






Research Article

The Prediction of Somatic Symptom Disorder Based on Demographic Characteristics, Social Isolation, and Perceived Anxiety

Ahmad Ansarifard¹ , Isaac Rahimian-Boogar^{2,*} , Siavash Talepasand³ 

¹ MSc Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

² Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

³ Department of Educational Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

* **Corresponding author:** Isaac Rahimian-Boogar, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. Email: i_rahimian@semnan.ac.ir

DOI: [10.61186/jams.????](https://doi.org/10.61186/jams.????)

How to Cite this Article:

Ansarifard A, Rahimian-Boogar I, Talepasand S. The Prediction of Somatic Symptom Disorder Based on Demographic Characteristics, Social Isolation, and Perceived Anxiety. *J Arak Uni Med Sci.* 2025;27(6): 370-7. DOI: [10.61186/????](https://doi.org/10.61186/????)

Received: ۲۶,۰۹,۲۰۲۴

Accepted: ۱۵,۱۲,۲۰۲۴

Keywords:

Demography;

Social isolation;

Anxiety;

Medically unexplained symptoms

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Sociodemographic factors and perceived anxiety have a significant impact on the development of somatic symptom disorder. This study aimed to investigate the role of demographic characteristics, social isolation, and perceived anxiety in predicting somatic symptom disorder.

Methods: In a cross-sectional descriptive study among adults aged 18 to 60 in Tehran in 2023, 437 participants were selected based on convenience sampling. The participants completed the Somatic Symptom Disorder Questionnaire (SSEQ), Social Isolation Questionnaire, and Perceived Anxiety Questionnaire. Data were analyzed using Pearson's correlation and multiple regression analysis.

Results: The results indicated that social isolation and perceived anxiety have a positive and significant correlation with somatic symptoms disorder ($P < 0.01$). There was no correlation between demographic characteristics (age, gender, marital status, education, and employment status) and somatic symptoms ($P > 0.01$). Multiple correlation and regression coefficients among research variables were statistically significant ($P < 0.01$).

Conclusions: The examined model was almost able to predict 22% of the somatic symptoms of the disorder. The results have implications for formulating interventions based on social isolation and perceived anxiety in controlling somatic symptoms. It is essential to pay attention to social isolation and perceived anxiety in the formulation and implementation of interventions and educational programs for the prevention and improvement of somatic symptom disorder.

پیش‌بینی اختلال علائم جسمانی بر اساس خصوصیات جمعیت‌نگاری، انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده

احمد انصاری فر^۱ ID، اسحق رحیمیان بوگر^۲ ID*، سیاوش طالع پسند^۳ ID

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، سمنان، ایران

^۳ گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

* نویسنده مسئول: اسحق رحیمیان بوگر، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، سمنان، ایران.

ایمیل: i_rahimian@semnan.ac.ir

DOI: 10.61186/jams.?????

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۷/۵
<p>مقدمه: عوامل اجتماعی، جمعیت‌نگاری و اضطراب ادراک شده تأثیر بسزایی در ابتلا به اختلال علائم جسمانی دارد. هدف از اجرای این پژوهش، بررسی نقش خصوصیات جمعیت‌نگاری، انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده در پیش‌بینی اختلال علائم جسمانی بود.</p> <p>روش کار: در یک طرح پژوهش توصیفی مقطعی، از میان بزرگسالان ۱۸ تا ۶۰ سال شهر تهران در سال ۱۴۰۱، تعداد ۴۳۷ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه اختلال علائم جسمانی (SSEQ)، پرسش‌نامه انزوای اجتماعی و پرسش‌نامه اضطراب ادراک شده پاسخ دادند. داده‌ها از طریق همبستگی Pearson و رگرسیون سلسله‌مراتبی تجزیه و تحلیل شدند.</p> <p>یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده همبستگی مثبت و معنی‌داری با اختلال علائم جسمانی دارند ($P < 0/01$). بین خصوصیات جمعیت‌نگاری (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال) و علائم جسمانی همبستگی وجود نداشت ($P > 0/01$). ضریب همبستگی چندگانه و ضرایب رگرسیون بین متغیرهای پژوهش از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0/01$).</p> <p>نتیجه‌گیری: مدل مورد بررسی، تقریباً قادر به پیش‌بینی ۲۲ درصد از اختلال علائم جسمانی بود. نتایج دارای مضامین کاربردی در تدوین مداخلات مبتنی بر انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده در کنترل علائم جسمانی است. توجه به انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده در تدوین و اجرای مداخلات و برنامه‌های آموزشی در پیشگیری و بهبود اختلال علائم جسمانی اهمیت دارد.</p>	<p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۲۵</p> <p>واژگان کلیدی: جمعیت‌نگاری؛ انزوای اجتماعی؛ اضطراب؛ علائم پزشکی غیرقابل توضیح تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.</p>

ارجاع: انصاری فر احمد، رحیمیان بوگر اسحق، طالع پسند سیاوش. پیش‌بینی اختلال علائم جسمانی بر اساس خصوصیات جمعیت‌نگاری، انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۱۴۰۳؛ ۲۷ (۶): ۳۷۷-۳۷۰.

مقدمه

در پژوهش حاضر خصوصیات جمعیت‌نگاری شامل مواردی از قبیل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال در نظر گرفته شد. تحقیقات نشان می‌دهد که بین سطح تحصیلات و اختلال علائم جسمانی، ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در پژوهش Stankunas و همکاران (۳)، پیشرفت تحصیلی پایین با نرخ بالاتر شکایات جسمانی در اروپایان مسن و بزرگسالان فنلاندی مرتبط بود (۳).

