





کتاب بحران تنهایی در غرب و درس آموخته‌ها

تالیف: دکتر نوذر نخعی

گرافیک و صفحه‌آرا: محسن ملانوری

نوبت چاپ: اول، بهمن ۱۴۰۳

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

ناشر: انتشارات مه‌رتا

چاپ و صحافی: خاتم‌الانبیاء

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۰۷۶۵-۷-۶



نشانی: کرمان، بلوار کشاورز، نبش
کوچه شماره ۹، مجتمع تجاری اداری
فولاد کرمان (افق)، طبقه دوم، واحد
۲۲، تلفن: ۲ - ۳۲۱۲۵۷۹۱ - ۰۳۴

این کتاب تقدیم می‌شود به همه کارشناسان، مدیران و سیاست‌گذارانی که بحران تنهایی را تهدیدی جدی برای سلامت جامعه، می‌دانند و به فکر پیشگیری از آنند.

ترسم از تنهایی، احوالم به رسوایی کشد
ترس تنهایی ست، ورنه بیم رسواییم نیست

سعد

فهرست

پیشگفتار	۸
مقدمه و تعاریف	۱۲
فصل اول: آمار و ارقام تنهایی در دنیای غرب	۱۹
فصل دوم: تاثیرات تنهایی بر سلامت فرد و جامعه	۳۳
فصل سوم: سبب‌شناسی تنهایی	۴۵
فصل چهارم: برای پیشگیری از بحران تنهایی چه باید کرد؟	۵۵
فصل پنجم: پیشگیری اساسی از تنهایی در فرهنگ اصیل ایرانی-اسلامی	۸۵
فصل ششم: تجربه کشورهای غربی در درمان بحران تنهایی	۹۷
منابع	۱۰۵

پیشگفتار

تجسم کنید صبح یک روز هفته، روی نیمکت پارک کنار منزلمان نشسته‌ایم. فردی کنار ما می‌نشیند و از زیبایی درختان صحبت می‌کند. یک لحظه فکر می‌کنیم آیا او نقشه‌ای در ذهن دارد که باب گفتگو با ما را باز می‌کند؟ یا قبل از آنکه از آپارتمان بیرون بیاییم چک می‌کنیم که نکند همسایه را ببینیم و مجبور به احوالپرسی شویم! چرا ارتباطات و صمیمیت‌ها رو به افول گذاشته است؟ در دنیایی که فناوری و رسانه‌های اجتماعی به‌طور چشم‌گیری همه‌جا را در بر گرفته‌اند، ارتباطات مجازی به بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی روزمره تبدیل شده است. از شبکه‌های اجتماعی گرفته تا ویدئو کنفرانس‌ها، اما در عمق این ارتباطات، یک بحران عمیق‌تر از آنچه تصور می‌شود، در حال شکل‌گیری است: بحران تنهایی. به سرعت پیشرفت فناوری، ابزارهای ارتباطی فراوانی به‌وجود آمده‌اند که به کاربران این امکان را می‌دهند که به راحتی با یکدیگر در تماس باشند. اما این تماس، بسیاری اوقات سطحی بوده و به‌جای نزدیک‌تر کردن افراد، سبب انزوای بیشتر آنها می‌شود. در این فضا، احساس تنهایی به "دشمنی بی‌صدا" تبدیل می‌شود که همگان را هدف قرار می‌دهد. در کلان‌شهرهای مدرن، زندگی شهری، با وجود طیف گوناگونی از افراد، پارادوکس تنهایی را به وجود می‌آورد. مردم در زیر سقف‌های بلند و در میان جمع‌های بزرگ، احساس گم‌شدگی می‌کنند؛ طیف متنوعی از آدم‌ها هستند، ولی انگار

هیچکس نیست! ارتباطات حقیقی و عمیق، به‌سختی یافت می‌شود و این حس انزوا در بین کشورهای صنعتی به سرعت در حال شیوع است. در آمریکا ۵۷ درصد مردم اظهار می‌دارند تمام وعده‌های غذایی خود را به تنهایی صرف می‌کنند. در ژاپن سالانه ۷۰۰۰۰ نفر در تنهایی مطلق و بدون آنکه کسی از مرگ آنها اطلاع داشته باشد فوت می‌کنند. در سوئد ۸۵ درصد پسران بدون آنکه ازدواج کرده باشند، از خانه پدری جدا می‌شوند و نزدیک به یک سوم زنان ژاپنی ۴۹ ساله، مادر بودن را تجربه نکرده‌اند.

تنهایی در دنیای مدرن یک چالش بزرگ است، اما با آگاهی از دلایل وقوع این بحران و تلاش همه جانبه، می‌توان از وقوع این بحران در کشورمان تا حد زیادی پیشگیری کرد. البته این نکته را هم باید در نظر داشت که بذر بحران تنهایی مدت‌ها قبل از ظهور گوشی‌های هوشمند و شبکه‌های اجتماعی کاشته شد. تغییرات فرهنگی، اقتصادی و فناوری در چند دهه گذشته، نحوه تعامل و ارتباط ما را تغییر داده است و اغلب بافت اجتماع و ارتباط واقعی انسانی را فرسایش داده است. از افول زندگی جمعی گرفته تا افزایش کار از راه دور و اولویت دادن به کارایی بر تعامل رابطه‌ای، همگی زمینه‌های مناسبی را برای تکثیر تنهایی ایجاد کرده است. همچنین عواملی همچون تجردگرایی، افزایش خانواده‌های تک‌نفره، افزایش طلاق، افزایش میزان تک‌فرزندی و کم شدن تعداد فرزندان بر گسترش اپیدمی تنهایی در غرب اثرات غیرقابل انکاری داشته است.

از آنجایی که کشورهای صنعتی به شدت با این بحران دست و پنجه نرم می‌کنند، بسیار مهم است که قبل از گسترش این

آسیب در جامعه ایرانی، با درس گرفتن از مسیرهای نادرستی که این جوامع طی کرده‌اند، از هم اکنون و به فوریت به فکر پیشگیری از وقوع آن باشیم.

در این کتاب سعی بر آن است ضمن توضیح پیرامون ماهیت تنهایی و تشریح دلایل و عوارض آن، راهکارهای پیشگیری از آن تبیین شود. به بیان دیگر تاکید این کتاب بر تشریح اصول پیشگیری از تنهایی است؛ با محوریت سنین کودکی که مغز در حال شکل گیری است. نکته‌ای که در منابع غربی به صورت مستقیم و جامع-تا آنجا که نگارنده این کتاب اطلاع دارد- بسیار کم به آن پرداخته شده موضوع پیشگیری از تنهایی است و هرآنچه که هست پیرامون درمان و مهار آن است. در حالی که غنی‌ترین تجارب و راهکارهای پیشگیری، با تکیه بر فرهنگ ایرانی اسلامی قابل استخراج است.

از مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در این راه پیشگام شده و از نگارش این کتاب حمایت کردند، قدردانی می‌کنم.

نوذر نخعی

استاد پزشکی اجتماعی

مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت

پژوهشکده آینده‌پژوهی

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه

در دنیای امروز، بحران تنهایی به یکی از چالش‌های بزرگ سلامتی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در کشورهای غربی تبدیل شده است. با وجود پیشرفت‌های تکنولوژیکی و ارتباطات گسترده، بسیاری از افراد احساس انزوا و تنهایی می‌کنند. بسیاری از صاحب‌نظران بر این باورند که عوامل متعددی بر بروز تنهایی و انزوا تأثیرگذار هستند. یکی از دلایل اصلی، تغییرات اجتماعی است که به تدریج هویت‌های جمعی را تحت تأثیر قرار داده است. زندگی شهری با محیط‌های پرجمعیت، اما ارتباطات سطحی، می‌تواند باعث احساس تنهایی شود. همچنین، روند رو به زوال خانواده‌ها، طلاق، سبک‌های نادرست فرزندپروری، تغییر در سبک زندگی، گسترش فردگرایی در جوامع غربی، افزایش تجردگرایی، کاهش تعداد فرزندان و به خصوص گسترش تک‌فرزندی، همه و همه به گسترش تنهایی و انزوای اجتماعی دامن زده است.

علاوه بر این، ظهور شبکه‌های اجتماعی و فناوری‌های ارتباطی، به رغم فراهم آوردن امکانات جدید برای ارتباطات، ممکن است به احساس عدم ارتباط واقعی کمک کند. به گونه‌ای که بسیاری از افراد به جای ارتباطات عمیق و معنادار، به تعاملات مجازی اکتفا می‌کنند.

تأثیرات بحران تنهایی نه تنها بر سلامت فردی، بلکه بر سلامت

عمومی جامعه نیز مشهود است. تحقیقات نشان می‌دهد که تنهایی می‌تواند به مشکلات جسمی و روانی متعددی از جمله افسردگی، اضطراب و حتی بیماری‌های قلبی و عروقی منجر شود. همچنین، افرادی که احساس تنهایی می‌کنند، بیشتر در معرض رفتارهای پرخطر از جمله مصرف الکل و مواد مخدر قرار دارند. از سوی دیگر، کاهش ارتباطات اجتماعی می‌تواند به افزایش نارضایتی اجتماعی و افت سطح همدلی و همبستگی اجتماعی منجر شود. این وضعیت می‌تواند خطراتی برای امنیت اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی ایجاد کند. به همین دلیل، سازمان جهانی بهداشت تنهایی را به عنوان یک نگرانی سلامت عمومی با اهمیت فوری طبقه‌بندی کرده است.

برای فائق آمدن بر بحران تنهایی، انگلستان وزارت تنهایی را در سال ۲۰۱۸ میلادی راه اندازی کرد و چندین وزیر به علت ناکارآمدی وزارت تغییر کرده‌اند. در سال ۲۰۲۱ وزارت تنهایی در ژاپن راه‌اندازی شد. در استرالیا در حد ایالتی چنین تشکیلاتی سازماندهی شده است. مقابله با بحران تنهایی نیازمند رویکردهای جامع و کارآمد است. ابتدا، باید درک بهتری از این بحران و علل آن به دست آورد. با شناخت عمیق از دلایل گسترش تنهایی در غرب، می‌توان برای پیشگیری از آن برنامه‌ریزی کرد که در این راستا آموزش و ارتقاء آگاهی عمومی در مورد اهمیت روابط اجتماعی و تأثیرات منفی تنهایی باید در اولویت قرار گیرد. در این راستا افزایش آگاهی کارشناسان ستادی و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت پیرامون جنبه‌های متفاوت تنهایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در ادامه تعاریف پایه پیرامون واژگان مرتبط با تنهایی ارائه خواهد شد.

تعریف تنهایی و انواع آن

تنهایی یکی از احساسات انسانی است که می‌تواند معانی و انواع مختلفی داشته باشد. این احساس در شرایط مختلف و به دلایل متنوعی تجربه می‌شود. «تنهایی» طبق تعریف عبارت است از تجربه ناخوشایندی که زمانی رخ می‌دهد که شبکه روابط اجتماعی یک فرد به نوعی کمبود دارد- یا از نظر کمی یا کیفی- به گونه‌ای که صمیمیتی که فرد آرزو دارد محقق نشده باشد. «انزوای اجتماعی» عبارتی است که گاهی همراه یا به جای تنهایی استفاده می‌شود، در حالی که یک تفاوت ظریف بین این دو وجود دارد. انزوای اجتماعی یک مفهوم عینی است، به این معنا که کسی دور و بر فرد نیست و به چشم نمی‌آید، یعنی در انزوای اجتماعی فرد با کسی اساساً در ارتباط نیست. در حالی که تنهایی یک احساس ذهنی است که فرد به موجب آن، در روابط با دیگران احساس خلأ و کمبود می‌کند که دلیل آن هم کمیت روابط می‌تواند باشد و هم کیفیت روابط.

انواع تنهایی را می‌توان به چند دسته اصلی تقسیم کرد (۲۰۱):

تقسیم بندی تنهایی بر حسب علت آن

تنهایی وابسته به موقعیت^۱: محیط اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی می‌تواند به احساس تنهایی در فرد منجر شود. عواملی همچون مهاجرت، کم‌تعدادی فرزندان در خانواده و تجردگرایی موقعیت‌هایی هستند که سبب گسترش احساس تنهایی در فرد و جامعه می‌شوند.

^۱ Situational

تنهایی وابسته به نحوه تکامل انسانها^۲: عواملی که در طول دوران زندگی سبب می‌شوند فرد احساس تنهایی کند در این گروه قرار می‌گیرند، عواملی همچون تجارب منفی دوران کودکی، ناآرام و متشنج بودن جو خانواده، بزرگ شدن در یک جامعه فردگرا، ابتلا به ناتوانی‌های جسمی و روانی و ورشکستگی مالی و فقر.

تنهایی وابسته به عوامل درونی فرد^۳: برخی اوقات احساس تنهایی به عوامل روانشناختی و فردی مربوط می‌شود. به طور مثال کم بودن عزت نفس، خود کم‌بینی و ضعف در سازگاری با ناملایمات.

تقسیم بندی تنهایی بر حسب ماهیت آن

تنهایی عاطفی^۴: تنهایی عاطفی زمانی رخ می‌دهد که فرد احساس می‌کند از دیگران دور است و نتوانسته ارتباط عمیق و معناداری با آن‌ها برقرار کند. این نوع تنهایی معمولاً ناشی از فقدان عشق و محبت است و فرد احساس می‌کند که کسی وجود ندارد که حمایت عاطفی لازم را به او ارائه دهد. افراد در این حالت ممکن است حتی در میان جمعیت نیز احساس تنهایی کنند، زیرا هیچ‌گونه ارتباط عاطفی یا حس نزدیکی ندارند. مواردی همچون نبود یک یا چند نفر فرد صمیمی در کنار انسان، از جمله همسر، خواهر و برادر یا دوست صمیمی، منجر به تنهایی عاطفی می‌شود. لذا در تنهایی عاطفی وجود یک همدم مانند همسر و فرزندان تا حد زیادی جبران‌کننده خواهد بود.

^۲ Developmental

^۳ Internal

^۴ Emotional

تنهایی اجتماعی^۵: تنهایی اجتماعی زمانی به وجود می‌آید که فرد احساس کند از یک گروه اجتماعی یا جامعه جدا افتاده است و نمی‌تواند خود را به عنوان بخشی از یک جمع یا گروه ببیند. این نوع تنهایی معمولاً با احساس طردشدگی همراه است و به دلیل عواملی مانند مهاجرت، بیماری یا تغییر شرایط زندگی به وجود می‌آید. نبودن در بطن اجتماعات محلی از جمله اجتماعات مذهبی، همسایگان، شبکه دوستان، همکلاسی‌ها یا همکاران، منجر به تنهایی اجتماعی می‌شود. برای رفع تنهایی اجتماعی وجود یک شبکه غیرهمگون مثلاً متشکل از دوست و اقوام و نه فقط صرفاً دوستان، توصیه می‌شود. مهم است تعداد این شبکه از چهار نفر کمتر نباشد و لذا هرچه تعداد افراد و کیفیت و صمیمیت روابط بیشتر باشد، دیگر جایی برای تنهایی وجود نخواهد داشت.

تنهایی وجودی^۶: تنهایی وجودی به درک فرد از وجود خود و جستجوی معنا در زندگی مرتبط است. این نوع تنهایی زمانی به وجود می‌آید که فرد به ابهاماتی در مورد زندگی، مرگ و هدف خود برخورد می‌کند. ممکن است فرد در تلاش باشد تا پاسخ‌هایی برای سوالات عمیق و فلسفی زندگی پیدا کند و در این مسیر، احساس عدم رضایت و تنهایی کند. باورهای دینی و رفتارهای دگرخواهانه از موانع ظهور تنهایی وجودی است.

تنهایی گذرا^۷: برخی مواقع تنهایی صرفاً برای مدت کوتاهی تجربه می‌شود و می‌رود، مثل زمانی که فرد در انتظار کسی است یا به دلیل شرایط خاص برای مدت محدودی نمی‌تواند با

^۵ Social

^۶ Existential

^۷ Transient

دیگران ارتباط برقرار کند.

تنهایی موقعیتی^۸: تنهایی که به صورت معمول در شرایط یا روزهای خاص رخ می‌دهد مثلاً عصرهای جمعه. جالب اینجاست در مثالهای متون غربی کریسمس هم جزو این ایام حساب می‌شود در حالی که در فرهنگ ایرانی عید نوروز به واسطه رفت و آمدها، یکی از پرجنب و جوش ترین ایام است.

تنهایی مزمن^۹: در این حالت فرد اکثر اوقات احساس تنهایی می‌کند.

بی‌کسی^{۱۰}: به فردی (معمولاً سالمند) اطلاق می‌شود که هیچ خویشاوندی، از جمله خواهر و برادر، همسر، فرزند و نوه ندارد. به این افراد اصطلاحاً سالمند یتیم^{۱۱} نیز می‌گویند. برخی صرفاً نداشتن همسر و فرزند را، بی‌کسی اطلاق می‌کنند.

تنهایی خودخواسته^{۱۲}: برخی افراد به‌طور خودخواسته زمان‌های کوتاهی را برای تنهایی انتخاب می‌کنند تا فرصتی برای تفکر، خلاقیت، یا آرامش داشته باشند. این نوع تنهایی می‌تواند به رشد فردی و آرامش ذهنی کمک کند.

با توجه به تعاریف فوق در می‌یابیم که درک انواع مختلف تنهایی می‌تواند به ما کمک کند تا دلایل آن را بهتر شناسایی کنیم و برای پیشگیری یا مدیریت آن، راهکارهای مناسب‌تری بیابیم.

^۸ Circumstantial

^۹ Chronic

^{۱۰} Kinless

^{۱۱} Elder orphans

^{۱۲} Solitude

فصل اول

آمار و ارقام تنهایی در دنیای غرب

در ابتدا ذکر این نکته مهم است که منظور از دنیای غرب در این کتاب از دریچه جغرافیایی نیست. بلکه کشورهایی را شامل می‌شود که فرهنگ اروپایی-آمریکایی بر آنان سیطره یافته است، از انگلیس و فرانسه و آمریکا که در نیمکره غربی قرار دارند تا ژاپن، کره جنوبی و استرالیا که از لحاظ جغرافیایی در نیمه شرقی جهان قرار دارند.

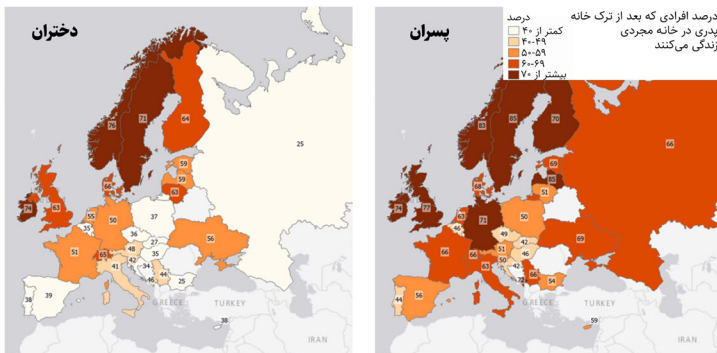
در طول تاریخ انتظار بوده و هست که در سنین جوانی به طور طبیعی، دو روند برای یک جوان رخ دهد؛ یکی ازدواج و دیگری فرزنددار شدن. در دهه‌های اخیر به‌ویژه در دنیای غرب به دلیل افزایش سیطره فردگرایی این روند طبیعی دچار از هم گسیختگی شده است (۳). در ادامه به تغییرات سریعی که در روند تجردگرایی، فرزندآوری و تشکیل خانواده در دنیای غرب رخ داده است، اشاره خواهد شد.

روند تجردگرایی

یکی از مصادیق و به نوبه خود عوامل تنهایی و انزوای اجتماعی در غرب، افزایش تمایل به تجردگرایی است. تجردگرایی اگرچه در غرب بیشترین شیوع را دارد، ولی هم اکنون به یک پدیده جهانی تبدیل شده است (۴). شروع روند افزایشی آن در دنیای غرب از ۵۰ تا ۶۰ سال قبل و در سایر کشورها از ۱۰ تا ۲۰ سال قبل است. لذا آگاهی یافتن از روند افزایشی آن در غرب هشدار برای ما است.

