

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی دانشگاه

تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

ماده ۱- حقوق مادی و معنوی پایان‌نامه‌ها / رساله‌های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هرگونه بهره‌برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مصوب دانشگاه باشد.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه / رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه / رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان‌نامه / رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آئین‌نامه‌های مصوب انجام می‌شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه / رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم‌الاجرا است و هرگونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری می‌شود.

راضیه چناری



دانشگاه تربیت مدرس

دانشکده علوم انسانی

پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

بررسی رابطه میان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، راهبردهای مقابله‌ای و احساس

تنهایی در دانشجویان

راضیه چناری

استاد راهنما:

دکتر مریم آگیلار وفایی

۲۴ اسفند ماه ۱۳۸۷

به اول تنهای عالم

تجسم مطلق حق و عدالت

علی

به کسانی که بیش از هر کس در این دنیا دوستشان دارم

پدر و مادرم

به همراه ، دوست و سنگ صبور همیشگیم

همسرم ، رضا

حمد و ستایش خدایی را که بلند مرتبه است، علیم است و در همه حال مراقب بندگان خویش است.

هرچند که سپاسگزاری از کسانی که مرا در انجام این پایان نامه یاری نمودند کاری بس دشوار است و دین و منت آنان همیشه بر گردن من خواهد بود، اما در اینجا وظیفه خود می دانم که پس از نام خداوند علیم، از آنان یاد نمایم.

استاد عزیزم سرکار خانم دکتر وفایی، هرگز نمی توانم صبر و حوصله و کمکهای بی دریغ شما را در تهیه این نوشتار جبران نمایم. دستتان را می بوسم و از خداوند منان برایتان سلامتی آرزومندم.

استاد گرانقدر جناب آقای دکتر حجت، با اینکه هرگز شما را ملاقات نکرده ام، اما خواندن نامه هایتان به قدری برایم شیرین و دلچسب بود که ادامه این راه سخت و دشوار را برایم سهل و ممکن می ساخت. از اینکه برای نوشتن این نوشته مرا با دست رنج سالها مطالعاتتان یاری نمودید، متشکرم.

به سان حدیث گهبر بار امام علی (ع) که فرمود: هر که به من کلمه ای آموخت مرا بنده خویش ساخت، از تمام اساتید گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، جناب آقای دکتر طباطبایی، جناب آقای دکتر آزاد فلاح و جناب آقای دکتر اللهیاری تشکر و قدردانی می نمایم.

بررسی رابطه میان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، راهبردهای مقابله‌ای و احساس تنهایی در دانشجویان

چکیده

انسان موجودی اجتماعی است که به داشتن رابطه با هموعان خود نیازمند است. فقدان روابط مطلوب و رضایت بخش اجتماعی یا همان احساس تنهایی اثرات مخربی بر سلامت و کیفیت زندگی از جنبه‌های روانی و جسمی دارد. هدف از این مطالعه شناخت و تبیین هرچه بهتر اثرات احساس تنهایی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روانی و جسمانی و همینطور شناخت جایگاه راهبرد های مقابله ای این افراد با رویدادهای تنیدگی زای زندگیشان می باشد.

برای مطالعه این اهداف به روش نمونه گیری تصادفی از میان دانشجویان دختر دانشگاههای دولتی شهر قزوین که مجرد بودند و با هر دو والد خود زندگی می کردند، ۳۶۱ نفر به روش تصادفی طبقه ای به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. سپس برای جمع آوری داده ها از سه پرسشنامه که در زمینه مورد اندازه گیری خود استاندارد بودند به کار گرفته شد. برای اندازه گیری میزان احساس تنهایی در افراد از پرسشنامه تجدید نظر شده احساس تنهایی UCLA، برای تشخیص انواع مقابله مورد استفاده افراد از پرسشنامه راهبردهای مقابله نسخه بزرگسالان CRI و برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد از پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF-36 استفاده گردید.

نتایج بدست آمده در این مطالعه حاکی از این مطلب است که با افزایش احساس تنهایی در افراد، میزان کیفیت زندگی در مولفه های جسمی و روانی آنها کاهش می یابد، همچنین افراد با افزایش احساس تنهاییشان کمتر می توانند از راهبردهای مقابله ای فعالی چون حل مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی بهره گیری کنند. نقش تعدیل کنندگی یا میانجی گری برای راهبردهای مقابله ای میان احساس تنهایی و کیفیت زندگی یافت نشد.

