

## رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران

سلامت جسمانی و روانی انسان‌ها از عوامل گوناگونی تأثیر می‌پذیرد. در این بین، یکی از متغیرهای اثرگذار بر سلامت انسان که مورد توجه جامعه‌شناسان نیز قرار گرفته، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است.

به منظور آزمون فرضیه‌های تحقیق، ۱۲۶ نفر (۵۳ دختر و ۸۴ پسر) از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه پاسخگویان پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران و سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-۲۸) را تکمیل نمودند. نتیجه آزمون فرضیات - با استفاده از آزمون ۲ پی‌رسون - حاکی از آن است که بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. از بین منابع حمایتی، حمایت اجتماعی خانواده تأثیر بیشتری نسبت به حمایت دوستان و سایر افراد دارد. از طرف دیگر، در میان ابعاد سلامت روانی حمایت اجتماعی بیشترین رابطه را با افسردگی دارد. همچنین بررسی سایر فرضیات نشان می‌دهد بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی، از یک سو و حمایت اجتماعی و سلامت روان، از سوی دیگر رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

**واژگان کلیدی:** سلامت روانی، حمایت اجتماعی، جوانان، دانشجویان

علیرضا محسنی تبریزی  
عضو هیئت علمی  
دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

اشرف راضی  
کارشناس ارشد  
پژوهش علوم اجتماعی



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی

## بیان مسئله و اهمیت آن

یکی از مباحثی که امروزه در حوزه جامعه شناسی پزشکی و مطالعات مربوط به جوانان مطرح است، موضوع وضعیت سلامت روانی جوانان و متغیرهای اثرگذار بر آن است. سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی را به عنوان یک اولویت جهانی مشخص کرده است.

سلامت روان تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به صورتی قابل انعطاف و معنی دار است. تعریف اخیر بهداشت روانی چنین است: «حالت توازن بین شخص و دنیای اطراف او، سازگاری شخص با خود و دیگران، همزیستی بین فرد و محیط زیست» (گزارش ملی جوانان، ۱۳۸۱: ۱۱).

در واقع، بهداشت روانی داشتن تعادل شخصی و سازگاری میان فرد و محیط است. عوامل زیادی به داشتن این وضعیت کمک می‌کنند که یکی از مهم‌ترین آنها، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی، و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت

اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می دانند (علی پور، ۱۳۸۵: ۱۳۴).  
با توجه به جنبه بیرونی حمایت اجتماعی و ارتباط آن با محیط اجتماعی فرد، اسمیت و هابیس معتقدند  
اختلال روانی گرفتاری شخصی فرد نیست، بلکه از فروپاشی منابع عادی حمایت اجتماعی، بخصوص روابط  
خانوادگی، ناشی می شود. (قدسی، ۱۳۸۲: ۷).

پیوند اجتماعی امکان آسودگی روانی را برای شخص بیمار فراهم می آورد، اما آثار ملموس دیگر نیز دارد.  
شبکه آشنایی‌های فرد به او کمک خواهد کرد تا کاری را که با حال او مناسبت بیش تری داشته باشد، پیدا  
کند یا در دایره ارتباط دیگری جا بیفتد. ادراک حمایت اجتماعی منجر به انسجام اجتماعی می‌شود. ادراک  
حمایت اجتماعی و احساس ارزشمندی منجر به سلامتی افراد و ایفای وظایف متقابل آنها در مقابل جامعه  
خواهد شد. (Coleman, 1998)

عدم ادراک حمایت اجتماعی پیامدهای زیادی برای جامعه دارد. این امر موجب می شود افراد وظایف خود  
را به درستی انجام ندهند و در عملکرد افراد در جامعه اختلال پیش آید. (Alen, 1998; Brendt, 1979)

امکان ابتلا به بیماری‌های روانی برای همه افراد جامعه وجود دارد و هیچ انسانی از فشارهای روانی و  
اجتماعی مصون نیست. این خطری است که پیوسته نسل فعلی و آینده را به شدت تهدید می کند. وجود  
یک بیمار روانی به کار عادی و اقتصاد خانواده آسیب می‌زند و درآمد سرانه را کاهش می دهد. از لحاظ روابط  
انسانی، سایر افراد خانواده را در وضع تأسف آوری قرار می دهد و خانواده‌ها باید صرف نظر از مخارج هنگفت  
و صرف وقت، فشار روانی شدیدی را برای نگهداری بیمار خود تحمل کنند. مراقبت و نگهداری بیماری روانی  
زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه فردی را از اعضای خانواده سلب می کند. برای سازمان‌های درمانی،  
آموزشی، سیاسی، اقتصادی، و انتظامی مسئله بزرگ و پیچیده‌ای را ایجاد می کند. نیروی انسانی و اقتصاد  
اجتماع را تخریب می‌کند و به کشاورزی، صنعت و آموزش و پرورش آسیب می‌زند. (میلانی فر؛ ۱۳۷۸: ۳۶)

