University of Tehran
Faculty of Social Sciences
Institute of Social Studies and Research

Social Studies and Research in Iran

Home page: https://jisr.ut.ac.ir/?lang=en

E- ISSN: 2588-6355

Dimensions of Loneliness and Their Determinants
(A Study of Non-Co-Resident Adults with Their Parents in Tehran)

Fateme Modiri[1] | Fateme Kiani Aliabadi[2]

1. Corresponding Author, Department Of Family Studies, National Institute for Population Research, Tehran, Iran. E-mail: fateme.modiri@nipr.ac.ir
2. Master of Demography, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran. E-mail: fatemehkianialabadi@yahoo.com

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 18 February 2026
Received in revised form: 11 May 2026
Accepted: 03 June 2026
Published online: 23 September 2026

Keywords:
Emotional loneliness, Health, Intergenerational support, Life satisfaction, Loneliness, Religiosity, Social loneliness

ABSTRACT

Loneliness is recognized as a painful experience with multiple negative consequences that has received relatively limited attention in social research. Accordingly, the present study examines feelings of loneliness, their dimensions, and the factors influencing them.

The statistical population of this cross-sectional survey consisted of women and men aged 18 years and older in Tehran who had at least one living parent and did not co-reside with their parents. A total of 1000 participants were selected using a multistage cluster sampling method.

The findings indicated that the mean level of social loneliness was higher than emotional loneliness. Emotional loneliness was positively associated with divorce history, a higher number of siblings, being unmarried, and conflict with parents, and negatively associated with welfare status, reciprocal emotional support between parents and adult children, and the quality of the parent–child relationship. Social loneliness showed a significant negative association with religiosity and reciprocal financial and Instrumental support between parents and adult children, and a positive association with the number of children. There are no significant differences in emotional or social loneliness between women and men, among different ethnic groups, or between employed and unemployed individuals. Emotional and social loneliness are higher among individuals with lower life satisfaction, poorer health, non-university education, and lower income. Multivariate analysis showed that health, life satisfaction, and conflict with parents were the most important predictors of emotional loneliness, whereas life satisfaction, welfare status, religiosity, reciprocal support between parents and adult children, and relationship quality played a more decisive role in explaining social loneliness

loneliness is a multidimensional phenomenon, with its emotional and social dimensions being influenced by a range of individual, familial, and social factors. Therefore, interventions aimed at reducing loneliness should extend beyond individual characteristics and also pay attention to both the quantity and quality of individuals' family relationships.

Cite this article: Modiri, F., & Kiani Aliabadi, F. (2026). Dimensions of Loneliness and Their Determinants (A Study of Non-Co-Resident Adults with Their Parents in Tehran), *Social Studies and Research in Iran*, 15(3), 65-87. https://doi.org/10.22059/jisr.2026.410592.1715

Author(s) retain the copyright. Publisher: University of Tehran Press
DOI: https://doi.org/10.22059/jisr.2026.410592.1715

Extended Abstract

Introduction

Loneliness is a subjective and distressing experience arising from a discrepancy between desired and actual social relationships rather than the objective absence of social contact. Loneliness is a common experience - probably few people avoid being lonely at some time in their life. It is also a distressing experience as many individual accounts bear out (Perlman and Peplau, 1981:31). Loneliness is conceptually distinct from objective social isolation and can be understood in terms of two major dimensions: emotional loneliness, arising from the absence of an intimate attachment figure, and social loneliness, arising from the absence of a broader social network (De Jong Gierveld, 1998: 74). Accumulating evidence has demonstrated that loneliness is associated with numerous adverse outcomes, including poor physical and mental health, cardiovascular disease, depression, reduced quality of life, and increased mortality risk (Holt-Lunstad et al., 2015). findings indicate that loneliness and social isolation significantly increase the risk of premature mortality, with an effect comparable to other established health risk factors. Previous research has identified several determinants of loneliness, including age, marital status, health, socioeconomic conditions, social support, and cultural context. However, studies conducted in Iran have primarily examined loneliness as a single construct or focused on specific populations such as older adults and university students. Moreover, limited attention has been given to the distinct determinants of emotional and social loneliness and the role of intergenerational relationships between adult children and their parents. Given the rapid demographic and family changes in Iranian society, this study aimed to investigate the dimensions of loneliness and identify the individual, familial, social, and intergenerational factors associated with emotional and social loneliness among adults Non-Co-Resident adult children with Their Parents in Tehran.

Method

This study employed a cross-sectional explanatory survey design. The study population consisted of men and women aged 18 years and older residing in Tehran who had at least one living parent but did not live with their parents. A total of 1000 respondents were selected through a multistage cluster sampling procedure to obtain a representative sample of the city's adult population. Data were collected using a structured questionnaire whose face validity was assessed by experts and whose construct validity was confirmed through exploratory factor analysis. Internal consistency of the measurement scales was evaluated using Cronbach's alpha coefficients. The questionnaire included measures of emotional and social loneliness as well as demographic, socioeconomic, health, religious, and family-related characteristics, including intergenerational support, relationship quality with parents, and parent–child conflict.

Findings

The findings revealed that social loneliness was more prevalent than emotional loneliness. Bivariate analyses demonstrated that emotional loneliness was positively associated with divorce history, being unmarried, having a larger number of siblings, and greater conflict with parents. Conversely, higher levels of economic well-being, stronger emotional support exchanged between parents and adult children, and better parent–child relationship quality were significantly associated with lower emotional loneliness. Social loneliness showed a different pattern of associations. Higher religiosity and greater reciprocal financial and caregiving support between parents and adult children were associated with lower levels of social loneliness, whereas having more children was associated with greater social loneliness. No statistically significant differences in either emotional or

social loneliness were observed according to gender, ethnicity, or employment status. However, respondents with lower educational attainment, lower income, poorer self-rated health, and lower life satisfaction reported significantly higher levels of both dimensions of loneliness. The multivariate regression models demonstrated that Emotional loneliness was primarily explained by self-rated health, life satisfaction, and conflict with parents. In contrast, social loneliness was most strongly predicted by life satisfaction, economic welfare, religiosity, reciprocal intergenerational support, and the quality of parent–child relationships.

Conclusion

Social loneliness is more prevalent than emotional loneliness. This finding suggests that some individuals may have close and meaningful emotional relationships while nevertheless experiencing deficits in broader social connections and a limited sense of social belonging. The factors associated with emotional and social loneliness are not identical. Emotional loneliness is more strongly associated with factors such as marital status, the quality of family relationships, conflict with parents, and health status, whereas social loneliness is more closely related to religiosity, reciprocal support between parents and children, welfare status, and the quality of relationships with parents. These findings suggest that different dimensions of loneliness are shaped by distinct social mechanisms. The findings are consistent with the perspectives of Intergenerational Solidarity Theory and Social Capital Theory. From these perspectives, social networks and reciprocal support provide individuals with relational and social resources that can strengthen their sense of belonging and connectedness. Thus, loneliness may reflect not only individual characteristics but also the quality of social ties and the extent to which individuals have access to supportive social resources. loneliness is a multidimensional phenomenon, with its emotional and social dimensions being influenced by a range of individual, familial, and social factors. Therefore, interventions aimed at reducing loneliness should extend beyond individual characteristics and also pay attention to both the quantity and quality of individuals' family relationships. Developing local community-based centers, supporting voluntary and associational activities, strengthening intergenerational programs to enhance interactions between parents and children, expanding opportunities for social and cultural participation, and giving particular attention to individuals with poor health or limited support networks may represent effective strategies for reducing loneliness in urban communities.

Acknowledgements: The data in this article are taken from a research project approved by the National Institute for Population Research titled: Investigating the Relationships of Adult Children with Parents: Contact, Support, and Commitment.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

دانشگاه تهران
دانشکده علوم اجتماعی
موسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی

مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران

Home page: https://jisr.ut.ac.ir/?lang=en

شاپا الکترونیکی: ۶۳۵۵-۲۵۸۸

بررسی ابعاد احساس تنهایی و عوامل مؤثر بر آن
(مطالعه‌ای در میان بزرگسالان غیرهم‌سکنا با والدین در شهر تهران)

فاطمه مدیری[۱] | فاطمه کیانی علی‌آبادی[۲]

۱. نویسندهٔ مسئول، گروه مطالعات خانواده، مؤسسهٔ تحقیقات جمعیت کشور، تهران، ایران. رایانامه: fateme.modiri@nipr.ac.ir
۲. کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. رایانامه: fatemehkianialiabadi@yahoo.com

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: مقالهٔ پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۲۰
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۲/۲۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۱۳
تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۷/۱

کلیدواژه‌ها:
احساس تنهایی، تنهایی اجتماعی، تنهایی عاطفی، حمایت بین‌نسلی، دینداری، رضایت از زندگی، سلامت

چکیده

احساس تنهایی به‌عنوان تجربه‌ای دردناک با پیامدهای منفی متعدد شناخته می‌شود که در پژوهش‌های اجتماعی، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. براین‌اساس در این پژوهش به بررسی احساس تنهایی، ابعاد آن و عوامل اثرگذار بر آن پرداخته شده است.

جامعهٔ آماری این پیمایش مقطعی، زنان و مردان ۱۸ سال و بالاتر در شهر تهران هستند که حداقل یک والد زنده دارند و هم‌سکنا نیستند. شیوهٔ نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای است و ۱۰۰۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

یافته‌ها نشان داد میانگین تنهایی اجتماعی بیشتر از تنهایی عاطفی است. تنهایی عاطفی با سابقهٔ طلاق، تعداد بیشتر خواهر و برادر، تجرد و تضاد با والدین رابطهٔ مستقیم و با رفاه، حمایت عاطفی متقابل میان والدین و فرزندان بزرگسال و کیفیت رابطه با والدین رابطهٔ معکوس معنادار دارد. تنهایی اجتماعی با دینداری و حمایت متقابل مراقبتی و مالی میان والدین و فرزندان بزرگسال رابطهٔ معکوس و با تعداد فرزندان رابطهٔ مستقیم معنادار دارد. احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در زنان و مردان، در اقوام مختلف، در افراد شاغل و غیرشاغل، تفاوت معناداری ندارد. احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در افراد با رضایت کمتر از زندگی، سلامت کمتر، تحصیلات غیردانشگاهی و درآمد پایین بیشتر است. نتایج تحلیل چندمتغیره نیز مشخص کرد در تبیین تنهایی عاطفی، سلامت، رضایت از زندگی و تضاد با والدین و در تبیین تنهایی اجتماعی، رضایت از زندگی، رفاه، دینداری، حمایت متقابل والدین و فرزندان بزرگسال و کیفیت رابطه با والدین نقش تعیین‌کننده‌تری دارند.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد احساس تنهایی پدیده‌ای چندبعدی است و ابعاد عاطفی و اجتماعی آن تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی قرار دارد. از این‌رو مداخلات کاهش احساس تنهایی باید فراتر از ویژگی‌های فردی، به کمیت و کیفیت روابط خانوادگی افراد نیز توجه کند.

استناد: مدیری، فاطمه و کیانی علی‌آبادی، فاطمه (۱۴۰۵). بررسی ابعاد احساس تنهایی و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه‌ای در میان بزرگسالان غیرهم‌سکنا با والدین در شهر تهران. مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، ۱۵(۳)، ۶۵-۸۷. https://doi.org/10.22059/jisr.2026.410592.1715

ناشر: مؤسسهٔ انتشارات دانشگاه تهران

نویسندگان حق نشر و حقوق کامل انتشار را حفظ می‌کنند.