مطالعه‌ای در عمان نشان داد که سطح تحصیلات به طور قابل توجهی با شیوع اختلال علائم جسمانی در مراقبت‌های اولیه مرتبط است (۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رابطه پیچیده‌ای بین وضعیت شغلی و سلامت روان، به‌ویژه اختلال علائم جسمانی و سایر ناراحتی‌های روانی وجود دارد. در حالی که یک مطالعه، تفاوت معنی‌داری را در شیوع اختلال علائم

امروزه بزرگسالی با پذیرش مسئولیت‌ها مشخص می‌شود. علائم جسمانی در بزرگسالان شایع است و می‌تواند منجر به ناراحتی روانی و جسمانی شود. عوامل روانی-اجتماعی نقش مهمی در شروع و تشدید اختلالات شبه جسمانی یا روان‌تنی دارند که هم‌اکنون تحت عنوان اختلال علائم جسمانی و اختلالات مرتبط شناخته می‌شوند (۱). ویژگی اصلی اختلال علائم جسمانی نگرانی بیمار از علائم جسمی است و شیوع این اختلال در جمعیت‌های گوناگون بین ۱۶ الی ۵۷ درصد از گزارش شده است. عدم تشخیص این اختلال و بررسی نکردن عوامل روانی-اجتماعی مؤثر بر این حالات منجر به انجام اقدامات تشخیصی غیرضروری و تحمیل هزینه‌ها می‌شود (۲).

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود که با رویکرد سلسله‌مراتبی به بررسی روابط همبستگی و پیش‌بین بین متغیرها پرداخته است. نمونه پژوهش حاضر ۴۳۷ نفر بودند که طبق تعیین برآورد حجم نمونه بر اساس پیشنهاد استیونز یعنی نسبت ۱۵ آزمودنی برای هر پیش‌بینی‌کننده (برای مثال، با ۳ پیش‌بینی‌کننده ۴۵ آزمودنی موردنیاز است) با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان بزرگسالان ۱۸ تا ۶۰ سال شهر تهران طی بازه زمانی اردیبهشت‌ماه تا مردادماه ۱۴۰۱ انتخاب شدند و با استفاده از فرآهوانی از طریق لینک اینترنتی (<https://porsa.irandoc.ac.ir/s/jE2Y2U>)، پرسش‌نامه‌های خصوصیات جمعیت‌نگاری، جسمانی‌سازی، اضطراب ادراک شده، و انزوای اجتماعی را تکمیل نمودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها یا عدم همکاری، بروز حاد بیماری‌های مزمن یا بستری شدن و سابقه بیماری‌های جسمانی و اختلالات روان‌شناختی همبود با اختلال علائم جسمانی از جمله فیبرومیالژیا، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلالات افسردگی، اختلال اضطراب بیماری بود. معیارهای ورود و خروج از طریق بررسی مختصر نشانه‌های روان‌پزشکی با پرسشگری حین انجام مطالعه و خودگزارشی مبنی بر اخذ گزارش سابقه بیماری‌های پزشکی و روان‌پزشکی، سابقه مصرف دارو، مدت دوره‌های درمانی و نیز بررسی مدت و شدت بیماری‌ها سنجیده شدند.

ابزار پژوهش: برای سنجش علائم جسمانی از پرسش‌نامه تجربه علائم جسمانی (SSEQ) استفاده شد. این پرسش‌نامه اولین‌بار توسط Herzog و همکاران مبتنی بر پیشینه پژوهشی مرتبط با فرایندهای روان‌شناختی مشخص‌کننده بیماران دارای اختلال جسمانی‌سازی و بر اساس معیارهای تشخیصی اختلال علائم جسمانی‌سازی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) تهیه شد (۱۰). هدف از ساخت این ابزار ارزیابی شناخت‌ها، رفتار بیماری و ابعاد تعاملی بیماران با شکایت‌های جسمانی شکل بود و نسخه فارسی آن توسط امیری و جمالی در ایران استانداردسازی شده است (۱۱). این مقیاس دارای ۱۳ ماده است که چهار خرده آزمون آن شامل مؤلفه نگرانی‌های سلامتی (پنج سؤال، شامل سؤالات: ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۰)، تجربه بیماری (دو سؤال، شامل سؤالات ۱، ۵)، مشکلات تعامل با پزشکان (سه سؤال، شامل سؤالات: ۳، ۶، ۸) و پیامدهای بیماری (سه سؤال، شامل سؤالات ۱۱، ۱۲، ۱۳) است. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) بود. این مقیاس همسانی درونی مطلوبی نشان داد با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰، و ضرایب آلفای مؤلفه‌های نگرانی‌های سلامتی ۰/۸۶، تجربه بیماری ۰/۷۵، مشکلات تعامل با پزشکان ۰/۷۴ و پیامدهای بیماری ۰/۷۸ به‌دست آمده است.

