

فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر

سال ششم، شماره (۱۷)، تابستان ۱۳۹۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۹

صص ۱۶۴ - ۱۴۳

بررسی تاثیر حمایت اجتماعی - عاطفی و پیوند قوی بر سلامت عمومی (مورد مطالعه: دانش آموزان پسر دبیرستان های شبانه روزی منطقه سردشت دزفول)

علی حسین حسین زاده^۱، زهرا بهرامی نژاد^۲، شهروز فروتن کیا^۳

چکیده:

بنا بر نظریه دور کهایم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده قوی تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می یابد و بر عکس حتی ممکن است در چنین شرایطی فرد سلامت خود را به خاطر دیگران به خطر اندازد. برکمن و سیم (۱۹۷۹) برکمن (۱۹۸۴) و سیم (۱۹۷۹) به عنوان نظریه پردازان ایده تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی بر این نظر هستند که هرچه یگانگی فرد با اطرافیانیش بیش تر باشد، حمایت اجتماعی بیش تری از او صورت می گیرد و به همین دلیل فرد کم تر در معرض بیماری قرار می گیرد. این مقاله با توجه نظریات این دانشمندان به بررسی تاثیر پیوند قوی و حمایت عاطفی بر سلامت عمومی دانش

1- دانشیار گروه جامعه شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز
alihos81@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد جامعه شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

۳- کارشناس ارشد جامعه شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

آموزان خوابگاهی می‌پردازد و برای رسیدن به اهداف پژوهشی خود این نظریات را در قالب نظریه انسجام اجتماعی دور کهایم و مدل تاثیر مستقیم در قالب مدل برکمن - سیم مورد استفاده قرار داده است. این تحقیق با روش پیمایشی و با کمک ابزار پرسش‌نامه در بین دانش آموزان خوابگاهی در منطقه سردشت دزفول در پاییز ۸۹ صورت گرفته است. از آنجایی که تعداد افراد جامعه آماری اندک بود از روش سرشماری استفاده شده است. در این تحقیق سعی بر آن بوده است که نشان داده شود زندگی خوابگاهی به عنوان سبکی از زندگی که در آن دانش آموزان از حمایت عاطفی و پیوند قوی کمتری برخوردارند چه رابطه‌ای با میزان برخورداری از سلامت عمومی افراد دارد. نتایج نشان داده است که میانگین برخورداری از سلامت عمومی در بین دانش آموزان خوابگاهی در منطقه مورد مطالعه ۵۷ نمره از ۸۴ نمره است. همچنین نتایج، رابطه مستقیم و مثبت بین پیوندی قوی و حمایت عاطفی با سلامت عمومی را نشان می‌دهد. میزان ضریب همبستگی بین پیوند قوی و سلامت عمومی ۰/۴۳۸ بود که در سطح ۰/۰۱ درصد معنادار بود. میزان ضریب همبستگی بین حمایت عاطفی و سلامت عمومی ۰/۲۱۹ بود که در سطح ۰/۰۱ درصد معنادار بود.

واژه‌های کلیدی: پیوند قوی، حمایت عاطفی، سلامت عمومی. زندگی خوابگاهی، مدارس شبانه روزی

۱- مقدمه

مفهوم سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدت‌ها با اتکا به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می‌شد؛ به طوری که سازمان بهداشت جهانی سلامت را در نبود بیماری یا نقص و نوعی آسایش جسمی - روانی - اجتماعی تعریف می‌کرد و تمامی تلاش‌ها را معطوف به جلوگیری از بازگشت بیماری‌ها می‌نمود. امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌انگار و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامت فقط روی یک محور که یک سوی آن بیماری (و نهایتاً مرگ) و در دیگر سو، سلامت افراد قرار داشته باشد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه مفهوم سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش باشد و دوم، افراد، گروه‌ها، اجتماعات محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند و سوم، با رویکردی

