

دین، سلامت روان و احساس تنهایی بررسی نسبت میان میزان دینداری و سلامت روان با احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی)

عبدالحسین کلانتری، دانشیار، گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، ایران*
سید سعید حسینی‌زاده آرانی، فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران، ایران

چکیده

از جمله مسائل روانی- اجتماعی که در سال‌های اخیر مورد توجه بسیاری از محافل علمی قرار گرفته است، احساس تنهایی است که نمایاگر ارزیابی افراد از کیفیت نامطلوب روابط اجتماعی شان است و متغیرهایی از جمله میزان دینداری و سطح سلامت روان بر آن تأثیر می‌گذارند. لذا هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط میان دینداری و سلامت روان با تجربه احساس تنهایی بر حسب رویکرد دورکهایم و وبر در کلانشهر تهران است. روش مورد استفاده در این پژوهش، پیمایش بوده و جامعه آماری مورد مطالعه، کلیه شهروندان 18+ سال تهرانی هستند که 524 نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شده، توسط پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها حاکی از آن هستند که میزان دینداری اکثر شهروندان تهرانی در حد متوسط رو به بالا بوده، بالغ بر نیمی از آن‌ها احساس تنهایی را در حد متوسط رو به پایین تجربه کرده و اکثریت آن‌ها از وضعیت سلامت روان مطلوبی برخوردارند. همچنین میان میزان دینداری (173/-.) و سلامت روان (452/-.) با احساس تنهایی رابطه‌ای معنی‌دار و منفی وجود دارد و دینداری و اعتقادات مذهبی افراد تأثیر مثبتی بر سطح سلامت روان آنان بر جای می‌گذارد (117/.).

کلیدواژه‌ها: دینداری، سلامت روان، احساس تنهایی، شهروندان تهرانی.

Email:

* نویسنده مسؤول: 09127335517

abkalantari@ut.ac.ir

Copyright©2016, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially.

مقدمه و بیان مسأله

دین حقیقتی است که در جنبه‌ها و ابعاد گوناگون زندگی انسان حضور قابل توجهی دارد و به عنوان یکی از پنج نهاد اصلی هر اجتماعی، جایگاهی خاص در تقسیم‌بندی جامعه‌شناسان به خود اختصاص داده است. در جوامع امروزی و مدرن، دین به عنوان موضوعی غیر قابل انکار نگریسته شده و سعی می‌شود میزان و تأثیرات آن به طور جامع مورد بررسی قرار بگیرد و از آن‌جا که دین یک پدیده گروهی تلقی می‌گردد که در رابطه متقابل با دیگر واحدهای سازنده یک جامعه قرار می‌گیرد لذا انتظار بر این است که هم بر سایر نهادهای جامعه تأثیر بگذارد و هم از آن‌ها تأثیر بپذیرد (دهستانی و همکاران، 1391). بدین قرار، افزایش مطالعات صورت گرفته در زمینه دین و دینداری، خود معرف پراهمیت بودن این مقوله در زندگی انسان‌ها است.

دینداری جلوه و مصداق دین است و در واقع عنوان عامی است که به هر فرد یا پدیده‌ای که ارزش‌ها و نشانه‌های دینی در آن متجلی باشد، اطلاق می‌شود. دینداری یک نظام عملی مبتنی بر اعتقادات است که در ابعاد فردی و اجتماعی، از جانب پروردگار، برای هدایت انسان‌ها در مسیر رشد و کمال الهی ارسال شده است و شامل عقاید، باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی است که با هم پیوند داشته و یک احساس جامعیت را برای فرد تدارک می‌بینند (شجاعی‌زند، 1384: 36). دین غالباً می‌تواند عامل نیرومند تعیین‌کننده پدیده‌های اجتماعی (و روانی) باشد، به نهادها شکل بدهد، بر ارزش‌ها تأثیر بگذارد و روابط را زیر نفوذ خود بگیرد (رضادوست و همکاران، 1390: 4) و به عنوان یک نماد اجتماعی برای جامعه، انضباط، انسجام و خوشبختی به همراه بیاورد. دین، معنویت یا مذهب عواملی مهم و تأثیرگذار بر رفتار، حالات روانی و در کل، سلامت روان جامعه هستند، لذا علاوه بر جامعه‌شناسان، مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان نیز قرار گرفته‌اند. سلامت روان یکی از مؤلفه‌های یک زندگی سالم است که عوامل بی‌شماری در شکل‌بندی صحیح یا ناصواب آن دخیل هستند.

کاپلان و سادوک¹ (1993)، سلامت روان را به عنوان بهزیستی و داشتن حسی تعریف کرده‌اند که هنگامی که فرد وارد تعاملات اجتماعی می‌شود در خود احساس می‌کند. سازمان بهداشت جهانی در سال 1948، ابعاد سه‌گانه سلامت یعنی سلامت جسمانی، اجتماعی و روانی را مطرح کرد که هر سه بعد لازم و ملزوم یکدیگرند. همان‌گونه که ذکر شد مذهب و معنویت یک جامعه، بر سلامت روان افراد جامعه تأثیر می‌گذارد. در همین زمینه مطالعات صورت گرفته به رابطه مثبت بین دینداری و سلامت روان اشاره کرده‌اند (Koenig et al. 2007). افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، از سلامت روان بالاتری نیز برخوردارند. مذهب و دینداری افراد، به ایجاد انگیزش نسبت به دنیا در انسان منجر شده و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی یاری می‌رسانند و از سویی به زندگی فرد معنا و هدف داده و داشتن معنا و هدف در زندگی، نشان‌دهنده سلامت روان می‌باشد (چراغی و مولوی، 1385: 4).

از سوی دیگر هم مذهب و هم سلامت روان از جمله متغیرهای مؤثر بر احساس تنهایی² تلقی می‌گردند؛ احساس تنهایی تجربه ذهنی افراد در مورد فقدان روابط خشنود کننده است (Andersson, 1998) و نمایانگر ارزیابی فرد از کیفیت نامطلوب روابط اجتماعی و صمیمانه بوده که ممکن است با واقعیت بیرونی منطبق نباشد (رحیم‌زاده و همکاران، 1388). احساس تنهایی ممکن است توسط هر شخصی در هر مقطعی از زندگی تجربه شود و به عبارتی، یک حقیقت اساسی زندگی بشری است که محدود به مرزهای سنی، جنسی، نژادی، اقتصادی یا جسمی خاص نیست. آمارها حاکی از آن هستند که از هر چهار نفر در جهان، یک نفر از احساس تنهایی رنج می‌برد (جوکار و سلیمی، 1390: 312). مطالعات بسیاری درصدد کشف علل احساس تنهایی بر آمده‌اند و در این میان، یک مجموعه از علل، احساس تنهایی را به محیط‌های فرهنگی و موقعیتی نسبت داده‌اند مانند تغییرات در

¹ Kaplan & Sadock

² Loneliness

روان و میزان تجربه زیسته احساس تنهایی در بین شهروندان
بررسی و سنجش تحلیلی ارتباط میان میزان دینداری با
سطح سلامت روان
بررسی و سنجش تحلیلی ارتباط میان میزان دینداری با
میزان تجربه زیسته احساس تنهایی
بررسی و سنجش تحلیلی ارتباط میان سطح سلامت روان
با میزان تجربه زیسته احساس تنهایی.

پیشینه تحقیق

پیشینه داخلی

بررسی مطالعات داخلی در زمینه ارتباط میان سه متغیر میزان
دینداری، سطح سلامت روان و میزان تجربه احساس تنهایی
حاکی از وجود پژوهش‌های بسیار اندک است. با این حال
جعفری و همکارانش (1388) در بررسی رابطه کارایی
خانواده، دینداری و سلامت روان، جمالی (1381) در بررسی
رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنابخش بودن زندگی
و سلامت روان، روغنچی (1384) در بررسی رابطه بین
جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان و چراغی و مولوی
(1385) در بررسی رابطه بین دینداری با سلامت عمومی، بر
ارتباط معنادار میان میزان دینداری و سطح سلامت روان اشاره
کرده‌اند: افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، سازگاری
بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا نشان می‌دهند، میزان
پایین‌تری از هیجان‌ات منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند و از
اضطراب کمتر و حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند. در
زمینه ارتباط میان میزان دینداری و سطح تجربه احساس
تنهایی در قالب مطالعات داخلی، پژوهش مستقلی یافت نشد
اما پژوهش واحدی و همکارانش (1389) با عنوان الگوی
میانجی احساس تنهایی اجتماعی و هیجانی، بهیستی معنوی،
فاصله اجتماعی و افسردگی دانشجویان دختر، حاکی از
همبستگی میان احساس تنهایی با مشکلات مرتبط با سلامت
روان از جمله افسردگی است.

