

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

Predicting psychological and physical vulnerabilities based on social isolation: The moderating role of gender and marital status

M.A. Besharat, Ph.D.

M. Masoudi, M.A.

M. Gholmali Lavasani, Ph.D.

دکتر محمدعلی بشارت*

مرضیه مسعودی**

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی***

چکیده

از اهداف مهم رویکردهای مختلف روان‌شناسی، شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده آسیب‌های روانی و بدنی است. بررسی و شناسایی عوامل آسیب‌پذیری روانی و بدنی در پیشگیری، تشخیص و اتخاذ روش درمانی جهت‌گیری تازه‌ای به‌وجود می‌آورد. افراد ممکن است آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی و جسمانی داشته باشند که آن‌ها را مستعد بیماری‌ها و اختلالات روانی و جسمی کند. انزوای اجتماعی یکی از این متغیرهای اجتماعی آسیب‌زا است. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانی و آسیب‌پذیری‌های بدنی بر اساس

*. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران

*** دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه تهران

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

انزوای اجتماعی بود. در این پژوهش، همچنین نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل در روابط بین انزوای اجتماعی با آسیب‌پذیری روانی و بدنی بررسی شد. تعداد ۴۱۹ نفر (۲۰۶ مرد، ۱۹۳ زن) از جمعیت عمومی تهران به چک‌لیست علائم (SCL-25) و مقیاس تنهایی اجتماعی (SLS) پاسخ دادند. نتایج پژوهش نشان داد که انزوای اجتماعی با آسیب‌پذیری روانی و آسیب‌پذیری بدنی در سطح $p < 0.01$ رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین جنس و تأهل، در رابطه انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی و آسیب‌پذیری بدنی نتوانستند نقش تعدیل‌کننده ایفا کنند. براساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که شناسایی به‌موقع انزوای اجتماعی می‌تواند به پیشگیری از آسیب‌های بدنی و روانی کمک کند. همچنین می‌توان برای مدیریت و درمان انزوای اجتماعی در چهارچوب مدل‌های مداخله‌ای اقدام کرد.

واژه-کلیدها: انزوای اجتماعی، آسیب‌پذیری روانی، آسیب‌پذیری بدنی

Abstract

One of the goals of research in various psychological approaches is the recognition of factors having a role in individuals' vulnerability. Investigating and identifying psychological and physical vulnerability factors presents a new direction in the prevention, diagnosis and adopted treatment methods. Individuals might have psychological and physical vulnerabilities that predispose them to mental and physical disorders. One of the social traumatic variables is social isolation. The purpose of the present study was to predict psychological and physical vulnerabilities according to social isolation. The moderating role of gender and marital status on the relationships between social isolation and psychological/physical vulnerability was also investigated. A total of 419 individuals (206 men, 193 women) from the general population of Tehran answered to Symptom Checklist (SCL-25) and Social Loneliness Scale (SLS). The results showed positive correlations between social isolation with psychological and physical vulnerabilities ($P < 0.01$). Hierarchical regression analysis revealed that gender and marital status could not moderate the relationship between social isolation and physical vulnerability as well as psychological vulnerability. According to the results of the present study, it can be concluded that early identifying

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

social isolation can be served at a preventive level. Social isolation also can be managed and treated within the models of interventions.

Keywords: social isolation, psychological vulnerability, physical vulnerability

Contact information: besharat@ut.ac.ir

مقدمه

آسیب‌پذیری^۱ استعداد ذاتی یا اکتسابی^۲ برای اختلال‌ها است. فرض اصلی این است که افراد آسیب‌پذیر، در مواجهه با عوامل استرس‌زا، سازگاری روانی و جسمی ضعیف‌تری دارند (گوتزمن، کلاففر، ونگر-هابر، هالتر، بوئهلر و همکاران، ۲۰۰۷). ناسازگاری آینده می‌تواند بر اساس نشانگرهای آسیب‌پذیری^۳، پیش‌بینی شود، ویژگی‌های شخصیتی پایدار (به‌عنوان مثال، باورهای ناکارآمد شناختی)، علائم موقعیتی (اضطراب و افسردگی) و یا منابع خارجی (حمایت اجتماعی ضعیف) مهم‌ترین نشانگرهای آسیب‌پذیری محسوب می‌شوند. یکی از مدل‌های آسیب‌پذیری، مدل تنیدگی دونهادی^۴ است. مدل تنیدگی دونهادی، یک مدل تلفیقی است که بر تعامل بین آمادگی برای بیماری (آسیب‌پذیری) و آشفتگی محیط (استرس) تأکید می‌کند. بیماری‌پذیری به ویژگی یا مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخص که احتمال ابتلای او به یک اختلال را افزایش می‌دهد، اشاره دارد. این آمادگی می‌تواند از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی- فرهنگی ناشی شود. این آمادگی‌ها تغییرانی را در مغز به وجود می‌آورند که شخص را مستعد ابتلا به اختلال‌های مختلف می‌کند. نکته اصلی در الگوی تنیدگی دونهادی این است که هم آسیب‌پذیری و هم تنیدگی برای پیدایش اختلال‌ها ضروری هستند. تنیدگی در کل به محرک محیطی زیان‌آور یا ناخوشایندی اشاره دارد که آغازگر آسیب روانی است (کرینگ، جانسون، دیویسون، نیل، ۲۰۰۹).