کلان‌نگر، به نقش شاخص‌ها و عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در کنار عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در سلامت، توجه خاص شود (بهزاد، ۱۳۸۴). با توجه به این تغییر نگرش‌ها، می‌توان گفت که احساس بیمار بودن حالت خاصی است که تنها دلالت بر وضعیت جسمانی فرد ندارد، بلکه ریشه در وضعیت اجتماعی او دارد. هنگام بیماری اگر نزد خانواده و نزدیک‌ترین دوستان باشیم، بیماری را به یک گونه احساس می‌کنیم و در مقابل، وقتی تنها و بی‌کس باشیم، بیماری را به گونه‌ای دیگر تجربه می‌کنیم. حضور عزیزترین فرد در کنار بیمار نوعی احساس پشتیبانی از فرد بیمار به او می‌بخشد و لذا او را در مواجهه با بیماری‌ها توانمند می‌سازد و به همین دلیل است که سلامت از نظر متخصصان تنها یک امر زیستی - پزشکی نیست و عوامل گوناگونی بر آن تاثیر دارند و تعامل بین این عوامل تعیین‌کننده وضعیت سلامت افراد خواهد بود. یکی از اساسی‌ترین این عوامل، عوامل اجتماعی است. گاهی افراد در موقعیت‌های ویژه اجتماعی قرار می‌گیرند و قرار گرفتن در این موقعیت‌ها می‌تواند سلامتی آنرا دستخوش تغییر قرار دهد. محیط خوابگاهی یکی از این موقعیت‌های ویژه است. خوابگاه‌های شبانه روزی گرچه می‌توانند به عنوان راهکاری چاره‌گشا در جهت فراهم شدن امکانات بهتر برای ادامه تحصیل دانش‌آموزان روستایی و عشایری در مقطع دبیرستان مطرح شوند. با این حال مشکلات ویژه‌ای که در خوابگاه‌های دانش‌آموزی وجود دارد همیشه مساله ساز بوده است. مسائل گوناگونی از قبیل دوری از خانواده، کمبود محبت، نظافت اتاق، همزمانی ساعت خواب ساکنین اتاق، تحمل سرو صدا، تحمل و پذیرش مهمان، تمایلات جنسی نامطلوب، تغذیه نامناسب و دور افتادگی از متن واقعی زندگی اجتماعی و ... می‌تواند موجب بروز مشکلات روحی و روانی در دانش‌آموزان شود. زیستن در چنین محیطی باعث بوجود آمدن سبک زندگی می‌شود که تاثیر آن بر سلامت روان نکته‌ای است که نباید به فراموشی سپرده شود.

در مقایسه با دیگر شرایط زندگی، زندگی در خوابگاه به شیوه‌های کاملاً متفاوت جلوه می‌کند. با توجه به محیط بسته خوابگاه، شرایط ایجاب می‌کند فرد با دنیای بیرون فاصله گیرد و ارتباط با خانواده‌اش کمتر شود و این امر باعث می‌شود مراحل رشد عاطفی و سلامت آنان با مشکلاتی مواجه شود. از آن جا که عوامل اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر وضعیت

سلامتی هستند، لذا در مقاله حاضر تاثیر حمايت عاطفی و پیوند قوی و بر سلامت عمومی دانش آموزان ساکن خوابگاه‌ها بررسی می‌شود.

۲- ادبیات نظری تحقیق

فکر تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت انسان، فکری قدیمی است. از قرن ۱۹ میلادی، متخصصان بهداشت کم و زیادی میزان مرگ و میر گروه‌های اجتماعی را نشان داده اند و در پی براهینی برای تحلیل اجتماعی آن بودند. توجه به شرایط محیط زندگی و آنچه که در اجتماع می‌گذشت (فقر، آب آلوده، خطرات حرفه ای...) با کشفیات پاستور کم‌تر شده بود. نظریه "سبب‌شناسی ویژه" پاستور که علت هر بیماری را نتیجه عمل یک میکروب می‌دانست توجه به دلایل اجتماعی را منحرف می‌کرد (آدام و کلودین، ۱۳۸۵: ۶۸). بعد از پاستور و تئوری میکروارگانسیم او، اپیدمولوژیست‌ها^۱ با این استدلال که میکروارگانسیم برای فعال شدن نیاز به محیط مناسب و میزبان مناسب دارند، الگوی تحلیل خود را از بیماری به عامل، میزبان و محیط تغییر دادند (پوررضا و خیرری نعمتی، ۱۳۸۵). اما امروزه تحلیل بیماری‌ها به این سه عامل محدود نمی‌شود و شبکه وسیعی از عوامل اجتماعی تحت عنوان "تعیین کننده های اجتماعی سلامت" یا عوامل موثر بر سلامت در گستره و کیفیت سلامت و بیماری بعد پررنگ‌تری پیدا کرده است. این نگرش به بیماری و سلامت در دوره‌ای ظهور کرده است که صاحب‌نظران علوم سلامت از آن به عنوان دوره "انتقال اپیدمولوژیک"^۲ یاد می‌کنند. بیماری‌های مسلط در این دوره، درمان دارویی و جراحی صرف ندارند و بیماری‌های مزمنی هستند که پیش‌گیری و درمان نهایی آن‌ها به متغیرهای متعدد رفتاری، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وابسته است.

۲-۱- حمايت اجتماعی و سلامت عمومی

برکمن و سیم (۱۹۷۹) برکمن (۱۹۸۴) و سیم (۱۹۷۹) به عنوان نظریه پردازان ایده تاثیر حمايت اجتماعی بر سلامتی نیز بر این نظر هستند که هرچه یگانگی فرد با اطرافیان بیشتر