شبکه‌های اجتماعی و خصوصاً از دست دادن روابط معنادار و
مهم. "کلرمن"¹ (1986) معتقد است که احساس تنهایی از
نقص در روابط نزدیک و اختلال در همبندی‌های اجتماعی یا
انسجام اجتماعی ناشی می‌شود" (چلپی و امیرکافی، 1383). به
طور کلی احساس تنهایی با بسیاری از پدیده‌ها و متغیرهای
اجتماعی-روانی و جمعیتی در ارتباط است و از جمله
متغیرهای مؤثر بر آن، میزان دینداری و سطح سلامت روان
است به طوری که تحقیقات متعددی بر رابطه بین مشارکت
مذهبی ضعیف (Jones & et al.; Horowitz & et al. 1982) و
سطح پایین سلامت روان (جمالی، 1381؛ روغنچی، 1384؛ Butler
& et al. 2004) با احساس تنهایی اشاره کرده‌اند. در مجموع
شهرهای عصر مدرن همچون تهران، شبکه‌های اجتماعی
شهری را دچار تغییر و تحول کرده و روابط اجتماعی را در
هر شکل آن سست و سیال کرده‌اند. این ناپایداری در روابط
اجتماعی و سستی شبکه‌ها خود منشأ شکل‌گیری احساس
تنهایی است که متأثر از عوامل انسجام بخشی چون میزان
مشارکت مذهبی و سطح سلامت روان است. دین به عنوان
عامل انسجام بخشی که مردم را گرد هم آورده و موجب
تصدیق دوباره پیوندهای اجتماعی می‌شود، بر سلامت جامعه
اثر می‌گذارد و در جوامعی که دین گستردگی بیشتری دارد،
افراد انسجام بیشتری داشته، حمایت اجتماعی بیشتری دریافت
می‌کنند و سالم‌ترند. در نتیجه با گسترش روابط اجتماعی و
حمایت اجتماعی ناشی از توسعه دین در جوامع و افزایش
سلامت جامعه، از میزان انزوا و احساس تنهایی کاسته
می‌شود. لذا مطالعه حاضر درصدد است تا به بررسی و
سنجش ارتباط میان میزان دینداری، سطح سلامت روان و
نسبت این دو متغیر با تجربه احساس تنهایی در بین
شهروندان تهرانی بپردازد.

اهداف تحقیق

بررسی و سنجش توصیفی میزان دینداری، سطح سلامت

¹ Klerman

پیشینه خارجی

تا قبل از سال 2000، بالغ بر 700 مطالعه کمی در حیطه رابطه بین معنویت و مذهب با سلامت روان صورت گرفته که در نزدیک به 500 مورد از آنها، وجود رابطه بین دینداری و سلامت روان و حمایت اجتماعی مورد تأیید قرار گرفته است. بیشتر این مطالعات نشان می‌دهند که هرچه افراد دیندارتر باشند، معمولاً از حیث جسمی و روانی سالم‌ترند (پروچی و همکاران، 1392). کوئینگ و همکارانش (2007) در طی مطالعات خود نشان داده‌اند که سلامت روانی و جسمی انسان با زندگی معنوی او رابطه مثبت دارد. باتلر و همکارانش (2004) در بررسی نقش مذهب بر سلامت روان نشان داده‌اند که افرادی که اعتقادات مذهبی قوی‌تری دارند، خودباورتر، کارآمدتر و سازش یافته‌تر از دیگران هستند و هیجان‌ات مثبت بیشتری تجربه می‌کنند. کامر¹ (2005) به پژوهش‌هایی استناد کرده و بیان می‌کند که افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیر مذهبی، کمتر احساس تنهایی کرده و کمتر به بدبینی، افسردگی و اضطراب دچار می‌شوند. هوروویتز² و همکارانش (1982)، جونز و همکارانش (1981) و استفان³ و همکارانش (1988) در طی مطالعات خود بر رابطه میان مشارکت مذهبی ضعیف و احساس تنهایی اشاره کرده‌اند و از سوی دیگر در ارتباط با سلامت روان، یافته‌ها حاکی از آنند که افراد تنها، دسته وسیعی از احساسات منفی (مانند بی‌ارزش بودن، مطرود شدن و احساس ناخواسته بودن) را تجربه می‌کنند. علاوه بر این احساس تنهایی با بسیاری از مشکلات مرتبط با سلامت روان از جمله افسردگی (Koenig & et at. 1994 عزت نفس پایین (Larson, 1999)، اضطراب (Mijukovic, 1986) و اندیشه‌پردازی خودکشی در ارتباط است. در مجموع مروری بر مطالعات داخلی و خارجی صورت گرفته نشان می‌دهند که:

اولاً مطالعات داخلی اندکی در زمینه ارتباط میان دینداری، سلامت روان و احساس تنهایی نسبت به

پژوهش‌های خارجی (700 مورد) صورت گرفته و اغلب مطالعات داخلی متمرکز بر ارتباط میان دینداری و سلامت روان است.

ثانیاً جامعه آماری مطالعات صورت گرفته محدود به افراد مهاجر و دانشجویان است و کمتر کل افراد ساکن در محلات کلانشهرهایی چون تهران را شامل می‌شود. ماهیت زندگی در کلانشهرهایی چون تهران، بسیاری از ابعاد ارتباطات اجتماعی را تضعیف کرده و افراد را در معرض مشکلات روانی بسیاری قرار می‌دهد و با به انزوا کشیدن آن‌ها در زمینه روابط اجتماعی، به احساس تنهایی آن‌ها می‌افزاید.

لذا پژوهش حاضر نسبت به پیشینه مطالعاتی، هم به بررسی ارتباط این سه متغیر در یک مطالعه واحد پرداخته و هم کل جامعه آماری افراد 18+ سال کلانشهر تهران را در بر می‌گیرد و محدود به یک قشر خاص جامعه نیست.

چارچوب نظری

به طور کلی دو دسته نظریات روان‌شناختی و جامعه‌شناختی درباره دین وجود دارد که برخی از این نظریات به خصوص نظریات جامعه‌شناسان کارکردگرا بر تبیین رابطه دینداری و سلامت روان دلالت‌هایی دارند. دین غالباً عامل نیرومند تعیین‌کننده پدیده‌های اجتماعی تلقی گشته، با نقش اجتماعی روشنی که در جامعه دارد، زندگی فردی و اجتماعی را سامان می‌بخشد. اغلب جامعه‌شناسان در وهله اول در تفکر اجتماعی خود، دین و نقش اجتماعی آن را مورد نظریه‌پردازی قرار داده‌اند. سن سیمون دین را برای حفظ حیات اجتماعی و معنی ضروری دانسته و در نظر پیروان وی، دین عامل پیوندی برای جامعه تلقی گشته است (شجاعی‌زند، 1391: 43). کنت دین را زمینه‌ساز گسستن اختلافات فردی در جهت غلبه بر تمایلات فردگرایانه انسان‌ها، عامل ایجاد نوع دوستی، مشروعیت بخشی و ثبات در هر حکومت و تنظیم‌کننده رابطه فرماندهی و فرمانبری در هر قدرت اجتماعی محسوب می‌کند (همیلتون⁴، 1377: 272).

¹ Comer

² Horowitz

³ Stephan

⁴ Hamilton

باشد و با گسترش دین در جامعه و افزایش سطح انسجام اجتماعی، یکپارچگی و روابط اجتماعی، افراد جامعه سلامت بیشتری خواهند داشت.

علی‌رغم کارکردهای اجتماعی دین، روان‌شناسان دین بر نقش دین در تسکین آلام و کاهش ناامیدی بشر در زندگی اجتماعی، افزایش تحمل‌پذیری، تمکین توأم با آرامش و سرسپردگی و بالاخره دستیابی به نوعی تشریف‌روانی و ایجاد شخصیت همساز تأکید کرده‌اند. وبر دین را ملجاء و متکایبی برای بشر معرفی می‌کند که قادر است به حیات معنا بخشد و به زندگی جهت دهد. از نظر او دین به ظاهر خصلت خودسرانه و نامراد و غیرمنصفانه جهان را معنادار و سامانمند جلوه می‌دهد و در یک کلام کارکرد دین، توجیه الهی بدبختی و خوشبختی است (Turner, 1971:44-45). دین به مجرد آن‌که در جامعه رواج یابد، نفوذ پر دامنه خود را بر شیوه زندگی قشرهای بسیار ناهمگن جامعه برجای می‌گذارد. مردم به روش‌های گوناگون به تفسیر رابطه اخلاق دینی با موقعیت‌های ناظر بر منافع می‌پردازند، به طوری که اخلاق دینی همچون کارکردهای صرف این موقعیت‌ها تلقی شده است. طبق استدلال وبر، صرف‌نظر از این‌که جامعه در چه سطحی از عقلانیت قرار گرفته باشد، افراد جامعه همیشه نیاز روانی به این دارند که جهان را معنادار و هدف‌دار ببینند. از تحلیل وبر این‌گونه استنباط می‌شود که حتی در جامعه جدید نیز دینداری می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت داشته باشد. دینداران بر اثر ایمان و اعتقاد خود بهتر می‌توانند بر خواش‌های نفسانی و غریزی خود غلبه کنند و همچنین احتمال کمتری وجود دارد که به انجام رفتارهای پرخطر روی بیاورند. از نظر وی دین عامل مهمی برای کنترل خواش‌های غریزی است (سراج‌زاده، 1998). از سوی دیگر مؤمنان که از احساس پوچی و بی‌هدفی کمتر رنج می‌برند، احتمال کنترل لذات مادی از طرف آن‌ها بیشتر است و در سلامت بیشتر به سر می‌برند.