DOI: https://doi.org/10.22059/jisr.2026.410592.1715

۱. مقدمه و بیان مسئله

تنهایی[1] تجربهٔ ناخوشایندی است و زمانی اتفاق می‌افتد که شبکهٔ روابط اجتماعی فرد از نظر کمی یا کیفی کمبود داشته باشد. این وضعیت به‌عنوان ادراک ذهنی از فاصلهٔ میان روابط مطلوب و روابط واقعی تعریف می‌شود و می‌تواند به شکل احساس انزوای اجتماعی[2] یا نبود پیوندهای عاطفی تجربه شود (دی‌جانگ گیرولد[3]، ۱۹۹۸؛ پرلمن و پپلاو[4]، ۱۹۸۱). تنهایی از نظر مفهومی با تنهابودن (غیبت عینی افراد دیگر)، تنهایی عامدانه (تنهایی عمداً دنبال می‌شود) و انزوای اجتماعی (نبود عینی روابط اجتماعی) متمایز است (لانگ[5] و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد تنهایی پیامدهای گسترده‌ای برای سلامت جسم و روان دارد و با افزایش خطر مرگ‌ومیر، اختلالات قلبی–عروقی، مشکلات متابولیک، اختلالات روانی، نظیر افسردگی و اضطراب و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است (هولت لونستاد[6] و همکاران، ۲۰۱۵؛ هاکلی و کاپیتانیو[7]، ۲۰۱۵؛ گریفن[8] و همکاران، ۲۰۲۰؛ پارک [9] و همکاران، ۲۰۲۰؛ ارزن و اوزکان[10]، ۲۰۱۸). افراد تنها ۵۰ درصد نرخ مرگ‌ومیر بالاتر از افراد دارای روابط اجتماعی سالم دارند (هسلام[11] و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین تنهایی هزینه‌های اقتصادی سنگینی برای جامعه دارد (کونگ[12] و همکاران، ۲۰۲۱؛ میهالوپولوس[13] و همکاران، ۲۰۲۰). با وجود اهمیت کیفیت روابط شخصی در پیش‌بینی سلامت و امید زندگی، این موضوع کمتر مورد توجه قرار گرفته (داکسترا و فوکما[14]، ۲۰۰۷) و به توصیه‌هایی مبتنی بر شواهد برای سیاست‌گذاری عمومی نیاز است.

از منظر عوامل مرتبط، پژوهش‌ها نشان داده‌اند متغیرهایی مانند سن بسیار بالا (داکسترا، ۲۰۰۹)، تجرد (داکسترا و فوکما، ۲۰۰۷)، جنسیت (پینکوارت و سورنسن[15]، ۲۰۰۱)، افسردگی و اضطراب (هکینین و کاپینن[16]، ۲۰۱۱)، مشکلات سلامتی (کوهن منسفیلد و شموتکین و گلدبرگ[17]، ۲۰۰۹)، ازدست‌دادن شریک زندگی (داکسترا و همکاران، ۲۰۰۵)، کاهش فعالیت‌های اجتماعی (نیووال[18] و همکاران، ۲۰۰۹)، فراوانی و محتوای تماس‌های اجتماعی (آیالون، شیویتز–ازرا، و پالگی[19]، ۲۰۱۳) با احساس تنهایی مرتبط هستند. اگرچه بخش وسیعی از مطالعات به بررسی احساس تنهایی پرداخته‌اند، اما تمایز میان ابعاد عاطفی و اجتماعی تنهایی کمتر مورد توجه قرار گرفته است (داکسترا و فوکما، ۲۰۰۷). ویس[20] (۱۹۷۳) تنهایی عاطفی ناشی از نبود یک شخصیت صمیمی و تنهایی اجتماعی ناشی از نبود گروه گسترده‌تری از تماس‌ها یا یک شبکهٔ اجتماعی جذاب را متمایز کرده است.

---

1. Loneliness
2. social isolation
3. de Jong Gierveld
4. Perlman and Peplau
5. Long
6. Holt-Lunstad
7. Hawkley and Capitanio
8. Grifin
9. Park
10. Erzen and Özkan
11. Haslam
12. Kung
13. Mihalopoulos
14. Dykstra and Fokkema
15. Pinquart and Sorensen
16. Heikkinen and Kauppinen
17. Cohen-Mansfield and Shmotkin and Goldberg
18. Newall
19. Ayalon, Shiovitz-Ezra and Palgi
20. Weiss

با وجود گسترش مطالعات مربوط به احساس تنهایی در سطح بین‌المللی، نتایج این پژوهش‌ها لزوماً قابل‌تعمیم به جوامعی با ساختارهای خانوادگی و فرهنگی متفاوت نیست. از این‌رو، بررسی عوامل مؤثر بر احساس تنهایی در بستر اجتماعی و فرهنگی ایران اهمیت ویژه‌ای دارد. در ایران مطالعاتی در این حوزه انجام شده است، اما اغلب این پژوهش‌ها به‌صورت کلی به بررسی احساس تنهایی پرداخته‌اند و کمتر به تحلیل ابعاد مختلف آن و عوامل فردی و خانوادگی و بین‌نسلی توجه کرده‌اند (ایمانی و باقری، ۲۰۲۳؛ معتمدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ خسروان[1] و همکاران، ۲۰۱۴) یا فقط بر گروه‌های خاص مانند سالمندان یا نوجوانان متمرکز بوده‌اند (دلشاد نوقابی و همکاران، ۱۴۰۱؛ مهراندیش و همکاران، ۱۳۹۸). از سوی دیگر، تهران به‌عنوان بزرگ‌ترین کلان‌شهر ایران، با ویژگی‌هایی نظیر تراکم جمعیت، مهاجرت گسترده، کاهش تعاملات همسایگی، بستری مناسب برای شکل‌گیری پدیدهٔ تنهایی در ازدحام[2] را فراهم می‌کند (ایمانی و باقری، ۲۰۲۳). در چنین شرایطی، افراد ممکن است علی‌رغم حضور در محیط‌های پرجمعیت، کمبود روابط معنادار و حمایت‌های عاطفی داشته باشند؛ بنابراین، مطالعهٔ احساس تنهایی در بستر شهری می‌تواند به فهم بهتر تحولات زندگی شهری و پیامدهای اجتماعی آن کمک کند. همچنین تحولات ساختار خانواده، افزایش سکونت مستقل فرزندان بزرگسال و الگوهای حمایت خانوادگی می‌تواند نقش مهمی در احساس تنهایی داشته باشد (لونشتاین و داتلند[3]، ۲۰۰۶). براین‌اساس، خلأ پژوهشی اصلی در مطالعات داخلی را می‌توان در سه محور خلاصه کرد: نخست، نبود تمرکز بر تفکیک ابعاد تنهایی؛ دوم، کمبود توجه به نقش حمایت‌های بین‌نسلی؛ و سوم، نبود مطالعات مبتنی بر نمونه‌های گسترده‌تر شهری با تمرکز بر بزرگسالان. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش‌های اساسی است: ابعاد احساس تنهایی کدام‌اند و وضعیت آن‌ها چگونه است؟ چه عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی‌ای بر هریک از ابعاد احساس تنهایی اثرگذارند؟ کدام عوامل نقش تعیین‌کننده‌تری در تبیین تنهایی عاطفی و اجتماعی دارند؟

۲. مبانی نظری

نظریهٔ همبستگی نسلی: این نظریه یکی از مهم‌ترین چارچوب‌های جامعه‌شناختی برای تبیین روابط میان اعضای خانواده، به‌ویژه والدین و فرزندان بزرگسال است. نظریهٔ همبستگی نسلی را بنگستون و رابرتز[4] (۱۹۹۱) ارائه کردند که در آن، میزان انسجام و پیوند میان نسل‌ها بر کیفیت زندگی، رفاه اجتماعی و پیامدهای روانی–اجتماعی تأثیر می‌گذارد. براساس این دیدگاه، روابط والدین و فرزندان، مجموعه‌ای از تعاملات عاطفی، حمایتی، هنجاری و ارتباطی را دربرمی‌گیرد که می‌تواند منابع مهمی برای پیشگیری از انزوای اجتماعی فراهم آورد. برخورداری از روابط نزدیک و حمایت‌گر والدین و فرزندان بزرگسال می‌تواند احساس تعلق، امنیت عاطفی و پیوند اجتماعی را تقویت کند و احتمال تنهایی را کاهش دهد. در مقابل، ضعف ارتباطات بین‌نسلی، کاهش تماس‌ها، تعارض‌های خانوادگی و محدودبودن مبادلات حمایتی می‌تواند به کاهش انسجام خانوادگی و افزایش احساس تنهایی منجر شود. پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده‌اند کیفیت روابط والدین و فرزندان، میزان تماس و حمایت متقابل و روابط صمیمانهٔ خانوادگی با کاهش تنهایی و انزوای اجتماعی ارتباط دارد (سیلورشتاین و بنگستون[5]، ۱۹۹۷، لونشتاین و داتلند[6]، ۲۰۰۶).

---

1. Khosravan
2. Lonely Crowd
3. Lowenstein and Daatland
4. Bengtson and Roberts
5. Silverstein and Bengtson
6. Lowenstein and Daatland

نظریهٔ سرمایهٔ اجتماعی: سرمایهٔ اجتماعی یکی از مفاهیم محوری در جامعه‌شناسی معاصر است که برای تبیین پیامدهای روابط اجتماعی، اعتماد متقابل و مشارکت اجتماعی به‌کار می‌رود. اغلب نظریه‌پردازان، سرمایهٔ اجتماعی را منبعی می‌دانند که از طریق عضویت افراد در شبکه‌های اجتماعی، روابط متقابل، اعتماد و هنجارهای همکاری حاصل می‌شود (بوردیو[1]، ۱۹۸۶؛ کلمن[2]، ۱۹۸۸؛ پاتنام[3]، ۲۰۰۰). از منظر سرمایهٔ اجتماعی، احساس تنهایی زمانی افزایش می‌یابد که فرد از شبکه‌های اجتماعی مؤثر، روابط حمایتی و احساس تعلق اجتماعی محروم باشد. افرادی که از سرمایهٔ اجتماعی بالاتری برخوردارند، معمولاً حمایت عاطفی و ابزاری بیشتری دریافت می‌کنند و احساس اعتماد و پیوند اجتماعی قوی‌تری دارند. در نتیجه کمتر در معرض تنهایی قرار می‌گیرند. برعکس، ضعف شبکه‌های اجتماعی و کم‌بودن اعتماد اجتماعی می‌تواند به انزوای اجتماعی و افزایش احساس تنهایی منجر شود.

رویکرد تعامل‌گرا: رویکرد تعامل‌گرا تنهایی را نتیجهٔ تعامل عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی می‌داند. براساس این دیدگاه، ویژگی‌های فردی نظیر درون‌گرایی و ضعف مهارت‌های ارتباطی در تعامل با شرایط اجتماعی و فرهنگی، احتمال تنهایی را افزایش می‌دهند. در این رویکرد، عوامل ساختاری نظیر وضعیت اقتصادی، فرصت‌های مشارکت اجتماعی، هنجارهای فرهنگی و ساختار خانواده نیز در شکل‌گیری تنهایی نقش دارند؛ برای مثال، تأکید فرهنگی آمریکای شمالی به پیشرفت فردی، رقابت و توسعهٔ کامپیوتری‌شدن کارها به تقویت بیگانگی اجتماعی و احتمال احساس تنهایی منجر می‌شود (هنریش و گولون[4]، ۲۰۰۶).

نظریهٔ نیازهای اجتماعی: انسان دارای مجموعه‌ای از نیازهای بنیادی اجتماعی، از جمله دلبستگی، تعلق اجتماعی، پذیرش، حمایت و تأیید اجتماعی است (ویس، ۱۹۷۳). اگر این نیازها از طریق روابط اجتماعی برآورده نشوند، احساس تنهایی شکل می‌گیرد. این رویکرد ارتباط نزدیکی با نظریهٔ دلبستگی دارد و بر نقش کیفیت روابط اجتماعی در تأمین نیازهای عاطفی و اجتماعی افراد تأکید می‌کند.