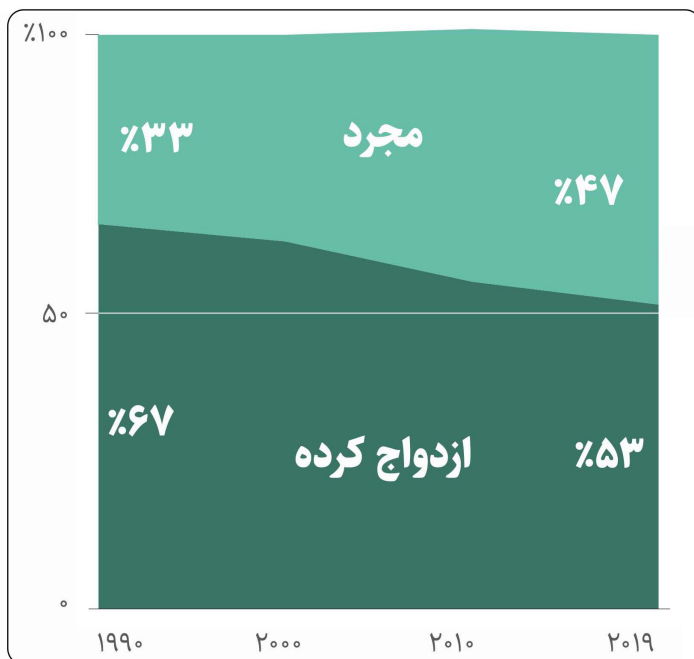
در اروپا درصد جوانانی که از خانواده جدا شده در حالیکه هنوز مجرد هستند، رو به افزایش است. در شکل ۱ نشان داده شده

است که این درصد در پسران بیشتر از دختران و کشورهای اسکندیناوی بالاترین درصد را به خود اختصاص داده اند. این رقم در دختران در بلغارستان ۲۵ درصد و در نروژ به ۷۶ درصد می‌رسد و در پسران سوئدی به ۸۵ درصد می‌رسد (۳).



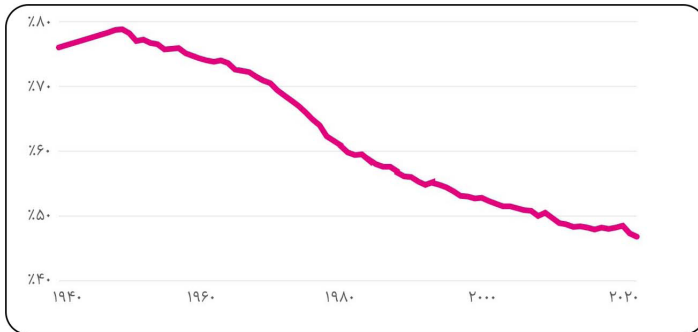
شکل ۱- درصد دختران و پسران اروپایی که بدون آنکه ازدواج کرده باشند، از خانواده جدا می‌شوند

در آمریکا نیز درصد افراد مجرد افزایش قابل توجهی در ۳۰ سال اخیر نشان می‌دهد. به طوریکه در سال ۱۹۹۰ میلادی یک سوم بزرگسالان ۲۵ تا ۵۴ ساله مجرد بوده اند و در سال ۲۰۱۹ به تقریباً یک-دوم رسیده است (شکل ۲). گفتنی است در فرهنگ آمریکا به فردی مجرد اطلاق می‌شود که نه ازدواج قانونی داشته و نه شریک جنسی (۵) و لذا وخامت آمار مجردین واقعی که ازدواج قانونی را تجربه نکرده‌اند، از آنچه که در شکل ۲ آمده است بیشتر است.



شکل ۲- روند افزایشی درصد افراد مجرد در افراد ۲۵ تا ۵۴ ساله آمریکا طی یک دوره ۳۰ ساله

در آمریکا درصد مردان و زنان متاهل با یک شیب تند رو به افول است، به طوریکه بر اساس مطالعات اداره آمار آمریکا (۵) در سال ۲۰۲۲ درصد متاهلین (از حدود ۸۰ درصد در سال ۱۹۵۰ میلادی) به ۴۶/۸٪ رسیده است (شکل ۳).



شکل ۳- روند کاهشی تند و شتابان درصد افراد متاهل در بزرگسالان آمریکا

کره جنوبی، تایوان و ژاپن، علی الخصوص کره جنوبی که پایین ترین نرخ مولید را در دنیا دارد، شاهد شتاب افزایشی و سریع درصد مجردین در سن ۴۵ تا ۴۹ ساله می‌باشد (۷). به نظر می‌رسد هرچه سیطره سبک زندگی غربی در کشورهای آسیایی بیشتر باشد، شتاب تجردگرایی تندتر است. به طوریکه در کره جنوبی در سال ۲۰۱۰ میلادی، درصد مجردین زن و مرد به ترتیب ۴ و ۸ درصد بوده است و این رقم به ۲۱ و ۲۷ درصد در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید، یعنی طی مدت ۲۰ سال در زنان ۵ برابر و در مردان ۳/۵ برابر خواهد شد (شکل ۴). چنین شتاب‌های تند و برق‌آسا به ما گوشزد می‌کند که اگر از نفوذ سبک زندگی غربی به کشورمان غافل شویم، ناگهانی اصالت و داشته‌های فرهنگی ما به تاراج خواهد رفت. لذا آشنایی با سبب‌شناسی این تغییرات سریع دموگرافیک و فرهنگی، درس‌آموخته‌های مهمی برای ما خواهد داشت.



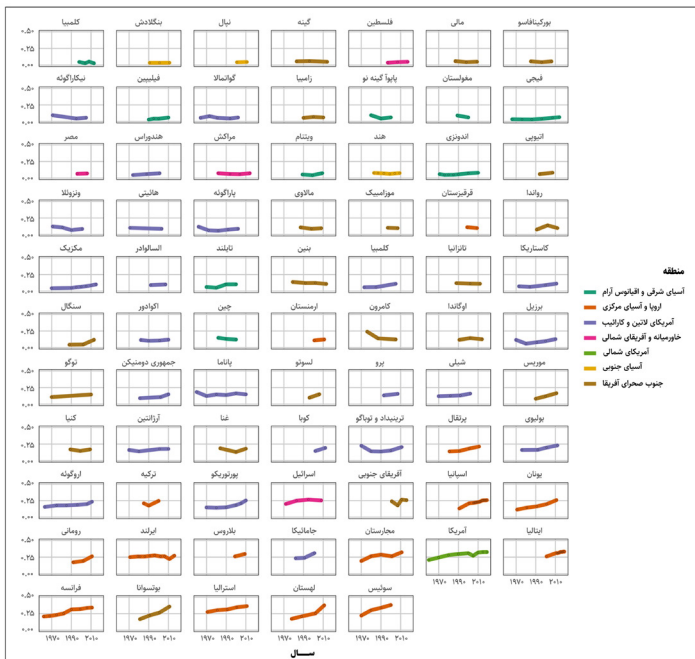
شکل ۴- روند افزایشی و شتابان درصد زنان و مردان مجرد کشورهای صنعتی آسیای شرقی

افزایش خانوارهای تک‌نفره

افزایش درصد خانوارهای تک‌نفره، به عنوان یکی از شاخصه‌های تنهایی، خود معلول چند عامل است که هریک به خودی خود نقش مهمی در افزایش تنهایی در دنیای غرب داشته‌اند. این عوامل عبارتند از بالا رفتن سن ازدواج، کاهش میزان ازدواج، افزایش طلاق، افزایش بی‌فرزندگی. در یک مطالعه بر ۷۵ کشور جهت ارزیابی روند رشد خانوارهای تک‌نفره بین سالهای ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۹ میلادی، محققین به این نتیجه رسیدند که در ۵۳ کشور رشد افزایشی دیده می‌شود (۸). کشورهایی که رشد افزایشی نشان می‌دادند شامل آمریکا و کل قاره اروپا بود (شکل ۵). در

۲۵ | آمار و ارقام تنهایی در دنیای غرب

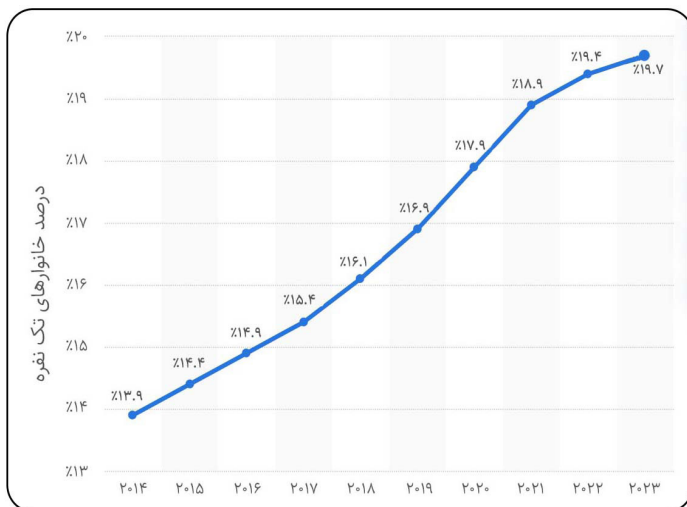
سال ۲۰۱۹ کمترین درصد خانوارهای تک نفره در کامبوج (۲/۶٪) و بالاترین رقم در سوئد (حدود ۴۰٪) دیده شد. درصد خانوارهای تک نفره در ۱۷ کشور از این ۷۵ کشور، بالای ۲۵ درصد یا یک چهارم خانوارها بود که عبارت بود از آمریکا، کشورهای اروپایی و برخی کشورهای پرشیوع آیدز مانند بوتسوانا.



شکل ۵- درصد خانوارهای تک نفره در ۷۵ کشور در فاصله سالهای ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۹ میلادی

لازم به ذکر است در ترکیه نیز آمارها نشان می دهد که در ۱۰ سال

گذشته تمایل جوانان به زندگی به صورت تک‌نفره به سرعت رو به افزایش است (شکل ۶).



شکل ۶- درصد خانوارهای تک‌نفره در ترکیه ظرف ۹ سال از ۱۴٪ به ۲۰٪ رسیده است.

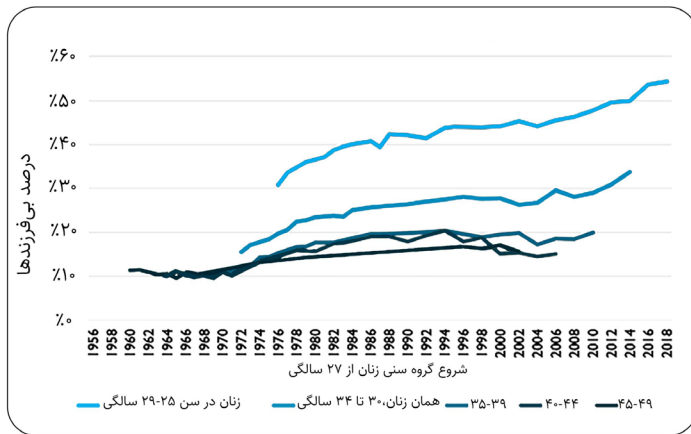
افزایش روند بی‌فرزندی

آمارهای موسسه مطالعات خانواده آمریکا^{۱۳} نشان می‌دهد که ۵۵ درصد نسل جوان (کمتر از ۳۰ ساله) بدون فرزند هستند (شکل ۷) و این روند از ۵۰ سال پیش سیر افزایشی قابل توجهی نشان می‌دهد (۹). بر اساس گزارش مرکز افکار سنجی پیو^{۱۴} آمریکا، ۸۰ درصد خانمهای ۱۸ تا ۴۹ ساله آمریکایی که فرزند

۱۳ Institute for family studies

۱۴ Pew research center

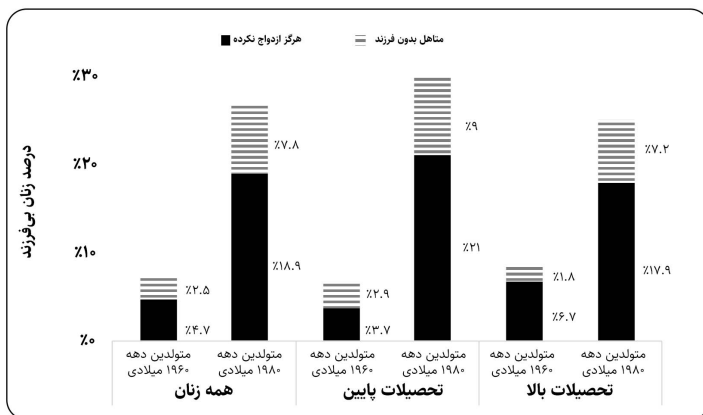
ندارند، اصلی‌ترین دلیل بی‌فرزندى خود را پرداختن به سرگرمی و تفریحات خود می‌دانند (۱۰) و این همان حاکم شدن جریان فردگرایی بر جامعه است.



شکل ۷- مقایسه درصد بی‌فرزندى در زنان آمریکایی به تفکیک گروه سنی نشان می‌دهد، هرچه که نسل جدیدتر می‌شود درصد بی‌فرزندى افزایش می‌یابد.

در کره جنوبی نشان داده شده است که روند افزایشی درصد زنان بی‌فرزند (افزایش ۳/۵ برابری) در همه اقشار دیده می‌شود و حتی در زنان با تحصیلات پایین این روند بیشتر از زنان با تحصیلات بالا بوده است (شکل ۸). لذا این روند افزایشی را نمی‌توان به افزایش سطح تحصیلات جامعه کره جنوبی نسبت داد، بلکه موضوع مهم سیطره فردگرایی بر اذهان و نگرش‌هاست (۱۱). پیش‌بینی می‌شود در ۲۵ سال آینده ۶۰٪

خانواده‌های کره‌ای بدون فرزند باشند.



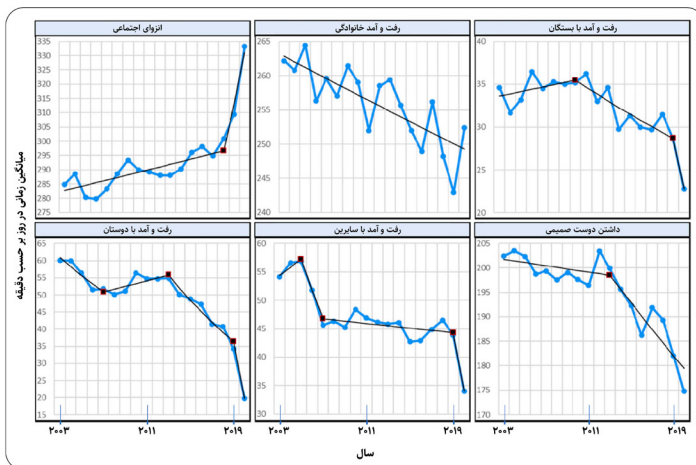
شکل ۸- افزایش درصد خانم‌های بدون فرزند در زنان متولد دهه ۸۰ میلادی در مقایسه با زنان متولد دهه ۶۰ میلادی کره جنوبی بر حسب تحصیلات

برخی شاخص‌های مرتبط با بحران تنهایی در آمریکا

تنهایی احساس ناخوشایندی است که به علت کم شدن ارتباطات اجتماعی چه از بعد کمی و چه کیفی به سراغ آدم می‌آید، اگرچه که بعد کیفی اهمیت بیشتری دارد. انزوای اجتماعی اگرچه گاهاً به جای تنهایی به کار می‌رود، ولی به حالتی اطلاق می‌شود که فرد به کمترین حد از تماس با دیگران می‌رسد. در توصیف آمار فراوانی، سعی بر این است بین این دو واژه تفکیک قائل شویم.

در یک مطالعه وسیع در آمریکا از افراد بالای ۱۵ سال، از مقدار وقتی که در تعامل با دیگران صرف می‌کنند، سوال شد. مشخص شد که از ۲۰۰۳ تا ۲۰۲۰ انزوای اجتماعی روند افزایشی نشان

می‌دهد (۱۳). این روند افزایشی قبل از آغاز پاندمی کرونا شروع شده بود ولی با شروع عالم‌گیری کرونا شتاب بیشتری گرفت (شکل ۹). به طور مثال در سال ۲۰۰۳ یک نفر ۲۸۵ دقیقه را در روز با تنهایی سپری می‌کرد و این عدد در سال ۲۰۲۰ به ۳۳۳ دقیقه رسید. یا مدت زمان با دوستان بودن از ۶۰ دقیقه در روز در سال ۲۰۰۳، به ۳۴ دقیقه در روز در سال ۲۰۱۹ و ۲۰ دقیقه در روز در سال ۲۰۲۰ رسید.



شکل ۹- روند انزوای اجتماعی و رفت و آمد با خانواده و دوستان طی یک دوره تقریباً ۲۰ ساله در آمریکا

در مطالعه‌ای که در کشورهای سراسر دنیا انجام شد، مشخص شد که تنهایی در مردان بیشتر از زنان و در جوامع فردگرا بیشتر دیده می‌شود (۱۴). همچنین تنهایی در جوانان از سایر گروه‌ها بیشتر دیده شد و بعد از آن در سالمندان بیشتر بود. برخی

مطالعات نشان می‌دهد که نوجوانان خاورمیانه نیز به دلیل تغییر ناگهانی در سبک زندگی و سیطره سبک زندگی غربی در حال تبدیل شدن به رتبه‌های بالای شیوع تنهایی در دنیا هستند (۱۵). به بیان دیگر به علت درصد بالای استفاده از شبکه‌های مجازی در کشورهای خاورمیانه، جوانان این کشورها ممکن است گوی سبقت را در مقوله تنهایی از کشورهای غربی نیز ببرایند.

در نظرسنجی که انجمن روانپزشکان آمریکا^{۱۵} در سال ۲۰۲۴ در آمریکا به عمل آورد، ۳۰ درصد جوانان ۱۸ تا ۳۴ ساله اعلام کردند هرروز یا چند بار در هفته احساس بی‌کسی و تنهایی می‌کنند و جوانان مجرد حدوداً دو برابر جوانان متأهل احساس تنهایی داشتند. از مخاطبین سوال شد که "ارتباط با چه کسانی به شما بیشترین حس تعلق خاطر و صمیمیت را می‌دهد؟". در پاسخ، ۶۵٪ بودن با خانواده، ۵۳٪ بودن با دوستان، ۲۰٪ بودن با همسایگان، ۵٪ شرکت در باشگاههای ورزشی، ۴٪ گروه‌های گردشگری و ۳ درصد ارتباطات آنلاین را انتخاب کردند. این پاسخ نشان می‌دهد که حتی در جامعه‌ای برخوردار از پیشرفته‌ترین تکنولوژی ارتباطی، همچنان بودن با خانواده حرف اول را می‌زند (۱۶).

در ژاپن نیز که یکی از پرچالش‌ترین کشورهای دنیا در زمینه تنهایی است، این چالش به حدی جدی شده است که در سه ماهه اول سال ۲۰۲۴ میلادی حدود ۱۷۰۰۰ نفر در تنهایی فوت کردند و پلیس بعد از گذشت مدتی از مرگ آنها آگاه شد که ۸۰ درصد این افراد بالای ۶۵ ساله بودند (۱۷).

شاخه‌های مختلف علوم از جمله پزشکی، اپیدمیولوژی، علوم

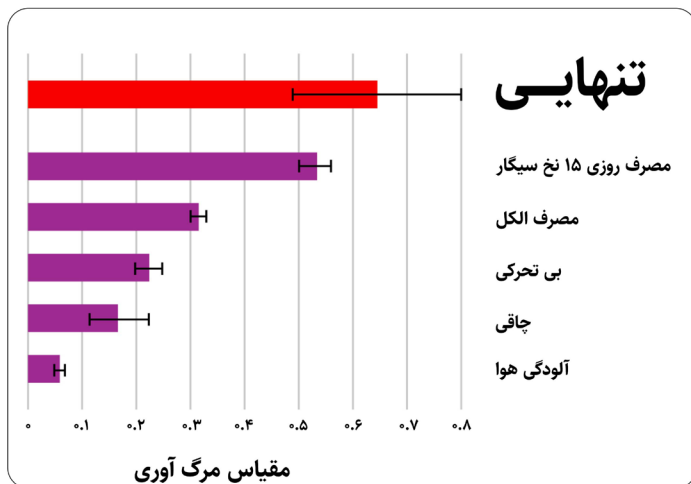
اعصاب، روانشناسی و جامعه‌شناسی همگی به این نتیجه رسیده‌اند که تنهایی تاثیر منفی قابل توجهی بر سلامت جسم، روان، پیشرفت تحصیلی، تولید اقتصادی و سرمایه اجتماعی دارد. در ادامه به تشریح تاثیر تنهایی بر سلامت جسم و روان می‌پردازیم (۱۸).



فصل دوم

تأثيرات تنهائی بر سلامت فرد و جامعه

مطالعات طولی نشان داده‌اند افرادی که احساس تنهایی داشته و یا منزوی هستند و یا کیفیت روابطشان با دیگران خوب نیست طول عمر کمتری دارند. به طوریکه این افراد در طول دوره مطالعه، ریسک مرگشان دو برابر بوده است. همچنین مطالعات نشان داده‌اند تنهایی و انزوای اجتماعی حتی می‌تواند از عوامل خطر رفتاری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل، چاقی، بی‌ تحرکی و عوامل خطر محیطی همچون آلودگی هوا برای انسان مرگ آورتر باشد (شکل ۱۰).