سازه‌ای که با توجه به عوامل اجتماعی در رابطه با آسیب‌پذیری روانی و آسیب‌پذیری بدنی مورد توجه قرار گرفته است، انزوای اجتماعی^۵ است (کوکونز، کارونن، ویجولا، لائکسی و جوکلاینن، ۲۰۰۱). با توجه به مدل تنیدگی دونهادی، انزوای اجتماعی می‌تواند تنیدگی را افزایش دهد. انزوای اجتماعی با داشتن روابط اجتماعی کم که فرد بتواند برای حمایت عملی و

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

عاطفی روی آن حساب کند، یا عضویت اجتماعی کم در جامعه تعریف شده است (گرناد و بلدی، ۲۰۰۸). انزوای اجتماعی از طریق تأثیر بر هیجان‌ها، شناخت‌ها و رفتارها بر آسیب‌پذیری روانی تأثیر می‌گذارد (لوتگندورف، دگیست، داشموش، فارلی، پندو و همکاران، ۲۰۱۱؛ کوهن، گاتلیوب و آندروود، ۲۰۰۰). در بعد رفتاری، انزوای اجتماعی احتمال دارد رفتارهایی را درگیر کند که موجب سبک زندگی نامطلوب مثل رژیم غذایی ضعیف، مصرف سیگار و الکل، کاهش فعالیت‌های گروهی و سبک زندگی بی‌تحرک می‌شود که از عوامل خطر در آسیب‌پذیری بدنی هستند (هاوکی، تیتسد و کاسیوپو، ۲۰۰۹). در بعد روانی، انزوای اجتماعی دارای اثرات منفی بر خودکارآمدی^۵، سازگاری مؤثر و اعتماد به خود می‌شود در بعد فیزیولوژیک بر سیستم ایمنی بدن تأثیر می‌گذارد (اوچینو، کاسیوپو و کیکولت-گلاسر، ۱۹۹۶).

در مجموع، انزوای اجتماعی فرد را به ناباوری نسبت به منابع و فرصت‌ها می‌رساند، او را بیشتر مستعد ابتلا به بیماری‌ها می‌کند و اثرات مختلفی بر سلامت فرد می‌گذارد (المکوئیست، ۲۰۱۱). یوسف، لهنم و کاسیوپو (۲۰۱۳) نیز نشان دادند که انزوای اجتماعی از طریق تنظیم لذت بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. به‌علاوه، در افراد منزوی، خواب کیفیت پایین‌تری دارد و مشکلات خواب اثرات سوئی بر عملکرد قلبی-عروقی^۶، وضعیت التهابی^۷ و عوامل خطر سوخت‌وسازی^۸ دارد (مولینگتون، هاک، توث، سرادور و میر-اورت، ۲۰۰۹). همچنین، انزوای اجتماعی می‌تواند به‌وسیله تأثیرات زیستی تنیدگی مانند احتمال افزایش پاسخ‌های التهابی (کول، هاوکی، آروالو، سانگ، رز و همکاران، ۲۰۰۷)، افزایش لپتین (جو، یانگ و چن، ۲۰۰۶)، افزایش فعالیت محور HPA (برکمن، گلکس، بریست و سیمن، ۲۰۰۰؛ نیجم و جانسون، ۲۰۰۹)، افزایش کورتیزول (استافورد، گاردنر، کوماری، کوه و بن شلومو، ۲۰۱۳) و افزایش CRP^۹ (هفتر، وارینگ، روبرتس، ایتون و گرمینگ، ۲۰۱۱) تأثیر خود را اعمال کند. در نتیجه، آسیب‌پذیری افراد منزوی به بیماری‌های جسمی افزایش می‌یابد. نقش انزوای اجتماعی در تعدادی بیماری‌های جسمی و روانی مانند افسردگی، بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان دیده شده است (سکیک، اوزکامالی و بوگا، ۲۰۱۴؛

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

کارول، ویتاراما، کاودیل، برین، اولمستید و همکاران، ۲۰۱۲؛ گیروود و پروتمن، ۲۰۰۴؛ مارکوئین، ۲۰۱۱؛ ییپ، دیک، مک پنکو، دنا، سیارلجیو و همکاران، ۲۰۱۲).