1Epidemiologists

2Transition Epidemiologic

باشد، حمايت اجتماعي بيش تری از او صورت می گیرد و به همین دلیل فرد کم تر در معرض بیماری قرار می گیرد. این اندیشمندان بر شاخص هایی مانند ازدواج، تعداد تماس های فرد با دیگران (تماس های حضوري تا تماس های تلفنی و پستی)، کیفیت تماس های مورد بحث و میزان دینداری فرد تاکید دارند. اندازه گیری همین متغیرها تحت عنوان شاخص اندازه گیری شبکه بر کم ن - سیم مشهور شد و پژوهش گران زیادی در پژوهش های خود از آن استفاده کردند؛ آن ها استدلال می کنند که هرچه شبکه اجتماعي فرد بهتر باشد، او کم تر در معرض بیماری قرار می گیرد (عباداللهی، ۱۳۸۱). هم چنین نوع ادراک فرد از تماس ها و ارتباطاتش با دیگران اهمیت خاصی در احساس او نسبت به خود و سلامتی اش دارد؛ در همین رابطه مارسل موس در سال ۱۹۲۶ در کتابی تحت عنوان "اثر جسمانی فکر جمعی مرگ در فرد" بر مشاهدات عینی خود در جامعه های سنتی استرالیا و زلاند نو تکیه می کند و نشان می دهد که چگونه بی احترامی فرد به قواعد اجتماعي فرد را به دیار مرگ می فرستد. یعنی چنانچه فرد آگاهی پیدا کند که رابطه او، خواه به دلیل جادوگری، خواه به خاطر گناهی که مرتکب شده، با عناصر تشکیل دهنده محیط زیست اجتماعي اش قطع شده یا احساس کند که از گروه خود کنار گذاشته شده، این فکر در او پدید می آید که چاره ای جز مرگ ندارد. این فکر ساده عملاً شخص سالم را به تباهی می کشاند. ژرژکان گیلیم هم نشان داده است که هنجاری که همان سلامتی باشد تنها به حالت ارگانیک فردی مربوط نمی شود، بلکه باید به چیزی فراتر از جسم دیده دوخت تا بتوان آنچه را برای همین جسم بهنجار است مشخص کرد. بنابراین بیماری و سلامتی بر حسب خواست ها و انتظارات محیط زیست ما و میزان جاافتادگی ما در این محیط و روابط مثلاً خویشاوندی و حرفه ای ما شکل می گیرند و به معنای واقعی کلمه حالات اجتماعي را تشکیل می دهند (آدام و کلودین، ۱۳۸۵: ۲۳-۲۲).

توضیحات زیادی در مورد این که چرا و چگونه حمايت اجتماعي روی ارتقا سلامت تاثیر دارد، وجود دارد. عمده پژوهش گران می گویند که حمايت اجتماعي ممکن است به طور مستقیم و یا غیر مستقیم بر سلامت تاثیر بگذارد و می تواند در مقابل رویدادها و اتفاقات ناگوار

زندگی و وقایع استرس‌زا نقش محافظتی داشته باشد (کوهن و ویلس به نقل از فوهرر^۱، ۲۰۰۲). به‌طور کلی حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با نتایج سلامتی، شامل احتمال کم‌تر وضعیت مرضی، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان و هم‌چنین احتمال کم‌تر کاهش کنشی در افراد مسن ارتباط دارد. این تاثیرات حفاظتی شبکه‌های اجتماعی ممکن است نتیجه چندین فرایند باشد. آنجر و همکارانش (۱۹۹۹) در بررسی خود به مطالعات تجربی پژوهش‌گران مختلف به‌عنوان شواهدی بر وجود رابطه مثبت بین روابط اجتماعی و سلامت توجه دارد و می‌نویسند که این نقش شامل دسترسی مثبت به اطلاعات درباره سلامتی و خدمات مراقبتی سلامتی (بلوم^۲، ۱۹۹۰) تشویق رفتارهای سالم (باوبجرگ^۳ و همکاران ۱۹۹۵؛ مرملستین، کوهن، لیختنشتین، کانمارک و بائر^۴، ۱۹۸۶)، تشویق به بهره‌گیری از مراقبت برای سلامتی (بلیکر، لامرس، لیندرس و کروزن^۵، ۱۹۸۶)، تدارک کمک‌های محسوس (توئیتس^۶، ۱۹۹۵) است (آنجر و همکارانش (۱۹۹۹) به نقل از معتمدی شلمزاری و همکاران، ۱۳۸۱).

کوبزانسکی، برکمن و سیمن (۲۰۰۰) نیز در تایید همین موضوع و به‌مانند آنجر و همکارانش این امر را با توجه به تحقیقات تجربی خود و دیگران مد نظر دارند و می‌نویسند: حمایت اجتماعی تعهدات متقابلی را به‌وجود می‌آورد و حالتی را ایجاد می‌کند که در آن شخص احساس دوست داشته شدن، مراقبت، عزت نفس و ارزشمند بودن داشته و این‌ها با نتایج سلامتی ارتباط مستقیم دارند (برکمن و برسلو^۷، ۱۹۸۳؛ برکمن و سیمن ۱۹۷۹؛ هاوس، لاندیس و آمبرسن^۸، ۱۹۸۸؛ سیمن و همکاران ۱۹۹۳). حمایت اجتماعی با کاهش افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روان‌شناختی رابطه دارد (بلازر^۹، ۱۹۸۳؛ کسلر و مک لود^{۱۰}، ۱۹۸۵).