کلمات کلیدی: احساس تنهایی، راهبردهای مقابله ای، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

من پنجاه و شش سال دارم و چند سال است که طلاق گرفته‌ام. زمانی که متارکه نکرده بودم و به بعضی‌ها می‌گفتم «تنها هستم» آنها به من می‌گفتند «اما تو که متاهلی» من تفاوت بین تنها بودن و تنهایی را فهمیدم. در ازدحام جمعیت، هنگام کار، در یک مهمانی خانوادگی، من همیشه احساس تنهایی می‌کنم. این حالت سخت و فشار آور در طول زمان منجر به یک احساس فیزیکی در من شده است. پزشکان من این حالت را افسردگی می‌خوانند، اما این یک فرق دارد. من یک بار در کتابی خواندم: «شما تنها به دنیا می‌آیید و تنها از دنیا می‌روید». اما همه سالهایی که در این بین است چه؟ آیا شما می‌توانید حقیقتاً به کسی تعلق داشته باشید؟ آیا شما می‌توانید احساس عمیق تنهایی خود را رفع کنید؟ خرید کردن نمی‌تواند این کارها را انجام بدهد. خوردن نمی‌تواند این کارها را انجام بدهد. روابط جنسی نمی‌تواند این مشکلات را برطرف کند. اگر شما توانستید پاسخ هریک از این سوالها را پیدا کنید به من هم خبر بدهید.

نامه ای از یک زن که درباره تحقیق ما در یک
مجله مطلبی خوانده بود (به نقل از کتاب تنهایی
نوشته جان تی کاسیوپو)

فهرست عناوین

.....	فصل اول : گستره علمی موضوع مورد بررسی
۱.....	مقدمه
۴.....	۱-۱ بیان مسئله
۸.....	۲-۱ سوالهای پژوهش
۹.....	۳-۱ اهداف پژوهش
۹.....	۴-۱ فرضیه های پژوهش
۹.....	۵-۱ ضرورت های پژوهش
۱۱.....	۶-۱ متغیرهای پژوهش
۱۱.....	۱-۶-۱ تنیدگی
۱۲.....	۲-۶-۱ تنهایی
۱۲.....	۳-۶-۱ مقابله
۱۳.....	۴-۶-۱ کیفیت زندگی
.....	فصل دوم : بررسی موضع گیری های نظری و یافته های پژوهشی
۱۴.....	۱-۲ احساس تنهایی
۱۴.....	۱-۱-۲ تعریف تنهایی
۱۹.....	۲-۱-۲ ارتباطات اجتماعی و دیگر فعالیتها
۲۱.....	۳-۱-۲ رهیافت تکاملی به نیاز تعلق
۲۱.....	۴-۱-۲ شواهد تجربی درباره تنهایی
۲۲.....	۱-۴-۱-۲ سیمای عاطفی تنهایی
۲۴.....	۲-۴-۱-۲ سیمای شناختی تنهایی
۲۶.....	۳-۴-۱-۲ سیمای رفتاری تنهایی
۲۸.....	۵-۱-۲ دیدگاههای نظری تنهایی
۲۸.....	۱-۵-۱-۲ رویکرد نیازهای اجتماعی
۲۹.....	۲-۵-۱-۲ رویکرد تفاوت های شناختی
۳۰.....	۳-۵-۱-۲ رویکرد تعامل گرا
۳۳.....	۶-۱-۲ اهمیت روابط اجتماعی بین فردی در جوامع مدرن
۳۴.....	۷-۱-۲ تنهایی و دانشجویان
۳۵.....	۸-۱-۲ تفاوت های جنسی در احساس تنهایی

۳۶	۹-۱-۲ تنهایی و سلامت
۴۱	۲-۲ راهبردهای مقابله ای
۴۱	۱-۲-۲ تعریف مقابله
۴۴	۲-۲-۲ پیشینه نظری مفهوم مقابله
۴۴	۱-۲-۲-۲ استرس و مفهوم مقابله
۴۶	۲-۲-۲-۲ ارزیابی های تنیدگی
۴۷	۳-۲-۲-۲ استرس و مقابله در دانشجویان
۵۰	۴-۲-۲-۲ تفاوت‌های جنسی در استرس و مقابله
۵۳	۳-۲-۲ حمایت اجتماعی و نقش آن در مقابله با استرس‌های محیطی
۵۶	۴-۲-۲ طبقه بندی راهبردهای مقابله ای
۵۷	۵-۲-۲ تنهایی و راهبردهای مقابله ای
۶۰	۶-۲-۲ فرهنگ، تنهایی و راهبردهای مقابله ای
۶۱	۳-۲ کیفیت زندگی
۶۳	۱-۳-۲ تعریف کیفیت زندگی
۶۴	۲-۳-۲ ساختمان چند بعدی کیفیت زندگی
۶۵	۳-۳-۲ ذهنی بودن کیفیت زندگی
۶۵	۴-۲ تنهایی، راهبردهای مقابله ای و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
..... فصل سوم : فرایندهای روش شناختی و بررسی تجربی موضوع	
۶۷	۱-۳ طرح پژوهش
۶۷	۲-۳ جامعه تحقیق
۶۷	۱-۲-۳ نمونه و شیوه نمونه گیری
۶۹	۲-۲-۳ شرایط ورود نمونه
۶۹	۳-۳ ابزارهای گردآوری داده ها
۶۹	۱-۳-۳ مقیاس تجدید نظر شده احساس تنهایی UCLA نسخه ایرانی
۷۰	۲-۳-۳ سیاهه پاسخهای مقابله ای موس (نسخه بزرگسالان) CRI نسخه ایرانی
۷۲	۳-۳-۳ مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF36 نسخه ایرانی
۷۳	۴-۳ روش اجرای پژوهش

