

مطالعه مقایسه‌ای تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت شهروندان مشهد

سال سیزدهم، شماره سوم، بهار ۱۳۹۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۲۶

شماره صفحه: ۷-۴۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۱۵

پژمان ابراهیمی سیریزی^۱

سیدعلیرضا افشانی^۲

غلامرضا حسنی درمیان^۳

مهدی کرمانی^۴

چکیده

برای ایجاد و گسترش سلامت در فضای جامعه، کاهش احساس انزوای اجتماعی ضروری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت شهروندان شهر مشهد انجام شده است. چارچوب نظری این پژوهش، ترکیبی از مجموعه نظریات دورکیم، تحلیل شبکه و رویکرد تنهایی است. روش این تحقیق مبتنی بر پیمایش از نوع توصیفی و همبستگی بوده و جمع آوری داده‌ها به کمک پرسشنامه استاندارد سلامت SF_36 و پرسشنامه محقق ساخته انزوای اجتماعی صورت گرفته و حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر تعیین شده است. پرسشنامه در سطح شهر مشهد توزیع و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای اجرا شده و یافته‌های تحقیق با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مبتنی بر نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج توصیفی حاکی از آن است وضعیت سلامت شهروندان به طور کلی در سطح بالاتر از حد متوسط (۷۷/۱۷ از نمره ۱۰۰) و انزوای اجتماعی شهروندان نیز در حد متوسطی (۵۲/۰۳ از نمره ۱۰۰) قرار دارد. نتایج استنباطی نیز بیانگر این موضوع است که رابطه منفی و معناداری (۰/۶۱۹-) بین انزوای اجتماعی و ابعاد آن با سلامت وجود دارد. میزان همبستگی (۰/۶۱۹-) بین این دو متغیر در سطح متوسط است.

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد

pezhman.ebrahimi@yahoo.com

afshanalireza@yazduni.ac.ir

gh-hassani@um.ac.ir

m_kermani@ferdowsi.um.ac.ir

۲. دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه یزد

۳. استادیار جمعیت‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

۴. استادیار علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد

همچنین بین سطح سلامت بر حسب جنسیت و وضعیت اشتغال شهروندان، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد متغیرهای مستقل مجموعاً ۳۶٪ از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. نتایج تحلیل مسیر نیز حاکی از آن است که متغیر تنهایی اجتماعی بیشترین اثر مستقیم (۰/۳۵۲-) و متغیر احساس عجز بیشترین تأثیر غیرمستقیم (۰/۱۹۱-) را در تبیین متغیر سلامت دارند.

واژگان کلیدی: سلامت، انزوای اجتماعی، تنهایی اجتماعی، احساس عجز، شهروندان مشهد

بیان مسأله

قرن بیستم بیش از تمام تاریخ بشریت، دستخوش دگرگونی شیوه‌های زندگی و روابط اجتماعی و مسائل اقتصادی بوده است. تلاش برای صنعتی شدن، گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه‌ای که لازمه آن قبول شیوه‌های نوین زندگی است، اثر معکوسی بر سلامت انسان گذاشته است. سلامت پدیده‌ای است که درجه بالایی از بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی را با خود به همراه می‌آورد. اندیشمندان و نظریه‌پردازان اجتماعی به مقوله سلامت به‌عنوان یک موضوع مهم توجه نموده‌اند و انسان پیوسته در پی ارائه تصویری روشن و مناسب از تندرستی بوده است. یونانی‌ها معتقد بودند سلامتی نیرویی است که باعث ایجاد مقاومت در مقابل بیماری‌ها می‌شود؛ به عبارت دیگر از یک ارتباط مؤثر بین فرد، جامعه و محیط اطراف وی سخن می‌گفتند (افشانی و شیرینی محمدآباد، ۱۳۹۴: ۲). سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنها بازمی‌گردد، ولی معمولاً هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است (سفیری و منصوریان راوندی، ۱۳۹۲: ۵۲). با توجه به تعاریف مختلفی که از سلامت شده است، مقبول‌ترین آن‌ها تعریف سازمان بهداشت جهانی است. سازمان بهداشت جهانی، سلامت را بهزیستی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌داند، نه صرفاً فقدان بیماری و ناراحتی (WHO, 2007: 7).

از بُعد تاریخی، حق سالم بودن یکی از قدیمی‌ترین حقوق شهروندان هر جامعه‌ای است که در قوانین اساسی اکثر کشورهای جهان به آن اهمیت داده شده است. در سطوح بین‌المللی در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر قاطعانه بیان شده که هرکسی حق دارد از استانداردهای کافی زندگی از نظر سلامت و رفاه برای خود و خانواده‌اش برخوردار باشد. در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت نیز تأکید شده است که سلامت از حقوق اساسی هر یک از افراد بشر است تا از بیشترین استاندارد قابل دسترس سلامت برخوردار باشند (افشانی و شیرینی محمدآباد، ۱۳۹۴: ۲).

از طرف دیگر در جوامع کنونی، خطر بزرگی نوع انسان را تهدید می‌کند و روز به روز دامنه آن در حال گسترش است این بحث که زیر عنوان از خودبیگانگی قرار می‌گیرد تحت عنوان انزوای اجتماعی است که در اکثر ملل و فرهنگ‌ها به عنوان یک معضل شناخته شده است. احساس انزوای اجتماعی یک نوع واقعیت فکری است و به معنای عدم وابستگی فرد با ارزش‌های شناخته شده در جامعه تعریف می‌شود. در چنین حالتی فرد نسبت به زمینه‌های اجتماعی خویش بیگانه است و از ارزش‌ها و اهداف مرسوم جامعه جدا می‌باشد. همچنین خود را با آنچه که از نظر جامعه مقبول و با اهمیت است، همسو نمی‌داند (رکنی‌پور و سیادت، ۱۳۹۲: ۷۱). انزوای اجتماعی افراد درگیر را با احساس خلاء، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد. البته احساس تنهایی می‌تواند با تسریع پسرقت وضعیت سلامتی افراد از طریق تأثیر بر روی سیستم ایمنی بر سلامت جسمانی و روانی افراد تأثیر منفی بگذارد.

از نظر دورکیم^۱ بهنجاری اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه پذیری وی اشاره دارد. از نظر وی هر نوع قطع ارتباطی بین فرد و جامعه به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی تلقی می‌گردد. در چنین حالتی، نوعی فردگرایی افراطی، خواسته‌های فرد را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد. از نظر وی هر نوع فاصله بین

فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۶) و در نهایت سلامت را تهدید می‌کند. یافته‌های پژوهشی مؤید آن است که احساس انزوای اجتماعی یک عامل سبب‌شناختی در سلامت و بهزیستی جمعیت‌های گوناگون می‌باشد و پیامدهای آنی و دراز مدت جدی در بهداشت روانی دارد (نجفی و دیگران، ۱۳۹۰: ۱۱۵).

در مجموع انزوای اجتماعی با مشکلات روانی - اجتماعی (نظیر عزت نفس پایین، شایستگی پایین، تعاملات اجتماعی ضعیف، سلامت روانی (نظیر اضطراب، افسردگی، رفتارهای خودکشی)، سلامت جسمانی (نظیر عملکرد ایمنی و مشکلات خواب) مرتبط است.

شهر مشهد به‌عنوان شهری مذهبی بالاترین درصد زائران و گردشگران را داراست. طبق اظهارات معاون هماهنگی امور زائران استانداری خراسان رضوی، شهر مشهد سالانه حدود ۲۵ میلیون زائر ایرانی و ۲ میلیون زائر خارجی را در خود جای می‌دهد؛ همچنین به دلیل نزدیکی به کشورهایمانند افغانستان و پاکستان بزرگترین مرکز جذب توریسم مذهبی در نیمه شرقی کشور محسوب می‌شود. کلانشهر مشهد علاوه بر در اختیار داشتن موقعیت ویژه ژئوپولیتیکی و کارکرد زیارتی، در سال‌های اخیر با مسائل و چالش‌های عمده‌ای مواجه شده است. افزایش جمعیت و مهاجرت روستاییان و سایر شهرستان‌ها به شهر مشهد باعث گسترش بی‌سابقه کالبد شهری شده و جوانی جمعیت افزایش سطح تقاضای مسکن و زمین شهری را در پی داشته است. توان مالی اندک برخی اقشار، مخصوصاً جوانان و ناتوانی آنان در تأمین مسکن و فقدان پاسخ مناسب به نیازهای سکونت‌نی نیز باعث شکل‌گیری و تقویت سکونت‌گاه‌های غیررسمی و به دنبال آن حاشیه‌نشینی شده است.

از سوی دیگر، رواج تجمل‌گرایی و مصرف‌گرایی در شهر مانند افزایش هتل‌ها و خودروهای گران‌قیمت - که نمادهایی از زندگی مدرن محسوب می‌شوند - رفاه زندگی اقلیت ناچیزی از ساکنان شهر مشهد را بهبود بخشیده است. مقایسه این سبک زندگی برای اکثریت ساکنان شهر مشهد که برای بهبود وضعیت مالی و معیشتی خود در تلاشند، باعث انزوا و از خود بیگانگی آنها می‌شود و با احساس تنهایی ناشی از کمبود

امکانات، پیوندی بین خود و جامعه احساس نمی‌کنند (ناطق و افشانی، ۱۳۹۵: ۱۱۰-۱۱۱). از این رو، دلسردی و بی‌اعتنایی افراد و گروه‌های مختلف جامعه تحت تأثیر بیگانگی، باعث شکنندگی در ساختار اجتماعی شده و اعضای این شبکه نسبت به فرآیندهای اجتماعی بدبین و دچار بیماری، ناامیدی نسبت به آینده و انزوای اجتماعی به دور از هر گونه ارتباط اجتماعی می‌شوند (فولادیان، ۱۳۹۴: ۱۲۶).

با توجه به این دغدغه مفهوم انزوای اجتماعی به نوعی می‌تواند سلامت شهروندان شهر مشهد را تحت تأثیر قرار دهد. لذا از این رو مطالعه رابطه تأثیر انزوای اجتماعی و سلامت شهروندان به صورت یک امر ضروری و نو در این تحقیق مورد مطالعه قرار می‌گیرد، بنابراین با توجه به اهداف پژوهش، نوشتار حاضر در صدد پاسخ‌گویی به سؤالات ذیل است:

- وضعیت انزوای اجتماعی و سلامت شهروندان مشهدی به چه میزان است؟
- سهم اثرگذار انزوای اجتماعی و مؤلفه‌های آن بر سطوح سلامت شهروندان تا چه حد بوده است؟
- مهمترین پیشنهادها و اقدام پژوهی‌های مطرح شده با توجه به سهم تأثیرگذاری بین متغیرهای مورد مطالعه چه خواهد بود؟