جهت سنجش انزوای اجتماعی از پرسش‌نامه‌ای که توسط چلبی و امیرکافی طراحی و مورد ارزیابی قرار گرفته است که شامل ۱۹ سؤال پنج‌گزینه‌ای است. این پرسش‌نامه دارای چهار بعد تنهایی اجتماعی (سؤالات ۱ الی ۶)، عجز (سؤالات ۷ الی ۱۰)، یأس اجتماعی (سؤالات ۱۱

جسمانی بر اساس وضعیت شغلی نشان نداد (۵). در پژوهش‌های گذشته، ارتباط بین مؤلفه‌های جنسیت و وضعیت تأهل و سن با علائم جسمانی بررسی شده است و جنسیت مؤنث و نیز تأهل درصد بالایی از ابتلا به اختلال علائم جسمانی را پیش‌بینی می‌کنند (۶). همچنین، در دامنه سنی کودکی تا نوجوانی میزان ابتلا به اختلال علائم جسمانی افزایش می‌یابد (۷).

عوامل گوناگونی در پیدایش و بروز اختلال جسمانی نقش دارند. در این میان، انزوای اجتماعی نقش مؤثری در بروز و تداوم اختلال جسمانی دارد (۸). انزوای اجتماعی، یک معیار عینی بر اساس اندازه شبکه اجتماعی و فراوانی تعاملات اجتماعی است. انزوای اجتماعی تعیین‌کننده وضعیت سلامتی است و ناشی از دست دادن تعامل مؤثر با دیگران به ویژه افراد نزدیک است. روابط اجتماعی و برقراری ارتباط با دیگران جزء لاینفک زندگی افراد محسوب می‌شود (۹). از طرفی، هم‌ابتلائی بالایی بین اضطراب ادراک شده و حالات جسمانی‌سازی وجود دارد (۱۰). اضطراب با تنیدگی روانی، نگرانی و برانگیختگی فیزیولوژیکی مشخص می‌شود و یک شاخص مهم همراه با نگرانی‌های جسمانی است. در رابطه بین اضطراب و حالات جسمانی مسیرهای متعددی از جمله مسیر روان-فیزیولوژیکی درگیر هستند به گونه‌ای که استرس بیش از حد، سیستم عصبی خودمختار و قشر مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به بروز علائم روان‌تنی و مشکلات روان‌شناختی می‌شود (۱۱).

اگرچه پژوهش‌های قبلی بر نقش عوامل اجتماعی، روان‌شناختی و جمعیت‌نگاری در بروز حالات جسمانی به طور مجزا تأکید داشته‌اند، اما این عوامل به‌طور یکپارچه و در کنار هم مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. پژوهشگرانی از قبیل Nakao و همکاران، به بررسی ویژگی‌های جنسیتی و وضعیت تأهل با اختلال علائم جسمانی پرداخته‌اند (۶). همچنین، در پژوهشی از Romero-Acosta و همکاران، به بررسی ارتباط سن و جنسیت با اختلال علائم جسمانی توجه شده است (۷). در مطالعه دیگری، Brandt و همکاران، به بررسی انزوای اجتماعی و اضطراب و سلامت ذهن پرداخته بودند (۹).

یکی از دلایلی که ضرورت پژوهش حاضر را برجسته می‌سازد، میزان شیوع اختلال علائم جسمانی و همچنین فرسودگی، اتلاف وقت و هزینه نظام‌های بهداشتی-درمانی است. با توجه به چند عاملی بودن اختلال علائم جسمانی و نیز برخی خلأهای پژوهشی از جمله عدم تمرکز بر تعامل عوامل جمعیت‌نگاری، روان‌شناختی و اجتماعی به طور یکپارچه در فهم اختلال علائم جسمانی، لذا بررسی هم‌زمان خصوصیات جمعیت‌نگاری، انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده می‌تواند بینش جدیدی در فهم سبب‌شناسی و توسعه مداخلات روانی اجتماعی مؤثر و جامع‌تر فراهم نماید. بنابراین، این پژوهش بنا دارد که به شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده اختلال جسمانی‌سازی بر اساس خصوصیات جمعیت‌نگاری، انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده بپردازد تا مسیرهای تازه‌ای را به‌منظور شناسایی راهبردهای پیشگیرانه و مداخلاتی در این زمینه ارائه نماید. با توجه به آنچه مطرح شد، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا خصوصیات جمعیت‌نگاری، انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده توانایی پیش‌بینی بروز اختلال جسمانی‌سازی را دارند؟