-
1. Fuhrer
 2. Bloom
 3. Bovbjerg
 4. Lichtenstein & Kanmark & Baer
 5. Bleeker & Lamers & Leenders & Kruyssen
 6. Thoits
 7. Breslow
 8. House & Landis & Umberson
 9. Blazer
 10. Kessler & McLeod

همچنين احتمال افزايش فعاليت‌هاي فرد را که منجر به حفظ رفتارهاي سلامتي مي‌شود زياد مي‌کند (کوبزانسکي، برکمن و سيمن (۲۰۰۰) به نقل از معتمدي شلمزاري و همکاران، همان). پژوهش‌گران حمايت اجتماعي براي تبين چگونگي تأثير حمايت اجتماعي بر سلامت از دو مدل استفاده مي‌کنند. مدل تأثير مستقيم^۱ (کلي) و مدل تأثير غير مستقيم يا فرضيه حائل^۲ در برابر استرس. بر پايه مدل تأثير مستقيم، حمايت اجتماعي صرف نظر از اين که فرد تحت استرس باشد يا نه، اثرات سودمندی بر سلامتي دارد (علي پور، ۱۳۸۳؛ شواتزر و ديگران، ۲۰۰۳؛ ميازاكي و ديگران، ۲۰۰۵) و نداشتن حمايت اجتماعي داراي پيامدهاي منفي بر سلامتي افراد است. فرضيه اصلي اين مدل عنوان مي‌کند که هرچه حمايت اجتماعي فرد بيش تر باشد به همان ميزان وي از سلامتي بيش تری برخوردار خواهد بود، در نتيجه سلامتي و تندرستي فرد متاثر از ميزان برخورداري وي از حمايت اجتماعي است (فلمينگ و بوم؛ ۱۹۸۷ به نقل از قدسي، ۱۴۶). مدل تأثير غير مستقيم يا ضربه گير نيز عنوان مي‌کند حمايت اجتماعي عمدتاً هنگامي که سطح استرس بالاست بر سلامت رواني موثر است. طبق اين مدل، حمايت اجتماعي، افراد را در مقابل اثرات بيماري‌زاي رویدادهايي که فشار رواني را تشديد مي‌کنند حفظ مي‌کند (علي پور، ۱۳۸۳؛ صادقي و ديگران، ۱۳۷۸؛ شواتزر و ديگران، ۲۰۰۳). دو مدل تأثير مستقيم و تأثير غير مستقيم بر پايه مطالعه دور کهاييم در مورد خودکشي و نظريه هاي انسجام اجتماعي او و نيز تئوري شبکه اجتماعي شکل گرفته اند.

۲-۲- پيوند قوي و سلامت اجتماعي

افراد نيازشان به منابع را از مجاري و شيوه‌هايي که جامعه توسط امکانات ساختاري خود در اختيارشان مي‌گذارد تايمين مي‌کنند. اين امکانات ساختاري، منابع را در شکل‌هاي متفاوت - از جمله ابزاري، اطلاعاتي و عاطفي - در اختيار افراد قرار مي‌دهد. روابط اجتماعي يکي از شيوه‌هايي است که صرف نظر از نوع نظام اجتماعي، به عنوان شيوه اي عام و فراگير در تمام جوامع براي کسب منابع مورد استفاده قرار مي‌گيرد. افراد بر اساس روابط اجتماعي خود و بر حسب

1. Direct effect model or Main effect model
2. Undirect effect model or Buffering hypothesis

نوع پیوندهای تشکیل دهنده آن منابع حمایتی مورد نیازشان را به دست می آورند و گستره روابط اجتماعی شان را مشخص می کنند.

پیوندهای اجتماعی کنش های گهگاهی یا روزانه ای هستند که ما در زندگی خود با دوستان، خویشاوندان، همکاران، همسالان و دیگر افراد داریم. این پیوندها در دو نوع ویژه قوی و ضعیف طبقه بندی می شوند. هر دو نوع پیوند می توانند منافی را برای افراد داشته باشند. اما نوع کمک هایی که این دو نوع پیوند برای افراد فراهم می کنند متفاوت است. در پیوندهای ضعیف^۱ احساس صمیمیت پایین است. از این رو در این پیوندها احساس مسئولیت، تعهد و علاقه به رابطه پایین است. گرانووتر^۲ (۱۹۷۳) به عنوان نظریه پرداز پیوندهای ضعیف، این پیوندها را حامل دو نوع کارکرد خرد و کلان می داند. کارکرد خرد پیوندهای ضعیف حاوی بودن اطلاعات و کارکرد کلان آن فراهم کردن انسجام اجتماعی در جامعه است. پیوندهای ضعیف شامل پیوند با آشنایان یا آشنایان است. افراد از طریق پیوندهای ضعیف خود با آشنایان به اطلاعات مختلف دست می یابند. محافل توسط پیوندهای ضعیف نسبت به هم آگاهی پیدا می کنند. پیوندهای ضعیف به مثابه پل های ارتباطی اطلاعات و منابعی را در اختیار افراد آگاه قرار می دهند که فراسوی اطلاعات و منابع در دسترس آن ها در محافل اجتماعی شان است. در مجموع پیوندهای ضعیف دو کارکرد دارند: یکی این که؛ اطلاعات، اخبار، ایده ها و آگاهی ها را در بین افراد و گروه های مختلف منتشر می کند. دوم این که؛ با اتصال افراد و گروه ها از طریق اتصالات ضعیف (آشنایی) موجب انسجام اجتماعی می شود (گرانووتر، ۱۹۷۵، ۱۹۷۳ به نقل از روبینچیاکس^۳، ۲۰۰۳). در پیوندهای قوی میزان احساس صمیمیت زیاد است، لذا در این پیوندها احساس مسئولیت، تعهد و علاقه به رابطه بالاست. پیوندهای قوی پیوند با دوستان و خویشاوندان را در بر می گیرد. پژوهش گران تحلیل روابط بین شخصی سه مشخصه مرتبط با هم را پیرامون پیوندهای قوی در نظر گرفته اند. ولمن، ورتلی و گولیا این سه

1 Weak tie

2. Granovetter

3. Robicheaux

مشخصه را چنين بيان مي کنند: (ولمن و گوليا، ۱۹۹۹؛ ورتلي^۱، ۱۹۹۰. به نقل از ولمن و گوليا، ۱۹۹۹).

