۶۹۵ نفر بود، لذا نسبت  $(n/N)$  کمتر از ۰.۵٪ بوده و نیازی به تصحیح فرمول نبوده و از فرمول یک مرحله‌ای استفاده شده است.

لازم به ذکر است، برای محاسبه مقدار  $p$  و  $q$  از نتایج پری تست، استفاده گردید، به این صورت که پراکندگی هر یک از متغیرهای مورد بررسی در تحقیق، در قالب متغیر اسمی دوگانه محاسبه شد و در نهایت با توجه به اینکه متغیر سلامت، حداکثر پراکندگی را داشت، لذا در فرمول کوکران حداکثر پراکندگی یعنی ۰.۵ و ۰.۵ جاگذاری شد.

جدول ۱- پراکندگی هر یک از متغیرهای مورد بررسی در تحقیق

متغیرها	t	D	p	q	حجم نمونه
انزوای اجتماعی	۱.۹۶	۰.۵	۰.۴۰	۰.۶	۳۶۸
سلامت (روانی- اجتماعی- جسمانی)	۱.۹۶	۰.۵	۰.۴۷	۰.۵۳	۳۸۳
حمایت اجتماعی	۱.۹۶	۰.۵	۰.۴۲	۰.۵۸	۳۷۴
ادراک از سالمندی	۱.۹۶	۰.۵	۰.۴۴	۰.۵۶	۳۷۸
اعتماد اجتماعی	۱.۹۶	۰.۵	۰.۴۱	۰.۵۹	۳۷۱
پایگاه اقتصادی- اجتماعی	۱.۹۶	۰.۵	۰.۲۱	۰.۷۹	۲۵۵

بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، در ابتدا کلان شهر تهران به پنج ناحیه شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تقسیم‌بندی شده و سپس فهرست مناطق هر ناحیه تهیه گردید. از هر ناحیه یک منطقه و در مجموع پنج منطقه (۱-۴-۶-۱۷-۲۱) انتخاب و فهرست محلات موجود در این مناطق به دست آمد. در مرحله بعدی در هر منطقه، سه محله (۱۵ محله) به شکل تصادفی انتخاب شده و اطلاعات سالمندان هر محله از مرکز بهداشت محله مربوطه دریافت شد. پس از تهیه لیست و مشخصات سالمندان هر محله، برای دسترسی به فرد سالمند و تکمیل پرسشنامه از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای (متناسب) استفاده شد. معیارهای ورود به مطالعه حاضر شامل: تمایل افراد به شرکت در مطالعه، سالمندان ۶۵ سال و بالاتر شهر تهران و سکونت در پنج منطقه (۱-۴-۶-۱۷-۲۱) تهران بودند. همچنین تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. سالمندانی که توانایی پاسخ دادن را نداشتند، از نزدیکترین فرد سالمند پرسشگری می‌شد. روش گردآوری داده‌ها بر اساس

مصاحبه حضوری بوده، ولی در صورت ضرورت انجام مصاحبه به شکل تلفنی نیز صورت می‌گرفت. در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها از همه سالمندان خواسته شد که با صداقت کامل به سؤالات پاسخ دهند و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات خواسته شده در پرسشنامه به طور محرمانه استفاده خواهد شد. تکمیل پرسشنامه‌ها با حضور پرسشگران و با مساعدت مسئولین مراکز بهداشت و درمان مناطق پنج‌گانه صورت گرفت.

منظور از انزوای اجتماعی در این تحقیق وضعیتی است که روابط و پیوندهای عینی فرد با دیگر افراد جامعه، گروه‌ها و اجتماعات منفصل می‌گردد و عضویت و مشارکت در گروه‌های رسمی و غیررسمی تضعیف یا قطع می‌گردد. در واقع ضعف یا فقدان پیوندهای اجتماعی و دوستی و همچنین روابط افراد با گروه‌های رسمی و غیررسمی است. در این پژوهش برای سنجش میزان انزوای اجتماعی سالمندان از پرسشنامه بومی شده توسط چلبی و امیرکافی، استفاده شده است. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش کلانتری و حسین زاده ۰/۸۱ بوده و در تحقیق حاضر نیز ۰/۸۵ است. ابعاد پنج‌گانه انزوای اجتماعی عبارت‌اند از: ۱- روابط خانوادگی (روابط فکری و عاطفی سالمند با دیگر اعضای خانواده) ۲- روابط محلی و همسایگی ۳- روابط فرامحلی (تعاملات دوطرفه با استفاده از وسایل ارتباطی) ۴- پیوندهای انجمنی (میزان فعالیت فرد در انجمن‌های داوطلبانه) ۵- سرمایه اجتماعی ابزاری (میزان دسترسی افراد به منابع اجتماعی) در جدول زیر به تعداد گویه‌ها و دامنه تغییرات متغیر انزوای اجتماعی و شاخص‌های آن اشاره شده است.

جدول ۲- تعداد گویه‌ها و دامنه تغییرات متغیر انزوای اجتماعی و شاخص‌های آن

شاخص‌ها	تعداد گویه‌ها	دامنه تغییرات
روابط خانوادگی	۵	۵-۲۰
روابط محلی و همسایگی	۱۸	۱۸-۷۲
روابط فرامحلی	۷	۷-۲۸
پیوندهای انجمنی	۲	۲-۸
سرمایه اجتماعی ابزاری	۶	۶-۲۴

لازم به ذکر است که در تمام موارد، امتیاز بالا نشانگر فصل و انفصال و امتیاز پایین نشانگر وصل و اتصال است. برای سنجش میزان انزوای اجتماعی سالمندان با توجه به اینکه همه ۳۸ گویه استفاده شده، به صورت مثبت طراحی شده بود و از آنجا که هدف سنجیدن میزان انزوای اجتماعی سالمندان است، لذا برای شاخص سازی و ایجاد متغیر انزوای اجتماعی تمام ۳۸ گویه ریکود شده‌اند. به عنوان مثال، برای متغیر روابط خانوادگی برای گزینه خیلی زیاد (امتیاز ۱)، زیاد (۲)، کم (۳) و خیلی کم (۴) اختصاص یافته است، لذا افزایش امتیاز به معنای افزایش انزوای اجتماعی است.

گردآوری اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه، بر اساس دستورالعمل و به صورت تصادفی به پاسخگویان مراجعه و به روش مصاحبه حضوری پاسخ‌ها را دریافت و پرسشنامه را تکمیل کرده‌اند. برای سنجش اعتبار پرسشنامه از دو نوع اعتبار محتوا و سازه و برای محاسبه پایایی از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شده است. بدین ترتیب که پرسشنامه اولیه پس از تدوین، بین ۳۰ نفر از سالمندان شهر تهران، تکمیل و مورد پیش‌آزمون (pre-test) قرار گرفته و اشکالات و نواقص برطرف و در نهایت پرسشنامه نهایی تدوین شده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ در دو سطح توصیفی و تحلیلی انجام شد. آمار توصیفی شامل محاسبه شاخص‌های تمایل مرکزی و پراکندگی برای متغیرهای کمی مطالعه شده به دست آمد. در آمار تحلیلی، آزمون آماری K-S برای بررسی میزان انطباق توزیع متغیرهای مطالعه شده با توزیع نظری نرمال و آزمون همبستگی برای ارزیابی رابطه بین متغیرهای مطالعه شده استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات و مقایسه انزوای اجتماعی بین گروه‌های مختلف سالمندان از آزمون‌های آماری تی تست و تحلیل واریانس یک طرفه بهره گرفته شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و درصد اطمینان ۹۵ درصد بود. همچنین برای بررسی روابط و تأثیر متغیرهای مستقل بر وابسته از مدل معادلات ساختاری و نرم‌افزار ایموس بهره گرفته شده است.

#### یافته‌های تحقیق:

در مجموع، از ۳۸۴ نفر مورد مطالعه، ۲۱۰ نفر (۵۵ درصد) مرد و بقیه زن بودند. حدود ۷۰ درصد پاسخگویان دارای همسر و حدود ۳۰ درصد نیز بی‌همسر بر اثر فوت همسر بوده‌اند. ۶۹/۵ درصد از افراد مورد مطالعه (۶۹-۶۵ سال)، ۲۴/۵ درصد افراد (۷۹-۷۰ سال) و بقیه (۶ درصد) ۸۰ سال و بالاتر بودند. میانگین سنی در جمعیت مورد بررسی ۷۲/۲ سال بوده است. از نظر سطح تحصیلات، ۶۶/۱ درصد بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی بودند، ۲۲/۲ درصد تحصیلات دیپلم داشتند و ۱۲/۳ درصد دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند.