نظریهٔ ناهماهنگی شناختی: پرلمن و پپلاو (۱۹۸۱) در نظریهٔ ناهماهنگی شناختی استدلال می‌کنند که تنهایی صرفاً نتیجهٔ کمبود روابط اجتماعی نیست، بلکه حاصل ادراک فرد از شکاف میان روابط مطلوب و روابط موجود است. براساس این دیدگاه، افراد زمانی احساس تنهایی می‌کنند که روابط اجتماعی‌شان نتواند انتظارات و نیازهای اجتماعی آنان را برآورده سازد. مطالعات راسل[5] و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد میزان انطباق میان تعداد دوستان مطلوب و تعداد دوستان واقعی، نقش مهمی در احساس تنهایی دارد.

نظریهٔ دلبستگی: بالبی[6] (۱۹۶۹) معتقد بود کیفیت روابط اولیهٔ کودک با مراقبان اصلی، الگوی روابط اجتماعی فرد را در سراسر زندگی شکل می‌دهد. در امتداد این دیدگاه، ویس (۱۹۷۳) تنهایی را به دو نوع تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی تقسیم کرده است. به اعتقاد او، تنهایی عاطفی ناشی از نبود یک رابطهٔ صمیمی و دلبستگی عمیق، مانند ازدست‌دادن همسر در اثر طلاق یا فوت است؛ در حالی‌که تنهایی اجتماعی حاصل کمبود شبکهٔ روابط اجتماعی و احساس تعلق به گروه‌های اجتماعی است. میکولینسر و شاور[7] (۲۰۱۴) نیز نشان داده‌اند که سبک‌های دلبستگی ناایمن، به‌ویژه اضطراب دلبستگی و اجتناب دلبستگی، احتمال تنهایی را افزایش می‌دهند.

مطالعات انجام‌شده در حوزهٔ احساس تنهایی و عوامل مرتبط با آن را می‌توان به چند دسته تقسیم کرد:

1. Bourdieu
2. Coleman
3. Putnam
4. Henrich and Gullone
5. Russell
6. Bowlby
7. Mikulincer and Shaver

سن و احساس تنهایی: اگرچه تنهایی عمدتاً به سالمندی نسبت داده می‌شود، مطالعات نشان می‌دهند این پدیده در تمام مراحل زندگی مشاهده می‌شود. داکسترا[1] (۲۰۰۹) نشان داد تنهایی مختص سالمندان نیست و شیوع آن در میان جوانان نیز قابل‌توجه است. او گزارش کرد که ۲۰ تا ۳۰ درصد جوانان و افراد میانسال، درجاتی از تنهایی متوسط یا شدید را تجربه می‌کنند و شیوع تنهایی در میان افراد ۸۰ سال و بالاتر به ۴۰ تا ۵۰ درصد می‌رسد. پینکوارت و سورنسن (۲۰۰۱) نیز نشان داده‌اند ۸۰ درصد افراد زیر ۱۸ سال و ۴۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال، حداقل گاهی احساس تنهایی می‌کنند. مانولی[2] و همکاران (۲۰۲۲) تنهایی عاطفی را در دورهٔ جوانی و سالمندی و تنهایی اجتماعی را در اوایل و اواسط بزرگسالی پایدار گزارش کرده‌اند. در مطالعات داخلی نیز دلشاد نوقابی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده‌اند سالمندان، به‌ویژه سالمندان دارای محدودیت‌های عملکردی و شبکه‌های اجتماعی ضعیف، سطوح بالاتری از تنهایی را تجربه می‌کنند.

جنسیت و احساس تنهایی: رابطهٔ جنسیت و تنهایی از موضوعات مورد اختلاف در پژوهش‌های پیشین است. پینکوارت و سورنسن (۲۰۰۱) گزارش کردند که در اغلب کشورهای اروپایی، زنان سالمند احساس تنهایی بیشتری می‌کنند. معتمدی و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند زنان سالمند ایرانی بیش از مردان احساس تنهایی دارند. مطالعهٔ دالبرگ و مک‌کی[3] (۲۰۱۴) مشخص کرد احساس تنهایی در مردان بیشتر است. میس[4] و همکاران (۲۰۱۹) در فراتحلیل گستردهٔ ۴۰۰ هزار نفر نتیجه گرفتند که تفاوت جنسیتی در احساس تنهایی بسیار اندک است. داکسترا (۲۰۰۹) نیز معتقد است پس از کنترل عواملی نظیر وضعیت تأهل و ساختار خانواده، تفاوت‌های جنسیتی تا حد زیادی کاهش می‌یابد.

وضعیت تأهل و کیفیت روابط: ویس (۱۹۷۳) نداشتن شریک زندگی را مهم‌ترین عامل شکل‌گیری تنهایی عاطفی می‌داند. داکسترا و فوکما (۲۰۰۷) نشان دادند افراد مطلقه و بیوه، به‌ویژه کسانی که اهمیت زیادی برای رابطهٔ زناشویی قائل هستند، بیشترین تنهایی عاطفی را تجربه می‌کنند. مطالعات دالبرگ و مک‌کی (۲۰۱۴)، داکسترا و همکاران (۲۰۰۵) و خسروان و همکاران (۲۰۱۴) نیز در ایران یافته‌های مشابهی را نشان داده است. علاوه بر وضعیت تأهل، کیفیت روابط زناشویی نیز اهمیت دارد. ایمانی و باقری (۲۰۲۳) به این نتیجه رسیدند که رضایت زناشویی با کاهش احساس تنهایی همراه است. ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹) نیز ضعف همدلی، نبود حمایت و تعارض زناشویی را از عوامل اصلی تنهایی در زنان معرفی کردند.

وضعیت اقتصادی و تحصیلات: براساس نتایج کوهن منسفیلد و همکاران (۲۰۱۶)، درآمد پایین و بیکاری با افزایش خطر تنهایی همراه است. فوکما و همکاران (۲۰۱۲) نیز محرومیت اقتصادی را از عوامل اصلی تنهایی در کشورهای اروپای جنوبی و مرکزی معرفی کردند. در ایران، معتمدی و همکاران (۱۳۹۷) گزارش کردند که درآمد و تحصیلات بالاتر با تنهایی کمتر همراه است. ایمانی و باقری (۲۰۲۳) نیز رابطهٔ معناداری میان وضعیت اقتصادی و احساس تنهایی گزارش کردند.

سلامت جسمی و روانی: کوهن منسفیلد و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که سلامت ضعیف و محدودیت‌های عملکردی با افزایش تنهایی همراه است. زابونا[5] و همکاران (۲۰۱۵) بیماری‌های مزمن را از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تنهایی در سالمندان اوگاندا معرفی کردند. دالبرگ و همکاران (۲۰۲۲) نیز نتایج مشابهی گزارش کردند. مطالعات داخلی نیز حاکی از رابطهٔ منفی سلامت

1. Dykstra
2. Manoli
3. Dahlberg and McKee
4. Maes
5. Nzabona

روان با احساس تنهایی است. کلانتری و حسینی‌زاده آرانی (۱۳۹۶) نشان دادند سلامت روان و رضایت از زندگی به‌طور معناداری با کاهش تنهایی مرتبط هستند.

حمایت اجتماعی: دالبرگ و مک‌کی (۲۰۱۴) نشان دادند تماس کمتر با خانواده و دوستان، احتمال تنهایی را افزایش می‌دهد. براساس نتایج درنان[1] و همکاران (۲۰۰۸) عدم حمایت ابزاری و عاطفی با تنهایی اجتماعی مرتبط است. در مطالعهٔ آیالون، شیویتز–ازرا و پالگی[2] (۲۰۱۳) مشخص شد فراوانی، محتوا و معنای تماس‌های اجتماعی با تنهایی رابطهٔ معنادار دارد. فوکما و همکاران (۲۰۱۲) نیز دریافتند تماس مکرر با اعضای خانواده و دریافت حمایت اجتماعی، از مهم‌ترین عوامل کاهش تنهایی در سالمندان اروپایی است. نیکویست[3] و همکاران (۲۰۱۶) در فنلاند به این نتیجه رسیدند که افرادی که از سرمایهٔ اجتماعی بیشتری برخوردارند، تنهایی کمتری را گزارش می‌کنند. کلانتری و حسینی‌زاده آرانی (۱۳۹۶) نشان دادند حمایت اجتماعی بیشترین اثر مستقیم را بر کاهش احساس تنهایی دارد. مطابق پژوهش مهراندیش و همکاران (۱۳۹۸) نیز عدم تعلق به گروه دوستان و کیفیت پایین دوستی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تنهایی در میان نوجوانان است.

عوامل فرهنگی و ویژگی‌های فردی: لومان[4] و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که هنجارهای فرهنگی و ساختارهای اجتماعی بر تنهایی در جوامع مختلف تأثیر می‌گذارند. بدمن[5] و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند ادراک سختگیری اجتماعی، تنهایی را در ژاپن پیش‌بینی می‌کند و عوامل فرهنگی گسترده‌تر (برای مثال هنجارهای اجتماعی) به‌طور فزاینده‌ای بر تنهایی تأثیر می‌گذارند. در سطح فردی، ارنست[6] و همکاران (۲۰۲۳) گزارش کردند که ویژگی‌های شخصیتی با احساس تنهایی ارتباط دارند. بلوچی[7] (۲۰۲۰) نیز نشان داد افراد تنها نگرش‌های منفی‌تری از دیگران ابراز می‌کنند. در ایران، کلانتری و حسینی‌زاده آرانی (۱۳۹۶) نشان دادند دینداری و رضایت از زندگی با کاهش احساس تنهایی همراه است.

مرور رویکردهای نظری نشان می‌دهد احساس تنهایی پدیده‌ای چندبعدی است که نمی‌توان آن را صرفاً با یک عامل تبیین کرد. نظریهٔ همبستگی نسلی به‌ویژه برای تبیین نقش حمایت‌های متقابل والدین و فرزندان بزرگسال، کیفیت روابط خانوادگی، تعارضات بین‌نسلی، در شکل‌گیری احساس تنهایی اهمیت دارد. براین‌اساس انتظار می‌رود افرادی که از روابط نزدیک‌تر، حمایت‌های متقابل بیشتر و کیفیت رابطهٔ مطلوب‌تری با والدین یا فرزندان خود برخوردارند، احساس تنهایی کمتری را تجربه کنند. نظریهٔ سرمایهٔ اجتماعی بر نقش منابع اجتماعی تأکید دارد که موجب افزایش انسجام اجتماعی، حمایت اجتماعی و احساس تعلق به جامعه می‌شود. رویکرد تعامل‌گرا نیز تنهایی را حاصل برهم‌کنش عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی می‌داند. نظریهٔ نیازهای اجتماعی بر برآورده‌شدن نیازهای تعلق و حمایت اجتماعی تأکید می‌کند. نظریهٔ ناهماهنگی شناختی نقش ارزیابی ذهنی از روابط اجتماعی را برجسته می‌سازد و نظریهٔ دلبستگی بر کیفیت روابط صمیمانه تأکید دارد.

یافته‌های پژوهش‌های مختلف نیز حاکی از آن است که کیفیت و کمیت روابط اجتماعی، وضعیت تأهل، سلامت جسمی و روانی و رضایت از زندگی از مهم‌ترین عوامل تبیین‌کنندهٔ احساس تنهایی هستند. در اغلب پژوهش‌ها افراد متأهل، برخوردار از شبکه‌های

1. Drennan
2. Ayalon, Shiovitz-Ezra and Palgi
3. Nyqvist
4. Luhmann
5. Badman
6. Ernst
7. Bellucci

حمایتی قوی‌تر، دارای سلامت بهتر و وضعیت اقتصادی مطلوب‌تر، تنهایی کمتری را گزارش کرده‌اند (دالبرگ و مک‌کی، ۲۰۱۴؛ فوکما و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوهن منسفیلد و همکاران، ۲۰۱۶). در مقابل، برخی متغیرها مانند جنسیت و سن نتایج یکسانی را در مطالعات نشان نداده‌اند. همچنین شواهد پژوهشی بیانگر آن است که تنهایی صرفاً محصول شرایط فردی نیست، بلکه عوامل ساختاری و فرهنگی نیز در شکل‌گیری آن نقش دارند. هنجارهای فرهنگی، دینداری، و شرایط اقتصادی از عواملی هستند که می‌توانند بر احساس تنهایی اثر بگذارند (لومان و همکاران، ۲۰۲۳؛ بدمن و همکاران، ۲۰۲۲).