علاوه بر رابطه انزوای اجتماعی با آسیب‌پذیری روانی و بدنی، متغیرهایی که این رابطه را تحت تأثیر قرار می‌دهند و ممکن است نقش تعدیل‌کننده داشته باشند یکی دیگر از مسائل مورد بررسی در پژوهش حاضر است. در برخی مطالعات گذشته نشان داده شده است که زن‌ها بیش‌تر از مردان نسبت به انزوای اجتماعی، آسیب‌پذیرند (اورفیلا، فرر، لامارسا، تب، دومینگو-سالوانی و همکاران، ۲۰۰۶؛ گیولی، اسپازافومو، سیرولا، اباتکولا، لاتانزیو و پوستاچینی، ۲۰۱۲). در مورد اثر تأهل نیز بر اساس برخی پژوهش‌ها، بین انزوای اجتماعی و وضعیت تأهل رابطه وجود دارد. افراد مجرد گرایش کمتری به شبکه‌های اجتماعی دارند و انزوای اجتماعی در غیاب یک رابطه صمیمی (دیکستارا و دیجانگ گیروود، ۲۰۰۴) بیشتر است. از طرفی برخی دیگر از پژوهش‌ها نتوانسته‌اند بین تأهل و انزوای اجتماعی رابطه‌ای را تأیید کنند (بارتلس، کاسیوپو، هادزیاک و بومسما، ۲۰۰۸؛ بومسما، ویلمسن، دولان، هاوکی و کاسیوپو، ۲۰۰۵). به‌منظور روشن شدن اثر جنس و تأهل، در پژوهش حاضر اثر تعدیل‌کننده جنس و تأهل در رابطه بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی و آسیب‌پذیری بدنی بررسی می‌شود.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش حاضر جمعیت عمومی شهر تهران بود. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. ابتدا پژوهشگران به پارک‌هایی در مناطق انتخاب شده مراجعه می‌کردند، سپس ضمن تشریح اهداف پژوهش از آنها خواسته می‌شد که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. معیارهای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: سن ۱۵ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، مبتلا نبودن به اختلال‌های پسیکوزی، نداشتن سوء‌مصرف و وابستگی به مواد، نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی و تمایل فرد برای شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها. تعداد اولیه نمونه ۴۱۹ نفر بود که در نهایت به دلیل ناقص بودن ۱۸ پرسشنامه به ۳۹۹

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

نفر (۲۰۶ مرد و ۱۹۳ زن) تقلیل یافت. دامنه سنی برای زنان ۱۵ تا ۵۸ سال بود. میانگین سنی زنان ۲۹ سال و انحراف استاندارد آن ۸/۷۵ بود. دامنه سنی برای مردان ۱۷ تا ۶۰ سال بود. میانگین سنی مردان ۲۸ سال و انحراف استاندارد آن ۷/۵۲ بود. میانگین سنی کل نمونه ۲۸ سال و انحراف استاندارد آن ۸/۱۳ بود.

ابزار پژوهش: چک‌لیست علائم *SCL-25* - فرم کوتاه نسخه تجدیدنظر شده فهرست ۹۰ نشانه‌ای (*SCL-25*): نجاریان و داوودی، (۱۳۸۰)، یک پرسشنامه ۲۵ سؤالی است که ۸ عامل اصلی شامل اضطراب، وسواس فکری-عملی، حساسیت در روابط بین شخصی، جسمانی سازی، پسیکوز، تصورات پارانوییدی، افسردگی، هراس و ۱ عامل شامل ماده‌های اضافی را می‌سنجد. هریک از ۲۵ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هیچ (صفر) تا بسیار زیاد (چهار) نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون حالات فرد را در یک هفته گذشته تا زمان حال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره کلی فرد از جمع نمرات این ۹ عامل به دست می‌آید که دامنه آن از ۰ تا ۱۰۰ است. میانگین دو و بالاتر در نمرات خام کل پرسشنامه نشانه وجود علائم جدی دانسته می‌شود. نجاریان و داوودی (۱۳۸۰) فرم کوتاه شده فهرست ۹۰ نشانه‌ای را در یک نمونه دانشجویی اعتباریابی کرده‌اند و همبستگی میان فرم بلند *SCL-90* و فرم کوتاه *SCL-25* را ۰/۹۵ گزارش نموده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد که ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی ^{۱۰} *SCL-25*، در نمونه مؤنث ۰/۹۷؛ و در نمونه مذکر ۰/۹۸ بود. ضرایب پایایی بازآزمایی ^{۱۱} در کل نمونه ۰/۷۸، در نمونه مؤنث ۰/۷۷ و در نمونه مذکر ۰/۷۹ گزارش شد. به علاوه، روایی همزمان ^{۱۲} این مقیاس با مقیاس اضطراب عمومی (ANQ)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و مقیاس کمال‌گرایی اهواز مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰).