- احساس صميميت و خاص بودن روابط توأم با سرمايه گذاري داوطلبانه در پيوند و ميل به مصاحبت با شريك پيوند.

- علاقه به با هم بودن تا حد امکان از طريق تعاملات در زمينه هاي اجتماعي چندگانه در طی دوره ای طولانی.

- احساس تقابل در رابطه توأم با شناخت و حمايت از نيازهاي شريك پيوند.

از تركيب ابعاد شدت پيوندها و مشخصات روابط اجتماعي چهار زمينه رابطه ای به دست مي آيد که مبادلات منابع حمايتي بر اساس آنها جريان پيدا مي کند. اين چهار زمينه رابطه ای عبارت اند:

- پيوندهای قوی خویشاوندی: خویشاوندان بلافصل.

- پيوندهای قوی دوستی: دوستان نزديک .

- پيوندهای ضعيف خویشاوندی: خویشاوندان گسترده.

- پيوندهای ضعيف دوستی: آشنایان .

پيوندهای قوی و ضعيف مذکور در زمينه های رابطه ای شان دارای دو کارکرد هستند. اين

کارکردها عبارتند از:

- کارکرد حمايتی که توسط آنها منابع مورد نياز به دست مي آيد.

- کارکرد انسجام اجتماعي که افراد و گروه ها را در عرصه جامعه پيوند مي دهد.

بنا بر نظريه دور کهايم، هرچه احساس نزديکی و پيوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده)

قوی تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش مي يابد و بر عکس حتی ممکن است در

چنين شرايطی فرد سلامت خود را به خاطر ديگران به خطر اندازد. از نظر دور کهايم مشکل

اصلي جوامع جديد رابطه فرد با جامعه است، مشکلی که به از هم پاشيدگی اجتماعي و ضعف

پيوندهای برمی گردد که فرد را با جامعه مربوط مي کند. از پيامدهای سست شدن رابطه فرد با

جامعه قضیه خودکشی است. از نظر دورکهایم تفاوت‌های حاصل در میزان خودکشی با میزان انسجام اجتماعی منطبق است. میزان‌های بالای خودکشی در میان گروه‌هایی یافت می‌شود که از نظر اجتماعی منزوی‌اند و برعکس، میزان‌های پایین خودکشی بیان‌گر گروه‌هایی از افراد است که پیوندهای قوی اجتماعی دارند. قضیه اصلی که دورکهایم در ارتباط با دو نوع کلی خودکشی مطرح می‌کند عبارت است از میزان خودکشی به نسبت معکوس با درجه همبستگی گروه‌های اجتماعی که فرد جزئی از آن است تغییر می‌کند (چلبی، ۱۳۸۵: ۶۷). لذا هرچه افراد از گروه‌های اجتماعی جدا شوند و پیوندها یا مشارکت‌شان در آن‌ها کم و ضعیف شود امکان وقوع خودکشی در بین این افراد بیش‌تر می‌شود. به عبارتی شدت و ضعف انسجام اجتماعی (میزان مشارکت در اجتماعات) و تنظیم اجتماعی (میزان فشار، کنترل و هدایت شوندگی اجتماعات بر فرد) بر نحوه خودکشی اثر می‌گذارد. مطالعات زیادی میزان انسجام اجتماعی با تصور خودکشی در افراد را در چارچوب تئوری دورکهایم مورد بررسی قرار داده‌اند. در این مطالعات انسجام اجتماعی میزانی گرفته می‌شود که افراد به خانواده و اجتماع پیوند دارند و به آن‌ها نزدیک هستند. در این گونه مطالعات این میزان از پیوند و نزدیکی به‌عنوان حمایت اجتماعی به حساب می‌آید. یافته‌های مطالعات یاد شده نشان می‌دهد که هرچه افراد از خانواده و اجتماع حمایت اجتماعی بیش‌تری دریافت کرده باشند، تصور خودکشی کم‌تری را تجربه می‌کنند (لین و پیک، ۱۹۹۹؛ برکمن، ۱۹۹۵، به نقل از دنو و همکاران، ۱۹۹۹؛ برکمن و دیگران، ۲۰۰۰). به‌علاوه در این پژوهش‌ها، انسجام اجتماعی به ساختار و کمیت روابط اجتماعی مانند اندازه و تراکم شبکه‌ها و فراوانی تعامل توجه دارد.