نتایج بررسی های انجام شده نشان می دهد که بیماری روحی و روانی به شکل خطرناکی رو به افزایش  
است. بر اساس اطلاعات سازمان جهانی بهداشت، بیماری قلبی و افسردگی دو عامل اصلی مرگ و میر در  
سطح جهان تا سال ۲۰۰۲ به شمار می آیند (نوربخش، ۱۳۸۳: ۸۱). در سرتاسر جهان، اختلالات روانی و  
رفتاری ۱۰ درصد از کل حجم بیماری در سال ۱۹۹۰ را شامل شده است. پیش بینی می شود آمار اختلالات  
روانی تا حجم ۱۵ درصد تا سال ۲۰۲۰ افزایش یابد؛ چنان که افسردگی در سال ۱۹۹۰ چهارمین بیماری  
شایع به شمار می‌رفت و انتظار می رود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری بعد از ناراحتی قلبی ارتقا یابد.  
(سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱).

ایران از جمله کشورهایی است که بخش عمده ای از جمعیت آن جوان است. از این رو، پرداختن به  
سلامت روانی این قشر عظیم دارای ضرورت و اولویت است. بدیهی است که هرگونه نارسایی در بهداشت  
جسمی و روانی و در نتیجه کاهش توانایی های این قشر پرتحرک به گونه ای غیر قابل اجتناب به کندی  
در پیشرفت جامعه می‌انجامد. از طرف دیگر، عدم سلامت جسمی و روانی آنها ممکن است در درازمدت بر  
سلامتی تمامی آحاد جامعه اثر منفی گذارد. (گزارش ملی جوانان، ۱۳۸۱: ۲). بخش مهم و اثرگذار این گروه  
سنی هم دانشجویان اند. دانشجویان که مستعدترین اقشار هر جامعه و آینده سازان کشور به شمار می آیند،  
در صورتی خلاق خواهند بود که از سلامت روانی کامل برخوردار باشند. دانشجویان پس از ورود به دانشگاه  
با محیط جدیدی روبرو می شوند که با زندگی و محیط اجتماعی قبلی آنها متفاوت است و لذا محیط جدید  
مشکلاتی را برای آنها به وجود می آورد. شرایط نامساعد خوابگاه، احساس غربت، مشکلات تحصیلی، رقابت  
های فشرده دوران دانشجویی، نداشتن تفریح و سرگرمی، ناراحتی و نگرانی از یافتن شغل مناسب بعد از اتمام  
تحصیل، مشکلات ادامه تحصیل و ... دانشجویان را در معرض ابتلا به ناراحتی‌های روانی از جمله اضطراب و  
افسردگی قرار می دهند. بنابراین ضرورت دارد بحث روان این قشر در اولویت قرار داده شود.

## اهداف تحقیق

### هدف اصلی

- بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی جوانان در میان دانشجویان دانشگاه تهران

### اهداف فرعی

- بررسی تأثیر منابع مختلف حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و سایر افراد) بر وضعیت سلامت روانی
- بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر ابعاد مختلف سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی)
- بررسی رابطه وضعیت اجتماعی اقتصادی با حمایت اجتماعی و سلامت روانی جوانان

### مبانی نظری

در پرداختن به علل اجتماعی بیماری‌های روانی، دیدگاه‌های مختلفی برای تبیین بیماری‌ها وجود دارد. در این بین، یکی از دیدگاه‌های مطرح شده نظریه حمایت اجتماعی است. دیدگاه‌های حمایت اجتماعی خود به مدل‌های مختلفی تقسیم می‌شود که ما در این پژوهش بیشتر بر دو دیدگاه مهم آن یعنی مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی و مدل سلسله مراتبی - جبرانی تأکید خواهیم کرد.

#### مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر عمده (main effect):

این مدل عنوان می‌کند که صرف داشتن حمایت اجتماعی بدون توجه به عوامل استرس‌زای برای سلامتی مفید است و برعکس، نداشتن یا فقدان حمایت اجتماعی دارای تأثیرات منفی بر سلامتی است. فلیمنگ و باوم که از نظریه پردازان مطرح این دیدگاه‌اند معتقدند افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، از سلامتی بیشتری نیز بهره‌مندند. (Fleming & Baum, 1986)

درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی از جمله شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی منابع حمایتی فراهم می‌کند که افراد با جذب بیشتر در این شبکه‌ها از حمایت و متعاقب آن سلامتی برخوردار می‌شوند. بر طبق مطالعات متأثر از این مدل، افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند. (Thoits, 1983; Ware & Donald, 1981)

#### مدل سلسله مراتبی - جبرانی (hierarchical-compensatory model):

این مدل بر آن است که افراد در صورتی که روابط اولیه حمایت را در اختیار داشته باشند، برای دریافت حمایت کمتر به سراغ روابط مرتبه پایین‌تر می‌روند. (Cantor, 1969) در واقع، نظریه‌پردازان این دیدگاه معتقدند چون روابط صمیمی با افراد نزدیک، تأثیر بیشتری بر روحیه، آنها دارد افراد رابطه و دریافت حمایت از گروه‌های اولیه و صمیمی را بر سایر افراد ترجیح می‌دهند - افراد نزدیک و صمیمی قادرند حمایت کامل‌تر و قوی‌تری به عمل آورند.

صاحب‌نظران این دیدگاه معتقدند در غیاب روابط اولیه ای مثل همسر و فرزند، روابط مرتبه پایین‌تر مثل دوستی می‌توانند جانشین جبرانی روابط همسر و فرزندی شوند. طبق این مدل، اولاً، پیوندها به لحاظ شدت رابطه و حمایت حاصل از آن دارای اهمیت سلسله مراتبی است. پس روابط به دو دسته روابط اولیه و روابط مرتبه پایین‌تر تقسیم می‌شوند. ثانیاً، در صورت فقدان یا عدم دسترسی به روابط اولیه، فرد روابط مرتبه پایین‌تر را برای جبران آن به کار می‌گیرد. مکانیزم جبران یا جانشینی از سوی افراد بیوه و مطلقه و نیز کسانی که با فرزندانشان تماس محدودی دارند مورد استفاده قرار می‌گیرد. این افراد به علت از دست دادن روابط اولیه قبلی خود منابع حمایتی دیگر را که عمدتاً در مرتبه پایین‌ترند، به کار می‌گیرند (همان).

## فرضیات تحقیق

### فرضیات اصلی

- بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی رابطه مستقیم وجود دارد.
- حمایت اجتماعی خانواده نسبت به سایر حمایت‌ها تأثیر بیشتری بر سلامت روانی می‌گذارد.
- تأثیر حمایت اجتماعی بر افسردگی بیش از سایر ابعاد سلامت روانی است.

### فرضیات فرعی

- بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سلامت روانی رابطه مستقیم وجود دارد.
- بین وضعیت اجتماعی - اقتصادی و حمایت اجتماعی رابطه مستقیم وجود دارد.

## تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

### تعریف مفهومی

**حمایت اجتماعی:** حمایت اجتماعی بر اساس تعریف کوب به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد اطلاق می‌شود (علی پور، ۱۳۷۱: ۹۶).

**بهداشت روانی:** سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی را این‌گونه تعریف می‌کند: «بهداشت روانی در درون مفهوم کلی بهداشت قرار دارد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های روانی و جسمی؛ پس بهداشت به معنای نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست».

**وضعیت اجتماعی - اقتصادی:** وضعیت اجتماعی - اقتصادی عبارت است از: موقعیت اجتماعی و اقتصادی فرد و یا افراد در جامعه که معمولاً برای سنجش آن از شاخص‌هایی چون میزان درآمد، سطح تحصیلات و وضعیت شغلی والدین استفاده می‌شود.

### تعریف عملیاتی سلامت روانی

برای بررسی سلامت روانی از مقیاس ۲۸ سؤالی سلامت روانی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده شده است. سؤالات این آزمون برای بررسی وضعیت پاسخگو در طول یک ماه گذشته است. این آزمون چهار زیرمقیاس را در بر می‌گیرد (هر زیر مقیاس هفت سؤال دارد).