مقیاس تنهایی اجتماعی (SLS) - مقیاس تنهایی اجتماعی ^{۱۳}، یک ابزار ۱۰ گویه‌ای است که با اقتباس از پرسشنامه‌های تنهایی (راسل، ۱۹۹۶؛ دیتوماسو و اسپاینر، ۱۹۹۳؛ هیس و دیمتو، ۱۹۸۷) برای سنجش احساسات افراد نسبت به روابط با دیگران ساخته شده است (بشارت، ۱۳۹۲). این مقیاس احساس تنهایی فرد را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (اصلاً این‌طور نیستم)

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

تا ۵ (کاملاً این‌طور هستم) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تنهایی اجتماعی در یک نمونه دانشجویی (۲۵۷ دختر، ۲۱۱ پسر) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۹۲). ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های مقیاس تنهایی اجتماعی ۰/۹۱ به‌دست آمد. این ضریب، همسانی درونی مقیاس تنهایی اجتماعی را تأیید می‌کند. پایایی بازآزمایی مقیاس تنهایی اجتماعی برای ۱۱۷ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۴ هفته ۰/۷۹ به‌دست آمد. این ضریب در سطح معناداری $p < ۰/۰۰۱$ ، پایایی بازآزمایی مقیاس تنهایی اجتماعی را تأیید می‌کند. روایی همگرا^{۱۴} و تشخیصی (افتراقی^{۱۵}) مقیاس تنهایی اجتماعی از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس سلامت روانی^{۱۶} (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده^{۱۷} (MSPSS؛ زیمت، دالم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸) و مقیاس دلبستگی بزرگسال^{۱۸} (AAI؛ بشارت، ۲۰۱۱) در مورد نمونه مذکور محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی تنهایی اجتماعی با روان‌درستی ۰/۵۱-، با درماندگی روان‌شناختی ۰/۴۳، با حمایت اجتماعی ۰/۴۸-، با حمایت خانوادگی ۰/۵۳-، با حمایت دوستان ۰/۴۶-، با دلبستگی ایمن ۰/۴۹-، با دلبستگی اجتنابی ۰/۳۸ و با دلبستگی دوسوگرا ۰/۳۷ به‌دست آمد. این ضرایب در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند (بشارت، ۱۳۹۲).

داده‌ها و یافته‌ها

از مجموع ۳۹۹ نفر شرکت‌کننده، ۲۰۶ نفر (۵۱/۶٪) مرد و ۱۹۳ نفر (۴۸/۴٪) زن بودند. بیشترین میزان شرکت‌کنندگان را مجردها (۶۵/۴٪) تشکیل می‌دهند. متأهل‌ها نیز ۳۴/۶٪ از توزیع را شامل می‌شوند.

جدول شماره (۱) میانگین و انحراف استاندارد آسیب‌پذیری روانی، آسیب‌پذیری بدنی و

انزوای اجتماعی را نشان می‌دهد.

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

**جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد آسیب‌پذیری روانی،
آسیب‌پذیری بدنی و انزوای اجتماعی**

متغیر	میانگین	انحراف معیار
آسیب‌پذیری روانی	۱/۱۴	۰/۵۶
آسیب‌پذیری بدنی	۱/۲۱	۰/۷۶
انزوای اجتماعی	۲۲/۸۸	۶/۸۰

به‌منظور تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش از همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی تعدیلی استفاده شده است. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین انزوای اجتماعی با آسیب‌پذیری روانی ($r = ۰/۴۵, P < ۰/۰۰۱$) و آسیب‌پذیری بدنی ($r = ۰/۲۵, P < ۰/۰۰۱$) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. به‌منظور بررسی اثر تعدیل‌کننده جنس و تأهل در رابطه بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی، خلاصه مدل رگرسیون در جدول شماره (۲) و ضرایب رگرسیون در جدول شماره (۳) ارائه شده است. در گام اول ۱ درصد از واریانس نمره آسیب‌پذیری روانی توسط جنس و تأهل تبیین شده است. در گام بعدی انزوای اجتماعی اضافه شده است که واریانس به‌طور معناداری (با توجه به ΔF) افزایش یافته است و به ۳۴ درصد رسیده است. در گام سوم که تعاملات اضافه شده است، واریانس تغییر معناداری نکرده است. در این معادله جنس و تأهل نتوانسته‌اند تعدیل‌کننده رابطه بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی باشند. در نتیجه، نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل در رابطه بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی تأیید نمی‌شود.