پیشینه تجربی تحقیق

جدول (۱) پیشینه داخلی و خارجی

عنوان تحقیق جامعه مورد مطالعه	نام محقق و انتشار سال تحقیق	روش اصلی تحقیق	خلاصه یافته‌ها
رابطه انزوای اجتماعی و سلامت در میان سالمندان تهرانی	سیف‌زاده، حقیقتیان و مهاجرانی (۱۳۹۶)	پیمایش	بین سلامت و انزوای اجتماعی در سالمندان رابطه معکوسی وجود دارد و برخورداری از سلامت روانی و اجتماعی می‌تواند بر کاهش انزوای اجتماعی این قشر آسیب‌پذیر اثر مثبتی داشته باشد.
تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در مناطق شهری مشهد	کوششی و دیگران (۱۳۹۵)	پیمایش	سلامت سالمندان در شهر مشهد در حد متوسط است؛ اما سلامت مردان بیشتر از زنان است. تحصیلات بالاتر، دارای همسر بودن، وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر، بر سلامت تأثیر مثبتی دارد، افزایش میزان انزوای اجتماعی و سن، رابطه منفی با میزان سلامت سالمندان داشته است.
بیگانگی اجتماعی و گرایش به رفتارهای پر خطر (مطالعه موردی: شهر مشهد)	ناطق و افشانی (۱۳۹۵)	پیمایش	بین بیگانگی اجتماعی و ابعاد آن با رفتارهای پر خطر و ابعاد آن رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد.
بررسی رابطه بین میزان بیگانگی اجتماعی و میزان بی‌تفاوتی اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد	فولادبان (۱۳۹۴)	پیمایش	بین بیگانگی اجتماعی و مؤلفه‌های آن و بی‌تفاوتی اجتماعی دانشجویان رابطه وجود دارد. رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد که مؤلفه‌های بیگانگی اجتماعی به تنهایی ۴۰٪ از کل تغییرات متغیر بی‌تفاوتی اجتماعی را توجیه می‌کند.
دین، سلامت روان و احساس تنهایی. بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی)	کلانتری و حسینی‌زاده آرانی (۱۳۹۴)	پیمایش	میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی رابطه معنی‌دار و منفی وجود دارد و دینداری و اعتقادات مذهبی افراد تأثیر مثبتی بر سطح سلامت روان آنان بر جای می‌گذارد.
بررسی رابطه میزان احساس انزوای اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد	افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۴)	پیمایش	شاخص احساس انزوای اجتماعی دارای ارتباط معکوس و معنادار با میزان سلامت اجتماعی و تمام ابعاد آن دارد به عبارت دیگر افزایش احساس انزوای اجتماعی نقش قابل‌ملاحظه‌ای در کاهش میزان سلامت اجتماعی زنان دارد. از طرفی عواملی نظیر میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال بر سلامت اجتماعی زنان مؤثر بودند.

انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان ۱۸+ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجیگرانه حمایت اجتماعی	کلانتری و دیگران (۱۳۹۴)	پیمایش	با افزایش میزان انزوای اجتماعی، از سطوح حمایت اجتماعی کاسته شده و وضعیت سلامت روان شهروندان در حالت آسیب پذیری قرار می‌گیرد.
بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل و عوامل اجتماعی مرتبط با آن	ذالی آراللو و علایی (۱۳۹۳)	پیمایش	بین متغیرهای بیگانگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسؤلیت پذیری و احساس امنیت محیط شهری با سلامت اجتماعی معلمان رابطه معناداری وجود دارد.
سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان	زکی و خشوعی (۱۳۹۲)	پیمایش	بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسؤلیت‌پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه معکوس و معناداری وجود دارد.
مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران	همتی علمدارلو و دیگران (۱۳۸۸)	پیمایش	زندگی با سایر اعضای خانواده بر سلامت جسمانی و روانی سالمندان تأثیر مثبت دارد. بنابراین با توجه به موقعیت روانی _ فرهنگی سالمندان در ایران، بهترین مکان برای برآورده شدن نیازهای روان‌شناختی آنان خانواده است.
ارزیابی آثار سلامت روان ناشی از انزوای اجتماعی	(Rohde, et al., 2016)	تحلیل ثانویه	جابه جایی‌های ناشی از کار یا تحصیل، منجر به انقطاع در روابط اجتماعی و بسط انزوای اجتماعی در بُعد عینی شده و در نتیجه آثار منفی زیانباری بر سلامت روان افراد، بالأخص نزد زنان و افراد سالمند، بر جای می‌گذارد.
انواع شبکه اجتماعی و سلامت سالخوردگان	(Li & Zhang, 2015)	پیمایش	رابطه قوی بین انواع شبکه اجتماعی و سلامتی وجود دارد.
تأثیر حمایت اجتماعی بر روی سلامتی بومیان استرالیایی	(Waterworth, et al., 2014)	مصاحبه	حمایت اجتماعی حاصل شده می‌تواند تأثیر مثبت و منفی بر روی سلامتی افراد داشته باشد.
تجزیه و تحلیل چند سطحی سرمایه اجتماعی و سلامت خود ارزیابی	(Meng & Chen, 2014)	پیمایش	در منطقه‌ای با سطح بالایی از اعتماد، افراد از سلامتی بیشتری برخوردار بوده‌اند این در حالی است که در منطقه‌ای با سطح پایین اعتماد وضعیت سلامتی کاملاً معکوس است.
انزوای اجتماعی در میان کارگران در روستای کارولینای شمالی	(Mora, et al., 2014)	پیمایش	انزوای اجتماعی با افسردگی بالا و سلامت جسمانی و روانی پایین رابطه داشته است.

در یک نگاه کلی می‌توان گفت مرور پیشینه تجربی در وهله نخست بیانگر این است که مطالعات معدودی در داخل کشور به بررسی ارتباط بین انزوای اجتماعی با سلامت پرداخته است. همچنین در برخی مطالعات از مفاهیمی چون بیگانگی اجتماعی، بی

تفاوتی اجتماعی و احساس تنهایی که مشابهت مفهومی با انزوای اجتماعی دارند بهره گرفته شده است. در وهله دوم، مطالعات اندک موجود متمرکز بر گروه‌های در معرض خطری چون سالمندان، معتادان، افراد بی‌خانمان و بیماران می‌باشد. در اغلب تحقیقات انجام گرفته در زمینه سلامت در ایران تنها از یک نظریه استفاده شده و برای بسط و کاربرد سایر نظریات مرتبط با سلامت تلاشی نشده است. از طرف دیگر تحقیقات صورت گرفته در زمینه سلامت به ندرت بر اساس تفکیک جنسیتی بوده و پژوهش‌های انجام گرفته نیز صرفاً معطوف به برخی متغیرهای خاص می‌باشند. در اکثر تحقیقات برون مرزی، مفاهیم و متغیرهای تحقیق به روشنی تعریف شده که این مسأله یکی از نقاط قوت این پژوهش هاست، زیرا یکی از واحدهای اساسی کار تحقیقی، تعریف عملی و نظری مفاهیم و متغیرها می‌باشد. هرچند محاسن پژوهش‌های خارجی نسبت به پژوهش‌های داخلی بیشتر است اما آن‌ها نیز در بررسی موضوعات مورد پژوهش غالباً تنها به یک نظریه اکتفا کرده‌اند. با وجود پژوهش‌های بسیاری که در برخی از کشورها با موضوع سلامت انجام شده ولی هنوز جنبه‌های مبهم آن بسیار است؛ از جمله اینکه ابعاد و شاخص‌های سلامت در جوامع مختلف و شرایط مختلف متفاوتند و برخی شاخص‌ها در بعضی کشورها از اهمیت بیشتری برخوردار است.

چارچوب نظری

چارچوب نظری، الگویی است که محقق روابط مهم مابین عوامل مؤثر در ایجاد مسأله را بر اساس آن به کار می‌گیرد و در واقع چشم‌انداز نظری را برای بررسی مسأله در پرسش‌های آغازین، برمی‌گزیند. بدین ترتیب متغیرهای مهم و مؤثر در شرایط مربوط به مسأله تعریف شده را شناسایی و ارتباط بین متغیرها را به صورت منطقی توصیف می‌کند. در این پژوهش در مبحث انزوای اجتماعی و سلامت، از دیدگاه جامعه‌شناسانی چون چلبی و کییزا بهره گرفته شده است.

یکی از متفکران حوزه سلامت که اشارات جامعه‌شناختی و روان‌شناختی در کار او کاملاً

به چشم می‌خورد، کبیز است. طبق نظر وی، حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. کبیز نیز مثل لارسن^۱ معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی است. از این رو، او سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنها است معرفی می‌کند. وی بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح می‌کند که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۵۷).

کبیز بعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد از سلامت روانی برخوردار است. وی این وضعیت را بالندگی می‌نامد. افراد بالنده، احساس خوبی به زندگی دارند و در رابطه با دیگران و در جامعه، فعال و سازنده‌اند. کبیز، نبود سلامت روانی را پژمردگی می‌خواند. افراد پژمرده، احساس خوبی به زندگی ندارند و کارکرد روانی و اجتماعی شان مشکل دارد. این افراد دچار یأس و نومیدی بوده و زندگی خود را پوچ و خالی می‌بینند (شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۶: ۱۱۶). روابط اجتماعی بخشی اساسی از زندگی انسان است. انسان‌ها موجوداتی اجتماعی هستند که در بسیاری از مسائل به یکدیگر وابسته‌اند (هورتولانوس، مشیلز و میوسن، ۱۳۹۴: ۳۹) آن‌ها به یکدیگر مرتبط‌اند و درون شبکه‌ای از خویشاوندان و غیرخویشاوندان به طرق گوناگون جاسازی شده‌اند؛ همچنین بخشی از جوامع پرجمعیتی هستند که با آن‌ها شناسایی می‌شوند؛ با داشتن تعاملات اجتماعی متنوع، مردم به زندگی اجتماعی‌شان شکل خواهند داد. شبکه شخصی، عامل مهمی در زندگی روزمره اشخاص است. بنابراین

جای تعجبی وجود ندارد زمانی که از افراد پرسیده شود تا عواملی که به نظر آن‌ها برای تندرستی مهم است، ارتباطات اجتماعی خود را در اولویت بالایی قرار دهند. این مورد مخصوصاً در روابط نخستین (شریک زندگی و خانواده) صدق می‌کند، اگر چه به روابط اجتماعی در مفهومی وسیع‌تر نیز مربوط است. در سال‌های اخیر، مطالعات بسیاری تأیید کرده‌اند، که افرادی که در شبکه‌ای از روابط شخصی قرار دارند، به‌طور کلی سطح بالاتری از بهزیستی را نسبت به کسانی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند، تجربه می‌کنند. آن‌ها به سالم‌تر بودن تمایل دارند (همان: ۴۱). جامعه‌شناسان، روابط اجتماعی را سنگ بنای ابتدایی شکل‌های پیچیده‌تر تماس میان انسان‌ها می‌دانند روابط اجتماعی همچنین درجه معینی از مقررات را ارائه می‌دهد، به این معنی که اعمال افراد تا حدی توسط قرارگرفتن آن‌ها در یک اجتماع یا گروه خاص کنترل و هدایت می‌شود. این مسأله به انسجام و پیوستگی اجتماعی کمک خواهد کرد. معضلی که این ارتباطات را در جامعه سیال مدرن با تهدیدی جدی مواجه ساخته است، پدیده‌ای به نام انزوای اجتماعی یا انفصال در شبکه روابط اجتماعی اعضای جامعه می‌باشد. "مشخصه اصلی انزوا، فقدان شبکه روابط اجتماعی معنادار به مثابه مهم‌ترین نیاز اجتماعی افراد می‌باشد" (House, 2001: 273).

رویکردهای متعددی در مطالعه انزوا مطرح شده‌اند. نظریه‌های اولیه انزوای اجتماعی منتسب به دورکیم و بالبی^۱ هستند. طبق تئوری آنها، ترتیبات ساختاری نهادهای اجتماعی بر منابع در دسترس افراد مؤثر بوده و بدین رو بر واکنش‌های عاطفی و روانی آنها تأثیر می‌گذارد. بنا بر نظر دورکیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش قوی‌تر باشد، احتمال انزوا و به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد.

نخستین رویکردی که برای مطالعه‌ی انزوای اجتماعی مناسب است، تحلیل شبکه Network Analysis است. در این رویکرد، با تمرکز بر روابط گروهی و خصوصیات ساختاری شکل‌بندی‌های اجتماعی، روابط اجتماعی اساساً همچون سنگ‌بنای ساختارهای اجتماعی، در نظر گرفته می‌شود. در شیوه پژوهش شبکه‌ای سه رویکرد

وجود دارد که هریک به سوی بعد متفاوتی از شبکه اجتماعی جهت می‌گیرند.