۷۳	۵-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها
	فصل چهارم : ارائه داده ها و تحلیل آنها
۷۵	۱-۴ بررسی اطلاعات جمعیت شناختی
۷۷	۲-۴ وضعیت رویدادهای تنیدگی زا در گروه نمونه
۷۸	۳-۴ شاخصهای توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش
۸۷	۴-۴ تجزیه و تحلیل نتایج مربوط به فرضیه ها و سوالهای پژوهشی
۸۷	۱-۴-۴ فرضیه اول
۹۴	۲-۴-۴ فرضیه دوم
۹۶	۳-۴-۴ سوال ۱
۹۶	۴-۴-۴ سوال ۲
۱۰۵	۵-۴-۴ سوال ۳
۱۰۸	۵-۴ یافته های فرعی تحقیق
۱۰۸	۱-۵-۴ یافته فرعی ۱
	فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری
۱۰۹	۱-۵ بحث کلی
۱۰۹	۲-۵ بحث پیرامون فرضیه ها
۱۰۹	۱-۲-۵ فرضیه اول
۱۱۱	۲-۲-۵ فرضیه دوم
۱۱۶	۳-۵ بحث پیرامون سوالها
۱۱۶	۱-۳-۵ سوال ۱
۱۱۷	۲-۳-۵ سوال ۲
۱۲۲	۳-۳-۵ سوال ۳
۱۲۲	۴-۵ بحث پیرامون یافته های فرعی تحقیق
۱۲۲	۱-۴-۵ یافته فرعی یک
۱۲۴	۵-۵ محدودیتهای پژوهش
۱۲۵	۶-۵ پیشنهادها

مقدمه

با حمد و ثنای خداوند یکتا و متعال و ذکر سلام و تحیات بر پیامبر اکرم محمد مصطفی خاتم الانبیاء (ص) و آل پاک او این نوشتار را آغاز می نماییم. اگر با دقت در احوال و افعال انسان بنگریم او را موجودی می یابیم که به تنهایی قادر به ادامه حیات نیست و تنها در کنار همنوعان خود می تواند نیازهای متنوع زیستی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازد. این نیاز انسان به زندگی با دیگر همنوعان خود و داشتن روابط اجتماعی با آنها چیزی است که اکثر دانشمندان در طول تاریخ بر آن اتفاق نظر داشته اند (امیرکافی، ۱۳۸۳). در واقع اندیشه اجتماعی بودن و نیاز انسان به تشکیل جامعه از تفکرات ارسطو اندیشمند نامدار جهان باستان (که نضج و تعالی یافتن بسیاری از شاخه های علوم امروزی به او برمی گردد) منشاء گرفته است (همان منبع). ارسطو انسان را موجودی مدنی الطبع تعریف می کرد و امکان تنها زیستن را برایش منتفی می دانست (همان منبع). نظر وی در این باره را می توان به روشنی از عبارت مشهورش « برای تنها زیستن یا حیوان باید بود یا خدا » دریافت (ارسطاطالیس، ۱۳۶۸).

بنابر این دیدگاه، ارسطو ضمن تاکید بر ضرورت وجود روابط انسانی به عنوان جزئی از حیات انسان، تنهایی را مغایر و مخالف با طبع و ذات فطری این موجود منحصر به فرد که در جایگاهی برتر و والاتر از حیوانات دیگر خلق شده است می داند (همان منبع). آراء ارسطو در این زمینه (همچون بسیاری زمینه های دیگر در علوم عقلی و حتی تجربی) تا قرنهای بعد یعنی تا پایان قرون وسطی گفتمان غالب علمی و پذیرفته شده در اقصی نقاط عالم بود (امیرکافی، ۱۳۸۳). اما در پی این دوران اندک اندک نظریات دیگری درباره نقش و جایگاه پدیده تنهایی در جنبه های مختلف زندگی انسان مطرح گردید زیرا با گسترش علوم و افزایش حجم تحقیقات علمی صورت گرفته، نقش روابط اجتماعی در حیاط بشری بیش از پیش مورد توجه قرار گرفت و آشکار شد.