یافته‌ها

پژوهش حاضر در یک نمونه ۴۳۷ نفره از شرکت‌کنندگان زن و مرد (شامل ۷۸/۹ درصد زن و ۲۱/۱ درصد مرد) در بازه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال (۳۱/۰۹۳ = میانگین، ۱۰/۲۱۰ = انحراف معیار) انجام شد. از لحاظ وضعیت تأهل، ۲۰۵ شرکت‌کننده (۴۶/۹ درصد) مجرد، ۲۰۹ شرکت‌کننده متأهل (۴۷/۸ درصد)، ۲۱ شرکت‌کننده (۴/۸ درصد)، ۲ شرکت‌کننده بیوه (۰/۵ درصد) بودند. از لحاظ تحصیلات، ۲ شرکت‌کننده دارای سواد خواندن و نوشتن (۰/۵ درصد)، ۴ شرکت‌کننده زیر دیپلم (۰/۹ درصد)، ۶۵ شرکت‌کننده دیپلم (۱۴/۹ درصد)، ۲۱ شرکت‌کننده کاردانی (۴/۸ درصد)، ۲۴۹ شرکت‌کننده کارشناسی (۵۷ درصد)، ۷۶ شرکت‌کننده کارشناسی ارشد (۱۹/۷ درصد)، ۸ شرکت‌کننده دکتری (۱/۸ درصد) و ۲ شرکت‌کننده دکتری حرفه‌ای (۰/۵ درصد) بودند. همچنین، از لحاظ اشتغال، ۲۹ شرکت‌کننده بیکار (۶/۶ درصد)، ۱۵۸ شرکت‌کننده محصل (۳۶/۲ درصد)، ۱۱۸ شرکت‌کننده کارمند تمام‌وقت (۲۷ درصد)، ۳۷ شرکت‌کننده پاره‌وقت (۸/۵ درصد)، ۳۷ شرکت‌کننده آزاد (۸/۵ درصد)، ۷ شرکت‌کننده بازنشسته (۱/۶ درصد) و ۵۱ شرکت‌کننده خانه‌دار (۱۱/۷ درصد) بودند. از لحاظ میزان درآمد، ۲۸۷ شرکت‌کننده دارای درآمد تا ۵ میلیون (۶۵/۷ درصد)، ۹۲ شرکت‌کننده دارای درآمد ۵ تا ۸۵۰۰ میلیون (۲۱/۱ درصد)، ۲۷ شرکت‌کننده دارای درآمد ۸۵۰۰ تا ۱۱ میلیون (۶/۲ درصد) و ۳۱ شرکت‌کننده دارای درآمد بالای ۱۱ میلیون (۷/۱ درصد) بودند.

آزمون معنی‌داری به روش بوت‌استرپ و پیش‌فرض‌های بهنجاری تک متغیری (با بررسی چولگی و کشیدگی)، و بررسی بهنجاری چند متغیری (آزمون Mahalanobis) انجام شد. باتوجه به مقادیر بدست آمده از داده‌های گردآوری شده، مشخص شد که ارزش‌های چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش بهنجار هستند. در برخی منابع مقادیر کشیدگی و چولگی بین ۲- و ۲+ به معنای این است که توزیع داده‌های مرتبط با متغیرهای پژوهش از بهنجاری بودن تک متغیری انحراف واضحی ندارد (۱۵). همچنین، در سطح خطای ۰/۰۰۱، هرگاه مقادیر در فاصله بین (۳/۲۹-، ۳/۲۹+) قرار داشته باشد، آنگاه می‌توان گفت توزیع داده‌های متغیر مورد نظر بهنجار است (۱۶). مفروضه‌های هم‌خطی بودن در این پژوهش به کمک ضریب تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) مورد تحلیل واقع شد و فرض هم‌خطی بودن در مورد داده‌های پژوهش برقرار است زیرا مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پژوهش کمتر از ۰/۱ و نیز مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس برای هر متغیر پیش‌بین زیر ۱۰ است که بر اساس نظر Meyers و همکاران، ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰، حاکی از هم‌خطی بودن متغیرها است. در این پژوهش، برای ارزیابی برقراری فرضیه بهنجاری بودن توزیع چند متغیری، از روش تحلیل اطلاعات داده‌های مربوط به فاصله Mahalanobis هر فرد شرکت‌کننده بهره‌گیری شد (۱۷، ۱۸). در واقع، آماره فاصله Mahalanobis فاصله چند متغیری بین هر فرد و میانگین چند متغیری گروه که کانون نام‌گذاری شده، را می‌سنجد. هر شرکت‌کننده با استفاده از توزیع Chi-square با سطح آلفای دقیق ۰/۰۰۱ مقایسه شدند و داده‌هایی که به این سطح معنی‌داری رسیدند به‌عنوان موارد پرت چند متغیری به حساب آمدند و از نمونه حذف شدند. در این پژوهش مقدار Chi-square برابر با ۱۳/۸۲ است و داده‌های بالاتر از آن طبق مبانی نظری حذف گردید (۱۷).

الی (۱۵) و کاهش تحمل اجتماعی (سؤالات ۱۶ الی ۱۹) است. نحوه نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود و سؤالات (۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۴-۲-۱) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بازه نمرات بین ۱۹ الی ۹۵ و نقطه برش نمره ۵۷ است (۱۱). ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه مدرس یزدی و همکاران (۱۳۹۳)، ۰/۷۲ به‌دست آمده است. در پژوهش مدرس یزدی، به‌منظور سنجش پایایی هر یک از ابعاد این پرسش‌نامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که طبق نتایج هر یک از مؤلفه‌های پرسش‌نامه از پایایی قابل‌قبولی برخوردار هستند. ضریب همسانی درونی با آلفای کرونباخ برای مؤلفه تنهایی ۰/۷۹، عجز ۰/۸۵، یأس اجتماعی ۰/۷۳ و کاهش تحمل اجتماعی ۰/۷۸ به‌دست آمده است (۱۳).

برای سنجش اضطراب ادراک شده از پرسش‌نامه اضطراب ادراک شده استفاده شد که در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن با نام تنیدگی ادراک شده ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ گویه دارد و هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. این گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. مقیاس تنیدگی ادراک شده دو خرده مقیاس را می‌سنجد: الف) مؤلفه ادراک منفی از تنیدگی که شامل گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۴ می‌شود. ب) مؤلفه ادراک شده مثبت از تنیدگی که گویه‌های ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳ را در برمی‌گیرد که به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به‌دست آمده است. در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ادراک مثبت از تنیدگی، ۰/۷۱ و ادراک منفی از تنیدگی ۰/۷۵ به دست آمد (۱۴). ضمن اینکه ضریب آلفا برای کل نمرات پرسش‌نامه ۰/۸۴ مشخص گردید.