میلتون بینگر تحت تأثیر همین ایده، دین را نظامی فراهم آمده از باورها و رفتار می‌داند که از طریق آن گروهی از مردم

نزد دورکیم (1968) دین بیان ارزش‌های اخلاقی یک اجتماع و باورداشت‌های دسته جمعی آنان است؛ نظامی از عقاید و اعمال متناسب به اشیاء و امور مقدس که همه مؤمنان را در یک اجتماع معنوی واحد یا یک تشکیلات دینی گردهم می‌آورد (امام‌جمعه‌زاده و همکاران، 1389: 12). دورکیم بر این باور است که دین از طریق مناسک و مراسم مذهبی، همبستگی و انسجام اجتماعی را ایجاد و حفظ می‌کند (گیدنز، 1376: 493). براساس نظریه مناسک، افراد در غلیان ناشی از اعیاد و مراسم و جشن‌های اجتماعی، از طریق اعمال مشترک و کردارهایی همانند پایکوبان و غریوکشان، به هم نزدیک شده و نوعی همدلی پیدا می‌کنند. در نظر وی برگزاری مراسم و مناسک مذهبی، سبب تعامل و پیوند میان مردم می‌شود (پنجه‌بند، 1385: 44). این تعامل و پیوند در نوبه خود می‌تواند عامل کاهش انزوای اجتماعی و احساس تنهایی تلقی گردد. اگر از طریق مناسک، پیوندهای اجتماعی ایجاد و حفظ می‌شوند به این دلیل است که آن‌ها با این احساس که مقدس و با حرمت هستند، انجام می‌شوند و همه کنشگران در کنار هم به شکل یکسان این احساس و عمل را تجربه می‌کنند (افشانی و همکاران، 1389: 195). از سوی دیگر، دورکیم معتقد است که مذهب، ارتباطات اخلاقی را نیز ایجاد و حفظ می‌کند. اعتقادات مذهبی قوی در یک جامعه، ارزش‌ها و هنجارهای گروه را به وسیله اضافه کردن یک بعد مقدس به زندگی روزمره، تقویت و تحکیم می‌بخشد. شعائر مذهبی از طریق جمع کردن مردم در یک محل، همبستگی اجتماعی را تقویت می‌کنند. آدی¹ (1961) نیز همانند دورکیم، کارکردهای دین را حمایت، هویت بخشی و انسجام بخشی عنوان می‌کند. در این رویکرد دین عاملی برای کاهش انزوای اجتماعی (و متعاقب آن احساس تنهایی)، تحکیم همبستگی اجتماعی، زمینه‌ای برای پذیرش هنجارها و افزایش پیوند و انسجام درون خانواده و جامعه است (حاتمی و همکاران، 1388: 14-15). با توجه به کارکردهایی که دورکیم برای دین برمی‌شمارد بین دینداری و سلامت روان می‌تواند رابطه مثبتی وجود داشته

¹ O'Dea

ادراک کمتر و با احتیاط، بی‌اعتمادی و تعارض بیشتر مرتبط است. احساس تنهایی عملکردهای اجرایی انسان را مختل می‌کند زیرا انسان را در برابر تهدیدهای اجتماعی، به طور تلویحی گوش به زنگ نگه می‌دارد، حساسیت افزایش یافته نسبت به تهدیدهای اجتماعی به تمایلات در توجه و شناخت جنبه‌های منفی زمینه‌های اجتماعی منجر می‌شود. این نوع شناخت و ادراکات اجتماعی بر رفتار، تعاملات اجتماعی و بر سبک‌های تأییدی که احساس تنهایی را تشدید می‌کنند، نیز تأثیر می‌گذارد. همراه با مشاهدات گوسویک و جونز⁴ (1981) در این زمینه که احساس تنهایی با یکپارچگی شخصیتی ضعیف همراه و همبسته است، مطالعات دیگری نیز همبستگی اساساً قابل توجهی را میان احساس تنهایی و افسردگی هم در میان نوجوانان و هم در میان بزرگسالان نشان می‌دهند. ویلر⁵ و همکارانش (1983) مدعی‌اند که احساس تنهایی و افسردگی، علل مشترکی از قبیل مهارت‌های اجتماعی ضعیف، شرمساری و ... دارند (حسینی‌زاده، 1392: 31). در کل، اثبات شده است که احساس تنهایی با بسیاری از مشکلات روانی (از قبیل عزت نفس پایین، کفایت اجتماعی پایین، تعاملات اجتماعی ضعیف) و نیز با مشکلات سلامت ذهنی (از قبیل اضطراب، افسردگی، رفتارهای معطوف به خودکشی) همبستگی دارد.

لذا با توجه به موارد فوق، در جهت تبیین اثرات دینداری بر سلامت روان افراد و جامعه و تأثیر کاهنده آن در زمینه انزوای اجتماعی و احساس تنهایی، می‌توان استدلال‌ات زیر را ارائه داد:

مذهب به ایجاد نگرش مثبت به دنیا منجر می‌شود و فرد را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مانند فقدان‌ها یا بیماری‌ها یاری می‌رساند.

مذهب به زندگی فرد معنا و هدف می‌بخشد و داشتن معنا و هدف در زندگی، نشان‌دهنده سلامت روان است و به افزایش توانایی‌های فرد در انجام کارها منجر می‌شود.

با مسائل غایی حیات مانند مسأله مرگ، رنج، وجود شیطان و شرور و بی‌عدالتی در جهان درگیر می‌شوند. او می‌گوید دین با ارائه تبیینی از جهان، فرد را در فائق آمدن بر ناامیدی، سرخوردگی و خروج از حیرت و سرگشتگی یاری می‌رساند (Roberts, 1990:7). دین از طریق شناساندن مبداء، مقصد و مسیر حرکت و به طور کلی با شناساندن هدف زندگی، به انسان مسیر حرکت و الگوهای رفتاری خاصی می‌دهد و بدین طریق به زندگی معنی می‌بخشد. این کارکرد آرامش روانی را در جامعه، خانواده و گروه به همراه دارد. در دستگاه فکری دورکیم، بینگر، ویر، برگر و حتی کارل مارکس، دین عاملی برای آرامش بخشیدن به انسان تعبیر می‌شود (بشیریه، 1378). دین عملاً به عنوان یک سیستم ارزشی به حرکت‌های انسانی جهت داده، آن‌را هدفمند نموده و انسان را به سوی اعتلای روانی، انسانی و تکامل رهنمون می‌سازد. از این رو، بر اساس رویکرد نظریه‌پردازان کارکردگرا، دین، جامعه را متحد کرده و با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک جمعی، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ می‌کند. ایجاد روابط گسترده با اعضای جامعه به ارائه و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر از سوی اطرافیان و در نتیجه باعث ارتقای سلامت افراد دیندار منجر می‌شود (سراج‌زاده، 1392: 59).

از سوی دیگر درباره ارتباط سلامت روان و احساس تنهایی، محققانی چون "پج" و همکارانش (1986) و کوپر اسمیت² و همکارانش (1999) بر این باورند سطح سلامت روان، رفاه و بهزیستی بالای افراد از میزان احساس تنهایی آن‌ها می‌کاهد. در طی مطالعات متعدد این مسأله نشان داده شده که احساس تنهایی به شکلی معنادار با شرمساری، روان رنجوری، کناره‌گیری اجتماعی، همبستگی دارد. هاوکلی³ و همکارانش (2003) معتقدند که احساس تنهایی با احساسات منفی بیشتر در طی تعاملات اجتماعی رابطه دارد، خصوصاً احساس تنهایی به شکل معناداری با صمیمیت، آسودگی و

¹ Page

² Kupersmidt

³ Hawkley

⁴ Goswick and Jones

⁵ Wheeler

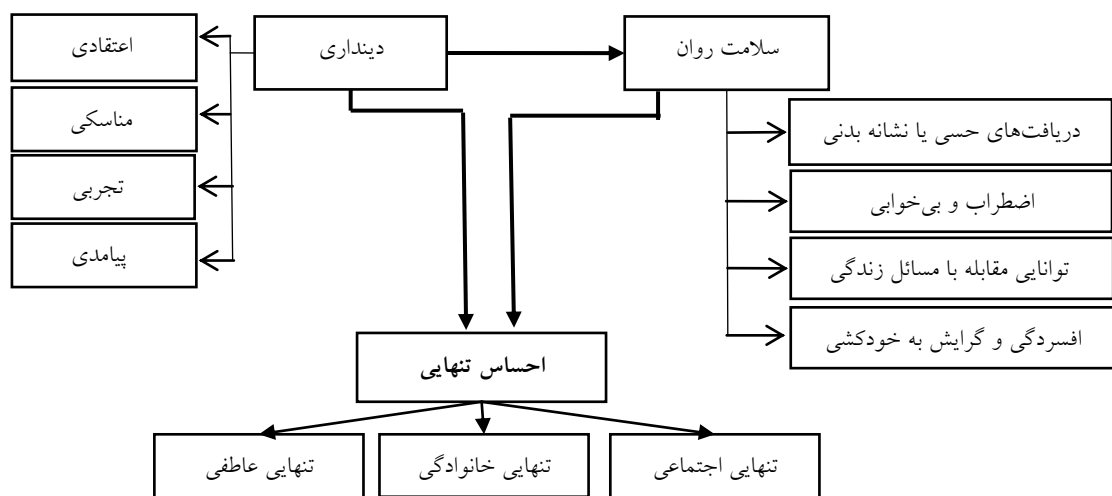
و به تصدیق دوباره پیوندهای اجتماعی منجر می‌شود و بدین ترتیب با گسترش دین در جامعه، افراد جامعه از سلامت بیشتری برخوردار خواهند بود و این تعاملات و پیوندها به نوبه خود، می‌تواند عامل کاهش انزوای اجتماعی و احساس تنهایی تلقی گردد. وبر و یینگر نیز بر این امر تأکید می‌کند که دین بر زندگی و حیات انسانی، معنا، هدف و جهت می‌بخشد، آرامش، امید و شادابی را برای جامعه به همراه می‌آورد و عاملی برای کنترل خواهش‌های نفسانی و غریزی است (ملکیان، 1383) و بدین طریق سلامت روان جامعه را تضمین کرده و از انزوا و کناره‌گیری اجتماعی افراد جامعه ممانعت به عمل می‌آورد و در نتیجه با یادآوری این نکته که انسان تنها نیست و نظامی بر جهان حاکم است، مانع از گسترش احساس تنهایی می‌شود. همچنین مطالعه حاضر در زمینه ارتباط سلامت روان و احساس تنهایی، علاوه بر اتکاء به نظریات فوق، بر مطالعات (کوپراسمیت و همکارانش (1999)، پیچ و همکارانش (1986) و جز آن) نیز مبتنی است. در قسمت زیر مدل حاصل از مباحث فوق برای پیگیری تجربی ترسیم شده است.