زیر مقیاس اول، شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. این زیر مقیاس دریافت‌های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی هیجانی همراه‌اند، ارزشیابی می‌کند و سؤالاتی ۱ تا ۷ مربوط به آن است. زیر مقیاس دوم، شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط‌اند و سؤالاتی ۸ تا ۱۴ را در بر می‌گیرد. زیر مقیاس سوم، گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند - سؤالاتی ۱۵ تا ۲۱ مربوط به این زیر مقیاس است. چهارمین زیرمقیاس، دربر گیرنده مواردی است که با افسردگی و خیم و گرایش به خودکشی مرتبط‌اند (معمدی‌شارک، ۱۳۸۳: ۹۸-۹۷) و در سؤالاتی ۲۲ تا ۲۸ به آنها اشاره شده است.

### تعریف عملیاتی حمایت اجتماعی

برای بررسی حمایت اجتماعی از مقیاسی که واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت (1986) تهیه کرده‌اند، استفاده شده است. این مقیاس ۲۳ سؤال دارد که میزان برخورداری افراد از محبت و توجه

اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد را مورد سنجش قرار می دهد. خرده مقیاس خانواده ۸ سؤال و خرده مقیاس دوستان ۷ سؤال دارد و بقیه سؤالات هم درباره حمایت سایر افراد است.

### روش تحقیق

این پژوهش به روش پیمایشی انجام شده که در آن امکان توصیف مناسب ویژگی‌های واحد تحلیل و مقایسه دقیق خصوصیات آنها از طریق استنباط علی فراهم است. تحقیق پیمایشی با مشاهده تغییر صفت در واحدهای تحلیل و دنبال کردن تغییرات دیگری که با آن همبسته است، در پی درک علل پدیده است (دواس، ۱۳۷۶: ۵).

### جامعه آماری

جامعه آماری این تحقیق عبارت است از: دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران که در زمان جمع آوری اطلاعات در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند و تعداد آنها برابر با ۹۳۷۸ نفر شده است. در این تحقیق برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد:

$$n = \frac{p \times q \times t^2 N}{Nd^2 + p \times q \times t^2}$$

$p$  و  $q$ ، درصد دانشجویان دختر و پسر است که دانشجویان دختر در حدود ۳۷ درصد و دانشجویان پسر ۶۳ درصد از جامعه آماری را به خود اختصاص داده بودند. حد خطای برآورد ( $d$ ) را ۸ درصد و فاصله اطمینان را ۹۵ درصد در نظر گرفتیم.

$$n = \frac{0/37 \times 0/67 \times 1/96^2 \times 9378}{9378 \times 0/08^2 + 0/37 \times 0/67 \times 1/96^2} = 136$$

همان‌طور که مشاهده می شود، فرمول چنان حساب شده که می توانیم به میزان ۹۵ درصد اطمینان داشته باشیم که نتایج به دست آمده از بررسی نمونه با احتمال ۸ درصد خطای نمونه گیری، قابل تعمیم به جامعه آماری است.

### نمونه گیری

در این تحقیق ۱۳۶ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه تهران به عنوان نمونه تحقیق به روش نمونه گیری نیمه احتمالی انتخاب شدند. ابتدا از بین دانشکده های مختلف دانشگاه تهران چهار دانشکده (هنرهای زیبا، ادبیات و علوم انسانی، علوم پایه و فنی) انتخاب شدند. افراد نمونه بر حسب صفات متمایزکننده رشته تحصیلی و جنسیت طبقه بندی شدند. سپس از بین دانشجویان هر یک از دانشکده های منتخب، افراد نمونه با توجه به درصد دانشجویان هر دانشکده و جنسیت آنها انتخاب شدند؛ به عنوان مثال، از آنجایی که ۱۸۵۷ نفر (۳۶۲ زن و ۱۳۹۵ نفر مرد) از دانشجویان در دانشکده فنی تحصیل می کردند، ۵۱ نفر از ۱۳۶ نمونه مربوط به دانشجویان مرد دانشکده فنی و ۱۳ نفر مربوط به دانشجویان زن دانشکده فنی بوده است. بنابراین با توجه به نیمه احتمالی بودن نمونه گیری - که افراد نمونه در مرحله اول به شیوه طبقه بندی و در مرحله دوم به صورت در دسترس انتخاب شدند- با فرض احتمالی بودن و تعداد زیاد دانشجویان نتایج، قابل تعمیم به جامعه آماری است.

## یافته های تحقیق

جدول ۱: توزیع میزان برخورداری پاسخگویان از حمایت اجتماعی

درصد اجتماعی	درصد	فردانی	حمایت اجتماعی
۴۴/۴	۴۴/۴	۵۹	پایین
۱۰۰/۰	۵۶/۶	۷۷	متوسط
	۱۰۰/۰	۱۳۶	مجموع

همانگونه که ملاحظه می شود، حدود ۴۴/۴ درصد افراد از حمایت اجتماعی پایین و ۵۶/۶ درصد افراد نیز از حمایت اجتماعی بالایی برخوردارند.

