

مقایسه احساس تنهایی در افراد با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی

ستاره شجاعی^۱، حجت پیرزادی^۲، محمد خاموشی^۳، سعید شریفی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۶/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه احساس تنهایی در افراد با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی انجام شد. جامعه آماری شامل افراد ۱۳ تا ۲۲ ساله‌ی با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی شهر شیراز بودند که از بین آن‌ها نمونه‌ای به حجم ۱۱۶ نفر (۳۲ فرد با آسیب بینایی، ۲۱ فرد با آسیب شنوایی و ۶۳ فرد عادی) انتخاب شد. گروه‌های با آسیب شنوایی و بینایی با روش نمونه‌گیری در دسترس و گروه عادی با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. از مقیاس احساس تنهایی برای سنجش احساس تنهایی استفاده شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه و تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل شد. نتایج نشان داد که احساس تنهایی در گروه‌های با آسیب شنوایی و آسیب بینایی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه عادی است. افزون بر این، نتایج نشان داد که احساس تنهایی افراد با آسیب شنوایی و بینایی در خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده و نشانه‌های عاطفی تنهایی به‌طور معنی‌داری بالاتر از گروه عادی است. بین سه گروه در خرده مقیاس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. با توجه به بالاتر بودن میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب‌های حسی می‌توان بیان کرد که طراحی و اجرای برنامه‌های کاهش احساس تنهایی جهت ارتقای سلامت روان‌شناختی در این افراد ضروری است.

واژگان کلیدی: احساس تنهایی، افراد، آسیب بینایی، آسیب شنوایی، عادی

۱. استادیار روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول)

setare_shojai@yahoo.com

۲. دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبائی

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گلپایگان

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه شیراز

مقدمه

آسیب‌های حسی شامل آسیب‌های بینایی، شنوایی و آسیب دوگانه‌ی بینایی‌شنوایی^۱ است. این آسیب‌ها محدودیت‌هایی را در توانایی شنوایی، بینایی و یا هر دو ی این‌ها برای افراد ایجاد می‌کند. افراد مبتلا به این آسیب‌ها در پردازش اطلاعات ارائه شده به شکل دیداری و یا شنیداری نارسایی دارند (کرک، گالاگر، کلمن و آناستازیو، ۲۰۱۱). افراد با آسیب‌های حسی ممکن است در طول زندگی با چالش‌های اجتماعی، روان‌شناختی و عملکردی گوناگونی روبرو شوند. آسیب‌های بینایی و شنوایی می‌تواند بر روابط بین فردی تأثیر منفی بگذارد و مشارکت و انجام نقش‌های مورد علاقه که در سلامت روانی افراد مؤثرند را کاهش دهند (والهاگن، استرابریج، شما، کوراتا و کاپلان، ۲۰۰۱). حمایت اجتماعی ضعیف، احساس تنهایی، نبود یا کمبود شبکه‌های اجتماعی و نگرش‌های اجتماعی منفی از چالش‌های اجتماعی مهم در گروه افراد با آسیب‌های حسی محسوب می‌شود. وجود این چالش‌های اجتماعی به همراه چالش‌های روان‌شناختی (مانند افسردگی، اضطراب، آسیب‌پذیری روانی و سلامت روان‌شناختی پایین) و چالش‌های عملکردی (از قبیل محدود شدن فعالیت‌های روزمره زندگی، وابستگی به دیگران، نقایص پیشرفت تحصیلی و مشکل در تحرک و جابجایی) می‌تواند وضعیت پیچیده و دشواری را پیش روی آنان قرار دهد (دوفنو و فرگوسن، ۲۰۰۳).

پیامدهای روانی-اجتماعی آسیب‌های شنوایی و بینایی به‌ویژه طی سال‌های اخیر مورد توجه پژوهش‌گران قرار گرفته است. پیامدهای روانی-اجتماعی اشاره دارد به سلامت هیجانی که برخی مفاهیم روان‌شناختی مهم از قبیل سلامت روانی، کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و نیز برخی مفاهیم اجتماعی مانند عملکرد اجتماعی، حمایت اجتماعی و احساس تنهایی را در بر می‌گیرد (نیمان، دیب، ویکتور و گوسنی، ۲۰۱۲). یکی از پیامدهای نامطلوب روانی-اجتماعی آسیب‌های بینایی و شنوایی، احساس تنهایی و انزوا است. تأثیر آسیب‌های حسی بر احساس تنهایی و انزوا در تمامی سنین و صرف‌نظر از شدت آسیب، می‌تواند بروز پیدا کند.

تنهایی یک تجربه ناخوشایند است که از فقدان کیفیت روابط مطلوب ناشی می‌شود. احساس تنهایی به‌صورت ادراک ذهنی فرد که از عدم رضایت کمی و کیفی در روابط با

1. deafblind

دیگران ناشی می‌شود تعریف شده است (پاترسون و وینستار، ۲۰۱۰؛ تیلویس، لیتالا، روتاسالو و پیتکالا، ۲۰۱۱). برخی نیز تنهایی را به صورت یک حالت روان‌شناختی ناشی از نبود روابط معنابخش با دیگران که به صورت بالقوه بر کارکردهای فرد تأثیر نامطلوب می‌گذارد، تعریف کرده‌اند (استپتو، اوون، کانز-ابرچ و بریدون، ۲۰۰۴). عمده پژوهش‌ها در زمینه پیامدهای روان‌شناختی و هیجانی-اجتماعی آسیب‌های شنوایی و بینایی بر احساس تنهایی و انزوای اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین پیامدهای احتمالی ناشی از این آسیب‌ها تأکید کرده‌اند (شید، ۲۰۰۶؛ هینترمایر، ۲۰۰۷؛ ترستون، ترستون و مک‌لئود، ۲۰۱۰).

وجود احساس تنهایی و انزوا در افراد با آسیب‌های شنوایی و بینایی می‌تواند در گستره زندگی آنان پیامدهای نامطلوبی را به همراه داشته باشد. نتایج پژوهش‌ها در افراد با آسیب بینایی (هایمان و همکاران، ۲۰۰۷) و آسیب شنوایی (شید، ۲۰۰۶) نشان داده است که احساس تنهایی و فرصت یا اعتماد کم برای ایجاد تعامل اجتماعی می‌تواند زمینه‌ساز بروز مشکلات سلامت روانی در این افراد شود. در افراد با آسیب شنوایی دسترسی محدود به خدمات اجتماعی و کناره‌گیری از اجتماع می‌تواند به‌ویژه همزمان با افزایش سن موجب احساس تنهایی، انزوا و ناکامی شود و بر کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی آنان تأثیر نامطلوب بر جای گذارد (پرانک، دیگ و کرامر، ۲۰۱۳؛ دالتون و همکاران، ۲۰۰۳؛ آرلینگر، ۲۰۰۳). از سویی دیگر، توانایی ایجاد و حفظ روابط دوستانه و نیز پذیرش نزد همسالان می‌تواند به افراد مبتلا به آسیب‌های شنوایی و بینایی کمک کند تا مهارت‌های اجتماعی، شایستگی اجتماعی و عزت نفس خود را بهبود دهند و از بروز احساس تنهایی و انزوا در آنان پیشگیری کند (موست، تانگر و هلد-آریام، ۲۰۱۱).

