

# مقایسه سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان بر حسب میزان احساس تنهایی

دکتر محمود نجفی<sup>۱</sup>  
دکتر غلامرضا دهشیری<sup>۲</sup>  
دکتر منصوره شیخی<sup>۳</sup>  
سولماز دبیری<sup>۴</sup>

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان بر حسب میزان احساس تنهایی انجام شد. بدین منظور ۲۱۴ دانشجو (۱۰۴ پسر و ۱۱۰ دختر) با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش مقیاس احساس تنهایی و پرسشنامه سلامت عمومی بود. نتایج نشان داد که بین سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی بر حسب میزان احساس تنهایی تفاوت معنادار وجود دارد. آزمودنی‌های با احساس تنهایی پایین و متوسط از سلامت عمومی بیشتری نسبت به آزمودنی‌های با احساس تنهایی بالا برخوردار بودند. آزمودنی‌های با احساس تنهایی متوسط از سلامت عمومی بالاتری نسبت به آزمودنی‌های با احساس تنهایی بالا برخوردار بودند. همچنین بین میانگین نشانه‌های بدنی، اضطراب، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی بر حسب میزان احساس تنهایی تفاوت معناداری یافت شد.

**کلید واژه‌ها:** سلامت عمومی، پیشرفت تحصیلی، تنهایی

۱. استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان Email: najafy2001ir@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوئین زهرا

۳. دکترای روانشناسی و کارشناس وزارت آموزش و پرورش تهران

۴. دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی دانشگاه تبریز

## مقدمه

احساس تنهایی<sup>۱</sup> پدیده‌ای ذهنی و ناراحت‌کننده است که در گروه‌های مختلف اجتماعی، صرف نظر از سن، جنس، نژاد، مذهب و پایگاه اقتصادی به درجات مختلف دیده می‌شود و در دنیای امروز که انسان در حصار ماشین‌ها و شهرهای پرجمعیت محصور شد، معنایی نو یافته است. احساس تنهایی افراد درگیر را با احساس خلاء، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت تأثیر می‌گذارد (هینریچ و گالونی،<sup>۲</sup> ۲۰۰۶). میچلا<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۸۲) تنهایی را احساس ناخوشایندی می‌دانند که در نتیجه کاستی در شبکه روابط اجتماعی فرد به صورت کمی و کیفی و عدم دسترسی به روابط نزدیک و مطلوب با دیگران به وجود می‌آید. در رویکرد نیازهای اجتماعی، تنهایی به وسیله عدم حضور یک رابطه مقتضی یا مجموعه روابط به وجود می‌آید که لزوماً صمیمی یا ماهیتاً قابل اعتماد نیست، اما بیشتر قادر به در نظر گرفتن نیازهای اجتماعی ذاتی است. این دیدگاه بر نظریه دلبستگی بالینی تأکید دارد (وست<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۶). در دیدگاه شناختی تنهایی به این علت ایجاد می‌شود که افراد در به دست آوردن امتیاز کامل در فرصت‌های میان فردی قابل دسترس و مورد انتظار، شکست بخورند. طبق این دیدگاه نگرش‌های بدکارکرد مثل ترس از طرد در روابط میان فردی، احساس عدم اطمینان از خود و اضطراب اجتماعی در تنهایی نقش دارند (وست و همکاران، ۱۹۸۶). وایز<sup>۵</sup> (۱۹۷۵)، به نقل از ارنست و کاسیپو<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) براساس ماهیت کمبود اجتماعی (مثلاً پیوندهای صمیمی و اجتماعی) بین تنهایی عاطفی و اجتماعی تمایز قائل شد. تنهایی ناشی از انزوای عاطفی در اثر فقدان یک دلبستگی عاطفی نزدیک یا یک رابطه

1. loneliness
2. Heinrich & Gullone
3. Michela
4. West
5. Weiss
6. Ernest & Cacioppo

صمیمی (معمولاً همسر یا والد، دوست و کودک) ظاهر می‌شود و مشخصه آن اضطراب و ترس است. تنهایی ناشی از انزوای اجتماعی در اثر فقدان یک شبکه اجتماعی جذاب ظاهر می‌شود و مشخصه آن خستگی، بی‌هدفی، بی‌ارزشی و فقدان تأیید از جانب دیگران است. تحقیقات (هوروتیز و فرنچ، ۱۹۷۹؛ اسلوان و سولانو، ۱۹۸۴، به نقل از کاسپیو و همکاران، ۲۰۰۶) حاکی از آن است که افرادی که احساس تنهایی می‌کنند معمولاً از مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری برخوردارند و احساس می‌کنند که دیگران آنها را در برخی زمینه‌های اجتماعی نسبتاً غیر ماهر می‌دانند. متغیرهای کیفی نظیر رضایت‌مندی از روابط اجتماعی در مقایسه با فراوانی تماس اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌تری از احساس تنهایی هستند. افراد مبتلا به احساس تنهایی نسبت به مهارت‌های اجتماعی خود مستعد تجربه اضطراب زیادی هستند (به نقل از کاسپیو و همکاران، ۲۰۰۶). آشر و پاکوئیت<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) معتقدند که تنهایی هم می‌تواند یک تجربه زندگی باشد و هم می‌تواند به صورت بالقوه آسیب‌زا باشد. یافته‌های پژوهشی مؤید آن است که احساس تنهایی یک عامل سبب شناختی در سلامت و بهزیستی جمعیت‌های گوناگون می‌باشد و پیامدهای آنی و درازمدت جدی در بهداشت روانی دارد (هنریچ و گالونی، ۲۰۰۶). حجت<sup>۲</sup> (۱۹۸۲)، به نقل از حاجتی، (۱۳۸۶) بین احساس تنهایی و انزوای اجتماعی و روان‌آزردگی رابطه معناداری یافت. هاوکلی<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) بدین نتیجه رسیدند که افراد دارای احساس تنهایی در تعاملات اجتماعی خود، احساسات مثبت کمتری دارند و احساس تنهایی با صمیمیت کمتر، عدم اطمینان و تعارض همبسته بود. یافته‌های نالن-هاکسما و اهرنز<sup>۴</sup> (۲۰۰۲)، پاژ و کل<sup>۵</sup> (۱۹۹۱)، جونز و هب<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) و آندرسون و هاروی<sup>۷</sup> (۱۹۸۸) نشان داد که