با وجود گسترش مطالعات دربارهٔ احساس تنهایی، چند خلأ مهم در مطالعات گذشته قابل‌مشاهده است. بخش عمدهٔ پژوهش‌های داخلی احساس تنهایی را به‌صورت یک سازهٔ کلی بررسی کرده‌اند و کمتر به تمایز میان ابعاد عاطفی و اجتماعی آن و تفاوت عوامل مؤثر بر هریک پرداخته‌اند. نقش روابط و حمایت‌های بین‌نسلی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین بیشتر پژوهش‌های داخلی بر گروه‌های خاصی مانند سالمندان، دانشجویان یا نوجوانان متمرکز بوده‌اند و اغلب مطالعات، فقط بر تعداد محدودی از متغیرها تمرکز کرده‌اند. افزون بر این، دربارهٔ نقش برخی متغیرها مانند سن، جنسیت و عوامل فرهنگی، یافته‌های پژوهش‌ها ناسازگار و نیازمند بررسی بیشتر در بستر اجتماعی ایران هستند. از این‌رو، پژوهش حاضر با تمرکز بر بزرگسالان غیرهم‌سکنا با والدین در شهر تهران، ضمن تفکیک ابعاد عاطفی و اجتماعی احساس تنهایی، نقش هم‌زمان عوامل فردی، خانوادگی، بین‌نسلی و اجتماعی را در تبیین هریک از این ابعاد بررسی می‌کند.

با توجه به ماهیت چندبعدی احساس تنهایی، این پژوهش از چارچوب نظری تلفیقی متشکل از نظریهٔ همبستگی نسلی، سرمایهٔ اجتماعی، نظریهٔ کمبود روابط ویس، رویکرد تعامل‌گرا و نظریهٔ ناهماهنگی شناختی بهره می‌گیرد. همچنین با توجه به چارچوب نظری و پیشینهٔ مطالعاتی، تأثیر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، درآمد، بیکاری، تحصیلات، حمایت ارائه‌شده به والدین، حمایت دریافت‌شده از والدین، سلامتی، فرزندآوری، تعداد خواهر و برادر، رضایت از زندگی، رضایت زناشویی، کیفیت رابطه با والدین و دینداری بر احساس تنهایی مفروض است.

۳. روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش، پیمایش مقطعی است. ابزار آن پرسشنامه است و از آنجا که در پی بررسی رابطهٔ میان متغیرها است، یک مطالعهٔ توصیفی–تبیینی است. جامعهٔ آماری پژوهش، افراد ۱۸ سال و بالاتر شهر تهران هستند که حداقل یک والد زنده دارند و هم‌سکنا با والدین نیستند. جمعیت تهران در سال ۱۳۹۵ براساس اطلاعات مرکز آمار ایران ۸٬۶۹۳٬۷۰۶ نفر است که در ۶۸۴۵ حوزه سکونت دارند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). با توجه به حجم زیاد جامعهٔ آماری و محدودیت زمان و بودجه، پژوهش در نمونه‌ای معرف و متناسب با شرایط انجام شد. برای محاسبهٔ اندازهٔ نمونه از فرمول کوکران و با فرض بیشترین پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه ($p = ۰/۵$)، احتساب خطای نمونه‌گیری حداکثر ۵ درصد (دواس، ۱۳۸۶: ۷۸) و دقت احتمالی ۰/۰۵ استفاده شد. با درنظرگرفتن اینکه فرمول کوکران، فرمول نمونه‌گیری تصادفی ساده است و با احتساب اثر طرح و ضریب تعدیل بی‌پاسخی و بودجهٔ طرح، حجم نمونه ۱۰۰۰ نفر درنظر گرفته شد. از هر خانوار یک فرد برای مصاحبه دعوت شد. در پی دستیابی به نمونهٔ حتی‌المقدور معرف، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بین مناطق شهر تهران و به‌منظور انتخاب نمونه‌ای معرف از این مناطق، از تقسیم جمعیت شهر تهران (۸٬۶۹۳٬۷۰۶) که در ۶۸۴۵ حوزه پراکنده‌اند، بر ۳۰ حوزهٔ فاصلهٔ انتخاب، عدد ۲۸۹۷۹۰/۲ به دست آمد. اولین حوزه به شکل تصادفی انتخاب شد (حوزهٔ ۴۱۸۳). سپس با اضافه‌کردن فاصلهٔ انتخاب به اولین حوزه، حوزهٔ دوم انتخاب شد و به همین ترتیب حوزه‌های دیگر گزینش شدند. سپس با توجه به جمعیت هر حوزه، تعداد نمونه‌ها در هر حوزه مشخص شد. به این ترتیب پراکندگی حوزه‌های

انتخاب‌شده، در عمل پراکنش متغیرهای تحت مطالعه را تا حد زیادی تأمین می‌کند. شیوهٔ نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای[1] است و بنابراین یافته‌های ما قابل‌تعمیم به شهر تهران در جامعهٔ آماری مذکور است. نقشه‌های حوزه‌های منتخب از هر منطقه از مرکز آمار ایران تهیه شد. برای نمونه‌گیری، پرسشگران با مراجعه به حوزه‌های منتخب نمونه‌گیری و منازل افراد، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پرسشنامهٔ نهایی کردند (بعد از تهیه، پرسشنامهٔ مقدماتی و آزمون مقدماتی آن تأیید شده بود). نمونه‌گیری از اسفند ۱۳۹۷ تا تیر ۱۳۹۸ انجام شد. پرسشنامه‌های با بی‌پاسخی بالا و داده‌های نامعتبر، با مراجعهٔ مجدد پرسشگران اصلاح شد و درنهایت ۱۰۰۰ پرسشنامه در تجزیه و تحلیل نهایی به‌کار گرفته شد. در این پژوهش از اعتبار صوری[2] و اعتبار سازه[3] استفاده کردیم. برای کسب اعتبار صوری، پرسشنامهٔ تهیه‌شده به‌وسیلهٔ استادان صاحب‌نظر و اعضای هیئت‌علمی مؤسسه مورد بازبینی قرار گرفت و پس از آزمون اولیه و اعمال اصلاحات، پرسشنامهٔ نهایی تهیه شد و برای کسب اعتبار سازه از تحلیل عامل اکتشافی استفاده کردیم. برای پایایی گویه‌های پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آمارهای توصیفی و استنباطی صورت گرفت. تعاریف عملیاتی، تعداد گویه‌ها، منبع استخراج گویه‌ها و آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. تعاریف عملیاتی، تعداد گویه‌ها، منبع استخراج گویه‌ها و آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق

متغیر		تعداد گویه	تعریف عملیاتی	منبع استخراج گویه‌ها	آلفای کرونباخ
احساس تنهایی	اجتماعی	۳	افراد زیادی هستند که در صورت بروز مشکل می‌توانم به آن‌ها تکیه کنم، افراد زیادی هستند که می‌توانم روی آن‌ها کاملاً حساب کنم، به اندازهٔ کافی افرادی هستند که احساس کنم به آن‌ها نزدیک هستم.	دی‌جانگ گیرولد، دی‌توماسو، برانن، و بست[4]	۰/۸۳۱
	عاطفی	۳	احساس پوچی را تجربه می‌کنم، از حضور افراد دوروبر خودم ناراحت هستم، اغلب احساس می‌کنم طرد شده‌ام.		۰/۶۹۲
حمایت ارائه‌شدهٔ مراقبتی به والدین		۴	در سال گذشته چقدر در کارهای خانگی، مانند شستن لباس، نظافت خانه، درست‌کردن غذا، به والدین خود کمک منظم ارائه داده‌اید؟ در سال گذشته چقدر مراقبت‌های شخصی از والدین خود داشته‌اید؟	هاگستد و هرلوفسن (۲۰۰۷)	۰/۹۲۲
حمایت ارائه‌شدهٔ عاطفی به والدین		۴	در سال گذشته چقدر با والدینتان صمیمی بوده‌اید؟ در سال گذشته وقتی والدینتان به شما نیاز داشته‌اند، چقدر به حرف‌هایشان گوش داده‌اید؟	هاگستد و هرلوفسن (۲۰۰۷)	۰/۸۴۶
حمایت ارائه‌شدهٔ مالی به والدین		۲	در سال گذشته به چه میزان کمک مالی به والدین خود داشته‌اید یا به آن‌ها هدیه داده‌اید؟	هاگستد و هرلوفسن (۲۰۰۷)	۰/۹۴۹
حمایت دریافت‌شدهٔ مراقبتی مالی از والدین		۴	میزان خدمات مراقبتی پدر/مادر از شما چقدر بوده است؟، میزان حمایت‌های مالی والدین از شما چقدر بوده است؟	هاگستد و هرلوفسن (۲۰۰۷)	۰/۸۶۲
حمایت دریافت‌شدهٔ عاطفی از والدین		۲	میزان حمایت‌های عاطفی پدر/مادر از شما چقدر بوده است؟	هاگستد و هرلوفسن (۲۰۰۷)	۰/۸۸۷
کیفیت روابط فرزندان بزرگسال با والدین		۴	به‌طورکلی رابطهٔ خود با پدر/مادر خود را چقدر خوب توصیف می‌کنید؟ با توجه به همه‌چیز، رابطهٔ شما با پدر/مادر چقدر نزدیک است؟	سارکسین و گرستل[1] (۲۰۰۸)؛ وان گالن، داکسترا و کامتر[2] (۲۰۱۰)	۰/۸۹۹