جدول ۲: توزیع وضعیت سلامت روانی پاسخگویان

درصد اجتماعی	درصد	فردانی	وضعیت روانی
۴/۴	۴/۴	۶	بیمار
۲۷/۹	۲۳/۵	۳۲	در آستانه بیماری
۱۰۰/۰	۷۲/۱	۹۸	سالم
	۱۰۰/۰	۱۳۶	مجموع

حدود ۴/۴ درصد از افراد به لحاظ سلامت روانی در سطح بیماری و ۷۲/۱ درصد افراد نیز در وضعیت روانی سالم و ۲۳/۵ درصد هم در آستانه بیماری قرار دارند.

## آزمون تجربی فرضیات

از آنجا که متغیرهای اصلی تحقیق در سطح سنجش فاصله ای قرار دارند ، برای بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده خواهیم کرد.

فرضیه اول: بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی رابطه مستقیم وجود دارد.

جدول ۳: رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی

سلامت روانی	حمایت اجتماعی	تعداد	حمایت اجتماعی
۰/۳۲۶	۱	۱	بیماری پیرسون
۰/۱۰۰۰	۰	۰	سطح متوسطی قرار می دهند
۱۳۶	۱۳۶	۱۳۶	تعداد
۱	۰/۳۲۶	۱	همبستگی پیرسون
۰	۰/۱۰۰۰	۰	سطح متوسطی قرار می دهند
۱۳۶	۱۳۶	۱۳۶	تعداد

جدول فوق رابطه به دست آمده برای دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت روانی را ۰/۳۳ درصد نشان می‌دهد که حاکی از همبستگی بالا و مستقیم بین دو متغیر است. نتیجه مذکور با توجه به سطح معنی داری به دست آمده (۰/۰۰۰) قابل تعمیم به جامعه آماری است.

این نتیجه با مطالعات پیشین همخوانی دارد. برای مثال، تحقیقی که توسط دالگارد و همکاران در سال ۱۹۹۵ صورت گرفته است، نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی به عنوان عامل حفاظتی در برابر ابتلا به بیماری‌های روانی عمل می‌کند. این تأثیر بخصوص در مورد افسردگی بسیار قوی است. (Dalgard et al., ۱۹۹۵) همچنین مطالعات کینگ سی و فیلیپس در سال ۲۰۰۲ نشان داد که کیفیت حمایت خانواده و ادراک حمایت دوستان، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم بهداشت روان‌اند.

**فرضیه دوم: حمایت اجتماعی خانواده تأثیر بیشتری بر سلامت روانی نسبت به سایر منابع حمایتی دارد.**

جدول ۴: بررسی مقایسه‌ای رابطه بین منبع حمایت اجتماعی و سلامت روانی

منبع حمایت	بهره‌مندی
حمایت خانوادگی	۰/۳۳
حمایت دوستانه	۰/۲۳
حمایت همسر	۰/۱۳
حمایت همکاران	۰/۰۳
حمایت سایر منابع	۰/۰۳
حمایت کلی	۰/۳۳
حمایت اجتماعی	۰/۳۳
حمایت فردی	۰/۳۳
حمایت اجتماعی	۰/۳۳
حمایت خانوادگی	۰/۳۳

مطابق جدول فوق، بیشترین همبستگی (۰/۴۱) بین حمایت اجتماعی خانواده و سلامت روانی و کمترین آن حدود ۰/۲۰ مربوط به حمایت دوستان است. بنابراین فرضیه فوق مبنی بر تفاوت تأثیر انواع حمایت اجتماعی بر سلامت روانی با توجه به سطح معنی داری به دست آمده برای متغیرها که کمتر از خطای ۵ درصد است، تأیید می‌شود و این نتیجه قابل تعمیم به جامعه آماری است.