گرچه برخی از دانشمندان جامعه‌شناس از زمان دورکهایم در مورد نقش موثر روابط اجتماعی بر سلامت فیزیکی و روانی می‌نوشتند اما در اواخر ۱۹۷۰ بود که پژوهش‌گران اپیدمیولوژیست به این موضوع توجه جدی نمودند. نخستین پژوهش تجربی در این باره به کار برکمن^۱ و همکارانش (۱۹۷۹) در ایالت آلامادا کالیفرنیا^۲ برمی‌گردد. این بررسی نشان می‌داد که در افراد با شبکه‌های اجتماعی قوی، نرخ مرگ و میر نصف و یا یک سوم افراد گروه‌هایی

1 Berkman

2 Alameda County

است که با شبکه‌های اجتماعی ضعیف پیوند دارند. برکمن (۲۰۰۲) در یک مطالعه نظری به بررسی تحقیقات تجربی صورت گرفته می‌پردازد و می‌نویسد: در ایالت میشیگان^۱، هاوس^۲ و همکارانش (۱۹۸۲) در میان مردان این ایالت یافته‌های مشابه با یافته‌های پژوهش آلامادا را به دست آوردند. بلازر^۳ (۱۹۸۲) در ایالت درهام در کالیفرنای شمالی رابطه میان فقدان تماس‌های اجتماعی و مشارکت اجتماعی و خطر مرگ و رابطه معکوس میان روابط اجتماعی و مرگ و میر سالمندان را گزارش نمود. شونباخ^۴ و همکارانش (۱۹۸۶) در ایالت اوانس جورجیا^۵، با توجه به یافته‌های مطالعه ایالت آلامادا در حالی که عوامل خطرزا را کنترل نموده بودند به یافته‌هایی مبنی بر وجود رابطه بین روابط اجتماعی و سلامت زنان و مردان سفیدپوست دست یافتند. درگوتبرگ^۶ سوئد، ولین^۷ و همکارانش (۱۹۸۵) نشان دادند که در گروه‌های سنی متفاوت انزوای اجتماعی موجب افزایش عوامل خطرزا می‌شود. یافته‌های مذکور را مطالعه اورت-گومر و جانسون^۸ (۱۹۸۷) نیز تایید نمود. در استرن فنلاند^۹، کاپلان و همکارانش (۱۹۸۸) رابطه بین تعدادی از شاخص‌های روابط اجتماعی و خطر مرگ برای مردان-نه برای زنان- را نشان دادند (به نقل از برکمن، ۲۰۰۲). این مطالعات، پیوندهای پیچیده و مبهم بین ویژگی‌های اجتماعی فرد و وضع سلامتی او را به شکل یک جریان تحقیقی تازه در آورد که به گفته مارک رنو (۱۹۹۴) شناخت توصیفی رابطه‌ها را دیگر کافی نمی‌دانست و سعی داشت با دقت بیش‌تر راه‌هایی را بی‌یابد که نشان دهد امر اجتماعی با امر زیستی دست‌به‌دست هم می‌دهند و بیماری را به وجود می‌آورند (آدام و کلودین، ۱۳۸۵: ۷۰).

1. Michigan County
2. House
3. Blazer
4. Schoenbach
5. Evans County, Georgia
6. Goteborg
7. Welin
8. Orth-Gomér & Johnson
9. Eastern Finland

۳- پیشینه تجربی تحقیق

"شبکه‌های اجتماعی، مقاومت میزبان و مرگ و میر" عنوان پژوهشی است که توسط برکمن و سیم (۱۹۷۹) در آلامادای کالیفرنیا در یک دوره ۹ ساله انجام شد. این پژوهش در مورد افرادی که دچار بیماری‌های قلبی و عروقی بودند، فراوانی پنج منبع حمایتی (ازدواج، خانواده، دوستان، فرایض دینی و تعلق به گروه‌های دیگر) را مورد بررسی قرار داد و نشان داد که در شرایط جسمانی مشابه، اشخاصی که از پشتوانه‌های اجتماعی برخوردار بودند در طول سال‌های بعد از یک عارضه قلبی، تهدید خطر مرگ در آنان به نصف دیگران تقلیل می‌یافت و افرادی که کم‌ترین ارتباطات اجتماعی را داشتند، مرگ و میر ناشی از کم‌خونی عضلانی قلب دو تا سه برابر بیش‌تر از افرادی بود که بیش‌ترین روابط را دارا بودند. همین تحقیق نشان داد که جدایی و شکست در ارتباطات اجتماعی در این ۹ سال بین افراد مزبور ریسک‌پذیری مرگ و میر ناشی از کم‌خونی عضلانی قلب را افزایش داده است (شوارتزر و دیگران، ۲۰۰۳).