برجسته ترین اثر علمی در این دوران که به مسئله فوق پرداخته کتاب « خودکشی » از امیل دورکیم^۱ است که نخستین بار به سال ۱۸۹۷ میلادی به پرور طبع آراسته شد. دورکیم در بررسی

¹ Emile Durkheim

خود در این کتاب نشان داد که نشاط، سرزندگی و امید انسان به زندگی، به روابط او با سایر اعضای جامعه بستگی دارد و در مقابل قطع این اتصالات می تواند موجب اختلال و در نهایت خودکشی فرد شود. او بر همین اساس استدلال می کرد که هرچه پیوندهای اجتماعی افراد با جامعه کمتر باشد، احتمال خودکشی آنها افزایش می یابد. نکته جالب توجه اینکه دورکیم در این اثر خود به مطالعه جامعه شناختی اثرات تنهایی اهتمام داشته است ولی رهیافت و مدخل او به این بحث کاملاً خصلتهای روانشناختی دارد (امیر کافی، ۱۳۸۳).

احساس تنهایی پدیده ای جهانی است که با درنوردیدن مرزها، عضو درونی شده هر اجتماعی است. این پدیده همه قشرهای اجتماع، از تهیدست و توانگر تا پیر و جوان و زن و مرد را در بر می گیرد و از شاخص های ویژه جوامعی است که ارزشهای اجتماعی را فدای ارزشهای فردی کرده اند. در حقیقت می توان گفت که دیرینگی تنهایی انسان، به درازای تاریخ بشر است (حجت، ۱۳۸۷). اسطوره های باستانی، در فرهنگ های گوناگون (همان منبع) همواره حاکی از تنهایی قهرمانان اساطیری است که تنهایی شان به ابهام و پیچیدگی سرگذشت شان می افزاید.

تنهایی پیوسته دستمایه آفرینش آثار هنری بوده است، به طوری که افسانه سرایان، نویسندگان، شاعران، نمایشنامه نویسان، فیلمسازان، نقاشان، مجسمه سازان، موسیقی دانان و هنرمندان دیگر، هر یک به گونه ای تاثیرات خویش را از تنهایی، تجسم بخشیده اند (حجت، ۱۳۸۷). این خود نشانگر آن است که احساس تنهایی ریشه های ژرف در بن عواطف و روان انسان دارد.

با وجود آنکه تنهایی قدمتی به اندازه تاریخ بشر دارد، مطالعه علمی آن هنوز در آغاز راه است. با وجود قدمت این مفهوم در تاریخ هنر معنی گرا و فلسفه، بحث تئوری پیرامون تنهایی توسط دانشمندان رفتارگرا احتمالاً در اواخر دهه ۳۰ میلادی با مقاله گریگوری زیلبورگ^۱ (۱۹۳۸)، به نقل از حجت، (۱۹۸۱) آغاز شد.

مطالعات تجربی با استفاده از مقیاسهای عینی درباره تنهایی احتمالاً با مطالعه پل داوسون ادی^۲ (۱۹۶۱) به عنوان پایان نامه دکتری وی هنگامی که نظریه خود درگیری و تنهایی وایت هورن^۳ (۱۹۶۱) مورد آزمون تجربی قرار گرفت آغاز شده است.

¹ Gregory Zilboorg

² Paul Dawson Eddy

³ J.C. Whitehorn

در این مطالعه با بررسی متغیرهای تنهایی، راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در میان دانشجویان به روش همبستگی، این هدف که چه ارتباطی میان این سه متغیر وجود دارد بررسی می‌گردد.

در پایان ذکر این نکته خالی از فایده نیست که تفاوت ظریفی بین تنها ماندن و احساس ناخوشایند انزوا نمودن که به کررات و از زبان اندیشمندان علوم مختلف در طی قرون و هزاره‌های گذشته به آن اشاره شده و همانطور که گفتیم برای آن مضرات و معایب فراوانی ذکر گردیده است با « عزلت‌گزینی »^۱ و گوشه‌گیری از جهان و جهانیان برای رسیدن به معارف و مدارج معنوی و عرفانی که به عنوان یک پدیده ممدوح در تمام طول تاریخ بشر به موازات دیدگاه علمی به تنهایی مطرح بوده است وجود دارد. اگر عبارت مشهور ارسطو که پیش از این ذکر شد را شعار گروه اول در ضم تنهایی بدانیم آنگاه می‌توان این بیت از شیخ اجل سعدی را سمبل تمام عیار نظرات گروه دوم در توصیه به عزلت جویی دانست :

« دلا خو کن به تنهایی که از تن‌ها بلا خیزد »