(۱) رویکرد همبستگی اجتماعی بر محدوده شبکه شخصی و نوع روابط و تلاش‌هایی متمرکز است که میزان همبستگی یک شخص در درون جامعه را تعیین می‌کند. در اینجا مشخصه‌های روابط در شبکه به عنوان شاخص‌های میزان همبستگی اجتماعی به کار می‌روند. عوامل مهم عبارتند از: ترکیب و اندازه خانوار، سهم خانواده و دوستان، عضویت در انجمن‌ها و گروه‌های مذهبی، دارای کار بودن یا بیکاری و غیره.

(۲) در رویکرد شبکه اجتماعی، تأکید بر ساختار رسمی شبکه، و بر روابط موجود در شبکه است. این نوع پژوهش در خصوصیات شبکه‌ای که شخص در آن مشارکت دارد ریشه دارد. این خصوصیات می‌تواند شامل صمیمیت شبکه (آیا اعضای شبکه یکدیگر را می‌شناسند)، نامتجانس بودن شبکه (از لحاظ خانوادگی، جنسیتی، موقعیت اجتماعی و غیره)، دامنه شبکه (لایه‌های اجتماعی که شبکه به آن دسترسی دارد)، و چند کاربردی بودن روابط باشد. در این رویکرد انزوای اجتماعی به یک حوزه محدود شبکه مرتبط نیست بلکه به خصوصیات مشخصی از ساختار شبکه ارتباط دارد.

(۳) در رویکرد حمایت اجتماعی تمرکز بر کیفیت روابط است. کیفیت تابع عملکردی است که یک رابطه برای شخص دارد، به ویژه میزان و نوع حمایتی که آن رابطه فراهم می‌کند. این رویکرد نمی‌تواند تمام شبکه شخصی را به تصویر بکشد، بلکه فقط روابطی را معین می‌کنند که در آن‌ها حمایت، مبادله می‌شود. این رویکرد، انزوای اجتماعی را به عنوان فقدان روابط حمایتی در شبکه شخصی می‌داند. مسأله مشترک در رویکرد شبکه این است که انزوای اجتماعی با اطلاعات کم و بیش واقعی در مورد شبکه شخصی افراد اندازه‌گیری می‌شود: دامنه شبکه، خصوصیات ساختاری یا حضور افرادی که می‌توانند صورت‌های مشخصی از حمایت اجتماعی را در اختیار بگذارند. انزوای اجتماعی به معنای داشتن شبکه‌ای شخصی با دامنه محدود یا ترکیب یک طرفه است، هرچقدر که شبکه شخصی کوچکتر، محصورتر یا همگن‌تر می‌شود یا زمانی که روابط حمایتی کم می‌شود، احتمال انزوای اجتماعی افزایش می‌یابد (هورتولانوس، مشیلز و میوسن، ۱۳۹۴: ۶۴).

طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به صورت حائلی

در مقابل عوامل فشارزای درونی عمل می‌کند به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار، اثر بسیار مؤثری بر عزت نفس افراد و افزایش توان مقابله با مشکلات و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت منجر می‌گردد (کلانتری و دیگران، ۱۳۹۴: ۹۷).

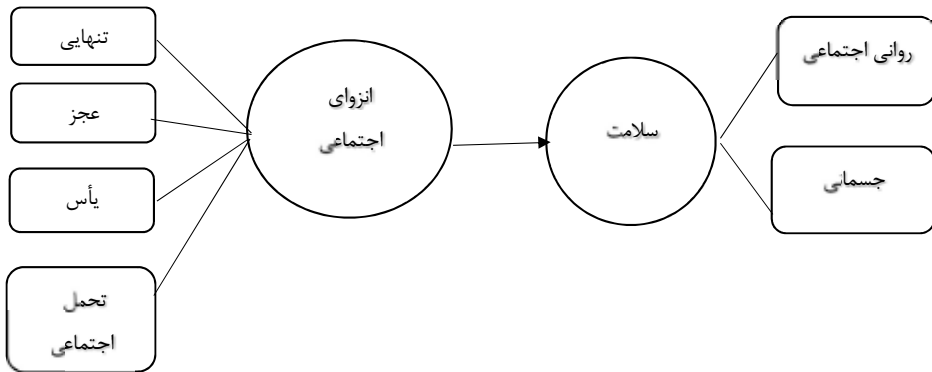
دومین رویکردی که برای مطالعه انزوای اجتماعی مهم است، سنت پژوهش تنهایی است. این رویکرد نه بر اطلاعات واقعی شبکه اجتماعی، بلکه بر کیفیت روابط در شبکه به همان صورت که خود انسان‌ها تجربه می‌کنند، متمرکز می‌شود. بنابراین این رویکرد در رابطه با تجربه ذهنی از شبکه شخصی است و بر فقدان تعاملات با ارزش و معنادار با دیگران تأکید می‌کند (هورتولانوس، مشیلز و میوسن، ۱۳۹۴: ۶۵).

بدون تردید، انزوای اجتماعی افراد را از مشارکت غیررسمی و رسمی در جامعه محروم می‌سازد. مبادله اجتماعی و دلبستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد. از تبادل پایدار و دائمی افکار و احساسات از کل به فرد و از فرد به کل جلوگیری می‌کند. موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم و همچنین روابط گفتمانی می‌شود. از احساس مشارکت در روابط گرم، صمیمی و انسانی جلوگیری می‌کند. فرصت‌های مناسب را برای با هم زندگی کردن، با هم کار کردن، با هم تجربه کردن و با هم بودن سلب می‌کند و نهایتاً روابط طولانی، پایدار و عمیق را غیرممکن می‌سازد (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳: ۱۰). موارد یاد شده می‌توانند پیامدهای مختلفی از جمله احساس تنهایی، احساس عجز، یأس اجتماعی و کاهش تحمل اجتماعی را به دنبال داشته باشند.

کلرمن^۱ معتقد است احساس تنهایی از نقص در روابط نزدیک و اختلال در هم‌بندی‌های اجتماعی یا انسجام اجتماعی ناشی می‌شود. هالورسن^۲ اعتقاد دارد که احساس تنهایی عمدتاً با میزان روابط اولیه و در سطحی محدودتر با میزان و کیفیت روابط دومین و سومین یعنی مشارکت در بازار کار و فعالیت‌های مدنی ارتباط دارد. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که دلگرمی و تأیید احساسی شکلی از حمایت اجتماعی است که فرد تنها تصور می‌کند در رابطه‌اش با دیگران مفقود است. به اعتقاد چلبی، هر قدر در

1. Klerman
2. Halvorsen

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. امداد رسانی در روابط حمایتی به افرادی که به هر دلیل در یکی از ابعاد مزبور محروم باقی مانده‌اند، فرصتی دوباره می‌دهد که استعداد های منحصر به فرد خود را شکوفا سازند تا بتوانند در جهت خیر جمعی گام بردارند (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۵۸). تحمل اجتماعی نیز به سطح تعامل اجتماعی و تنوع شبکه‌های اجتماعی بستگی دارد. چلبی معتقد است تحمل اجتماعی با توسعه شبکه اجتماعی فرد افزایش می‌یابد و با تضعیف آن کاهش می‌پذیرد. پیوستن به انجمن‌های داوطلبانه که در آن طرح مسائل، ابراز عقیده و پیشنهادات، تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب بر مبنای اصل مجاب‌سازی (روابط گفتمانی) صورت می‌گیرد، تحمل اجتماعی را تقویت می‌کند (همان: ۲۸۹). پاکستون^۱ به شکل مشابهی استدلال می‌کند که عضویت در گروه‌ها و اجتماعات بسته و محدود، سطح تحمل اجتماعی را کاهش می‌دهد (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۳: ۱۱). بر اساس چارچوب نظری فوق، مدل نظری پژوهش به شکل زیر ارائه می‌شود و مورد آزمون قرار می‌گیرد:



شکل (۱) مدل نظری پژوهش

فرضیه اصلی

بین انزوای اجتماعی و سلامت شهروندان رابطه معکوس وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

بین ابعاد انزوای اجتماعی (تنهایی اجتماعی، احساس عجز، احساس یأس و کاهش تحمل اجتماعی) با سلامت روانی اجتماعی رابطه معکوس وجود دارد.

بین ابعاد انزوای اجتماعی (تنهایی اجتماعی، احساس عجز، احساس یأس و کاهش تحمل اجتماعی) با سلامت جسمانی رابطه معکوس وجود دارد.

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر پیمایشی است که بر اساس ماهیت داده‌ها کمی و از نظر هدف، پژوهشی کاربردی است. جامعه آماری پژوهش را جمعیت سی تا هفتاد و چهار سال شهر مشهد^۱ تشکیل می‌دهند که تعداد آنها براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، ۸۸۰۶۷۳ نفر مرد و ۸۷۰۳۳۸ نفر زن را شامل شده است و سپس با استفاده از فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵٪ و دقت احتمالی ۵٪ حجم نمونه ۳۸۴

۱. دلیل انتخاب ستین سی تا هفتاد و چهار سال این است که دو کهورت جمعیتی را شامل می‌شود جمعیتی که قبل از ۱۳۳۵ متولد شدند (۶۰ سال به بالا) و جمعیت‌هایی که در ۳۰ سال آینده به سن ۶۰ سال و بالاتر به تدریج می‌رسند.

نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، خوشه‌ای چند مرحله‌ای، شامل (منطقه، ناحیه شهری، محله، بلوک و خانوار) است که در وهله اول از سیزده منطقه شهر مشهد با توجه به سطح توسعه یافتگی و برخورداری از شاخص‌های خدمات شهری مناطق با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده دو منطقه شهر که از منطقه میان توسعه یافته، منطقه ۱ و از منطقه محروم، منطقه ۵ انتخاب شدند و سپس در هر منطقه سه محله و از هر محله پنج بلوک و از میان بلوک‌ها، خانوارها به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند.



شکل ۲) نقشه مرزبندی مناطق، نواحی و محله‌های مناطق ۱۳ گانه شهر مشهد

موقعیت شهر مشهد

کلان‌شهر مشهد مرکز استان خراسان رضوی است که در سال ۱۳۹۶ با احتساب نواحی منفصل توس و قرقی با ۳۵۱۴۷ هکتار و مساحت ۳۲۸ کیلومترمربع در شمال شرق ایران قرار داشته است. طول جغرافیایی ۵۹ درجه و ۲ دقیقه تا ۶۰ درجه و ۳۸ دقیقه و

عرض جغرافیایی ۳۵ درجه و ۴۴ دقیقه تا ۳۷ درجه و ۷ دقیقه به صورت شرقی - غربی در حوضه آبریز کشف رود، بین رشته کوه‌های بینالود و هزار مسجد این شهر مستقر شده است؛ و ارتفاع شهر از سطح دریا ۹۹۹ متر هست (سالنامه آمار شهر مشهد ۱۳۹۶، ۱۳۹۷). این شهر به عنوان دومین کلان‌شهر بزرگ کشور، کارکرد مذهبی - زیارتی دارد. (بدری و طیبی، ۱۳۹۱: ۱۵۳) این شهر در زمان افشاریان، پایتخت ایران بوده است؛ و دومین شهر پهناور ایران، بعد از تهران است. (حیاتی، ۱۳۹۱: ۱۱۵). شکل‌گیری فضایی، زندگی اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی این شهر به طور کامل تحت تأثیر عوامل مذهبی بوده است. با توجه به آخرین سالنامه آمارنامه شهری مشهد ۱۳۹۶ که در سال ۹۷ منتشر شده است این کلان‌شهر از نظر خدمات شهری (۳۷ ناحیه) و از نظر نواحی شهرسازی (۴۰ ناحیه) و ۱۵۸ محله دارد (سالنامه آمار شهر مشهد، ۱۳۹۶: ۱۱۴). بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ جمعیت مشهد بالغ بر ۳۰۵۷۶۷۹ نفر بوده است که از این جمعیت ۱۵۳۲۴۷۵ نفر مرد (۵۰٪) و در حدود ۱۵۲۵۲۰۴ نفر زن تقریباً (۵۰٪) بوده است. بر اساس مناطق ۱۳ گانه شهری مشهد مناطق ۲، ۳ و ۱۰ شهری به ترتیب دارای بیشترین تراکم جمعیتی و مناطق ۸، ۱۲ به ترتیب دارای کمترین تراکم جمعیتی است (گزیده شاخص‌های جمعیتی شهر مشهد، ۱۳۹۶).