یافته‌های پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که آسیب بینایی می‌تواند بر فعالیت‌های روزمره و عملکرد افراد اثرات نامطلوبی بر جای گذارد (آیکوویچ و ایسرالوویچ، ۲۰۰۴؛ لامورثوکس، هاسل و کف، ۲۰۰۴). این تأثیرها می‌تواند در حوزه‌های مشکلات روانی-اجتماعی (ایوانز، فلچر و وورمالد، ۲۰۰۷؛ هایمان و همکاران، ۲۰۰۷)، محدود شدن مشارکت در فعالیت‌های روزمره زندگی از قبیل محدود شدن تحرک بیرون از محیط خانه (هاسل، لامورثوکس و کافی، ۲۰۰۶)، انزوای اجتماعی (والهاگن، استرابریج، شما، کوراتا و کاپلان، ۲۰۰۱) و احساس تنهایی (وراستراتن، برینکمن و اسکاتن، ۲۰۰۵) باشد.

دانش در مورد چگونگی احساس تنهایی در افراد با آسیب‌های شنوایی و بینایی و مقایسه آن با افراد عادی و نیز شناسایی عوامل تعیین‌کننده‌ی آن می‌تواند زمینه‌ی پیشگیری و یا کاهش پیامدهای نامطلوب ناشی از این احساس منفی را فراهم نماید. بر اساس پژوهش‌های پیشین عوامل تعیین‌کننده‌ی احساس تنهایی در جمعیت افراد عادی شامل مشکلات سلامتی (هاونز، هال، سیلواستره و جیوان، ۲۰۰۴؛ هاوکلی و همکاران، ۲۰۰۸)، از دست دادن همسر (هاونز و همکاران، ۲۰۰۴)، تنها زندگی کردن (ساویکو و همکاران، ۲۰۰۵)، فقدان حمایت اجتماعی، کمبود گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی و ارتباطی (هاوکلی و همکاران، ۲۰۰۸) و کاهش عزت نفس (ونبارسن، ۲۰۰۲) می‌باشد. در گروه افراد با آسیب بینایی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طول مدت آسیب بینایی و چگونگی سازگاری با آن، فقدان حمایت اجتماعی، حمایت ضعیف شبکه‌های اجتماعی، از دست دادن کارکردها و وجود برخی ویژگی‌های شخصیتی از عوامل تعیین‌کننده احساس تنهایی هستند (وراستراتن و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش آلمان و همکاران (۲۰۱۱) بین احساس تنهایی و ویژگی‌های مرتبط با آسیب بینایی از قبیل شدت و طول مدت آسیب رابطه‌ای پیدا نشده است. هر چند که وجود آسیب بینایی با احساس تنهایی رابطه دارد اما شدت و طول مدت آسیب با احساس تنهایی رابطه‌ای خطی و مستقیم ندارد. در یک پژوهش که روی ۹۶ فرد با آسیب بینایی با دامنه سنی ۱۶ تا ۵۰ سال انجام شد نتایج نشان داد که میزان حمایت اجتماعی و ساختار شبکه‌های اجتماعی می‌تواند میزان شادکامی در این افراد را پیش‌بینی کند (پاپادوپولوس، پاپاکنستانینو، کوتسوکلینیس، کاستریوا و کودری، ۲۰۱۵).

در پژوهش شید (۲۰۰۶) میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب شنوایی ۲۴ درصد در مقابل ۱۴ درصد در افراد عادی گزارش شده است. در این پژوهش میزان احساس تنهایی با وجود اختلال‌های روان‌شناختی رابطه داشت در حالی که با شدت آسیب شنوایی رابطه نشان نداد. به این معنا که افرادی که بیشترین میزان احساس تنهایی را گزارش کرده بودند، مشکلات روان‌شناختی بیشتری نشان دادند. عدم وجود رابطه بین احساس تنهایی و شدت آسیب شنوایی نشانگر این است که احساس تنهایی در هر میزان از آسیب شنوایی (از خفیف تا عمیق) می‌تواند بروز کند و هرگونه شکست افراد با آسیب شنوایی در برقراری تعامل و ارتباط اجتماعی می‌تواند احساس تنهایی را در آنان به وجود آورد (شید، ۲۰۰۶). در گروه با آسیب بینایی نیز یافته‌های برخی پژوهش‌ها مؤید این است که بین احساس

تنهایی با آسیب بینایی رابطه وجود دارد (وراستراتن و همکاران، ۲۰۰۵). با این حال میزان شیوع احساس تنهایی در افراد با آسیب بینایی به طور متفاوتی گزارش شده است. در یک پژوهش نشان داده شد که میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب بینایی در کشور آمریکا ۲۰ درصد است (ایوانز، ۱۹۸۳)؛ در حالی که در یک پژوهش دیگر در کشور هلند میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب بینایی ۵۴ درصد گزارش شده است (وراستراتن و همکاران، ۲۰۰۵). در یک پژوهش که در جمعیت ۲۳۶۸ نفری از افراد مسن انجام گرفت مشخص شد که میزان احساس تنهایی در افراد مبتلا به آسیب بینایی در مقایسه با افراد عادی ۵۳ درصد در برابر ۳۶ درصد است. در این پژوهش افراد با آسیب بینایی هم از نظر میزان شیوع احساس تنهایی و هم از نظر شدت آن در مقایسه با افراد عادی، نمره بالاتری داشتند. همچنین، در این پژوهش مشخص شد که بالاتر بودن میزان احساس تنهایی در افراد مبتلا به آسیب بینایی با کاهش میزان رضایت از فعالیت‌های روزمره، سلامت روانی کم، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی پایین رابطه دارد (گرو، تاورز، یانگ، آلیاس و استفنز، ۲۰۱۵).

پژوهش‌ها در زمینه احساس تنهایی در افراد با آسیب شنوایی نیز نشان داده‌اند که تجربه‌های هیجانی منفی در این افراد مانند ضعف مهارت‌های اجتماعی برای پیوستن به گروه، اساساً زمینه‌ساز مشکلات اجتماعی بیشتری مانند جایگاه اجتماعی پایین‌تر یا طرد شدن از طرف همسالان بوده است (استینسون و کلووین، ۲۰۰۳). واترز و کنورز (۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند که افراد با آسیب شنوایی در مقایسه با همتایان شنوای خود عموماً تعداد دوستان کمتری دارند و احساس طرد شدن و مورد بی‌توجهی قرار گرفتن از طرف همسالان در آن‌ها بیشتر است که به تدریج زمینه مزوی شدن و احساس تنهایی را در آن‌ها فراهم می‌کند. از سویی دیگر، افراد با آسیب‌های شنوایی و بینایی در مقایسه با افراد عادی در معرض برجسب‌های اجتماعی منفی بیشتری قرار دارند که تأثیر نامطلوبی بر رشد شایستگی اجتماعی‌شان خواهد گذاشت (کارتر و فلد، ۲۰۰۴). همچنین، افراد مبتلا به آسیب‌های شنوایی و بینایی در مهارت خودابرازگری نسبت به همتایان عادی خود تحت فشار بیشتری قرار دارند (چن و کریو، ۲۰۰۹).