**جدول ۲: خلاصه مدل رگرسیون برای بررسی اثر جنس و تأهل
بر رابطه انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی**

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	SE	ΔR^2	ΔF	P
گام اول	۰/۱۳	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۵۶	۰/۰۱	۲/۵۷	۰/۰۵
گام دوم	۰/۵۹	۰/۳۴	۰/۳۴	۰/۴۶	۰/۳۲	۹۹/۰۷	۰/۰۰۱
گام سوم	۰/۶۱	۰/۳۷	۰/۳۵	۰/۴۵	۰/۰۲	۲/۵۰	۰/۰۲

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

جدول ۳: ضرایب رگرسیون برای بررسی اثر جنس و تأهل بر رابطه انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی

مدل	B	SE	β	t	P
۱ ثابت	۱/۱۵	۰/۱۲	-	۹/۳۰	۰/۰۰۱
جنس	-۰/۰۷	۰/۰۲	-۰/۱۲	-۲/۵۳	۰/۰۱
وضعیت تأهل	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۷	۱/۲۲	۰/۲۲
۲ ثابت	-۰/۴۵	۰/۱۵	-	-۲/۹۰	۰/۰۰۴
جنس	-۰/۰۸	۰/۰۲	-۰/۱۶	-۳/۸۶	۰/۰۰۱
تأهل	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۵	۱/۱۰	۰/۲۷
انزوای اجتماعی	۰/۰۲	۰/۰۰۴	۰/۲۹	۶/۳۴	۰/۰۰۱
۳ ثابت	۰/۲۴	۰/۵۳	-	۱/۰۳	۰/۳
جنس	-۰/۰۳	۰/۱۱	۰/۰۳	-۱/۴۴	۰/۱۵
تأهل	-۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۴۷	۰/۱۵	۰/۸۸
انزوای اجتماعی	۰/۰۲	۰/۰۱	-۰/۳۲	-۱/۶۲	۰/۱۰
جنس*انزوا	E۰/۰۰۰۰۰۵	۰/۰۰۴	۰/۱۴	۰/۸۷	۰/۳۸
تأهل*انزوا	۰/۰۰۲	۰/۰۰۵	۰/۰۹	۰/۴۷	۰/۶۳

متغیر ملاک: آسیب‌پذیری روانی

به‌منظور بررسی اثر تعدیل‌کننده جنس و تأهل در رابطه بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری بدنی، خلاصه مدل رگرسیون در جدول شماره (۴) و ضرایب رگرسیون در جدول شماره (۵) آمده است. در گام اول ۳ درصد از واریانس نمره آسیب‌پذیری بدنی توسط جنس و تأهل تبیین شده است. در گام بعدی انزوای اجتماعی اضافه شده است که واریانس به‌طور معناداری (با توجه به ΔF) افزایش یافته است و به ۱۹ درصد رسیده است. در گام سوم که تعاملات اضافه شده است، واریانس تغییر معناداری نکرده است. در این معادله جنس و تأهل نتوانسته‌اند تعدیل‌کننده رابطه بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری بدنی باشند. با توجه به جدول ۵، نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل در رابطه بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری بدنی تأیید نمی‌شود.

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون برای بررسی اثر جنس و تأهل بر رابطه انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری بدنی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	SE	ΔR^2	ΔF	P
گام اول	۰/۱۸	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۷۵	۰/۰۳	۴/۶۴	۰/۰۰۳
گام دوم	۰/۴۴	۰/۱۹	۰/۱۸	۰/۶۸	۰/۱۶	۳۹/۷۶	۰/۰۰۱
گام سوم	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۱۹	۰/۶۸	۰/۰۳	۲/۰۱	۰/۰۶

جدول ۵: ضرایب رگرسیون برای بررسی اثر جنس و تأهل بر رابطه انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری بدنی

مدل	B	SE	β	t	P
۱ ثابت جنس وضعیت تأهل	۱/۳	۰/۱۶	-	۷/۸	۰/۰۰۱
	-۰/۱۳	۰/۰۳	-۰/۱۸	۳/۶	۰/۰۰۱
	۰/۰۰۹	۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۸۴
۲ ثابت جنس تأهل انزوای اجتماعی	-۰/۲۷	۰/۲۳	-	-۱/۱۷	۰/۲۴
	-۰/۱۵	۰/۰۳	-۰/۲۰	-۴/۴۱	۰/۰۰۱
	۰/۰۰۴	۰/۴۳	۰/۰۰۵	۰/۸۸	۰/۹۳
۳ ثابت جنس تأهل انزوای اجتماعی جنس*انزوا تأهل*انزوا	۰/۱۳	۰/۷۹	-	۰/۱۶	۰/۸۶
	-۰/۱۹	۰/۱۷	-۰/۲۶	-۱/۱۵	۰/۲۵
	-۰/۳۶	۰/۲۱	۰/۴۵	۱/۶۹	۰/۰۹
	-۰/۰۱	۰/۰۲	-۰/۱۵	-۰/۶۹	۰/۴۸
	۰/۰۱	۰/۰۰۶	۰/۳۱	۱/۶۸	۰/۰۹۴
۰/۰۰۷	۰/۰۰۷	۰/۲۰	۰/۹۴	۰/۳۴	