بری و همکارانش (۲۰۰۶) تحقیقی را با عنوان "حمایت اجتماعی و تغییر در سلامتی مرتبط با کیفیت زندگی ۶ ماه پس از عمل پیوند مجرای فرعی شریان اکلیلی قلب" بر روی بیماران قلبی در آمریکا انجام دادند. در این پژوهش دو بعد حمایت اجتماعی، یعنی، حمایت ابزاری و حمایت عاطفی در نظر گرفته شد. مدل پژوهش بری و همکارانش مدل حائل (فرضیه تاثیر غیر مستقیم) بود نتایج آزمون‌ها نشان داد که حمایت عاطفی دریافتی برای مردان و افراد متأهل در سطح ($p=/.0001$) معنادار بود. به علاوه، عملکرد فیزیکی با حمایت عاطفی رابطه‌ای معنادار داشته است. رابطه بین حمایت ابزاری و عملکرد فیزیکی نیز در سطح معناداری ($p=/.002$) و سلامت روانی در سطح ($p=/.006$) بود (بری و دیگران، ۲۰۰۶).

علی پور (۱۳۸۳) در تحقیقی با عنوان "ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم (بررسی مدل تاثیر کلی)" به بررسی ۳۲ دانشجوی مرد ساکن یک محیط شبانه‌روزی پرداخت. از این میان ۱۶ نفر با میزان حمایت اجتماعی بالا و ۱۶ نفر با میزان حمایت اجتماعی پایین انتخاب شدند. مقیاس حمایت اجتماعی به کار برده در این پژوهش مقیاس واکس و همکاران بود. آزمودنی‌ها از نظر سن، جنس، وضعیت تغذیه، خواب، ورزش، سلامت بدنی و روانی و استرس کنترل شدند. نمونه‌های خونی این افراد در خصوص تعیین میزان پاسخ

لنفوسيتي در برابر PHA و درصد سلول هاي CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, و CD56⁺ و نسبت⁺ CD4⁺ به CD8⁺ بررسي شدند. يافته ها نشان داد كه ميزان تبديل لنفوسيتي (LTT) ($p < .01$) و درصد CD56⁺ ($p < .05$) افراد داراي حمايت اجتماعي بالا از گروه داراي حمايت اجتماعي پايين بيش تر است و لذا اين افراد ديرتر بيمار مي شوند و در صورت بيماري زودتر بهبودي حاصل مي نمايند.

پيروي و ديگران (۱۳۸۹) تحقيقي با عنوان "ارتباط بين حمايت اجتماعي و سلامت روان در دانشجويان دانشگاه تهران" انجام داده اند. اين مطالعه از نوع توصيفي به روش نمونه گيري سرشماري روي ۲۹۱۶ دانشجو ورودي جديد سال تحصيلي ۱۳۸۵-۱۳۸۴ (۱۱۷۶ مرد و ۱۷۳۷ زن) در دانشگاه تهران انجام شده است. دانشجويان پذيرفته شده در محدوده زماني ثبت نام به غرفه مركز مشاوره دانشجويي مراجعه مي كردند. وبه آنها پرسش نامه مشخصات جمعيت-شناختي، سلامت عمومي ۱۲ سوالي (GHQ-12) و مقياس حمايت اجتماعي داده شد. نتيجته آزمون نشان داد كه با افزايش ميزان حمايت اجتماعي نمره سلامت عمومي كاهش يافته ($r=0.57, 0.001 > P$) يعني وضعيت سلامت عمومي بهبود مي يابد.

حيدري و ديگران (۱۳۸۸) تحقيقي با عنوان ارتباط حمايت اجتماعي درك شده از سوي منابع حمايتي مختلف و اندازه شبكه اجتماعي با كيفيت زندگي بيماران مبتلا به سرطان" انجام داده اند. بدین منظور ۲۲۰ بيمار مبتلا به سرطان بستري در سه بيمارستان فيروزگر، حضرت رسول (ص) و انستيتو كانسر مجتمع بيمارستاني امام خميني (ره) تهران انتخاب شدند. يافته هاي تحقيق نشان مي دهد بيش از نيمي از بيماران (56.4 درصد) كيفيت زندگي نسبتا مطلوب داشتند و حمايت اجتماعي را در سطح متوسطي از شبكه اجتماعي شان درك كردند، متوسط اندازه شبكه اجتماعي بيماران (7-2 نفر) بود. همسران و اعضاي خانواده مهم ترين منابع حمايتي آن ها بودند. كيفيت زندگي با حمايت اجتماعي درك شده ($r_s=0.415, P=0.00$) به خصوص حمايت همسران و اعضاي خانواده و اندازه شبكه اجتماعي ($r_s=0.245, P=0.00$) ارتباط معني

دار و مثبتی داشت. همچنین آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد، 31.6 درصد تغییرات کیفیت زندگی مربوط حمایت اجتماعی درک شده، نوع درمان و وضعیت اقتصادی (R2=0.316) است.