در گروه با آسیب شنوایی پژوهش‌ها نشانگر این است که ۵۹ درصد این افراد که آسیب خفیف و ۸۰ درصد آن‌ها که آسیب شدید دارند مشکلات ارتباطی اساسی را تجربه

کرده‌اند (دالتون و همکاران، ۲۰۰۳). مشکلات ارتباطی در افراد با آسیب شنوایی می‌تواند موجب احساس تنهایی و انزوا شود. اگرچه احساس تنهایی، انزوا و افسردگی پیامدهای حتمی آسیب شنوایی نیستند؛ اما مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی ضعیف، تمایل کم به تعامل اجتماعی و لذت نبردن از ارتباط با دیگران، همگی می‌توانند زمینه احساس تنهایی و افسردگی را در این افراد فراهم کنند (برکی، ۲۰۰۶). بنابراین، با توجه به تأثیر احتمالی آسیب‌های بینایی و شنوایی بر رشد اجتماعی-هیجانی و پیامدهای نامطلوب ناشی آن می‌توان فرض کرد که افراد مبتلا به این آسیب‌ها در مقایسه با هم‌تایان عادی خود احتمالاً احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند. بر این اساس با توجه به نبود پیشینه پژوهشی مشخص، به ویژه در ایران، در زمینه میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب‌های حسی و مقایسه آن با افراد عادی، هدف پژوهش حاضر این بود تا افراد با آسیب بینایی، آسیب شنوایی و افراد بدون این آسیب‌ها را از نظر میزان احساس تنهایی با یکدیگر مقایسه کند. همچنین، این گروه‌ها از نظر مؤلفه‌های احساس تنهایی نیز با یکدیگر مقایسه خواهند شد تا امکان ارزیابی و مقایسه دقیق احساس تنهایی و شناسایی عوامل زمینه‌ای مرتبط با آن نیز فراهم شود. شناسایی تفاوت‌های احتمالی موجود بین افراد با آسیب بینایی، آسیب شنوایی و افراد عادی از نظر میزان تجربه احساس تنهایی می‌تواند توصیف روشن‌تری از نیمرخ روانی-اجتماعی و سلامت روانشناختی این گروه‌ها را فراهم کند و در صورت وجود تفاوت‌های معنادار بین این گروه‌ها، می‌توان ضرورت‌های مداخله‌ای و توانبخشی در سطوح مختلف برای آنان را به‌طور دقیق‌تری شناسایی کرد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل افراد ۱۳ تا ۲۲ ساله‌ی با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی شهر شیراز بودند. علت انتخاب این رده سنی این بود که در این دوره‌ی سنی هویت افراد در حال شکل‌گیری است و ارتباط با اطرافیان به ویژه اعضای خانواده و همسالان نقش و اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. از سویی دیگر آسیب حسی می‌تواند فرایند ارتباط با دیگران و در پی آن هویت‌یابی را با مشکل مواجهه سازد (کارسون، ۱۹۹۵). در نتیجه این احتمال وجود دارد که همین مشکل باعث شکل‌گیری احساس تنهایی در این افراد شود.

شرکت کنندگان: شرکت کنندگان این پژوهش شامل ۱۱۶ نفر (۳۲ فرد با آسیب بینایی، ۲۱ فرد با آسیب شنوایی و ۶۳ فرد عادی) بودند. افراد شرکت کننده در گروه‌های با آسیب شنوایی و آسیب بینایی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که به همه مدارس و مراکز ویژه نابینایان و ناشنوایان تحت پوشش اداره آموزش و پرورش و بهزیستی شهر شیراز و دانشگاه‌های شهر شیراز مراجعه شد و همه افراد با آسیب شنوایی و بینایی سنین ۱۳ تا ۲۲ ساله به عنوان نمونه انتخاب شدند. با استفاده از این روش ۲۱ فرد با آسیب شنوایی و ۳۲ فرد با آسیب بینایی انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه افراد عادی از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد. برای این منظور، در مرحله اول فهرست دبیرستان‌ها و دانشگاه‌های شهر شیراز تهیه شد و به‌طور تصادفی ۴ دبیرستان دخترانه، ۴ دبیرستان پسرانه و ۱ دانشگاه انتخاب شد. سپس با مراجعه به دبیرستان‌ها و دانشگاه یاد شده از افراد عادی سنین ۱۳ تا ۲۲ ساله خواسته شد تا در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند که به این روش ۶۳ نفر برای افراد شرکت کننده در گروه عادی انتخاب شدند.

ابزار: ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر مقیاس احساس تنهایی بود. این مقیاس توسط دهشیری و همکاران ساخته شده و دارای ۳۸ سؤال است که در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی زیاد تا خیلی کم نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس احساس تنهایی از سه خرده‌مقیاس «تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده»، «تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان» و «نشانه‌های عاطفی تنهایی» تشکیل شده است. ضرایب پایایی با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی برای کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی خرده مقیاس‌های این ابزار نیز در حد قابل قبول گزارش شده است. همچنین روایی همگرا و واگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با نمرات مقیاس احساس تنهایی UCLA و مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۶۸- گزارش شده است. روایی سازه مقیاس نیز با روش تحلیل عاملی تایید شده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش احمدی (۱۳۸۴) روایی سازه بر اساس روش همبستگی بین نمره کل مقیاس و خرده مقیاس‌های آن محاسبه شد که برای خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به دست آمده است. برای تعیین پایایی مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ برای تنهایی

ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۳ و ۰/۷۸ و برای نمره کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۳ به دست آمده است.

یافته‌های پژوهش

از کل نمونه ۱۱۶ نفری شرکت کننده در این پژوهش، ۳۲ نفر از افراد (۱۷ مرد و ۱۵ زن) در گروه با آسیب بینایی بودند که دامنه سنی آنها ۱۳ تا ۲۲ ساله با میانگین سنی ۱۷/۵۰ و انحراف استاندارد ۲/۷۸ بود. ۲۱ نفر از افراد شرکت کننده (۹ مرد و ۱۲ زن) در گروه افراد با آسیب شنوایی بودند که دامنه سنی آنها ۱۴ تا ۲۲ ساله با میانگین سنی ۱۷/۴۸ و انحراف استاندارد ۱/۹۴ بود. ۶۳ نفر (۲۸ مرد و ۳۵ زن) در گروه عادی بودند که دامنه سنی آنها ۱۳ تا ۲۲ ساله با میانگین سنی ۱۶/۷۷ و انحراف استاندارد ۲/۳۲ بود.