¹ Seclusion

۱-۱- بیان مساله

انسان موجودی ذاتاً اجتماعی است. بائومیستر^۱ و لری^۲ (۱۹۹۵) در این زمینه بیان داشته اند که انسانها دارای نیاز غریزی بنیادین در به اشتراک گذاشتن افکار، احساسات و رفتارهای خود با دیگران دارند. این نیاز را می توان بدین صورت تعریف نمود: تمایل فراگیر به ایجاد و حفظ یک مقدار حداقلی از روابط مثبت و با ثبات بین فردی (بامیستر و لری، ۱۹۹۵، ص ۴۹۷) با وجود تفاوتهای فردی موجود در شدت نیاز به این روابط و اینکه اشخاص مختلف چگونه با این نیاز برخورد می کنند (مانند مک آدامز و بریانت^۳، ۱۹۸۷) برآوردن این نیاز مستلزم برقراری روابط مثبت و مکرر با سایر اشخاص است که مستلزم برآورده شدن نیازهای ارتباطی دیگران نیز می شود (بامیستر و لری، ۱۹۹۵). اشخاصی که اختلالات پایداری در برقراری و حفظ روابط مطلوب با دیگران دارند و به سختی می توانند نیاز ارتباطی خود را با دیگران برآورده سازند اغلب دچار احساس محرومیت هستند که دربرگیرنده اختلالاتی چون تنهایی، افسردگی، اضطراب و اندوه می باشد (بائومیستر و لری، ۱۹۹۵، کاسیوپو^۴ و همکاران، ۲۰۰۰، چیپوئر^۵، ۲۰۰۱، هاگرتی، ویلیامز، کوین و ارلی^۶، ۱۹۹۶).

بنابه نظر هینریش^۷ و گالون^۸ (۲۰۰۶) تنهایی یک تجربه شایع است، به صورتی که در یک مطالعه انجام شده توسط روبن اشتاین، شاور و پپلاو^۹ (۱۹۷۹) که در آن ۲۵ هزار نفر پرسشنامه منتشر

¹ R. F. Baumeister

² M. R. Leary

³ D. P. McAdams & F. B. Bryant

⁴ John T. Cacioppo

⁵ H. M. Chipuer

⁶ B. M. Hagerty, R. A. Williams, J. C. Coyne & M. R. Early

⁷ L. M. Heinrich

⁸ E. Gullone

⁹ C. Rubenstein, P. Shaver & L. A. Peplau

شده در یک روزنامه را پاسخ داده بودند ۷۹ درصد مردم در مواردی احساس تنهایی نموده بودند، ۱۵ درصد در اغلب و یا همیشه احساس تنهایی می نمودند و فقط ۶ درصد ابراز داشتند که هیچوقت تنهایی نکرده بودند. سایر پژوهشها هم نشان می دهد حدود ۱۵ تا ۳۰ درصد مردم احساس تنهایی شدید را تجربه نموده اند (به عنوان مثال اندرسن^۱، ۱۹۸۲، سرمات^۲، ۱۹۸۰)، با این وجود باید توجه کرد که این پژوهش ها تا حدودی مربوط به گذشته اند و ممکن است نتوانند شیوع فعلی تنهایی را نشان دهند.

تعجب آور نیست که مطالعات متعددی نشان دادند که تنهایی توسط هر دو جنس مرد و زن تجربه می شود. البته یک مطالعه مقایسه ای درباره تفاوت جنسیتی در تنهایی بالغین توسط بوریس و پرلمن (۱۹۸۵) نشان داد که زنها بیشتر از مردها دچار تنهایی می شوند. مطالعه آنها با روش خود اظهاری (مثلاً افراد می توانستند به سوالهایی همچون من یک انسان تنها هستم پاسخ دهند) به این نتیجه رسیدند که زنها بیشتر از مردها احساس تنهایی می کنند. با این وجود، تفاوتهای جنسی در تنهایی در مطالعاتی که از روش فوق استفاده نکرده باشند بسیار کمتر است. یک مثال از چنین مقیاسهایی مقیاس تنهایی یوسی.ال.ای است (راسل^۳، ۱۹۸۲، ۱۹۹۶، راسل، پیلاو و کاترونا^۴، ۱۹۸۰) که پرکاربردترین مقیاس تنهایی است. پاره ای یافته ها تاکید می کند که گزارش شدن بیشتر تنهایی توسط زنان لااقل تا حدودی مربوط به خطا در روش اندازه گیری است.

کوئینینگ و آبرامز^۵ (۱۹۹۹) مطالعاتی در کودکان و بزرگسالان را بررسی کردند که به تفاوتهای احتمالی جنسی در تنهای پرداخته اند. آنها متوجه شدند که تنهایی از نظر جنسی در کودکان تفاوتی نشان نمی دهد. با این وجود بعضی شواهد وجود دارد که نشانگر تفاوتهای احتمالی از این نظر در دوران بزرگسالی است. تفاوتهای معنی دار آماری در مقیاسهای تنهایی مردان و زنان فقط در ۵۰ درصد از نمونه های بزرگسالان وجود داشت و بر اساس یافته های این محققین حتی به نظر می رسد مردان کمی تنها تر از زنان بودند. در مرور دیگری بر نمونه های بالغین بوریس و

¹ L. Andersson

² V. Sermat

³ D. W. Russell

⁴ C. E. Cutrona

⁵ L. J. Koenig & R. F. Abrams

پرلمن^۱ (۱۹۸۵) نتیجه گرفتند که تفاوت‌های معنی دار جنسی به صورت واضح وجود ندارد اما می توان گفت که مردان تاحدودی تنها تر از زنان هستند.