نتیجه فوق با دیدگاه‌های موجود در این زمینه و تحقیقات پیشین همخوانی زیادی دارد؛ چنانکه مطالعات چی، آریس و چوکی، ال در سال ۲۰۰۱ نشان می‌دهد که حمایت خانواده، بیشترین تأثیر را بر سلامت روانی نسبت به سایر منابع حمایتی دارد. در واقع نقش حمایت خانواده بیش از حمایت دوستان و سایر افراد است. (Tris & Chou, 2001)



فرضیه سوم: حمایت اجتماعی بر افسردگی بیش از سایر ابعاد سلامت روانی تأثیر می‌گذارد.  
جدول ۵: بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و ابعاد سلامت روانی

حمایت اجتماعی		
-۰/۳۲۰	همبستگی پیرسون	نشانه‌گان جسمانی
۰/۰۰۰	سطح معنی داری دو دامنه	
۱۳۶	تعداد	
-۰/۳۲۰	همبستگی پیرسون	اضطراب
۰/۰۱۰	سطح معنی داری دو دامنه	
۱۳۶	تعداد	
-۰/۳۱۸	همبستگی پیرسون	اختلال در عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۰	سطح معنی داری	
۱۳۶	تعداد	
-۰/۳۹۱	همبستگی پیرسون	افسردگی
۰/۰۰۰	سطح معنی داری دو دامنه	
۱۳۶	تعداد	

جدول فوق نشان می‌دهد که تأثیر حمایت اجتماعی بر افسردگی بیشتر از سایر ابعاد سلامتی است. رابطه به دست آمده بین افسردگی و حمایت اجتماعی (۰/۳۹۱-) حاکی از همبستگی قوی و معکوس بین دو متغیر است که در سطح معنی داری (۰/۰۰۰) قابل تعمیم به جامعه آماری است. جدول فوق نشان می‌دهد که کمترین رابطه به دست آمده (۰/۲۲-) بین دو متغیر اضطراب و حمایت اجتماعی وجود دارد. همان‌گونه که قبلاً هم اشاره شد، مطالعه‌ای که توسط دالگارد، بژورک و تامبز در سال ۱۹۹۵ صورت گرفته است نشان داد حمایت اجتماعی بیشترین تأثیر را در بین بیماری‌های روانی بر افسردگی دارد. (Dalgard et al, 1995)

فرضیه چهارم: بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و سلامت روانی رابطه مستقیم وجود دارد.

جدول ۶: بررسی رابطه بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و سلامت روانی

وضعیت اجتماعی اقتصادی	سلامت روانی		
۰/۰۴۷	۱	همبستگی پیرسون	سلامت روانی
۰/۵۹۱	۰	سطح معنی داری دو دامنه	
۱۳۶	۱۳۶	تعداد	
۱	۰/۰۴۷	همبستگی پیرسون	وضعیت اجتماعی اقتصادی
۰	۰/۵۹۱	سطح معنی داری دو دامنه	
۱۳۶	۱۳۶	تعداد	

ارقام جدول فوق رابطه به دست آمده بین دو متغیر را حدود ۰/۰۵ درصد نشان می دهد که رقم بسیار پایینی است. بنابراین تحقیق حاضر نشان می دهد که بین دو متغیر رابطه معنی داری وجود ندارد. نتیجه به دست آمده با برخی از تحقیقات پیشین تناقض دارد.

برخی از این تحقیقات نشان می دهد که طبقه اجتماعی افراد بر بعضی از اشکال بیماری های روانی تأثیر زیادی دارد. برای مثال، مطالعات براون و هریس در سال ۱۹۷۸ نشان می دهد که اسکیزوفرنیا به شدت با طبقه مرتبط است به گونه ای که طبقات کارگر ۵ بار بیش از سایر طبقات احتمال دارد که بدان مبتلا شوند. (Brown & Harris, 1978)

**فرضیه پنجم: بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و حمایت اجتماعی رابطه مستقیم وجود دارد.**

**جدول ۷: بررسی رابطه بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و حمایت اجتماعی**

حمایت اجتماعی	وضعیت اجتماعی اقتصادی		
-۰/۰۲۶	۱	همبستگی پیرسون	وضعیت اجتماعی اقتصادی
۰/۷۶۷	۰	سطح معنی داری دو دامنه	
۱۳۶	۱۳۶	تعداد	
۱	-۰/۰۲۶	همبستگی پیرسون	حمایت اجتماعی
۰	۰/۷۶۷	سطح معنی داری دو دامنه	
۱۳۶	۱۳۶	تعداد	

همان گونه که در جدول فوق ملاحظه می شود رابطه بین دو متغیر منفی و بسیار پایین (در حدود ۰/۳) است. رقم به دست آمده نشان می دهد بین دو متغیر رابطه چندانی وجود ندارد. بنابراین فرضیه ما مبنی بر رابطه بین دو متغیر مردود است.