در این قسمت، نخست اطلاعات توصیفی آزمودنی‌ها ارائه و سپس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی شفه و تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه نمره کل احساس تنهایی و خرده مقیاس‌های آن در بین افراد با آسیب شنوایی، بینایی و عادی ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد احساس تنهایی و خرده‌مقیاس‌های آن برای گروه‌ها

گروه	افراد با آسیب شنوایی		افراد با آسیب بینایی		افراد عادی
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
نمره کل احساس تنهایی	۸۰/۵۷	۱۴/۳۹	۸۴/۸۷	۱۴/۵۹	۷۲/۰۸
تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده	۳۷/۱۴	۷/۷۲	۳۹/۵۳	۷/۶۷	۳۲/۶۲
تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان	۲۷/۰۰	۷/۳۷	۲۹/۹۱	۹/۰۷	۲۷/۴۸
نشانه‌های عاطفی تنهایی	۱۶/۴۳	۴/۳۱	۱۵/۴۴	۶/۹۴	۱۱/۹۸

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمره کل احساس تنهایی و نمره خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های عاطفی تنهایی در افراد با آسیب شنوایی و بینایی از میانگین نمره افراد عادی بالاتر است. بنابراین، به منظور آزمون فرض معنی‌داری از تحلیل واریانس یک‌راهه و تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین نمره کل احساس تنهایی و نمره خرده مقیاس‌های تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده، تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان و نشانه‌های

عاطفی تنهایی در افراد با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. شایان ذکر است که پیش از تحلیل واریانس یک‌راهه ابتدا برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که این آزمون معنی‌دار نبود و استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه ممکن بود. همچنین، برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که این آزمون معنی‌دار نبود و فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای احساس تنهایی در سه گروه

احساس تنهایی	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
بین‌گروهی	۳۷۷۵/۲۶۳	۲	۱۸۸۷/۶۳۱	۹/۷۴۸	۰/۰۰۱
درون‌گروهی	۲۱۸۸۱/۲۴۶	۱۱۳	۱۹۳/۶۳۹		
کل	۲۵۶۵۶/۵۰۹	۱۱۵			

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه نشان داد که بین گروه افراد با آسیب شنوایی، بینایی و عادی از نظر احساس تنهایی تفاوت معنادار وجود دارد [F=۹/۷۴۸، P<۰/۰۰۱]. بنابراین، دست‌کم بین میانگین یک جفت از گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت بین میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد و نتایج نشان داد که بین افراد با آسیب شنوایی و افراد عادی از نظر احساس تنهایی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱). همچنین، نتایج نشان داد که بین افراد با آسیب بینایی و افراد عادی از نظر احساس تنهایی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۱). شایان ذکر است که بین افراد با آسیب شنوایی و افراد با آسیب بینایی از نظر احساس تنهایی تفاوت معناداری مشاهده نشد (P>۰/۰۵).

برای مقایسه سه گروه افراد با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی از نظر خرده‌مقیاس‌های احساس تنهایی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس چندمتغیره نخست، فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برای هر سه متغیر تایید شد. همچنین برای بررسی همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست و در نتیجه پیش فرض تجانس بین کوواریانس‌ها برقرار است. همچنین، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها را تایید کرد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای خرده مقیاس‌های احساس تنهایی در سه گروه

لامبداویلزکز منبع	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
گروه	۰/۷۸۵	۴/۷۶۱	۶	۲۲۲	۰/۰۰۱

بر اساس داده‌های مشاهده شده در جدول ۳ اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنادار است. به همین دلیل برای بررسی اینکه این تأثیر بر کدام یک از متغیرهای وابسته معنادار است از تحلیل واریانس دوره‌ای استفاده شد و نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس دوره‌ای برای متغیرهای وابسته

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه	تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده	۱۰۹۶/۸۱۰	۲	۵۴۸/۴۰۵	۹/۴۹۷	۰/۰۰۱
	تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان	۱۵۴/۱۴۵	۲	۷۷/۰۷۲	۱/۱۰۷	۰/۳۳۴
	نشانه‌های عاطفی تنهایی	۴۳۸/۲۳۹	۲	۲۱۹/۱۲۰	۶/۵۶۸	۰/۰۰۲

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود نتایج تحلیل واریانس دوره‌ای بین گروهی نشان می‌دهد که اثرات به دست آمده برای گروه در متغیر تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده $[F=9/497, P<0/001]$ و نشانه‌های عاطفی تنهایی $[F=6/568, P<0/002]$ معنادار است، اما اثر گروه در متغیر تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان $P=0/334$ ، $F=1/107$ معنادار نیست. بنابراین، دست کم بین میانگین یک جفت از گروه‌های مورد مقایسه در متغیر تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده و نشانه‌های عاطفی تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی تفاوت بین میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد و نتایج نشان داد که بین افراد با آسیب شنوایی و آسیب بینایی با افراد عادی از نظر احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده تفاوت معنادار وجود دارد $(P<0/01)$. همچنین، نتایج نشان داد که بین افراد دارای آسیب بینایی و آسیب شنوایی با افراد عادی از نظر نشانه‌های عاطفی تنهایی تفاوت معنادار وجود دارد $(P<0/01)$. شایان ذکر است که بین افراد با آسیب شنوایی و افراد با آسیب بینایی در هیچ‌یک از خرده مقیاس‌ها تفاوت معنادار مشاهده نشد $(P>0/05)$. همچنین، از نظر احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان بین سه گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان احساس تنهایی و مؤلفه‌های آن در افراد با آسیب بینایی، آسیب شنوایی و افراد عادی بود. یافته‌ها نشان داد که افراد با آسیب بینایی و آسیب شنوایی در مقایسه با افراد عادی احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند. نتیجه‌ی حاضر با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در این زمینه همسو است. در پژوهش‌های وراستراتن و همکاران (۲۰۰۵)، آلمان و همکاران (۲۰۱۱) و گرو و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داده شد که افراد مبتلا به آسیب بینایی در مقایسه با افراد عادی احساس تنهایی بیشتری دارند. یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر بالاتر بودن میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب شنوایی در مقایسه با افراد عادی با پژوهش‌های پیشین از جمله شید (۲۰۰۶)، موسی، اینگر و هلد-آریام (۲۰۱۱) و (آزاب، کامل و عبدالرحمان، ۲۰۱۵) همسو است. در پژوهش موسی و همکاران (۲۰۱۱) مشخص شد که در افراد با آسیب شنوایی احساس تنهایی با قابلیت درک گفتار و شایستگی اجتماعی پایین رابطه دارد و این گروه عموماً احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند. در پژوهش آزاب و همکاران (۲۰۱۵) که در کشور مصر انجام گرفت مشخص شد که افراد با آسیب شنوایی در مقایسه با افراد دارای شنوایی بهنجار، مشکلات هیجانی و اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. شیوع بالاتر احساس تنهایی در افراد با آسیب شنوایی در مقایسه با افراد عادی در پژوهش کرامر، کاپتین، کویت و دیگ (۲۰۰۲) نیز گزارش شده است.