1. Probability proportional to size (PPS)
2. Face Validity
3. Costruct Validity
4. DiTomasso, Brannen and Best

متغیر	تعداد گویه	تعریف عملیاتی	منبع استخراج گویه‌ها	آلفای کرونباخ
دینداری	۵	بعد از مرگ قیامت وجود دارد و به اعمال ما رسیدگی خواهد شد، بدون اعتقادات دینی احساس می‌کنم زندگی‌ام پوچ و بی‌هدف است، باید با قاطعیت با بدحجابی مبارزه کرد، نمازهای یومیهٔ واجب خود را تا چه حد به‌جا می‌آورید؟ تا چه حد در مراسم اعیاد مذهبی و عزاداری‌ها شرکت می‌کنید.؟	هوبرو هوبر[3] (۲۰۱۲)	۰/۹۲۶
تضاد با والدین	۲	در سه ماه گذشته به چه میزان درگیری، فشار و اختلاف با پدر/ مادر خود داشته‌اید؟	وان گالن، داکسترا و کامتر[4] (۲۰۱۰)	۰/۷۶۸
وضعیت رفاه	۳	آیا در خانواده‌تان خودروی شخصی دارید؟ آیا در خانهٔ شما هر فرد برای خود اتاق‌خواب جداگانه دارد؟ معمولاً در سال چند بار به مسافرت می‌روید؟		۰/۶۳۲
جنس	۱	جنس پاسخگو: ۱. مرد ۲. زن		
سن	۱	سن پاسخگو (متولد چه سالی هستید؟)		
قومیت	۱	اصالتاً جزو کدام‌یک از این اقوام هستید؟ فارس، ترک، لر، کرد، گیلک، مازنی، عرب، سایر (در تجزیه و تحلیل آماری به دو بخش فارس و سایر تقسیم شد).		
تحصیلات	۱	سطح تحصیلات: بی‌سواد، نهضت/ابتدایی، راهنمایی، متوسطه، دیپلم و پیش‌دانشگاهی، فوق‌دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس، دکترای عمومی، دکترای تخصصی، تحصیلات حوزوی (سطح). (در تجزیه و تحلیل آماری به دو بخش دانشگاهی و سایر تقسیم شد)		
وضعیت اشتغال	۱	اشتغال کمتر از چهار روز در هفته، اشتغال چهار روز و بیشتر در هفته و غیرشاغل (در تجزیه و تحلیل آماری به دو بخش شاغل و غیرشاغل تقسیم شد).	سارکسین و گرستل[5] (۲۰۰۸)	
درآمد	۱	به‌طور متوسط، درآمد ماهانهٔ شما چقدر است؟ درآمد ندارم (یا فقط یارانه)، کمتر از یک‌میلیون و پانصدهزار تومان، از یک‌میلیون و پانصدهزار تا سه میلیون تومان، از سه میلیون تا چهارمیلیون و پانصدهزار تومان، از چهارمیلیون و پانصدهزار تا شش میلیون تومان، بالاتر از شش میلیون تومان (در تجزیه و تحلیل آماری به دو بخش پایین و بالا تقسیم شده است).		
تعداد خواهر و برادر		چند خواهر و برادر دارید؟ در تجزیه و تحلیل آماری به دو بخش کمتر از ۳ و ۳ و بیشتر تقسیم شده است.		
سابقهٔ طلاق	۱	آیا سابقهٔ طلاق دارید؟ ۱. بله ۲. خیر		
وضعیت تأهل	۱	وضعیت تأهل: دارای همسر، بدون همسر بر اثر طلاق، بدون همسر بر اثر فوت، ازدواج‌نکرده (در تجزیه‌وتحلیل آماری به دو بخش همسردار و سایر تقسیم شده است).		
رضایت از زندگی	۱	به‌طورکلی چقدر از زندگی خود رضایت دارید؟ (۰ تا ۱۰)، (در تجزیه و تحلیل آماری به دو بخش پایین و بالا تقسیم شده است).		
وضعیت سلامت	۱	به نظر خودتان وضعیت سلامت شما در چه حدی است؟ (خودگزارشی ۱ تا ۵)، (در تجزیه‌وتحلیل آماری به دو بخش پایین و بالا تقسیم شده است.)	سارکسین و گرستل (۲۰۰۸)، آتیاز و دانفوت و همکاران (۲۰۰۵)	
تعداد فرزند	۱	چند فرزند دارید؟ (در تجزیه‌وتحلیل آماری به دو بخش تا ۱ و ۲ فرزند و ۳ فرزند و بالاتر تقسیم شده است.)		

1. Sarkisian and Gerstel
2. van Gaalen, Dykstra, and Komter
3. Huber
4. van Gaalen, Dykstra, and Komter
5. Sarkisian and Gerstel

۴. یافته‌های تحقیق

۴۷/۵ درصد پاسخگویان مرد و ۵۲/۵ درصد زن بوده‌اند. دامنهٔ سنی آنان از ۲۰ تا ۷۸ سال و میانگین ۳۹/۱ بوده است. قومیت فارس (۵۲/۸ درصد) و سپس ترک (۲۲/۱ درصد) و تحصیلات لیسانس (۳۱/۵ درصد) و سپس دیپلم و پیش‌دانشگاهی (۲۶/۵ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. ۶۳/۴ درصد از پاسخگویان شاغل پاره‌وقت و تمام‌وقت و ۳۶/۶ درصد غیرشاغل بوده‌اند. ۱۹/۸ درصد سلامت را در سطح پایین و ۸۰/۲ درصد در سطح بالا گزارش کرده‌اند. ۴۴ درصد از زندگی خود در سطح پایین و ۵۶ درصد در سطح بالا رضایت دارند. ۸۵/۵ درصد متأهل و ۱۴/۵ درصد مجرد، مطلقه و بیوه هستند. دامنهٔ تعداد فرزندان از ۱ تا ۷ و میانگین آن ۱/۹ بوده است. تعداد خواهران و برادران فرد پاسخگو در دامنهٔ ۰ تا ۱۱ و میانگین آن ۳/۲ بوده است. ۸/۹ درصد از پاسخگویان سابقهٔ طلاق داشته‌اند.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی متغیرهای تحقیق

متغیر		شاخص‌های مرکزی			
		میانگین	کمینه-بیشینه	واریانس	انحراف معیار
احساس تنهایی	اجتماعی	۷/۶۸	۱۵-۰	۱۴/۹۹	۳/۸۷
	عاطفی	۲/۳۳	۱۵-۰	۸/۲۲	۲/۸۷
دینداری		۱۱/۰۸	۲۵-۰	۶۵/۱۱	۸/۰۷
حمایت‌های مالی ارائه‌شده به والدین		۱/۹۲	۱۰-۰	۳/۳۸	۱/۸۴
حمایت‌های مراقبتی ارائه‌شده به والدین		۵/۲۸	۲۴-۰	۳۲/۵	۵/۷
حمایت‌های عاطفی ارائه‌شده به والدین		۱۵/۰۴	۲۰-۰	۱۶/۷۶	۴/۱
حمایت‌های مالی مراقبتی دریافت‌شده از والدین		۱۱/۲۵	۲۰-۰	۲۶/۴	۵/۱۴
حمایت‌های عاطفی دریافت‌شده از والدین		۷/۴۹	۱۰-۰	۴/۸۵	۲/۲
کیفیت رابطه با والدین		۱۵/۲	۲۰-۰	۱۵/۶۴	۳/۹۵
تضاد با والدین		۱/۴۶	۱۰-۰	۴/۶۷	۲/۱۶۶
وضعیت رفاه		۲/۵	۵-۰	۱/۹۵	۱/۴

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تنهایی اجتماعی بیش از تنهایی عاطفی گزارش شده است. حمایت عاطفی ارائه‌شده به والدین و حمایت عاطفی دریافت‌شده از والدین بیش از سایر حمایت‌ها گزارش شده است. کیفیت رابطه با والدین در سطح مطلوب، و در حالت تضاد، اندک گزارش شده است. آزمون تفاوت میانگین تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی با متغیرهای اسمی دوشقی جنس، قومیت، اشتغال، تعداد خواهر و برادر، داشتن یا نداشتن فرزند، سابقهٔ طلاق، وضعیت تأهل، رضایت از زندگی و سلامت در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. آزمون تفاوت میانگین تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی با متغیرهای تحقیق

متغیر وابسته	متغیر مستقل		تعداد	میانگین	آمارهٔ t	درجهٔ آزادی	P-value
احساس تنهایی عاطفی	جنس	مرد	۴۷۵	۲/۲۰	−۱/۳۳	۹۹۸	۰/۱۸۳
		زن	۵۲۵	۲/۴۴			
	قومیت	فارس	۵۲۶	۲/۲۴	−۰/۹۹۰	۹۹۴	۰/۳۲۲
		سایر	۴۷۰	۲/۴۲			
	اشتغال	شاغل	۶۳۲	۲/۲۳	−۱/۲۷	۹۹۵	۰/۲۰۳
		غیرشاغل	۳۶۵	۲/۴۷			
	تحصیلات	دانشگاهی	۶۰۰	۲	−۴/۲۲	۶۹۶/۷۶۴	۰/۰۰۰
		سایر	۳۹۹	۲/۸۲			
	درآمد	پایین	۸۰۹	۲/۵۱	۵/۰۵	۳۴/۸۷۶	۰/۰۰۰
		بالا	۱۷۹	۱/۵۳			
	تعداد خواهر و برادر	کمتر از ۳	۴۰۰	۲/۰۶	−۲/۵۵	۹۴۲/۵۷	۰/۰۱۱
		۳ و بیشتر	۶۰۰	۲/۵۱			
	سابقهٔ طلاق	دارد	۸۹	۳/۰۲	۳/۳۸	۹۹۷	۰/۰۱۷
		ندارد	۹۱۰	۲/۲۷			
	وضعیت تأهل	همسردار	۸۵۸	۲/۱۴۶	−۴/۰۶	۱۶۷/۱۷	۰/۰۰۰
		سایر	۱۴۲	۳/۴۴			
	رضایت از زندگی	پایین	۴۴۰	۲/۹۷	۶/۱۷۵	۷۹۷/۶۵	۰/۰۰۰
		بالا	۵۵۹	۱/۸۳			
	سلامت	پایین	۱۸۸	۳/۷۷	۶/۷۵۳	۲۳۳/۱۸۱	۰/۰۰۰
		بالا	۷۶۲	۱/۹۲			
	تعداد فرزند	۱ و ۲	۵۷۹	۲/۲۶	۰/۶۷۴	۷۵۰	۰/۵۰
		۳ و بالاتر	۱۷۳	۲/۱			
احساس تنهایی اجتماعی	جنس	مرد	۴۷۵	۷/۸۵	۱/۳۴	۹۶۲/۷۴	۰/۱۷۹
		زن	۵۲۵	۷/۵۲			
	قومیت	فارس	۵۲۶	۷/۶۶	−۰/۱۷۴	۹۹۴	۰/۸۶۲
		سایر	۴۷۰	۷/۷			
	اشتغال	شاغل	۶۳۲	۷/۶۶	−۰/۲۰۲	۹۹۵	۰/۸۴۰
		غیرشاغل	۳۶۵	۷/۷۱			
	تحصیلات	دانشگاهی	۶۰۰	۷/۳۱	−۳/۷۳۱	۹۹۷	۰/۰۰۰
		سایر	۳۹۹	۸/۲۴			
	درآمد	پایین	۸۰۹	۷/۸۶	۲/۹۶۸	۹۸۶	۰/۰۰۳
		بالا	۱۷۹	۶/۹۲			
	تعداد خواهر و برادر	کمتر از ۳	۴۰۰	۷/۴۲	−۱/۶۶	۷۹۸/۷۷	۰/۰۹۷
		۳ و بیشتر	۶۰۰	۷/۸۵			
	سابقهٔ طلاق	دارد	۸۹	۸/۲۱	۱/۳۶	۹۹۷	۰/۱۷۳
		ندارد	۹۱۰	۷/۶۳			
	وضعیت تأهل	همسردار	۸۵۸	۷/۶۷	−۰/۱۷۳	۹۹۸	۰/۸۶۳

متغیر وابسته	متغیر مستقل		تعداد	میانگین	آمارهٔ t	درجهٔ آزادی	P-value
		سایر	۱۴۲	۷/۷۳			
	رضایت از زندگی	پایین	۴۴۰	۹/۱۹	۱۱/۶۶	۹۹۷	۰/۰۰۰
		بالا	۵۵۹	۶/۴۸			
	سلامت	پایین	۱۸۸	۸/۹۷	۵/۶۱۴	۳۲۷/۶۱۵	۰/۰۰۰
		بالا	۷۶۲	۷/۳۹			
	تعداد فرزند	۱ و ۲	۵۷۹	۷/۵	−۳/۶	۷۵۰	۰/۰۰۰
		۳ و بالاتر	۱۷۳	۸/۶۸			

چنان‌که در جدول ۳ قابل‌مشاهده است، تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی در زنان و مردان، در میان قوم فارس و سایر اقوام، در افراد شاغل و غیرشاغل، تفاوت معناداری ندارد. تنهایی عاطفی در افراد با سابقهٔ طلاق، افراد مجرد، افراد با تعداد بیشتر خواهر و برادر، بالاتر است. تنهایی اجتماعی در افرادی که فرزندان بیشتری دارند، بیشتر است. تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی در افرادی که رضایت کمتری از زندگی دارند، سلامت کمتری را گزارش کرده‌اند، تحصیلات غیردانشگاهی دارند و درآمد کم دارند، بیشتر است. آزمون همبستگی میان متغیرهای تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی با دینداری، حمایت ارائه‌شده به والدین و حمایت دریافت‌شده از والدین، کیفیت رابطه با والدین و تضاد با والدین در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. آزمون همبستگی احساس تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی با متغیرهای تحقیق