شکل ۱۰- مقایسه قدرت مرگ‌آوری تنهایی با عوامل خطری همچون سیگار کشیدن، چاقی، بی‌تحرکی و آلودگی هوا

از آنجایی‌که تنهایی احتمال وقوع بیماری‌های قلبی عروقی را ۱۶ تا ۲۹ درصد افزایش می‌دهد، انجمن قلب آمریکا آن را به

عنوان یک عامل خطر -مستقل از سن و جنس- برای بیماری‌های قلبی عروقی می‌داند (۱۹ و ۲۰). سکته مغزی نیز در کسانی که از تنهایی مزمن رنج می‌برند با احتمال ۵۶ درصد افزایش می‌یابد. به همین دلیل تنهایی هم اکنون به عنوان یکی از عوامل خطر سکته مغزی تلقی می‌شود (۲۱).

احتمال پرفشاری خون و دیابت نیز در افراد تنها بیشتر است، از سوی دیگر حمایت اجتماعی، احتمال فشار خون بالا را تا ۳۶ درصد کاهش و در عوض تنهایی احتمال دیابت نوع ۲ را دو برابر می‌کند (۲۲). همچنین به علت ضعیف شدن سیستم ایمنی افراد تنها، احتمال ابتلا به بیماری‌های ویروسی از جمله سرماخوردگی و نیز شدید بودن علائم سرماخوردگی بیشتر می‌شود (۱۸). به طوریکه در یک تحقیق مشاهده شد افرادی که روابط بهتر و بیشتری با افراد دور و برشان دارند (اعم از همسر، پدر و مادر، دوستان و همکاران) در مقایسه با افراد منزوی، چهار برابر کمتر دچار سرماخوردگی می‌شوند (۲۳).

در مجموع نشان داده شده است که در سالمندانی که احساس تنهایی می‌کنند، احتمال وقوع تعداد زیادی از بیماری‌ها، افزایش قابل توجه نشان می‌دهد. به طوریکه در سالمندانی که احساس تنهایی کمی دارند، در قیاس با سالمندان تنها، احتمال ابتلا به بیماری‌های معده ۲۵٪، آرتروز ۳۲٪، بیماری‌های انسدادی ریوی ۳۲٪، آسم ۳۹٪ و تومورهای بدخیم ۱۱٪ کمتر است (۲۴).

تاثیر تنهایی بر سلامت روان

افسردگی و اضطراب

مطالعات فراتحلیل نشان داده‌اند که تنهایی احتمال بروز افسردگی را $\frac{2}{3}$ برابر می‌کند (۲۵). در مطالعات کره جنوبی نیز نشان داده شده است که احتمال اختلال اضطراب فراگیر^{۱۶} (با علایمی همچون احساس نگرانی دائمی، مشکل در خوابیدن و عدم احساس آرامش) در افرادی که تنها زندگی می‌کنند تقریباً دو برابر است (۲۶).

کاهش قدرت شناختی و آلزایمر

مطالعات نشان داده‌اند که افراد تنها به تدریج و با گذشت زمان دچار کاهش توانایی شناختی (مانند تمرکز، حافظه، استدلال و فهمیدن معانی نوشتاری و کلامی) می‌شوند (۲۷) و احتمال دمانس یا زوال عقل در آنان حتی تا ۳ برابر افزایش می‌یابد (۲۸).

خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان

مطالعات جدید نشان داده‌اند که روی هم رفته تنهایی عامل خطر بسیار جدی برای خودکشی است. به طوریکه بدون توجه

به سن، احتمال خودکشی در کسانی که احساس تنهایی می‌کنند و یا تنها زندگی می‌کنند تا ۵ برابر افزایش می‌یابد (۲۹). البته تنهایی در سنین نوجوانی و جوانی به مراتب خطرناک‌تر است، به طوریکه در سنین ۱۵ تا ۳۴ سالگی احتمال خودکشی تا $\frac{16}{5}$ برابر افزایش می‌یابد (۲۹).

^{۱۶} Generalised anxiety disorder

علاوه بر این، احساس تنهایی یکی از عوامل خطر مهم رفتارهای خودآسیب رسان از جمله خودزنی است، به طوریکه نشان داده شده است که احتمال رفتارهای خودآسیب رسان در پسران و دخترانی که احساس تنهایی می کنند به ترتیب ۳ و ۴ برابر می شود (۳۰).

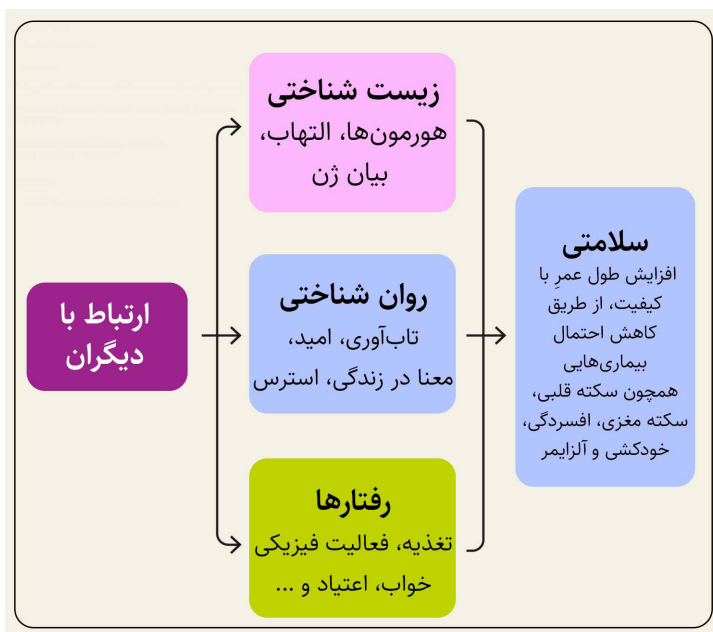
روابط اجتماعی چگونه سبب ارتقای سلامت می شود؟

همانطور که شکل ۱۱ نشان می دهد، برقراری روابط صمیمی با اعضای خانواده، اقوام، دوستان، همکاران و همسایگان از سه مسیر، سبب ارتقای سلامت می شود (۳۱ و ۱۸):

مسیر بیولوژیک

انسان موجودی اجتماعی است و روابط اجتماعی از همان بدو تولد، تأثیر مثبت خود بر سلامتی را نشان می دهد. مثال واضح آن تماس پوست به پوست نوزاد با مادر، بلافاصله پس از تولد و ارتباط صمیمی مادر و فرزند، به ویژه در دو سال اول زندگی است که تأثیرات مادام العمر بر جسم و روان فرزند خواهد داشت. مطالعات نشان داده اند که روابط اجتماعی مثبت، از مسیرهای بیولوژیک ذیل سبب ارتقای سلامت می شود:

- تقویت و تنظیم سیستم ایمنی
- تنظیم سیستم غدد درون ریز-عصبی
- کاهش التهاب در بدن
- کاهش واکنش سیستم قلبی-عروقی
- تنظیم ذخیره میکروبی روده ها
- و بیان ژن



شکل ۱۱- روابط اجتماعی از چه مسیرهایی سبب ارتقاء سلامت می‌شود؟

مسیر روانشناختی

برخورداری از روابط اجتماعی مثبت و توأم با صمیمیت، سبب تسرّی روحیه امید و نشاط به زندگی آدمی می‌شود و زندگی معنا پیدا می‌کند. پروفیسور لاستیگ^{۱۷} استاد برجسته دانشگاه کالیفرنیا که سالها بر مسیرهای غدد درون‌ریز-عصبی تحقیق کرده است یکی از رموز چهارگانه شادمانی و امید در جامعه کنونی را، وجود ارتباط صمیمی در بین اعضای خانواده، اقوام،

^{۱۷} Lustig

دوستان و همسایگان می‌داند (۳۲). انسان وقتی که احساس تعلق خاطر به دیگران داشته باشد، بسیاری از چالش‌های روزمره زندگی برایش استرس‌آور نخواهد بود و به بیان دیگر راحت‌تر مشکلات و کاستی‌های زندگی را می‌پذیرد.

مسیر رفتاری

برخورداری از روابط اجتماعی و عدم احساس تنهایی، سبب می‌شود به دلیل تقویت روحیه نشاط و امید، انسان مراقبت بیشتری از خود کند. یعنی رفتارهای خودمراقبتی و مثبت از قبیل فعالیت فیزیکی (پیاده‌روی، طبیعت‌گردی، رفتن به پارک و باشگاه‌های ورزشی)، شرکت در مراسم و تجمعات مذهبی، استفاده از غذاهای سالم، تنظیم ساعت خواب با رغبت و آرامش بیشتری انجام می‌شود (۳۴). علاوه‌براین، توصیه‌های بهداشتی اطرافیان غمخوار، سبب می‌شود رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف سیگار و الکل با احتمال بیشتری کنار گذاشته شود.

تاثیرات منفی تنهایی بر اجتماع و کشور

در دهه‌های گذشته منابع علمی عمدتاً به تحقیق پیرامون عوارض تنهایی بر سلامت جسم و روان افراد پرداخته‌اند. در حالیکه اخیراً تاثیرات منفی تنهایی بر کلان جامعه نیز، مورد توجه محققین قرار گرفته است (۳۵ و ۳۶). تنهایی، توان اقتصادی خانواده‌ها و به تبع آن جامعه را کاهش می‌دهد، به طوریکه کودکانی که در سن ۱۲ سالگی احساس تنهایی می‌کنند، در ادامه مسیر زندگی احتمال آنکه بیکار بوده و توان اقتصادی کمتری داشته باشند بیشتر خواهد بود (۳۷). به این مفهوم که نه تنها به علت افزایش بار

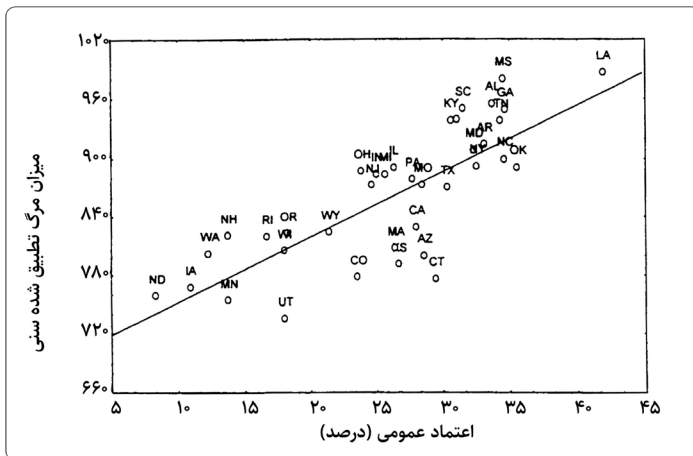
بیماری‌ها، سبب افزایش هزینه‌های درمانی می‌شود، بلکه به علت کاهش انگیزه و امید، سبب کاهش توان اقتصادی خانواده و به دنبال آن معیوب شدن چرخه تولید کشورها می‌شود. از طرفی تنهایی سبب کم‌رنگ شدن روحیه اعتماد، رفتارهای عام المنفعه و دگرخواهانه، حس همدلی، سرمایه اجتماعی و همبستگی اجتماعی در جامعه می‌شود. از سویی مشارکت سیاسی افراد در تعیین سرنوشت و آینده سیاسی شهر و کشورشان و مشارکت در انتخابات نیز کاهش می‌یابد. بنابراین تنهایی جنبه‌های متفاوت پیشرفت اقتصادی، سیاسی و اجتماعی جامعه و کشور را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

اثرات مثبت ارتباطات اجتماعی بر کلان یک جامعه

در جامعه‌ای که روحیه جمع‌گرایی قوی بوده و روابط اجتماعی درون و بیرون خانواده، قوی و سالم باشد، از جنبه‌های متفاوت شاهد شکوفایی خواهیم بود (۱۸):

- به ازای یک واحد افزایش در نمره سرمایه اجتماعی احتمال بقای مردم چنین جامعه‌ای ۱۷ درصد افزایش می‌یابد (۳۹).
- به ازای ۱۰ درصد افزایش در فراوانی کسانی که اعتقاد دارند در منطقه سکونتشان مردم قابل اعتمادند، ۸ درصد میزان مرگ کاهش نشان می‌دهد و این ارتباط تقریباً حالت دوز-پاسخ دارد (۴۰). بر همین اساس، شکل ۱۳ نشان می‌دهد که در ایالت‌های آمریکا که اعتماد عمومی بین مردم کمتر است، میزان‌های مرگ تطبیق شده سنی بیشتر است. میزان اعتماد عمومی در این تحقیق با این سوال سنجیده می‌شد که "بیشتر مردم آگه فرصتی پیش بیاد، ازت سوءاستفاده

میکنن". مطالعه مشابهی در دوران کرونا در ۱۷۷ کشور نیز نتایج مشابهی نشان داد (۴۱). در این مطالعه برخی عوامل



شکل ۱۳- هر ایالتی در آمریکا که مردمش اعتماد بیشتری به یکدیگر دارند، میزان‌های مرگ‌ومیر کمتری دارد.

مرتبط با ابتلا و مرگ ناشی از بیماری کووید-۱۹ از جمله میانگین سن آن کشور، شیوع مصرف سیگار، آلودگی هوا، شیوع بیماری‌های تنفسی و تولید ناخالص ملی، در کنار سرمایه اجتماعی سنجیده شد. با وجودی که تعداد زیادی از متغیرهای اقتصادی و سلامت محور در مدل آماری لحاظ شده بودند، اعتماد اجتماعی همچنان یک متغیر تعیین کننده میزان ابتلا به عفونت و مرگ ناشی از آن بود. به طوریکه دو شاخص اعتماد به دولت و اعتماد به یکدیگر، به ترتیب تا حد ۱۳ و ۴۰ درصد در کاهش میزان ابتلا به کرونا

نقش داشتند.

- مطالعات متفاوت در این زمینه متفق القولند که جوامعی که همبستگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی و مراودات خانوادگی بیشتری داشته باشند، در مواقع بحران همچون سیل و زلزله یکدیگر را بیشتر حمایت می‌کنند (۴۲ و ۴۳). به طور معمول در شروع بحران و قبل از رسیدن هر گونه تیم امداد و نجات، نزدیکترین فرد، همسایه‌ها هستند. در چنین شرایطی است که نقش حفاظتی ارتباطات اجتماعی در افزایش تاب‌آوری مردم یک جامعه، هنگام وقوع بلایا و حتی سازگاری با غم از دست رفتن عزیزان، به خوبی قابل مشاهده است.
- در جوامعی که روابط اجتماعی قوی‌تر باشد، امنیت اجتماعی نیز بالاتر می‌رود. به نحوی که خود مردم به واسطه احساس مسئولیت اجتماعی و همبستگی اجتماعی که با یکدیگر دارند، در تامین امنیت جامعه خود احساس مسئولیت بیشتری می‌کنند (۴۴). به طور مثال یک همسایه از اینکه از خانه همسایه‌ای که سفر کرده صدای خاصی، به گوش رسد، به راحتی نمی‌گذرد، چرا که قبل از سفر، همسایه خانه خود را به او سپرده و هم از قبل، با همسایه مراوده داشته است. در یک مطالعه ۴۰ ساله در آمریکا نشان داده شد که در شهرهایی که ارتباطات اجتماعی قوی‌تر است، میزان وقوع قتل، کیف قاپی و دزدی موتورسیکلت به مراتب کمتر است (۴۵). کارکردی که تا گذشته‌ای نه چندان دور حتی در شهرهای بزرگ شاهد آن بودیم. زنان محله، عصرها دور هم مقابل درب یکی از منازل می‌نشستند و در عین حال نیم‌نگاهی به امنیت محله داشتند!

- از سوی دیگر تاثیر شاخص‌هایی همچون ارتباطات اجتماعی و اعتماد اجتماعی بر رشد اقتصادی و تولید ناخالص ملی به اثبات رسیده است. این تاثیر هم از طریق بهبود کارایی سازمانهای دولتی و هم بخش خصوصی قابل مشاهده است (۴۶). چنین مطالعاتی در کشورمان نیز به همین نتیجه رسیده اند (۴۷). دیده شده در جوامعی که ارتباطات اجتماعی بیشتر باشد همه به فکر هم بوده، دست یکدیگر را گرفته و نرخ بیکاری کمتر می‌شود (۱۸).



فصل سوم

سبب شناسی تنهایی

چهار رویکرد سبب‌شناسی تنهایی

برای پی بردن به دلایل ریشه‌ای تنهایی، لازم است با چهار رویکردی که نظریه‌پردازان، خاستگاه تنهایی را بر آن اساس ریشه‌یابی می‌کنند، آشنا شویم (۴۸).

رویکرد تعامل‌گرایان^{۱۸}: این رویکرد، تنهایی را یا ناشی از محروم بودن فرد از داشتن دوستان صمیمی می‌داند (تنهایی عاطفی ناشی از جدایی‌ها مانند طلاق، یا قهر کردن با دوستان صمیمی یا خانواده) و یا ناشی از عدم ارتباط با دیگران (تنهایی اجتماعی در مواردی همچون مهاجرت و بیکاری). این رویکرد بر این باور است که کیفیت روابط اجتماعی (نه تعداد آنها) نقش اساسی در ایجاد یا پیشگیری از تنهایی دارد. برای مثال، تعاملات سطحی و ظاهری با دیگران ممکن است به تنهایی منجر شود.

رویکرد روان‌پویایی^{۱۹}: این رویکرد، تنهایی را ناشی از تجارب دوران کودکی و نحوه شکل‌گیری دلبستگی در کودکی می‌داند که در سالهای بعد زندگی، خود را نشان می‌دهد. کسانی که در کودکی رابطه خوبی با مادر و پدر خود تجربه نکرده باشند، در بزرگسالی از قابلیت لازم برای برقراری ارتباط و صمیمیت با دیگران برخوردار نخواهند بود.

رویکرد وجودی یا هستی‌گرایانه^{۲۰}: این رویکرد بر این باور است که انسان‌ها از زمان تولد تنها آفریده شده و هنگام مرگ نیز تنها خواهند بود و لذا مهم است که خود را برای این سیر زندگی

۱۸ Interactionist

۱۹ Psychodynamic

۲۰ Existential

آماده کنند تا دچار اضطراب ناشی از تنهایی نشوند. این رویکرد منتقدین زیادی دارد.

رویکرد شناختی^{۲۱}: این رویکرد بر درک افراد از تنهایی تاکید دارد. به این مفهوم که برداشتی که فرد از کیفیت ارتباطاتش با دنیای اطراف دارد، سبب می‌شود که احساس تنهایی بکند یا خیر. توصیه‌های پیشگیرانه در فصول بعدی این کتاب، مبتنی بر رویکردهای اول و دوم خواهند بود.

عوامل زمینه‌ساز تنهایی

عواملی که به نوعی ممکن است زمینه‌ساز تنهایی باشند (عوامل خطر) در سه گروه قابل بررسی هستند؛ عوامل فردی، عوامل بین فردی و عوامل کلان اجتماعی. در ادامه نقش این عوامل توضیح داده خواهد شد.

الف) نقش عوامل فردی

الف-۱) توارث

اگرچه احساس تنهایی با عوامل اجتماعی و فرهنگی ارتباط تنگاتنگ دارد، ولی این نکته را باید در ذهن داشت که استعداد ابتلا به احساس تنهایی تا حدود ۴۰ درصد می‌تواند مربوط به زمینه‌های ارثی باشد (۴۹).

الف-۲) سن

تا چند سال اخیر تحقیقات نشان داده بودند که در دو گروه سنی

جوانی و سالمندی احتمال تنهایی بیشتر است و در این زمینه الگوی U انگلیسی معرفی شده بود؛ به این معنی که در میانسالی این احتمال کمتر می‌شود. اما در تحقیقات فراتحلیل جدید به این نتیجه رسیده‌اند که تنهایی در هر سنی امکان وقوعش وجود دارد (۵۰).

الف-۳) جنس

اگرچه برخی تحقیقات به این نتیجه رسیده‌اند که احتمال تنهایی در مردان بیشتر است، ولی تحقیقات فراتحلیل نشان داده‌اند که تنهایی ارتباط قوی با جنسیت ندارد و به صراحت نمی‌توان گفت تنهایی در مردان بیشتر دیده می‌شود یا زنان (۵۱).

الف-۴) تحصیلات

برخی مطالعات رابطه مثبت و برخی رابطه منفی بین سطح تحصیلات و تنهایی پیدا کرده‌اند، ولی در کل چنین می‌توان گفت که رابطه قابل توجهی وجود ندارد (۵۲).

الف-۵) وضعیت اشتغال

همچون تحصیلات ارتباط قوی بین اشتغال و تنهایی دیده نشده است. به این مفهوم که مطالعات متفاوت نتایج ضد و نقیضی نشان داده‌اند و لذا در مجموع چنین می‌توان گفت ارتباط قابل توجهی وجود ندارد (۵۲).