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه محقق ساخته بود و بر اساس اهداف پژوهش در قالب ۵ سؤال طراحی شد و اطلاعاتی را در ویژگی‌های جمعیت‌نگاری مربوط به سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال را مورد سنجش قرار می‌دهد.

شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که به‌منظور گردآوری داده‌ها، لینک اینترنتی حاوی پرسش‌نامه‌ها به‌صورت فردی برای افراد مختلف ارسال شد. تکمیل فرم به‌طور متوسط در حدود ۱۵ دقیقه زمان نیاز داشت. پرسشنامه‌ها به‌منظور کنترل اثر سقف و کف به روش توازن‌سازی متقابل اجرا شده‌اند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آماره‌های توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی) و نیز پس از بررسی پیش‌فرض‌های آماری در سطح استنباطی به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش با روش تحلیل رگرسیون چندگانه با رویکرد سلسله‌مراتبی توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) تجزیه و تحلیل شدند.

این مقاله با کد مصوبه کمیته اخلاق به شماره IR.SEMUMS.REC.1400.31 در تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۳ دانشگاه سمنان تصویب گردید. در این پژوهش، تمام اصول اخلاقی مرتبط، از جمله محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان، صیانت از حقوق شرکت‌کنندگان و اخذ رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش لحاظ شد.

جدول ۱. ضریب همبستگی، میانگین، انحراف معیار و آلفای کرونیخ متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	انحراف معیار	آلفای کرونیخ
۱. انزوا	۱						۱/۰۲	۰/۸۵۷
۲. اضطراب	۰/۶۶۳**	۱					۰/۹۸۲	۰/۹۱۵
۳. سن	-۰/۱۷۳**	-۰/۲۵۴**	۱					
۴. تحصیلات	-۰/۲۲۲**	-۰/۲۰۰**	۰/۳۳۰**	۱				
۵. اشتغال	-۰/۰۴۸	-۰/۱۰۷*	۰/۳۳۴**	-۰/۰۷۹	۱			
۶. علائم جسمانی	۰/۴۰۶**	۰/۴۳۰**	۰/۰۵۳	-۰/۰۵۰	۰/۰۳۲	۱	۰/۸۵۳	۰/۸۲۷

**P < ۰/۰۰۱، *P < ۰/۰۰۵

رابطه‌ای وجود ندارد و این متغیر قادر به پیش بینی اختلال علائم جسمانی نیست. این یافته با پژوهش‌های Nakao و همکاران (۶) و Romero-Acosta و همکاران (۷) ناهمسو و با پژوهش Cao و همکاران (۵) همسو بود. در تبیین این یافته‌های ناهمسو می‌توان گفت در پژوهش‌های ذکر شده از میان عوامل جمعیت‌نگاری، ارتباط بین متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل با اختلال علائم جسمانی بررسی شده است و طبق شواهد غنی، زنان بیشتر احتمال دارد که ناراحتی‌های جسمانی را گزارش کنند اما در پژوهش حاضر، علاوه بر متغیرهای جنسیت و وضعیت تأهل موارد دیگری از جمله عوامل پراهمیت اجتماعی و روانشناختی هم در نظر گرفته شده است.

در یک استدلال قوی می‌توان گفت این متغیرهای جمعیت‌شناختی نقش خود را در کنار عوامل روانی- اجتماعی مهم‌تری نظیر اضطراب و انزوای اجتماعی از دست داده‌اند. همچنین پژوهش‌های صورت گرفته نقش عوامل جمعیت‌نگاری پژوهش حاضر را به صورت جداگانه با اختلال علائم جسمانی مورد بررسی قرار داده‌اند اما در این پژوهش تمامی مؤلفه‌های جمعیت‌نگاری بصورت یکپارچه با سایر عوامل همچون انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده در نظر گرفته شده است. با ورود متغیر انزوای اجتماعی به تحلیل مشخص شد که انزوای اجتماعی به صورت مثبت و معنی‌دار با اختلال علائم جسمانی رابطه دارد و این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های Hutten و همکاران (۱۹)، Cacioppo و همکار (۲۰)، Wang و همکاران (۲۱)، Mushtaq و همکاران (۲۲)، Nuyen و همکاران (۲۳)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که انسان موجودی اجتماعی است و به گفته Peplau و Perlman (۲۴)، ارتباط اجتماعی، یک نیاز اساسی انسان است و همان گونه که Cacioppo و همکار در نظریه تکاملی تنهایی (ETL) پیش‌بینی می‌کنند، فقدان ارتباط اجتماعی پیامدهای سلامت روانی و جسمانی (از جمله علائم جسمانی) طولانی مدتی دارد. بر اساس این نظریه، انزوای اجتماعی عملکردی مشابه با درد فیزیکی دارد. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که عدم ارتباط اجتماعی انسان‌ها با یکدیگر منجر به اختلالات روانی و جسمانی از جمله علائم جسمانی خواهد شد (۲۰). با در نظر گرفتن استدلال دیگری از Cacioppo و همکار، اگر فردی از نظر اجتماعی منزوی شود، در نتیجه از حمایت اجتماعی هم محروم می‌شود (۲۰).

برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌ها از نمودار پراکنندگی واریانس‌های استاندارد شده خط استفاده شد. همچنین، به منظور آزمون استقلال خطا بین متغیرهای پیش بین ارزش شاخص دوربین واتسون مورد بررسی واقع شد. آماره دوربین واتسون در پژوهش حاضر برابر با ۲/۰۰۸ ($F = ۲۵۷۲/۸۷۰, P = ۰/۰۰۱$) بود که بر اساس شواهد پژوهشی و اظهارات فیلد ارزش شاخص دوربین واتسون بیش از ۲ نشان‌دهنده عدم استقلال خطاها و رعایت پیش‌فرض‌ها در پژوهش است و به بیان دیگر با توجه به آماره بدست آمده در این پژوهش می‌توان گفت که مدل پژوهش برازش مناسب و بهتری نسبت به موضوع خود همبستگی ایجاد کرده است.

طبق اطلاعات به دست آمده از ضرایب همبستگی موجود در جدول ۱ بین علائم جسمانی و متغیر انزوای اجتماعی و همچنین بین علائم جسمانی و اضطراب ادراک شده رابطه مستقیم و معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($P < ۰/۰۱$) وجود دارد. رابطه بین متغیر علائم جسمانی و سن و همین‌طور رابطه بین علائم جسمانی و میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان معکوس و میزان همبستگی متوسط برقرار بود. رابطه بین علائم جسمانی و وضعیت اشتغال شرکت‌کنندگان، رابطه مستقیم بود. به منظور بررسی تأثیر متغیرهای جمعیت‌نگاری (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، بیماری‌های بدنی و بیماری‌های روانی)، انزوای اجتماعی و اضطراب ادراک شده بر علائم جسمانی از رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۲ مدل پژوهش توانایی پیش‌بینی ۰/۰۵۶ درصد از اختلال علائم جسمانی را دارد. در مجموع می‌توان بیان کرد که متغیرهای معنی‌دار در این مدل تقریباً ۲۲ درصد از اختلال علائم جسمانی را پیش‌بینی می‌کنند و نیز نتایج تحلیل واریانس به منظور اعتبار معادله رگرسیون نشان می‌دهد که نتیجه در مجموع معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین، ضرایب رگرسیون استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون سلسله‌مراتبی برای پیش‌بینی اختلال علائم جسمانی بدست آمده است (جدول ۳).

بحث

طبق یافته‌های پژوهش بین ویژگی‌های جمعیت‌نگاری و علائم جسمانی

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس الگوی رگرسیون سلسله‌مراتبی برای پیش‌بینی اختلال علائم جسمانی

الگو	R	R ²	F	adjR ²	تغییرات R ²	سطح معنی‌داری
سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، انزوای اجتماعی، اضطراب ادراک شده	۰/۴۷۸	۰/۲۲۹	۱۸/۱۷۷	۰/۲۱۶	۰/۰۵۶	۰/۰۰۱

جدول ۳. ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد رگرسیون سلسه‌مراتبی برای پیش‌بینی اختلال علائم جسمانی

متغیر	B	خطای استاندارد	مقدار بتا	مقدار t	معنی‌داری
سن	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۹	-۰/۱۵۳	۰/۸۷۸
جنسیت	۰/۰۵۸	۰/۰۳۰	۰/۰۸۶	۱/۹۳۵	۰/۰۵۴
تحصیلات	۰/۰۱۶	۰/۰۱۲	۰/۰۶۲	۱/۳۲۳	۰/۱۸۷
تأهل	۰/۰۲۵	۰/۰۲۴	۰/۰۵۶	۱/۰۴۴	۰/۲۹۷
اشتغال	۰/۰۱۲	۰/۰۰۷	۰/۰۷۷	۱/۶۴۳	۰/۱۰۱
انزوای اجتماعی	۰/۰۶۷	۰/۰۱۸	۰/۲۱۹	۳/۸۱۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۰۱۰	۰/۰۰۲	۰/۳۳۳	۵/۵۹۰	۰/۰۰۱

این سوگیری توجه نسبت به تهدید اجتماعی می‌تواند به حفظ تنهایی کمک کند و باعث شود افراد تنها انتظارات اجتماعی منفی بیشتری داشته باشند و این حلقه تنهایی خود تقویت‌کننده باعث افزایش خطر سلامت جسمانی و روانی در درازمدت می‌شود.