جدول ۳- توزیع فراوانی وضعیت سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش از نظر متغیرهای مستقل

متغیرهای مستقل	میانگین	انحراف معیار	رنج نمرات	درصد
سلامت جسمانی	۱۴,۶۷	۳,۳۹	۱۴-۲۸	۵۲,۴
سلامت روانی	۲۱,۷۸	۵,۰۳	۱۲-۳۶	۶۰,۵
سلامت اجتماعی	۲۵,۵۶	۵,۹۰	۱۵-۴۵	۵۶,۸
ادراک از پیری	۳۲,۹۴	۶,۲	۱۰-۵۰	۶۵,۸
حمایت اجتماعی	۴۶,۹۵	۶,۹	۱۲-۶۰	۷۸,۲
اعتماد اجتماعی	۱۹,۹۸	۳,۱	۶-۳۰	۶۶,۷

نتایج تحقیق نشان داد که وضعیت سلامت سالمندان در شهر تهران در حد متوسط (۵۶/۶ درصد) است. ۵۲/۴ درصد پاسخگویان از سلامت جسمانی، ۵۶/۸ درصد از سلامت اجتماعی و ۶۰/۵ درصد از سلامت روانی برخوردار بودند. میانگین نمره ادراک از پیری سالمندان ۳۲,۹۳ با انحراف معیار ۶,۱۸ بود. میزان ادراک از پیری پاسخگویان ۶۵,۸ درصد بود. بررسی میانگین ابعاد سه‌گانه حمایت اجتماعی سالمندان نشان می‌دهد که سالمندان شرکت‌کننده در پژوهش از حمایت اجتماعی خانواده، بیشتر از دو بعد دیگر برخوردارند. میانگین حمایت اجتماعی سالمندان ۴۶,۹۵ با انحراف معیار ۶,۹۵ بود. میزان برخورداری حمایت اجتماعی پاسخگویان ۷۸,۲ درصد بود. در این تحقیق از ابعاد گوناگون اعتماد، بعد تعمیم‌یافته یا عام آن موردنظر بوده است. بررسی میزان برخورداری سالمندان از اعتماد اجتماعی نشانگر آن است که میزان اعتماد اجتماعی پاسخگویان ۶۶,۷ درصد بود.

بررسی وضعیت پاسخگویان از نظر انزوای اجتماعی (جدول شماره ۴) نشان داد که میزان انزوای اجتماعی سالمندان حدود ۶۲ درصد بود، بنابراین انزوای اجتماعی در سالمندان شهر تهران در حد بالایی قرار دارد. بررسی ابعاد انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر نشان داد که دو بعد پیوندهای انجمنی (۸۱/۸ درصد) و سرمایه اجتماعی ابزاری (۷۸/۲ درصد) بالاترین میزان انزوا را به خود اختصاص داده‌اند. از سوی دیگر کمترین میزان انزوا در بعد روابط خانوادگی تجربه شده و حدود ۳۳ درصد از سالمندان انزوای اجتماعی را در ارتباطات خانوادگی‌شان تجربه کرده‌اند.

جدول ۴- بررسی ابعاد انزوای اجتماعی سالمندان

ابعاد انزوای اجتماعی	میانگین	انحراف معیار	رنج نمرات	درصد انزوا <sup>۱</sup>
روابط خانوادگی	۶/۵۶	۱/۵۲	۵-۲۰	۳۲/۸
روابط محلی و همسایگی	۳۹/۰۹	۹/۰۴	۱۸-۷۲	۵۴/۳
روابط فرامحلی	۱۸/۲۳	۴/۲۱	۷-۲۸	۶۵/۱
پیوندهای انجمنی	۶/۵۴	۱/۵۱	۲-۸	۸۱/۸
سرمایه اجتماعی ابزاری	۱۸/۷۷	۴/۳۴	۶-۲۴	۷۸/۲
میانگین کلی	۹۴/۹۸	۲۱/۹۵	۳۸-۱۵۲	۶۲/۴

فرضیه اول: بین برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.

جدول ۵- بررسی رابطه برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی

انزوای اجتماعی	حمایت اجتماعی
همبستگی	-۰/۲۸۰
سطح معنی داری	۰,۰۰۱
تعداد	۳۳۹

بررسی ضریب همبستگی برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی آنها نشان می‌دهد که بین دو متغیر، رابطه معنی دار و معکوسی وجود دارد. به این معنی که با افزایش حمایت اجتماعی، میزان انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد؛ بنابراین فرضیه اول ما مبنی بر وجود رابطه میزان برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و میزان انزوای اجتماعی آنها تأیید می‌شود.

جدول ۶- همبستگی میزان حمایت اجتماعی و ابعاد مختلف سلامت سالمندان

متغیرهای مورد مطالعه	۱	۲	۳	۴
۱. سلامت روانی	۱			
۲. سلامت اجتماعی	۰/۶۵۴**	۱		
۳. سلامت جسمانی	۰/۳۹۷*	۰/۳۶۷*	۱	
۴. حمایت اجتماعی	۰/۷۶۹**	۰/۷۲۶*	۰/۳۷۸	۱

۱- جهت گویاتر شدن و قابلیت مقایسه هر یک از ابعاد انزوای اجتماعی، میانگین انزوا، بر مبنای ۱۰۰ نیز محاسبه شده و درصد انزوا بدست آمده است، در جداول ۳ و ۴ میانگین انزوای اجتماعی بین گروههای مختلف مقایسه گردیده نه درصد انزوا.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین حمایت اجتماعی سالمندان و سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی آنها رابطه معنی‌دار و مستقیم وجود دارد، به عبارتی با افزایش حمایت اجتماعی، سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) سالمندان نیز افزایش می‌یابد.  
**فرضیه دوم:** بین سلامت سالمندان شهر تهران و انزوای اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.

جدول ۷- همبستگی بین ابعاد مختلف سلامت جسمانی، اجتماعی و روانی و میزان انزوای اجتماعی سالمندان

متغیرهای مورد مطالعه	۱	۲	۳	۴
۱. سلامت روانی	۱			
۲. سلامت اجتماعی	۰/۶۴۷**	۱		
۳. سلامت جسمانی	۰/۳۸۳*	۰/۳۶۷*	۱	
۴. انزوای اجتماعی	-۰/۴۵۶**	-۰/۳۲۵*	-۰/۳۷۸	۱

سلامت در این تحقیق، شامل سه بعد سلامت جسمانی، روانی و جسمانی بود. بر اساس یافته‌های تحقیق، بین سلامت روانی و اجتماعی سالمندان و انزوای اجتماعی آنها رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود داشت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت روانی ( $r=-۰/۴۵۶$ ,  $P=۰/۰۰۱$ ) و اجتماعی سالمندان ( $r=-۰/۳۲۵$ ,  $P=۰/۰۱۷$ ) و انزوای اجتماعی آنها رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود دارد. به عبارتی با افزایش سلامت روانی و اجتماعی، انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد. ولیکن بین سلامت جسمانی و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ( $P=۰/۳۱۴$ ).

فرضیه سوم: بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی سالمندان و انزوای اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.