همچنین بر خلاف عقیده و نظرات عمومی مردم، تنهایی در مراحل ابتدایی تر تکاملی خیلی بیشتر از سنین بالا بروز می نماید (پپلاو و همکاران، ۱۹۸۲، پرلمن و لندولت^۲، ۱۹۹۹). به عنوان مثال در یک مطالعه گسترده پارلی^۳ (۱۹۷۹) دریافت که ۷۹ درصد شرکت کنندگان پایین تر از ۱۸ سالگی احساس تنهایی را در مواردی یا اغلب اوقات خود ابراز داشته اند درحالیکه این حالت در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال شامل ۷۱ درصد، گروه سنی ۳۵ تا ۳۴ سال ۶۹ درصد، گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال ۶۰ درصد، گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال ۵۳ درصد، و ۳۷ درصد آنهایی که در گروه سنی ۵۵ و بالاتر قرار می گرفتند را شامل می شد. شولتز و مور^۴ (۱۹۸۸) همچنین به این نتیجه رسیدند که دانشجویان دبیرستانی تنها تر از دانشجویان پیش دانشگاهی هستند.

با توجه به تلاش فراوان ما برای برآوردن نیاز به روابط اجتماعی تعجب آور نیست اگر وقتی انسانها مشکلاتی در برقراری و حفظ اینگونه روابط رضایت بخش پیدا کنند آنگاه شاهد بروز احساساتی در آنها همچون افسردگی، اضطراب، تنهایی و خشم باشیم. همچنین در خلال روابط اجتماعی ما بسیاری از مهارتها همچون مهارتهای ارتباطی، مدیریت تعارضات و تصمیم گیری، تقابل و مهارتهای دوست یابی به عنوان رفتارهای طبیعی را می آموزیم. لذا وقتی انسانها در ارتباطات اجتماعی خود مشکلی پیدا می کنند احتمال صدمه دیدن تکامل عاطفی اجتماعی آنها وجود دارد (بویوین^۵ و همکاران، ۱۹۹۵).

در طی دهه های اخیر ارتباط معنی داری میان کمیت و کیفیت روابط اجتماعی و میزان ابتلا به بیماریها^۶ و میزان مرگ و میر^۷ و یا به عبارت بهتر وضعیت سلامت و طول عمر انسان نشان داده شده است (کاسیوپو و همکاران، ۲۰۰۲، کاسیوپو و هاگلی، ۲۰۰۳، کاسیوپو، هاگلی و برنسون^۸، ۲۰۰۳، هاگلی، و همکاران، ۲۰۰۶، کنوکس^۹ و همکاران، ۱۹۹۸). متأسفانه در جوامع انسانی و طی

¹ S. Borys & D. Perlman

² M. A. Landolt

³ M. B. Parlee

⁴ N. R. Schultz & D. Moore

⁵ M. Boivin

⁶ Morbidity rate

⁷ Mortality rate

⁸ G. G. Berntson

⁹ S.S. Knox

طی فرایند صنعتی شدن و استفاده از تکنولوژی های نوین در طی سالهای اخیر بر تعداد افرادی که مجبور به زندگی در انزوا، به تنهایی و یا فاقد روابط اجتماعی کافی (هاثورن^۱، ۲۰۰۶) هستند افزوده می شود، به گونه ای که امروزه پدیده تنهایی با تعریف زندگی بدون مصاحبت، پشتیبانی و ارتباطات اجتماعی کافی به عنوان یک عامل آسیب زا برای سلامت روانی و جسمی انسان مطرح گردیده و نتایج پژوهشها در زمینه آسیب شناسی سلامت در جوامع انسانی نشان داده است که مهمترین دلیل مرگ و میر افراد بالغ ابتلا به بیماریهای مزمن همچون سکتته های قلبی و مغزی و بدخیمی ها می باشد و عوامل خطر ساز منجر به این بیماریها مانند دخانیات، چاقی، فشار خون بالا و زندگی بی تحرک به خوبی شناخته شده اند. اما یکی از پر قدرت ترین این عوامل انزوای اجتماعی است که به خوبی شناخته نشده است (کاسیوپو و هاگلی، ۲۰۰۳، کاسیوپو، هاگلی و برنسون، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر پدیده انزوای اجتماعی به عنوان عاملی که با مکانیسم های مختلف منجر به افزایش میزان انواع مختلف بیماریها و همچنین افزایش مرگ و میر می گردد مطرح گردیده است.