جدول ۲) مشخصات شهری و جمعیتی مناطق ۱۳ گانه کلان‌شهر مشهد بر اساس سرشماری ۱۳۹۵

منطقه	سال تاسیس	تعداد نواحی خدماتی	فروانی جمعیت هر منطقه	درصد	مرد	درصد	زن	درصد	تعداد خانوار	بعد خانوار
منطقه ۱	۱۳۶۳	۲	۱۶۷۰۱۳	۵/۴۶	۸۱۶۱۹	۵/۳۲	۸۵۳۹۴	۵/۵۹	۵۵۲۲۱	۳
منطقه ۲	۱۳۶۲	۴	۵۱۳۳۶۵	۱۶/۷۸	۲۵۷۰۰۴	۱۶/۷۷	۲۵۶۳۶۱	۱۶/۸۰	۱۵۷۵۹۲	۳/۳
منطقه ۳	۱۳۶۲	۴	۴۱۷۹۵۰	۱۳/۶۶	۲۱۰۹۰۴	۱۳/۷۶	۲۰۷۰۴۶	۱۳/۵۷	۱۲۵۶۵۹	۲/۳
منطقه ۴	۱۳۷۳	۳	۲۶۱۹۳۸	۸/۵۷	۱۳۱۳۴۹	۸/۵۷	۱۳۰۵۸۹	۸/۵۷	۷۶۶۲۳	۳/۴
منطقه ۵	۱۳۷۴	۲	۱۷۵۸۴۹	۵/۷۴	۸۷۲۶۴	۵/۶۸	۸۸۵۸۵	۵/۸۰	۴۸۶۶۲	۳/۶
منطقه ۶	۱۳۷۰	۳	۲۳۲۶۱۶	۷/۶۰	۱۱۶۷۰۸	۷/۶۱	۱۱۵۹۰۸	۷/۵۹	۶۷۰۳۶	۳/۵
منطقه ۷	۱۳۷۴	۳	۲۵۶۵۷۵	۸/۲۸	۱۲۹۸۰۸	۸/۳۵	۱۲۶۷۶۷	۸/۲۰	۷۷۵۲۸	۳/۳
منطقه ۸	۱۳۷۰	۳	۸۹۲۱۶	۳/۰۲	۴۴۲۴۹	۲/۹۹	۴۴۹۶۷	۳/۰۵	۲۸۹۶۶	۳/۱
منطقه ۹	۱۳۷۰	۳	۳۲۷۰۶۱	۱۰/۶۹	۱۶۱۹۰۳	۱۰/۵۶	۱۶۵۱۵۸	۱۰/۸۲	۱۰۳۰۹۳	۳/۲
منطقه ۱۰	۱۳۷۱	۳	۲۹۶۸۲۳	۹/۷۰	۱۴۸۸۵۶	۹/۷۱	۱۴۷۹۶۷	۹/۷۰	۹۲۰۱۸	۳/۲
منطقه ۱۱	۱۳۷۹	۲	۲۰۰۱۶۱	۶/۵۴	۱۰۲۴۲۹	۶/۶۸	۹۷۷۳۲	۶/۴۰	۶۰۶۰۹	۳/۳
منطقه ۱۲	۱۳۸۷	۳	۱۰۵۲۶۳	۳/۴۴	۵۳۲۴۲	۳/۴۷	۵۲۰۲۱	۳/۴۱	۳۲۵۱۷	۳/۲

۳/۱	۴۵۲۱	۰/۴۴	۶۷۰۹	۰/۴۶	۷۱۴۰	۰/۴۵	۱۳۸۴۹	۲	۱۳۷۸	منطقه ثامن
۳/۳	۹۳۰۰۴۵	۱۰۰	۱۵۲۵۲۰۴	۱۰۰	۱۵۳۲۴۷۵	۱۰۰	۳۰۵۷۶۷۹	۳۷	جمعیت کل شهرداری (۱۳۹۷)	

منطقه یک شهری

شهرداری منطقه یک مشهد وسعتی معادل ۱/۴۷۹ هکتار دارد. این منطقه به لحاظ مرکزیت شهری از نظر تجاری، اداری، جمعیت و ترافیک بیش از اندازه ای را در خود جای داده است. این منطقه از ۲ ناحیه تشکیل شده است که تراکم جمعیت در هر هکتار برابر ۱۱۳/۱ نفر بوده است (شهرداری منطقه یک شهر مشهد، ۱۳۹۸). مشخصات محدوده قانونی منطقه در جدول و نقشه ذیل بیان شده است.

جدول (۳) مشخصات محدوده قانونی منطقه یک شهرداری مشهد

شمال	میدان استقلال، بلوار فردوسی، میدان فردوسی، بلوار سپهبد قرنی، خیابان توحید، میدان شهدا
جنوب	بلوار شهید محمد منتظری، میدان فلسطین، بلوار ملک‌آباد، میدان آزادی
شرق	خیابان دانشگاه، میدان دکتر شریعتی، خیابان کوهسنگی
غرب	میدان آزادی، بزرگراه آزادی، میدان استقلال



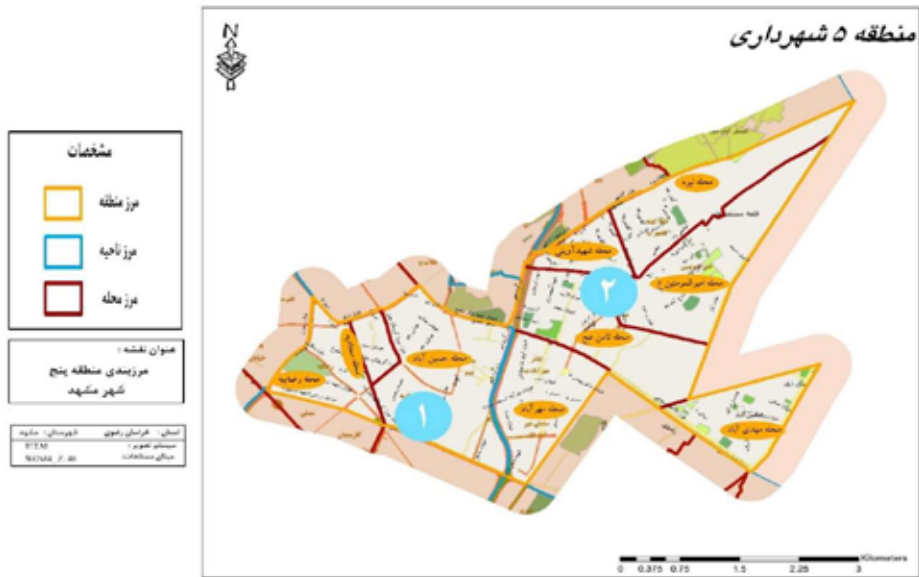
شکل ۳) نقشه مرزبندی محله‌ها و نواحی منطقه ۱ شهر مشهد

منطقه پنج شهری

این منطقه از ۲ ناحیه تشکیل شده است که وسعت آن برابر با ۱/۴۳۸ هکتار هست. تراکم جمعیت در هر هکتار برابر ۱۲۲/۳ نفر بوده است تشکیل شده است (شهرداری منطقه پنج شهر مشهد، ۱۳۹۸). مشخصات محدوده قانونی منطقه در جدول و نقشه ذیل بیان شده است.

جدول ۴) مشخصات محدوده قانونی منطقه پنج شهرداری مشهد

شمال	تقاطع امت با مفتح (حدفاصل مفتح تا صدمتری، بلوار شهید اوینی- حدفاصل صدمتری تا عیش‌آباد
جنوب	پنج راه تا پل سرخس- میدان شهید عباسپور تا ابتدای خیابان کارگر
شرق	خیابان کارگر (کال امیرآباد)- بلوار میامی- میدان اروند- ابتدای جاده کنه بیست- فرخ‌آباد- عباس‌آباد- خط لوله گاز- شهرک مستضعفین
غرب	بلوار وحدت، حدفاصل پنج راه تا چهارصد دستگاه (وحدت ۲)



شکل ۴) نقشه مرزبندی محله‌ها و نواحی منطقه ۵ شهر مشهد

جدول ۵) سطح بندی مناطق شهر مشهد بر اساس برخورداری از شاخص‌های خدمات شهری

مناطق	وضعیت برخورداری	ردیف
۹-۱۲	توسعه یافته	۱
۱۱-۱۰-۸-۷-۲-۱	میان توسعه یافته	۲
۶ و ثامن	فرو توسعه یافته	۳
۵-۴-۳	محروم	۴

جدول ۵ سطح بندی مناطق شهر مشهد بر اساس برخورداری از شاخص‌های خدمات شهری را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌کنید منطقه یک شهر مشهد به لحاظ وضعیت برخورداری از شاخص‌های خدمات شهری، در ردیف مناطق میان توسعه یافته و منطقه پنج در ردیف وضعیت محروم قرار دارد (حاتمی‌نژاد و دیگران، ۱۳۹۶: ۱۳).

جدول ۶) محلات انتخاب شده

مناطق و نواحی	محلات
منطقه ۱، ناحیه ۲	سجاد، آبکوه، ارشاد
منطقه ۵، ناحیه ۲	ثامن، مهرآباد، مهدی آباد

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{(N.d^2) + (t^2.p.q)} = \frac{1751011 \times 1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5}{(1751011 \times 0.05 \times 0.05) + (1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5)} = 384$$

در پژوهش حاضر برای محاسبه اعتبار ابزار اندازه گیری از روش اعتبار محتوایی استفاده شده است. به این ترتیب که نظر کارشناسان و صاحب نظران و استادان در این حوزه پرسیده و در مرحله بعد، پس از تعیین صحت و سقم عبارات، مقیاس ها و پرسش ها به صورت پرسشنامه ای (پرسشنامه استاندارد سلامت SF_36 و پرسشنامه محقق ساخته انزوای اجتماعی) تنظیم و مورد بررسی قرار گرفت. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ مورد تایید قرار گرفت. مقیاس سنجش سلامت شهروندان در دو بعد؛ شامل سلامت جسمی و روانی - اجتماعی سنجش شده که نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ را در بر گرفته است و نمره بالاتر به منزله سلامت بالاتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های هشت گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین، این پرسشنامه می تواند در تمام شاخص ها، افراد سالم را از بیمار تفکیک کند. داده های مورد استفاده پس از جمع آوری و تدوین، به کمک نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید و سپس به منظور وجود رابطه احتمالی بین متغیرهای فرضیات، از روش های آماری همچون ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t و رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر استفاده شده است.