## نتیجه گیری

طی بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در این پژوهش، از سویی وجود رابطه بین دو متغیر و از سوی دیگر، مستقیم بودن این رابطه مشخص شد؛ یعنی هر چقدر حمایت اجتماعی در افراد بالا می رود، سلامت روانی آنان نیز افزایش می یابد که این امر با تحقیقات انجام شده در این زمینه مطابقت دارد. برای مثال، در تحقیقی که در سال ۱۹۸۲ توسط کارل دی آرسی و سی. ام. سدید صورت گرفته است، نشان داده شد که مادران فرزندان پیش دبستانی که از سطح پایین تر حمایت همسر برخوردار بودند، نسبت به سایر زنانی که صاحب فرزند مدرسه ای بودند ولی از حمایت بالاتری برخوردار بودند اضطراب، افسردگی و ناراحتی روانی بیشتری داشتند. همچنین تحقیقی که توسط کلینبرگ، کلارک و همکاران آنها در سال ۲۰۰۶ صورت گرفته است، نشان داد افرادی که از حمایت اجتماعی عمومی و خانوادگی کمتری بهره می برند با احتمال بیشتری در معرض ناراحتی روانی قرار می گیرند.

همچنین بررسی سایر فرضیات نشان می دهد که بین انواع حمایت اجتماعی، حمایت اجتماعی خانواده اهمیت بیشتری نسبت به حمایت دوستان و سایر افراد دارد. در واقع، این تحقیق نشان داد کسانی که از حمایت اجتماعی بالای خانواده برخوردار بودند از سلامت روانی بیشتری نسبت به سایر افراد برخوردار هستند.

این نتیجه با یافته های تحقیقات انجام شده نیز مطابقت دارد. برای مثال، طی بررسی که توسط آریس و کی. ال در سال ۲۰۰۱ صورت گرفت، ملاحظه شد که حمایت خانواده بیشترین تأثیر را نسبت به سایر حمایت‌ها بر میزان افسردگی دارد. مطالعه دیگری هم توسط لگسن، داگاس و بوکوویسکی در سال ۲۰۰۳ صورت گرفته است که نشان می‌دهد اضطراب و افسردگی - در مقایسه با سایر منابع حمایت اجتماعی - همبستگی بالاتری با حمایت اجتماعی خانواده دارد. بین نگرانی و حمایت اجتماعی خانواده هم رابطه معکوسی وجود داشت، اما این امر در مورد حمایت دوستان مصداق نداشت. در واقع، یافته های این پژوهش نشان می‌دهد ادراک حمایت اجتماعی خانواده بیش از سایر عوامل حمایت اجتماعی در فهم نگرانی، اضطراب و افسردگی جوانان به ما کمک می‌کند.

نتیجه به دست آمده از فرضیه سوم هم نشان می‌دهد حمایت اجتماعی بیشترین تأثیر را بر افسردگی نسبت به سایر ابعاد سلامت روان دارد.

همچنین رابطه وضعیت اجتماعی - اقتصادی با سلامت روانی معنی دار به دست نیامد که این نتیجه با برخی از یافته‌های پیشین تناقض دارد. بر اساس تحقیقات صورت گرفته، درصد زیادی از بیماران بیمارستان‌های روانی از طبقات پائین‌اند. (سیدان، ۱۳۸۱: ۸۵).

البته نتیجه به دست آمده با بعضی از تحقیقات پیشین همخوانی دارد. برای مثال، تحقیقی که گل رضایی در سال ۷۵ با عنوان «ارتباط بین پیشینه اجتماعی - اقتصادی، حمایت اجتماعی و عزت نفس با میزان افسردگی در میان دانشجویان دانشگاه تهران» انجام داد، دریافت پیشینه اجتماعی - اقتصادی با افسردگی رابطه چندانی ندارد.

همچنین بین دو متغیر وضعیت اجتماعی - اقتصادی و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری به دست نیامد. بنابراین، این تحقیق نشان می‌دهد میزان دریافت حمایت اجتماعی از متغیرهای دیگری به غیر از وضعیت اجتماعی - اقتصادی تأثیر می‌پذیرد.

## پیشنهادات

- ۱- از آنجا که حمایت اجتماعی ۱۱ درصد واریانس سلامت روانی را تبیین می‌کند، ضرورت دارد کارشناسان سلامت روان، به سایر متغیرهای اثرگذار بر سلامت روانی نیز توجه ویژه‌ای داشته باشند.
- ۲- خانواده مهم‌ترین منبع حمایتی است. بنابراین بنیان خانواده را باید تقویت نمود. (برای نمونه برطرف نمودن مشکلات خانواده‌های مسئله‌داری که به طور مسلم قادر نیستند حمایت اجتماعی بیشتری را در اختیار اعضای خود قرار دهند).
- ۳- ضرورت دارد کارشناسان مطالعات اجتماعی (به ویژه در حوزه خانواده) راهکارهای افزایش حمایت اجتماعی خانواده را به عنوان مهم‌ترین منبع حمایتی بررسی کنند.