جدول ۸- مقایسه تفاوت بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی و ابعاد انزوای اجتماعی سالمندان

ابعاد	پایگاه اقتصادی - اجتماعی	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
پایگاه اقتصادی، اجتماعی	پایین	۷۱	۹۳/۲۹	۲۴/۲۷۲	۰/۷۶۳
	متوسط	۲۵۰	۹۵/۴۵	۲۰/۵۳۹	
	بالا	۶۰	۹۰/۷۰	۲۵/۲۲۰	

نتایج آزمون تحلیل واریانس، نشان داد که بین میانگین انزوای اجتماعی سالمندان با پایگاه اقتصادی، اجتماعی مختلف تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P=۰/۷۶۳$ ). به این معنی که سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی مختلف به میزان یکسانی دارای انزوای اجتماعی بوده و تفاوت چندانی بین آنها در این خصوص وجود نداشت. بررسی بیشتر و دقیق‌تر داده‌ها

نشان می‌دهد که بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی سالمندان و هیچ‌یک از ابعاد انزوای اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

فرضیه چهارم: بین اعتماد اجتماعی و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

جدول ۹- بررسی رابطه بر خورداری سالمندان شهر تهران از اعتماد اجتماعی و انزوای اجتماعی

اعتماد اجتماعی	انزوای اجتماعی
همبستگی	-۰/۴۱
سطح معنی‌داری	۰,۰۰۰
تعداد	۳۵۹

بررسی ضریب همبستگی بر خورداری سالمندان شهر تهران از اعتماد اجتماعی و انزوای اجتماعی آنها، نشان می‌دهد که بین دو متغیر رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود دارد. به این معنی که با افزایش اعتماد اجتماعی انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد؛ بنابراین فرضیه چهارم ما مبنی بر وجود رابطه بر خورداری سالمندان شهر تهران از اعتماد اجتماعی و انزوای اجتماعی آنها تأیید می‌شود.

فرضیه پنجم: بین ادراک از سالمندی و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

جدول ۱۰- بررسی رابطه ادراک از سالمندی سالمندان شهر تهران و انزوای اجتماعی آنها

ادراک از سالمندی	انزوای اجتماعی
همبستگی	-۰/۳۲
سطح معنی‌داری	۰,۰۱۲
تعداد	۳۷۰

بررسی ضریب همبستگی ادراک از سالمندی سالمندان و انزوای اجتماعی آنها نشان می‌دهد که بین دو متغیر رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود دارد. به این معنی که با افزایش ادراک از سالمندی پاسخگویان میزان انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد؛ بنابراین فرضیه پنجم ما مبنی بر وجود رابطه بین ادراک از سالمندی سالمندان شهر تهران و انزوای اجتماعی آنها تأیید می‌شود.

فرضیه ششم: بین متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت، وضع تأهل، قومیت و ...) و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه وجود دارد.

جدول ۱۱- بررسی و مقایسه تفاوت بین جنسیت، وضع تأهل، مدت سکونت و انزوای اجتماعی سالمندان

جنسیت	جنس	تعداد	میانگین <sup>۱</sup>	انحراف	سطح
جنسیت	زن	۱۷۴	۹۳/۰۶	۲۲/۲۵۵	۰/۱۱۸
	مرد	۲۱۰	۹۶/۵۸	۲۱/۶۳۴	
وضع تأهل	بی همسر	۱۱۷	۸۶/۰۴	۲۷/۲۵۸	<۰/۰۰۱
	دارای همسر	۲۶۲	۹۸/۷۳	۱۷/۹۸۹	
مدت سکونت در محله	زیر ۵ سال	۱۹۳	۹۹/۲۴	۱۷/۰۳۴	<۰/۰۰۱
	۵ سال و بیشتر	۱۹۱	۹۰/۶۹	۲۵/۳۳۵	

نتایج آزمون تی تست، نشان داد که بین میانگین انزوای اجتماعی مردان و میانگین انزوای اجتماعی زنان تفاوت معنی داری وجود نداشت و مردان و زنان سالمند به میزان مشابهی از انزوای اجتماعی برخوردار بودند ( $p=0/118$ ). بین میانگین انزوای اجتماعی متأهلین و میانگین انزوای اجتماعی سالمند مجرد، تفاوت معنی داری وجود داشت و انزوای اجتماعی سالمندانی که همسر خود را از دست داده‌اند (بر اثر فوت و طلاق) بیش از سالمندان دارای همسر بود ( $p<0/001$ ).

جدول ۱۲- مقایسه تفاوت بین سن، تحصیلات، قومیت، پایگاه اقتصادی- اجتماعی

و انزوای اجتماعی سالمندان

قومیت	فراروانی	میانگین	انحراف	سطح
سن	۶۹ تا ۶۵ ساله	۲۶۵	۹۱/۳۹	۲۳/۰۵۸
	۷۰ تا ۷۹ ساله	۹۸	۱۰۲/۳۴	۱۷/۶۴۷
	۸۰ سال و بیشتر	۲۱	۱۰۵/۹۹	۱۱/۹۲۱
تحصیلات	بی سواد و تحصیلات	۲۵۳	۹۶/۶۶	۲۱/۵۷۲
	دیپلم	۸۵	۸۹/۵۴	۲۵/۵۳۲
	بالانراز دیپلم	۴۶	۹۵/۸۳	۱۴/۷۶۸
قومیت	فارس	۲۲۶	۹۲/۹۵	۲۴/۸۳۹
	ترک	۱۱۵	۹۶/۱۲	۱۸/۳۹۱
	کرد	۲۴	۱۰۴/۵۷	۱۶/۱۹۴
	لر	۱۳	۱۰۱/۰۶	۲۱/۷۰۵
	عرب	۶	۹۸/۵۰	۲۱/۹۴۹

همچنین بین میانگین انزوای اجتماعی سالمندان با مدت سکونت کمتر از ۵ سال و سالمندان با مدت اقامت ۵ سال و بیشتر در همان محله تفاوت معنی داری وجود داشت، به این صورت

۱- میانگین پایین نشانگر وصل و اتصال و میانگین بالا نشانگر انفعال و انزوای اجتماعی سالمندان است.

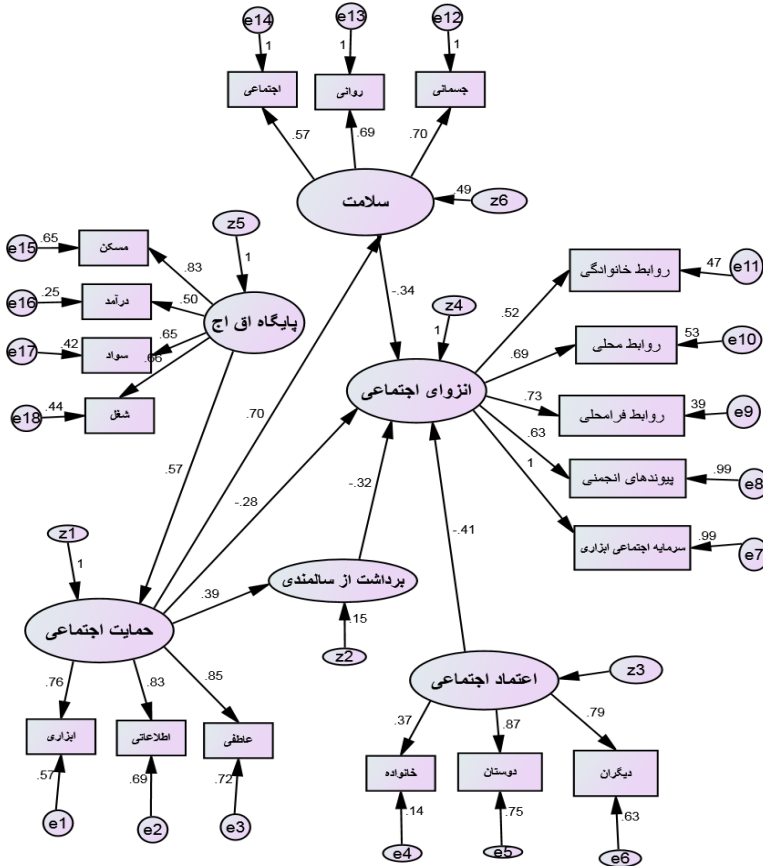
که سالمندانی که کمتر از ۵ سال در همان محله زندگی می‌کردند، بیش از سایر سالمندان انزوای اجتماعی داشتند ( $p < 0/001$ ).

مقایسه میانگین انزوای اجتماعی سالمندان با سنین مختلف نشان داد که بین سن سالمندان و انزوای اجتماعی آنها رابطه معنی‌داری وجود داشت. به این معنی که با افزایش سن، شاهد افزایش میزان انزوای اجتماعی سالمندان هستیم و انزوای اجتماعی سالمندان ۸۰ سال و بالاتر، بیش از سایر سالمندان بود ( $p < 0/001$ ). بین انزوای اجتماعی سالمندان با تحصیلات مختلف، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به این معنی که با افزایش تحصیلات، انزوای اجتماعی سالمندان کاهش یافته و انزوای اجتماعی سالمندانی که از تحصیلات بالایی برخوردار بودند، کمتر از سایر افراد بود ( $p = 0/033$ ). بین میزان انزوای اجتماعی سالمندان اقوام مختلف ساکن در شهر تهران، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و سالمندان با قومیت‌های مختلف به میزان مشابهی منزوی اجتماعی بودند. هرچند مقایسه میانگین‌ها، نشان داد که سالمندان ترک، کمترین میزان انزوا و سالمندان کرد، دارای بیشترین میزان انزوای اجتماعی بودند ( $p = 0/092$ ).