- 
1. Asher & Paquette
  2. Hojat
  3. Hawkly
  4. Nolen-Hoeksema
  5. Page & Cole
  6. Jones & Hebb
  7. Anderson & Harvey

افراد احساس تنهایی خود را به صورت کناره‌گیری، افسردگی، اضطراب، مصرف مواد، بزهکاری، شکست تحصیلی و خودکشی نشان می‌دهند. اضطراب و افسردگی از جمله مشکلاتی هستند که معمولاً تصور می‌شود از احساس تنهایی ممتد منتج می‌شوند. پپلا و همکاران (۱۹۸۲) نیز نشان داده‌اند که افراد دارای احساس تنهایی از سبک اسنادی سرزنش خود<sup>۱</sup> استفاده می‌کنند که این امر آنها را به دامنه‌ای از احساسات منفی از جمله افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند. تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که بین احساس تنهایی و افسردگی در دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد (ویسمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). میوسکوویچ<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) مور و شولتز<sup>۴</sup> (۱۹۸۳) بین تنهایی و اضطراب رابطه معنادار یافتند. تنهایی به عنوان نشانگر مهم نقص در روابط اجتماعی به شمار می‌آید، افرادی که در ایجاد و حفظ روابط رضایت بخش با دیگران مشکل دارند، دچار احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب و خشم می‌شوند (بامیستر و لاری<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵؛ کاسپیو و همکاران، ۲۰۰۰؛ چیپور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ هاگرتی<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). جونز و همکاران (۱۹۸۲) به نقل از هنریچ و گالونی، (۲۰۰۶) معتقدند که احساس عدم رضامندی در رابطه با دیگران با تنهایی مرتبط است و بدین ترتیب تنهایی به عنوان شکست در برآوردن نیازهای تعلق‌پذیری به شمار می‌آید. پالوتزین و الیسون<sup>۸</sup> (۱۹۸۲)، به نقل از داورپناه، (۱۳۷۳) دریافتند که نمره‌های تنهایی به طور قوی با احساس بی‌ارزشی طرد و افسردگی مرتبط است. ماهون و یارچسکی<sup>۹</sup> (۲۰۰۱) دریافتند که تنهایی با رفتارهای ناکارآمد مربوط به ارتقاء سلامت مرتبط است. افراد تنها در مقایسه با افراد غیر تنها دیرتر به خواب می‌روند و خواب آنها کیفیت خوبی ندارد.

1. self-blaming attribution style
2. Wisman
3. Mijuskovic
4. Schultz
5. Baumeister & Leary
6. Chipuer
7. Hagerty
8. Paloutzian & Ellison
9. Mahon & Yarcheski

بنابراین تنهایی از طریق تأثیر بر خواب نقش جمعی در سلامت دارد (کاسپیو و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین تحقیقات انجام شده حاکی از آن است که احساس تنهایی با عملکرد تحصیلی ضعیف مرتبط است به عبارتی هر چه سطح تنهایی افزایش یابد پیشرفت تحصیلی کاهش می‌یابد (آشر و پاکوئیت، ۲۰۰۳؛ دمیر و تاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ روتنبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹؛ روتنبرگ و مورریسن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳).

در مجموع تنهایی با مشکلات روانی - اجتماعی (نظیر عزت نفس پایین، شایستگی پایین، تعاملات اجتماعی ضعیف، سلامت روانی (نظیر اضطراب، افسردگی، رفتارهای خودکشی)، سلامت جسمانی (نظیر عملکرد ایمنی و مشکلات خواب) و پیشرفت تحصیلی مرتبط است (هنریچ و گالونی، ۲۰۰۶). پژوهش بحیرایی (۱۳۷۹) نشان داد که از یک نمونه ۴۲۰ نفری از دانشجویان ۱۶/۷ درصد دچار احساس تنهایی هستند. دانشجویان قشر وسیعی از جمعیت فعال یک کشور را تشکیل می‌دهند و عوامل متعددی سلامت روانی شناختی آنها را به خطر می‌اندازد. از آنجایی که زندگی دانشجویی موقعیت تازه‌ای است می‌تواند زمینه‌ساز انواع استرس‌ها برای دانشجویان باشد. تجربه دوری از خانواده و سازگاری با محیط و فضای دانشگاه و خوابگاه از جمله عواملی هستند که باعث احساس تنهایی شده، سازگاری را برهم زده و سلامت را به مخاطره می‌اندازد.