در تبیین بالاتر بودن میزان احساس تنهایی در افراد مبتلا به آسیب‌های بینایی و شنوایی در مقایسه با افراد عادی همسو با یافته‌های پژوهش کرامر و همکاران (۲۰۰۲) می‌توان گفت که شبکه‌های اجتماعی این افراد در مقایسه با افراد عادی، کوچک‌تر است و آنان تعداد گروه‌های اجتماعی و دوستان کمتری جهت برقراری تعامل و ارتباط اجتماعی دارند. در تأیید این موضوع، پژوهش آزاب و همکاران (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که این افراد مدت زمان کمتری را در مقایسه با همتایان عادی خود برای ارتباط با دیگران صرف می‌کنند. وجود چنین شرایطی به همراه دسترسی محدود به خدمات اجتماعی و طرد شدن از طرف اجتماع می‌تواند بر فعالیت‌های روزمره زندگی آنان تأثیر منفی بر جای گذارد و زمینه رشد احساس‌های منفی انزوا و تنهایی را فراهم کند (آزاب، کامل و عبدالرحمان، ۲۰۱۵؛ کویلان، کلوسون و آربائو، ۲۰۰۷). افزون بر این، مشخص شده است که محدود بودن و یا

فقدان فعالیت‌های سرگرمی و اوقات فراغت مناسب برای افراد با آسیب‌های حسی نیز با احساس تنهایی، انزوا و ناکامی آنان رابطه دارد (ترستون، ترستون و مک‌لئود، ۲۰۱۰). یکی دیگر از تبیین‌های نتیجه حاضر مبنی بر بالاتر بودن میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب‌های بینایی و شنوایی در مقایسه با افراد عادی به شیوع بالاتر مشکلات ارتباطی در افراد مبتلا به این آسیب‌ها مربوط است. در تأیید این نکته، یافته‌های پژوهش‌های پیشین در گروه افراد با آسیب شنوایی نشانگر این است که ۵۹ درصد این افراد که آسیب خفیف و ۸۰ درصد آن‌ها که آسیب شدید دارند، دچار مشکلات ارتباطی اساسی هستند (دالتون و همکاران، ۲۰۰۳). همسو با این یافته‌ها، برکی (۲۰۰۶) بیان می‌کند که مشکلات ارتباطی در افراد با آسیب شنوایی می‌تواند موجب احساس تنهایی و انزوا در آنان شود. برکی معتقد است که احساس تنهایی، انزوا و افسردگی پیامدهای حتمی آسیب شنوایی نیستند؛ اما مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی ضعیف، تمایل کم به تعامل اجتماعی و لذت نبردن از ارتباط با دیگران، همگی می‌توانند موجب احساس تنهایی و افسردگی در این افراد شود. بنابراین می‌توان گفت که احتمالاً به دلایل مذکور میزان احساس تنهایی در افراد مبتلا به آسیب‌های بینایی و شنوایی بالاتر از افراد عادی است.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین افراد مبتلا به آسیب بینایی با افراد مبتلا به آسیب شنوایی از نظر میزان احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشت. نبود تفاوت معنادار بین این دو گروه از نظر میزان احساس تنهایی را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بر اساس پژوهش‌های پیشین به‌طور کلی آسیب‌های جسمی با تجربه احساس تنهایی رابطه دارد. به‌گونه‌ای که افراد مبتلا به آسیب‌های جسمی احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند (لیو و روک، ۲۰۱۳). آسیب بینایی و آسیب شنوایی هر دو بر توانایی برقراری روابط و ایجاد تعامل اجتماعی تأثیر نامطلوب می‌گذارند؛ هر چند که ممکن است چگونگی این تأثیر در هر یک از این گروه‌ها متفاوت باشد. برای مثال در افراد مبتلا به آسیب بینایی عموماً ماهیت آسیب به گونه‌ای است که موجب محدود شدن توانایی تحرک و جهت‌یابی و کاهش سطح فعالیت‌های روزمره زندگی می‌شود، در حالی که در افراد مبتلا به آسیب شنوایی این تأثیر از طریق محدود شدن توانایی‌های زبان‌گفتاری و توانایی‌های کلامی است. اما هر دو نوع آسیب بینایی و آسیب شنوایی با خطر بالاتر محدود شدن تعامل و ارتباط اجتماعی، طرد شدن و احساس تنهایی همراه هستند. از سویی دیگر،

افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر شامل افراد مبتلا به آسیب بینایی و آسیب شنوایی بودند. در این افراد از نظر حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی فراهم شده توسط نهادهای رسمی و غیررسمی که بر میزان تجربه‌ی احساس تنهایی تأثیرگذار است، تفاوت‌های اساسی وجود ندارد. بنابراین، صرف‌نظر از نوع آسیب بینایی یا آسیب شنوایی می‌توان انتظار داشت که بین افراد مبتلا به این آسیب‌ها از نظر احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود نداشته باشد.

همچنین در رابطه با خرده‌مقیاس‌های احساس تنهایی یافته‌های پژوهش نشان داد احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در افراد دارای آسیب شنوایی و آسیب بینایی بیشتر از افراد عادی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از یک سو برخی خانواده‌ها به افراد با آسیب حسی توجه بیش از اندازه کرده و از آنها حمایت افراطی می‌کنند که این امر موجب وابستگی آنان شده و این مشکل به نوبه خود منجر به بزرگ‌نمایی، بارز شدن و به چشم آمدن مشکل آسیب حسی آنها می‌شود و احتمالاً این عامل در بالاتر بودن احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در افراد با آسیب حسی نسبت به افراد عادی نقش دارد. از سویی دیگر برخی خانواده‌ها نه تنها به افراد با آسیب حسی توجهی نمی‌کنند، بلکه به صورت تعمدی به فرزندان سالم توجه ویژه می‌کنند که همین عدم توجه و تبعیض می‌تواند در افزایش احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در افراد با آسیب حسی نقش داشته باشد. همچنین، گاهی اوقات رفتار نامناسب خواهران و برادران عادی افراد با آسیب حسی نیز در افزایش احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در این افراد مؤثر است. افزون بر موارد یاد شده برخی خانواده‌ها نه تنها فرزند با آسیب حسی خود را نمی‌پذیرند و تلاش می‌کنند که دیگران متوجه این موضوع نشوند، بلکه رابطه فرد با آسیب حسی و حتی کل خانواده را با دیگران محدود می‌کنند که این امر نیز می‌تواند در افزایش احساس تنهایی ناشی از ارتباط با خانواده در افراد با آسیب حسی تأثیرگذار باشد.