الف-۶) شرایط مالی

برخی مطالعات نشان داده‌اند که رو به وخامت رفتن شرایط مالی سبب می‌شود که افراد احساس تنهایی کنند (۵۳) ولی

برخی مطالعات نشان داده‌اند که اثری ندارد (۵۴). لذا با صراحت نمی‌توان گفت که وضعیت مالی افراد، عامل تعیین کننده‌ای برای وقوع تنهایی است.

الف-۷) سلامت جسمی

سلامت جسمی و تنهایی اثر دو طرفه بر یکدیگر دارند، یعنی تنهایی یک عامل بیماری‌زا است و از طرفی بیماری‌های جسمی سبب ایجاد و تشدید تنهایی می‌شوند (۵۵).

الف-۸) سلامت روان

برخی خصوصیات شخصیتی با تنهایی ارتباط مستقیم دارند. از جمله افراد مضطرب، بدخلق و حسود با احتمال بیشتری دچار احساس تنهایی می‌شوند. این افراد احتمال آنکه ناکامی‌های کوچک را به یأس، ناامیدی و احساس تنهایی تعبیر کنند، بیشتر است. افراد برون‌گرا (افرادی که تمایل بیشتری به ابراز وجود داشته و رفتار پرانرژی دارند)، نیز با احتمال بیشتری دچار احساس تنهایی می‌شوند (۵۶). همچنین افرادی که از عزت نفس و خودارجمندی پایین‌تری برخوردارند، با احتمال بیشتری دچار عارضه تنهایی می‌شوند.

ب) نقش عوامل بین فردی

ب-۱) بُعد خانوار

هرچه دور و بر یک فرد به خصوص در سالمندی، اعضای خانواده

بیشتری وجود داشته باشد، احساس تنهایی کمتر می‌شود. به همین ترتیب، سالمندانی که در خانه سالمندان نگهداری می‌شوند، احساس تنهایی بیشتری می‌کنند (۵۲).

ب-۲) کمیت و کیفیت روابط با دیگران

داشتن ارتباط صمیمانه با طیف متنوعی از اطرافیان (خانواده، همسایه، دوستان و اقوام) پادزهر تنهایی است. یعنی هم کیفیت مهم است و هم کمیت. منظور از کمیت فقط تعداد دوستان نیست بلکه از آن مهمتر تواتر و تعداد ارتباطات است (۵۲).

ب-۳) حضور در اجتماعات

مشارکت در فعالیت‌های جمعی، به خصوص مراسم مذهبی یکی از عوامل ارتباطی مهم است که اثر پیشگیرانه در برابر تنهایی دارد (۵۷ و ۵۸).

ب-۴) بی‌همسری

نداشتن همسر به دلایلی همچون عدم ازدواج، طلاق و مرگ همسر، سبب افزایش احتمال تنهایی می‌شود. مطالعات نشان می‌دهند که آنقدری که طلاق و وجود مناقشات شدید بین زن و شوهر سبب ایجاد احساس تنهایی می‌شود، مرگ همسر این تاثیر را ندارد (۵۹).

ب-۵) جایگزین شدن گوشی به جای روابط غیرمجازی

تحقیقات نشان داده‌اند که استفاده اعتیادگونه از شبکه‌های مجازی و نیز گوشی همراه (به‌ویژه بیش از ۴ ساعت در شبانه‌روز)

احتمال تنهایی را افزایش می‌دهد (۵۹). به همین دلیل پیش‌بینی می‌شود نسل‌های آینده، به علت بالاتر بودن میزان استفاده از گوشی هوشمند، در معرض ابتلای بیشتری از تنهایی خواهند بود. به جایگزین شدن "ارتباط با گوشی" به جای "ارتباط فیزیکی با آدم‌ها" اصطلاحاً نظریه جایگزینی گفته می‌شود.

ج) نقش عوامل کلان اجتماعی

ج-۱) ساختار جمعیتی

در جوامعی که درصد افراد مجرد بالا باشد (مانند آلمان که بر اساس آمار سال ۲۰۲۵ میلادی به ۴۰ درصد رسیده) و یا خانواده‌های تک نفره متداول باشد (مانند سوئد که در سال ۲۰۲۵ به ۴۵٪ رسیده است) و نیز در جوامع با درصد بالای سالمندان، شیوع تنهایی بیشتر است (۶۰). همچنین در کشورهایی که درصد طلاق یا جدایی بالا باشد، نیز این یافته صدق می‌کند.

ج-۲) تراکم جمعیتی

در کلانشهرها و شهرهای پرجمعیت، تنهایی شیوع بیشتری دارد (۱۸). مثال واضح آنرا می‌توان در زندگی آپارتمان نشینی دید. همسایه‌ها به رغم مجاورت چند ساله، بعضاً حتی فامیل یکدیگر را نمی‌دانند.

ج-۳) نقش فرهنگ

روانشناسان غربی بر این باورند که توصیه‌های روانشناسی که از فرهنگ غربی استحصال می‌شود قابل تعمیم به کل دنیاست، در

حالی‌که شرایط فرهنگی نکته بسیار مهمی است که باید لحاظ شود (۶۱). بسیاری از داشته‌های اصیل فرهنگی ما سرمایه‌هایی است که نباید در زندگی‌ها کمرنگ شوند. به طور مثال، در حالی‌که در سنت دیرینه نوروز، جمع شدن به دور سالمندان یکی از افتخارات ما ایرانیان است، در انگلستان ۵۲٪ سالمندان اظهار می‌کنند که کریسمس تنهاترین ایام برای آنها، در طول سال است. در جوامع خانواده مدار^{۲۲} مانند ایران با توجه به اهمیتی که به خانواده و ارتباطات خانوادگی داده می‌شود، شیوع تنهایی کمتر از جوامع غربی است، ولی این نکته را نیز باید مد نظر داشت که در جوامع شرقی انتظارات افراد نیز به همین نسبت بالاتر است. یعنی به روابط و میهمانی‌های خانوادگی اهمیت بیشتری داده می‌شود و اگر این روابط کمرنگ شود صدمات عاطفی شدیدتری در انتظار جامعه خواهد بود. به بیان دیگر شاید بتوان چنین نتیجه‌گیری کرد که جوامع شرقی در برابر تنهایی آسیب‌پذیری بیشتری دارند (۶۱) و لذا در این کشورها از جمله ایران باید موضوع پیشگیری از تنهایی به صورت پیش‌کنشانه و جدی‌تر از جوامع غربی، مد نظر قرار گیرد.

ج-۴) سابقه مهاجرت

در مطالعات اروپا نشان داده شده است که شیوع تنهایی هم در نسل اول و هم نسل دوم مهاجرین بالاتر از افراد بومی منطقه است (۵۹). تا قبل از این تصور می‌شد احساس تنهایی فقط در کسانی که به تازگی مهاجرت کرده‌اند بیشتر است، در حالی‌که این تحقیق نشان داد که حتی در فرزندان آنها که در همان کشور

به دنیا آمده‌اند، نیز شیوع تنهایی بیشتر است. هرچه تفاوت فرهنگی دو کشور مبدأ و مقصد بیشتر باشد، این احساس تنهایی بیشتر خواهد بود (۶۲).

ج-۵) گروه‌های اقلیتی

یکی از گروه‌هایی که در تمامی مطالعات ثابت شده که احساس تنهایی بیشتر از جمعیت عمومی است، گروه همجنس‌گرایان است (۶۲). حتی در کشورهایی که همجنس‌گرایی توسط دولت‌ها به تایید رسیده است و این پدیده قباح‌ت چندان‌ی ندارد، شیوع تنهایی در این گروه تقریباً دو برابر افرادی است که گرایش طبیعی دارند (۵۹).



فصل چهارم

برای پیشگیری از بحران تنهایی چه باید کرد؟

از آنجایی که هدف اصلی از نگارش این کتاب ارائه الگوهایی برای پیشگیری از تنهایی در جامعه ایرانی است، مهم است که در ابتدا الگوهای پیشگیری، جهت خوانندگان محترم از زوایای گوناگون ترسیم شود. در ابتدا به تعریف اجمالی از ۵ نوع پیشگیری، بر اساس توالی زمانی می‌پردازیم. پس از آن مصادیق پیشگیری از تنهایی و انزوای اجتماعی، در دوره‌های متفاوت زندگی توضیح داده خواهد شد.

الف) پیشگیری آغازین^{۲۳}: در این نوع پیشگیری تاکید بر روزها و ماه‌های اول زندگی، یعنی "دوران داخل رحمی" و "ماه‌های اول پس از تولد" است. با توجه به آنکه تنهایی در واقع مرتبط با نحوه شکل‌گیری و تکامل مغز است و از سویی دنیای علم در سالهای اخیر با توجه به پیشرفت علوم بیولوژی مولکولی، اپی ژنتیک و علوم اعصاب، به مکانیسم‌های مولکولی و اتصالات سیناپسی مغز که زمینه‌ساز مشکلات سلامت روان و اختلالات رفتاری است، بیش از پیش پی برده است، لذا پیشگیری آغازین یا نخستین به تازگی در متون علمی ظهور کرده است (۶۳). در این نوع پیشگیری بر اصلاح سبک زندگی و بهبود رفتارهای والدین نسبت به جنین و شیرخوار تاکید می‌شود که زمان طلایی آن، ۱۰۰۰ روز اول زندگی (۲۷۰ روز دوران بارداری، به علاوه دو ۳۶۵ روز سال اول و دوم زندگی) است. در این دوره اعضای بدن و به‌ویژه مغز، بیشترین انعطاف‌پذیری تکاملی را دارند و کوچکترین اقدامی، تأثیرات مثبت و منفی بر روند تکاملی کودک برجای خواهد گذاشت (۶۴). پیشگیری نخستین بر این پارادایم یا چارچوب فکری استوار است که "رفتارهای والدین" یکی از

^{۲۳} Primal prevention

مهمترین و متأسفانه مغفول‌ترین عوامل خطر بروز بیماری‌های متفاوت جسمی و روانی، در آینده کودک است. به طور مثال اگر کودکان در سال‌های اول زندگی مورد مهر و محبت کافی قرار بگیرند، در آینده تعاملات اجتماعی مثبت‌تری به علت تقویت کارکرد هیپوکامپ مغز خواهند داشت.

ب) پیشگیری اساسی^{۲۴} یا پایه‌ای: نوع دیگری از پیشگیری است که حدود ۴۵ سال از معرفی آن می‌گذرد، لذا نسبت به سایر اقدامات پیشگیرانه از جمله واکسیناسیون، علمی جدید محسوب می‌شود (۶۴). اخیراً نقش پیشگیری اساسی در ارتقای سلامت روان فرد و جامعه، مورد توجه محققین قرار گرفته است. این نوع پیشگیری به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که با هدف پیشگیری از ظهور و پیشرفت عوامل خطر بیماری‌ها انجام می‌شود. این نوع پیشگیری بر جلوگیری از ایجاد شرایط و رفتارهایی تمرکز دارد که منجر به بروز عوامل خطرزا برای سلامت می‌شوند، پیش از آنکه این عوامل خطر در افراد یا جمعیت‌ها ایجاد یا شایع شوند. به بیان ساده‌تر، پیشگیری اساسی یعنی جلوگیری از استقرار و نهادینه شدن عوامل خطر ساز بیماری‌ها. برخی از اقدامات پیشگیری اساسی بر آموزش به مردم، به منظور جلوگیری از استقرار الگوهای فرهنگی نادرست تاکید دارند و برخی ناظر بر سیاستگذاری سلامت و اعمال مقررات هستند (۶۴). مثال‌هایی از پیشگیری اساسی از تنهایی عبارتند از:

- **آگاهی‌بخشی و آموزش:** لازم است مردم از اثرات منفی تنهایی بر سلامت جسمی و روانی آگاه شوند. این می‌تواند از طریق

آموزش به شیوه‌های متنوع در مدارس، محل کار یا سطح جامعه انجام شود.

- **تقویت مهارت‌های اجتماعی:** برنامه‌هایی که به افراد کمک می‌کنند مهارت‌های ارتباطی و ایجاد روابط سالم را بیاموزند، می‌تواند از بروز احساس تنهایی جلوگیری کند.
- **ایجاد فرصت‌های اجتماعی:** فراهم کردن محیط‌هایی برای تعامل اجتماعی، مانند گروه‌های اجتماعی، مجالس مذهبی، میهمانی‌ها، مناسبت‌های ملی-مذهبی، فعالیت‌های گروهی یا برنامه‌های داوطلبانه، می‌تواند نقش موثری داشته باشد.
- **حمایت از سلامت روان در مراحل ابتدایی:** شناسایی و کمک به افرادی که در معرض خطر هستند (مثلاً کسانی که دچار استرس، اضطراب یا افسردگی هستند) می‌تواند از تبدیل این مشکلات به انزوای اجتماعی جلوگیری کند.
- **تقویت روابط خانوادگی و اجتماعی:** ایجاد فرهنگ حمایت خانواده، پایبندی به سنت‌های اصیل و تشویق به ارتباط نزدیک‌تر بین اعضای خانواده یا دوستان، می‌تواند به پیشگیری کمک کند.

ج) پیشگیری نوع اول (اولیه)^{۲۵}: هدف در این نوع پیشگیری، جلوگیری از استقرار بیماری، یا به عبارتی مهار عوامل خطر و بیماری‌زاست. در پیشگیری اساسی هدف جلوگیری از عوامل خطر و زمینه‌ساز بیماری بود، ولی در پیشگیری اولیه یک مرحله دیرتر به سراغ افراد می‌آییم و کاری می‌کنیم که با وجود عوامل خطر، بیماری رخ ندهد. یعنی عوامل خطر را کنترل و یا از بین

می‌بریم. به عنوان مثال، می‌دانیم احتمال تنهایی در کودکانی که از خانواده های تک والد وارد مدرسه می‌شوند، بیشتر است. در چنین شرایطی عامل خطر وجود دارد (خانواده تک والد). مشاور مدرسه با شناسایی این کودکان و والد آنان، با آموزش های لازم به آنها در این زمینه، آگاهی و مهارت لازم را منتقل می‌کند.

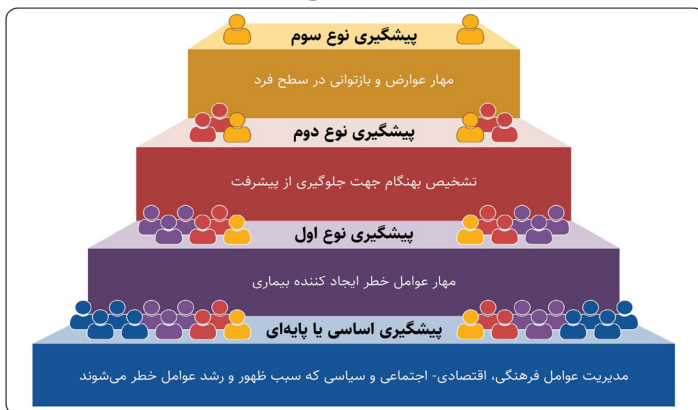
د) پیشگیری نوع دوم^{۲۶}: در این نوع پیشگیری تاکید بر تشخیص زودهنگام و درمان به موقع بیماری است و لذا این نوع پیشگیری نوعاً مترادف با غربالگری است. در حوزه روانشناسی و روانپزشکی ابزار اصلی غربالگری‌ها پرسشنامه است. در زمینه تنهایی پرسشنامه‌های متنوعی وجود دارد که در وبگاه‌های فارسی قابل دانلود هستند.

ه) پیشگیری نوع سوم^{۲۷}: این نوع پیشگیری به کاهش شدت و عوارض بیماری و بازتوانی بیماران معطوف می‌شود. هدف از این نوع پیشگیری، بهبود کیفیت زندگی بیماران و کاهش آسیب‌های ناشی از بیماری است. پیشگیری‌های نوع دوم و سوم اگرچه در عمل، از وخامت و پیشرفت بیماری جلوگیری می‌کنند، ولی ماهیت آنها درمانی است. قریب به اتفاق مقالات و تحقیقات انجام شده پیرامون بحران تنهایی در غرب، در واقع از جنس پیشگیری نوع سوم هستند، یعنی به دنبال آن هستند که شرایط از آنچه که هست وخیم‌تر نشود، چه در جامعه و چه در فرد. سلسله مراتب سطوح پیشگیری در شکل ۱۴ نمایش داده شده است.

^{۲۶} Secondary prevention

^{۲۷} Tertiary prevention

خلاصه آنکه، آن نوع از پیشگیری که ذاتاً مفهوم ارتقاء سلامت داشته و جنس آن برگرفته از مفاهیم فرهنگی ناب است، پیشگیری اساسی است که در انتهای این فصل مصادیق آن با تاکید بر اوائل دوران زندگی توضیح داده خواهد شد.



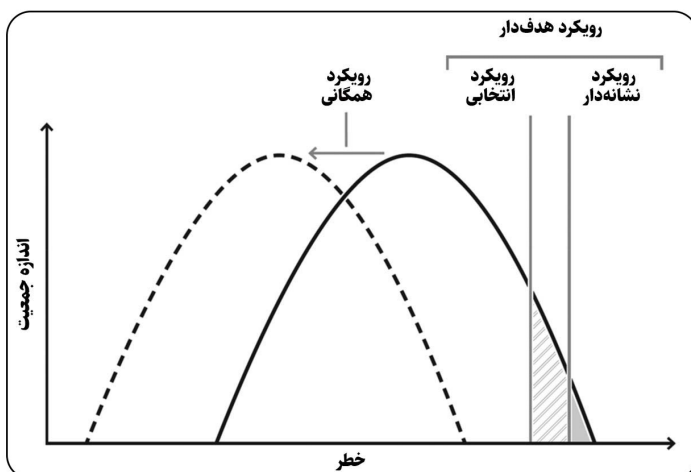
شکل ۱۴- سلسله مراتب سطوح پیشگیری و تعریفی مختصر از هریک در یک تقسیم بندی دیگر، پیشگیری به سه نوع تقسیم می‌شود که شامل پیشگیری همگانی^{۲۸}، انتخابی^{۲۹} و نشانه‌دار^{۳۰} است. هر یک از این رویکردها برای گروه خاصی از افراد و شرایط به کار می‌رود. پیشگیری همگانی برای همه افراد جامعه، بدون در نظر گرفتن سطح خطر آن‌ها، اجرا می‌شود. هدف آن افزایش سلامت عمومی و کاهش احتمال بروز مشکلات در کل جمعیت است، لذا مخاطب آن کل افراد جامعه است، مثلاً آموزش سبک زندگی سالم. پیشگیری انتخابی برای گروه‌هایی از افراد که در معرض

۲۸ Universal

۲۹ Selective

۳۰ Indicated

خطر بیشتری هستند، طراحی شده است. این افراد ممکن است عوامل خطر خاصی داشته باشند، اما هنوز علائم یا بیماری خاصی از خود نشان نداده‌اند. پیشگیری نشانه‌دار برای افرادی استفاده می‌شود که علائم اولیه یا نشانه‌های خفیف یک بیماری را نشان داده‌اند، اما هنوز به طور کامل تشخیص داده نشده‌اند. هدف آن، پیشگیری از پیشرفت بیماری است.

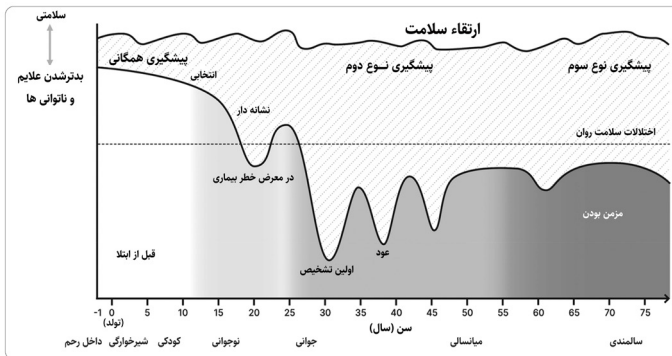


شکل ۱۵- مقایسه سه نوع پیشگیری بر حسب شدت خطر، جمعیت هدف و میزان تاثیر بر جامعه

بر اساس چارچوب پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، این سه نوع پیشگیری، در دل پیشگیری نوع اول (و پیشگیری نوع اساسی) قرار می‌گیرند (۶۵). درصد کمی از افراد جامعه مخاطب دو نوع پیشگیری انتخابی و نشانه‌دار هستند و پیشگیری همگانی است که سبب جابجایی مرزها به سمت ارتقای سلامت (جسمی،

روانی و اجتماعی) جامعه می‌شود (شکل ۱۵).

با توجه به تعاریف فوق و اذعان صاحب‌نظران، پنجره فرصت و اثربخش‌ترین زمان برای پیشگیری از وقوع بیماری‌های روان و اجتماعی -که تنهایی و انزوای اجتماعی هردوی این بیماری‌ها را شامل می‌شوند- از زمان قبل از لقاح تا قبل از وقوع این بیماری‌هاست (قبل از دوران نوجوانی). به طور معمول بیماری‌های شدید روان (از قبیل سایکوز) و مشکلات متداول سلامت روان، عمدتاً از سن نوجوانی به بعد رخ می‌دهند، لذا بسیار مهم است که در سال‌های اول عمر، اقدامات پیشگیری از تنهایی طراحی و اجرا شوند.