یافته‌های تجربی مؤید آن است که افرادی که احساس تنهایی می‌کنند نه تنها در ایجاد دوستی‌ها مشکلات بیشتری دارند، بلکه همچنین نگرانی آنها از عدم مقبولیت ممکن است رفتارشان را تحت تأثیر قرار دهد و قضاوتشان را مختل کند. وقتی احساس تنهایی نخستین بار تجربه می‌شود، به صورت یک نیروی کشاننده عمل می‌کند و فرد را برمی‌انگیزد تا در صدد مصاحبت و ایجاد تماس اجتماعی با افراد دیگر برآید. اما اگر احساس تنهایی طولانی شود، افزایش اضطراب مانع از عمل می‌شود و انگیزه ایجاد تماس با دیگران را

---

1. Demir & Tarhan  
2. Rotenberg  
3. Morrison

کاهش می‌دهد. در این شرایط، احساس تنهایی انگیزه فرد جوان را برای مشارکت مؤثر در فعالیت‌های اجتماعی جامعه و فعالیت در کلاس درس و تحصیل سست می‌کند، بنابراین آرزوی تعلق اجتماعی و پیامدهای ناشی از عدم ارضای آن موضوع احساس تنهایی را مسأله ساز می‌کند و باید از دیدگاه انگیزشی و نیز از نقطه نظر بهداشت روانی آن را در نظر گرفت (کاترل، ۱۹۹۶). از نظر میچلا و همکاران (۱۹۸۲) احساس تنهایی به عنوان سازه‌ای تک بعدی زمانی مطرح می‌شود که شبکه اجتماعی فرد از لحاظ کیفی و کمی نارسا باشد. این در حالی است که برخی پژوهشگران احساس تنهایی را سازه‌ای چند بعدی می‌دانند بدین صورت که بین تنهایی عاطفی که از فقدان دلبستگی و روابط صمیمی با دیگران ناشی می‌شود و تنهایی اجتماعی که ناشی از انزوای اجتماعی است، تمایز قائل می‌شوند.

بدین ترتیب وضعیت زندگی اجتماعی امروزی که در جهت فردیت هر چه بیشتر است، افراد را در معرض احساس تنهایی بیشتری قرار داده و به این حالت روانی می‌افزاید، این امر به ویژه در جوامع رو به رشد اهمیت بیشتری دارد. با عنایت به مطالب یاد شده و با توجه به تأثیری که احساس تنهایی بر شخصیت و روابط اجتماعی و به تبع آن سلامت می‌گذارد، پژوهش حاضر به منظور مقایسه سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان بر حسب میزان احساس تنهایی آنها انجام شده است و می‌تواند پایه‌ای جهت پژوهش‌های آتی، برنامه ریزی و آموزش برای ارتقاء حمایت‌های اجتماعی و فردی و به تبع آن بهداشت روان باشد.

### روش پژوهش

با توجه به هدف پژوهش مبنی بر مقایسه سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی بر حسب میزان احساس تنهایی، روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه علامه

طباطبائی تهران بود که در سال تحصیلی ۸۷-۸۶ مشغول به تحصیل بودند. از جامعه فوق نمونه ای به حجم ۲۱۴ نفر (۱۰۴ پسر و ۱۱۰ دختر) با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا از لیست دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی سه دانشکده بطور تصادفی انتخاب شد. سپس با مراجعه به دانشکده‌های انتخاب شده، از بین کلاس‌هایی که در زمان اجرای پرسشنامه برگزار بودند دو کلاس بطور تصادفی انتخاب شد (جمعاً شش کلاس) و پرسشنامه‌ها بر روی دانشجویان کلاس‌های انتخاب شده اجرا شد. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۳۰ سال با میانگین ۲۱/۱۴ و انحراف استاندارد ۲/۳۵ بود. در پژوهش حاضر از مقیاس احساس تنهایی، پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۱</sup> ۲۸ سوالی و معدل کل ترم‌های قبل دانشجویان به عنوان شاخص پیشرفت تحصیلی استفاده شد.

الف) مقیاس احساس تنهایی: این مقیاس توسط دهشیری و همکاران (۱۳۸۷) در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران ساخته شد که شامل ۳۸ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای خیلی زیاد تا خیلی کم است. ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۸۳ گزارش شد. همچنین ضریب روایی همگرای مقیاس از طریق همبستگی با مقیاس احساس تنهایی UCLA<sup>۲</sup> و پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۶۰ و ۰/۵۶ بود. روایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی اکتشافی مورد تایید قرار گرفته است.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه به صورت خودگزارش دهی است و توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰) تدوین شده است. پرسشنامه سلامت عمومی شامل ۲۸ سوال و چهار خرده مقیاس است. مقیاس‌های تشکیل دهنده آن عبارتند از: علائم جسمانی، اضطراب، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی. پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی

1. General Health Questionnaire

2. University of California at Los Angeles Loneliness Scale

در پژوهش پالاهانگ (۱۳۷۵)، به نقل از دانش‌نیا، (۱۳۸۳) ۰/۹۱ گزارش شده است. تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی این پرسشنامه را به سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ، به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است.

### یافته‌ها

به منظور مقایسه سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان بر حسب میزان احساس تنهایی آنها ابتدا آزمودنی‌ها براساس نمره احساس تنهایی به سه گروه تقریباً مساوی احساس تنهایی بالا، احساس تنهایی متوسط و احساس تنهایی پایین تقسیم شدند. به این صورت آزمودنی‌های که نمرات احساس تنهایی آنها کمتر از نقطه درصدی ۳۳ بود به عنوان گروه احساس تنهایی پایین، آزمودنی‌هایی که نمرات احساس تنهایی آنها بین نقاط درصدی ۳۴ تا ۶۶ بودند به عنوان گروه احساس تنهایی متوسط و آزمودنی‌های که نمرات احساس تنهایی آنها از نقطه درصدی ۶۶ بالاتر بودند به عنوان گروه احساس تنهایی بالا در نظر گرفته شدند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمرات احساس تنهایی گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات احساس تنهایی سه گروه