مذهب باعث ایجاد امید در فرد شده و این امر به نوبه خود انگیزه و انرژی فرد را تقویت می‌کند و او را به بهتر شدن اوضاع امیدوار می‌کند.

مذهب باعث برخورداری فرد از حمایت اجتماعی می‌شود و این امر به سبب ارتباط فرد با جامعه مذهبی، روحانیون و خداوند ایجاد می‌شود (چراغی و مولوی، 1385: 4). سازمان‌های مذهبی غالباً فعالیت‌های خاص را در جهت تقویت تعامل و روابط مثبت میان اعضای جامعه سازماندهی می‌کنند و پیوند بین افراد را تقویت می‌کنند (افشانی و همکاران، 1390: 265-266).

دین با ارائه تبیین‌های معنوی در پاسخ به مسائل غایی بشر، نظامی عقیدتی را بنیان می‌نهد که به واسطه آن مؤمنان را با یکدیگر پیوند می‌دهد: عقیده به نظام معنایی و فکری واحد، مؤمنان را به کلیتی یکپارچه بدل می‌سازد (حاتمی و همکاران، 1388: 21).

در مجموع چارچوب نظری مطالعه حاضر با تکیه بر نظریه دورکیم بر این پایه است که دین یا معنویت با نقش حیاتی که در جامعه ایفاء می‌کند به انسجام و انضباط جامعه منجر می‌گردد، احساس خوشبختی را به انسان القاء می‌کند، به واسطه آیین‌ها و مناسک مذهبی مردم را گرد هم جمع کرده



شکل 1- مدل شماتیک رابطه میان دینداری، سلامت روان و احساس تنهایی

فرضیات تحقیق

بین میزان دینداری با سطح سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد.

بین میزان دینداری با میزان تجربه احساس تنهایی رابطه معنادار وجود دارد.

بین سطح سلامت روان و میزان تجربه احساس تنهایی رابطه معنادار وجود دارد.

روش‌شناسی تحقیق

▪ ابزار گردآوری داده‌ها: پژوهش حاضر به روش پیمایشی و با ابزار پرسشنامه صورت گرفته است. مقیاس‌های مورد استفاده برای سنجش دینداری، احساس تنهایی و سلامت

روان، استاندارد بوده و مناسب بودن آن‌ها طی آزمونی مقدماتی مورد بررسی قرار گرفته است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار کاربردی SPSS 16 در معرض ارزیابی‌های توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین) و تحلیلی (ضرایب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر) قرار گرفتند.

جامعه آماری و شیوه نمونه‌گیری: جامعه آماری مورد مطالعه، جمعیت 18 سال به بالای کلانشهر تهران بوده (یعنی 6, 260, 770 نفر) و میزان حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران، 384 نفر تخمین زده شده است اما بنا به مقتضیات تحقیق این میزان به 524 نفر افزایش یافت.

$$n = \frac{\frac{t^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right)} = \frac{\frac{(1.96)^2 (.50 * .50)}{(.05)^2}}{1 + \frac{1}{6260770} \left(\frac{(1.96)^2 (.50 * .50)}{(.05)^2} - 1 \right)} \cong \frac{348.16}{1.00006} \cong 384$$

زیر ذکر گردیده است:

جدول 1- آلفای کرونباخ متغیرها

پایایی	ابعاد	پایایی	مفهوم
.82	اعتقادی		
.84	مناسکی	.91	دینداری
.81	تجربی		
.72	پیامدی		
.78	دریافت‌های حسی		
.82	اضطراب و بی‌خوابی		
.75	توانایی مقابله و پایداری	.89	سلامت روان
.82	افسردگی و خودکشی		
.64	تنهایی عاطفی		
.85	تنهایی اجتماعی	.86	احساس تنهایی
.86	تنهایی خانوادگی		

تعریف مفاهیم کلیدی

دینداری

بر این اساس با تکیه بر روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای در ابتدا کلانشهر تهران به پنج ناحیه شمالی، جنوبی، مرکزی، شرقی و غربی تقسیم‌بندی شده، در هر ناحیه فهرست مناطق واقع در آن تهیه شده، سپس فهرست محلات موجود در این مناطق تهیه گردیده و از بین نواحی مذکور، در نهایت 3 محله به شکل تصادفی از هر ناحیه برای نمونه‌گیری و توزیع پرسشنامه برگزیده شد و پرسشنامه‌های مورد نظر در نواحی مسکونی محلات قیطریه، قلعهک، پاسداران، علی‌آباد، خانی‌آبادنو، حمزه‌آباد، ایرانشهر، امیرآباد، جمهوری، تهران پارس، نارمک، پیروزی، توحید، پونک و تهرانسر توزیع گردید.

اعتبار و پایایی پرسشنامه: برای تعیین اعتبار پرسشنامه طراحی شده، از اعتبار صوری (وفاق داوران در مورد شاخص‌ها) بهره گرفته شده است و به منظور ارزیابی میزان پایایی مفاهیم و ابعاد مورد سنجش، روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ مورد استفاده واقع شد که نتایج آن در جدول

سلامت خود و احساس خستگی است و نشانه‌های بدنی را دربر می‌گیرد.

(2) بعد دوم شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط‌اند.

(3) بعد سوم گستره توانایی افراد را در مقابل خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی را آشکار می‌کند.

(4) بعد چهارم دربرگیرنده مواردی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبط‌اند (راضی، 1386: 86-90).

احساس تنهایی

تعریف مفهومی: احساس تنهایی تجربه ناخوشایندی است که در پاسخ به نارسایی‌هایی کمی یا کیفی در روابط اجتماعی ظاهر می‌شود و نمایانگر ارزیابی فرد از کیفیت نامطلوب روابط اجتماعی و صمیمانه‌اش است (حسینی‌زاده، 1392: 119).

تعریف عملیاتی: برای سنجش احساس تنهایی از فرم کوتاه شده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) استفاده می‌شود که شامل سه بعد است:

(1) بعد عاطفی: شرایطی است ناشی از فقدان و یا از دست دادن وابستگی‌های عاطفی صمیمی

(2) بعد اجتماعی: شرایطی است ناشی از فقدان شبکه اجتماعی جالب توجه و جذب‌کننده از تماس‌ها و روابط اجتماعی

(3) بعد خانوادگی: شرایطی است ناشی از ضعف یا فقدان پیوندها و روابط خانوادگی معنادار (حسینی‌زاده، 1392: 119).

یافته‌های تحقیق

یافته‌های توصیفی

(1) توصیف متغیرهای زمینه‌ای

▪ تعریف مفهومی: دینداری به تجلی ارزش‌ها و نشانه‌های دینی در هر فرد یا پدیده‌ای دینی بودن اطلاق می‌گردد که این تجلی ارزش‌ها و نشانه‌های دینی بودن فرد در نگرش، گرایش و کنش‌های آشکار و پنهان وی قابل یافت است. به طور کلی می‌توان دینداری را به معنای دینی بودن، التزام دینی و پایبندی دینی در نظر گرفت (سراج‌زاده، 1383: 59).

تعریف عملیاتی: در مطالعه حاضر، مقیاس چهار بعدی گلارک و استارک جهت سنجش میزان دینداری مورد استفاده قرار گرفته است:

(1) بعد اعتقادی: باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن ادیان بدان‌ها اعتقاد داشته باشند.

(2) بعد مناسکی: شامل اعمال دینی مشخص همچون عبادت، نماز، شرکت در آیین‌های خاص، روزه گرفتن و... است که انتظار می‌رود پیروان هر دین آن‌ها را به جا آورند.

(3) بعد تجربی: ناظر به عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه جوهری ربوبی همچون خدا یا واقعیتی غایی یا اقتداری متعالی است.

(4) بعد پیامدی: ناظر به اثرات باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان است (سراج‌زاده، 1383: 166-167).

سلامت روان

تعریف مفهومی: سلامت یا بهداشت روان به معنی "استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کارکردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن" است (راضی، 1386: 78).

تعریف عملیاتی: برای بررسی سلامت روان، از مقیاس سلامت روان گلدبرگ بهره گرفته شده که 4 بعد را در بر می‌گیرد:

(1) بعد اول شامل مواردی درباره احساس افراد در مورد وضع

¹ گویه‌های هر یک از مقیاس‌ها جهت عدم تکرار در قسمت توصیف یافته‌ها ذکر شده است.