متغیر وابسته	متغیر مستقل	آمارهٔ پیرسون	pvalue
احساس تنهایی عاطفی	سن	−۰/۰۲۴	۰/۴۴۵
	وضعیت رفاه	−۰/۰۹۳	۰/۰۰۳
	دینداری	−۰/۰۱۳	۰/۶۷۴
	حمایت دریافت‌شدهٔ مراقبتی مالی از والدین	−۰/۰۶۹	۰/۰۸
	حمایت دریافت‌شدهٔ عاطفی از والدین	−۰/۲۳۱	۰/۰۰۰
	حمایت ارائه‌شدهٔ مالی به والدین	−۰/۰۵۱	۰/۲۰۱
	حمایت ارائه‌شدهٔ مراقبتی به والدین	۰/۰۶۷	۰/۰۹۳
	حمایت ارائه‌شدهٔ عاطفی به والدین	−۰/۲۴۱	۰/۰۰۰
	کیفیت رابطه با والدین	−۰/۲۳۷	۰/۰۰۰
	تضاد با والدین	۰/۲۷۱	۰/۰۰۰
احساس تنهایی اجتماعی	سن	۰/۰۸۲	۰/۰۰۹
	وضعیت رفاه	−۰/۳۳۴	۰/۰۰۰
	دینداری	−۰/۲۳۳	۰/۰۰۰
	حمایت دریافت‌شدهٔ مراقبتی مالی از والدین	−۰/۳۵۶	۰/۰۰۰
	حمایت دریافت‌شدهٔ عاطفی از والدین	−۰/۳۹۷	۰/۰۰۰
	حمایت ارائه‌شدهٔ مالی به والدین	−۰/۲۵۴	۰/۰۰۰
	حمایت ارائه‌شدهٔ مراقبتی به والدین	−۰/۲۷۳	۰/۰۰۰
	حمایت ارائه‌شدهٔ عاطفی به والدین	−۰/۴۳۵	۰/۰۰۰
	کیفیت رابطه با والدین	−۰/۴۳۷	۰/۰۰۰
	تضاد با والدین	۰/۰۶۷	۰/۰۳۶

مطابق جدول ۴، احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی با وضعیت رفاه، حمایت ارائه‌شدهٔ عاطفی به والدین، حمایت دریافت‌شدهٔ عاطفی از والدین، کیفیت رابطه با والدین، همبستگی معکوس معنادار دارد. احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی با تضاد با والدین دارای همبستگی مستقیم معنادار است. احساس تنهایی اجتماعی با دینداری، حمایت ارائه‌شدهٔ مراقبتی مالی به والدین، حمایت دریافت‌شدهٔ مالی از والدین، حمایت دریافت‌شدهٔ مراقبتی از والدین، همبستگی معکوس معنادار دارد. نتایج تحلیل چندمتغیرهٔ خطی در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. تحلیل چندمتغیرهٔ عوامل اثرگذار بر احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی به روش Inter

	احساس تنهایی عاطفی			احساس تنهایی اجتماعی		
	Beta	t	P مقدار	Beta	t	P مقدار
جنس	۰/۰۳۰	۰/۴۸۱	۰/۶۳۰	۰/۰۰۹	۰/۱۶۹	۰/۸۶۶
سن	-۰/۰۳۹	-۰/۶۸۳	۰/۴۹۵	۰/۰۲۳	۰/۴۴۳	۰/۶۵۸
قومیت	-۰/۰۳۳	-۰/۶۵۶	۰/۵۱۲	۰/۰۶۳	۱/۴۰۱	۰/۱۶۲
تحصیلات	۰/۰۵۷	۱/۰۱۴	۰/۳۱۱	۰/۰۱۲	۰/۲۳۷	۰/۸۱۳
وضعیت اشتغال	۰/۰۰۹	۰/۱۳۰	۰/۸۹۷	-۰/۰۶۳	-۱/۰۷۹	۰/۲۸۱
درآمد	-۰/۰۵۶	-۱/۰۱۰	۰/۳۱۳	-۰/۰۵۰	-۱/۰۰۵	۰/۳۱۵
تعداد خواهر و برادر	۰/۰۹۱	۱/۷۶۵	۰/۰۷۸	۰/۰۷۰	۱/۵۳۰	۰/۱۲۷
سابقهٔ طلاق	۰/۰۰۸	۰/۱۵۲	۰/۸۷۹	۰/۰۴۹	۰/۹۸۶	۰/۳۲۵
وضعیت تأهل	-۰/۱۰۹	-۱/۹۱۴	۰/۰۵۶	-۰/۰۵۳	-۱/۰۵۸	۰/۲۹۱
رضایت از زندگی	-۰/۱۵۰	-۲/۷۰۵	۰/۰۰۷	-۰/۱۴۰	-۲/۸۳۵	۰/۰۰۵
وضعیت سلامت	-۰/۱۵۲	-۳/۰۱۲	۰/۰۰۳	۰/۰۱۴	۰/۳۰۷	۰/۷۵۹
وضعیت رفاه	۰/۱۱۱	۱/۷۷۷	۰/۰۷۶	-۰/۱۱۶	-۲/۰۹۱	۰/۰۳۷
تعداد فرزند	-۰/۰۱۲	-۰/۲۱۴	۰/۸۳۱	۰/۰۷۰	۱/۴۵۱	۰/۱۴۸
دینداری	۰/۰۲۹	۰/۵۲۴	۰/۶۰۱	-۰/۱۴۷	-۳/۰۱۹	۰/۰۰۳
حمایت دریافت‌شدهٔ مراقبتی مالی از والدین	۰/۰۷۹	۱/۳۵۲	۰/۱۷۷	-۰/۱۹۴	-۳/۷۳۰	۰/۰۰۰
حمایت دریافت‌شدهٔ عاطفی از والدین	-۰/۰۴۶	-۰/۶۷۹	۰/۴۹۸	-۰/۱۶۱	-۲/۶۷۸	۰/۰۰۸
حمابت ارائه‌شدهٔ مالی به والدین	-۰/۰۰۸	۰/۱۵۳	۰/۸۷۹	-۰/۰۷۲	-۱/۴۹۵	۰/۱۳۶
حمایت ارائه‌شدهٔ مراقبتی به والدین	۰/۰۰۵	۰/۰۸۷	۰/۹۳۱	-۰/۱۴۲	-۲/۸۲۵	۰/۰۰۵
حمایت ارائه‌شدهٔ عاطفی به والدین	۰/۰۱۴	۰/۱۶۰	۰/۸۷۳	۰/۰۹۴	۱/۲۱۶	۰/۲۲۵
کیفیت رابطه با والدین	-۰/۱۶۱	-۱/۸۴۶	۰/۰۶۶	-۰/۱۸۲	-۲/۳۴۶	۰/۰۲۰
تضاد با والدین	۰/۲۰۴	۳/۷۳۵	۰/۰۰۰	-۰/۰۰۵	-۰/۰۹۹	۰/۹۲۱
Constant		۳/۵۸۲	۰/۰۰۰		۶/۰۲۴	۰/۰۰۰
Watson Durbin	۱/۸۶۲			۱/۹۰۲		
F	۴/۱۵۷			۹/۷۳۵		
p مقدار	۰/۰۰۰			۰/۰۰۰		
R	۰/۴۴۲			۰/۶۰۲		
R Square	۰/۱۹۵			۰/۳۶۲		
Adjusted R Square	۰/۱۴۸			۰/۳۲۵		

مطابق جدول ۵، مدل مدنظر در تبیین احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در سطح معنادار قابل‌قبول است و توان تبیین ۱۴/۸ درصد از متغیر وابستهٔ احساس تنهایی عاطفی و ۳۲/۵ درصد از متغیر وابستهٔ احساس تنهایی اجتماعی را دارد. همچنین جدول نشان می‌دهد تأثیر وضعیت سلامت، رضایت از زندگی و تضاد با والدین در تبیین احساس تنهایی عاطفی و تأثیر رضایت از زندگی، رفاه، دینداری، حمایت متقابل والدین و فرزندان بزرگسال و کیفیت رابطه با والدین در تبیین احساس تنهایی اجتماعی بیشتر بوده است.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی ابعاد احساس تنهایی و عوامل مؤثر بر آن در میان افراد ۱۸ سال و بالاتر ساکن شهر تهران که والد زنده دارند و با والدین خود هم‌سکنا نیستند، انجام شد. نتایج نشان داد تنهایی اجتماعی در مقایسه با تنهایی عاطفی شیوع بیشتری دارد. این یافته از تمایز ویس (۱۹۷۳) میان تنهایی عاطفی و اجتماعی حمایت می‌کند و نشان می‌دهد بخشی از افراد از روابط عاطفی نزدیک برخوردارند، اما در سطح گسترده‌تر و در احساس تعلق اجتماعی با کمبودهایی مواجه هستند. یافتهٔ مذکور با نتایج دالبرگ و مک‌کی (۲۰۱۴) نیز همسو است که بر ضرورت تفکیک این دو بعد تأکید کرده‌اند.

از یافته‌های مهم پژوهش حاضر آن است که عوامل مؤثر بر تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی یکسان نیستند. تنهایی عاطفی بیشتر تحت تأثیر متغیرهایی مانند وضعیت تأهل، کیفیت روابط خانوادگی، تضاد با والدین و سلامت قرار دارد؛ درحالی‌که تنهایی اجتماعی بیشتر با متغیرهایی نظیر دینداری، حمایت متقابل والدین و فرزندان، وضعیت رفاه و کیفیت رابطه با والدین مرتبط بوده است؛ بنابراین ابعاد مختلف تنهایی از سازوکارهای اجتماعی متفاوتی تأثیر می‌پذیرد و نمی‌توان آن‌ها را به‌عنوان یک پدیدهٔ یک‌بعدی درنظر گرفت. چنان‌که شرح داده شد، آزمون تحلیل عاملی، لزوم جداسازی احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی را نشان داد و عوامل اثرگذار بر این دو بعد نیز با هم متفاوت بودند. به این ترتیب برای کاهش تنهایی عاطفی و اجتماعی، سیاست‌گذاری درمورد تنهایی باید به‌سمت توسعهٔ طیفی از راهبردهای مداخلهٔ متفاوت هدایت شود. برای کاهش احساس تنهایی همگام با فوکما و همکاران (۲۰۱۲)، رویکردهای عمومی با هدف بهبود تعلق اجتماعی و رویکردهای متناسب با هر کشور با هدف بهبود سلامت و ثروت پیشنهاد می‌شود.

احساس تنهایی عاطفی در افراد با سابقهٔ طلاق، افرادی که خواهر و برادر بیشتری دارند و در افراد مجرد بیشتر است. رابطهٔ وضعیت تأهل، طلاق و ازدست‌دادن شریک زندگی در مطالعات متعدد تأیید شده است (داکسترا و همکاران، ۲۰۰۵؛ درنان و همکاران، ۲۰۰۸؛ دی جانگ گیرولد، ۱۹۹۸؛ دالبرگ و مک‌کی، ۲۰۱۴؛ داکسترا و همکاران، ۲۰۰۵؛ زابونا و همکاران، ۲۰۱۵؛ داکسترا، ۲۰۰۹؛ معتمدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ خسروان و همکاران، ۲۰۱۴). احساس تنهایی عاطفی با وضعیت رفاه، حمایت عاطفی متقابل میان والدین و فرزندان بزرگسال و کیفیت رابطه با والدین، همبستگی معکوس معنادار و با تضاد با والدین همبستگی مستقیم معنادار دارد. رابطهٔ احساس تنهایی با وضعیت رفاه و درآمد در مطالعات دالبرگ و مک‌کی (۲۰۱۴)، کوهن منسفیلد و همکاران (۲۰۱۶)، معتمدی و همکاران (۱۳۹۷)، ایمانی و باقری (۲۰۲۳) نشان داده شده است. رابطهٔ احساس تنهایی با کیفیت روابط در مطالعات کوهن منسفیلد و همکاران (۲۰۱۶)، دالبرگ و همکاران (۲۰۲۲)، مهراندیش و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده شده است. افراد مطلقه، بیوه و مجرد بیش از سایر گروه‌ها در معرض تنهایی عاطفی قرار دارند. این یافته با نظریهٔ کمبود روابط ویس (۱۹۷۳) سازگار است. براساس این نظریه، ازدست‌دادن یا نبود یک رابطهٔ صمیمی می‌تواند به شکل‌گیری تنهایی عاطفی منجر شود.