جدول ۷) پایایی متغیرهای تحقیق

متغیر/ مولفه	تعداد گویه ها	آلفای کرونباخ	KMO	آزمون بارتلت	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت	۳۶	۰/۸۵	۰/۹۰۲	۰/۶۱۵	۴۳۵	۰/۰۰۱
بعد روانی اجتماعی	۱۴	۰/۸۹	۰/۸۸۵	۲۲۸۷/۵۵۴	۴۲۸	۰/۰۰۱
بعد جسمانی	۲۲	۰/۸۷	۰/۹۱۰	۳۴۴۷/۵۲۸	۳۰۰	۰/۰۰۱
انزوای اجتماعی	۱۸	۰/۷۹	۰/۶۴	۴۳۲/۲۱	۳۹۱	۰/۰۰۱

تنهایی اجتماعی	۶	۰/۸۸	۰/۸۵	۵/۴۰۳	۴۲۱	۰/۰۰۱
عجز	۴	۰/۷۵	۰/۷۴۱	۲۳۴۱/۲۳۴	۳۸۳	۰/۰۰۱
یأس	۵	۰/۷۲	۰/۶۱	۳۱۵/۵۱	۳۱۰	۰/۰۰۱
تحمل اجتماعی	۴	۰/۷۸	۰/۸۴	۲۰۱۸/۶۱	۳۴۶	۰/۰۰۱

بر اساس اطلاعات جدول بالا ملاحظه می‌شود که ضریب KMO برای سؤالات سلامت و انزوای اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۹۰۲ و ۰/۶۴ است که حاکی از کفایت نمونه است. همچنین مقدار بارتلت در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است که نشان می‌دهد تفکیک عامل‌ها بر اساس بارهای عاملی به درستی اجرا شده و بین عامل‌ها همپوشانی وجود ندارد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای تحقیق

جدول ۸) تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

متغیر	تعریف مفهومی	تعریف عملیاتی	گویه
سلامت	سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد، ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. قدیمی‌ترین تعریفی که از سلامتی شده است عبارتست از بیمار نبودن. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو (پورموسوی و صفاوردی، ۱۳۹۴: ۴).	برای سنجش سطح سلامت شهروندان شهر مشهد از پرسشنامه استاندارد SF-۳۶ استفاده شده است که بوسیله ویر و شریبون ساخته شده و از طریق ۳۶ سؤال، سلامت شهروند را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط کوششی و دیگران (۱۳۹۵) استفاده شده است.	گویه‌های بعد سلامت جسمانی در حالت کلی وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ در مقایسه با یکسال گذشته وضعیت سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ کاستن از ساعات کار یا فعالیتهای روزمره به دلیل احساس بیماری داشتن کارایی و عملکردی کمتر از حد انتظار محدودیت در انتخاب شغل یا کار دلخواه به دلیل مشکلات جسمانی ناتوانی و مشکل در انجام کارهای روزانه یا وظایف شغلی
		گویه‌های بعد سلامت روانی اجتماعی کم نمودن از ساعات کاری یا فعالیتهایی که قبلاً انجام می‌دادید کارایی و عملکردی کمتر از آنچه که از خودتان انتظار داشتید کم شدن دقت و تمرکزتان به کار یا فعالیتهای روزمره در مقایسه با گذشته احساس شادی و نشاط می‌کردم فردی عصبی بودم احساس افسردگی شدیدی داشتم که احساس می‌کردم هیچ چیزی نمی‌تواند مرا از این وضع خارج کند احساس راحتی و آرامش داشتم احساس می‌کردم انرژی و توان زیادی دارم احساس یأس و ناامیدی می‌کردم احساس می‌کردم که از کار افتاده و ناتوان شده ام در طول یک ماه گذشته ناراحتی های جسمانی یا روانی تا چه حدی مانع رسیدگی به امور خانه و دیدار با فامیل و دوستان و همسایگان شده است؟ در طی یک ماه گذشته ناراحتی های جسمانی و مریضی یا مشکلات عصبی و روانی و بی حوصلگی تا چه حدی باعث شده است که شما نتوانید فعالیت‌های اجتماعی مانند دیدار با دوستان یا رفت و آمد با فامیل یا حضور در مکان‌های عمومی را تجربه نمایید.	

<p>گویه‌های بعد تنهایی اجتماعی من به مصاحبت و همراهی نیاز دارم. افرادی هستند که می‌توانم با آنها صحبت کنم. کسی را ندارم که با او صحبت کنم. قادر نیستم تنهایی را خیلی تحمل کنم. کاملاً احساس تنهایی می‌کنم. بیشتر وقت‌ها دوست دارم تنها باشم.</p> <p>گویه‌های بعد عجز می‌توانم به دوستانم اتکا کنم. قادر نیستم با کسانی که در بیرون هستند ارتباط برقرار کنم. روابط اجتماعی من مصنوعی است.</p> <p>گویه‌های بعد یأس اجتماعی به جمعی که تعلق دارم اطمینان چندانی ندارم. چون به دیگران اطمینان ندارم، تنهایی را بیشتر دوست دارم. احساس می‌کنم با اعضای خانواده ام نزدیک و صمیمی نیستم. خانواده ام صمیمانه به من عشق می‌ورزند. خواهان دل بستگی به دیگران هستم.</p> <p>گویه‌های بعد کاهش تحمل اجتماعی دوستانم به من احترام می‌گذارند. خیلی محبوب هستم. رابطه من و دوستانم بسیار مهم است. مردم مرا تحسین و ستایش می‌کنند.</p>	<p>نظریات طبق چلبی، سنجنش متغیر انزوای اجتماعی، با سنجنش تک تک ابعاد آن آغاز شده است که عبارت بوده اند از: یأس اجتماعی، احساس عجز، تحمل اجتماعی پایین و احساس تنهایی. این پرسشنامه توسط مدرسی یزدی، فرهمند و افشانی (۱۳۹۶) استفاده شده است.</p>	<p>انزوای اجتماعی افراد را از مشارکت غیر رسمی و رسمی در جامعه محروم می‌کند؛ مبادله اجتماعی و دل بستگی اجتماعی را کاهش می‌دهد؛ از تبادل پایدار و دائمی با افکار و احساسات از کل به فرد واز فرد به کل جلوگیری می‌کند؛ موجب تضعیف یا قطع روابط و مبادلات نامتقارن گرم و روابط گفتگویی می‌شود؛ از احساس مشارکت در روابط گرم، صمیمی و انسانی جلوگیری می‌کند؛ فرصت‌های مناسب را برای با هم زندگی کردن، با هم کار کردن، با هم تجربه کردن و با هم بودن را سلب می‌کند؛ و روابط طولانی، پایدار و عمیق را غیر ممکن می‌سازد. (چلبی و امیرکافی، ۱۳۸۲: ۱۰).</p>	<p>انزوای اجتماعی</p>
---	---	---	-----------------------

یافته‌های پژوهش

الف) توصیف یافته‌های جمعیت شناختی

جدول ۹) توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی پاسخگویان

میانگین سن	درصد مردان	درصد زنان	میانگین اعضای خانواده	میانگین هزینه ماهیانه
۴۱/۳۹	۰/۶۸	۰/۳۲	۴	۱۶۳۶۴۱۵
وضعیت اشتغال	۵۱/۷ شاغل تمام وقت	۰/۲۱ شاغل نیمه وقت	۱۴/۳ شاغل پاره وقت	۰/۱۳ بیکار
نوع بیمه	۳۲/۳ خدمات درمانی	۶۴/۷ تأمین اجتماعی	۰/۳ سایر بیمه‌ها	-
وضعیت تأهل	۰/۷۹ متأهل	۰/۱ بدون همسر در اثر طلاق	۰/۱ بدون همسر در اثر فوت	۰/۱۹ هرگز ازدواج نکرده

به طور کلی از بین ۳۸۴ شهروندی که مورد بررسی قرار گرفتند، میانگین سن پاسخگویان ۴۱/۳۹ سال بوده، ۳۲٪ را زنان و ۶۸٪ از جمعیت نمونه را مردان تشکیل داده‌اند. میانگین تعداد اعضاء خانواده‌های نمونه مورد بررسی ۴/۱۵ نفر بوده است. بیش از نیمی از پاسخگویان ۵۱/۷٪ شاغل تمام وقت، ۲۱٪ شاغل نیمه وقت، ۳٪ شاغل پاره وقت و ۱۳٪ نیز بیکار بودند. از نظر نوع شغل، ۳۹/۳٪ از پاسخگویان دارای شغل دولتی بودند. ۴۸/۷٪ شغل آزاد داشتند. ۱۲٪ از پاسخگویان، شغل خود را اظهار نکرده‌اند. میانگین میزان هزینه متوسط ماهانه پاسخگویان ۱۶۳۶۴۱۵ تومان بوده، ۳۲/۳٪ از پاسخگویان از بیمه خدمات درمانی و ۶۴/۷٪ نیز از بیمه تأمین اجتماعی استفاده

می‌کنند. همچنین ۳٪ از پاسخگویان از سایر بیمه‌های درمانی استفاده می‌کنند. اکثر پاسخگویان یعنی ۷۹٪ ازدواج کرده دارای همسر هستند و گروه‌های ازدواج کرده فاقد همسر در اثر طلاق و ازدواج کرده فاقد همسر در اثر فوت هر کدام ۱٪ از آمار را تشکیل می‌دهند و ۱۹٪ از پاسخگویان نیز هرگز ازدواج نکرده‌اند.

جدول ۱۰) آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	دامنه امتیازات	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سلامت	۰ - ۱۰۰	۷۷/۱۷	۱۶/۳۰	۲۲/۶۴	۱۰۰
سلامت روانی اجتماعی	۰ - ۱۰۰	۷۳/۶۹	۱۸/۳۷	۲۱/۰۷	۱۰۰
سلامت جسمانی	۰ - ۱۰۰	۷۹/۳۹	۱۶/۴۹	۱۹/۳۲	۱۰۰
انزوای اجتماعی	۰ - ۱۰۰	۵۲/۰۳	۱۶/۱۹	۲۰	۱۰۰

جدول ۱۰ آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد. میانگین نمرات سلامت پاسخگویان ۷۷/۱۷۶ از نمره ۱۰۰ بود که بالاتر از حد متوسط و در سطح مناسبی است. همچنین در بین مؤلفه‌های سلامت، میانگین مؤلفه روانی اجتماعی ۷۳/۶۹۶، و میانگین مؤلفه جسمانی (فیزیکی) ۷۹/۳۹۰ است. همچنین متغیر انزوای اجتماعی با میانگین ۵۲/۰۳ نشان می‌دهد که انزوای شهروندان مشهدی در سطح متوسطی می‌باشد.

جدول ۱۱) توزیع فراوانی ابعاد انزوای اجتماعی شهروندان منطقه ۱

وضعیت	تنهایی اجتماعی		عجز		یأس		کاهش تحمل اجتماعی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پایین	۱۱۲	۲۹/۵	۱۲۱	۳۱/۵	۸۵	۲۲/۲	۱۰۷	۲۷/۸
متوسط	۱۸۷	۴۸/۴	۲۰۴	۵۳/۲	۲۶۷	۶۹/۵	۲۳۵	۶۱/۳
بالا	۸۵	۲۲/۱	۵۹	۱۵/۳	۳۲	۸/۳	۴۲	۱۰/۹
مجموع	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰

جدول ۱۱ توزیع فراوانی ابعاد انزوای اجتماعی این تحقیق را برای ما نشان می‌دهد. در توصیف بعد تنهایی اجتماعی می‌توان گفت که ۲۲/۱٪ پاسخگویان تنهایی خود را در حد بالا، ۴۸/۴٪ پاسخگویان در حد متوسط و ۲۹/۵٪ در حد پایین اعلام کرده‌اند. بنابراین تنهایی اجتماعی در اکثر پاسخگویان در حد متوسط می‌باشد. در توصیف بعد احساس عجز، می‌توان گفت که ۱۵/۳٪ پاسخگویان عجز خود را در حد بالا، ۵۳/۲٪

پاسخگویان در حد متوسط و ۳۱/۵٪ در حد پایین اعلام کرده اند. بنابراین احساس عجز در اکثر پاسخگویان در حد متوسط می باشد. در توصیف بعد یأس می توان گفت که ۸/۳٪ پاسخگویان یأس خود را در حد بالا، ۶۹/۵٪ در حد متوسط و ۲۲/۲٪ در حد پایین اعلام کرده اند. و در نهایت در توصیف بعد کاهش تحمل اجتماعی، ۱۰/۹٪ پاسخگویان تحمل اجتماعی خود را در حد بالا، ۶۱/۳٪ در حد متوسط و ۲۷/۸٪ در حد پایین اعلام کرده اند.