جدول 2- توصیف متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	توزیع درصدی
جنس	51 مرد، 49 زن
سن	حداقل سن 18 سال، حداکثر سن 80 سال، میانگین سن 34/02 سال
وضعیت تأهل	46/1 مجرد، 50/8 متأهل، 1/5 همسر از دست داده، 1/5 مطلقه
سطح تحصیلات	4/ بیسواد، 2/7 ابتدایی، 6/1 سیکل، 34 دیپلم، 12/1 فوق دیپلم، 33/4 لیسانس، 9/5 درصد فوق لیسانس، 1/4 دکتری، 4/ حوزوی (فقه)
وضعیت سکونت	91/7 به همراه خانواده، 3/9 به تنهایی، 2/5 با دوستان، 1/ ساکن خوابگاه، 1/ با اقوام
پایگاه اجتماعی - اقتصادی	46 متوسط رو به پایین، 35/5 متوسط، 10/5 متوسط رو به بالا، 7/6 پایین، 4/ بالا

2) توصیف گویه‌ها و ابعاد متغیر دینداری

جدول 3- توصیف گویه‌ها و ابعاد متغیر دینداری

دینداری	گویه‌ها	کاملاً مخالفم	مخالفم	تاحدی	موافقم	کاملاً موافقم	میانگین ابعاد ¹
اعتقادی	شیطان واقعاً وجود دارد.	9/7	6/1	13/2	30/6	40/4	3/80
	اگر ما امر به معروف و نهی از منکر را ترک کنیم، فساد و فحشا همه جا را پر می‌کند.	18/2	17/1	22/9	22/2	19/6	
	در روز قیامت به اعمال و رفتار ما دقیقاً رسیدگی می‌شود.	8/3	7/1	13/3	27/4	43/8	
	این دنیای پر از ظلم و جور با ظهور حضرت مهدی (عج) پر از عدل و داد خواهد شد.	10/9	8/2	13/3	25/6	41/9	
بعد مناسکی	کاملاً مطمئن هستم که خداوند واقعاً وجود دارد.	6/2	4	4/6	14/8	70/5	3/03
	در ایام ماه رمضان چنانچه بیمار یا مسافر نباشم، روزه می‌گیرم.	12/7	8/8	14/3	19/7	44/4	
	سعی می‌کنم تا حدی که بتوانم در نماز جماعت مسجد شرکت کنم.	26/6	20	31	11/1	11/3	
	در غالب جمعه‌ها در مراسم نماز جمعه شرکت می‌کنم.	42/3	22/6	23/4	6	5/6	
بعد تجربی	همیشه نماز را می‌خوانم.	11	9/6	26/2	17/3	35/8	3/91
	در مراسم مذهبی (جشن و عزاداری) که در شهر برگزار می‌شود، مشارکت می‌کنم.	17/5	11/5	31/9	18/8	20/2	
	کسی که به خدا ایمان دارد از مرگ نمی‌ترسد.	5/5	9/4	16/2	24/1	44/8	
	گاهی احساس می‌کنم به خدا نزدیک شده‌ام.	5/1	4/3	20	31/5	39/1	
بعد پیامدی	بدون اعتقادات دینی، احساس می‌کنم زندگی‌ام پوچ و بی‌هدف است	12	8/1	15/2	24/4	40/4	3/25
	هرگاه به حرم یکی از امامان و اولیاء می‌روم احساس معنویت عمیقی به من دست می‌دهد.	8/7	3/4	20/6	25/9	41/5	
	گاهی احساس توبه می‌کنم و از خداوند می‌خواهم تا برای جبران گناهانم به من کمک کند.	5/8	5/4	10/8	31/1	46/9	
	در مورد خرید و فروش مشروبات الکلی باید کاملاً سخت‌گیری کرد.	15	15	20/3	16/6	33/3	
3/25	تقلب در پرداخت مالیات کار نادرستی است.	8/7	5/5	18/5	28/2	38/9	3/25
	مسئولان سیاسی هم باید کاردان باشند و هم مذهبی.	35	22/1	18/2	11/5	13/2	
	به نظر می‌رسد اکثر قوانین اسلام را می‌توان در جامعه امروزی اجرا کرد.	30/2	26/8	21/7	11/9	9/5	
	زنان نباید بتوانند در مسابقات ورزشی مثل فوتبال به عنوان تماشاچی شرکت کنند.	43/9	24/1	14/4	8/1	9/5	

¹ میانگین ابعاد در مقیاس 1 تا 5 تقسیم‌بندی شده است.

جدول 4- تقسیم‌بندی مفهوم و ابعاد دینداری

مفهوم	ابعاد	پایین (ضعیف)	متوسط رو به پایین	متوسط	متوسط رو به بالا	بالا (قوی)
		درصد	درصد	درصد	درصد	درصد
دینداری	اعتقادی	7/1	11/4	18/9	28/5	34/1
	مناسکی	17	19/7	30/5	22/1	9
	تجربی	5	7/2	17/4	33/7	36/6
	پیامدی	18/2	32/4	29/5	13/8	6/2
	کل	5/2	15	31/2	37	11/6

ارزیابی شده و تنها میزان دینداری 5/2٪ از آن‌ها در سطح ضعیفی است. مقایسه میانگین ابعاد این متغیر (جدول 6) نشان می‌دهد که میزان دینداری در ابعاد تجربی و اعتقادی قوی‌تر از ابعاد مناسکی و پیامدی است.

یافته‌های آماری نشان می‌دهند که حجم نمونه مورد بررسی از منظر متغیر دینداری از وضعیت متناسبی برخوردار است به طوری که میزان دینداری 37٪ از شهروندان مورد بررسی در حد متوسط رو به بالا و 31/2٪ در حد متوسط

3) توصیف گویه‌ها و ابعاد متغیر سلامت روان

جدول 5- توصیف گویه‌ها و ابعاد متغیر سلامت روان

سلامت روان	گویه‌ها	کاملاً مخالفم	مخالفم	تاحدی	موافقم	کاملاً موافقم	میانگین ابعاد ¹
بعد دریافت حسی	احساس می‌کنم که ناتوان و از پا افتاده شده‌ام.	58/9	22	14/6	2/9	1/6	3/95
	احساس می‌کنم که بیمار هستم.	51/8	23/1	19/4	3/9	1/8	
	اخیراً سر درد داشته و در سرم احساس فشار و گرفتگی می‌کردم.	38/9	18/5	26/8	9/7	6/1	
بعد اضطراب و بی‌خوابی	احساس می‌کنم که کاملاً خوب و سالم نیستم.	24/5	28/7	30/2	10/5	6/1	3/37
	اخیراً به علت نگرانی‌های زیاد، خواب زیادی از دست داده‌ام.	33/4	20/6	27/7	18/4	10	
	بعد از خواب رفتن مشکلاتی در تداوم خواب داشته‌ام.	30/4	26	25/2	11/8	6/6	
	احساس می‌کنم که به طور مداوم تحت فشارم و مکرراً عصبی و حساس می‌شوم.	23/3	19/8	26/1	19	11/9	
	احساس می‌کنم که اخیراً بدخلق بودم و زود از جا در رفته‌ام.	23/3	23/1	29/2	14/1	10/3	
بعد پایداری و توانایی	اخیراً در انجام کارهایم کندتر بوده‌ام.	21/1	26/4	32/5	14/8	5/3	3/50
	احساس می‌کنم که نقش مفیدی در انجام کارهایم ندارم.	19/2	36/8	32/3	7/3	4/4	
	قادر به لذت بردن از فعالیت‌های عادی و روزمره خود نبوده‌ام.	13/6	28/7	37/1	13	7/7	
	حس می‌کنم توانایی تصمیم‌گیری در انجام فعالیت‌ها و کارها را ندارم.	21/4	38/3	30/3	6/4	3/6	
	کلاً احساس می‌کنم که کارها را درست انجام نمی‌دهم.	17/3	35/2	36	7/3	4/3	
بعد افسردگی و گرایش به خودکشی	فکر می‌کنم فرد بی‌ارزشی هستم.	59	26/4	6/8	5/6	2/2	4/10
	احساس می‌کنم زندگی‌ام کاملاً ناامید کننده است و دنیا ارزش ماندن ندارد.	48	21/9	15/4	8/1	6/7	
	اوقاتی بوده که به سبب اعصاب بسیار خراب، قادر به انجام هیچ کاری نبوده‌ام.	20/9	17	30	17/2	14/8	
	آرزو می‌کنم بهیرم تا از همه چیز خلاص بشوم.	58/1	16/7	12/6	6/7	5/9	
	اغلب در مورد این‌که خودم را از بین ببرم، فکر می‌کنم.	73/4	13/6	8/3	1/2	3/5	
فکر پایان دادن به زندگی مرتب به سراغم می‌آید.	73/9	13/2	7/7	2/8	2/6		

¹ میانگین ابعاد در مقیاس 1 تا 5 تقسیم‌بندی شده است.

جدول 6- تقسیم‌بندی مفهوم و ابعاد سلامت روان

مفهوم	ابعاد	پایین (ضعیف) درصد	متوسط رو به پایین درصد	متوسط درصد	متوسط رو به بالا درصد	بالا (قوی) درصد
سلامت روان	دریافت‌های حسی	1/2	8	17	29/6	44/2
	اضطراب و بی‌خوابی	8/8	17/7	27/1	22/6	22/8
	توانایی مقابله با مسائل	3/9	10/9	39/2	34/9	11/1
	افسردگی و خودکشی	2	5/5	13/3	26/6	52/6
	کل	1/2	5/5	24/8	43/9	25/7

در سطح بسیار ضعیفی ارزیابی می‌شود. توصیف میانگین ابعاد این متغیر (جدول 6) نیز نشان می‌دهد که شهروندان مورد بررسی در ابعاد افسردگی و گرایش به خودکشی و دریافت‌های حسی از بالاترین میزان سلامت روان برخوردار هستند.