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه
۷۱	۹/۲۵	۶۹/۲۷	احساس تنهایی پایین
۷۳	۴/۸۲	۸۹/۷۴	احساس تنهایی متوسط
۷۰	۱۲/۱۸	۱۱۲/۸۹	احساس تنهایی بالا
۲۱۴	۱۹/۹۸	۹۰/۵۲	کل

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی نمرات سلامت عمومی (و چهار مؤلفه آن) و پیشرفت تحصیلی آزمودنی‌ها بر حسب میزان احساس تنهایی ارائه شده است



جدول ۲. شاخص‌های توصیفی سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی برحسب میزان احساس تنهایی

گروه	شاخص	سلامت عمومی	نشانه‌های بدنی	اضطراب	نارساکنش وری اجتماعی	افسردگی	پیشرفت تحصیلی
احساس تنهایی پایین	میانگین	۱۶/۹۶	۵	۳/۸۶	۶/۴۹	۱/۶۱	۱۶/۰۶
	انحراف استاندارد	۹/۴۶	۳/۶۷	۳/۴۵	۲/۰۱	۲/۴۸	۱/۵۹
احساس تنهایی متوسط	میانگین	۲۱/۰۸	۵/۷۱	۵/۳۶	۷/۱۶	۲/۵۸	۱۵/۶۷
	انحراف استاندارد	۸/۸۵	۳/۵۶	۳/۴۲	۲/۳۰	۳/۲۳	۱/۵۸
احساس تنهایی بالا	میانگین	۲۷/۹۰	۶/۷۴	۷/۱۴	۸/۳۰	۵/۷۱	۱۵/۳۳
	انحراف استاندارد	۱۳/۰۴	۴/۱۲	۴/۱۸	۳/۴۵	۴/۲۰	۱/۹۴
کل	میانگین	۲۱/۹۴	۵/۸۱	۵/۴۴	۷/۳۱	۳/۳۷	۱۵/۶۹
	انحراف استاندارد	۱۱/۴۵	۳/۸۳	۳/۹۲	۲/۷۴	۳/۷۷	۱/۷۳

چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات سلامت عمومی گروه با احساس تنهایی پایین به طور معنی داری کمتر از گروه‌های با احساس تنهایی متوسط و بالا است. همچنین میانگین نمرات سلامت عمومی گروه با احساس تنهایی متوسط به طور معنی داری کمتر از گروه با احساس تنهایی بالا است. از آن جایی که در پژوهش حاضر نمرات سلامت عمومی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی اندازه گرفته شد و در این پرسشنامه هرچه نمره فرد کمتر باشد از سلامت عمومی بیشتر برخوردار است. می‌توان نتیجه گرفت که هرچه میزان احساس تنهایی کمتر باشد سلامت عمومی نیز بیشتر است. به منظور بررسی نقش میزان احساس تنهایی بر نمره کل سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (شاخص

لامبدای ویکلز<sup>۱</sup> استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین پیشرفت تحصیلی و سلامت عمومی بر حسب میزان احساس تنهایی

شاخص	ارزش	F	df <sup>۱</sup>	df <sup>۲</sup>	سطح معنی داری
اثر پیلانی	۱۹	۱۱/۰۴	۴	۴۲۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۸۱	۱۱/۶۱	۴	۴۲۰	۰/۰۰۱
تی هوتلینگ	۰/۲۳	۱۲/۱۹	۴	۴۱۸	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۰/۲۳	۲۴/۵۴	۴	۲۱	۰/۰۰۱

چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود نقش میزان احساس تنهایی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی دار می‌باشد [  $P < ۰/۰۰۱$  و  $۱۱/۶۱ = (۴ و ۴۲۰)$  Wilks  $\lambda$ , F]. به منظور بررسی اینکه نقش میزان احساس تنهایی بر کدام یک از متغیرها معنی دار است از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه میانگین نمرات پیشرفت تحصیلی و سلامت عمومی بر حسب میزان احساس تنهایی

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
احساس تنهایی	سلامت عمومی	۴۳۰۲/۶۵	۲	۲۱۵۱/۳۲	۱۹/۲۲	۰/۰۰۱
	پیشرفت تحصیلی	۱۸/۷۵	۲	۹/۳۷	۳/۱۹	۰/۰۰۱
خطا	سلامت عمومی	۲۳۶۲۲/۶۸	۲۱۱	۱۱۱/۹۶	-	-
	پیشرفت تحصیلی	۶۱۹/۲۰	۲۱۱	۲/۹۳	-	-

چنانچه از جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین سلامت عمومی آزمودنی‌ها بر حسب میزان احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد

1. Wilks' Lambda

[F (۲ و ۲۱۱) = ۱۹/۲۲ و P < ۰/۰۰۱]. همچنین بین میانگین پیشرفت تحصیلی آزمودنی‌ها بر حسب میزان احساس تنهایی نیز تفاوت معنی داری وجود دارد [F (۲ و ۲۱۱) = ۳/۱۹ و P < ۰/۰۰۵].