#### مدل معادلات ساختاری

برای رسم مدل نهایی، از رویکرد یک مرحله‌ای استفاده گردید. در بخش اندازه‌گیری، همچنانکه از مدل بر می‌آید، بیشتر معرف‌های متغیرهای مکنون، به طور نسبتاً مناسب روی آنها بار شده‌اند. بخش ساختاری مدل نیز حاکی از آن است که بیشتر مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل تأیید شده است. تنها مسیر مستقیم پایگاه اقتصادی - اجتماعی به انزوای اجتماعی تأیید نشده است. بالاترین تأثیر را حمایت اجتماعی بر سلامت با ضریب (۰,۷) داشته است، تمامی متغیرهای تحقیق به استثنای پایگاه اقتصادی - اجتماعی که اثر مستقیم نداشته است، دارای اثر منفی بر روی انزوای اجتماعی بوده‌اند. بیشترین اثر مستقیم بر انزوای اجتماعی، مربوط به متغیر اعتماد اجتماعی با ضریب (-۰,۴۱) می‌باشد. متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی از طریق حمایت اجتماعی بر انزوای اجتماعی اثرگذار است. همچنین حمایت اجتماعی از طریق دو متغیر برداشت از سالمندی و سلامت، نیز بر انزوای اجتماعی اثرگذار می‌باشد. شاخص‌های مدل، آزمون نیکویی برازش ساختار نظری مطرح شده با داده‌های مشاهده شده و اعتبار سازه‌ای وسیله‌اندازه‌گیری مورد بحث را نشان می‌دهد. اغلب شاخص‌های تطبیقی مدل نیز مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ را نشان می‌دهند که به معنای توان مدل از فاصله گرفتن از یک مدل استقلال و نزدیک شدن به یک مدل اشباع شده بر مبنای معیارهای تعریف شده برای آنها است. از آنجا که معیارهای  $GFI = 0/94$ ،  $TLI = 0/94$  و  $IFI = 0/79$  نزدیک به یک می‌باشند، حاکی از برازش زیاد مدل و معیار  $RMSEA = 0/07$ ، حاکی از عملکرد ضعیف باقیمانده‌ها در مدل است.

P	AGFI	RMSEA	GFI	IFI	NFI	TLI	DF/CMIN
۰/۰۰۰	۰/۹	۰/۰۴	۰/۹۲	۰/۹	۰/۹۲	۰/۹۴	۲/۹



### بحث و نتیجه گیری

بررسی وضعیت پاسخگویان از نظر انزوای اجتماعی، نشان داد که میزان انزوای اجتماعی سالمندان حدود ۶۲ درصد بود. این یافته با نتایج تحقیق کلانتری و حسینی زاده (۱۳۹۴) همخوانی دارد که طی آن میانگین انزوای اجتماعی شهروندان تهرانی ۶۲٫۹۴ درصد بود و حمایت از آن داشت که انزوای اجتماعی در جامعه شهری تهران گسترش زیادی پیدا کرده است. همچنین با یافته‌های پژوهش عبدی (۱۳۹۵) همسو است که طی آن ۴۳/۷۵ درصد سالمندان ساکن در سراهای سالمندان احساس تنهایی می‌کنند. بنابراین انزوای

اجتماعی در سالمندان شهر تهران در حد بالایی قرار دارد. چرا که، جمعیت سالمند با توجه به شرایط سنی و جسمی خود، کمتر در جامعه به‌عنوان افرادی فعال حضور دارند و به‌گونه‌ای در حاشیه زندگی می‌کنند. بررسی ابعاد انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر نشان می‌دهد که دو بعد پیوندهای انجمنی (۸۱/۸ درصد) و سرمایه اجتماعی ابزاری (۷۸/۲ درصد) بالاترین میزان انزوا را به خود اختصاص داده‌اند. از سوی دیگر کمترین میزان انزوا در بعد روابط خانوادگی تجربه می‌شود و به‌طور میانگین حدود ۳۳ درصد از سالمندان، انزوای اجتماعی را در ارتباطات خانوادگی‌شان تجربه کرده‌اند. تحلیل کارکردی پارسونز، نیز در این راستا مدعی است که اگر خانواده بالاترین سطوح انزوای اجتماعی را تجربه می‌کند، به علت افزایش سطوح صنعتی شدن و تمایزبایی نقش‌ها در این جامعه است. در سالهای اخیر رابرت پوتنام، استدلال می‌کند که افراد در این جامعه کمتر در زندگی معاشرتی، مشارکت کرده و ارتباطات آنها با همسایگان و اجتماعاتشان، بسیار ضعیف است. (حسینی ساطعی، ۱۳۹۳)

در فرضیه اول تحقیق، بررسی وجود رابطه بین میزان برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و میزان انزوای اجتماعی آنها مد نظر بود. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد، میزان برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی ۷۸٫۲ درصد بود. نتایج تحقیق ایزدی و همکاران نیز بیانگر آن است که حمایت اجتماعی در میان سالمندان، بالاتر از متوسط است (ایزدی و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۰۱-۱۰۹). مردان و زنان سالمند به میزان مشابهی از حمایت اجتماعی برخوردار بودند. حمایت اجتماعی سالمندانی که همسر خود را از دست داده‌اند (بر اثر فوت و طلاق) کمتر از سالمندان دارای همسر است. بین میانگین حمایت اجتماعی سالمندان، با مدت سکونت کمتر از ۵ سال و سالمندان با مدت اقامت ۵ سال و بیشتر در همان محله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. سالمندان با سنین و قومیت‌های مختلف به میزان مشابهی از حمایت اجتماعی برخوردار بودند. سالمندان با تحصیلات بالاتر از دیپلم، بیش از سایر سالمندان از حمایت اجتماعی برخوردار بودند. همچنین سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی مختلف به میزان یکسانی دارای حمایت اجتماعی بوده و تفاوت چندانی بین آنها در این خصوص وجود نداشت.

بررسی ضریب همبستگی میزان برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و میزان انزوای اجتماعی آنها، نشان می‌دهد که بین دو متغیر رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود دارد. به این معنی که با افزایش حمایت اجتماعی، میزان انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد؛ بنابراین، فرضیه اول ما مبنی بر وجود رابطه میزان برخورداری سالمندان شهر تهران از حمایت اجتماعی و میزان انزوای اجتماعی آنها تأیید می‌شود. در ایران نیز غلامی (۱۳۸۸) طی تحقیقی با عنوان بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و احساس تنهایی با رضایت از زندگی در سالمندان زن و مرد ساکن سرای سالمندان شهر اهواز گزارش داد که بین حمایت اجتماعی و