افزون بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد که نشانه‌های عاطفی تنهایی در افراد با آسیب شنوایی و آسیب بینایی بیشتر از افراد عادی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که احتمالاً ترس افراد با آسیب حسی از مورد تمسخر قرار گرفتن در این موضوع نقش دارد. همچنین، حساسیت بیش از حد به واکنش‌های دیگران نسبت به معلولیت‌شان نیز در بالاتر بودن نشانه‌های عاطفی تنهایی در این افراد می‌تواند مؤثر باشد. افزون بر این، ضعف افراد با

آسیب حسی در مهارت‌های زندگی مستقل نیز باعث می‌شود که از حضور در اجتماع خودداری کنند که این امر نیز به نوبه خود منجر به نشانه‌های عاطفی تنهایی می‌شود. نگرش‌های منفی فرد با آسیب حسی نسبت به رفتارهای خود در اجتماع نیز در بالاتر بودن نشانه‌های عاطفی تنهایی نیز نقش دارد.

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که از نظر احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان بین سه گروه افراد با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که امروزه دانش، آگاهی و نگرش مثبت افراد به ویژه نسل جوان (شرکت‌کنندگان این پژوهش رده سنی ۱۳ تا ۲۲ سال بودند که نسل جوان هستند) نسبت به یکدیگر بدون در نظر گرفتن نژاد، زبان، فرهنگ و حتی معلولیت افزایش یافته است که این موضوع در عدم تفاوت معنادار احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان بین سه گروه افراد با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی مؤثر است. همچنین، در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که به‌طور معمول همه افراد دوستانی را برای خود برمی‌گزینند که آنها را بدون قید و شرط و با تمام وجود بپذیرند و با همه شرایط از جمله ناتوانی آنها سازگار باشند که این نکته نیز در عدم تفاوت معنادار احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان بین سه گروه افراد با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی نقش دارد. افزون بر دلایل یاد شده، امروزه فناوری و نرم‌افزارهای دنیای مجازی زمینه‌ساز ایجاد ارتباط خوب در دنیای واقعی شده است و همین امر افراد با آسیب حسی را توانمندتر کرده و شرایط ارتباط مثبت بیشتر با دوستان را فراهم نموده است که احتمالاً این موضوع نیز در عدم تفاوت معنادار احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان بین سه گروه افراد با آسیب شنوایی، آسیب بینایی و عادی تأثیر دارد.

دانش حاصل از این یافته‌ها می‌تواند در فعالیتهای بالینی و توانبخشی این گروه‌ها به کار گرفته شود. به‌ویژه در طراحی برنامه‌های توانبخشی و مداخله‌ای مبتنی بر ارتقای سلامت روان‌شناختی و کاهش احساس تنهایی در افراد مبتلا به آسیب‌های حسی می‌توان بر نقش حمایت‌های خانوادگی و تقویت عوامل درون فردی تمرکز داشت. در پژوهش حاج و اکلز (۲۰۱۴) مشخص شد که احساس تنهایی و انزوا به عنوان پیامدهای اجتناب‌ناپذیر آسیب بینایی نیستند؛ بلکه برخی از عوامل در این زمینه وجود دارد که می‌تواند بر تجربه‌ی احساس تنهایی و انزوا در این افراد تأثیرگذار باشد. برخی از این عوامل شامل وضعیت

سلامت روان شناختی، طبقه اجتماعی-اقتصادی و جنسیت است. شناسایی دقیق این عوامل و عوامل محافظت کننده‌ی احساس تنهایی در این گروه‌ها می‌تواند در کاهش احساس تنهایی آن‌ها مؤثر باشد. می‌توان گفت که تنهایی و انزوا به عنوان بخشی از فرایند تعامل پیچیده در ارتباط با عوامل دیگر به‌ویژه مشکل در فعالیت‌های روزمره زندگی و محدود شدن تعامل و ارتباط بروز پیدا می‌کند. همین‌طور، احساس تنهایی با چگونگی درک و تجربه‌ی افراد از آسیب بینایی خود رابطه‌ای قوی دارد که نشانگر نقش بسیار مهم درک و تجربه‌ی فردی افراد از آسیب بینایی‌شان است.

بر اساس سازه تاب‌آوری، وقوع آسیب شنوایی و یا بینایی به عنوان یک عامل خطر حتمی در بروز پیامدهای منفی در نظر گرفته نمی‌شود و به جای آن بر عوامل فردی، محیطی و خانوادگی که می‌تواند تأثیر این آسیب‌ها بر رشد فرد را تعدیل و به فرایند سازگاری و استقلال فردی کمک کند، تأکید می‌شود. عوامل محافظت کننده‌ای که منجر به سازگاری موفقیت‌آمیز افراد مبتلا به آسیب‌های شنوایی و بینایی می‌شود در چهار سطح فردی، خانوادگی، مدرسه و اجتماعی طبقه‌بندی می‌شوند. از این عوامل محافظت کننده می‌توان به عنوان نقطه آغاز مناسبی در طراحی و اجرای مداخله‌های بالینی و برنامه‌های توان بخشی برای این گروه‌ها و خانواده‌های آنان استفاده کرد (موللی و پیرزادی، ۱۳۹۴). همچنین، از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در آموزش فراگیر برای افراد با آسیب‌های بینایی و شنوایی استفاده کرد. از آنجا که یافته‌ها نشان داد افراد با آسیب‌های بینایی و شنوایی احساس تنهایی بیشتری را در مقایسه با هم‌تایان عادی خود تجربه می‌کنند، می‌توان گفت که آموزش فراگیر می‌تواند زمینه تعامل اجتماعی، ایجاد روابط دوستی و شبکه‌های اجتماعی و ارتباطی افراد با آسیب‌های حسی را با همسالان عادی خود فراهم و احساس تنهایی آن‌ها را کم کند. این وضعیت البته در صورتی ممکن خواهد بود که حمایت‌های فردی و خانوادگی لازم از این افراد جهت رشد شایستگی‌های فردی و مهارت‌های اولیه تعامل اجتماعی در این افراد در بافت رشدی و خانوادگی پرورش یابد.

یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر بالاتر بودن میزان احساس تنهایی در افراد با آسیب‌های بینایی و شنوایی در مقایسه با افراد عادی الزام‌های عملی مهمی را در فرایند توان بخشی این گروه‌ها از طرف خانواده، گروه‌های اجتماعی، نهادهای حمایتی رسمی و معلمان و مربیان به دنبال دارد. در این رابطه برخی یافته‌های پژوهشی در زمینه کاهش احساس تنهایی در

افراد مبتلا به آسیب‌های حسی به نتایج امیدبخشی دست یافته‌اند. برای مثال در پژوهش آلما و همکاران (۲۰۱۱) مشخص شد که آموزش مهارت خودمدیریتی^۱ به افراد با آسیب بینایی کمک می‌کند تا آنان از طریق یادگیری مهارت‌های مدیریت چالش‌ها و مشکلات اجتماعی، هیجانی و عملکردی، احساس تنهایی کمتری را تجربه کنند. همچنین، با توجه به وجود رابطه بین احساس تنهایی با فقدان فعالیت‌های مناسب سرگرمی و اوقات فراغت در افراد با آسیب‌های حسی (ترستون، ترستون و مک‌لئود، ۲۰۱۰) می‌توان از طریق ایجاد فعالیت‌های اوقات فراغت و سرگرمی برای این افراد به کاهش احساس تنهایی آنان کمک کرد.