نتایج پژوهشهای انجام شده توسط حجت، شاپوریان^۲ و مهریار^۳ (۱۹۸۶) با نمونه های ایرانی و آمریکایی حاکی از این است که همبستگی آماری بین تنهایی و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر و در گروههای فرهنگی گوناگون بسیار زیاد است، و این ضریب همبستگی به گونه ای مرموز، تقریباً در هر دوره و دسته ای ثابت باقی می ماند. نظیر همین نتایج نیز توسط همان پژوهشگران در همبستگی بین تنهایی و اضطراب مشاهده شده است. همچنین نتایج این پژوهشها حاکی از این است که افراد تنها، در مقیاس اجتماعی بودن (آزمون برونگرایی ایزنک) نسبت به دیگران نمره های پایین تری دریافت می کنند و بیش از دیگران احساس می کنند که در رویارویی با حوادث زندگی عنان کار در اختیارشان نیست و رشته امور از دستشان خارج است. در این مطالعات افراد تنها نمرات روان نژندی و روان پریشی آزمون ایزنک به مراتب بالاتر از دیگران به دست آوردند.

محققین به لحاظ تئوریک مقابله منفعلانه با استرس در افراد دچار تنهایی را، ناشی از شناخت اجتماعی این افراد می دانند که منجر به واکنشهای خود محافظتی^۴ و به طور متناقض خود تخریب تخریب گرانه^۵ از سوی آنها می گردد. کاسیوپو و همکاران (۲۰۰۳) این نکته را مطرح می کنند که

¹ G. Hawthorne

² Reza Shapurian

³ Amir H. Mehryar

⁴ Self-Protective

⁵ Self-Defeating

که افراد دچار احساس تنهایی به لحاظ نظری بیشتر احتمال دارد که از روشهای منفعلانه مقابله با استرس استفاده نمایند چون در اشخاص بدون احساس تنهایی مقابله فعال با استرس های روزمره مبتنی بر شبکه ارتباطات اجتماعی با دیگران است، به عبارتی وقتی فرد دچار استرس می شود در جستجوی حمایت و یاری دیگران برآمده و با آنان تعامل می نماید. اما در اشخاص دچار احساس تنهایی اجتماعی که طبیعتاً فاقد چنین شبکه ارتباطی مطلوبی با دیگران هستند نمی توانند از این راهبرد ها جهت مقابله استفاده نمایند. این مسئله تاثیر بسزایی بر حفظ سلامت فرد دارد به گونه ای که شیوه های مقابله منفعلانه یک عامل خطرزای شناخته شده و دارای ارتباط معنی دار با شیوع بیشتر فشارخون بالا در افراد تنها می باشد (کاسیوپو و همکاران، ۲۰۰۳، ۲۰۰۲). بنابراین محققین توجه و پژوهش بیشتر بر ارتباط احتمالی راهبردهای مقابله با استرس و تنهایی و تاثیر آنها را بر سلامت توصیه می نمایند.

با توجه به زمینه نظری و شواهد تجربی فوق الذکر در تحقیق حاضر محققین در جستجوی شناخت و تبیین هرچه بهتر اثرات احساس تنهایی بر سلامت روانی و جسمانی و همینطور شناخت جایگاه راهبرد های مقابله ای این افراد در ارتباط با وضعیت سلامتی شان می باشند.

از آنجا که دانشگاه بستر اصلی تأمین و تدارک نیروی انسانی کارآمد جهت پیشرفت، جوابگویی به نیازها و ارتقای فناوری می باشد، توجه به سلامتی دانشجویان امری است که به منظور بالابردن کیفیت کار در آینده بایستی مورد توجه قرار گیرد.

با نگاهی گذرا به آمار بیماریهای جسمی- روانی در جوامع بشری و از همه مهمتر نگاهی به شاخصهای بهداشتی از جمله میزان مرگ و میر و ... و نیز به دلیل اهمیت و نقش ویژه ای که صفات شخصیتی بر جوانب و حیطه های مختلف زندگی و سطح سلامتی افراد دارند، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه ای در زمینه همبستگی های روانشناختی مرتبط با سلامتی در دانشجویان انجام دهد و از آنجا که احتمال می رود احساس تنهایی متغیر مرتبط با سلامتی و راهبردهای مقابله ای باشد، با هدف پاسخ به این سؤال که آیا بین کیفیت زندگی و احساس تنهایی و راهبردهای مقابله ای در دانشجویان ارتباط وجود دارد؟ پژوهش حاضر انجام گرفت.

۲-۱- سوالهای پژوهش

- ۱- رابطه بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با احساس تنهایی چگونه است؟
- ۲- رابطه بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با راهبردهای مقابله ای چگونه است؟

۲- نقش راهبردهای مقابله ای به عنوان یک متغیر تعدیل کننده یا میانجی در رابطه بین احساس تنهایی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت چگونه است؟

۳-۱- اهداف پژوهش

۱) بررسی ارتباط میان احساس تنهایی و میزان کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در دانشجویان

۲) بررسی ارتباط میان احساس تنهایی و راهبردهای مقابله ای منفعلانه در دانشجویان

۴-۱- فرضیه های پژوهش

۱- افرادی که احساس تنهایی بالاتر گزارش می دهند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایینتر دارند.