برای بررسی تفاوت میانگین نمرات سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی بین سه گروه از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی بر حسب میزان احساس تنهایی

تفاوت میانگین		گروه‌های مورد مقایسه	گروه
پیشرفت تحصیلی	سلامت عمومی		
۰/۳۹	-۴/۱۲**	احساس تنهایی متوسط	احساس تنهایی پایین
۰/۷۳*	-۱۰/۹۴**	احساس تنهایی بالا	
۰/۳۴	-۶/۸۲**	احساس تنهایی بالا	احساس تنهایی متوسط

\*P < ۰/۰۵      \*\* P < ۰/۰۰۱

نتایج مقایسه چندگانه توکی در مورد نمرات پیشرفت تحصیلی بیانگر این است که میانگین پیشرفت تحصیلی گروهی که احساس تنهایی پایین دارند به طور معنی داری بیشتر از گروه با احساس تنهایی بالا است. تفاوتی بین گروه با احساس تنهایی پایین و احساس تنهایی متوسط و همچنین بین گروه احساس تنهایی متوسط با احساس تنهایی بالا مشاهده نشد.

به منظور بررسی نقش میزان احساس تنهایی بر هر یک از مؤلفه‌های سلامت عمومی یعنی نشانه‌های بدنی، اضطراب، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (شاخص لامبدای ویکلز) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه مؤلفه‌های سلامت عمومی بر حسب میزان احساس تنهایی

شاخص	ارزش	F	df <sup>۱</sup>	df <sup>۲</sup>	سطح معنی داری
اثر پیلانی	۰/۲۵	۷/۳۹	۸	۴۱۸	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۷۵	۷/۹۲	۸	۴۱۶	۰/۰۰۱
تی هوتلینگ	۰/۳۳	۸/۴۳	۸	۴۱۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۰/۳۲	۱۶/۷۹	۴	۲۰۹	۰/۰۰۱

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود تأثیر میزان احساس تنهایی بر ترکیب خطی مؤلفه‌های سلامت عمومی معنی دار می‌باشد [Wilks  $\lambda$  و F (۸ و ۴۱۶)]. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی نقش میزان احساس تنهایی بر هر یک از متغیرهای سلامت عمومی به طور جداگانه در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. تجزیه و تحلیل واریانس تک متغیری برای مقایسه میانگین مؤلفه‌های سلامت عمومی بر حسب میزان احساس تنهایی

منابع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
احساس تنهایی	نشانه‌های بدنی	۱۰۸/۱۹	۲	۵۴/۱۰	۳/۷۷	۰/۰۱
	اضطراب	۳۸۰/۹۲	۲	۱۹۰/۴۶	۱۳/۹۱	۰/۰۰۱
	نارسانا کنش‌وری اجتماعی	۱۱۷/۵۵	۲	۵۸/۷۷	۸/۳۴	۰/۰۰۱
	افسردگی	۶۲۵/۵۱	۲	۳۱۲/۷۵	۲۷/۴۹	۰/۰۰۱
خطا	نشانه‌های بدنی	۳۰۲۴/۳۳	۲۱۱	۱۴/۳۳	-	-
	اضطراب	۲۸۸۹/۹۰	۲۱۱	۱۳/۷۰	-	-
	نارسانا کنش‌وری اجتماعی	۱۴۸۶/۴۷	۲۱۱	۷/۰۵	-	-
	افسردگی	۱۴۸۶/۴۷	۲۱۱	۱۱/۳۸	-	-

چنانچه از جدول مشاهده می شود بین میانگین تمام مولفه های سلامت عمومی بر حسب میزان احساس تنهایی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین مولفه های سلامت عمومی بر حسب میزان احساس تنهایی در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه مؤلفه های سلامت عمومی بر حسب میزان احساس تنهایی

تفاوت میانگین				گروه های مورد مقایسه	گروه
افسردگی	نارسا کنش وری اجتماعی	اضطراب	نشانه های بدنی		
-۱/۲۴	-۰/۶۷	-۱/۵*	-۰/۷۱	احساس تنهایی متوسط	احساس تنهایی پایین
-۴/۱۱**	-۱/۸۱**	-۳/۲۸**	-۱/۷۴*	احساس تنهایی بالا	
-۲/۸۶**	-۱/۱۴*	-۱/۷۹*	-۱/۰۳	احساس تنهایی بالا	احساس تنهایی متوسط

\* $P < 0/01$  \*\* $P < 0/001$

چنانچه از جدول ۸ مشاهده می شود از لحاظ نشانه های بدنی بین دو گروه احساس تنهایی پایین و احساس تنهایی بالا تفاوت معنی داری وجود دارد. به این صورت که میانگین نشانه های بدنی گروه با احساس تنهایی پایین به طور معنی داری کمتر از گروه با احساس تنهایی بالا است. در متغیر اضطراب میانگین نمرات گروه با احساس تنهایی پایین به طور معنی داری کمتر از گروه با احساس تنهایی متوسط و بالا است. همچنین میانگین گروه با احساس تنهایی متوسط به طور معنی داری کمتر از گروه با احساس تنهایی بالا است. همچنین میانگین نمرات افسردگی و نارسا کنش وری اجتماعی گروه با احساس تنهایی پایین و متوسط به طور معنی داری کمتر از گروه با احساس تنهایی بالا است.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان برحسب میزان احساس تنهایی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سلامت عمومی افراد با احساس تنهایی پایین به طور معناداری بیشتر از افراد با احساس تنهایی متوسط و بالا است. همچنین سلامت عمومی افراد با احساس تنهایی متوسط به طور معناداری بیشتر از افراد با احساس تنهایی بالاست. نتایج نشان داد که میانگین نمرات نشانه‌های بدنی آزمودنی‌هایی که احساس تنهایی پایین داشتند به طور معناداری کمتر از آزمودنی‌های با احساس تنهایی بالا بود. مقایسه میانگین اضطراب گروه‌ها بیانگر این بود که افراد با احساس تنهایی پایین به طور معناداری سطح اضطراب کمتری نسبت به آزمودنی‌های دارای سطح تنهایی متوسط و بالا داشتند. میانگین نمرات نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی افراد دارای احساس تنهایی متوسط و پایین به طور معناداری کمتر از افراد با احساس تنهایی بالا بود. مقایسه نمرات پیشرفت تحصیلی برحسب میزان احساس تنهایی نشان داد که افراد با احساس تنهایی پایین نسبت به افراد دارای احساس تنهایی بالا به طور معناداری دارای پیشرفت تحصیلی بالاتری بودند. یافته‌های پژوهش حاضر با اکثر تحقیقات انجام شده همخوانی دارد. نتایج تحقیق نتو و باروس<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) نشان داد که تنهایی با روان رنجوری و اضطراب اجتماعی رابطه مثبت و با خوش بینی و رضامندی از زندگی رابطه منفی معنادار دارد. افراد هیجانی و مضطرب و نگران که در روان رنجوری نمرات بالایی داشتند ظرفیت محدودی برای لذت بردن از روابطشان دارند. بنابراین به صورت کلی می‌توان گفت که بین احساس تنهایی و ناسازگاری روانی شناختی رابطه وجود دارد. نتیجه تحقیق حاضر در مورد رابطه افسردگی و تنهایی با نتایج تحقیقات ویسمن و همکاران (۱۹۹۹)، ماهون و یارچسکی (۲۰۰۱)، کوئینگ<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۴)، پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، به نقل از داوورپناه، (۱۳۷۳) و نالن - هاکسما و اهرنز (۲۰۰۲) همسو