شکل ۱۶- جایگاه و اهمیت هریک از سطوح پیشگیری در ارتقاء سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد

اهمیت این سنین در پیشگیری و جایگاه هر یک از سطوح پیشگیری، در شکل ۱۶ آمده است. همانطور که مشاهده می‌شود، پیشگیری همگانی که در واقع جنس آن از نوع پیشگیری اساسی است، عمدتاً در کودکی کارساز است (تا حدود کلاس ششم دبستان).

مصادیق مداخلات "پیشگیری اساسی از تنهایی" در دوره‌های متفاوت زندگی

حال که با انواع طبقه‌بندی و اهمیت هریک از انواع پیشگیری آشنا شدیم، بسیار مهم است که با مصادیق عملی پیشگیری از تنهایی که در ادامه خواهد آمد، نیز آشنا شویم. یکی از رویکردهای مهم برای برای پیشگیری از تنهایی بهره‌گیری از دیدگاه "طول دوره زندگی"^{۳۱} است (۶۴). به این مفهوم که در سبب‌شناسی و بالطبع نسخه‌نویسی پیشگیری از تنهایی، نباید به صورت یک عکس به یک آدم تنها نگاه کرد. بلکه باید به صورت یک فیلم از زمان انعقاد نطفه و به دنبال آن دوران کودکی، به دنبال کشف سرخ‌های تنهایی بود. متأسفانه علم "پیشگیری از تنهایی" به علت نوپدید بودن عارضه تنهایی، اصطلاحاً در "مرحله شیرخوارگی"^{۳۲} به سر می‌برد و تا آنجا که نگارنده این کتاب اطلاع دارد هیچ مقاله یا کتابی به صورت مدون، روش‌های پیشگیری از تنهایی را تبیین نکرده است و عمده منابع علمی، به مقوله درمان و راهکارهای فائق آمدن بر تنهایی پرداخته‌اند. ولی با عنایت به تحقیقاتی که بر رویکرد طول دوره زندگی و "ریشه‌های تکاملی سلامت و بیماری"^{۳۳} تاکید دارند، می‌توان به نتایج ارزشمندی برای پیشنهاد و طراحی مداخلات پیشگیری که عمدتاً بر دوران کودکی تاکید دارند، دست یافت. دوران زندگی شامل پنج مرحله است (دوران قبل از لقاح و رحمی، شیرخوارگی و آوان کودکی، نوجوانی، بزرگسالی و سالمندی) که مهمترین فرصت برای انجام مداخلات پیشگیری سه دوره اول است (یعنی دوران

^{۳۱} Life course approach

^{۳۲} Infancy stage

^{۳۳} Developmental origins of health and disease

قبل از لقاح و رحمی، شیرخوارگی و آوان کودکی و نوجوانی (۶۴). از این‌رو در این بخش، توصیه‌های پیشگیرانه بر اوایل زندگی تاکید دارد، چرا که عمده استراتژی‌های "پیشگیری از تنهایی" معطوف سنین کودکی و نوجوانی و قبل از شکل‌گیری شخصیت است که ذیلاً ارائه خواهند شد. ماهیت مداخلات پیشنهادی این کتاب، از نوع پیشگیری اساسی است، چراکه پیشگیری اساسی بر این نکته تاکید دارد که پیشگیری تا آنجا که امکان دارد در سنین پایین باید اعمال شود. در ادامه نقش سه برهه زمانی مهم (دوران داخل رحمی، دوران شیرخوارگی و آوان کودکی و نوجوانی) در پیشگیری از تنهایی با جزییات بیشتری مورد بحث قرار خواهد گرفت.

الف) تاثیر دوران داخل رحمی

از آنجایی که ردپای بسیاری از مشکلات رفتاری و اختلالات سلامت روان به دوران بارداری باز می‌گردد (۶۶)، بسیار مهم است از اهمیت این دوران حساس در شکل‌گیری مغز غافل نشویم. یکی از مهمترین عوامل خطر مختص دوران جنینی که می‌تواند اثرات ماندگار بر سلامت روان افراد تا پایان عمر داشته باشد، استرس‌های مزمن دوران بارداری است (۶۷). اگرچه هنوز به صورت اختصاصی تحقیقی پیرامون تاثیر استرس دوران بارداری بر احساس تنهایی در بزرگسالی، به چاپ نرسیده است، ولی با توجه به اثبات ارتباط آن با سایر ناخوشی‌های روان، دور از ذهن نیست که آرامش مادر در دوران بارداری، بر تقویت تعاملات اجتماعی فرزند، تاثیرات مثبت داشته باشد (۶۷).

موضوع دیگری که در دوران بارداری، اثرات پایدار بر تکامل مغزی

و رفتاری انسان برجای می‌گذارد، ترکیب ذخیره میکروبی در ۱۰۰۰ روز اول زندگی است (۶۸). برخورداری از تغذیه سالم و کافی در دوران بارداری و شیردهی، تاثیر مثبتی بر سیم‌کشی و مسیر تکاملی سلول‌های مغزی خواهد داشت. خلاصه آنکه با عنایت به قرائن موجود، توجه بر آرامش مادر باردار در دوران بارداری و نیز تغذیه سالم در این دوران، تاثیر تقویت‌کننده بر تعاملات اجتماعی فرزندان در آینده و پیشگیری از تنهایی می‌تواند داشته باشد.

ب) تاثیر دوران شیرخوارگی و آوان کودکی، با تاکید بر سه عامل محوری

بعد از به دنیا آمدن نوزاد، به علت آنکه سلول‌های مغزی همچنان در حال رشد و تکامل سریع هستند-به طوریکه تا ۵ سالگی مغز به ۹۰ درصد رشد خود می‌رسد- شرایط محیطی و عاطفی به شرحی که در ادامه خواهد آمد، تاثیر قابل توجهی بر شکل‌گیری مغز و به تبع آن رفتارهای فرد در بزرگسالی دارد.

ب-۱) تاثیر سبک دلبستگی در دوران شیرخوارگی

دلبستگی^{۳۴} یکی از ارکان بسیار مهم تشکیل زیرساخت‌های تعاملات اجتماعی، از زمان تولد تا ۲ سالگی است. دلبستگی یکی از مفاهیم بنیادین روان‌شناسی است که به رابطه عاطفی و احساسی عمیق و پایدار میان افراد اشاره دارد. در زمینه رابطه مادر و شیرخوار، دلبستگی به پیوند عاطفی و نزدیکی اشاره می‌کند که میان مادر (یا مراقب اصلی^{۳۵}) و کودک از بدو تولد

^{۳۴} Attachment

^{۳۵} Primary caregiver

شکل می‌گیرد و در فاصله ۶ تا ۲۴ ماهگی به اوج می‌رسد. این رابطه برای رشد عاطفی، اجتماعی و شناختی کودک حیاتی است و پایه‌ای برای کیفیت و کمیت روابط او در آینده فراهم می‌کند (۶۹).

دلبستگی میان مادر و شیرخوار از طریق رفتارهایی نظیر لبخند زدن، تماس چشمی، نوازش، تغذیه و واکنش به نیازهای کودک تقویت می‌شود. جان بولبی^{۳۶}، روان‌شناس برجسته، نظریه دلبستگی را مطرح کرد و بیان کرد که این پیوند عاطفی، یک نیاز زیستی است که بقای کودک و تعاملات اجتماعی او در آینده را تضمین می‌کند. او معتقد بود که کودک برای احساس امنیت و آرامش به یک «شخص پایدار» نیاز دارد که بتواند در مواقع استرس و اضطراب به او تکیه کند (۶۹). برای نهادینه شدن دلبستگی ایمن بین مادر و شیرخوار چهار عنصر کلیدی لازم است که توسط مادر (یا مراقب اصلی یا اصطلاحاً دایه) پیاده شود:

عناصر کلیدی دلبستگی مادر و شیرخوار:

۱. **تعامل حساس و پاسخ‌دهی:** زمانی که مادر به نیازهای جسمی و عاطفی کودک (مانند گرسنگی، ناراحتی، یا ترس) با مهربانی و صبوری پاسخ می‌دهد، حس اعتماد و امنیت در کودک شکل می‌گیرد.
۲. **تماس جسمی و عاطفی:** لمس، نوازش، لالایی و تماس چشمی بین مادر و شیرخوار از عوامل مهم تقویت

دلبستگی هستند.

۳. **ثبات و پیش‌بینی‌پذیری:** کودک زمانی احساس امنیت می‌کند که بداند مراقب اصلی‌اش همیشه حضور دارد و به نیازهایش پاسخ می‌دهد.

۴. **ارتباط دوطرفه:** دلبستگی فرایندی تعاملی است که در آن مادر و کودک به نیازها و واکنش‌های یکدیگر پاسخ می‌دهند.

این رابطه در پنج سال اول زندگی کودک بسیار مهم است، زیرا تأثیر مستقیمی بر رشد مغز، تنظیم هیجانات، شکل‌گیری الگوهای رفتاری و تعاملات اجتماعی^{۳۷} او در آینده دارد. دلبستگی ایمن که بواسطه آن کودک احساس امنیت و آرامش می‌کند، به رشد سالم‌تر و ایجاد روابط مثبت در آینده کمک می‌کند (۶۹). دلبستگی ایمن^{۳۸} یکی از انواع الگوهای دلبستگی است که در دوران کودکی شکل می‌گیرد و ناشی از تعاملات گرم، پاسخگو و قابل‌اعتماد والدین یا مراقبان اصلی کودک است. کودکان با دلبستگی ایمن، احساس اعتماد به محیط و افراد پیرامون خود دارند و می‌دانند که نیازهایشان به موقع و مناسب پاسخ داده می‌شود. در آینده، این نوع دلبستگی تأثیر مثبتی بر تعاملات اجتماعی فرد دارد. افراد با دلبستگی ایمن معمولاً:

- روابط نزدیک و صمیمی برقرار می‌کنند.
- در بیان احساسات و نیازهای خود راحت‌تر عمل می‌کنند.
- از نظر عاطفی تعادل بیشتری دارند و در مواجهه با

^{۳۷} socialization

^{۳۸} Secure attachment

چالش‌ها انعطاف‌پذیرتر هستند.

- حس اعتماد و همدلی بیشتری در روابط خود نشان می‌دهند (۷۱ و ۷۰).

این ویژگی‌ها باعث می‌شود که افراد با دلبستگی ایمن، در زندگی شخصی و حرفه‌ای موفق‌تر عمل کرده و روابط پایدارتری بسازند. ارتباط قابل‌توجهی بین سبک دلبستگی در دوران شیرخوارگی و احساس تنهایی در بزرگسالی، وجود دارد (۷۱ و ۷۲).

سبک‌های دلبستگی و تأثیر بر احساس تنهایی:

۱. دلبستگی ایمن:

- کودکانی که در دوران شیرخوارگی دلبستگی ایمن دارند، معمولاً احساس امنیت می‌کنند که مراقبان‌شان در مواقع نیاز حضور دارند.
- این افراد در بزرگسالی روابط اجتماعی و عاطفی پایدارتری دارند و کمتر احساس تنهایی می‌کنند. همچنین خوش‌بینی بیشتری به دیگران دارند.

۲. دلبستگی اضطرابی-اجتنابی:

- این سبک زمانی ایجاد می‌شود که کودک از مراقبان خود پاسخ‌دهی کافی دریافت نکند و مجبور شود نیازهای خود را سرکوب کند.
- این افراد در بزرگسالی تمایل دارند از روابط عاطفی دوری کنند و در برقراری صمیمیت دچار مشکل می‌شوند که می‌تواند به انزوای اجتماعی و احساس تنهایی منجر شود.

۳. دلبستگی اضطرابی-دوگانه:

- این سبک زمانی ایجاد می‌شود که پاسخ‌دهی مراقبان نامنظم و غیرقابل پیش‌بینی باشد.
- افراد دارای این سبک، در بزرگسالی ممکن است احساس ناامنی شدیدی در روابط عاطفی داشته باشند و به دلیل ترس از طرد شدن، احساس تنهایی را تجربه کنند.

۴. دلبستگی آشفته یا بی‌نظم:

- این سبک معمولاً در نتیجه تجارب آسیب‌زا یا بی‌ثباتی شدید در دوران کودکی، ایجاد می‌شود.
 - این افراد اغلب در بزرگسالی دچار مشکلات جدی در اعتماد به دیگران و ایجاد روابط سالم می‌شوند که به احساس عمیق تنهایی و بدبینی نسبت به دیگران منجر می‌شود (۷۱).
- ایجاد دلبستگی ایمن بین شیرخوار و مادر نیازمند توجه، محبت و تعامل مثبت است. در ادامه چند توصیه کاربردی برای کمک به ایجاد یک دلبستگی ایمن در کودک، به عنوان پایه و اساس ارتباطات اجتماعی در آینده خواهد آمد (۶۹-۷۲):

۱- پاسخ‌دهی حساس به نیازها

- به گریه‌ها و نشانه‌های شیرخوار به سرعت و با محبت پاسخ دهید.
- نیازهای اولیه مانند گرسنگی، خواب و آرامش را تأمین کنید.

۲- برقراری تماس جسمی

- نوازش کردن، بغل گرفتن و در آغوش گرفتن نوزاد به شکل

- مکرر، احساس امنیت ایجاد می‌کند.
- تماس پوست به پوست، به‌ویژه در روزها و ماه‌های ابتدایی، بسیار مؤثر است.

۳- ارتباط چشمی و لبخند زدن

- هنگام صحبت با نوزاد یا تغذیه او، ارتباط چشمی برقرار کنید.
- لبخند زدن و نشان دادن احساسات مثبت، باعث می‌شود کودک احساس امنیت کند.

۴- برقراری روتین‌های قابل پیش‌بینی

- برنامه روزانه‌ای برای غذا دادن، خواباندن و بازی کردن داشته باشید.
- این کار به کودک، حس پیش‌بینی‌پذیری و آرامش می‌دهد.

۵- بازی و تعامل مثبت

- بازی‌های ساده مثل «دالی موشه» و صدا درآوردن، توجه نوزاد را جلب می‌کند.
- با صدای آرام و تشویق‌های مثبت، با کودک صحبت کنید.
- یک شیرخوار روزانه ۴۰۰ بار لبخند می‌زند، به لبخندهای او با لبخند پاسخ دهیم.

۶- صبوری و آرامش

- نوزادان ممکن است در بعضی مواقع بی‌قراری کنند؛ سعی کنید آرامش خود را حفظ کنید.
- استرس والدین می‌تواند به نوزاد منتقل شود، بنابراین خودمراقبتی نیز اهمیت دارد.

۷- تقویت ارتباط از طریق تغذیه

- تا حد امکان، شیرخوار شیر مادر بخورد چرا که تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که شیر مادر جدا از خواص متعدد، می‌تواند پیوند عاطفی بین مادر و نوزاد را تقویت کند (۷۳).
- هنگام تغذیه با شیشه نیز، توجه و تماس نزدیک و چشم به چشم با نوزاد، داشته باشید.

۸- اجتناب از تکنیک‌های منفی

- از بی‌توجهی مداوم یا برخورد خشن با نوزاد خودداری کنید.
- انتظارات واقع‌بینانه‌ای از رفتار و نیازهای نوزاد داشته باشید.

۹- درک فردیت کودک

- هر کودک شخصیت و نیازهای خاص خود را دارد؛ به علایم و رفتارهای او حساس باشید و او را با دیگران مقایسه نکنید.
- این توصیه‌ها باعث می‌شود کودک احساس امنیت و عشق کرده و دلبستگی ایمنی به مادرش پیدا کند که این موضوع زیربنای روابط سالم در آینده خواهد بود، چرا که تاثیرات شرایط محیطی آوان کودکی بنا به اذعان محققین، «از گهواره تا گور» باقی خواهد ماند (۷۴). البته دلبستگی به پدر نیز نقش مهمی در کنار دلبستگی به مادر، در آینده تعاملات اجتماعی فرزندان خواهد داشت (۷۵). نقش محوری پدر، حمایت از مادر و کمک به او در ایفای نقش مادری است.

ب-۲) تاثیر تجارب منفی آوان کودکی^{۳۹}

تجارب منفی دوران کودکی، مانند سوءاستفاده‌های جسمی،

^{۳۹} Adverse childhood experiences

عاطفی یا جنسی، بی‌توجهی والدین، یا تجربه محیط خانوادگی ناپایدار، تأثیرات عمیقی بر احساسات و رفتارهای افراد در بزرگسالی از خود برجای می‌گذارد. یکی از پیامدهای رایج این تجارب، احساس تنهایی است که در کشورهای متفاوت به اثبات رسیده است (۷۸-۷۶). تجارب منفی آوان کودکی از طرق متفاوت منجر به تنهایی و انزوای اجتماعی در بزرگسالی می‌شود (۷۶-۸۰):

۱- تأثیر بر اعتماد به دیگران

کودکانی که در محیط‌های ناامن یا بی‌ثبات رشد می‌کنند، ممکن است در بزرگسالی دچار مشکل در اعتماد به دیگران شوند. این بی‌اعتمادی می‌تواند روابط اجتماعی و صمیمانه را محدود کند و به احساس تنهایی منجر شود.

۲- اثر بر عزت نفس

تجارب منفی دوران کودکی معمولاً باعث کاهش عزت نفس و خودارجمندی می‌شود. افرادی که احساس می‌کنند شایسته محبت یا توجه نیستند، ممکن است در برقراری روابط معنادار با دیگران دچار مشکل شوند و در نتیجه، تنهایی بیشتری را تجربه کنند.

۳- تأثیر بر الگوهای فکری

تجارب منفی دوران کودکی ممکن است منجر به شکل‌گیری باورهای منفی درباره دیگران شود، مانند این که «دیگران غیرقابل اعتماد هستند» یا «روابط همیشه به آسیب منجر می‌شوند». این الگوهای فکری می‌توانند فرد را به سمت انزوای اجتماعی

سوق دهند.

۴- الگوهای رفتاری ناسالم

افرادی که در کودکی رفتارهای ناسالم را تجربه کرده‌اند، ممکن است این رفتارها را در روابط بزرگسالی تکرار کنند. این الگوها می‌توانند شامل وابستگی بیش از حد، اجتناب از صمیمیت، یا حتی خصومت باشند که هر یک به انزوای اجتماعی منجر می‌شود. تجربه مداوم روابط دشوار یا آسیب‌زا، می‌تواند آن‌ها را به این باور برساند که انزوای اجتماعی گزینه‌ای امن‌تر است.

۵- مشکلات در تنظیم احساسات

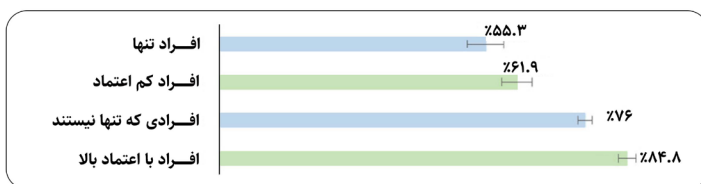
کودکانی که در محیط‌های آسیب‌زا بزرگ شده‌اند، اغلب توانایی کمتری در تنظیم هیجانات دارند. این ضعف می‌تواند منجر به اضطراب، افسردگی، یا انزوا شود که در نهایت احساس تنهایی را تشدید می‌کند.

۶- تأثیر مستقیم بر روابط اجتماعی

افراد با تجارب منفی کودکی معمولاً روابط اجتماعی محدودی دارند، یا توانایی کمتری در حفظ روابط بلندمدت نشان می‌دهند. کمبود روابط حمایتی، به‌ویژه در شرایط استرس‌زا، می‌تواند احساس تنهایی را افزایش دهد.

خلاصه آنکه چند سالی است که محققین به تاثیر بسیار مهم، عمیق و ماندگار تجارب منفی دوران کودکی بر احساس تنهایی و کیفیت و کمیت روابط اجتماعی در بزرگسالی پی برده‌اند. لذا کیفیت روابط والدین با فرزندان و سرمایه گذاری عاطفی در این

سنین را، می‌توان به مثابه واکسنی برای پیشگیری از تنهایی در بزرگسالی، سالمندی دانست. تحقیقات در اتحادیه اروپا نشان داده است که ۵۵ درصد افراد تنها، از رابطه خوب با والدین در کودکی‌شان یاد می‌کنند، در حالی که افراد خوش بین و خونگرم تا ۸۵ درصد اعلام می‌کنند که روابط خوبی با والدینشان در دوران کودکی داشته‌اند (شکل ۱۷).