احساس تنهایی اجتماعی با دینداری و حمایت متقابل مراقبتی مالی والدین و فرزندان بزرگسال، همبستگی معکوس معنادار دارد و در افرادی که فرزندان بیشتری دارند، بیشتر است. رابطهٔ احساس تنهایی با فراوانی و محتوای تماس‌های اجتماعی، شبکهٔ صمیمی،

ارتباط با فرزندان و خویشاوندان، حمایت ابزاری و عاطفی در مطالعات متعدد تأیید شده است (آیالون، شیویتز–ازرا، و پالگی، ۲۰۱۳؛ داکسترا و فوکما، ۲۰۰۷؛ درنان و همکاران، ۲۰۰۸؛ دالبرگ و مک‌کی، ۲۰۱۴؛ داکسترا و همکاران، ۲۰۰۵؛ فوکما و همکاران، ۲۰۱۲؛ بدمن و همکاران، ۲۰۲۲؛ بلوچی، ۲۰۲۰؛ بیلگیلی و کیتیز، ۲۰۱۲؛ معتمدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ خسروان و همکاران، ۲۰۱۴؛ ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۹). رابطهٔ احساس تنهایی با دینداری در مطالعات دی جانگ گیرولد (۱۹۹۸) نشان داده شده است. بیلگیلی و کیتیز (۲۰۱۲) نیز رابطهٔ احساس تنهایی و فرزندآوری را نشان داده‌اند.

احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در زنان و مردان، در اقوام مختلف، در افراد شاغل و غیرشاغل، تفاوت معناداری ندارد. هم‌راستا با یافته‌های این پژوهش، میس و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند اثرات جنسیتی در مطالعات منفرد متناقض است و تفاوت جنسیتی کوچک یا ناچیز است. داکسترا (۲۰۰۹) نیز نشان داد معمولاً پس از کنترل سن، وضعیت تأهل و ترکیب خانواده، تفاوت‌های قوی‌ای بین مردان و زنان مشاهده نمی‌شود. متفاوت با این نتایج، پینکوارت و سورنسن (۲۰۰۱) و درنان و همکاران (۲۰۰۸) و نیز دالبرگ و مک‌کی (۲۰۱۴) توضیح دادند که احساس تنهایی در زنان بیشتر از مردان است. متفاوت با یافتهٔ این پژوهش، دی جانگ گیرولد (۱۹۹۸) رابطهٔ میان احساس تنهایی و اشتغال را نشان داد. به‌نظر می‌رسد در کلان‌شهری مانند تهران، تفاوت‌های جنسیتی در تجربهٔ تنهایی تا حد زیادی تحت تأثیر سایر عوامل اجتماعی، نظیر وضعیت تأهل، سلامت و کیفیت روابط قرار می‌گیرد و جنسیت به‌خودی‌خود تعیین‌کننده نیست. احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در سنین مختلف تفاوت معنادار ندارد. داکسترا (۲۰۰۹) نیز در مقالهٔ خود این فرض رایج را که تنهایی یک مشکل خاص برای افراد مسن است، به چالش کشیده است. متفاوت با یافتهٔ این پژوهش، برخی مطالعات از جمله بیلگیلی و کیتیز (۲۰۱۲)، داکسترا و همکاران (۲۰۰۵)، زابونا و همکاران (۲۰۱۵)، کوالتر[1] و همکاران (۲۰۱۵) و لومان و هاکلی (۲۰۱۶)، رابطهٔ سن با احساس تنهایی را نشان داده‌اند. از منظر رویکرد تعامل‌گرای هنریش و گولون (۲۰۰۶)، متغیرهایی نظیر سلامت، وضعیت تأهل و منابع اقتصادی می‌توانند اثر سن بر تنهایی را تعدیل یا میانجی‌گری کنند؛ بنابراین ممکن است تفاوت‌های مشاهده‌شده در برخی پژوهش‌ها درواقع ناشی از تفاوت در شرایط اجتماعی و خانوادگی گروه‌های سنی مختلف باشد، نه صرفاً سن. البته در این پژوهش که جامعهٔ آماری افراد بزرگسال با حداقل یک والد زنده هستند، بخش بزرگی از سالمندان حذف شده‌اند که ممکن است بر رابطهٔ میان احساس تنهایی و سن تأثیرگذار بوده باشد.

احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در افراد، با رضایت از زندگی، سلامت، تحصیلات و درآمد رابطهٔ معنادار دارد. ارتباط سلامت با احساس تنهایی در مطالعات متعدد تأیید شده است (کوهن منسفیلد و شموتکین و گلدبرگ، ۲۰۰۹؛ درنان و همکاران، ۲۰۰۸؛ دی جانگ گیرولد، ۱۹۹۸؛ داکسترا و همکاران، ۲۰۰۵؛ داکسترا و همکاران، ۲۰۰۵؛ کوهن منسفیلد و همکاران، ۲۰۱۶؛ زابونا و همکاران، ۲۰۱۵؛ میس و همکاران، ۲۰۱۹؛ کوالتر و همکاران، ۲۰۱۵؛ لومان و هاکلی، ۲۰۱۶؛ داکسترا، ۲۰۰۹). رابطهٔ احساس تنهایی با وضعیت رفاه و درآمد در مطالعات دالبرگ و مک‌کی (۲۰۱۴)، کوهن منسفیلد و همکاران (۲۰۱۶)، معتمدی و همکاران (۱۳۹۷)، ایمانی و باقری (۲۰۲۳) نشان داده شده است. رابطهٔ احساس تنهایی با تحصیلات در مطالعات بیلگیلی و کیتیز (۲۰۱۲)، معتمدی و همکاران (۱۳۹۷) و خسروان و همکاران (۲۰۱۴) نیز مشخص شده است. این یافته‌ها از رویکرد تعامل‌گرا حمایت می‌کنند که تنهایی را محصول تعامل عوامل فردی، اجتماعی و ساختاری می‌داند. برخورداری از سلامت بهتر، منابع اقتصادی بیشتر و رضایت بالاتر از زندگی می‌تواند فرصت‌های بیشتری برای حفظ روابط فراهم کند و احتمال تنهایی را کاهش دهد.

1. Qualter

یافته‌های پژوهش حاضر از نظریهٔ همبستگی نسلی و سرمایهٔ اجتماعی حمایت می‌کند. براساس این دو دیدگاه، شبکهٔ اجتماعی و حمایت متقابل منابعی را در اختیار افراد قرار می‌دهند که به افزایش احساس تعلق منجر می‌شود. نتایج نشان داد افرادی که از حمایت متقابل بیشتری در روابط والدین و فرزندان برخوردارند، روابط باکیفیت‌تری را تجربه می‌کنند و افرادی که دیندارترند، تنهایی اجتماعی کمتری را گزارش می‌کنند. این یافته مؤید آن است که تنهایی در جامعهٔ شهری امروز بیش از آنکه ناشی از نبود روابط باشد، نتیجهٔ ضعف در کیفیت پیوندهای اجتماعی و کاهش دسترسی به منابع سرمایهٔ اجتماعی است. رابطهٔ معکوس میان دینداری و تنهایی اجتماعی نیز در همین چارچوب قابل‌تبیین است. دینداری می‌تواند به‌عنوان منبع سرمایهٔ اجتماعی عمل کند و احتمال احساس تنهایی اجتماعی را کاهش دهد که با یافتهٔ دی‌جانگ گیرولد (۱۹۹۸) نیز همسو است.

یکی از یافته‌های قابل‌تأمل پژوهش حاضر، رابطهٔ مثبت تعداد فرزندان با تنهایی اجتماعی بود. این نتیجه با انتظار نظری مبنی بر نقش حمایتی فرزندان ناسازگار به‌نظر می‌رسد، اما می‌توان آن را در چارچوب نظریهٔ ناهماهنگی شناختی پرلمن و پپلاو (۱۹۸۱) تبیین کرد. براین‌اساس، والدینی که فرزندان بیشتری دارند، احتمالاً انتظار حمایت و تعامل بیشتری نیز داشته باشند و در صورت برآورده‌نشدن این انتظارات، احساس تنهایی کنند. علاوه‌براین، تعداد بیشتر فرزندان الزاماً به معنای تماس بیشتر یا کیفیت بهتر روابط نیست.

آزمون چندمتغیره نیز نشان از تأثیر بیشتر وضعیت سلامت، از زندگی و تضاد با والدین در تبیین احساس تنهایی عاطفی و تأثیر بیشتر رضایت از زندگی، رفاه، دینداری، حمایت متقابل والدین و فرزندان بزرگسال و کیفیت رابطه با والدین در تبیین احساس تنهایی اجتماعی دارد. این مدل در تبیین احساس تنهایی عاطفی و اجتماعی در سطح معنادار قابل‌قبول است و توان تبیین ۱۴/۸ درصد از متغیر وابستهٔ احساس تنهایی عاطفی و ۳۲/۵ درصد از متغیر وابستهٔ احساس تنهایی اجتماعی را دارد. با وجود معناداربودن مدل‌های رگرسیونی، میزان تبیین واریانس تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی نشان می‌دهد عوامل دیگری نیز در شکل‌گیری احساس تنهایی نقش دارند که در این پژوهش بررسی نشده‌اند. همان‌طور که داکسترا (۲۰۰۹) می‌نویسد، شناسایی مجموعهٔ وسیعی از عوامل تعیین‌کنندهٔ تنهایی عملاً غیرممکن است؛ برای مثال، تأثیر سلامت جسمی و روانی بر تنهایی باید با تحقیقات طولی مشخص شود؛ زیرا ممکن است این سلامت باشد که درجهٔ یکپارچگی اجتماعی و میزان تنهایی را تعیین می‌کند. این امکان نیز وجود دارد که یکپارچگی اجتماعی و نبود تنهایی از سلامت محافظت کند.

درمجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد منابع رابطه‌ای و اجتماعی بیش از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در تبیین احساس تنهایی نقش دارند. متغیرهایی مانند کیفیت روابط، حمایت متقابل خانوادگی، دینداری، رضایت از زندگی و رفاه اقتصادی سهم بیشتری در توضیح احساس تنهایی داشته‌اند. این یافته‌ها با نظریهٔ سرمایهٔ اجتماعی و رویکرد تعامل‌گرا همسو است و نشان می‌دهد تنهایی بیش از آنکه حاصل ویژگی‌های فردی باشد، بازتاب کیفیت پیوندهای اجتماعی و میزان دسترسی افراد به منابع حمایتی است. براین‌اساس، سیاست‌های کاهش تنهایی نباید صرفاً بر گروه‌های سنی خاص متمرکز شوند، بلکه لازم است بر تقویت سرمایهٔ اجتماعی و ارتقای کیفیت روابط اجتماعی تأکید کنند. توسعهٔ مراکز اجتماع‌محور محلی، حمایت از فعالیت‌های داوطلبانه و انجمنی، تقویت برنامه‌های بین‌نسلی برای افزایش تعامل والدین و فرزندان، گسترش فرصت‌های مشارکت اجتماعی و فرهنگی و توجه ویژه به افراد دارای سلامت ضعیف یا شبکه‌های حمایتی محدود، می‌تواند از راهکارهای مؤثر در کاهش احساس تنهایی در جامعهٔ شهری باشد. از محدودیت‌های این پژوهش نیز می‌توان به مقطعی‌بودن مطالعه، محدودبودن جامعهٔ آماری و استفاده از متغیرهای تک‌گویه‌ای به‌دلیل وسعت متغیرهای تحقیق اشاره کرد.