احساس تنهایی با رضایت از زندگی سالمندان زن و مرد ساکن سرای سالمندان، رابطه معنی‌داری وجود دارد و سروند (۱۳۸۵)، پناهی (۱۳۸۶) و باوی (۱۳۸۰) نیز در بررسی‌هایی نشان دادند که بین میزان افسردگی، احساس تنهایی و حمایت اجتماعی در سالمندان ساکن در سرای سالمندان با سالمندان ساکن در خانواده‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد (نقل از غلامی، ۱۳۸۸). نتایج تحقیق میردیری‌کوند و همکاران (۱۳۹۵) در مورد سالمندان شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۳۹۵ نیز نشان داد که ابعاد حمایت اجتماعی، احساس تنهایی و انزوای اجتماعی را به‌صورت منفی پیش‌بینی می‌کنند.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون، نشان داد که بین حمایت اجتماعی سالمندان و سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی آنها رابطه معنی‌دار و مستقیم وجود دارد، به عبارتی با افزایش حمایت اجتماعی، سلامت (جسمانی، روانی و اجتماعی) سالمندان نیز افزایش می‌یابد. مطالعات گوناگونی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامتی را به تأیید رسانده‌اند، به طوری که نشان داده شده، افرادی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند، وضعیت سلامت بهتری دارند. این تحقیقات نشان داده است که روابط اجتماعی باعث ارتقاء وضعیت سلامت فرد می‌شود. فقدان حمایت اجتماعی، باعث نقص مزمن در مهارت‌های اجتماعی و از دست دادن ناگهانی چیزهایی است که فرد دوست دارد، این وضعیت به صورت معنی‌داری وضعیت سلامت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فرزادی، بیرشک و گویا، ۱۳۷۷: ۵۶-۶۵). ابعاد مختلف حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی چه در بعد جسمانی و چه در بعد روانی رابطه معناداری دارد. حمایت اجتماعی، باعث می‌شود فرد به لحاظ روانی احساس بهتری داشته باشد و حتی آرام جسمانی را بهتر تحمل نماید و درک مثبت‌تری از سلامت خود به دست آورد. حمایت اجتماعی، مانند یک سپر می‌تواند از استرس‌های دوران سالمندی جلوگیری کند. حمایت عاطفی بیش از حمایت مادی با کیفیت زندگی سالمند ارتباط داشته و امکان مقابله با تنیدگی‌ها، کنترل آنها و تشدید احساس اعتماد به نفس را فراهم می‌کند (گروسی و همکاران، ۱۳۹۰). حتی در سالمندان با بیمارهای خاص، مانند دیابت نیز حمایت اجتماعی در سلامت روان آنان تأثیرگذار خواهد بود (ارسطو و همکاران، ۱۳۹۱).

در اکثر مطالعات بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی و اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. به طوری که حمایت اجتماعی روی سلامت روحی، جسمی و اجتماعی سالمندان تأثیر دارد. به این معنا که بین حمایت اجتماعی و سلامت روحی و جسمی اجتماعی سالمندان ارتباط معنی‌دار وجود دارد. در مطالعه مذهب‌دار (۲۰۱۴) با عنوان «بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی» دو فرضیه احتمال رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی و همچنین رابطه میان مهارت اجتماعی و سلامت روانی مورد تأیید قرار گرفته است. پژوهش نبوی و همکاران (۲۰۱۴) تحت

عنوان «بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان» نشان‌دهنده وضعیت مناسب سلامت روان در سالمندان می‌باشد و خرده مقیاس عملکرد اجتماعی سلامت روان نیز، رابطه مثبت و معناداری با حمایت اجتماعی کل و سه خرده مقیاس دیگر آن، یعنی حمایت کارکردی، عاطفی و مادی دارد. مطالعه محسنی‌تبریزی (۲۰۰۷) با عنوان «رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران» نشان می‌دهد که بین دو متغیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. تحلیل سه متغیره پژوهش، نیز حاکی از آن است که حمایت اجتماعی خانواده تأثیر بیشتری بر سلامت روانی، نسبت به سایر منابع حمایتی دارد و دوستان و سایر افراد در رتبه پایین‌تر قرار دارند. جرج<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) به این نکته اشاره نمود که فراهم کردن حمایت اجتماعی به میزان کافی، اثرات مستقیم قابل توجهی بر روی سلامت روان دارد، به طوری که سطوح حمایت اجتماعی، با میزان پایین‌تر اختلال روانی همراه است. پژوهش وونگو همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) تحت عنوان تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت جسمانی و روانی زنان سالمند نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی، بر سلامت جسمی و روانی تأثیر دارد (وونگو همکاران، ۲۰۱۴: ۶۶۳-۶۷۸).

در قالب **فرضیه دوم** به رابطه بین میزان سلامت سالمندان شهر تهران و میزان انزوای اجتماعی آنها پرداخته شد. با افزایش سلامت روانی و اجتماعی، انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد. ولیکن بین سلامت جسمانی و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. بنابراین بر اساس یافته‌های تحقیق، بین سلامت روانی و اجتماعی سالمندان و انزوای اجتماعی آنها رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود داشت. نتایج تحلیل مسیر تحقیق کلانتری و همکاران نیز بیانگر این بود که متغیر سلامت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بیشتری (۴۵/-) بر میزان انزوای اجتماعی شهروندان تهرانی دارد (کلانتری و حسینی زاده، ۱۳۹۴: ۷۸-۱۱۸). بر اساس یافته‌های مدرسی یزدی، نیز بین متغیرهای حمایت اجتماعی، سلامت، باورهای سنتی رایج در جامعه و برداشت از خود، با احساس انزوای اجتماعی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود داشت (مدرسی یزدی، ۱۳۹۳). سالمندان به علت مشکلات فراوان جسمی و روانی، مستعد ابتلا به آسیب‌های مختلفی از جمله تنهایی و انزوای اجتماعی می‌باشند (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۸-۳۷). در مطالعه کرنول و ویت، انزوای عینی و ذهنی هر یک به طور مستقل با سلامت مرتبط بودند. مطابق پژوهش هورتولوس و همکاران (۱۳۹۴)، ۶۸ درصد از افراد منزوی از یک بیماری مزمن رنج می‌برند. همچنین می‌توان گفت که از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت جسمی و روحی افراد مسن، مشارکت اجتماعی است که ضمن توجه به حقوق سالمندان، در حفظ نظم اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی روزمره آنان نیز می‌تواند مفید

1- George

2- Wong &amp; et all

واقع گردد (مرادی، جوانبخت و طاهری، ۱۳۹۱: ۵۶۵-۵۷۶) شرکت سالمندان در فعالیت‌های معنادار، معمولاً در قالب دوستی و مشارکت سازمان‌یافته، یکی از عناصر کلیدی در ارتقاء کیفیت زندگی و وضعیت سلامت عمومی و به دنبال آن کاهش معلولیت‌های دوران سالمندی است (راشدی و همکاران، ۲۰۱۴: ۹-۱۳). نتایج تحقیق فیندلای<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نیز نشان داد که یکی از عوامل زیر بنایی مؤثر در مقابله با انزوای اجتماعی، مداخله آموزشی است. مداخلات آموزشی می‌توانند بر انزوای اجتماعی و اثرات نامطلوب آن بر روی افراد مسن مقابله کند.

تحت عنوان **فرضیه سوم** رابطه بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی سالمندان و میزان انزوای اجتماعی آنها مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس یافته‌های تحقیق، پایگاه اقتصادی - اجتماعی حدود ۶۶ درصد پاسخگویان متوسط، حدود ۱۹ درصد پایین و حدود ۱۶ درصد بالا بود. بررسی داده‌ها نشان داد که بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی سالمندان و هیچ یک از ابعاد انزوای اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. این نتایج با پژوهش حقیقتیان (۱۳۹۲) و مدرسی یزدی (۱۳۹۳) تطابق دارد. ولی با نتایج تحقیق فلاحی سرابی (۱۳۹۴) و اقدسی علمداری (۱۳۹۱) که بین طبقه اقتصادی و انزوای اجتماعی ارتباط معناداری وجود داشت، همخوانی ندارد. مطابق تحقیق حسنی ساطحی (۱۳۹۳) بیشترین انزوای اجتماعی مربوط به افراد با پایگاه اجتماعی پایین، پایگاه اقتصادی پایین و درآمد پایین می‌باشد. در تحقیق فروتن (۱۳۷۸) پایگاه اقتصادی، اجتماعی پدر بر انزوای اجتماعی فرزندان اثر معکوس داشت. در تحقیق هورتولانوس و همکاران (۱۳۹۴) نیز درصد دسته منزوی اجتماعی، در میان افراد با پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین، نسبت به کسانی که در پایگاه اقتصادی اجتماعی بالا بودند، شش برابر بیشتر بود. همچنین تجزیه و تحلیل تفکیک کننده گام به گام نشان می‌دهد که فقط ۱۴ درصد از تفاوت‌ها، می‌تواند به وسیله ۳ عامل پایگاه اقتصادی - اجتماعی، مکان و موقعیت و سن کاهش یابد. (هورتولانوس، مشیلز و میوسن، ۱۳۹۴: ۱۰۰)

در **فرضیه چهارم** به رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و میزان انزوای اجتماعی سالمندان پرداخته شد. بر اساس یافته‌های تحقیق، میزان اعتماد اجتماعی پاسخگویان ۶۶٫۷ درصد بود. بین میانگین اعتماد اجتماعی مردان و زنان، سالمندان متأهل و بدون همسر و با مدت اقامت مختلف در محله محل سکونت تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و میانگین اعتماد اجتماعی هر سه گروه تقریباً یکسان بود. میزان اعتماد اجتماعی سالمندان ۷۰ تا ۷۹ ساله، کمتر از سایر گروه‌های سنی است. اعتماد اجتماعی سالمندان بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی، کمتر از سایر گروه‌های تحصیلی بوده است. همچنین سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی مختلف به میزان یکسانی دارای اعتماد اجتماعی بودند و تفاوت چندانی بین آنها در این خصوص وجود ندارد.