۲- افرادی که احساس تنهایی بالاتر گزارش می دهند از راهبردهای مقابله ای منفعلانه بیشتری استفاده می کنند.

۵-۱- ضرورت های پژوهش

تنهایی بیشترین شیوع را در دوران بزرگسالی دارد (هنریش و گالون، ۲۰۰۶) و حتی بنا بر نظر سیپولا و بوکوسکی^۱ (۱۹۹۹) احساس تنهایی در این دوره ممکن است تجربه ای طبیعی باشد، به جز در درجاتی از احساس تنهایی که احتمالاً منجر به تغییرات معنی داری در نقشها، روابط و عقاید شخصی می گردد. در خلال تحول کودکان به مرحله بلوغ آنها دچار تحول عمیقی در انتظارات شان از روابط اجتماعی، وظیفه شناسی، حمایت و صمیمیت دارند، همانگونه که باورها، ارزشها و تعلق شان به گروه دوستان همچون تمایل شان به اشتراک گذاشتن فعالیتها دچار تغییر می شود (پارکر^۲ و همکاران، ۱۹۹۹، پارکورست و هاپمیر^۳، ۱۹۹۹). همچنین بر اساس تحقیقات

^۱ L. K. Sippola & W. M. Bukowski

^۲ J. G. Parker

^۳ J. T. Parkhurst & A. Hopmeyer

اخیر مشخص شده است که کودکان خردسال هم می توانند دچار تنهایی شوند (به عنوان مثال اش و پاکوت^۱، ۲۰۰۳)، در حالیکه برای دهه ها تصور می شد تنهایی تا دوره بلوغ یعنی زمانیکه نیاز درونی برای صمیمیت افزایش می یابد بروز نمی نماید (مثلاً سالیوان^۲، ۱۹۵۳، وایز، ۱۹۷۳). همچنین به نظر می رسد بالغین به تکامل یک پیش فرض با وضعیت اجتماعی خود تمایل دارند (پارکهورست و هوپمیر، ۱۹۹۹) و تنهایی در زمانی می تواند پدید آید که بالغین نتوانند مهارت‌های اجتماعی لازم را با تغییرات در محیط اجتماعی خود بدست آورند یا اینکه آنها دارای توقعات غیر واقعی از روابط اجتماعی‌شان باشند (پپلائو و پرلمن، ۱۹۸۲). بعلاوه همانطورکه برقراری روابط انسانی در دوران بلوغ اهمیت پیدا می کند (اریکسون، ۱۹۶۳)، عدم دلبستگی هم ممکن است در بالغین به تنهایی منجر شود (نتو و باروس^۳، ۲۰۰۰، روبینسون و شاور^۴، ۱۹۸۰).

در خلال تحول از دوران کودکی به بزرگسالی افراد وقت کمتری را با خانواده خود و وقت بیشتری را با همسالان خود می گذرانند (لارسون^۵، ۱۹۹۹)، تمایل به کسب استقلال از خانواده خود پیدا می کنند (اریکسون، ۱۹۶۸، لارسون و همکاران، ۱۹۸۲)، فردیت خود را شکل می دهند (کوئینینگ و آبرامز^۶، ۱۹۹۹) و برای والدینشان به عنوان تصاویر اولیه دلبستگی جایگزینی می یابند (استروی و آفر^۷، ۱۹۷۸، وایز، ۱۹۷۳). بلافاصله بعد از آن بالغین سعی در شناسایی تغییرات فیزیولوژیک، عاطفی و عقلی خود برای جایگزینی آن با خود انگاره های کودکی شان می نمایند (برنان^۸، ۱۹۸۲). ویژگیهای شخصیتی در این دوره نمایان می شود (اریکسون، ۱۹۶۸) و با تکامل توانایی های شناختی (برنان، ۱۹۸۲)، بالغین قادر به تصور خود در قالب یک موجود پیچیده و در یک قالب انتزاعی می شوند. این شکل دادن ویژگیهای شخصیتی نه فقط بر اساس شاخصه های فیزیکی بلکه همچنین بر اساس ویژگیهای روانشناختی رخ می دهد (مانند افکار، باورها و ارزشها) و با روابط اجتماعی آنها نیز متناسب است (پارکهورست و هوپمیر، ۱۹۹۹، سیپولا و بوکوسکی، ۱۹۹۹). در دوران بلوغ تلاش برای دست یافتن به احساس منسجم و یکپارچه از خود توسط یکپارچه کردن جنبه های مختلف خصوصی و عمومی شخصیت انجام می پذیرد (کوئینینگ و

¹ S. R. Asher & J. A. Paquette

² H. S. Sullivan

³ F. Neto & J. Barros

⁴ C. M. Rubenstein & P. Shaver

⁵ R. Larson

⁶ L. J. Koenig & R. F. Abrams

⁷ E. Ostrov & D. Offer

⁸ T. Brennan