توصیف متغیر سلامت روان شهروندان تهرانی حاکی از آن است که وضعیت سلامت روان 43/9٪ از حجم نمونه مورد نظر در سطح متوسط رو به بالا بوده و 25/7٪ از آن‌ها نیز از وضعیت سلامت روان کاملاً مطلوب و رضایت بخشی برخوردار هستند و تنها وضعیت سلامت روان 1/2٪ از آن‌ها

4) توصیف گویه‌ها و ابعاد متغیر احساس تنهایی

جدول 7- توصیف گویه‌ها و ابعاد متغیر احساس تنهایی

احساس تنهایی	گویه‌ها	کاملاً مخالفم	مخالفم	تأخیدی	موافقم	کاملاً موافقم	میانگین ابعاد ¹
بعد عاطفی	1. در زندگی خود کسی را ندارم که در شادی‌هایم سهیم باشم.	25/6	43/7	24/6	3/5	2/7	2/69
	2. در زندگی خود فردی را ندارم که حمایت و دلگرمی مورد نیاز را برای من تأمین می‌کند.	22/6	34/2	31/1	7/7	3/9	
	3. در زندگی خود فردی را ندارم که بیشتر احساس‌ها و افکار خصوصی خود را با او در میان می‌گذارم.	19/4	29/4	36/3	10/8	4/1	
	4. آرزو دارم که روابط عاطفی بیشتر رضایت بخشی داشته باشم.	2	3/9	15/9	44/4	33/9	
	5. جزئی مهم از زندگی شخص دیگر نیستم.	26	31/6	23/1	11/7	7/6	
بعد اجتماعی	1. دوستانی ندارم که بتوانم دیدگاه‌هایم را با آن‌ها در میان بگذارم.	14/4	33/7	34/1	11/6	6/3	2/70
	2. احساس می‌کنم عضوی از گروه دوستانم نیستم و برای کسب اطلاعات نمی‌توانم به آن‌ها مراجعه کنم.	14	27/1	36	16/2	6/7	
	3. از دوستانی که دارم راضی نیستم.	19/4	38	22/7	14/9	4/9	
	4. دوستانم انگیزه‌ها و استدلال‌های مرا درک نمی‌کنند.	9/4	28/8	45	10/4	6/5	
	5. نمی‌توانم روی کمک دوستان و اطرافیانم حساب کنم.	11/8	22/7	44	11/6	9/9	
بعد خانوادگی	6. دوستانی دارم که مرا درک نمی‌کنند و نمی‌توانم راجع به سختی‌های زندگی‌ام با آن‌ها صحبت کنم.	14/5	24/3	38/9	14/9	7/4	2/03
	1. احساس می‌کنم بخشی از خانواده‌ام نیستم.	42/5	37/5	13/4	3/5	3/1	
	2. احساس صمیمیت و نزدیکی با خانواده‌ام نمی‌کنم.	36/2	39/9	15/9	4/3	3/7	
	3. خانواده‌ام حمایت و دلگرمی مورد نیاز را برای من تأمین نمی‌کنند.	33/3	36/3	21/1	5/3	4/1	
	4. خانواده‌ام کاملاً مراقب من نیستند.	33/2	35	21/2	7/3	3/3	
5. هنگامی با که خانواده‌ام هستم احساس می‌کنم که تنها هستم.	39/8	32/9	12/5	8/4	6/3		

¹ میانگین ابعاد در مقیاس 1 تا 5 تقسیم‌بندی شده است.

جدول 8- تقسیم‌بندی مفهوم و ابعاد احساس تنهایی

مفهوم	ابعاد	پایین (ضعیف) درصد	متوسط رو به پایین درصد	متوسط درصد	متوسط رو به بالا (قوی) درصد	بالا
احساس تنهایی	عاطفی	15/4	39	36/3	7/1	2/1
	اجتماعی	12/9	32/8	40/5	10	3/9
	خانوادگی	48/5	33/4	12/5	3/9	1/7
	کل	12/3	50/6	30/6	6	/6

نمونه در ابعاد خانوادگی و اجتماعی به ترتیب کمترین و بیشترین میزان احساس تنهایی را تجربه می‌کنند.

▪ یافته‌های تحلیلی

1) بررسی ارتباط میان میزان دینداری و سطح سلامت روان

توصیف متغیر احساس تنهایی نشان می‌دهد که 50/6٪ از حجم نمونه در حد متوسط رو به پایین و 30/6٪ در حد متوسط احساس تنهایی را در زندگی روزمره خود در کلانشهر تهران تجربه می‌کنند و تنها 6٪ از افراد مورد بررسی از احساس تنهایی بسیار شدیدی رنج می‌برند. توصیف میانگین ابعاد این مفهوم (جدول 8) نیز حاکی از آن است که حجم

جدول 9- نتایج ضریب همبستگی ارتباط میان دینداری و سلامت روان

ضریب همبستگی	دینداری	سلامت روان
همبستگی پیرسون	1	/117
سطح معناداری		/008
فراوانی	519	508

همبستگی را با متغیر سلامت روان به خود اختصاص داده و رابطه بعد تجربی با سطح سلامت روان نیز معنادار نیست.
2) بررسی ارتباط میان میزان دینداری و سطح تجربه زیسته احساس تنهایی

بررسی ارتباط میان میزان دینداری و سطح سلامت روان شهروندان تهرانی حاکی از آن است که بین این دو متغیر رابطه‌ای معنادار، مثبت و مستقیم وجود دارد ($r = /117$, $sig = /008$). به علاوه مقایسه ابعاد متغیر دینداری در ارتباط با سطح سلامت روان نیز نشان می‌دهد که بعد پیامدی بیشترین

جدول 10- نتایج ضریب همبستگی ارتباط میان دینداری و احساس تنهایی

ضریب همبستگی	دینداری	احساس تنهایی
همبستگی پیرسون	1	-/173
سطح معناداری		/000
فراوانی	519	515

بین این دو متغیر دارد ($r = -/173$, $sig = /000$). مقایسه ابعاد متغیر دینداری در ارتباط با احساس تنهایی نیز نشان می‌دهد

سنجش ارتباط میان میزان دینداری با میزان تجربه زیسته احساس تنهایی حکایت از رابطه‌ای معنادار، منفی و معکوس

3) بررسی ارتباط میان سطح سلامت روان و سطح تجربه زیسته احساس تنهایی

که ابعاد تجربی (201/-.) و اعتقادی (190/-.) نسبت به ابعاد مناسکی (125/-.) و پیامدی (086/-.)، بالاترین میزان همبستگی را با احساس تنهایی دارند

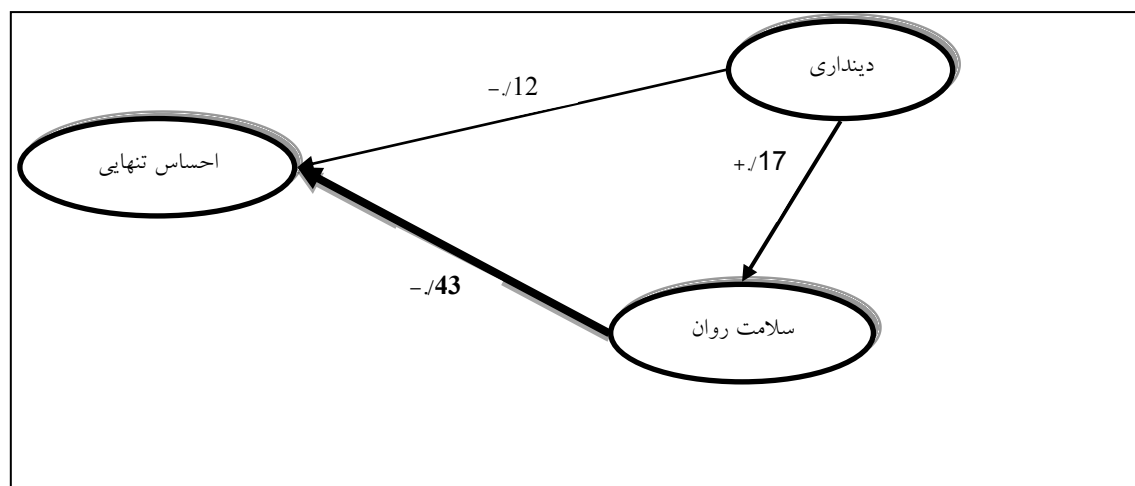
جدول 11- نتایج ضریب همبستگی ارتباط میان سلامت روان و احساس تنهایی

احساس تنهایی	سلامت روان	ضریب همبستگی
-.452	1	همبستگی پیرسون
.000		سطح معناداری
509	513	فراوانی

تحلیل مدل نظری تحقیق

برای بررسی رابطه دینداری، سلامت روان و احساس تنهایی در سطح دو متغیره، آزمون همبستگی پیرسون به کار گرفته شد که نتایج آن بیانگر وجود رابطه معنادار میان این متغیرها بود. از سوی دیگر برای معین کردن این نکته که آیا رابطه مشاهده شده میان دینداری و احساس تنهایی صادق بوده است، از آزمون رگرسیون چند متغیره و تحلیل مسیر استفاده شده است.