به‌طور کلی، با توجه به شواهد پژوهشی مختلف می‌توان تبیین کرد که تنهایی و انزوای اجتماعی و یا عدم ارتباط اجتماعی فرد بنا به گفته Dimsdale و همکاران، با علائم جسمانی شامل سردرد، درد و سرگیجه همراه است (۲۵). هنگامی که علائم جسمانی پایدار، از نظر بالینی قابل توجه باشند و بر افکار، احساسات و رفتار فرد تأثیر بگذارند، می‌توانند به یک اختلال روانشناختی تبدیل شوند. با ورود متغیر اضطراب ادراک شده در پژوهش نتایج نشان داد که اضطراب ادراک شده به‌صورت مثبت و معنی‌دار با اختلال علائم جسمانی رابطه دارد. این نتایج همسو با پژوهش‌های Gavurova و همکاران (۲۶)، Hadlandsmyth و همکاران (۲۷)، Pan و همکاران (۲۸)، Groen و همکاران (۲۹)، Xiang و همکاران (۱۵)، Hanel و همکاران (۳۰) بود. در تبیین این یافته می‌توان استدلال کرد که اضطراب، قویاً با اختلال علائم جسمانی مرتبط است و شروع اختلال علائم جسمانی با اضطراب هم‌رایی دارد؛ چون به نوعی اضطراب ادراک شده توسط فرد باعث افزایش آگاهی و ادراک تغییر یافته از احساسات جسمانی می‌شود و با افزایش اضطراب میزان شدت اختلال علائم جسمانی نیز افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش Hadlandsmyth و همکاران نیز یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کند (۲۷). از طرف دیگر، بنا به یافته‌های Pan و همکاران در خصوص مبنای فیزیولوژیکی ارتباط بین اضطراب و اختلال علائم جسمانی، ناحیه ۸ دوطرفه داخلی برودمن رابطه بین فاجعه‌سازی و اضطراب را در اختلال علائم جسمانی واسطه می‌کند و نشان می‌دهد که قشر جلوی مغز پستی ممکن است یک محل عصبی بالقوه باشد که فاجعه‌سازی و اضطراب را با اختلال علائم جسمانی به هم مرتبط می‌کند و این ناحیه مغزی تأثیرپذیری بالایی از اضطراب دارد (۲۸). همچنین، بنا به گفته Bekhuis و همکاران، در فرضیه علت‌شناسی مشترک، عوامل مشترک (به‌عنوان مثال، عوامل محیطی، روانشناختی و زیستی) به‌طور مستقل باعث شروع اختلالات افسردگی و اضطراب و علائم جسمانی می‌شود (۳۱).

نتایج پژوهش Hadlandsmyth و همکاران نیز یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کند (۲۷). از طرف دیگر، بنا به یافته‌های Pan و همکاران در خصوص مبنای فیزیولوژیکی ارتباط بین اضطراب و اختلال علائم جسمانی، ناحیه ۸ دوطرفه داخلی برودمن رابطه بین فاجعه‌سازی و اضطراب را در اختلال علائم جسمانی واسطه می‌کند و نشان می‌دهد که قشر جلوی مغز پستی ممکن است یک محل عصبی بالقوه باشد که فاجعه‌سازی و اضطراب را با اختلال علائم جسمانی به هم مرتبط می‌کند و این ناحیه مغزی تأثیرپذیری بالایی از اضطراب دارد (۲۸). همچنین، بنا به گفته Bekhuis و همکاران، در فرضیه علت‌شناسی مشترک، عوامل مشترک (به‌عنوان مثال، عوامل محیطی، روانشناختی و زیستی) به‌طور مستقل باعث شروع اختلالات افسردگی و اضطراب و علائم جسمانی می‌شود (۳۱).

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی طبق یافته‌های پژوهش می‌توان اظهار داشت که همسو با پژوهش‌های قبلی از جمله Segrin و Passalacqua (۳۲)،

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی در

رحیمیان بوگر؛ نگارش متن و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: احمد انصاری‌فر؛ مشاوره آماری: سیاوش طالع پسند.