جدول (۱۲) توزیع فراوانی ابعاد انزوای اجتماعی شهروندان منطقه ۵

وضعیت	تنهایی اجتماعی		عجز		یأس		کاهش تحمل اجتماعی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پایین	۶۴	۱۶/۶	۳۵	۸	۷۳	۱۹	۱۸	۵
متوسط	۱۹۸	۵۱/۵	۱۴۸	۳۸	۲۱۸	۵۶/۷	۱۹۹	۵۵
بالا	۱۲۲	۳۱/۹	۲۰۱	۵۴	۹۳	۲۴/۳	۱۶۷	۴۰
مجموع	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰

جدول ۱۲ توزیع فراوانی ابعاد انزوای اجتماعی شهروندان منطقه پنجم شهر مشهد را نشان می دهد. در بعد تنهایی اجتماعی می توان گفت که ۳۱/۹٪ پاسخگویان تنهایی خود را در حد بالا، ۵۱/۵٪ پاسخگویان در حد متوسط و ۱۶/۶٪ در حد پایین اعلام کرده اند. بنابراین می توان گفت تنهایی اجتماعی در اکثر پاسخگویان در حد متوسط می باشد. در توصیف بعد احساس عجز، ۵۴/۰٪ پاسخگویان عجز خود را در حد بالا، ۳۸/۰٪ پاسخگویان در حد متوسط و ۸/۰٪ در حد پایین اعلام کرده اند. بنابراین احساس عجز در اکثر پاسخگویان در حد بالا می باشد. در توصیف بعد یأس اجتماعی می توان گفت که ۲۴/۳٪ پاسخگویان یأس خود را در حد بالا، ۵۶/۷٪ در حد متوسط و ۱۹/۰٪ در حد پایین اعلام کرده اند. در نهایت در بعد کاهش تحمل اجتماعی، ۴۰/۰٪ پاسخگویان تحمل اجتماعی خود را در حد بالا، ۵۵/۰٪ در حد متوسط و ۵/۰٪ در حد پایین اعلام کرده اند.

جدول ۱۳) توزیع فراوانی ابعاد سلامت شهروندان منطقه یک و پنج

منطقه ۵				منطقه ۱				وضعیت
جسمانی		روانی اجتماعی		جسمانی		روانی اجتماعی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۸/۸	۳۴	۱۶/۸	۶۴	۱/۷	۶	۳/۵	۱۳	پایین
۵۶/۴	۲۱۶	۴۸/۱	۱۸۵	۲۹/۱	۱۱۲	۳۷/۷	۱۴۵	متوسط
۳۴/۸	۱۳۴	۳۵/۱	۱۳۵	۶۹/۲	۲۶۶	۵۸/۸	۲۲۶	بالا
۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	۱۰۰	۳۸۴	مجموع

همچنین یافته‌های جدول ۱۳ نشان می‌دهد ۵۸/۸٪ پاسخگویان در منطقه یک شهر مشهد سلامت روانی اجتماعی خود را در حد بالا، ۳۷/۷٪ در حد متوسط و ۳/۵٪ سلامت روانی اجتماعی خود را در حد پایین اعلام کرده‌اند. در بعد سلامت جسمانی هم ۶۹/۲٪ پاسخگویان، سلامت جسمی خود را در حد بالا، ۲۹/۱٪ در حد متوسط و ۱/۷٪ در حد پایین اعلام کرده‌اند که به نسبت مشابه در منطقه پنجم شهر مشهد از وضعیت سلامت روانی اجتماعی و جسمانی مطلوب تری برخوردار می‌باشند.

به لحاظ اجتماعی می‌توان گفت افراد ساکن در منطقه ۵ به دلیل قرار گرفتن در منطقه‌ای محروم‌تر در مقایسه با نمونه انتخاب شده از منطقه ۱، احساس محرومیت نسبی بیشتری می‌کنند. این احساس محرومیت، نوعی حس طردشدگی در آنها ایجاد می‌کند و احساس می‌کنند که از سوی جامعه به آنها توجهی نمی‌شود و به همین دلیل، احساس انزوای اجتماعی و ابعاد آن در افراد ساکن در منطقه ۵ نسبت به افراد ساکن در منطقه ۱ بیشتر است. مشکلات اقتصادی - اجتماعی در بین ساکنین منطقه ۵ (به‌عنوان منطقه‌ای کمتر برخوردار در شهر مشهد) بیش از هر چیزی سلامت اجتماعی آنها را در معرض تهدید قرار می‌دهد و به همین دلیل در مقایسه با ساکنین منطقه ۱، از سلامت اجتماعی پایین تری برخوردارند.

بنابراین با توجه به مقایسه وضعیت انزوای اجتماعی و سلامت شهروندان مناطق (۱) و (۵) و سطح توسعه یافتگی و برخورداری از شاخص‌های خدمات شهری منطقه یک شهر مشهد، از میزان انزوای اجتماعی کمتر و سطح سلامت (روانی اجتماعی و جسمانی) بهتری نسبت به شهروندان مناطق پنج برخوردار می‌باشند.

ب) یافته‌های استنباطی

جدول ۱۴) نتایج آزمون پیرسون در مورد رابطه میان متغیرهای مستقل و سلامت

متغیر مستقل	متغیر وابسته	مقیاس متغیرها	نوع همبستگی	مقدار رابطه	سطح معناداری	تأیید یا رد فرضیه
انزوای اجتماعی	سلامت	فاصله ای	پیرسون	-۰/۶۱۹	۰/۰۰۱	تأیید
تنهایی اجتماعی	روانی - اجتماعی	فاصله ای	پیرسون	-۰/۵۷۳	۰/۰۰۱	تأیید
	جسمانی	فاصله ای	پیرسون	-۰/۵۱۴	۰/۰۰۱	تأیید
احساس عجز	روانی - اجتماعی	فاصله ای	پیرسون	-۰/۴۶۸	۰/۰۰۱	تأیید
	جسمانی	فاصله ای	پیرسون	-۰/۴۲۲	۰/۰۰۱	تأیید
یأس اجتماعی	روانی - اجتماعی	فاصله ای	پیرسون	-۰/۴۸۷	۰/۰۰۱	تأیید
	جسمانی	فاصله ای	پیرسون	-۰/۴۰۵	۰/۰۰۱	تأیید
تحمل اجتماعی	روانی - اجتماعی	فاصله ای	پیرسون	-۰/۳۹۸	۰/۰۰۱	تأیید
	جسمانی	فاصله ای	پیرسون	-۰/۳۶۲	۰/۰۰۱	تأیید
سن	سلامت	فاصله ای	پیرسون	۰/۰۱۳	۰/۸۲۲	عدم تأیید

جدول ۱۴ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، رابطه بین متغیرهای مستقل را با متغیر وابسته (سلامت) نشان می‌دهد. با استناد به نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها که در جدول فوق منعکس شده است، رابطه معنادار و منفی میان انزوای اجتماعی با سلامت (-۰/۶۱۹) وجود دارد: به هر اندازه میزان روابط اجتماعی افراد کاهش یابد، بر میزان انزوا و انفعال در شبکه روابط آنها افزوده می‌گردد و این مهم سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین بین ابعاد انزوای اجتماعی (تنهایی اجتماعی، احساس عجز، یأس اجتماعی و تحمل اجتماعی) با ابعاد سلامت (روانی اجتماعی و جسمانی) رابطه منفی و معناداری مشاهده گردید. در نهایت میزان همبستگی متغیر سن شهروندان با میزان سلامت آن‌ها ۰/۰۱۳ است که همبستگی ضعیفی را نشان می‌دهد و از نظر آماری نیز تایید نشده است ($P > 0/05$).

سلامت اجتماعی و انزوای اجتماعی دو متغیری هستند که مطابق با تحلیل‌های نظری، انتظار می‌رود رابطه معکوسی با هم داشته باشند. به عبارت دیگر هر چه فرد انزوای اجتماعی کمتری را حس و تجربه کند از سلامت بیشتری برخوردار است. احساس انزوای

اجتماعی باعث شکل‌گیری تفکرات منفی در فرد شده که حس بدبینی و عدم اعتماد را نیز تقویت می‌کند. مجموعه این عوامل باعث می‌شود که فرد احساس انزوای اجتماعی بیشتری کند و در نتیجه سلامت اجتماعی‌اش بیشتر به مخاطره بیفتد. همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد این وضعیت مختص به سن یا گروه سنی خاص نیست و در همه گروه‌های سنی، کم و بیش تفاوت معناداری ندارد.

جدول ۱۵) آزمون مقایسه میانگین میزان سلامت شهروندان با متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد	۸۱/۶	۱۲/۸	۷/۴۵	۰/۰۰۱
	زن	۶۷/۷	۱۸/۸		
وضعیت تأهل	متأهل	۷۶/۸۲	۱۶/۷۶	-۱/۷۹۹	۰/۰۷۵
	مجرد	۸۰/۵۹	۱۳/۳۷		
وضعیت اشتغال	شاغل	۷۸/۷۵	۱۶/۰۱	۴/۲۵	۰/۰۰۱
	غیرشاغل	۶۶/۲	۱۸/۱۴		

نتایج حاصل از مقایسه میانگین سلامت شهروندان زن و مرد نشان داد که مردان با میانگین نمره سلامتی برابر با ۸۱/۶ به طور معناداری سطح سلامت خود را بالاتر از زنان با میانگین نمره‌ای برابر با ۶۷/۷ ارزیابی کرده‌اند. در عین حال اختلاف معناداری بین میانگین نمرات شهروندان مجرد و متأهل مشاهده نشده است. در زمینه سطح سلامت در بین شهروندان شاغل و غیرشاغل نیز همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، میانگین نمره سلامت شهروندان شاغل برابر با ۷۸/۷۵ و میانگین نمره سلامت شهروندان غیرشاغل برابر با ۶۶/۲ بوده است. این میانگین‌ها در سطح اطمینان ۹۹٪ با یکدیگر اختلاف معنادار داشته‌اند. بنابراین شاغلین از میانگین سطح سلامت بالاتری از افراد غیرشاغل برخوردار بوده‌اند.

زنان و افراد غیرشاغل به دلیل تعاملات اجتماعی کمتری که دارند احساس انزوای اجتماعی بیشتری در آنها وجود دارد که باعث می‌شود سلامت آنها نیز تحت تأثیر قرار گرفته و کاهش یابد ولی مردان و همین‌طور افراد شاغل به دلیل سطح درگیری اجتماعی روزانه، از نشاط و سلامت بالاتری برخوردارند.

تحلیل رگرسیون چندگانه

رگرسیون، روشی آماری برای پیش بینی آزمودنی‌ها یا مجموعه‌ای از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته است و به محقق کمک می‌کند تا درجه اهمیت هر کدام از متغیرها را شناسایی نماید. برای مطالعه تأثیر همزمان متغیرهای مستقل بر روی متغیر وابسته، از تحلیل رگرسیون چند گانه به روش گام به گام استفاده شده است.