بررسی ارتباط میان سطح سلامت روان و میزان تجربه زیسته احساس تنهایی نشان‌دهنده رابطه‌ای معنادار، منفی و معکوس بین این دو متغیر است ($r = -.452, sig. = .000$). به علاوه مقایسه ابعاد متغیر سلامت روان در ارتباط با احساس تنهایی نیز حکایت از آن دارد که بعد توانایی مقابله با مسائل زندگی (-.428) و بعد افسردگی و گرایش به خودکشی (-.355) بیشترین همبستگی را با احساس تنهایی دارا هستند.



شکل 2- تحلیل مسیر رابطه میان دینداری، سلامت روان و احساس تنهایی

معناداری بر احساس تنهایی است (-.12) ولی بخش درخور توجهی از تأثیرات آن بر احساس تنهایی به طور غیرمستقیم و

نتایج تکنیک تحلیل مسیر این فرضیه را تأیید می‌کند که با این که دینداری از نظر آماری به طور مستقیم دارای تأثیر

از طریق متغیر سلامت روان ایجاد شده است.

بحث و نتیجه

چنانچه مطالعات نظری و پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهند دین باوری و تعهد دینی می‌توانند در انسجام بخشی، تسهیل فرایند جامعه‌پذیری، تعریف ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی، تحکیم عواطف مشترک، تقویت پایه‌های کنترل اجتماعی، تقویت روحیه گروهی، همکاری و تعاون، برقراری کنش‌های اجتماعی مبتنی بر اعتماد و صداقت، تثبیت احساس تعهد و التزام، گسترش و تقویت مشارکت فعالانه، افزایش آرامش خاطر (افشانی و همکاران، 1390: 279-280)، تسکین آلام و کاهش نومی‌دی در زندگی، افزایش تحمل‌پذیری و دستیابی به نوعی تشقی روانی (شجاعی‌زند، 1391: 163) و نظایر آن نقش مؤثر و تعیین‌کننده‌ای ایفاکنند. به‌علاوه دین و معنویت از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت روان، انزوای اجتماعی و احساس تنهایی نیز قلمداد می‌گردد. لذا مطالعه حاضر در راستای بررسی رابطه سه متغیر دینداری، سلامت روان و احساس تنهایی طرح‌ریزی شده و یافته‌های حاصله، رابطه معنادار این سه متغیر را مورد تصدیق قرار می‌دهند.

یافته‌های توصیفی مطالعه حاضر نشان می‌دهند که میزان دینداری 37 درصد از شهروندان شهر تهران در حد متوسط رو به بالا و 31/2 درصد در حد متوسط است که این امر از سطح دینداری نسبتاً مطلوبی در کلانشهر تهران حکایت دارد. به‌علاوه میزان دینداری در دو بعد اعتقادی و تجربی بیش از ابعاد مناسکی و پیامدی هستند. این یافته با نتایج به دست آمده در پژوهش‌های انجام شده در این حوزه در ایران هماهنگی دارد (سراج‌زاده، 2004؛ خدایاری‌فرد و همکاران، 2002). در این زمینه همیلتون معتقد است که باورها و گرایش‌های دینی می‌توانند به نوعی نیاز اصیل روانی در انسان پاسخ گویند. بنابراین به نظر می‌رسد که باورهای دینی نسبت به

اعمال مذهبی که جنبه بیرونی و اجتماعی دارند، بیشتر رواج دارد، از این رو ممکن است افراد به برخی باورهای خاص مذهبی ایمان داشته باشند اما آن‌ها را به صورت اعمال مذهبی که از نظر اجتماعی پذیرفته شده است، نشان ندهند (سراج‌زاده و پویافر، 2009). از سویی ارزیابی متغیر سلامت روان نیز بر وضعیت متناسب شهروندان تهرانی از منظر این متغیر دلالت دارد به طوری که بالغ بر 69 درصد از حجم نمونه، از سطح سلامت روان در حد متوسط رو به بالا و بالایی برخوردار می‌باشند. به علاوه یافته‌ها نشان می‌دهند که سطح تجربه زیسته احساس تنهایی در بین نیمی از شهروندان تهرانی در حد متوسط رو به پایین می‌باشد و تنها 6/6 درصد از آن‌ها احساس تنهایی را در سطح متوسط رو به بالا و شدیدی تجربه می‌کنند. این سطح از رواج احساس تنهایی هماهنگ با سطوح بالای سلامت روان و دینداری تلقی می‌گردد.

در بعد تحلیلی و در چارچوب انتظارات نظری، فرضیات طرح شده از لحاظ تجربی مورد تأیید قرار گرفتند؛ به طوری که داده‌ها نشان می‌دهند که رابطه معنادار، مثبت و مستقیمی میان میزان دینداری و سطح سلامت روان وجود دارد. این یافته در تطابق با مباحث نظری دورکیم، بینگر، برگر و آدی است که در دستگاه فکری آنان دین عاملی برای آرامش بخشیدن به انسان تعبیر شده که با شناساندن هدف زندگی به انسان، مسیر حرکت و الگوی رفتاری خاصی به او می‌دهد که این امر به زندگی انسانی معنی بخشیده و این کارکرد در نهایت آرامش روانی را در خانواده، گروه و جامعه به همراه دارد. علاوه بر این، تأیید رابطه دینداری و سلامت روان در مطالعه حاضر هماهنگ با نتایج مطالعات تجربی باتلر و همکارانش (2004)، کوئینگ و همکارانش (2007)، آرسلان¹ و همکارانش (2010)، جمالی (1381)، روغنجی (1384)، چراغی و مولوی (1385) و جعفری و همکارانش (1388)

¹ Arslan

سلامت روان در قالب امراض روانی مانند اضطراب و افسردگی و ... با احساس تنهایی اشاره کرده‌اند. بدین قرار احساس تنهایی پتانسیلی بالقوه را جهت ایجاد آسیب‌های روانی دارا بوده و بر مسائل روان‌شناختی، سلامت و بهداشت روان، رفاه و بهزیستی فیزیکی تأثیرات مخربی بر جای می‌گذارد و افرادی که احساس تنهایی را تجربه می‌کنند بسیاری از احساسات منفی متعاقب آن را نیز تجربه می‌کنند. نتایج تکنیک تحلیل مسیر در بررسی مدل اصلی تحقیق نیز حاکی از آن است که با این‌که دینداری از نظر آماری به طور مستقیم دارای تأثیر معناداری بر احساس تنهایی است ولی بخش درخور توجهی از تأثیرات آن بر احساس تنهایی به طور غیر مستقیم و از طریق متغیر سلامت روان ایجاد شده است. در مجموع نتایج مطالعه حاضر بیانگر این مطلب هستند که برخورداری از اعتقادات مذهبی قوی، مشارکت بالا در اجرای مناسک و فعالیت‌های مذهبی و برخورداری از سطوح مطلوب سلامت و بهزیستی روان به شکل مستقیمی بر احساس تنهایی تأثیر گذاشته و در جهت کاهش این آسیب اجتماعی-روانی، عمل می‌کند.

منابع

افشانی، ع.؛ فاضل نجف‌آبادی، س.؛ حیدری، م. و نوریان نجف‌آبادی، م. (1389). «پژوهشی در باب رابطه دینداری و اعتماد اجتماعی»، *فصلنامه علوم اجتماعی*، ش 49، ص 185-217.

امام‌جمعه‌زاده، ج.؛ محموداوغلی، ر. و عیسی‌نژاد، ا. (1389). «بررسی رابطه میان دینداری و مشارکت سیاسی دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *پژوهشنامه علوم سیاسی*، سال ششم، شماره اول، ص 7-34.

بشیریه، ح. (1378). *جامعه‌شناسی سیاسی*، تهران: نشر نی.

پنجه‌بند، ی. (1385). *بررسی تأثیر خانواده بر میزان اعتماد اجتماعی دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان‌های*

است. دین چهره جهان را در نزد فرد دیندار دگرگون می‌سازد و طرز تلقی او را از خود، خلقت و رویدادهای پیرامون تغییر می‌دهد، فرد دیندار خود را تحت حمایت و لطف همه جانبه خداوند می‌بیند و بدین ترتیب احساس آرامش و لذت معنوی عمیقی به وی دست می‌دهد. الوین در تبیین رابطه دینداری و سلامت روان اظهار می‌کند که مذهب، ارتباط دائمی انسان با خالق هستی و اعتقاد به حضور دائمی او در لحظه‌های حساس بوده، تأثیر بسزایی در ایجاد بهداشت روانی سالم و درمان بیماری‌های جسمی و روحی دارد (رضاپور و همکاران، 1389: 82-83). از دیگر یافته‌ها، تأیید رابطه منفی و معکوس میان دینداری و احساس تنهایی است. این یافته در تطابق با نتایج تجربی مطالعات جونز و همکارانش (1981)، هوروویتز و همکارانش (1982) و استفان و همکارانش (1988) است که در مطالعات خود بر رابطه میان مشارکت مذهبی ضعیف و احساس تنهایی اشاره کرده‌اند. دین، کارکردها و مناسک جمعی آن که به انسجام گروهی منجر شده و پیوندها، روابط شبکه‌ای و همبستگی اجتماعی را تقویت می‌کند، با برانگیختن احساس خوشبختی و اطمینان در میان معتقدان و مؤمنان، افکار منفی را دور کرده و به تقویت حس شادی و رستگاری کمک می‌کند و از جانبی دین و دینداری رابطه انسان با خود، خداوند، دیگران و جهان هستی را تبیین کرده و مانع بیگانگی و انزوای اجتماعی اعضاء و عناصر جامعه شده و به تنزل احساس تنهایی نیز می‌انجامد. علاوه بر موارد فوق، فرضیه ارتباط میان سطح سلامت روان و میزان تجربه احساس تنهایی نیز مورد تأیید قرار گرفته و یافته‌ها نشان می‌دهند که سلامت روان، همبستگی نسبتاً قوی‌تری را نسبت به دینداری با احساس تنهایی به خود اختصاص داده است (452/-). این یافته در تطابق با مطالعات میجوسکویک (1986)، کوئینگ و همکارانش (1994)، لارسون (1999)، فونتین¹ و همکارانش (2009) و... است که در طی مطالعات خود بر رابطه میان