شکل ۱۷- درصد افرادی که از داشتن روابط خوب با والدین در دوران کودکی گزارش می‌دهند، بر حسب ماهیت ارتباطشان با دیگران در بزرگسالی

راهکارها و امیدواری‌ها

با این حال، مهم است بدانیم که کیفیت ارتباط افراد در کودکی با والدینشان، لزوماً سرنوشت قطعی فرد را تعیین نمی‌کند. روان‌درمانی، گروه‌های حمایتی و ایجاد آگاهی درباره الگوهای رفتاری، می‌تواند به افراد کمک کند تا بر عوارض تجارب منفی دوران کودکی غلبه کنند و روابط سالم‌تری را در بزرگسالی برقرار سازند. همچنین، حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی نقش بسیار مؤثری در کاهش انزوای اجتماعی این افراد ایفا می‌کند. ولی نکته مهم آن است که مادران و پدران نسبت به تبعات ماندگار تجارب منفی دوران کودکی پی‌ببرند و از طرفی افرادی که قربانی چنین شرایطی در کودکی بوده‌اند، امیدوار باشند که می‌توانند

مسیر زندگی خود را با شناخت تأثیرات این تجارب و تلاش برای تغییر، تحت تأثیر قرار دهند و کیفیت زندگی و روابط اجتماعی خود را بهبود بخشند.

ب-۳) تأثیر سبک فرزندپروری

سبک فرزندپروری عامل مهم دیگری است که بر مهارت‌های اجتماعی نوجوان اثرگذار است (۸۱ و ۸۲). در یک تقسیم بندی سبک‌های فرزندپروری بر چهار نوع هستند (شکل ۱۸):



شکل ۱۸- چهار سبک فرزندپروری

مقتدرانه:^{۴۰} ترکیبی از محبت و نظارت منطقی. والدین در این سبک هم حمایت عاطفی ارائه می‌دهند و هم قوانین و انتظارات واضحی

۴۰ Authoritative

دارند. افرادی که در محیطی با این سبک بزرگ می‌شوند، معمولاً مهارت‌های اجتماعی قوی‌تر و روابط عمیق‌تری در بزرگسالی دارند و احتمال احساس تنهایی در آن‌ها کمتر است.

مستبدانه:^{۴۱} تمرکز بر کنترل و انضباط با محبت کمتر. این والدین قوانین سختگیرانه‌ای دارند و از انعطاف‌پذیری کمی برخوردارند. این سبک ممکن است منجر به اضطراب اجتماعی و کاهش اعتمادبه‌نفس شود که می‌تواند در بزرگسالی به انزوای اجتماعی و احساس تنهایی بینجامد.

سهل‌گیرانه:^{۴۲} محبت زیاد با کنترل کم. والدین در این سبک کمتر بر رفتارهای فرزندان نظارت دارند. گرچه این افراد ممکن است در روابط اجتماعی راحت‌تر باشند، کمبود نظارت والدین می‌تواند منجر به مشکلات در ایجاد روابط پایدار شود.

بی‌اعتنا:^{۴۳} کمترین میزان محبت و نظارت. این والدین معمولاً نیازهای عاطفی و روانی کودک را نادیده می‌گیرند، نظارتی هم بر کودک وجود ندارد. کودکانی که در این شرایط بزرگ می‌شوند، اغلب احساس طرد شدن یا بی‌ارزشی می‌کنند که ممکن است در بزرگسالی به احساس شدید تنهایی منجر شود.

به طور خلاصه کودکانی که در خانواده‌های با سبک فرزندپروری مقتدرانه رشد کرده باشند، کمترین احساس تنهایی را در بزرگسالی تجربه خواهند کرد.

^{۴۱} Authoritarian

^{۴۲} Permissive

^{۴۳} Neglectful

ج) تاثیر دوران نوجوانی

کم کم که کودک پای به سن مدرسه می گذارد چند عامل ممکن است سوق دهنده او به سمت تنهایی، چه در نوجوانی و چه در بزرگسالی شد:

- یکی از این عوامل "بُعد خانوار" است. به خودی خود کودکان تک فرزند، همواره از احساس تنهایی و نداشتن خواهر و برادر، ابراز ناخرسندی می کنند. در آمریکا اگرچه درصد خانواده های تک فرزند زیاد است، ولی اکثر مردم داشتن "یک فرزند" را نقطه ضعف می دانند (۸۳). تک فرزندها به علت آنکه از تعاملات روزمره با خواهر و برادر محروم بوده اند، در فرآیند اجتماعی شدن دچار نقیصه هایی خواهند بود (۸۳). داشتن خواهر و برادر یکی از سرمایه های اجتماعی مهم برای هر فرد است که در طول عمر یک حائل در برابر تنهایی است (شکل ۱۹). پروفسور کامرون^{۴۴} اقتصاددان استرالیایی اظهار می دارد در دوران کودکی، مهدکودک و بچه های دوستان و اقوام، هیچگاه جایگزین خواهر و برادر نمی شوند (۸۴). در گزارش جراح کل آمریکا^{۴۵} در سال ۲۰۲۳ میلادی یکی از دلایل فراگیر شدن احساس تنهایی و انزوای اجتماعی در آمریکا، کم شدن بُعد خانوار اعلام شده است (۱۸). کم شدن تعداد فرزند در خانواده، جدا از موضوع تنهایی یکی از دلایل مخدوش شدن کارکرد تربیتی خانواده و آسیب های اجتماعی در

^{۴۴} Professor Lisa Cameron

^{۴۵} Surgeon general

بزرگسالی از جمله اعتیاد دانسته شده است (۸۵).



زن و مرد یا در محل کارند یا در آن‌ریشه‌اش، کوچک و بزرگ یا بای
تلویزیون‌در و یا با گوشی‌هایشان و در میان این همه هیاهو، معجزه
است اگر چشمه زندگی نشکند!

شکل ۱۹- در جامعه مدرن، تک‌فرزندی به خودی خود پایه‌گذار تنهایی تا پایان عمر است!

- عامل دیگری که حس تنهایی را در نوجوان امروزی دامن می‌زند، پدیده‌ای است به نام آفلوئنزا^{۴۶}. "آفلوئنزا" اصطلاحی ترکیبی از ثروت^{۴۷} و آنفلوآنزا است و به نوعی حالت روان‌شناختی اشاره دارد که در آن افراد، به‌ویژه جوانانی که در خانواده‌های ثروتمند بزرگ شده‌اند، دچار حس عدم مسئولیت‌پذیری، فقدان همدلی، احساس تنهایی و بی‌کسی و وابستگی شدید به ثروت و مادیات می‌شوند. این مفهوم بیشتر در روان‌شناسی

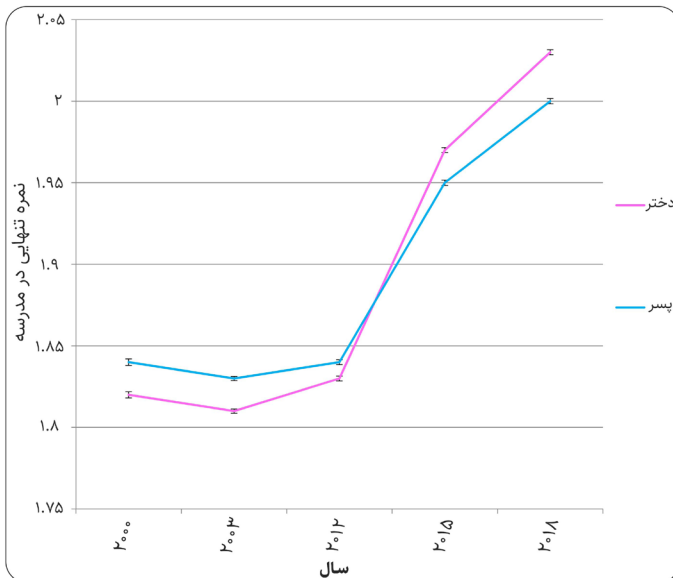
^{۴۶} Affluenza

^{۴۷} Affluence

اجتماعی و فرهنگی، مورد بحث قرار می‌گیرد. این افراد ممکن است با وجود داشتن منابع مالی فراوان، احساس بی‌هدفی و بی‌معنایی کنند. افرادی که دچار افلوئنزا هستند، با وجود منابع مالی زیاد، ممکن است به دلیل عدم ارتباط عمیق با دیگران، دچار احساس تنهایی شوند. در واقع، ثروت و امکانات مادی نمی‌توانند جایگزین روابط انسانی معنادار و احساس تعلق شوند. این دو مفهوم به ما یادآوری می‌کنند که احساس رضایت و خوشبختی، بیشتر از منابع مالی، به کیفیت روابط اجتماعی و حس معنا، بستگی دارد. یکی از دلایل مهم این عارضه، کم وقت گذاشتن خانواده‌ها برای فرزندان و حل شدن والدین در دنیای کار است (۸۶).

- استفاده بی‌رویه از "شبکه‌های اجتماعی"، یکی دیگر از عوامل تنهایی در این گروه سنی است (۸۷). ارتباط تنهایی و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی، یک ارتباط دوسویه است و این دو عامل می‌توانند به شکل پیچیده‌ای به یکدیگر وابسته باشند و یک چرخه معیوب ایجاد کنند (۸۸). مطالعه‌های طولی بر یک میلیون نوجوان ۳۶ کشور دنیا نشان می‌دهد که همزمان با فراگیر شدن استفاده از شبکه‌های اجتماعی (سال ۲۰۱۲ میلادی)، کاهش تدریجی سلامت روان در این گروه سنی سال به سال نمایان‌تر می‌شود (۸۷). از این سال به بعد نمره احساس تنهایی دانش آموزان مدارس، با یک رشد ناگهانی مواجه شد (شکل ۲۰) و به همین

علت صاحب‌نظران تاکید دارند که استفاده از گوشی هوشمند باید در مدارس قدغن شود (۸۹). بسیاری از کشورها از جمله فرانسه، انگلستان، هلند و اسپانیا چند سالی است که استفاده از گوشی هوشمند را در مدارس ممنوع اعلام کرده‌اند. اگرچه ممکن است افراد برای کاهش احساس تنهایی به شبکه‌های اجتماعی روی آورند و این پلتفرم‌ها بتوانند به ظاهر ارتباطات اجتماعی فراهم کنند، اما اغلب نمی‌توانند جایگزین ارتباطات عمیق و معنادار انسانی شوند.



شکل ۲۰- افزایش نمره احساس تنهایی در مدارس ۳۶ کشور جهان هم‌زمان با فراگیر شدن استفاده از گوشی هوشمند

تجربه تعاملات سطحی، مقایسه اجتماعی و ترس از بقیه جا ماندن (FOMO^{۴۸}) می‌تواند احساس انزوا را تشدید کند. افراد در شبکه‌های اجتماعی اغلب زندگی دیگران را با زندگی خود مقایسه می‌کنند. دیدن نسخه‌های زیبا و ایده‌آل‌شده از زندگی دیگران، ممکن است احساس فلاکت و تنهایی را افزایش دهد (۸۹).

- عامل دیگری که در پیشگیری از تنهایی از همان آوان کودکی تاثیرگذار است، "رفت و آمدهای خانوادگی والدین" است. رفت‌وآمدهای خانوادگی یکی از ابزارهای مؤثر در اجتماعی کردن کودکان و نوجوانان است. این تعاملات به کودکان و نوجوانان کمک می‌کند مهارت‌های ارتباطی، همدلی، همکاری و مسئولیت‌پذیری را یاد بگیرند (۹۰). رفت‌وآمدهای خانوادگی نه تنها فرصتی برای اجتماعی کردن کودک است، بلکه به تقویت روابط خانوادگی و رشد عاطفی و اجتماعی او نیز کمک می‌کند. با برنامه‌ریزی منظم، تشویق به مشارکت و الگو بودن در مراودات خانوادگی، می‌توان این فرصت‌ها را به بهترین شکل ممکن برای تربیت اجتماعی کودک به کار برد. در ادامه، راه‌هایی برای استفاده از رفت‌وآمدهای خانوادگی به‌منظور اجتماعی کردن کودکان بیان شده است:
- **دعوت از اقوام و دوستان به خانه:** با دعوت منظم از اعضای خانواده و دوستان، فرصت‌هایی برای کودکان ایجاد کنید تا در محیطی آشنا، با دیگران تعامل داشته باشند.
- **میهمانی رفتن:** بردن کودک به خانه دیگران باعث

^{۴۸} Fear of missing out

می‌شود او تجربه‌ی دیدن محیط‌های مختلف و یادگیری رفتارهای اجتماعی در شرایط جدید را داشته باشد.

- **بازی‌های گروهی:** بازی‌هایی که نیاز به همکاری یا رقابت سالم دارند، به کودکان کمک می‌کنند مهارت‌های تیمی را یاد بگیرند.

- **کمک در پذیرایی:** از کودکان بخواهید در آماده‌سازی و پذیرایی از مهمانان مشارکت کنند تا مسئولیت‌پذیری و تعامل را تمرین کنند.

- **برگزاری جشن‌ها و مناسبت‌ها:** برگزاری مناسبت‌های خانوادگی مانند تولدها، عیدها و مشارکت فعالانه کودکان در مراسم مذهبی، فرصتی عالی برای تعاملات اجتماعی کودک است.

- **ارتباط با همسایگان:** شناخت و رفت و آمد با همسایه یکی از ارکان اجتماعی شدن کودک است.

- یکی از عوامل دیگر که منجر به انزوای اجتماعی و احساس تنهایی در کودکی و نوجوانی و ماندگار شدن آن تا پایان عمر می‌شود، "کم بودن عزت نفس" است. افرادی که عزت نفس پایینی دارند، ممکن است خود را کمتر ارزشمند بدانند و از اینکه دیگران آنها را قضاوت کنند، هراس داشته باشند. این احساس می‌تواند باعث شود که از تعاملات اجتماعی دوری کنند که خود منجر به انزوای اجتماعی می‌شود (۹۱). انزوای اجتماعی ایجاد شده خود می‌تواند به شکل یک چرخه معیوب عمل کند. عزت نفس پایین باعث انزوای بیشتر می‌شود و انزوای بیشتر نیز به کاهش بیشتر عزت نفس منجر می‌شود. برای بالابردن عزت نفس فرزندانمان باید به

آنها نشان دهیم که دوستشان داریم و آنها برای ما مهم هستند. در تصمیم‌گیری‌های خانوادگی به نظر آنها اهمیت دهیم و در صورت موفقیت در کارها، از آنها تشکر و قدردانی کنیم. از طرفی بیش از حد آنها را حمایت و بزرگ نکنیم و سعی نکنیم تمام مشکلات آنها را خودمان حل کنیم، اجازه دهیم طعم شکست را بچشند (۹۲). چنان‌چه ما از همان کودکی با تأکید بر نکات مثبتِ فرزندانمان، ویژگی‌های آنها را به خودشان بشناسانیم و نقاط ضعف آنان را با هدفِ اصلاح نشان دهیم، کم‌کم کودکانمان یک نگاه مثبت به خود پیدا می‌کنند، این عامل در شکل‌گیری عزت‌نفس نقش اساسی داشته و در پیش‌گیری از تنهایی در آینده او نقش مهمی خواهد داشت (۶۵).

فصل پنجم

پیشگیری اساسی از تنهایی در فرهنگ

اصیل ایرانی-اسلامی

پیشگیری اساسی بر این مفهوم استوار است که از آوان کودکی که مغز بیشترین شکل پذیری را دارد، سعی کنیم که بستر برای شکل‌گیری عوامل خطر فراهم نشود. در حوزه تنهایی مفهوم پیشگیری اساسی این است که از استقرار الگوهای نادرست فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی که سبب شکل‌گیری و دامن زدن به تنهایی می‌شود، جلوگیری نماییم. در حالی‌که در دنیای غرب پارادایم حاکم بر مقابله با تنهایی، واکنشی (درمانی) است، ما در فرهنگ اصیل ایرانی-اسلامی باید اولویت اول را به اقدامات پیش‌کنشی (پیشگیرانه) دهیم، یعنی نگذاریم داشته‌های فرهنگی‌مان تحت‌الشعاع نفوذ فرهنگ غربی شود. تنهایی زاییده فرهنگ فردگرایی است که در دنیای غرب کاملاً ریشه دوانده و گرد و خاکش به کشور ما -به خصوص کلانشهرها- رسیده است، لذا پرداختن به آن یک ضرورت و در عین حال فوریت است.

قبل از پرداختن به آموزه‌های ایرانی-اسلامی پیرامون پیشگیری از تنهایی، ذکر این نکته ضرورت دارد که در مطالعه اشعار فارسی بین دو نوع تنهایی، یعنی "تنهایی خودخواسته" و "احساس تنهایی و دلتنگی" تمایز قائل شویم. آنچه که هدف این کتاب است احساس تنهایی و دلتنگی ناشی از آن است (گونه مدرن تنهایی که مولود مدرنیسم رو به افول غربی است) که شعرا آنرا تقبیح کرده‌اند. چنانچه که حافظ می‌گوید:

سینه مالامال درد است ای دریغا مرهمی

دل ز تنهایی به جان آمد خدا را همدمی

و یا مولوی بیان می‌دارد که:

بیا بیا که شدم در غم تو سودایی
درآ درآ که به جان آمدم ز تنهایی

و همچنین سعدی چنین می‌سراید:

ترسم از تنهایی، احوالم به رسوایی کشد
ترس تنهایی‌ست و نه بیم رسواییم نیست

کشور عزیزمان ایران، با تاریخ و فرهنگ غنی خود، سرشار از آداب و سنن اجتماعی است که نقش مهمی در تقویت روابط خانوادگی و اجتماعی و پیشگیری از تنهایی دارند. این آداب به نوعی ترویج‌دهنده دور هم بودن و ایجاد حس همبستگی در جامعه ایرانی است. برخی از مهم‌ترین این آداب و سنن عبارت‌اند از: مراسم دید و بازدید عید نوروز، دور همنشینی شب یلدا، مراسم عروسی و جشن‌ها و ...

بهره‌گیری از آموزه‌های دینی به منظور پیشگیری اساسی از تنهایی

اسلام به عنوان دینی جامع و انسان‌محور، توصیه‌هایی برای کاهش تنهایی و افزایش پیوندهای اجتماعی ارائه می‌دهد. توصیه‌های دین اسلام راهنمایی‌هایی ارزشمند برای بهبود روابط اجتماعی و تقویت همبستگی میان افراد ارائه می‌دهد که پایبندی به آن مسیر تنهایی را در زندگی مسدود می‌کند. در ادامه برخی از راهکارهای پیشگیری از تنهایی، از منظر اسلام آورده شده است. چهارده توصیه‌ای که ذیلاً ارائه شده است، همگی شیوه‌هایی است که در صورت کاربست آن در زندگی، مسیرهای ورود تنهایی

به زندگی به خودی خود محو می‌گردد (۹۳-۹۵).

۱- ارتباط با خانواده و اقوام

اسلام به روابط خانوادگی بسیار اهمیت داده است و حفظ صله رحم (ارتباط با خویشاوندان) را از واجبات می‌داند. پیامبر اسلام (ص) می‌فرماید: «هر کس دوست دارد که عمرش طولانی و روزی اش زیاد شود، تقوای الهی پیشه و صله رحم کند»^{۴۹}. دیدار، گفتگو و حمایت از اعضای خانواده و اقوام می‌تواند احساس تنهایی را کاهش دهد.

۲- ازدواج

ازدواج یکی از راه‌های مؤثر برای پیشگیری از تنهایی است. اسلام به ازدواج به عنوان سنت پیامبر تأکید کرده و آن را مایه آرامش و تکامل انسان می‌داند. قرآن کریم می‌فرماید: «و از نشانه‌های او این است که برای شما از جنس خودتان همسرانی آفرید تا در کنارشان آرامش یابید» (سوره مبارکه روم: ۲۱)

ازدواج می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر پیشگیری از تنهایی داشته باشد، اما این تأثیرات به کیفیت ارتباطات و انتظارات طرفین بستگی دارد. به بیان دیگر هرچه کارکرد زندگی مشترک در مسیر صحیح‌تر و مثبت‌تری قرار گیرد، تأثیر آن در پیشگیری از تنهایی مشهودتر خواهد بود. چرا که ازدواج فرصتی برای برقراری رابطه عمیق عاطفی و حمایت روانی فراهم می‌کند و داشتن یک شریک زندگی که در لحظات سخت و شادی‌ها همراه باشد، می‌تواند از ایجاد حس تنهایی جلوگیری کند. علاوه بر این ازدواج معمولاً

دسترسی به یک شبکه گسترده‌تر از خانواده و دوستان شریک زندگی را نیز فراهم می‌کند که می‌توانند منجر به افزایش حمایت اجتماعی شود. همچنین در دوران سالمندی، داشتن شریک زندگی، فرزندان و نوه‌ها می‌توانند از انزوا جلوگیری کند و منبع آرامش و همراهی باشد.