نتایج نشان داد، با افزایش اعتماد اجتماعی، میزان انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد؛ بنابراین فرضیه چهارم ما مبنی بر وجود رابطه میزان برخورداری سالمندان شهر تهران از اعتماد اجتماعی و میزان انزوای اجتماعی آنها تأیید می‌شود. یافته‌های این پژوهش در مورد رابطه معکوس بین میزان برخورداری از اعتماد اجتماعی و انزوای اجتماعی سالمندان با نتایج تحقیق کارترین رس و همکارانش که عنصر بی‌اعتمادی را عامل بیگانگی، بدگمانی و در نهایت انزوای اجتماعی شمرده بودند، مطابقت دارد. همچنین با نتایج تحقیق چلیبی و همکارانش نیز همسو است که طی آن، بی‌اعتمادی و سوءظن باعث کاهش روابط و پیوندهای اجتماعی می‌شود و این امر زمینه را برای انزوای اجتماعی افراد فراهم می‌سازد. همچنین با نتایج تحقیق بزرگری (۱۳۹۴) تطابق دارد که در آن پژوهش، نیز رابطه معکوس بین اعتماد و انزوای اجتماعی پاسخگویان وجود داشت.

رابطه بین ادراک از سالمندی و میزان انزوای اجتماعی سالمندان در **فرضیه پنجم** بررسی شد. میزان ادراک از پیری پاسخگویان ۶۵٫۸ درصد بود. مردان و زنان سالمند، ادراک مشابهی از پیری داشتند. همچنین ادراک از پیری سالمندان دارای همسر و بدون همسر تقریباً یکسان بود. بین میانگین ادراک از پیری سالمندان با مدت سکونت کمتر از ۵ سال و سالمندان با مدت اقامت ۵ سال و بیشتر در همان محله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و هر دو گروه سالمندان ادراک مشابهی از پیری داشتند. ادراک گروه‌های مختلف سنی سالمندان از پیری یکسان بود. با افزایش تحصیلات، شاهد کاهش ادراک از پیری سالمندان بوده و ادراک از پیری سالمندانی که از تحصیلات بالایی برخوردار بودند، کمتر از سایر افراد بود و سالمندان با قومیت‌های مختلف ادراک مشابهی از سالمندی داشتند. سالمندان دارای پایگاه اقتصادی، اجتماعی مختلف، دارای ادراک یکسانی از پیری بودند.

بررسی ضریب همبستگی ادراک از سالمندی سالمندان و میزان انزوای اجتماعی آنها، نشان می‌داد که بین دو متغیر، رابطه معنی‌دار و معکوسی وجود دارد. به این معنی که با افزایش ادراک از سالمندی پاسخگویان میزان انزوای اجتماعی سالمندان کاهش می‌یابد؛ بنابراین فرضیه پنجم ما مبنی بر وجود رابطه، بین ادراک از سالمندی سالمندان شهر تهران و میزان انزوای اجتماعی آنها تأیید می‌شود.

**فرضیه ششم**، با عنوان رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت، وضع تأهل، قومیت و ...) و میزان انزوای اجتماعی سالمندان بررسی شد. نتایج نشان داد، مردان و زنان سالمند به میزان مشابهی از انزوای اجتماعی برخوردار بودند. نظریه‌پردازان فمینیستی در رابطه با جنسیت اعتقاد دارند که مردان و زنان به شیوه‌های بنیادی با یکدیگر تفاوت دارند و در اندیشیدن، احساس، ارتباط با دیگران و جهان اجتماعی به گونه‌ای متفاوت عمل می‌کنند. زندگی‌های زنان نیز به دلیل تجربه مشترک سلطه‌پذیری تحت نظام مردسالاری با هم مشترک

است. آنها دارای تجربه‌ها، ارزش‌ها و علایق مشترک هستند. با توجه به این مطالب می‌توان جنسیت را به عنوان یکی از متغیرهای تأثیرگذار در کنارگذاری و انزوای اجتماعی افراد محسوب کرد (لاریجانی و تاج مزینانی، ۱۳۹۴: ۵۷-۷۴). نتایج به‌دست آمده از تحقیق ابراهیمی مقدمیان (۱۳۸۱)، نشان داد که بین متغیرهای جمعیت شناختی و انزوای اجتماعی ارتباط معناداری وجود ندارد. همچنین یافته‌های بزرگ‌تری دهج (۱۳۹۰) نیز نشان می‌دهد که بین جنسیت و انزوای اجتماعی، رابطه معنادار وجود ندارد. زب هازر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۳) دریافته‌اند که اگر چه سطح تنهایی در میان مردان و زنان به طور مساوی توزیع شده باشد، تنهایی فقط بر مردان تأثیر می‌گذارد. پژوهش تحقیق کرنول و ویت<sup>۲</sup> نیز نشان می‌دهد که زنان با احتمال بیشتری در فعالیت‌های اجتماعی و تشکل‌های داوطلبانه شرکت می‌کنند و آنها نسبت به مردان کمتر احساس تنهایی و انزوا می‌کنند. در مقابل، مطالعه دیگری نشان داد که زنان نسبت به تأثیر تنهایی بر پاسخ‌های بیولوژیکی حساسیت بیشتری دارند (هاکت<sup>۳</sup> و همکاران ۲۰۱۲) جاکوبسون و هلبگ<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) هم در تحقیق خود با بررسی کیفیت زندگی، احساس تنهایی و ترس سالمندان سوئدی دریافته‌اند که احساس تنهایی با جنس ارتباط دارد (جاکوبسون و هلبگ، ۲۰۰۵: ۴۹۴-۵۰۱).

انزوای اجتماعی سالمندانی که همسر خود را از دست داده بودند (بر اثر فوت و طلاق) بیش از سالمندان دارای همسر بود. شاید از دست دادن همسر، یعنی فردی که یک عمر شریک زندگی انسان بوده است، در کاهش سلامت روانی و اجتماعی سالمندان و افزایش انزوای اجتماعی آنها مؤثرتر از سایر عوامل باشد. طبق مطالعه واندروورت، مردان اغلب نسبت به زنان مجرد، به انزوای اجتماعی بیشتری دچار می‌شوند، چرا که مردان، نیازهای عاطفی خود را اغلب در ارتباط با شرکای جنسی‌شان، ولی زنان این نیاز را در ارتباط با شبکه اجتماعی دوستان و آشنایان خود تأمین می‌کنند. نتایج تحقیق محسنی تبریزی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که احساس تنهایی بیشتر در میان افرادی که ازدواج نکرده و یا همسر خود را از دست داده‌اند، وفور بیشتری دارد. یافته‌های هلبگ<sup>۵</sup> نیز نشان داد که احساس تنهایی با وضعیت تأهل ارتباط معنادار داشته است. در این تحقیق متأهلین کمتر از بقیه احساس تنهایی داشتند (هلبگ، ۲۰۰۵: ۲۳-۳۲).

مطابق نتایج تحقیق، سالمندانی که کمتر از ۵ سال در همان محله زندگی کرده‌اند، بیش از سایر سالمندان انزوای اجتماعی داشتند. تحقیقات کاساردا و جان ویتز، نیز نشان داد که متغیر

1- Zebhauser

2-Cornwell &amp; Waite

3-Hackett

4-Jakobsson U.Hellberg IR

5-Ekwall S, Hellberg.

مدت اقامت با انزوای اجتماعی رابطه معنی‌داری دارد و طبق مدل نظام‌مند، ثبات ساکنین در سطح اجتماع، انسجام اجتماعی را بهبود می‌بخشد. یک فرد با مدت اقامت زیادتر در یک محله فرصت بیشتری برای ارتباط و مشارکت اجتماعی دارد. (امیرکافی، ۱۳۸۳: ۱۰).