¹ Fontaine

- 5، ش 2، ص 31-4
- چراغی، م. و مولوی، ح. (1385). «رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان»، *مجله پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، سال دوم، ش 2، شماره پیاپی 6، ص 1-22.
- دهستانی، م.؛ زاده محمدی، ع. و محمدی، س. (1391). «بررسی میزان دینداری و ارتباط آن با سبک‌های هویت دانشجویان»، *مجله علوم رفتاری*، دوره 6، ش 2، ص 171-179.
- روغنچی، م. (1384). *رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- راضی، ا. (1386). *بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان جوانان (مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه تهران)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی (گرایش پژوهش) دانشگاه تهران.
- رضادوست، ک.؛ حسین‌زاده، ع. و مصطفایی دولت آباد، ح. (1390). «بررسی جامعه‌شناختی برخی از عوامل مؤثر بر میزان دینداری (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز)»، *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ش 10، ص 1-38.
- رضاپور، ی.؛ فتحی، آ.؛ سرداری، م. و شیرعلی‌پور، ا. (1389). «بررسی رابطه دینداری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی دانشجویان با رضایت از زندگی: با تعدیل‌گری مؤلفه‌های سلامت روانی»، *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، سال پنجم، ش 19، ص 69-89.
- شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- پریوچی، ب.؛ احمدی، م. و سهرابی، ف. (1392). «رابطه دینداری و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال چهاردهم، ش 3، شماره پیاپی 53، ص 60-68.
- جمالی، ف. (1381). *بررسی رابطه بین نگرش‌های مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در میان دانشجویان دانشگاه‌های تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء.
- جوکار، ب. و سلیمی، ع. (1390). «ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی بزرگسالان»، *مجله علوم رفتاری*، دوره 5، ش 4، ص 311-317.
- جعفری، ا.؛ صدری، ج. و فتحی‌اقدم، ق. (1388). «رابطه بین کارایی خانواده و دینداری و سلامت روان و مقایسه آن بین دانشجویان دختر و پسر»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ش 22، ص 107-115.
- حاتمی، ح.؛ حبیبی، م. و اکبری، ع. (1388). «بررسی تأثیر میزان دینداری بر رضایت از زندگی زنان»، *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*، سال اول، شماره اول، ص 13-22.
- حسینی‌زاده آرانی، س. (1392). *بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر احساس تنهایی (مطالعه موردی: جمعیت بالغ شهر تهران)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران.
- چلپی، م. و امیر کافی، م. (1383). «تحلیل چند سطحی انزوای اجتماعی»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره

- Educational Research and Reviews*, Vol. 5(01), p. 031-034.
- Butler, M.H. Stout, J.A. & Gradner, B.C. (2004) "Prayer as a Conflict Resolution Ritual: Clinical Implication of Religious Couple's Report of Relationship Softening, Healing, Perspective, and Change Responsibility". *Journal of Family Therapy*, Vol. 30(1), p 19-37.
- Comer, R. C. (2005) *Fundamentals of abnormal psychology*. New York :Worth Publication.
- Fontaine, R. G. Yang, C. Burks, V. S. Dodge, K. A. Price, J. M. Pettit, G. S. & Bates, J. E. (2009) "Loneliness as a Partial Mediator of the Relation between Low Social Preference in Childhood and Anxious/Depressed Symptoms in Adolescence". *Development and Psychopathology*, No. 21, p. 479-491.
- Goswick, R. A. & Jones, W. H. (1981) "Loneliness, Self-Concept, and Adjustment". *Journal of Psychology*, No. 107, p 237-240.
- Hawkey, L. C. Burleson, M. H. Berntson, G. G. & Cacioppo, J. T. (2003) "Loneliness in Everyday Life: Cardiovascular Activity, Psychosocial Context, and Health behaviors". *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 85, p 105-120.
- Horowitz, L. M. French, R. D. & Anderson, C. A. (1982) *The prototype of a lonely person*. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (p 183-205). New York: Wiley.
- Jones, W. H. Freeman, J. R. Goswick, R. A. (1981) "The Persistence of Loneliness: Self and Other Determinants", *Journal of Personality*, No. 49, p. 27-48.
- Kaplan, H.L. & Sadock, B.J. (1993) *Comprehensive Glossary of Psychiatry and Psychology*, Baltimore: Williams & Wilkins.
- Koenig, L. J. Isaacs, A. M. & Schwartz, J. A. J. (1994) "Sex Differences in Adolescent Depression and Loneliness: Why Are Boys Lonelier if Girls Are more Depressed?" *Journal of Research in Personality*, No. 28, p 27-43.
- Koenig, H.G. Mcclough, M. & Larson, D.B. (2007) *Handbook of religion and health*. New York: Oxford university Press.
- Kupersmidt, J. B. Sigda, K. B. Sedikides, C. & Voegler, M. E. (1999) *Social self-discrepancy theory and loneliness during childhood and adolescence*. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (p. 263-279). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- رحیم‌زاده، س.؛ بیات، م. و اناری، ا. (1388). «احساس تنهایی و خود اثر بخشی اجتماعی در نوجوانان»، *روان‌شناسی تحول، روان‌شناسان ایرانی*، سال 6، ش 22، ص 87-96.
- سراج‌زاده، ح. (1383). *چالش‌های دین و مدرنیته: بررسی تعریف عملیاتی دینداری در پژوهش‌های اجتماعی*، تهران: طرح نو.
- سراج‌زاده، ح.؛ جواهری، ف. و ولایتی‌خواجه، س. (1392). «دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت در میان نمونه‌ای از دانشجویان»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، سال 24، شماره پیاپی (49)، شماره اول، ص 77-55.
- شجاعی‌زند، ع. (1384). «مدلی برای سنجش دینداری در ایران»، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره 6، ش 1، ص 34-66.
- شجاعی‌زند، ع. (1391). *جامعه‌شناسی دین*، تهران: نشر نی.
- گیدنز، آ. (1387). *جامعه‌شناسی*، ترجمه: منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- ملکیان، م. (1383). *هویت و اصالت*، تهران: جهاد دانشگاهی پژوهشکده علوم انسانی.
- همیلتون، م. (1377). *جامعه‌شناسی دین*، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: نشر تبیان.
- واحدی، ش، فتح‌آبادی، ج. و اکبری، س. (1389). «الگوی میانجی احساس تنهایی هیجانی و اجتماعی، بهزیستی معنوی، فاصله اجتماعی و افسردگی دانشجویان دختر»، *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، سال 4، ش 4 (16)، ص 7-24.
- Andersson, L. (1998) "Loneliness Research and Interventions: a Review of the Literature". *Aging Ment Health*, No. 2, p. 264-74.
- Arslan, C. Hamarta, E. & Uslu, M. (2010) "The Relationship between Conflict Communication, Selfesteem and Life Satisfaction in University Students",

- Serajzadeh, Seyed H. (1998) *Muslims, religiosity and delinquency: An examination of Iranian youth*, Ph.D. diss., University of Essex.
- Serajzadeh, S.H. (2004) "The Hidden Half: Tehran Adolescents Report of Social Deviants and Its Implications for Cultural Planning". *J Hum Sci*, No. 41-42, p 53-84.
- Serajzadeh, S.H. Pouyafar, M.R. (2009) "Religion and Social Order: The Examination of the Association of Religiosity with Anomie Feelings and Deviance among a Student Sample". *J Face Lit Humanit*, No. 16 (63), p. 71-105.
- Turner, B.S. (1974) *Weber & Islam : A Critical Study*, Henley and Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Wheeler, L. Reis, H. & Nezlek, J. B. (1983) "Loneliness, Social Integration, and Sex Roles". *Journal of Personality and Social Psychology*, No. 45, p 943-953.
- Larson, R. W. (1999) *The uses of loneliness in adolescence*. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds.), *Loneliness in childhood and adolescence* (p. 244-262). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Mijuskovic, B. (1986) "Loneliness, Anxiety, Hostility, and Communication". *Child Study Journal*, No. 16, p 227-240.
- Page, R. M. Wyre, S. W. & Cole, G. E. (1986) "The Role of Loneliness in Health and Wellness". *Home Healthcare Nurse*, No. 4, p 6-10.
- Roberts, K.A. (1990) *Religion in Sociological Perspective*, Wadsworth, California.
- Stephan, E. Faeth, M. Lamm, H. (1988) "Loneliness as Related to Various Personality and Environmental Measures: Research with the German Adaptation of the UCLA Loneliness Scale". *Social Behavior and Personality*, No. 16, p 169-174.