جدول ۱۶) ضریب تعیین رگرسیون چند متغیر

ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده
۰/۶۱۴	۰/۳۶	۰/۳۵

همان‌طور که نتایج جدول ۱۶ نشان می‌دهد، R یا ضریب همبستگی چندگانه (۰/۶۱۴) بدین معناست که متغیرهای مستقل داخل معادله به طور همزمان ۰/۶۱ با متغیر وابسته (سلامت) ارتباط دارند. R^2 یا ضریب تعیین به دست آمده نشان می‌دهد ۳۶٪ از واریانس متغیر سلامت از طریق متغیرهای مستقل موجود در معادله تبیین می‌شود.

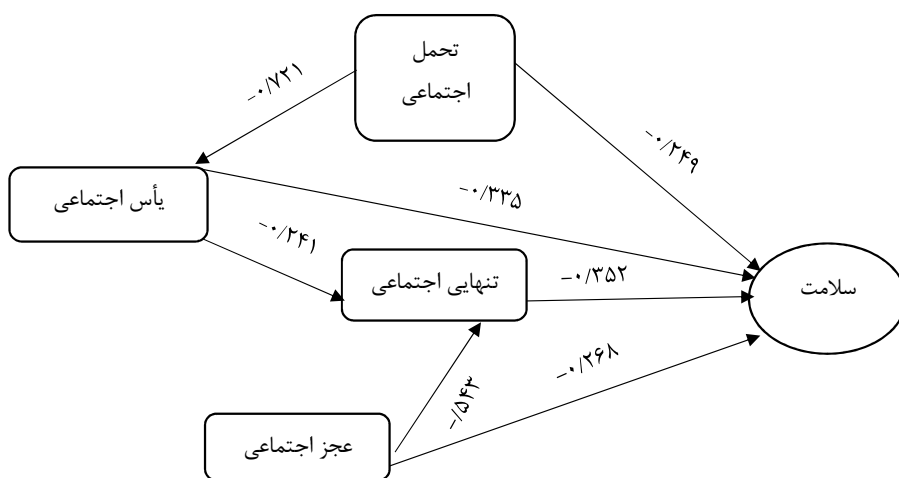
جدول ۱۷) متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون

متغیرها	ضریب بتا	مقدار تی	سطح معناداری
بعد تنهایی اجتماعی	-۰/۳۵۲	۵/۶۷	۰/۰۰۱
بعد یأس	-۰/۳۳۵	۶/۹۲	۰/۰۰۱
بعد عجز	-۰/۲۶۸	۴/۳۲	۰/۰۰۱
بعد کاهش تحمل اجتماعی	-۰/۲۴۹	۳/۱۹	۰/۰۰۱

در تحلیل رگرسیون چندگانه، ۶ متغیر تنهایی اجتماعی، یأس، عجز، کاهش تحمل اجتماعی، وضعیت اشتغال و جنسیت وارد معادله رگرسیونی شدند که طبق یافته‌های بدست آمده در جدول ۱۷، چهار متغیر تنهایی اجتماعی، یأس، عجز، کاهش تحمل اجتماعی در تبیین متغیر وابسته تأثیر داشته‌اند و متغیر وضعیت اشتغال و جنسیت از معادله خارج شد. طبق نتایج حاصل شده از تحلیل رگرسیون چندگانه، متغیر تنهایی اجتماعی با ضریب بتای -۰/۳۵۲ - بیشترین تأثیر را در کاهش سلامت شهروندان داشته است.

تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر سلامت

پس از بررسی روابط دو متغیره میان متغیرهای اصلی تحقیق، در این قسمت با بکارگیری تحلیل مسیر به بررسی این مسئله پرداخته می‌شود که کدام یک از متغیرهای انزوای اجتماعی، در تبیین سلامت نقش غالب تری دارند و تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بیشتری بر سلامت بر جای می‌گذارند. در ادامه نتایج حاصل از اجرای تحلیل مسیر نمایش داده شده است که نتایج حاصل از اجرای مدل به شرح ذیل می‌باشد:



نمودار ۱) تحلیل مسیر آثار مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر سلامت

نمودار ۱ تحلیل مسیر آثار مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را نشان می‌دهد. همان طور که در مدل تحلیل مسیر (نمودار ۱) و نتایج تحلیل رگرسیون (جدول ۱۷) مشاهده می‌شود، متغیرهای تحمل اجتماعی، یأس، تنهایی اجتماعی و عجز بر سلامت تأثیر مستقیم دارند. شایان ذکر است در بین متغیرهای وارد شده در مدل تحلیل مسیر، متغیر تنهایی اجتماعی با ضریب $-0/352$ بیشترین اثر مستقیم و متغیر احساس عجز با ضریب $-0/191$ بیشترین تأثیر غیرمستقیم را بر سلامت داشته‌اند.

جدول ۱۸) ضرایب مسیر مستقیم، غیرمستقیم و کل تحلیل مسیر

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
تحمل اجتماعی	-۰/۲۴۹	۰/۱۸۰	-۰/۰۶۹
یأس اجتماعی	-۰/۳۳۵	۰/۰۸۴	۰-/۲۵۱
تنهایی اجتماعی	-۰/۳۵۲	-	-۰/۳۵۲
احساس عجز	-۰/۲۶۸	-۰/۱۹۱	-۰/۰۷۷

با در نظر گرفتن مجموع آثار (اثر کل) هر متغیر اعم از اثر مستقیم و غیرمستقیم می‌توان گفت متغیر تنهایی اجتماعی با اثر کل $-۰/۳۵۲$ بیشترین تأثیر را بر سلامت دارد. انسان موجودی است که تمایل به حضور در جمع را دارد. ضمن اینکه حضور در اجتماعات انسانی به دلایل مختلفی به ارتقای سلامت اجتماعی کمک می‌کند. از این رو هر چه فرد تنهایی اجتماعی بیشتری احساس کند سلامت او نیز به تبع آن، کاهش می‌یابد.

نتیجه

سلامت، پدیده‌ای است که مورد توجه و علاقه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری قرار گرفته است. امروزه زندگی شهری و اقتضائات آن، افراد را با فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی مواجه کرده است که این مسأله، موضوع سلامت را کانون توجه بسیاری از مطالعات چون مطالعه حاضر قرار داده است.

تحقیق حاضر که با هدف بررسی نقش احساس انزوای اجتماعی در سلامت شهروندان شهر مشهد صورت گرفته است با روش پیمایش، تعداد ۳۸۴ نفر از شهروندان شهر مشهد را مورد مطالعه قرار داده است.

نتایج پژوهش در بعد توصیفی نشان دادند که میانگین انزوای اجتماعی در میان شهروندان مشهدی، $۵۲/۰۳$ بوده است؛ بدین معنا که شهروندان، انزوای اجتماعی را در سطح متوسط تجربه می‌کنند. بالاترین میزان انزوای شهروندان مناطق یک شهر مشهد در بعد تنهایی اجتماعی و انزوای شهروندان منطقه پنج در بعد احساس عجز مشاهده می‌شود. همچنین در زمینه سلامت، یافته‌ها نشان داد که میانگین شاخص کل این متغیر، ($۷۷/۱۷۶$ از ۱۰۰) بالاتر از حد متوسط و در سطح مناسبی قرار داشت. از آنجا

که اکثریت جمعیت در نمونه مورد بررسی با توجه به ساخت جمعیتی ایران، جمعیتی بین ۳۰ تا ۴۵ سال بوده و میانگین سن جمعیت مورد مطالعه ۴۱/۳۹ بوده است انتظار می‌رفت سلامت از حد متوسط بالاتر باشد. مقایسه وضعیت انزوای اجتماعی و سلامت شهروندان مناطق (۱ و ۵) شهر مشهد نشان داد که منطقه یک به دلیل برخورداری از وضعیت توسعه یافتگی و خدمات شهری، از میزان انزوای اجتماعی کمتر و سطح سلامت (روانی اجتماعی و جسمانی) بهتری نسبت به شهروندان منطقه پنج برخوردار بودند.

در بعد تحلیلی، یافته‌ها نشان دادند که رابطه‌ای معنادار و منفی (۰/۶۱۹-) میان متغیرهای انزوای اجتماعی و سلامت وجود دارد. این یافته در تطابق با نتایج مطالعات کلانتری و دیگران (۱۳۹۴)، افشانی و شیرینی محمدآباد (۱۳۹۴)، روهده و دیگران (Rohde & et al, 2016) آلپس و نویل (Alpass & Neville, 2003)، مارتینا و استیونز (Martina & Stevens, 2006) و کورنول و وایت (Cornwell & Waite, 2009) است. طبق نظریات دورکیم مشارکت در امور گروه یا جامعه می‌تواند منجر به افزایش احساس و تعلق به گروه و جامعه شود و هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش قوی‌تر باشد، احتمال انزوا و به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد. از جانی با به‌کارگیری رویکرد شبکه، انزوای اجتماعی در رابطه با وسعت شبکه‌های روابط اجتماعی که هر فرد با آن درگیر است، تعریف شد؛ چرا که وجود شبکه‌های اجتماعی به صورت حائلی در مقابل عوامل فشارزای درونی عمل می‌کند که با فراهم آوردن حمایت اثر بسیار مؤثری بر عزت نفس افراد و افزایش توان مقابله با مشکلات و افسردگی‌ها داشته و در نهایت به احساس سلامت منجر می‌گردد.

همچنین بین ابعاد انزوای اجتماعی با ابعاد سلامت (روانی اجتماعی و جسمانی) رابطه منفی معناداری مشاهده گردید بطوری که سهم اثرگذار مؤلفه‌های آن بر سطوح سلامت شهروندان بدین قرار بوده است:

رابطه تنهائی اجتماعی با بعد روانی اجتماعی ۰/۵۷۳- و با بعد جسمانی ۰/۵۱۴-، احساس عجز با بعد روانی اجتماعی ۰/۴۶۸- و با بعد جسمانی ۰/۴۲۲-، یأس اجتماعی با بعد روانی اجتماعی ۰/۴۸۷- و با بعد جسمانی ۰/۴۰۵- و در نهایت بعد کاهش تحمل اجتماعی با بعد روانی اجتماعی ۰/۳۹۸- و با بعد جسمانی ۰/۳۶۲- بوده است.