1. Neto & Barros  
2. Koenig

می‌باشد. افراد دارای احساس تنهایی از سبک اسنادی سرزنش خود استفاده می‌کنند و این مسأله آسیب‌پذیری آن‌ها را نسبت به احساسات منفی از جمله افسردگی بالا می‌برد. افسردگی ممکن است نتیجه احساس تنهایی ممتد یا شدید باشد، زیرا کاهش یافتن امکان تقویت اجتماعی باعث تضعیف احساسات خود رضامندی می‌شود. پیلاو و همکاران (۱۹۷۹)، به نقل از رضوان خواه، (۱۳۷۶) یک توالی علی را در این مورد نشان داده‌اند، بدین صورت که احساس تنهایی مداوم و بیش از یک دوره طولانی، فرد را متقاعد می‌کند که شخصاً بی‌کفایت است و با فرض چنین اسناد درونی به علت ناتوانی در ایجاد پیوندهای اجتماعی رضایت بخش فرد ممکن است از تلاش برای پیوستن به دیگران بکاهد و بدین وسیله احساس تنهایی مداوم و پایدار را تضمین کند. بدین ترتیب شالوده یک چرخه خود جاودان ساز شکست پی ریزی می‌شود و این امر به نوبه خود آمادگی برای افسردگی را تا حد زیادی افزایش می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش حاضر در مورد رابطه معنادار بین اضطراب و احساس تنهایی با تحقیقات میوسکویچ (۱۹۹۶)، مور و شولتس (۱۹۸۳)، نالن - هاکسما و اهرنز (۲۰۰۲) همسو است. با توجه به اینکه انسان دارای نیاز به تعلق داشتن است، ارضاء این نیاز مستلزم داشتن تعاملات مثبت با سایر افراد است که منجر به شادزیستی و رضامندی می‌شود در نتیجه افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت بخش با دیگران ناتوان هستند احتمالاً احساس محرومیت خود را با علائمی همچون خشم، اضطراب به خصوص اضطراب اجتماعی (ناتو و باروز، ۲۰۰۰، جانسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) نشان می‌دهند (بامیستر و لاری، ۱۹۹۵؛ کاسپیو و همکاران، ۲۰۰۰؛ چیپور، ۲۰۰۱؛ هاگرتی و همکاران، ۱۹۹۶). دیتوماسو و اسپینر<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) دریافتند که اضطراب بیشتر با تنهایی اجتماعی همراه است. همچون پژوهش حاضر، سایر پژوهش‌های انجام شده بین احساس تنهایی و

---

1. Johnson

2. Ditommaso & Spinner

مشکلات و شکایت‌های جسمانی رابطه معنادار یافتند (حجت و وگل، ۱۹۸۷، گرشترین، بیتز و ریندل ۱۹۸۷، به نقل از داورپناه، ۱۳۷۳). تنهایی با سردرد (پاژ وکل، ۱۹۹۱) و آشفتگی‌های خواب (کاسپیو و همکاران، ۲۰۰۰؛ کاسپیو و همکاران، ۲۰۰۲) مرتبط گزارش شده است. در تحقیقات هاوکل و همکاران (۲۰۰۱) روتنبرگ (۱۹۹۹) و سگرین<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) بین احساس تنهایی و کیفیت تعامل اجتماعی ضعیف رابطه معنادار گزارش شده است. هرچه مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تر باشد احساس تنهایی نیز بیشتر است و بالعکس. کاترونا<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) بین احساس تنهایی و مهارت‌های اجتماعی در دانشجویان رابطه معنادار یافت. نتایج وی نشان داد که افرادی با احساس تنهایی مزمن در مقایسه با افراد با احساس تنهایی متوسط و پایین مهارت‌های اجتماعی ضعیف‌تری داشتند. با توجه به این که افراد با احساس تنهایی نقص در مهارت‌های اجتماعی بیشتر دارند، روابط اثربخش و مفیدی با دیگران ندارند و این خود عملکرد اجتماعی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