متغیر ملاک: آسیب‌پذیری بدنی

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته را می‌توان همسو با نتایج سایر پژوهش‌ها (گیولی و همکاران، ۲۰۱۲؛ مارکوئین، ۲۰۱۱؛ ییپ و همکاران، ۲۰۱۲) دانست. در رابطه با تبیین این یافته، می‌توان گفت که تنهایی ظرفیت تنظیم خود را کاهش می‌دهد. توانایی تنظیم افکار، احساسات و رفتار برای به انجام رساندن اهداف یا پیروی از هنجارهای اجتماعی لازم است. احساس انزوای اجتماعی ظرفیت تنظیم خود را مختل می‌کند و این اثرات خودکار و خارج از آگاهی‌اند (مارکوئین، ۲۰۱۱). تصور می‌شود که افراد منزوی، توانایی کمتری برای منابع بین شخصی کاهش تنیدگی مثل حمایت هیجانی دارند. این منابع بین شخصی به‌طور معمول منجر به تقویت تلاش برای سازگاری و به دنبال آن کاهش تنیدگی می‌شوند (ویت و هوجز، ۱۹۹۹). انزوا را به‌عنوان یک عامل تنش‌آور نیز می‌توان به حساب آورد؛ این وضعیت منفی روان‌شناختی ممکن است باعث افزایش پاسخ‌های اندوکراینه، سرکوب عملکرد ایمنی و تداخل با کارایی رفتارهای سلامت شود (اوجینو و همکاران، ۱۹۹۶).

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری بدنی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته همسو با نتایج پیشین (المکوئیست، ۲۰۱۱؛ سکیک و همکاران، ۲۰۱۴؛ گیولی و همکاران، ۲۰۱۲؛ لوتگندورف و همکاران، ۲۰۱۱) است. درباره تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد منزوی، یک استعداد کلی برای همه بیماری‌ها و مشکلات در سلامت دارند (المکوئیست، ۲۰۱۱). انزوای اجتماعی، در مواجهه با محیط تنش‌آور، پاسخ‌های تنهایی را افزایش می‌دهد، واکنش‌های ایمنی را بازداری می‌کند و از این طریق منجر به بیماری‌های جسمانی می‌گردد (کارول و همکاران، ۲۰۱۲). به‌علاوه، انزوای اجتماعی باعث افزایش سطح لپتین می‌شود (جو و همکاران، ۲۰۰۶). لپتین در تنظیم تنیدگی مؤثر است (هفتر و همکاران، ۲۰۱۱). افزایش لپتین منجر به افزایش فعالیت محور HPA می‌شود و در نهایت عامل خطری برای بیماری‌های جسمی می‌گردد (استافورد و همکاران، ۲۰۱۳؛ گیروود و بروتمن، ۲۰۰۴). به‌علاوه، حمایت اجتماعی با افزایش رفتارهای ارتقاء سلامت همراه است و انزوای اجتماعی ممکن است منجر به سبک زندگی نامطلوب مثل رژیم غذایی ضعیف، سیگار کشیدن و سبک