با افزایش سن، شاهد افزایش میزان انزوای اجتماعی سالمندان بوده و انزوای اجتماعی سالمندان ۸۰ سال و بالاتر بیش از سایر سالمندان بود. بر اساس نتایج پژوهش، می‌فرسون و همکاران، تنهایی با سن افزایش می‌یابد و وابستگی اجتماعی ممکن است با سن کاهش یابد. آرلون و شوویتز ازرا دریافتند که تنهایی یکی از علل اصلی برای مرگ و میر افراد بالای ۵۰ سال است، اما تأثیر آن در سن ۷۵ سالگی قابل توجه نیست. پژوهش اشنیتکر (۲۰۰۷) نیز بیان می‌کند که بزرگسالان مسن، ممکن است شبکه‌های اجتماعی و انتظارات خود را به شکلی تطبیق دهند که بیشتر از همتایان جوان خود، احساس انزوا و تنهایی نکنند. با این وجود نتایج تحقیق کرنول و ویت (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که تفاوت ناچیزی در انزوا بین گروه‌های سنی مختلف وجود دارد. به‌طور میانگین بزرگسالان مسن‌تر، ارتباطات کمتری نسبت بزرگسالان جوان‌تر ندارند، ولی احساس انزوا با سن افزایش می‌یابد. بزرگسالان مسن‌تر، به طور معنی‌داری امتیازات بالاتری برای انزوای آگاهانه نسبت به بزرگسالان جوان‌تر دارند.

یافته‌های تحقیق نشان داد که با افزایش تحصیلات، انزوای اجتماعی سالمندان کاهش یافته و انزوای اجتماعی سالمندانی که از تحصیلات بالایی برخوردار بودند، کمتر از سایر سالمندان بود. شاید علت این امر گذران اوقات فراغت دوران پیری با سرگرمی‌های متنوع‌تر و زندگی لذت بخش‌تر در بین افراد تحصیل کرده باشد. به نظر می‌رسد با افزایش سواد در آزمودنی‌ها و سپردن نقش‌های مهم‌تر به آنها و بالطبع پذیرفتن مسئولیت‌های مهم‌تر و وسیع‌تر از طرف آنها در گستره اجتماع، طبیعی است که سلامت عمومی آنها افزایش یافته و انزوای اجتماعی‌شان نیز کاهش یابد (زارع و همکاران، ۱۳۹۳) مطابق تحقیق حسنی ساطحی (۱۳۹۳) رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای از جمله تحصیلات با متغیر انزوای اجتماعی معنی‌دار بود.

مطابق یافته‌ها، بین میزان انزوای اجتماعی سالمندان اقوام مختلف ساکن در شهر تهران، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و سالمندان با قومیت‌های مختلف به میزان مشابهی منزوی اجتماعی بودند. هر چند مقایسه میانگین‌ها نشان داد که سالمندان ترک، کمترین میزان انزوا و سالمندان کرد دارای بیشترین میزان انزوای اجتماعی بودند. این یافته با نتایج تحقیق بزرگری دهج (۱۳۹۰) مطابقت دارد که طی آن بین رشته تحصیلی، جنسیت و قومیت دانشجویان و انزوای اجتماعی آنها رابطه معنادار وجود نداشت.

جمع بندی و بخش ساختاری مدل نظری تحقیق نیز حاکی از آن بود که بیشتر مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل تأیید شده است. تنها مسیر مستقیم پایگاه اقتصادی- اجتماعی به انزوای اجتماعی تأیید نشده است. بالاترین تأثیر را حمایت اجتماعی بر سلامت با ضریب (۰,۷) داشته است، تمامی متغیرهای تحقیق به استثنای پایگاه اقتصادی - اجتماعی که اثر مستقیم نداشته است، دارای اثر منفی بر روی انزوای اجتماعی بوده‌اند. بیشترین اثر مستقیم بر انزوای اجتماعی مربوط به متغیر اعتماد اجتماعی با ضریب (-۰,۴۱) می‌باشد. متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی از طریق حمایت اجتماعی بر انزوای اجتماعی موثر بوده است. همچنین حمایت اجتماعی از طریق دو متغیر برداشت از سالمندی و سلامت نیز بر انزوای اجتماعی اثرگذار بوده است.

## منابع:

- ابراهیمی مقدمیان، محمود (۱۳۸۸)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، بررسی عوامل اجتماعی- فرهنگی موثر برانزوای اجتماعی جوانان در شهر همدان، دانشگاه اصفهان.
- ابوالقاسمی، عباس، تقی پور، مریم، نریمانی، محمد. (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی، خود دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت. ۱۰(۱): ۱-۱۲.
- ارسطو، علی اصغر، رویا قاسم‌زاده، هما ناصح، محمد کمالی، عباس رحیمی فروشانی، مسعود ارزاقی، شهلا زاهد نژاد (۱۳۹۱). کیفیت زندگی و برخی عوامل موثر بر آن در سالمندان دیابتی مقیم سرای سالمندان کهریزک تهران. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۴(۱): ۲۴-۱۸
- امیرکافی، مهدی (۱۳۸۳). طراحی الگوی جامعه‌شناختی انزوای اجتماعی در شهر تهران. رساله دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- ایزدی صمد، خامه‌ور علی، آرام سید سعید، یزدان پناه نوذری علی (۱۳۹۲). بررسی وضعیت حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز توان‌بخشی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران: ۲۳ (۱۰۵): ۱۰۱-۱۰۹
- برزگری دهج، راضیه (۱۳۹۴). انزوای اجتماعی دانشجویان و عوامل اجتماعی مرتبط با آن (مطالعه موردی: دانشجویان دانشکده فنی دانشگاه تهران و دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- بشیریه، حسین؛ تاریخ اندیشه‌های سیاسی در قرن بیستم: اندیشه‌های مارکسیستی، تهران، نی، چاپ ششم، ۱۳۸۴، ص ۱۴۹
- توسلی، غلامعباس (۱۳۸۲)، مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک (رابطه آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی با مشارکت اجتماعی)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- چلبی، مسعود، ۱۳۸۶، «جامعه‌شناسی نظم» نشر نی، تهران.
- چلبی، مسعود؛ امیرکافی، مهدی: (۱۳۸۳)، تحلیل چند سطحی انزوای اجتماعی، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره پنجم، شماره ۳: ۳۱-۳۰.
- حسنی ساطحی (۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی موثر بر انزوای اجتماعی جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال شهر لردگان (مورد مطالعه: جوانان ۱۵ تا تا ۲۹ سال شهر لردگان). پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم انسانی - گروه آموزشی علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان.

- حسینی زارع، سیده محبوبه، موحدکر، الهام، پوررضا، ابوالقاسم و رحیمی فروشانی، عباس (۱۳۹۳). نقش حمایت اجتماعی در سلامت سالمندان شهر تهران. بیمارستان. ۱۳ (۴): ۱۱۵-۱۲۱
- حسینی‌زاده آرانی، سیدسعید. (۱۳۹۳). تنهایی در شهر: بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر احساس تنهایی (مطالعه موردی: جمعیت بالغ شهر تهران). پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران.
- حقیقتیان، منصور (۱۳۹۲). عوامل اجتماعی مؤثر بر انزوای اجتماعی جوانان (مورد مطالعه: شهر اصفهان)، مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران، شماره ۱۸۰: ۴-۱۴۰.
- رضادوست، کریم، نبوی، عبدالحسین، صالحی، نجمه. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر عوامل اجتماعی و روانی بر احساس نشاط (مورد مطالعه: دانش‌آموزان ۱۸-۱۶ ساله شهر اهواز). جامعه‌شناسی کاربردی، (۳) ۲۲-۲۶-۱
- رهنمای خرطومی، فاطمه (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین طرد اجتماعی و رضایت از زندگی در بین سالمندان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهراء - دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی
- سارافینو، ادوارد (۱۳۸۴). روانشناسی سلامت، ترجمه گروهی از مترجمان زیر نظر الهه میرزایی. تهران: انتشارات رشد.
- ستوده، هدایت الله (۱۳۸۶). آسیب شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). چاپ هجدهم، تهران: انتشارات آوای نور.
- سلیمی فاطمه، گرمارودی غلامرضا، حسینی سید مصطفی، باطنی عزیزاله (۱۳۹۴). بررسی تأثیر برنامه آموزشی خودمراقبتی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۲(۲): ۲۸-۳۵.
- باستانی سوسن، رهنما فاطمه و قاضی نژاد مریم (۱۳۹۰). طرد اجتماعی، مورد مطالعه: طرد عینی و ذهنی سالمندان شهر تهران. فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران: موسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی.
- سیف زاده علی، (۱۳۹۵). بررسی رابطه پایگاه اقتصادی- اجتماعی و سلامت در سالمندی، مطالعه موردی: آذرشهر. پرستاری گروه‌های آسیب پذیر، ۳ (۷): ۱۲-۲۳
- سیف زاده علی، (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی درک شده و سلامت در سالمندی، مطالعه موردی: آذرشهر. سالمندشناسی، ۱ (۱): ۴۰-۴۷
- شمسانی فرشید، چراغی فاطمه، اسمعیلی روانبخش، محسنی فرد جواد (۱۳۹۳). تبیین احساس تنهایی در سالمندان و تحلیل آن بر اساس تئوری رشد روانی- اجتماعی: یک مطالعه کیفی. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۱ (۲): ۳۰-۳۸