## منابع:

۱. دوانس، دی.ای. (۱۳۷۶) **روش پیمایش در تحقیق اجتماعی**. رخساره رفعت جاه. تهران: مرکز ملی مطالعات و سنجش افکار عمومی
۲. سیدان، فریبا (۱۳۸۱) «**بیماریهای روانی زنان (افسردگی و اضطراب) و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن**». رساله دکتری، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
۳. علی پور، احمد (۱۳۷۱) «**بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی حمایت اجتماعی با آسیب‌پذیری روان تنی در برابر استرس**». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
۴. علی پور، احمد (۱۳۸۵) «**ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی**». فصلنامه اندیشه و رفتار. سال دوازدهم، شماره ۲.
۵. قدسی، محمد علی (۱۳۸۲) «**بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی**». رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
۶. گزارش ملی جوانان (۱۳۸۱) **بررسی وضعیت بهداشت جوانان**. تهران: شماره ۵.
۷. معتمدی شارک، فرزانه (۱۳۸۳) «**سبک‌های اسنادی، خودکارآمدی تحصیلی و سلامت روان در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی**». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
۸. میلانی فر، بهروز (۱۳۷۸) **بهداشت روانی**. چاپ ششم، تهران: نشر قومس
۹. نوربخش، مهوش (۱۳۸۳) «**بررسی تأثیر فعالیت‌های جسمانی بر میزان افسردگی دختران دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز**». نشریه دانشکده تربیت بدنی «حرکت». شماره پیاپی ۲۱.
10. Allen, J. P. ; Moore, C.; Kuperminc, G. & Bell, K. (1998) "**Attachment and adolescent psychosocial functioning**". Child Development. 65(5).
11. Berndt, T. J.(1979) "**Developmental changes in conformity to peers and parents**". Developmental Psychology. 15.
12. Beshara, Gloria, E. (2005) **Attachment, perceptions of social support and social integration: Implication for Adolescence at risk school drop out**.
13. Brown, G.W. & Harris , T.(1978) **The second origins of depression: A study of psychiatric disorder in women**. Cambridge University Press.
14. Cantor, M.(1979) **Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system**. Research on ging , 1.
15. Coleman, J.(1998) "**Social capital in the creation of human capital**". American Journal of Sociology. 94.
16. Cohen, S. & Syme , S. L.(1985) **Issues in the study and application of social support**. New York: Academic Press. Inc.
17. Dalgard. O.S., Bjork, S. & Tambs, K.(1995) "**Social support, negative life events and mental health**". The British Journal of Psychology.166.
18. Elgar, F. J.; Knight , J.; Worrall, G. J. & Sherman , G.(2003) "**Attachment characteristics**

**and behavioral problems in rural and urban juvenile delinquents**". Child Psychiatry and Human Development. 34(1).

19. Fleming, Raymond & Baum , Andrew (1986) "**Social support and stress: The buffering effects of friendship**". In Derlega , Valerians & Winstead, Barbara A.(Eds). Friendship and social integration. New York: Springer Verlag.
20. Ganster, D.C., & Victor , B.(1988) "**The impact of social support on mental and physical health**". British Journal of Medical Psychology. 61.
21. Iris, chi & chou, K.L, (2001) "**social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong**". International Journal of Aging and Human Development . Vol 52, Issue3.
22. Schaefer, Catherine, James, C.coyne & Lazarus, Richard .S. (1981) "**The health-related of social support**". Journal of Behavioral Medicine. vol,4,No. 4.
23. Siu, Oi-Ling & David R.phillips(2002) "**A study of family support , friendship and psychological well-being among older women in Hong Kong**", The International Journal of Aging and Human Development. Vol 55. Issue 4.
24. Thoits, P.A.(1982) "**Conceptual , methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress**". Journal of Health and Social Behaviors. 23.
25. Wellman, B. & Gulia, M.(1999) "**The network basis of social support: A network is more than the sun of its ties**". In network in the global village. Edited by Barry Wellman.
26. World health organization(2001) **Regional strategy for mental health**. Regional Committee. Fifty-Second Session. Brunei Darussalam.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



پښتونستان ښار علمي او مطالعاتي مرکز  
پښتونستان ښار علمي مرکز