۳- داشتن فرزند

فرزند داشتن می‌تواند به طرق مختلفی بر کاهش احساس تنهایی تأثیر بگذارد. وجود فرزندان اغلب باعث افزایش تعاملات اجتماعی می‌شود. والدین ممکن است از طریق مدرسه، فعالیت‌های ورزشی، یا جمع‌های خانوادگی با افراد بیشتری در ارتباط باشند. این تعاملات می‌تواند به کاهش حس انزوای اجتماعی کمک کند. از طرفی فرزند داشتن معمولاً حس مسئولیت‌پذیری و معنا را در زندگی افزایش می‌دهد. این حس هدفمند بودن، می‌تواند از بروز تنهایی روانی و عاطفی جلوگیری کند. در نهایت آنکه فرزندان، منبع حمایتی مهم برای والدین در دوران پیری هستند. حضور فرزندان و ارتباط منظم با آنها می‌تواند حس حمایت و همراهی را افزایش دهد. دعای حضرت زکریا (ع) برای داشتن فرزندی پاک‌سرشت، نشان‌دهنده اهمیت فرزند در زندگی است (سوره آل عمران: ۳۸). خداوند در آیه ۷۲ سوره نحل از نعمت همسر و فرزندان به عنوان بخشی از نعمات خود یاد می‌کند.

۴- دوستی و معاشرت با افراد صالح

اسلام توصیه می‌کند با افراد نیک و صالح معاشرت کنید. پیامبر اکرم (ص) فرموده‌اند: «همنشین شایسته، مانند عطر فروش است.

اگر از عطرش به تو ندهد، بوی عطرش به تو خواهد رسید^{۵۰}». یکی از ارکان ماندگاری دوستی‌ها، صداقت و پرهیز از دورویی در ارتباطات است. روابطی که بر اساس صداقت بنا شده‌اند، به طور معمول پایداری بیشتری دارند.

۵- ذکر و یاد خدا

ذکر گفتن، نماز و یاد خداوند باعث آرامش دل و کاهش اضطراب و تنهایی می‌شود. قرآن کریم می‌فرماید «آگاه باش که با یاد خدا دلها آرامش می‌یابد» (سوره مبارکه رعد: ۲۸). برای پیشگیری از احساس تنهایی، می‌توان از پیام عمیق آیه شریفه ۱۶ سوره ق بهره برد. این آیه یادآور نزدیکی و حضور دائمی خداوند در زندگی انسان است. اینکه باور قلبی داشته باشیم که خداوند در هر لحظه و در هر مکانی همراه ماست و هیچگاه ما را رها نمی‌کند، دیگر احساس تنهایی نمی‌کنیم. سعدی در این‌باره در گلستان می‌فرماید:

دوست نزدیک تر از من به من است

وین عجب‌تر که من از وی دورم

چه کنم با که توان گفت که او

در کنار من و من مهجورم

۶- مدارا با مردم

مدارا کردن با مردم و سرلوحه قرار دادن اصل گذشت در ارتباطات، سبب نزدیک شدن دلها به یکدیگر می‌شود. امام علی(ع)

می‌فرمایند: خوشا به سعادت کسی که در راه اطاعت خدا با مردم اُنس بگیرد و مردم نیز با او اُنس بگیرند.^{۵۱}

سعدی در بوستان چنین می‌سراید:^{۵۲}

به نرمی ز دشمن توان کرد دوست
چو با دوست سختی کنی دشمن اوست

به اخلاق با هر که خواهی بساز
اگر زیر دست است و گر سرفراز

۷- صلح و رفع اختلافات

پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: «برترین صدقه، اصلاح میان افراد است».^{۵۳} هدف از این رویکرد، برقراری آشتی و ایجاد روابط مبتنی بر محبت، همدلی و همزیستی مسالمت‌آمیز میان افراد و جوامع است.

۸- یاری رساندن به دیگران

امام صادق (ع): «هر کس یک نیاز از برادر مؤمن خود را برآورده سازد، خداوند عزّ و جلّ در روز رستاخیز صد هزار نیاز او را برآورد».^{۵۴} کمک به نیازمندان، بازدید از بیماران و یاری کردن دیگران از توصیه‌های مؤکد اسلام است. این اعمال نه تنها ثواب دارد بلکه باعث ایجاد ارتباطات انسانی و کاهش حس انزوا می‌شود.

۵۱ بحار الأنوار، ج ۷۸، ص ۵۶، ح ۱۱۲

۵۲ بوستان سعدی، باب چهارم

۵۳ منتخب مسند عبد بن حمید، ص ۱۳۵

۵۴ الکافی: ۲/۱۹۳/۱

۹- حُسن خلق و رفتار نیکو

پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: «نزدیک‌ترین شما به من در روز قیامت و سزاوارترین شما به شفاعت من، راست‌گوترین، امانت‌دارترین، خوش‌اخلاق‌ترین و نزدیک‌ترین شما به مردم است»^{۵۵}. خوش‌اخلاقی در ارتباط با دیگران نقش مهمی در ایجاد روابط مثبت و پایدار دارد. افرادی که خوش‌اخلاق هستند، با مهربانی، احترام و همدلی با دیگران رفتار می‌کنند و همین ویژگی باعث جلب اعتماد و علاقه‌ی اطرافیان می‌شود. این رفتارها روابط صمیمانه‌تر و عمیق‌تری را شکل می‌دهند و مانع از انزوای اجتماعی و احساس تنهایی می‌شوند. به طور کلی، خوش‌اخلاقی فضایی دلپذیر برای تعاملات انسانی ایجاد می‌کند و ارتباطات اجتماعی را تقویت می‌کند. در ابتدای آیه ۱۵۹ سوره مبارکه آل عمران چنین بیان می‌شود که «به سبب رحمت خداست که تو با آنها اینچنین خوشخوی و مهربان هستی. اگر تندخو و سخت‌دل می‌بودی از گرد تو پراکنده می‌شدند». از این آیه می‌توان این درس را گرفت که خداوند تأکید می‌کند که ویژگی نرم‌خویی پیامبر (ص) باعث جذب مردم به ایشان شده است. اگر پیامبر (ص) تندخو و سخت‌دل بود، مردم از اطراف او پراکنده می‌شدند. این نکته نشان می‌دهد که اخلاق خوش و برخورد مهربانانه از ابزارهای مهم موفقیت در برقراری و تداوم ارتباط با دیگران است.

۱۰- حضور در اجتماع

یکی از برکات مهم حضور در مساجد و شرکت در نماز جماعت و

سایر مراسم مذهبی از جمله مراسم سوگواری حضرت ابا عبدا... الحسین (ع) فراهم شدن فرصتی برای ایجاد ارتباط با دیگران و پیشگیری از تنهایی است. شرکت در سایر فعالیت‌های اجتماعی و خیرخواهانه با هدف انجام کارهای خیر و کمک به دیگران مورد تأکید دین مبین اسلام است. این فعالیت‌ها علاوه بر ایجاد حس مفید بودن، فرصت آشنایی با افراد جدید را نیز فراهم می‌کند.

۱۱- ورزش و تفریح و طبیعت‌گردی

پیامبر اکرم (ص) می‌فرمایند: «تفریح و بازی کنید؛ زیرا من خوش ندارم که در دین شما، سختی و خشونت دیده شود»^{۵۶}. این فعالیت‌ها نه تنها به بهبود سلامت جسمانی کمک می‌کنند، بلکه تأثیرات مثبتی بر سلامت روانی و اجتماعی نیز دارند. شرکت در فعالیت‌های ورزشی گروهی مانند فوتبال، والیبال یا کلاس‌های ورزشی، فرصتی برای ملاقات با افراد جدید و گسترش شبکه‌های اجتماعی فراهم می‌کند.

همچنین سفرهای دسته‌جمعی به طبیعت یا کوهنوردی باعث ایجاد ارتباطات عمیق‌تر میان افراد می‌شود و حس تعلق اجتماعی را تقویت می‌کند.

۱۲- تکریم سالمندان

آیات قرآن به طور مستقیم و غیرمستقیم بر اهمیت احترام و توجه به والدین و سالمندان تأکید دارد. تکریم سالمندان و ایجاد محیطی که در آن احساس ارزشمندی کنند، می‌تواند از تنهایی و انزوای آنان پیشگیری کند. این رفتار نه تنها به سعادتی فردی

و خانوادگی کمک می‌کند، بلکه جامعه‌ای همدل و مهربان‌تر می‌سازد.

آیه ۱۵ سوره احقاف نشان‌دهنده اهمیت رفتار شایسته و محبت‌آمیز به والدین است، به‌ویژه در دوران پیری که نیاز بیشتری به محبت و همراهی دارند. در آیه ۲۳ سوره اسراء، حتی کوچک‌ترین رفتار ناخوشایند (مانند گفتن «اُف») نهی شده و بر گفتار و رفتار کریمانه تأکید شده است. چنین رفتارهایی از تنهایی و بی‌توجهی سالمندان جلوگیری می‌کند.

۱۳- سنت حسنه سلام و احوالپرسی

واژه “سلام” در عین سادگی و کوتاهی، بهترین کلامی است که در ملاقات‌ها آرامش و اطمینان را به طرف مقابل القاء می‌کند. سلام کردن اولین قدم برای آغاز یک گفت‌وگو یا ارتباط است. این رفتار به دیگران نشان می‌دهد که شما علاقه‌مند به تعامل با آن‌ها هستید و حس دوستی و صمیمیت را تقویت می‌کند. سلام کردن به نوعی بیانگر احساسات مثبت شما نسبت به دیگران است. این کار می‌تواند همدلی و محبت را در جامعه گسترش دهد و روابط انسانی را تقویت کند. در اسلام اهمیت ویژه‌ای به سلام داده شده است. سلام نامی است از نام‌های خداوند (آیه ۲۳ سوره مبارکه حشر). جالب اینجاست که در کشورهای اروپایی، همچون سوئد و ایرلند با توجه به همه‌گیر شدن تنهایی، در سال‌های اخیر کمپینی تحت عنوان “کمپین سلام، حالتون خوبه؟” برای مقابله با احساس تنهایی راه انداخته‌اند.

۱۴- مجالس ترحیم

در اسلام و همچنین فرهنگ اصیل ایرانی، مراسم ترحیم و بزرگداشت درگذشتگان، اهمیت زیادی دارد و نقشی کلیدی در تسکین سوگ، کاهش احساس تنهایی و فراهم کردن حمایت اجتماعی برای بازماندگان ایفا می‌کند. معمولاً اولین و مهمترین مجلس، در سومین روز پس از خاکسپاری، در خانه متوفی یا مسجد یا تکیه برگزار می‌شود. حفظ این سنت ارزشمند، با تاکید بر برگزاری این مجالس در مساجد -و نه در تالارها- تاثیر معنوی خود بر تسکین آلام بازماندگان و پیشگیری از حس تنهایی را خواهد گذاشت. معمولاً برای مجلس ختم و ترحیم زردشتیان، واژه پُرسه به کار می‌رود، با این‌همه، این واژه در میان مسلمانان ایران هم رایج است.

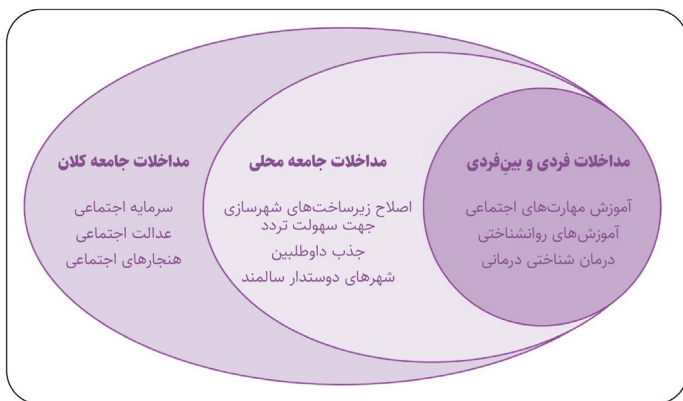


فصل ششم

تجربه کشورهای غربی در درمان بحران تنهایی

آخرین مطالعات فراتحلیل حاکی از آن است که مداخلات کارآزمایی بالینی (۹۶) و نسخه نویسی‌های اجتماعی (۹۷) که برای درمان تنهایی در جوامع غربی پیشنهاد شده‌اند، یا بی اثر، یا کم اثر یا نیازمند تحقیق بیشتر هستند. لذا باید به این واقعیت اذعان کرد که درمان تنهایی یک موضوع ساده نیست و لذا همچنان بر پیشگیری اساسی و ترویج و احیای نسخه‌های فرهنگی که منجر به پاسداشت آداب و رسوم و سنن ارزشمند ایرانی و مذهبی در خانواده‌ها و جوامع می‌شود باید به عنوان اولویت اول تاکید کرد.

سازمان جهانی بهداشت (۹۸) و انجمن روانشناسان آمریکا (۹۹) الگوی اجتماعی-بومی را که در شکل ۲۱ آمده است برای طراحی مداخلات درمانی تنهایی پیشنهاد می‌دهند. در این مدل، سه سطح سلسه مراتبی تو در تو وجود دارد: فردی، جامعه محلی و جامعه کلان.



شکل ۲۱- انواع مداخلات درمانی بر حسب الگوی اجتماعی-بومی

مداخلات اجتماعی-بومی در سه لایه فردی، جامعه محلی و جامعه کلان به نوعی از اقداماتی اشاره دارد که بر اساس ویژگی‌ها، نیازها و ظرفیت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بومی یک منطقه یا گروه اجتماعی طراحی و اجرا می‌شوند.

این مداخلات با هدف بهبود وضعیت اجتماعی، افزایش مشارکت و کاهش آسیب‌های اجتماعی انجام می‌شوند. در ادامه هر لایه را تعریف و مثالی برای هر کدام ارائه می‌شود:

۱. **لایه فردی:** مداخلاتی که مستقیماً بر افراد متمرکز هستند و هدفشان ارتقای توانمندی‌ها، مهارت‌ها، یا بهبود وضعیت روانی و اجتماعی افراد است. این مداخلات حول سه مکانیسم استوار است: الف) حفظ و ارتقای ارتباط بین افراد؛ ب) حمایت از افراد برای برقراری ارتباطات جدید؛ ج) تغییر طرز تلقی و نگرش افراد نسبت به ارتباط با دیگران و حس تنهایی

- مثال: برگزاری کارگاه‌های مهارت‌آموزی در زمینه مهارت‌های اجتماعی همچون دوستیابی، مهارت همدلی، خودآگاهی. این آموزش‌ها می‌تواند به صورت گروهی، چهره به چهره، یا روش‌های دیجیتال باشد. آموزش‌های روان‌شناختی همچون ذهن‌آگاهی برای افرادی که حس تنهایی دارند نیز توصیه می‌شود. روش‌های درمانی همچون روش شناختی-رفتاری نیز در این گروه قرار می‌گیرند.

۲. **لایه جامعه محلی:** مداخلاتی که بر گروه‌ها، نهادها، یا شبکه‌های اجتماعی در یک محله یا جامعه محلی متمرکز هستند و هدفشان تقویت انسجام اجتماعی و مشارکت محلی است. یکی

از بخش‌های مورد نظر این لایه بخش زیرساختی است که در ادامه در قالب مثال اشاره خواهد شد.

- مثال: وجود وسائط نقلیه مناسب برای نقل و انتقال افراد به نحوی که برای خروج از منزل مشکلی از این جهت نداشته باشند. اماکن عمومی به شکلی طراحی شوند که فضاهایی برای نشستن دور هم وجود داشته باشد، فضاهایی همچون پارک‌ها، لابی مشترک آپارتمان‌های مسکونی. طراحی فضاهای دوستدار سالمند که از نظر معماری به گونه‌ای باشند که برای حضور سالمندان موانع فیزیکی وجود نداشته باشد. طراحی فضاهای شهری که امکان تعامل افراد را به خودی خود افزایش دهد. جالب اینجاست که کوچه‌های آشتی‌کنان که در محله‌های قدیمی بسیاری از شهر و روستاهای کشورمان از صدها سال قبل بوده است با همین هدف طراحی شده بودند. کوچه‌هایی تنگ و باریک که عرض آنها به اندازه‌ای بود که ۲ نفر به سختی می‌توانستند از کنار هم بدون رو در رو شدن عبور کنند تا اگر احیاناً با هم قهر بودند مجبور به سلام و علیک می‌شدند و این ارتباط قهر را به آشتی تبدیل می‌کرد.

۳. **لایه جامعه کلان:** مداخلاتی که در سطح ملی یا منطقه‌ای بزرگ‌تر انجام می‌شوند و هدفشان تأثیرگذاری بر سیاست‌ها، قوانین، یا فرهنگ عمومی جامعه است. به این ترتیب که در محافل قانونگذاری و سیاستگذاری سلامت به ارتباطات اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم تأثیرگذار بر سلامت نگاه شود.

- مثال: سیاستگذاری و اجرای برنامه‌های ملی برای پیشگیری

از سالمندآزاری، افزایش اعتماد اجتماعی، افزایش همبستگی اجتماعی.

توصیه‌های کاربردی برای بخش بهداشت

براساس تجارب بین‌المللی، بخش سلامت نقش مهمی در گفتمان‌سازی پیشگیری از تنهایی و همچنین درمان آن داراست. در ادامه به این موارد اشاره خواهد شد (۱۸):

- ◀ پیرامون مقوله تنهایی و عوارض جسمی و روانی آن، به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت آموزش‌های رسمی داده شود.
- ◀ به بیماران آموزش‌های لازم در این زمینه داده شود. به طور مثال در مراقبت از بیمار سالمند، نکات لازم به همراهیان بیمار توضیح داده شود.
- ◀ پوشش بیمه‌ای خدمات اجتماعی و حمایتی از سالمندان
- ◀ روانشناسان با آموزش‌های روانشناختی مدیریت احساس تنهایی آشنا شوند.
- ◀ آموزش‌های وسیع مردمی (با استفاده از شبکه‌های مجازی و صدا و سیما) پیرامون آسیب‌های تنهایی، سرلوحه آموزش‌های بهداشتی قرار گیرد.
- ◀ انجام پژوهش‌های کاربردی برای پی بردن به اپیدمیولوژی، عوامل خطر و ارائه راهکارهای درمانی مدنظر قرار گیرد.
- ◀ از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد استفاده شود.
- ◀ پیرامون مفهوم احساس تعلق به مدرسه^{۵۷} و دانشگاه، ظرفیت‌سازی‌های لازم از طریق واحدهای سلامت روان و سلامت مدارس صورت پذیرد.
- ◀ پیرامون نهادینه‌سازی فرهنگ پیشگیری از تنهایی در فضای

کاری، ظرفیت‌سازی لازم از طریق واحدهای بهداشت حرفه‌ای صورت پذیرد.

◀ آموزش فرزندپروری و پیشگیری از خطاهای رایج والدین در رفتار با کودک، در سرلوحه امور قرار گیرد.

به طور خلاصه اقداماتی که بخش بهداشت می‌تواند در پیشگیری و درمان تنهایی انجام دهد در سه حوزه قرار می‌گیرند، حوزه ساختاری، حوزه کارکردی و حوزه کیفیت (شکل ۲۲). ساختار به این مفهوم است که چقدر بین افراد ارتباط وجود دارد، کارکرد به این معناست که چقدر می‌توان روی دیگران حساب کرد و کیفیت به این مفهوم است که چقدر از روابطمان راضی هستیم (۱۰۰).



شکل ۲۲- حوزه‌های بالقوه‌ای که بخش بهداشت می‌تواند برای پیشگیری و درمان تنهایی عمل کند.

سخن پایانی

در این کتاب دریافتیم که بحران تنهایی در کشورهای صنعتی بسیار جدی، و رو به گسترش است. محافل علمی دنیا از جمله سازمان جهانی بهداشت، اخیراً به عوارض و تبعات سنگین تنهایی بر سلامت جسم و روان افراد، و به تبع آن، سلامت کلان جامعه پی برده‌اند. از حدود ۱۰ سال قبل، هم در محافل علمی، و هم در سطح کلان مدیریتی این کشورها، چالش تنهایی بر سر زبان‌ها افتاده است. انگلستان و ژاپن وزارت تنهایی راه‌اندازی کرده‌اند، بدون آنکه تا کنون به دستاوردهای مهمی دست یافته باشند. در استرالیا و کانادا نیز زمره‌هایی برای راه‌اندازی چنین تشکیلاتی به گوش می‌رسد. یکی از دستاوردهای وزارت تنهایی ژاپن آن بوده که شغلی ایجاد کرده که به واسطه آن سیستم از مرگ افراد تنها -که سالانه حدود ۷۰ هزار مورد رخ می‌دهد- زودتر با خبر شده و تیم مربوطه جسد را گندزدایی و امور مربوطه را انجام می‌دهند، تا موجب آزار و اذیت همسایگان نشود!