همچنین نتایج سایر فرضیه‌ها نشان داد که بین وضعیت اشتغال از نظر سلامت تفاوت معناداری وجود داشت و افراد شاغل از سلامت بیشتری نسبت به افراد غیر شاغل برخوردار بودند که با نتایج حاصل از بررسی افشانی و شیری محمدآباد (۱۳۹۴)، یزدان پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۴)، کییز و شاپیرو (Keyes & Shapiro, 2004) همسو است. از نظر جنسیت مردان نسبت به زنان از وضعیت سلامت بالاتری برخوردار بودند که با نتایج افشانی و دیگران (۱۳۹۳)، شربتیان (۱۳۹۱) همخوانی داشت. اما بین میزان سلامت شهروندان بر حسب سن تفاوت معناداری مشاهده نشد که در تضاد با نتایج تحقیقات سفیری و منصوریان راوندی (۱۳۹۲)، زکی و خشوعی (۱۳۹۲) بود و همچنین بین وضعیت تأهل و سلامت تفاوت معناداری مشاهده نگردید که با تحقیقات نوریان نجف‌آبادی و جهانگیر (۱۳۹۰) و حسینی و دودمان فیروزسالاری (۱۳۸۹) همسو بود. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه تحقیق نشان داد متغیرهای مستقل تحقیق ۳۶٪ از واریانس تغییرات متغیر وابسته (سلامت) را تبیین می‌کنند. همچنین نتایج تحلیل مسیر تحقیق نشان داد که متغیر تنهایی اجتماعی با ضریب $-۰/۳۵۲$ بیشترین اثر مستقیم را در سلامت شهروندان داشت. در مجموع، نتایج مطالعه حاضر بیانگر این است که روابط اجتماعی در جامعه مدرن برای عملکرد اجتماعی و روانی انسان‌ها ضروری بوده و افرادی که نمی‌توانند در جامعه مشارکت داشته باشند، قادر به ساختن و حفظ روابط معنادار نیز نیستند، گرفتار انزوای اجتماعی شده و از منابع حاصل از روابط محروم می‌گردند و فقدان این شبکه‌های حمایتی، منجر به افزایش اضطراب گشته و دوره‌های بحران، تنش و اختلالات روانی را به همراه می‌آورد. بنابراین با توجه به نتایج مؤلفه‌های تأثیرگذار از تحلیل رگرسیون در ارتباط با کاهش انزوای اجتماعی و تقویت سلامت شهروندان می‌توان پیشنهادهایی عملیاتی و کاربردی را برای حوزه برنامه‌ریزی اجتماعی و فرهنگی به طور خلاصه اینگونه نوشت:

- اجرای برنامه‌های جمعی و اجتماع محور در راستای کاهش انزوای اجتماعی توسط ادارات ذیربط نظیر سازمان فرهنگی-تفریحی شهرداری و ارشاد و دفتر امور اجتماعی و فرهنگی استانداری؛
- برنامه‌ریزی برای بهینه‌سازی استفاده از اوقات فراغت بویژه برای زنان و جوانان

توسط سازمان‌ها و نهادهای مرتبط؛

➤ افزایش فضاهای تعاملات اجتماعی در سطح شهر نظیر فرهنگ‌سراها و کتابخانه‌های عمومی.

منابع

- افشانی، سیدعلیرضا، و دیگران (۱۳۹۳). "بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد". *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال هشتم، ش ۱۴ (بهار و تابستان): ۸۳-۱۰۳.
- افشانی، سیدعلیرضا؛ شیری محمدآباد، حمیده (۱۳۹۴). "بررسی رابطه میزان احساس انزوای اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد". در: *مجموعه مقالات دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی*. کرج: ۲-۱۰.
- بدری، سیدعلی؛ طیبی، صدرالله (۱۳۹۱). "بررسی عوامل مؤثر بر هزینه‌های گردشگری مذهبی (مطالعه موردی: شهر مشهد مقدس)". *مجله برنامه‌ریزی و توسعه گردشگری*، سال اول، ش ۱ (تابستان): ۱۵۳-۱۷۷.
- پورموسوی، سیدموسی؛ صفاوردی، مرضیه (۱۳۹۴). "بررسی تأثیرات آلودگی بصری بر سلامت شهروندان تهران". در: *مجموعه مقالات اولین کنگره علمی-پژوهشی افق‌های نوین در حوزه مهندسی عمران، معماری، فرهنگ و مدیریت شهری ایران*. تهران: انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین: ۲-۱۳.
- چلبی، مسعود (۱۳۷۵). *جامعه‌شناسی نظم: تشریح و تحلیل نظری نظم اجتماعی*. تهران: نشر نی.
- چلبی، مسعود؛ امیرکافی، مهدی (۱۳۸۳). "تحلیل چندسطحی انزوای اجتماعی". *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره پنجم، ش ۲ (تابستان): ۳-۳۱.
- حاتمی‌نژاد، حسین، و دیگران (۱۳۹۶). "سطح‌بندی مناطق شهر مشهد بر اساس میزان برخورداری از خدمات شهری با استفاده از تکنیک ویکور". *فصلنامه علمی-پژوهشی فضای جغرافیایی*، سال هفدهم، ش ۵۷ (بهار): ۱-۱۷.
- حسینی، سیداحمد؛ دودمان فیروزسالاری، سمانه (۱۳۸۹). "نقش حمایت اجتماعی

- در میزان سلامت روان کارمندان جوان شهرداری تهران". برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال اول، ش ۳ (تابستان): ۱۱۱-۱۴۴.
- حیاتی، سلمان (۱۳۹۱). "تحلیل شاخص‌های رشد هوشمند شهری در مشهد". پایان‌نامه کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، دانشکده ادبیات و علوم انسانی علی شریعتی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- ذالی آرالو، محمد؛ علایی، محسن (۱۳۹۳). "بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل و عوامل اجتماعی مرتبط با آن". *مطالعات جامعه‌شناسی*، سال ششم، ش ۲۲ (بهار): ۱۲۳-۱۴۰.
- رکنی‌پور، طاهره؛ سیادت، علی (۱۳۹۲). "بررسی مفهوم از خودبستگی از منظر جامعه‌شناسی و روانشناسی". *فصلنامه علوم اجتماعی*، سال اول، ش ۶۲ (بهار): ۷۱-۸۲.
- زکی، محمدعلی؛ خشوعی، مریم‌السادات (۱۳۹۲). "سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان". *مطالعات جامعه‌شناختی شهر*، سال سوم، ش ۸ (پاییز): ۷۹-۱۰۸.
- سالنامه آمار شهر مشهد ۱۳۹۶ (۱۳۹۷). معاونت برنامه‌ریزی و توسعه سرمایه انسانی شهرداری مشهد، با نظارت مدیریت آمار و تحلیل اطلاعات. مشهد: شهرداری مشهد.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). "بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور". *انتظام اجتماعی*، سال اول، ش ۱ (بهار): ۹-۲۹.
- سفیری، خدیجه؛ منصوریان راوندی، فاطمه (۱۳۹۲). "عنوان تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران". *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و پنجم، ش ۱ (بهار): ۵۱-۷۰.
- سیف‌زاده، علی؛ حقیقتیان، منصور؛ مهاجرانی، علی‌اصغر (۱۳۹۶). "رابطه انزوای اجتماعی و سلامت در بین سالمندان تهرانی". *آموزش و سلامت جامعه*، سال چهارم، ش ۳ (پاییز): ۱۹-۲۵.

- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۱). "تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد". *جامعه‌شناسی مطالعات جوانان*، دوره دوم، ش ۵ (بهار): ۱۴۹-۱۷۴.
- شربتیان، محمد حسن؛ ایمنی، نفیسه (۱۳۹۶). "تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان (مورد مطالعه: زنان منطقه چهار شهری تهران)". *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، دوره هشتم، ش ۳۰ (بهار): ۱۰۵-۱۴۰.
- شهرداری منطقه پنج مشهد. [پیوسته] قابل دسترس در:
<https://zone5.mashhad.ir> [1397/5/3]
- شهرداری منطقه یک مشهد. [پیوسته] قابل دسترس در:
<https://zone1.mashhad.ir> [1397/5/3]
- فولادیان، احمد (۱۳۹۴). "بررسی رابطه بین میزان بیگانگی اجتماعی و میزان بی‌تفاوتی اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد". *فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی جوانان*، سال پنجم، ش ۱۷ (بهار): ۱۲۵-۱۴۴.
- کلانتری، عبدالحسین، و دیگران (۱۳۹۴). "انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان ۱۸+ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجی‌گرانه حمایت اجتماعی". *دوفصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، سال چهارم، ش ۶ (بهار و تابستان): ۸۹-۱۱۶.
- کلانتری، عبدالحسین؛ حسینی‌زاده آرانی، سعید (۱۳۹۴). "دین، سلامت روان و احساس تنهایی: بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی)". *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و ششم، ش ۴ (زمستان): ۲۵-۴۴.
- کوششی، مجید، و دیگران (۱۳۹۵). "تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در مناطق شهری مشهد". *مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد*، دوره سیزدهم، ش ۱ (بهار و تابستان): ۱۰۹-۱۲۹.

- گزیده شاخص‌های جمعیتی شهر مشهد (۱۳۹۶). معاونت برنامه‌ریزی و توسعه سرمایه انسانی شهرداری مشهد، با نظارت مدیریت آمار و تحلیل اطلاعات. مشهد: شهرداری مشهد.
- مدرس یزدی، فائزه سادات؛ فرهمند، مهناز؛ افشانی، سیدعلیرضا (۱۳۹۶). "بررسی انزوای اجتماعی دختران مجرد و عوامل فرهنگی اجتماعی مؤثر بر آن (مطالعه موردی: دختران مجرد بالای سی سال شهر یزد)". *مسائل اجتماعی ایران*، سال هشتم، ش ۱ (بهار و تابستان): ۱۲۱-۱۴۴.
- ناطقی، زکیه؛ افشانی، سیدعلیرضا (۱۳۹۵). "بیگانگی اجتماعی و گرایش به رفتارهای پر خطر (مطالعه موردی: شهر مشهد)". *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، سال سوم، ش ۱۰ (زمستان): ۱۰۷-۱۴۴.
- نجفی، محمود، و دیگران (۱۳۹۰). "مقایسه سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان بر حسب میزان احساس تنهایی". *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، سال دوم، ش ۵ (بهار): ۱۱۵-۱۳۴.
- نوریان نجف‌آبادی، محمد؛ جهانگیر، نرجس (۱۳۹۰). "رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی (مطالعه موردی: معلمان شهرستان تیران و کرون)". *جامعه‌شناسی تاریخی*، سال سوم، ش ۲ (پاییز و زمستان): ۳۵-۵۹.
- همتی علمدارلو، قربان، و دیگران (۱۳۸۸). "مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران". *سالمند ایران*، سال سوم، ش ۲ (تابستان): ۵۵۷-۵۶۴.
- هورتولانوس، رلوف؛ مشیلز، انجا؛ میوسن، لودوین (۱۳۹۴). *انزوای اجتماعی در جامعه مدرن*. ترجمه لیلا فلاحی سرابی و صادق پیوسته. تهران: جامعه‌شناسان.
- یزدان‌پناه، لیلا؛ نیک‌ورز، طیبه (۱۳۹۴). "رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان". *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال بیست و ششم، ش ۳ (بهار): ۹۹-۱۱۶.

-
- Alpass, F. M.; Neville, S. (2003). "Loneliness, health and depression in older males". *Aging & mental health*, Vol. 7, No. 3: 212-216.
 - Cornwell, E. Y.; Waite, L. J. (2009). "Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study". *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, Vol. 64: 38-46.
 - House, J. S. (2001). "Social isolation kills, but how and why?" *Psychosomatic medicine*, Vol. 63, No. 2: 273-274.
 - Keyes, C. L. M.; Shapiro, A. (2004). Social Well-being IN the U.S.: A Descriptive Epidemiology, *Healthing Are You? A National Study OF Well-being of Midlife*. Chicago: University Of Chicago Press.
 - Li, T.; Zhang, Y. (2015). "Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations". *Social Science & Medicine*, Vol. 130: 59-68.
 - Martina, C. M. S.; Stevens, N. L. (2006). "Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women". *Aging and mental health*, Vol. 10, No. 5: 467-475.
 - Meng, T., & Chen, H. (2014). "A multilevel analysis of social capital and self-rated health: evidence from China". *Health & place*, Vol. 27, 38-44.
 - Mora, D. C., et al. (2014). "Social isolation among Latino workers in rural North Carolina: exposure and health implications". *Journal of immigrant and minority health*,

Vol. 16, No. 5: 822-830.

- Rohde, N., et al. (2016). "Estimating the mental health effects of social isolation." *Applied research in quality of life*, Vol. 11, No. 3: 853-869.
- Waterworth, P., et al. (2014). "The effect of social support on the health of Indigenous Australians in a metropolitan community". *Social science & medicine*, Vol. 119: 139-146.
- WHO (2007). *Promoting Mental Health: A report of the world health organization*. Melbourne: University of Melbourne, Department of Mental Health.