- صادق مقدم لیلا، فروغان مهشید، محمدی فرحناز، احمدی فضل‌الله، فرهادی اکرم، نظری شیما و همکاران (۱۳۹۴). ادراک پیری در سالمندان: یک مطالعه مروری. مجله سالمندی ایران؛ ۱۰ (۴): ۲۰۹-۲۰۲
- طالبی و برزگری (۱۳۹۱). بررسی چگونگی اعتماد و کناره‌گیری اجتماعی در میان دانشجویان، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۳۱۸۲-۳۱۱، (۱۱) ۳.
- عضدانلو، حسن (۱۳۸۴). آشنایی با مفاهیم اساسی جامعه‌شناسی، تهران: نی، چاپ اول.
- علی پور ملاباشی، یاور (۱۳۸۹). آگهی تبلیغاتی و از خود بیگانگی انسان؛ ماهنامه علمی تخصصی انجمن روابط عمومی
- غلامی، آزاده (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و احساس تنهایی با رضایت از زندگی در سالمندان زن و مرد ساکن سرای سالمندان شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی- واحد اهواز.
- فرزادی حمید، بیرشک بهروز، گویا محمد مهدی (۱۳۷۷). بررسی جنبه‌های روانی- اجتماعی و شیوه‌های کنار آمدن با بیماری در دو گروه از مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۴ (۲): ۵۶-۶۵.
- کلانتری، عبدالحسین و حسینی زاده آرانی، سید سعید (۱۳۹۴). شهر و روابط اجتماعی: بررسی ارتباط میان میزان انزوای اجتماعی و سطح حمایتی اجتماعی دریافتی با میزان تجربه احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی). مطالعات جامعه‌شناختی شهری، ۱۱۸-۸۷ (۱۶) ۵
- کلانتری، عبدالحسین، حسینی زاده آرانی، سید سعید، سخایی، ایوب، امامعلی زاده، حسین. (۱۳۹۴). انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان ۱۸+ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجی گرانه حمایت اجتماعی. پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر (علمی - پژوهشی)، ۴ (۶): ۱۱۶-۸۹.
- گروسی، س. میرزایی، ج؛ و شاهرخی، الف. (۱۳۸۶). «بررسی رابطه اعتماد اجتماعی و احساس امنیت (مطالعه موردی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد جیرفت)»، فصلنامه دانش انتظامی، ش ۳۳، سال نهم، شماره دوم، ص ۲۶ - ۳۹.
- لاریجانی، مهدیه، تاج مزینانی، علی اکبر (۱۳۹۴). بررسی عوامل تأثیرگذار بر مطروودیت اجتماعی سالمندان شهر ورامین. (جامعه‌شناسی کاربردی، ۷۴-۵۷، (۳) ۲۶.
- محسنی، منوچهر؛ دوران، بهزاد؛ سهرابی، محمدهادی (۱۳۸۵). بررسی اثرات استفاده از اینترنت بر انزوای اجتماعی کاربران اینترنت (در میان کافی نت‌های تهران)، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ۷، شماره ۴: ۱۵-۱۰.

- مدرسی یزدی، فائزه السادات(۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی، فرهنگی انزوای اجتماعی دختران مجرد بالای ۳۰ سال شهر یزد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه یزد، دانشکده علوم اجتماعی. ص ۲۱-۲۲
- مرادی، ا. طاهری، ص. جوانبخت، ف و طاهری، ع (۱۳۹۱). فرا تحلیل تحقیقات انجام شده درباره میزان رابطه سلامت روانی و حمایت اجتماعی در ایران. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰ (۶): ۵۶۵-۵۷۳.
- مظلومی، سعید، سلطانی، طاهره، مروتی، محمدعلی و فلاح زاده، حسین (۱۳۹۳). بررسی توانایی انجام فعالیتهای روزانه و شیوع بیماریهای مزمن در سالمندان شهر یزد، مجله طلوع بهداشت، ۱۳(۳): ۵۳-۴۲.
- ممتاز، فریده(۱۳۷۹)؛ جامعه‌شناسی شهر، تهران: شرکت سهامی انتشار.
- منصوری، مریم ( ۱۳۹۳). بررسی میزان انزوای اجتماعی زنان تحت حمایت بهزیستی شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور واحد ایلام
- میردريکوند، فضل اله، ادای، حمیده، امیریان، لیلا، خدایی، سجاد (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی با نقش میانجی احساس تنهایی در بین سالمندان. فصلنامه پرستاری سالمندان: ۳ (۲): ۶۳-۷۵
- نبوی، عبدالحسین، نواح، عبدالرضا، امیرشیرزاد، نرگس (۱۳۹۲). بررسی عوامل مؤثر بر بی‌تفاوتی اجتماعی (مورد مطالعه: شهروندان ۱۸ سال به بالای شهر دزفول). مجله جامعه شناسی ایران، ۱۶۱-۱۳۲، (۳) ۱۵.
- هورتولانوس، رلوف؛ انجا، مشیلز و لودوین میوسن (۱۳۹۴). انزوای اجتماعی در جامعه مدرن، ترجمه لیلا فلاحی سرابی و صادق پیوسته، چاپ اول، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- ورشوساز، محمد (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر انزوای اجتماعی و پیامدهای آن. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی دانشگاه شهید چمران اهواز.
- Cornwell E.Y. & Waite L.J. (2009) Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior* 50 (1), 31-48.
- Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*. 2017; 25(3): 799-812.
- Findlay R (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? United Kingdom, Cambridge University Press: 2003.
- Hackett R.A., Hamer M., Endrighi R., Brydon L. & Steptoe A. (2012) Loneliness and stress-related inflammatory and

- neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology* 37 (11), 1801–1809.
- Hortulatus & Machielse & Ludwien (2006). *Social isolation in modern society*, Routledge Publisher, London.
  - Ibrahim R, Abolfathi Momtaz Y, Hamid TA (2013). Social isolation in older Malaysians: prevalence and risk factors. *Psychogeriatric*; 13(2):71-9
  - Jakobsson U, Hellberg IR (2005). Loneliness, fear and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. *Aging Clin EXP Res*: 17(6). pp:494-501
  - Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, et al (2017). Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review. *Health & Social Care in the Community* 26(2)
  - Nancy E. G. Newall and Verena H. Menec (2017). Loneliness and social isolation of older adults why it is important to examine these social aspects together. *Journal of Social and Personal Relationships*; 105(12): 518–522.
  - Püllüm Engin, Akyıl Rahşan Çevik (2017). Loneliness and Social Isolation among Elderly People. *Meandrous Med Dent J*; 18:158-63
  - Rashedi V, Gharib M, Yazdani AA. Social participation and mental health among older adults in Iran. *Iranian Rehabil J* 2014;12(19):9-13.
  - Rohde, N; D. Ambrosio, C.; Ki Tang, and Rao, P. (2015). Estimating the Mental Health Effects of Social Isolation, *Applied Research in Quality of life*.
  - Wong ST, Wu A, Gregorich S, Pérez-Stable EJ. What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women? *J Aging Health* 2014;26(4):663-678.