راهکارهای متعددی در مقالات علمی دنیا برای مقابله با بحران تنهایی پیشنهاد و در بوته آزمایش، مورد ارزیابی علمی قرار گرفته است، ولی تا کنون هیچ اقدام موثر و فراگیری برای توصیه به جوامع، پیدا نشده است. به بیان واضح‌تر، دنیای غرب در درمان بحران رو به گسترش تنهایی، درمانده است. مهم‌تر آنکه به علت غافلگیر شدن و فوران ناگهانی تنهایی، در متون علمی به ندرت به ارائه راهکارهای پیشگیری پرداخته شده است. شاید یکی دیگر از دلایل نپرداختن به پیشگیری آن باشد که کار از کار گذشته باشد، و ذائقه فرهنگی و نگرش مردم به حدی تغییر یافته که بازگشت به سبک زندگی قبلی غیر ممکن جلوه کند. به

بیان دیگر بنیاد خانواده که محور پیشگیری از تنهایی است، در این کشورها از هم پاشیده است. بالا رفتن میزان طلاق، مجردی، بی‌فرزندی و شیوع فردگرایی و خودگرایی، همگی به آتش تنهایی دامن زده است.

نکته امیدوارکننده آنکه غنی‌ترین راهکارهای پیشگیری از تنهایی در آداب و رسوم و سنن ملی-مذهبی ما ایرانیان از دیرباز وجود داشته است. وظیفه ما این است که نگذاریم این داشته‌های فرهنگی در زندگی‌ها کم‌رنگ شود. راه چاره را باید در خانواده‌ها جستجو کرد و به ویژه در تربیت نسل آینده و کودکان، به نکات مهمی که در این کتاب اشاره شده است، پایبند بود. در یک کلام آنکه قدر خانواده، دوستان، اقوام، همسایگان و با هم بودن را بدانیم.

بی‌ساق در یک‌جاییم
که تا ناکه ز یک‌جاییم

1. Tiwari SC. Loneliness: A disease?. Indian journal of psychiatry. 2013 Oct 1;55(4):320-2.
2. de Jong-Gierveld J, van Tilburg TG, Dykstra PA. Loneliness and social isolation. In Perlman D, Vangelisti A, editors, The Cambridge handbook of personal relationships. Cambridge: Cambridge University Press. 2006. p. 485-500.
3. van den Berg L, Verbakel E. Trends in singlehood in young adulthood in Europe. Advances in Life Course Research. 2022 Mar 1;51:100449.
4. Danylak BN. Singles matter: An emerging global demographic. <https://seeglobal.net/article-singles-matter-emerging-global-demographic/>
5. Fry, R., & Parker, K. (2021). Rising Share of U.S. Adults are Living without a Spouse or Partner. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/social-trends/2021/10/05/rising-share-of-u-s-adults-are-living-without-a-spouse-or-partner/#fn-31655-2>.
6. The state of relationships, marriages, and living alone in the US. <https://usafacts.org/articles/state-relationships-marriages-and-living-alone-us/>
7. Esteve A, Kashyap R, Roman JG, Cheng YH, Fukuda S, Nie W, Lee HO. Demographic change and increasing late singlehood in East Asia, 2010–2050. Demographic Research. 2020 Jul 1;43:1367-98.
8. Cohen PN. The rise of one-person households. Socius. 2021 Dec;7:23780231211062315.
9. Stone L. The rise of childless America. 2020. <https://ifstudies.org/blog/the-rise-of-childless-america>
10. Minkin R, Horowitz JM, Aragão C. The Experiences of US Adults Who Don't Have Children. 2024. <https://www.pewresearch.org/social-trends/2024/07/25/the-experiences-of-u-s-adults-who-dont-have-children/>
11. Lee M, Zeman K. Childlessness in Korea. Demographic Research. 2024 Jul 1;51:669-86.
12. Whan-woo Y. More than 6 out of 10 Korean households will be childless in 2052. 2024. https://www.koreatimes.co.kr/www/biz/2024/12/602_382446.html#:~:text=%22To%20put%20it%20simply%2C%20more,from%200.78%20the%20previous%20year.
13. Kannan VD, Veazie PJ. US trends in social isolation, social engagement, and companionship nationally and by age, sex, race/ethnicity, family income, and work hours, 2003–2020. SSM-population health. 2023 Mar 1;21:101331.

۱۰۶ | بحران تنهایی در غرب و درس آموخته‌ها

14. Barreto M, Victor C, Hammond C, Eccles A, Richins MT, Qualter P. Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and individual differences*. 2021 Feb 1;169:110066.
15. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, Van Buskirk J, Bauman A, Ding D. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022 Feb 9;376.
16. The American Psychiatric Association. New APA Poll: One in Three Americans Feels Lonely Every Week. <https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/new-apa-poll-one-in-three-americans-feels-lonely-e>
17. Ayami K. More than 17,000 seniors die at home alone over three months. *The Asahi Shimbun*, 2024. <https://www.asahi.com/ajw/articles/15265760#:~:text=During%20the%20first%20three%20months,die%20at%20home%20alone%20annually>.
18. Office of the Surgeon General. Our epidemic of loneliness and isolation: The US Surgeon General's Advisory on the healing effects of social connection and community. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2023.
19. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009-1016.
20. Albasheer O, Abdelwahab SI, Zaino MR, Altraifi AA, Hakami N, El-Amin EI, Alshehri MM, Alghamdi SM, Alqahtani AS, Alenazi AM, Alqahtani B. The impact of social isolation and loneliness on cardiovascular disease risk factors: a systematic review, meta-analysis, and bibliometric investigation. *Scientific Reports*. 2024 Jun 4;14(1):12871.
21. Soh Y, Kawachi I, Kubzansky LD, Berkman LF, Tiemeier H. Chronic loneliness and the risk of incident stroke in middle and late adulthood: a longitudinal cohort study of US older adults. *EClinicalMedicine*. 2024 Jul 1;73.
22. Weller S. Social Isolation and Loneliness: Health Impacts and Risk Factors A Rapid Review. 2023. Sandwell MBC Public Health
23. Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM, Jr. Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*. 1997;277(24):1940-1944.
24. Meng L, Xu R, Li J, Hu J, Xu H, Wu D, Hu X, Zeng X, Zhang Q, Li J, Liu D. The silent epidemic: exploring the link between loneliness and chronic diseases in China's elderly. *BMC geriatrics*. 2024 Aug 26;24(1):710.
25. Mann F, Wang J, Pearce E, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;57(11):2161-2178.
26. Park SM, Kim DB, Joo MJ, Park EC. Association between living alone and generalized anxiety disorder in

- Korean adults. *Journal of affective disorders*. 2024 Oct 1;362:630-7.
27. Ren Y, Savadlou A, Park S, Siska P, Epp JR, Sargin D. The impact of loneliness and social isolation on the development of cognitive decline and Alzheimer's disease. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2023 Apr 1;69:101061.
28. Salinas J, Beiser AS, Samra JK, O'Donnell A, DeCarli CS, Gonzales MM, Aparicio HJ, Seshadri S. Association of loneliness with 10-year dementia risk and early markers of vulnerability for neurocognitive decline. *Neurology*. 2022 Mar 29;98(13):e1337-48.
29. Allothman D, Lewis S, Card T, Tyrrell E, Fogarty AW. The association between living alone, loneliness and suicide mortality and effect modification by age: A case: control study. *Journal of affective disorders*. 2024 May 1;352:278-80.
30. Rönkä AR, Taanila A, Koironen M, Sunnari V, Rautio A. Associations of deliberate self-harm with loneliness, self-rated health and life satisfaction in adolescence: Northern Finland Birth Cohort 1986 Study. *International journal of circumpolar health*. 2013 Jan 31;72(1):21085.
31. Social isolation and loneliness: Undervalued risk factors for disease states and mortality
32. Lustig
33. Ozvurmaz S, Adana F, Mandiracioglu A. Determining health promoting behaviours, self-rated health, life satisfaction and loneliness among older persons. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2022 Aug 31;72(8):1518-.
34. Lucchetti G, Góes LG, Amaral SG, Ganadjian GT, Andrade I, Almeida PO, do Carmo VM, Manso ME. Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*. 2021 Sep;67(6):672-9.
35. Langenkamp A, Stepanova E. Loneliness, Societal Preferences and Political Attitudes. In *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions* 2024 Nov 3 (pp. 117-136). Cham: Springer Nature Switzerland.
36. Stepanova E, Cuccu L. Loneliness and social and civic behaviours. Publications Office of the European Union, Luxembourg. 2021 Dec 14.
37. Bryan BT, Thompson KN, Goldman-Mellor S, Moffitt TE, Odgers CL, So SL, Rahman MU, Wertz J, Matthews T, Arseneault L. The socioeconomic consequences of loneliness: Evidence from a nationally representative longitudinal study of young adults. *Social Science & Medicine*. 2024 Mar 1;345:116697.
38. Silverman AB. Social Connectedness, Community Participation, and Health. University of Montana; 2022.
39. Gilbert KL, Quinn SC, Goodman RM, Butler J, Wallace J. A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. *Journal of Health Psychology*. 2013;18(11):1385-1399.

40. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*. 1997 Sep;87(9):1491-8.
41. Bollyky TJ, Hullah EN, Barber RM, Collins JK, Kiernan S, Moses M, Pigott DM, Reiner Jr RC, Sorensen RJ, Abbafati C, Adolph C. Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *The Lancet*. 2022 Apr 16;399(10334):1489-512.
42. Hall CE, Wehling H, Stansfield J, South J, Brooks SK, Greenberg N, Amlôt R, Weston D. Examining the role of community resilience and social capital on mental health in public health emergency and disaster response: a scoping review. *BMC public health*. 2023 Dec 12;23(1):2482.
43. Chen Y, Liu H, Lin S, Wang Y, Zhang Q, Feng L. The Impact of Social Capital on Community Resilience: A Comparative Study of Seven Flood-Prone Communities in Nanjing, China. *Land*. 2024 Jul 26;13(8):1145.
44. United Nations Development Programme. Community security and social cohesion: towards a UNDP approach. Bureau for Crisis Prevention and Recovery, United Nations Development Programme; 2009.
45. Stuart BA, Taylor EJ. The effect of social connectedness on crime: Evidence from the great migration. *Review of Economics and Statistics*. 2021 Mar 1;103(1):18-33.
46. Bjørnskov C. Social trust and patterns of growth. *Southern Economic Journal*. 2022 Jul;89(1):216-37.
47. Kafi M, Lashkari A. The effect of social trust on economic growth with emphasis on the case of Iran. *Journal of Iran's Economic Essays (JIEE)*. 2023 Mar 21;20(39):69-93.
48. Tzouvara V, Papadopoulos C, Randhawa G. A narrative review of the theoretical foundations of loneliness. *British Journal of Community Nursing*. 2015 Jul 2;20(7):329-34.
49. Cacioppo JT, Cacioppo S, Boomsma DI. Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & emotion*. 2014 Jan 2;28(1):3-21.
50. Mund M, Freuding MM, Möbius K, Horn N, Neyer FJ. The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*. 2020 Feb;24(1):24-52.
51. Maes M, Qualter P, Vanhalst J, Van den Noortgate W, Goossens L. Gender differences in loneliness across the lifespan: A meta-analysis. *European Journal of Personality*. 2019 Nov;33(6):642-54.
52. Barjaková M, Garnera A, d'Hombres B. Risk factors for loneliness: A literature review. *Social science & medicine*. 2023 Aug 9;116163.
53. Kung CS, Pudney SE, Shields MA. Economic gradients in loneliness, social isolation and social support: evi-

dence from the UK Biobank. *Social Science & Medicine*. 2022 Aug 1;306:115122.

54. Kristensen K, König HH, Hajek A. The empty nest, depressive symptoms and loneliness of older parents: Prospective findings from the German Ageing Survey. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2021 Jul 1;95:104425.

55. Baarck JKM. The relationship between loneliness and health. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

56. Buecker S, Maes M, Denissen JJ, Luhmann M. Loneliness and the Big Five personality traits: A meta-analysis. *European Journal of Personality*. 2020 Jan;34(1):8-28.

57. Rote S, Hill TD, Ellison CG. Religious attendance and loneliness in later life. *The Gerontologist*. 2013 Feb 1;53(1):39-50.

58. Rote S, Hill TD, Ellison CG. Religious attendance and loneliness in later life. *The Gerontologist*. 2013 Feb 1;53(1):39-50.

59. Berlingieri F, Barjaková M, Garnero A, Mauri C. Who Feels Lonely in the European Union? In: *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions 2024* Nov 3 (pp. 43-70). Cham: Springer Nature Switzerland.

60. Rapolienė G, Aartsen M. Lonely societies: low trust societies? Further explanations for national variations in loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*. 2022 Sep;19(3):485-94.

61. Rokach A. Loneliness and Culture: A Commentary. *Archives of Psychiatry and Mental Health*. 2024 May 1;8(1):029-31.

62. Charmaraman L, Zhang A, Wang K, Chen B. Sexual Minorities and Loneliness: Exploring Sexuality through Social Media and Gender-Sexuality Alliance (GSA) Supports. *International journal of environmental research and public health*. 2024 Mar 4;21(3):300.

63. Bencze Z. Study on Preventive Healthcare. *American Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 2022(8)1:213.

64. Hussain M. Primordial prevention: The missing link in neurological care. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021 Jan 1;10(1):31-4.

65. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C, Berk M, Patel V, Ioannidis JP. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*. 2021 Jun;20(2):200-21.

66. Shackman AJ, Gee DG. Maternal perinatal stress associated with offspring negative emotionality, but the underlying mechanisms remain elusive. *American Journal of Psychiatry*. 2023 Oct 1.

67. Newman L, Judd F, Olsson CA, Castle D, Bousman C, Sheehan P, Pantelis C, Craig JM, Komiti A, Everall I.

- Early origins of mental disorder-risk factors in the perinatal and infant period. *BMC psychiatry*. 2016 Dec;16:1-8.
68. Naspolini NF, Schüroff PA, Figueiredo MJ, Sbardellotto GE, Ferreira FR, Fatori D, Polanczyk GV, Campos AC, Taddei CR. The gut microbiome in the first one thousand days of neurodevelopment: A systematic review from the microbiome perspective. *Microorganisms*. 2024 Feb 20;12(3):424.
69. Karakaş NM, Dağlı FŞ. The importance of attachment in infant and influencing factors. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*. 2019;54(2):76.
70. Letourneau N, Tryphonopoulos P, Giesbrecht G, Dennis CL, Bhogal S, Watson B. Narrative and meta-analytic review of interventions aiming to improve maternal-child attachment security. *Infant mental health journal*. 2015 Jul;36(4):366-87.
71. Burns A, Leavey G, O'Sullivan R. Associations between parental bonding, social isolation and loneliness: do associations persist in later life and is isolation a mediator between parental bonding and loneliness?. *BMC psychology*. 2022 Jun 16;10(1):152.
72. Benoit D. Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & child health*. 2004 Oct 1;9(8):541-5.
73. Linde K, Lehnig F, Nagl M, Kersting A. The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*. 2020 Feb 1;81:102592.
74. Doyle C, Cicchetti D. From the cradle to the grave: The effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2017 Jun;24(2):203.
75. Paquette D, Dubois-Comtois K, Cyr C, Lemelin JP, Bacro F, Couture S, Bigras M. Early childhood attachment stability to mothers, fathers, and both parents as a network: associations with parents' well-being, marital relationship, and child behavior problems. *Attachment & Human Development*. 2024 Jan 2;26(1):66-94.
76. Furuya S, Wang J. The long shadow: Early-life adversity and later-life loneliness in the United States. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2023 Feb 1;78(2):370-82.
77. Bae SM. The Association between adverse childhood and adulthood experiences, social isolation, loneliness, and depression among young adults in South Korea. *International journal of environmental research and public health*. 2023 Oct 9;20(19):6900.
78. Lin L, Cao B, Chen W, Li J, Zhang Y, Guo YY. Association of adverse childhood experiences and social isolation with later-life cognitive function among adults in China. *JAMA network open*. 2022 Nov 1;5(11):e2241714-.
79. Tzouvara V, Kupdere P, Wilson K, Matthews L, Simpson A, Foye U. Adverse childhood experiences, mental

health, and social functioning: A scoping review of the literature. *Child Abuse & Neglect*. 2023 May 1;139:106092.

80. Kovacic M, Schnepf SV, Blaskó Z. Childhood Experiences, Health and Loneliness. In: *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions* 2024 Nov 3 (pp. 71-92). Cham: Springer Nature Switzerland.

81. Vasiou A, Kassis W, Krasanaki A, Aksoy D, Favre CA, Tantaros S. Exploring parenting styles patterns and children's socio-emotional skills. *Children*. 2023 Jun 29;10(7):1126.

82. Salavera C, Usán P, Quilez-Robres A. Exploring the effect of parental styles on social skills: The mediating role of affects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Mar 10;19(6):3295.

83. Trent K, Spitz G. Growing up without siblings and adult sociability behaviors. *Journal of Family Issues*. 2011 Sep;32(9):1178-204.

84. Monash University. "Effects of China's One Child Policy on its children." *ScienceDaily*. ScienceDaily, 10 January 2013. <www.sciencedaily.com/releases/2013/01/130110142131.htm>.

85. Mendes F, Relvas AP, Olaio A, Rovira M, Broyer G, Pietralunga S, Borhn K, Recio JL. Family: the challenge of prevention of drug use. *IREFREA*; 2001.

86. Bahramnejad A, Iranpour A, Nakhaee N. "Students in public and private schools—which are at higher risk of drug use?": a survey from Iran. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2020 Dec;15:1-5.

87. Twenge JM, Haidt J, Blake AB, McAllister C, Lemon H, Le Roy A. Worldwide increases in adolescent loneliness. *Journal of adolescence*. 2021 Dec 1;93:257-69.

88. Chegeni M, Shahrababaki PM, Shahrababaki ME, Nakhaee N, Haghdoust A. Why people are becoming addicted to social media: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*. 2021;10(1).

89. Selwyn N, Aagaard J. Banning mobile phones from classrooms—An opportunity to advance understandings of technology addiction, distraction and cyberbullying. *British journal of educational technology*. 2021 Jan;52(1):8-19.

90. Dong X, Burke MD, Ramirez G, Xu Z, Bowman-Perrott L. A Meta-Analysis of Social Skills Interventions for Preschoolers with or at Risk of Early Emotional and Behavioral Problems. *Behavioral Sciences*. 2023 Nov 16;13(11):940.

91. Vanhalst J, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC, Goossens L. Low self-esteem as a risk factor for loneliness in adolescence: Perceived-but not actual-social acceptance as an underlying mechanism. *Journal of abnormal child psychology*. 2013 Oct;41:1067-81.

92. Brummelman E, Nelemans SA, Thomaes S, Orobio de Castro B. When parents' praise inflates, children's

۱۱۲ | بحران تنهایی در غرب و درس آموخته‌ها

self-esteem deflates. Child development. 2017 Nov;88(6):1799-809.

۹۲. قوام ابوالقاسم، واعظ زاده عباس. تنهایی در برخی صوفیانه های شعر فارسی با رویکرد ویژه به شعر سهراب سپهری. مطالعات عرفانی، بهار و تابستان ۱۳۸۸، دوره (۹)، شماره (۹)، صفحات ۱۳۲-۹۹.

۹۴. اخوان مقدم زهره، محمدی آشنائی علی، خانی اوشانی لیلا. عوامل، نشانه ها و پیامدهای احساس تنهایی در آموزه های دینی و روان شناسی. پژوهش دینی پاییز و زمستان ۱۴۰۰، صفحات ۵-۲۹.

۹۵. علی محمدی آشنائی، لیلا خانی اوشانی، وطن دوست حقیقی مرند. واکاوی توصیفی. تطبیقی رهیافت‌های پیشگیری و مقابله با «احساس تنهایی» بر اساس آموزه‌های دینی و روان‌شناسی. قرآن و علم. بهار و تابستان ۱۴۰۱، شماره ۳، صفحات ۳۶۲-۳۳۷.

96. Hansen T, Nes RB, Hynek K, Nilsen TS, Reneflot A, Stene-Larsen K, Tornes RA, Bidonde J. Tackling social disconnection: an umbrella review of RCT-based interventions targeting social isolation and loneliness. BMC Public Health. 2024 Jul 17;24(1):1917.

97. Reinhardt GY, Vidovic D, Hammerton C. Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. Perspectives in public health. 2021 Jul;141(4):204-13.

98. World Health Organization. Advocacy brief: Social isolation and loneliness among older people. World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2021.

99. Fisher EB, Barreiro-Rosado JA, Carpenter C, Evans MS, Luu SL, Qian Y, Rams AR, & Tang PY. Social isolation and loneliness. In: N. Schneiderman N, Revenson TA, Abraído-Lanza AF, Smith TW, Anderson NB, Antoni MH, Penedo FJ (Eds.), APA handbook of health psychology, Vol. 3. Health psychology and public health (pp. 303–321). American Psychological Association, 2025.

100. Holt-Lunstad J. The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. Public Policy & Aging Report. 2017 Dec 30;27(4):127-30.