تضاد منافع

بنابر اظهارات نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

شکل‌گیری ایده اولیه، نظارت بر انجام پژوهش و بازبینی نهایی: اسحق

References

1. Hashminia H, Sabzian S. Psychosomatic disorders [in Persian]. 1th ed. Tehran, Iran: Aria Danesh Publications; 2018. P. 9-21.
2. Dunphy L, Penna M, El-Kafsi J. Somatic symptom disorder: a diagnostic dilemma. *BMJ Case Rep*. 2019;12(11):e231550. [pmid: 31772129](#) [doi: 10.1136/bcr-2019-231550](#)
3. Stankunas M, Soares JF, Stankuniene A, Gabriella Melchiorre M, Torres-Gonzales F, Ioannidi-Kapolou E, et al. Differences in reporting somatic complaints in elderly by education level. *Cent Eur J Med*. 2013;8(1):125-31. [doi: 10.2478/s11536-012-0093-x](#)
4. Alalawi NM, Al Salmani AA, Aljabri MK, Azmi IS, Aljardani MM, Al Mandhari SS, et al. Epidemiology and prevalence of somatic symptom disorder at the primary care level in Muscat, Oman: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med*. 2023;58(3):284-94. [pmid: 35430921](#) [doi: 10.1177/00912174221088263](#)
5. Cao J, Wei J, Fritzsche K, Toussaint AC, Li T, Jiang Y, et al. Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;62:63-71. [pmid: 31841874](#) [doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.11.010](#)
6. Nakao M, Fricchione G, Zuttermeister PC, Myers P, Barsky AJ, Benson H. Effects of gender and marital status on somatic symptoms of patients attending a mind/body medicine clinic. *Behav Med*. 2001;26(4):159-68. [pmid: 11409218](#) [doi: 10.1080/08964280109595763](#)
7. Romero-Acosta K, Canals J, Hernández-Martínez C, Penelo E, Zolog TC, Domènech-Llaberia E. Age and gender differences of somatic symptoms in children and adolescents. *J Ment Health*. 2013;22(1):33-41. [pmid: 23343045](#) [doi: 10.3109/09638237.2012.734655](#)
8. Demetris H, Demetriou L, Erotocritou K. Exploring the quality of life and psychological symptoms of university students in Cyprus during the COVID-19 pandemic. *Journal of Social Science Research*. 2021;17:110-21. [doi: 10.24297/jssr.v17i.9112](#)
9. Brandt L, Liu S, Heim C, Heinz A. The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Transl Psychiatry*. 2022;12(1):398. [pmid: 36130935](#) [doi: 10.1038/s41398-022-02178-4](#)
10. Herzog A, Voigt K, Meyer B, Rief W, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C, Löwe B. The Somatic Symptoms Experiences Questionnaire (SSEQ): a new self-report instrument for the assessment of psychological characteristics of patients with somatoform disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2014;64(3-4):115-21. [pmid: 23864304](#) [doi: 10.1055/s-0032-1333303](#). [pmid: 19686874](#) [doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013](#)
11. Amiri S, Jamali Y. The mediating role of empathy and emotion regulation in attachment styles and dark personality traits in adolescents [in Persian]. *IJPCP*. 2019;25(3):292-307.
12. Chalabi M, Amirkafi M. Multilevel Analysis of Social Isolation [in Persian]. *Iranian Journal of Sociology*. 2004;5(2):3-31.
13. Modarresi Yazdi F, Farahmand M, Afshani SA. A study on single girls' social isolation and its effective socio-cultural factors: a study on single girls over 30 years in Yazd [in Persian]. *Social Problems of Iran*. 2017;8(1):121-43.
14. Ahmadian A. The effect of cognitive mindfulness therapy on blood pressure, stress, and happiness of male patients with hypertension in Golestan Hospital, Ahvaz [in Persian]. [thesis]. Shahid Chamran University, Ahvaz; 2012.
15. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9. [pmid: 32032543](#) [doi: 10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](#)
16. Tabachnick BG, Fidell LS. *Experimental Designs Using ANOVA*. CA: Duxbury, Brooks/Cole; 2006.
17. Field A. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 4th ed. editor. London: Sage; 2013. P. 165-8.
18. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. *Applied multivariate research design and interpretation*. London: SAGE Publications, Inc; 2006. P. 44-73.
19. Hutten E, Jongen EMM, Vos A, van den Hout A, van Lankveld J. Loneliness and mental health: the mediating effect of perceived social support. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22): 11963. [doi: 10.3390/ijerph182211963](#) [pmid: 34831717](#)
20. Cacioppo JT, Cacioppo S. Loneliness in the Modern Age: An Evolutionary Theory of Loneliness (ETL). *Advances in Experimental Social Psychology*; 2018. p. 127-97. [doi: 10.1016/BS.AESP.2018.03.003](#)
21. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*. 2020;395(10223):470-3. [pmid: 31986257](#) [doi: 10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](#)
22. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health ? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(9):We01-4. [pmid: 25386507](#) [doi: 10.7860/JCDR/2014/10077.4828](#)
23. Nuyen J, Tuithof M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Kleinjan M, Have MT. The bidirectional relationship between loneliness and common mental disorders in adults: findings from a longitudinal population-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55(10):1297-310. [pmid: 31538206](#) [doi: 10.1007/s00127-019-01778-8](#)
24. Perlman D, Peplau LA. *Toward a Social Psychology of Loneliness*. In: Gilmour R, Duck S. editors. *Personal Relationships: 3. Relationships in Disorder* London: Academic Press; 1981. p. 31-56.
25. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013;75(3):223-8. [pmid: 23972410](#) [doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.06.033](#)
26. Gavurova B, Ivankova V, Rigelsky M, Mudarri T, Miovsky M. Somatic symptoms, anxiety, and depression among college students in the Czech Republic and Slovakia: A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2022;10:859107. [pmid: 35359763](#) [doi: 10.3389/fpubh.2022.859107](#)
27. Hadlandsmyth K, Dailey DL, Rakel BA, Zimmerman MB, Vance CG, Merriwether EN, et al. Somatic symptom

- presentations in women with fibromyalgia are differentially associated with elevated depression and anxiety. *J Health Psychol.* 2020;25(6):819-29. **pmid:** 29076404 **doi:** 10.1177/1359105317736577
28. Pan X, Ding W, Sun X, Ji C, Zhou Q, Yan C, et al. Gray matter density of the dorsomedial prefrontal cortex mediates the relationship between catastrophizing and anxiety in somatic symptom disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2021;17:757-64. **pmid:** 33727819 **doi:** 10.2147/NDT.S296462
29. Groen RN, van Gils A, Emerencia AC, Bos EH, Rosmalen JGM. Exploring temporal relationships among worrying, anxiety, and somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2021;146:110293 **pmid:** 33228967 **doi:** 10.1016/j.jpsychores.2020.110293
30. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, et al. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res.* 2009;67(3):189-97. **pmid:** 19686874 **doi:** 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013
31. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2015;78(2):116-22. **pmid:** 25524436 **doi:** 10.1016/j.jpsychores.2014.11.007
32. Segrin C, Passalacqua SA. Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Commun.* 2010;25(4):312-22. **pmid:** 20512713 **doi:** 10.1080/10410231003773334
33. Domènech-Abella J, Mundó J, Haro JM, Rubio-Valera M. Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord.* 2019;246:82-8. **pmid:** 30578950 **doi:** 10.1016/j.jad.2018.12.043
34. Grover S, Avasthi A, Sahoo S, Lakdawala B, Dan A, Nebhinani N, et al. Relationship of loneliness and social connectedness with depression in elderly: A multicentric study under the aegis of Indian Association for Geriatric Mental Health. *Journal of Geriatric Mental Health.* 2018;5(2):99-106. **doi:** 10.4103/jgmh.jgmh_26_18