افزون بر این، برخی یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های اجتماعی به نوجوانان مبتلا به آسیب شنوایی بر شایستگی اجتماعی و ارتباطی و نیز سازگاری با مدرسه تأثیر مثبت دارد (سلیمانی‌نائینی، کشاورزی‌ارزاشدی، حاتمی‌زاده و بخشی، ۲۰۱۳). چنین یافته‌هایی نشانگر نقش مؤثر توان‌بخشی و توانمندسازی افراد با آسیب شنوایی در سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی آنان است. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند افراد با آسیب بینایی که دارای احساس شایستگی، خودکارآیی و عزت‌نفس بالاتری هستند، احساس تنهایی کمتری را تجربه می‌کنند (آلما و همکاران، ۲۰۱۱؛ وراستراتن و همکاران، ۲۰۰۵). وجود چنین رابطه‌ای نه تنها در افراد با آسیب بینایی بلکه در افراد عادی نیز تایید شده است (هاونز، هال، سیلوستره و جیوان، ۲۰۰۴؛ ساویکو، روتاسالو، تیلویس، استراندبرگ و پیتکالا، ۲۰۰۵). در همین زمینه، برخی مطالعات عصب‌شناختی نشان داده‌اند که زیربنای عصبی احساس تنهایی به کاهش حجم ماده سفید مغز در مناطق مرتبط با شناخت اجتماعی، همدلی و خودکارآیی مربوط است (ناکاگاوا و همکاران، ۲۰۱۵). بر این اساس می‌توان گفت که از طریق تقویت ویژگی‌هایی مانند احساس شایستگی، همدلی، خودکارآیی و عزت‌نفس که جنبه‌ی فردی دارند می‌توان به کاهش احساس تنهایی در افراد کمک کرد. در پژوهش آلما و همکاران (۲۰۱۱) مشخص شد که باور افراد مبتلا به آسیب بینایی راجع به احساس شایستگی فردی، در انتخاب راهبردهای انطباقی آنان با احساس تنهایی، تأثیرگذار است. نهایتاً اینکه پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که بین حمایت اجتماعی و شادکامی در افراد با آسیب بینایی رابطه وجود دارد (پاپادوپولوس،

1. self-management

۲۰۱۵). بنابراین، مشاوران توان‌بخشی و معلمان لازم است تا به نقش مهم حمایت اجتماعی و گسترش روابط اجتماعی در سازگاری روان‌شناختی و بهزیستی این افراد توجه ویژه داشته باشند و از آن در جهت بهبود سلامت روان‌شناختی و کیفیت زندگی این گروه‌ها استفاده نمایند.

احساس تنهایی در برنامه‌های توان‌بخشی افراد با آسیب‌های شنوایی و بینایی اغلب مورد توجه قرار نمی‌گیرد. این در حالی است که یافته‌های پژوهشی نشانگر میزان شیوع و شدت بالاتر احساس تنهایی در این گروه‌ها است. بنابراین، با توجه به بالاتر بودن احساس تنهایی در افراد با آسیب‌های بینایی و شنوایی در مقایسه با افراد عادی، کاهش احساس تنهایی به عنوان یکی از زمینه‌های مداخله‌ای مهم در برنامه‌های توان‌بخشی این افراد پیشنهاد می‌شود. طراحی برنامه‌های توان‌بخشی برای افراد با آسیب‌های حسی می‌تواند شامل فعالیت‌هایی برای ایجاد و تقویت گروه‌های حمایتی و فراهم کردن حمایت‌های اجتماعی مطلوب برای آنان باشد. چنین برنامه‌هایی همچنین بایستی به شکل‌گیری و تقویت گروه‌های حمایتی خانواده، همسالان و دوستان کمک کند تا این افراد بتوانند با چالش‌ها به خوبی کنار بیایند و از تجارب خود به نحو مطلوبی سود ببرند. یکی دیگر از اهداف چنین برنامه‌هایی می‌تواند افزایش آگاهی از روش‌های مختلف حمایت اجتماعی و سلامت و تشویق اعضای خانواده و دوستان به فراهم کردن حمایت‌های مثبت برای این افراد باشد. به‌ویژه اینکه شواهد پژوهشی در افراد با آسیب‌های حسی رابطه بین حمایت اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی را نشان داده است (گورت و اسمدما، ۲۰۱۱).

روش‌شناسی پژوهش حاضر به گونه‌ای بود که امکان استنباط روابط علی بین آسیب‌های بینایی و شنوایی و احساس تنهایی وجود نداشت. بنابراین، شناسایی روابط علی بین این آسیب‌ها با احساس تنهایی مستلزم انجام پژوهش‌های آزمایشی و طولی است. با توجه به محدودیت گروه سنی پژوهش حاضر که صرفاً در گروه افراد با طیف سنی ۱۳ تا ۲۲ سال انجام گرفت، تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌های سنی به انجام پژوهش‌های بیشتری نیاز است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در پژوهش‌های آتی عوامل زمینه‌ای فردی، خانوادگی و اجتماعی که در بروز احساس تنهایی در افراد با آسیب‌های شنوایی و بینایی نقش دارند را شناسایی کنند تا از یافته‌های حاصل از آن بتوان در برنامه‌های توان‌بخشی این گروه‌ها استفاده کرد.

نتیجه‌گیری پژوهشگران از پژوهش حاضر این است که افراد با آسیب‌های بینایی و شنوایی در مقایسه با همتایان عادی خود میزان احساس تنهایی بالاتری را متحمل می‌شوند که به عنوان یک تجربه ناخوشایند ممکن است زمینه‌ساز بروز مشکلات روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی در این گروه‌ها شود. احساس تنهایی در این گروه‌ها عموماً در رابطه با عوامل خانوادگی و عوامل عاطفی است. در مراحل بعدی پژوهش‌گران می‌توانند با انجام پژوهش‌های بیشتر به‌ویژه با تمرکز بر شناسایی عوامل مؤثر بر احساس تنهایی در افراد با آسیب‌های شنوایی و بینایی و طراحی برنامه‌های توان‌بخشی و مداخله‌های روان‌شناختی متمرکز بر آن به رشد هیجانی-اجتماعی و سازگاری این افراد کمک نمایند. در نهایت اینکه، با توجه به رابطه‌ی حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، پذیرش از طرف اجتماع، یادگیری مهارت‌های ارتباطی و برخی عوامل فردی مانند عزت نفس و احساس خودکارایی در تجربه احساس تنهایی می‌توان گفت که نهادهای رسمی و غیر رسمی در ایجاد و تقویت پذیرش و مشارکت اجتماعی و کاهش احساس تنهایی در افراد مبتلا به آسیب‌های بینایی و شنوایی نقش مؤثری را می‌توانند ایفا کنند.