روتنبرگ (۱۹۹۹) و هاوکل و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقات خود، بین کمرویی و کناره‌گیری اجتماعی رابطه معنادار یافتند. کریک و لاد<sup>۳</sup> (۱۹۹۳)، پارکر و آشر (۱۹۹۳) و ریگو<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۳) نیز تنهایی را با شایستگی اجتماعی ضعیف مرتبط یافتند که با نتیجه پژوهش حاضر همسو است. از جمله نتایج دیگر پژوهش حاضر، ارتباط معنادار بین احساس تنهایی و پیشرفت تحصیلی بود. به عبارتی احساس تنهایی بالا با پیشرفت تحصیلی ضعیف‌تر و احساس تنهایی پایین با سطح تحصیلی بالاتر مرتبط بود. این یافته با سایر تحقیقات انجام شده همسو است (روتنبرگ، ۱۹۹۹؛ روتنبرگ و مورینسن، ۱۹۹۳؛ دمیر و تاران، ۲۰۰۱؛ آشر و پاکویت، ۲۰۰۳). به دلیل اینکه

---

1. Segrin  
2. Cutrona  
3. Crick & Ladd  
4. Riggio



احساس تنهایی شاخص مشخصی از ادراکات دانشجویان از آشفتگی و ناراضایتی در گروه همسالان محسوب می‌شود، این احتمال وجود دارد که این احساسات ممکن است مستقیم یا غیرمستقیم با توانایی اثربخش در برنامه‌های تحصیلی تداخل ایجاد کند در نتیجه ممکن است به قدری با این احساسات تنهایی مشغولیت فکری داشته باشند که حتی قادر به تمرکز بر انجام تکالیف حیطه تحصیلی خود نباشند. عامل مهم دیگر در این مورد احساس رضایت مندی از روابط با سایر همسالان است. دانشجویانی که احساس تنهایی می‌کنند از روابط اجتماعی خود با همسالان رضایت مندی ندارند. این احساس تنهایی و ناراضایتی اجتماعی ممکن است در ابتدا با پیشرفت تحصیلی دانشجویان تداخل کند و به تدریج باعث کناره‌گیری و ترک تحصیل شود. نقص در مهارت‌های اجتماعی نیز عامل میانجی گر مهم دیگر محسوب می‌شود. بدین صورت که افراد تنها به دلیل نقایص مهارت‌های اجتماعی ممکن است ایجاد و حفظ روابط رضایت‌مند را مشکل یابند و بنابراین ممکن است فرصت‌های یادگیری دو طرفه را به تدریج از دست بدهند و در حیطه‌های تحصیلی عملکرد خوبی نداشته باشند.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر همسو با سایر تحقیقات انجام شده مؤید آن است که پیشرفت تحصیلی و سلامت بر حسب میزان احساس تنهایی متفاوت است. به عبارتی هرچه احساس تنهایی کمتر باشد، سلامت و پیشرفت تحصیلی نیز بیشتر است و بالعکس. بر اساس یافته‌های هاوکلی و همکاران (۲۰۰۳) اثرات تنهایی روی سلامتی ممکن است در سال‌های بعد آشکار شود. این نکته را باید در نظر داشت که با وجود ارتباط بین تنهایی و سلامتی، ایجاد ارتباط علی بین این دو مشکل است. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که با توجه به اهمیت دوره نوجوانی و جوانی، پیشگیری و کاهش پیامدهای آسیب‌زا و شدید احساس تنهایی، مداخله و آموزش مهارت‌های بین فردی امری ضروری تلقی می‌شود. بنابراین تسکین و کاهش احساس تنهایی باید تمرکز کلیدی مهمی برای متخصصان بالینی باشد.

## منابع

- بحیرایی، هادی. (۱۳۷۹). *هنجاریایی مقیاس احساس تنهایی UCLA (نسخه سوم) در دانشجویان مقیم تهران*. رساله دکتری روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران.
- تقوی، محمد رضا. (۱۳۸۰). *بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) روی دانشجویان دانشگاه شیراز*. مجله روانشناسی، ۴، ۹۸-۸۱.
- حاجتی، محمد. (۱۳۸۶). *رابطه احساس تنهایی، رشد اجتماعی و ابراز وجود در دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- دانش نیا، الهام. (۱۳۸۶). *بررسی اثربخشی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- داورپناه، فروزنده. (۱۳۷۳). *هنجاریایی نسخه تجدیدنظر شده مقیاس احساس تنهایی UCLA برای دختران ۱۲ تا ۱۸ ساله در تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبائی.
- دهشیری، غلامرضا؛ برجعلی، احمد؛ شیخی، منصوره؛ حبیبی، مجتبی. (۱۳۸۷). *ساخت و اعتباریایی مقیاس احساس تنهایی در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران*. مجله روانشناسی. ۱۲ (۳، پیاپی ۴۷): ۲۹۶-۲۸۲
- رضوان خواه، مهناز. (۱۳۷۶). *رابطه مفهوم خود، احساس تنهایی و ساختار خانواده در نوجوانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی
- Anderson, C. A. , & Harvey, R. J. (1988). *Discriminating between problems in living: An examination of measures of depression, loneliness, shyness, and social anxiety*. Journal of social clinical psychology, 6, 482-491.
- Asher, S. R. , & Paquette, J. A. (2003). *Loneliness and Peer relations in childhood*. Current Directions in psychological Science, 12, 75-78.
- Baumeister, R. F. , & Leary, M. R. (1995). *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a Fundamental human motivation*. Psychological Bulletin, 117, 497-529.
- Cacioppo, J. T. , Ernest, J. M. , Burleson, M. H. , McClintock, M. K. , Malarkey, W. B. , Hawkey, L. C. et al. (2000). *Lonely traits and*