مأخذ مقاله: تألیف مستقل. نویسنده مسئول در این حوزه دارای تالیفات متعددی است.

تعارض منافع: بنا بر اظهار نویسنده این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری: داده‌های این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب مؤسسهٔ تحقیقات جمعیت کشور با عنوان «بررسی روابط فرزندان بزرگسال با والدین: تماس، حمایت و تعهد» است.

منابع

ابراهیمی، نازیلا، فلاح، محمدحسین، سامانی، سیامک، و وزیری، سعید (۱۳۹۹). عوامل و زمینه‌های احساس تنهایی زنان (یک مطالعهٔ پدیدارشناسی). فصلنامهٔ زن و جامعه، ۱۱(۴۱)، ۱-۲۸. https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1399.11.41.1.5

دلشاد نوقابی، علی، نورمحمدی، زهرا، حمیدی، مهلا، و خلیلی، فاطمه (۱۴۰۱). ارتباط احساس تنهایی و سبک زندگی سالم در سالمندان شهرستان گناباد در سال ۱۳۹۶. دانشور پزشکی، ۳۰(۱)، ۳۶-۴۵. https://doi.org/10.22070/daneshmed.2022.12790.0

کلانتری، عبدالحسین، و حسینی‌زاده آرانی، سید سعید (۱۳۹۶). روابط اجتماعی در جامعه شهری: بررسی عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر احساس تنهایی (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی). مطالعات و تحقیقات اجتماعی ایران، ٦(۲)، ۲۸۳-۲۵۷. https://doi.org/10.22059/jisr.2017.134118.280

معتمدی، نرگس، شفیعی دارابی، سیده مهرنوش، و امینی، زهرا (۱۳۹۷). بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶. مجلهٔ دانشکدهٔ پزشکی اصفهان، ٣٦(۴۸۶)، ۷۵۰-۷۵۶. https://doi.org/10.22122/jims.v36i486.10104

مهراندیش، ندا، سلیمی بجستانی، حسین، و اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۸). مؤلفه‌های احساس تنهایی مرتبط با دوستان در دختران نوجوان: پژوهش پدیدار شناسی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره‌ای، ۸(۱)، ۲۵-۴۰. https://doi.org/10.22067/ijap.v9i1.73145

References

Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., & Palgi, Y. (2013). Associations of loneliness in older married men and women. *Aging and Mental Health*, *17*(1), 33–39. https://doi.org/10.1080/13607863.2012.702725

Badman, R.P., Nordström, R., Ueda, M., & Akaishi, R. (2022). Perceptions of social rigidity predict loneliness across the Japanese population. *Scientific Reports*, *12*(1), 16073. https://doi.org/10.1038/s41598-022-20561-5

Bellucci, G. (2020). Positive attitudes and negative expectations in lonely individuals. *Scientific Reports*, *10*(1), 18595. https://doi.org/10.1038/s41598-020-75712-3

Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, *53*(4), 856–870. https://doi.org/10.2307/352993

Bourdieu, P. (1986). *The Forms of Capital*. In J. Richardson (Ed.), Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education, New York, Greenwood Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. New York, Basic Books.

Buchholz, E.S., & Catton, R. (1999). Adolescents' perceptions of aloneness and loneliness. *Adolescence*, *34*, 203-213.

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults. A review of quantitative results informed by qualitative insights, Int. *Psychogeriatr*, *28*, 557–576. https://doi.org/10.1017/s1041610215001532

Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, *21*(6), 1160–1170. https://doi.org/10.2307/352993

Coleman, J. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, *94*, S95–S120.

Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*, *18*(4), 504-514. https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863

Dahlberg, L., McKee, K. J., Frank, A., & Naseer, M. A. (2022). Systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging Ment. Health*, *26*, 225–249. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638

de Jong Gierveld, J., & Tilburg, T. G. V. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness. *Research on Aging*, *28*(5), 582–598. https://doi.org/10.1177/0164027506289723

De Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, *8*, 73-80. https://doi.org/10.1017/S0959259898008090

Delshad Noughabi, A., Noor Mohammadi, Z., Hamidi, M., & Khalili, F. (2022). The relationship between loneliness and healthy lifestyle in elderly in Gonabad city in 2017. *Daneshvar Medicine*, *30*(1), 36-45. https://doi.org/10.22070/daneshmed.2022.12790.0 (*In Persian*)

Drennan, J., Treacy, M., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K., & Irving, K. (2008). The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. *Ageing and Society*, *28*, 1113–1132. https://doi.org/10.1037/e537162013-001

Dykstra P. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, *6*, 91–100. https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3

Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, *29*(1), 1-12. https://doi.org/10.1080/01973530701330843

Dykstra, P. A., Tilburg, T. G. V., & Jong Gierveld, J. D. (2005). Changes in Older Adult Loneliness: Results from a Seven-Year Longitudinal Study. *Research on Aging*, *27*(6), 725. https://doi.org/10.1177/0164027505279712

Ebrahimi, N., Fallah, M. H., Samani, S., & Vaziri, S. (2020). The factors and grounds of loneliness of women (A study of phenomenology). *Quarterly Journal of Woman and Society*, *11*(41), 1-28. https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1399.11.41.1.5 (*In Persian*)

Ernst, M., Brähler, E., Kruse, J., Kampling, H., & Beutel, M. E. (2023). Does loneliness lie within? Personality functioning shapes loneliness and mental distress in a representative populationsample. *Journal of Affective Disorders Reports*, *12*, 100486. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100486

Erzen, E., & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, *64*(5), 427-435. https://doi.org/10.1177/0020764018776349

Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-National Differences in Older Adult Loneliness. *Journal of Psychology*, *146*(1-2), 201-228. http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2011.631612

Grifin, S. C., Williams, A. B., Ravyts, S. G., Mladen, S. N., & Rybarczyk, B. D. (2020). Loneliness and sleep: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol*, *7*, 2055102920913235. https://doi.org/10.1177/2055102920913235

Haslam, S. A., McMahon, C., Cruwys, T., Haslam, C., Jetten, J., & Steffens, N. K. (2018). Social cure, what social cure? The propensity to underestimate the importance of social factors for health. *Social Science and Medicine*, *198*, 14–21. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.020

Hawkley, L. C., & Capitanio, J. P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *370*(1669), 20140114. https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114

Heikkinen, R.L., & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyvaskyla. 512 L. Dahlberg and K.J. McKee Archives of *Gerontology and Geriatrics*, *52*(1), 33–39. https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.017

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, *26*(6), 695–718. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*, 227–237. https://doi.org/10.1177/1745691614568352

Hosseini, L., Sivarajan Froelicher, E., Sharif Nia, H., & Ashghali Farahani, M. (2021). Psychometrics of the Persian version of the 11-items De Jong-Gierveld Loneliness Scale among an Iranian older adults population. *BMC Public Health*, *21*, 2056. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12068-x

Imani, F., & Bagheri, M. (2023). Predicting depression in middle-aged individuals in Tehran based on socioeconomic status, loneliness, spiritual well-being, and marital satisfaction. *The Journal of Tolooebehdasht*, *23*(4). https://doi.org/10.18502/tbj.v23i4.17043

Kalantari, A., & Hoseynizadeh Arani, S. S. (2017). A Study of Social and Psychological Factors Affecting Feeling Lonely (Case Study: Tehran Citizens). *Social Studies and Research in Iran*, *6*(2), 257-283. https://doi.org/10.22059/jisr.2017.134118.280 (*In Persian*)

Kung, C. S., Kunz, J. S., & Shields, M. A. (2021). Economic aspects of loneliness in Australia. *Australian Economic Review*, *54*(1), 147-163. https://doi.org/10.1111/1467-8462.12414

Long, C. R., & Averill, J. R. (2003). Solitude: An exploration of benefits of being alone. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, *33*(1), 21-44. https://doi.org/10.1111/1468-5914.00204

Lowenstein, A., & Daatland, S. O. (2006). Filial norms and family support in a comparative cross-national context. *Ageing & Society*, *26*(2), 203–223. https://doi.org/10.1017/S0144686X05004502

Luhmann, M., Buecker, S., & Rüsberg, M. (2023). Loneliness across time and space. *Nature Reviews Psychology*, *2*, 9–23. https://doi.org/10.1038/s44159-022-00124-1

Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, *52*(6), 943. https://doi.org/10.1037/dev0000117

Maes, M., Qualter, P., Vanhalst, J., van den Noortgate, W., & Goossens, L. (2019). Gender diferences in loneliness across the lifespan: a meta-analysis. *European Journal of Personality*, *33*, 642–654. https://doi.org/10.1002/per.2220

Manoli, A., Mc Carthy, J., & Ramsey, R. (2022). Estimating the prevalence of social and emotional loneliness across the adult lifespan. *Scientific Reports*, *12*(1), 21045. https://doi.org/10.1038/s41598-022-24084-x

Mehrandish, N., Salimi Bajestani, H., & Esmaeili, M. (2019). Components of loneliness in relation to friends in adolescent girls: phenomenology research. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, *9*(1), 18-34. https://doi.org/10.22067/ijap.v9i1.73145 (*In Persian*)

Mihalopoulos, C., Le, L.K.D., Chatterton, M. L., Bucholc, J., Holt-Lunstad, J., Lim, M. H., & Engel, L. (2020). The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*, 823-836. https://doi.org/10.1007/s00127-019-01733-7

Mikulincer, M., Shaver, P. R., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2014). *Adult attachment and emotion regulation*. Handbook of emotion regulation (Ed JJ Gross), 237-250.

Motamedi, N., Shafiei-Darabi, S. M., & Amini, Z. (2018). Social and Emotional Loneliness among the Elderly, and its Association with Social Factors Affecting Health in Isfahan City, Iran, in Years 2017-2018. *Journal of Isfahan Medical School*, *36*(486), 750-756. https://doi.org/10.22122/jims.v36i486.10104 (*In Persian*)

Moustakas, C. E. (1972). *Loneliness and Love*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Clifton, R. A., Perry, R. P., Swift, A. U., & Ruthig, J. C. (2009). Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships*, *26*(2-3), 273-290. https://doi.org/10.1177/0265407509106718

Nyqvist, F., Victor, C., Forsman, A., & Cattan, M. (2016). The association between social capital and loneliness in different age groups: A population-based study in Western Finland. *BMC Public Health*, *16*(1), 542. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3248-x

Nzabona, A., Ntozi, J., & Rutaremwa, G. (2016). Loneliness among older persons in Uganda: examining social, economic and demographic risk factors. *Ageing & Society*, *36*(4), 860-888. https://doi.org/10.1017/S0144686X15000112

Park, C., Majeed, A., Gill, H., Tamura, J., Ho, R.C., Mansur, R.B., & McIntyre, R.S. (2020). The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *294*, 113514. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In*:* Gilmour R, Duck S (Eds) Personal relationships 3: *personal relationships in disorder*. London, Academic Press, 31–56.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, *23*, 245–266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2

Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, Simon and Schuster.

Qualter, P., Vanhalst, J., Harris, R., Van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 250-264. https://doi.org/10.1177/1745691615568999

Russell, D. W., Cutrona, C. E., McRae, C., & Gomez, M. (2012). Is loneliness the same as being alone?. *The Journal of Psychology*, *146*(1-2), 7-22. https://doi.org/10.1080/00223980.2011.589414

Silverstein, M., & Bengtson, V. L. (1997). Intergenerational solidarity and the structure of adult child–parent relationships in American families. *American Journal of Sociology*, *103*(2), 429–460. https://doi.org/10.1086/231213

Sullivan, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, Norton.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT press.

Zilboorg, G. (1938). Loneliness. *Atlantic Monthly*, *161*, 45–54.