منابع

- احمدی، ه. (۱۳۹۴). مقایسه سلامت عمومی و احساس تنهایی در مادران کودکان با ناتوانی‌های تحولی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- دهشیری، غ، برجعلی، ا، شیخی، م و حبیبی عسکرآباد، م. (۱۳۸۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۲(۲)، ۲۸۲-۲۹۶.
- موللی، گ و پیرزادی، ح. (۱۳۹۴). تاب‌آوری و کم‌شنوایی. فصلنامه علمی-پژوهشی طب توان‌بخشی، ۲(۲)، ۱۵۸-۱۴۴.

- Alma, M. A., Van der Mei, S. F., Feitsma, W. N., Groothoff, J. W., Van Tilburg, T. G., & Suurmeijer, T. P. B. M. (2011). Loneliness and self-management abilities in the visually impaired elderly. *Journal of Aging and Health*, 23(5), 843-861.
- Arlinger, S. (2003). Negative consequences of uncorrected hearing loss—a review. *International Journal of Audiology*, 42 (2), 17-20.

- Azab, S. N., Kamel, A., & Abdelrhman, S. S. (2015). Correlation between Anxiety Related Emotional Disorders and Language Development in Hearing-Impaired Egyptian Arabic Speaking Children. *Journal of Communication Disorders, Deaf Studies & Hearing Aids*, 3(137), 2.
- Burkey, J. M. (2006). *Baby Boomers and Hearing Loss: A Guide to Prevention and Care*. Rutgers University Press.
- Carter, W. C., & Feld, S. L. (2004). Principles relating social regard to size and density of personal networks, with applications to stigma. *Social Networks*, 26, 323–329.
- Chen, R. K., & Crewe, N. M. (2009). Life satisfaction among people with progressive disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 75, 50–58.
- Coplan, R. J., Closson, L. M., & Arbeau, K. A. (2007). Gender differences in the behavioral associates of loneliness and social dissatisfaction in kindergarten. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(10), 988–995.
- Corson, D. (1995). World view, cultural values and discourse norms: The cycle of cultural reproduction. *International Journal of Intercultural Relations*, 19(2), 183–195.
- Dalton DS, Cruickshanks KJ, Klein BEK, Klein R, Wiley TL, Nondahl DM. (2003). The Impact of Hearing Loss on Quality of Life in Older Adults. *Gerontologist*, 43, 5, 661–668.
- Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L., & Nondahl, D. M. (2003). The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *The Gerontologist*, 43(5), 661–668.
- Du Feu, M., & Fergusson, K. (2003). Sensory impairment and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(2), 95–103.
- Evans, J. R., Fletcher, A. E., & Wormald, R. P. (2007). Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology*, 114, 283–288.
- Evans, R. (1983). Loneliness, depression, and social activity after determination of legal blindness. *Psychological Reports*, 52, 603–608.
- Guerette, A. R., & Smedema, S. M. (2011). The relationship of perceived social support with well-being in adults with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 105, 425–439.
- Hassell, J. B., Lamoureux, E. L., & Keeffe, J. E. (2006). Impact of age related macular degeneration on quality of life. *British Journal of Ophthalmology*, 90, 593–596.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., & Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging*, 23, 129–140.
- Hawkey, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago health, aging, and social relations study. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 63B, S375–S384.
- Hayman, K. J., Kerse, N. M., La Grow, S. J., Wouldes, T., Robertson, M. C., & Campbell, A. J. (2007). Depression in older people: visual

- impairment and subjective ratings of health. *Optometry & Vision Science*, 84(11), 1024–1030.
- Hintermair, M. (2007). Prevalence of socioemotional problems in deaf and hard of hearing children in Germany. *American Annals of the Deaf*, 152(3), 320–330.
- Hodge, S., & Eccles, F. (2014). Loneliness, social isolation and sight loss. *Thomas Pocklington Trust, London*. Retrieved from http://www.research.lancs.ac.uk/portal/services/downloadRegister/49860241/loneliness_social_isolation_and_sight_loss_final_report_dec_13.pdf
- Iecovich, E., & Isralowitz, R. E. (2004). Visual impairments, functional and health status, and life satisfaction among elderly Bedouins in Israel. *Ageing International*, 29, 71–87.
- Kramer, S. E., Kapteyn, T. S., Kuik, D. J., & Deeg, D. J. (2002). The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *Journal of Aging and Health*, 14(1), 122–137.
- La Grow, S. J., Towers, A., Yeung, P., Alpass, F., & Stephens, C. (2015). The Relationship between Loneliness and Perceived Quality of Life among Older Persons with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 109(6), 487.
- Lamoureux, E. L., Hassell, J. B., & Keeffe, J. E. (2004). The impact of diabetic retinopathy on participation in daily living. *Archives of Ophthalmology*, 122, 84–88.
- Liu, B. S., & Rook, K. S. (2013). Emotional and social loneliness in later life Associations with positive versus negative social exchanges. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(6), 813–832.
- Most, T., Ingber, S., & Heled-Ariam, E. (2011). Social competence, sense of loneliness, and speech intelligibility of young children with hearing loss in individual inclusion and group inclusion. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 49, (1), 1–14.
- Nakagawa, S., Takeuchi, H., Taki, Y., Nouchi, R., Sekiguchi, A., Kotozaki, Y. others. (2015). White matter structures associated with loneliness in young adults. *Scientific Reports*, 5.
- Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2012). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 34(12), 971–981.
- Patterson, A. C., & Veenstra, G. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine*, 71(1), 181–186.
- Pronk, M., Deeg, D. J., & Kramer, S. E. (2013). Hearing status in older persons: A significant determinant of depression and loneliness? Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Audiology*, 22(2), 316–320.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223–233.

- Shield, B. (2006). Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment. A Report for *Hear-It AISBL*. Retrieved from http://www.french.press.hearit.org/multimedia/hear_it_report_october_2006.pdf
- Soleimanieh Naeini, T., Keshavarzi Arshadi, F., Hatamizadeh, N., & Bakhshi, E. (2013). The Effect of Social Skills Training on Perceived Competence of Female Adolescents with Deafness. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(12). <http://doi.org/10.5812/ircmj.5426>.
- Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 593-611.
- Stinson, M. S., & Kluwin, T. N. (2003). Educational consequences of alternative school placements. In M. Marschark & P. E. Spencer (Eds.), *Oxford handbook of deaf studies, language, and education* (pp. 52-64). New York: Oxford University Press.
- Thurston, M., Thurston, A., & McLeod, J. (2010). Socio-emotional effects of the transition from sight to blindness. *British Journal of Visual Impairment*, 28(2), 90-112.
- Tilvis, R. S., Laitala, V., Routasalo, P. E., & Pitkala, K. H. (2011). Suffering from loneliness indicates significant mortality risk of older people. *Journal of Aging Research*, 2090-2204. doi: 10.4061/2011/534781
- Van Baarsen, B. (2002). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B, S33-S42.
- Verstraten, P. F. J., Brinkmann, W. L. J. H., Stevens, N. L., & Schouten, J. S. A. G. (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *International Congress Series*, 1282, 317-321.
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kurata, J., & Kaplan, G. A. (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 1086-1092.
- Wauters, L. N., & Knoors, H. E. T. (2007). Social integration of deaf children in inclusive settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13, 21-36.