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

زندگی بی‌تحرک شود که از عوامل خطر در آسیب‌پذیری بدنی هستند. انزوای اجتماعی باعث کاهش فعالیت فیزیکی در طول زمان می‌شود و فعالیت بدنی یک عامل محافظ به‌خوبی شناخته‌شده برای سلامت روانی، جسمی و عملکرد شناختی است (هاوکل و همکاران، ۲۰۰۹). به‌علاوه، نتایج پژوهش نشان داد که جنس و تأهل، تعدیل‌کننده رابطه بین انزوای اجتماعی و آسیب‌پذیری روانی و بدنی نیستند. این یافته، همسو با برخی پژوهش‌های پیشین (المکوئیس، ۲۰۱۱؛ بارتلس و همکاران، ۲۰۰۸؛ بومسما و همکاران، ۲۰۰۵؛ دیکستارا و همکاران، ۲۰۰۴؛ کاسیوپو و هاوکل، ۲۰۰۹) است. مطالعات انجام‌شده در مورد تفاوت جنس در انزوای اجتماعی متناقض‌اند (گیولی و همکاران، ۲۰۱۲). در تبیین این یافته‌ها می‌توان این احتمال را مطرح کرد که تفاوت در تعداد نمونه، روش نمونه‌گیری، تعریف متفاوت از انزوای اجتماعی، منجر به چنین تعارضاتی شده است. به‌علاوه، احتمال دارد تفاوت ناشی از مقیاس‌های اندازه‌گیری باشد. در تبیین نتایج مربوط به معنادار نبودن اثر تعدیل‌کنندگی تأهل می‌توان گفت درحالی‌که ازدواج می‌تواند سلامت را به‌وسیله کاهش واکنش‌پذیری، کاهش ریسک سوء‌مصرف مواد، کاهش تنیدگی، کاهش تنهایی و افزایش مشارکت‌های اجتماعی بهبود بخشد (اشنایدرمن و همکاران، ۲۰۱۱). درماندگی روان‌شناختی، مشکلات و نگرانی‌ها می‌توانند در افراد ازدواج‌کرده‌ای که کیفیت ازدواجشان به دلیل تعارض، سوءاستفاده و یا آسیب ضعیف شده است، افزایش یابد. اثر منفی آسیب‌زنشویی یا تعارض برجسته‌تر از اثر مثبت ازدواج به‌عنوان منبع استراحت و آرامش است و آن‌ها را به‌طور دائم در معرض آسیب‌های روان‌شناختی قرار می‌دهد بنابراین در افرادی که تعارضات زنشویی دارند، نگرانی‌های حین تعاملات تنش‌آور اجتماعی می‌تواند به‌زیستی روان‌شناختی را بیشتر معیوب کند (اسمیت و وانگ، ۲۰۱۲).

نتایج پژوهش حاضر می‌تواند رابطه بین انزوای اجتماعی با مشکلات و اختلالات روانی و جسمی را که در پژوهش‌های پیشین به‌صورت پراکنده مورد بررسی قرار گرفته‌اند، به‌طور جامع روشن کند. در سطح عملی و بالینی نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در جهت پیشگیری آسیب‌پذیری‌ها کمک کند. برای مثال، می‌توان برنامه‌هایی را برای بالا بردن سطح آگاهی

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

متخصصین بالینی، تربیتی و اجتماعی پایه‌ریزی کرد تا با اصلاح انزوای اجتماعی در جهت درمان و پیشگیری از دیگر مشکلات روان‌شناختی و جسمانی بهره برده شود. با توجه به محدودیت جامعه آماری پژوهش، روش نمونه‌گیری در دسترس و اجرا در محیط پارک هر نوع تعمیمی باید با احتیاط صورت گیرد. طرح مقطعی و توصیفی پژوهش مانع اسنادهای علت شناختی در روابط بین متغیرهای مورد مطالعه است. پیشنهاد می‌شود اثر متغیرهای دیگر مانند پایگاه اجتماعی- اقتصادی، سطح تحصیلات فرد و رضایت از زندگی زناشویی در رابطه بین متغیرها بررسی گردد و در مطالعات بعدی نمونه مورد مطالعه گسترده‌تر باشد تا نتایج پژوهش قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد. به علاوه، به درمانگران توصیه می‌گردد تا در فرآیند درمان مشکلات مختلف روانی و جسمانی، بهبود روابط اجتماعی بیمار را نیز مدنظر قرار دهند و از این طریق اثربخشی درمان خود را بالا ببرند.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1- Vulnerability | 2- Acquired disposition |
| 3- Vulnerability markers | 4- Diathesis-stress model |
| 5- Social isolation | 6- Efficacy |
| 7- Inflammatory | 8- Metabolic risk factors |
| 9- C-reactive protein | 10- Internal consistency |
| 11- Test-retest reliability | 12- Concurrent validity |
| 13- Social Loneliness Scale | 14- Convergent |
| 15- Discriminant | 16- Mental Health Inventory |
| 17- Multidimensional Scale of Perceived Social Support | 18- Adult Attachment Inventory |

منابع و مآخذ فارسی:

- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. مجله علمی پزشکی قانونی، ۵۴، ۹۱-۸۷.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۲). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس تنهایی اجتماعی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

منابع و مآخذ خارجی:

- Almquist, Y. (2011). Social isolation in the classroom and adult health: A longitudinal study of a 1953 cohort. *Advances in Life Course Research*, 16, 1-12.
- Bartels, M., Cacioppo, J. T., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2008). Genetic and environmental contributions to stability in loneliness throughout childhood. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 147, 385-391.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Adult Attachment Inventory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 475-479.
- Boomsma, D. I., Willemsen, G., Dolan, C. V., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2005). Genetic and environmental contributions to loneliness in adults: The Netherlands Twin Register Study. *Behavior genetics*, 35, 745-752.
- Çekiç, A., Özkamali, E., & Buğa, A. (2014). The Analysis of Variables Predicting Eating Habits of University Students. *Social and Behavioral Sciences*, 116, 3332-3335.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 4, 3-25.
- Cole, S. W., Hawkey, L. C., Arevalo, J. M., Sung, C. Y., Rose, R. M., & Cacioppo, J. T. (2007). Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Bio*, 8, R189.
- DiTommaso, E., & Spinner, B. (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14, 127-134.
- Dykstra, P. A., & de Jong Gierveld, J. (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian journal of aging*, 23, 141-156.
- Girod, J. P., & Brotman, D. J. (2004). Does altered glucocorticoid homeostasis increase cardiovascular risk? *Cardiovasc Res*, 64, 217-226.

پیش‌بینی آسیب‌پذیری‌های روانشناختی و بدنی بر اساس انزوای اجتماعی: نقش تعدیل‌کننده جنس و تأهل

- Giuli, C., Spazzafumo, L., Sirolla, C., Abbatecola, A., M., Lattanzio, F., & Postacchini, D. (2012). Social isolation risk factors in older hospitalized individuals. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 580-585.
- Goetzmann, L., Klaghofer, R., Wagner-Hubera, R., Halterb, J., Boehlerb, A., Muellhauptb, B., & et al. (2007). Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after an organ transplant: Results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 93-100.
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: Issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32, 468-478.
- Hawkey, L. C., Thisted, R.A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Health Psychol*, 28, 354-363.
- Hays, R. D., & DiMatteo, M. R. (1987). A short-form measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 51, 69-81.
- Heffner, K. L., Waring, M. E., Roberts, M. B., Eaton, C. B., & Gramling, R. (2011). Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science & Medicine*, 72, 1482-1488.
- Carroll, J. E., Witarama, T., Caudill, M. M., Breen, E. C., Olmstead, R., Cole, S. W., & Irwin, M. R. (2012). Subjective feelings of social isolation are associated with differential intra-nuclear Signal Transducer and Activator of Transcription (STAT) signaling. *Brain, Behavior and Immunity*, 26, 42.
- Jow, G. M., Yang, T. T., & Chen, C. L. (2006). Leptin and cholesterol levels are low in major depressive disorder, but high in schizophrenia. *Journal of Affect. Disorder*, 90, 21-27.
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Laeksy, K., & Jokelainen, J. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471-476.
- Kring, A., Johnson, S., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2009). *Abnormal psychology*. John Wiley and Sons.
- Lutgendorf, S. K., DeGeest, K., Dahmouh, L., Farley, D., Penedo, F., Bender, D., & et al. (2011). Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain, Behavior, & Immunology*, 25, 250-255.
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31, 1276-1290.

- Mullington, J. M., Haack, M., Toth, M., Serrador, J. M., & Meier-Ewert, H. K. (2009). Cardiovascular, inflammatory, and metabolic consequences of sleep deprivation. *Prog Cardiovasc Dis*, *51*, 294-302.
- Nijm, J., & Jonasson, L. (2009). Inflammation and cortisol response in coronary artery disease. *Ann Med*, *41*, 224-233.
- Orfila, F., Ferrer, M., La marca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Soc. Sci. Med.* *63*, 2367-2380.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, *66*, 20-40.
- Schneiderman, I., Zilberstein-Kra, Y., Leckman, J.F., Feldman, R. (2011). Love alters autonomic reactivity to emotions. *Emotion* *11*, 1314-1321.
- Smith, A. S., & Wang, Z. (2012). Salubrious effects of oxytocin on social stress-induced deficits. *Hormones and behavior*, *61*, 320-330.
- Stafford, M., Gardner, M., Kumari, M., Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (2013). Social isolation and diurnal cortisol patterns in an ageing cohort. *Psychoneuroendocrinology*, *38*, 2737-2745.
- Uchiono, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes. *Psychological Bulletin*, *119*, 488-531.
- Waite, L. J., Hughes, M. E. (1999). At risk on the cusp of old age: living arrangements and functional status among black, white and Hispanic adults. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* *54*, 136-144.
- Yip, S. O., Dick, M. A., McPencow, A. M., Martin, D. K., Ciarlegio, M. M., & Erikson, E. A. (2012). The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *208*, 146-147.
- Yusoff, N., Luhmann, M., & Cacioppo, J. T. (2013). Explaining the Link between Loneliness and Self-rated Health with Hedonic Regulation as a Mediator. *Social and Behavioral Sciences*, *97*, 156-159.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 30-41.