- concomitant Physiological Processes: The MacArthur social neuroscience Studies*. International journal of Psychophysiology. 35, 143-154.
- Cacioppo, J. T. , Hawkley, L. C. , Crawford, L. E. , Ernst, J. M. , Burleson, M. H. , Kowalewski, R. B. , et al. (2002). *Loneliness and health: Potential mechanisms*. Psychosomatic Medicine, 64, 407–417.
  - Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Bernston, G. G., Nouriani, B., et al. (2006). *Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective*. Journal of Research in Personality, 40 (6): 1054–1085.
  - Chipuer, H. M. (2001). *Dyadic attachments and community connectdness: Links with youths, loneliness experiences*. Journal of Community Psychology, 29. 429-446.
  - Cotterell, J. (1996). *Social networks and social influences in adolescence*. London & New York: Rutledge.
  - Crick, N. , & Ladd, G. W. (1993). *Children's Perceptions of their peer experiences: Attributions, loneliness, social anxiety, and social a voidance*. developmental psychology, 29, 244-254.
  - Cutrona, C. , E. (2007). *Objective determinates of perceived social support*. Journal of personality and social psychology. 50, 349-355.
  - Demir. A & Tarhan. N. (2001). *Loneliness and social dissatisfaction in Turkish adolescent*. The Journal of psychology. 135 (1), 113-123.
  - Ditommaso, E , & Spinner, B .(1997). *Social and emotional loneliness: A re-examinations of weis's typology of loneliness*. Personality and individual Differences, 22, 417-427.
  - Ernest, J. M & Cacioppo, J. T. (2005). *Lonely hearts: Psychological Perspectives on loneliness*. Applied and Preventive Psychology. 8. 1-22.
  - Hagerty, B. M. , Williams, R. A. , Coync, J. C. , & Early, M. R. (1996). *Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning*. Archives of psychiatric Nursing, 10, 235-244.
  - Hawkley, L. C. , Burleson, M. H. , Bernston, G. G. , & Cacioppo, J. T. (2003). *Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, Psychosocial context, and health behaviors*. Journal of Personality and Social Psychology, 85. 105-120.
  - Henrich, L. M & Gullone, E. (2006). *The clinical significance of loneliness: A literature review*. Clinical Psychology Review. 26. 695-718.
  - Johnson, H. D. , Lavoie. J. C. Spenceri, M. C. , & Mahoney-Wernli, M. A. (2001). *Peer conflict a voidance: Associations with loneliness, social anxiety, and social a voidance*. Psychological Reports, 88, 227-235.
  - Jones, W. Ho, Hebb, L. (2003). *The experience of loneliness: objective and subjective Factors*. The International Scope Review, 5 (9), 41-68.
  - Koenig, L. J. , Isaacs, A. M. and 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, 28 (1): 27-43.
- Mahon, N. E. , & Yarcheski, T. J. (2001). *Mental health variables and positive health practices in early adolescents*. Psychological Reports, 88, 1023-1030.
  - Michela, J. L. , Peplau, L. A. . & Weeks, D. G. (1982). *Perceived dimensions of attributions for loneliness*. Journal of Personality and Social Psychology, 43 (5), 929-936.
  - Mijuskovic, B. (1996). *The phenomenology and dynamics of loneliness*. Psychology: A journal of human behavior, 32 (2): 41-51
  - Moore, D. & Schultz, N. R. (1983). *Loneliness at Adolescence: correlates, attributions and coping*. Journal of youth and adolescence, 12, 95-100.
  - Neto, F., & Barros, J. (2000). *Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape. Verde and Portugal*. Journal of Psychology, 134, 503-514.
  - Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). *Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms*. Psychology and aging. 117, 116-124.
  - Page, R. M., & Cole, G. E. (1991). *Loneliness and alcoholism risk in late adolescence: A comparative study of adults and adolescents*. Adolescence, 26. 925-930.
  - Parker, J. G. , & Asher, S. R. (1993). *Friendship and Friendship quality in middle childhood: Links with peer group acceptance and Feelings of loneliness and social dissatisfaction*. Developmental Psychology, 29, 611-621.
  - Peplau, L. A. , Miceli, M. , & Morasch, B. (1982). *Loneliness and self-evaluation*. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds. ), Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy . New York: John Wiley & Sons.
  - Riggio, R. E. , Waring, K. P. , & Throckmorton, B. (1993). *Social Skills, Social Support, and Psychological adjustment*. Personality and Individual differences, 15, 275-280.
  - Rotenberg, K. J. (1999). *Childhood and adolescent loneliness: An Introduction*. In K. J. Rotenberg & S. Hymel (Eds), loneliness in childhood and adolescence (pp. 30-8). Cambridge, England: Cambridge university press.
  - Rotenberg, K. J., & Morrisson, J. (1993). *Loneliness and college achievement: Do loneliness scale scores predict college drop-out?* Psychological Reports, 73, 1283-1288.
  - Segrin, C. (1998). *Interpersonal communication problem associated*

*with depression and loneliness*. Handbook of communication and emotion: Research, theory, applications, and contexts. (215-242) San Diego, CA: Academic Press.

- West D, A. Kellner, R, Moore-West, M. (1986). *The effects of loneliness: a review of the literature*. Comprehensive Psychiatry. 27 (4): 351-363.
- Wiesman, H. Gutfreund, P. G & Lurrie. I. (1995). *Gender differences in loneliness and depression of university student seeking counseling*. British Journal of Guidance & Councelling, 2 (32). 231-243.

Archive of SID