۴- فرضیه‌های تحقیق

۱. بین داشتن "پیوند قوی" با اعضای شبکه اجتماع شخصی و "حمایت عاطفی" رابطه وجود دارد.
۲. بین داشتن "پیوند قوی" با اعضای شبکه اجتماع شخصی و "سلامت عمومی" افراد رابطه وجود دارد؛
۳. بین "حمایت عاطفی" و "سلامت عمومی" رابطه وجود دارد؛
۴. بین پیوند قوی و ابعاد سلامت عمومی رابطه وجود دارد

۵- روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق کمی و از نوع تحقیقات پیمایشی است که در بهار ۱۳۹۰ در منطقه سردشت دزفول صورت گرفته است. هدف اصلی تحقیق شناخت تاثیر پیوند قوی و حمایت عاطفی بر سلامت عمومی دانش آموزان خوابگاهی است. با توجه به اینکه در منطقه مورد مطالعه دو مدرسه شبانه روزی به دانش آموزان روستایی و عشایری خدمات ارائه می نماید و تعداد کل دانش آموزان در این دو مدرسه ۲۰۰ نفر می باشد در تحقیق حاضر کلیه افراد به عنوان نمونه آماری تعیین شده اند و به عبارت دیگر جمعیت آماری با حجم نمونه یکی است. برای گردآوری داده ها از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. با توجه به اهمیت حصول اطمینان از وسیله جمع آوری اطلاعات که در این تحقیق پرسش نامه می باشد، از «روایی محتوا»ی پرسش-نامه اطمینان حاصل شده است. برای تعیین پایایی پرسش نامه، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است و پس از تهیه و تدوین شاخص ها و طراحی صورت اولیه پرسش نامه، مطالعه ای مقدماتی انجام گرفت. این مطالعه مقدماتی روی یک نمونه ۳۰ نفری از دانش آموزان از جمعیت آماری به اجرا در آمد و بعد از استخراج، نمرات مربوط به هر پرسش نامه و وارد

نمودن آن‌ها در درنرم افزار spss ۱۷؛ آلفای کرونباخ برای متغیر پیوند قوی (۰/۷۲) و حمایت عاطفی به عنوان متغیر مستقل (۰/۸۲) و برای متغیر سلامت عمومی به عنوان متغیر وابسته (۰/۸۹) به دست آمد. در قسمت تفسیر یافته‌ها علاوه بر آمار توصیفی از آمار استنباطی نیز استفاده شده است که در این قسمت برای به دست آوردن رابطه بین متغیرها از آزمون‌های همبستگی پیرسون سود جسته ایم.

۵-۱- تعریف مفاهیم و عملیاتی کردن متغیرها

در این مطالعه متغیر پیوند قوی و حمایت عاطفی به عنوان متغیر مستقل و سلامت عمومی به عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفته است.

۵-۱-۱- پیوند قوی:

پیوند قوی یکی از مهم‌ترین مفاهیم تحلیل در شبکه اجتماع شخصی است که در تحقیقات مختلف بر اساس نظریه برکمن-سیم مورد استفاده قرار گرفته شده است و از نظر مفهومی به میزان شدتی که در ارتباط فرد با دیگران مهم وجود دارد، گفته می‌شود. میزان شدت را محققان با توجه به چهار شاخص نزدیکی، دوام و فراوانی، وسعت و اعتماد متقابل که از ویژگی‌های یک پیوند قوی هستند، تعریف می‌کنند (گرانووتر، ۱۹۷۴ به نقل از پتروسی^۱ و دیگران، ۲۰۰۷). در تحقیقات برای سنجش مفهوم پیوند قوی می‌توان ترکیبی از چهار شاخص یاد شده و یا بعضی از آن‌ها و یا به تنهایی از یکی از آن‌ها استفاده کرد. در پژوهش حاضر برای سنجش این مفهوم از شاخص فراوانی تماس در قالب ۶ گویه استفاده شده است که نمره آن از جمع تعداد تماس‌های ماهانه فرد با دیگران مهم به دست می‌آید.

۵-۱-۲- حمایت اجتماعی-عاطفی:

گرچه نسبت به سلامت عمومی متغیر مستقل محسوب می‌شود اما نسبت به پیوند قوی متغیر وابسته محسوب می‌شود زیرا یکی از ابعاد حمایت اجتماعی است که منابع خود را از حمایت ساختاری که پیوند قوی یکی از مهم‌ترین این ابعاد می‌باشد دریافت می‌کند و عبارت

است از دسترسی فرد به حمایت روانی زمانی که بدان نیاز دارد (صادقی و همکاران، ۲۰۰۰)، مانند دریافت اطمینان خاطر (شوارتزر و دیگران، ۲۰۰۳)، ایجاد نوعی رابطه صمیمی همراه با محبت (معمدی شلمزاری و همکاران، ۱۳۸۱)، دوست داشتن و مراقبت کردن (برکمن و همکاران، به نقل از بهرامی نژاد، ۲۰۰۰). در مطالعه پیش‌رو برای سنجش حمایت عاطفی از ۴ گویه استفاده شده است.

۵-۱-۳-سلامت عمومی (متغیر وابسته):

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت عمومی^۱ به برخورداری از رفاه کامل جسمی، روحی، معنوی، رضایت‌مندی اجتماعی و نه تنها نبودن نقص عضو یا بیماری گفته می‌شود

۵-۱-۳-۱-شیوه عملیاتی نمودن سلامت عمومی:

همانگونه که در تعریف مفهومی سلامت عمومی در بالا آمده است، سلامت عمومی دارای سه بعد است که در پژوهش حاضر نیز این سه بعد تحت عنوان عملکرد جسمانی، عملکرد روانی-ذهنی (اضطراب، افسردگی) و عملکرد اجتماعی عملیاتی می‌شود و برای سنجش آن از فرم ۲۸ سوالی نسخه دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران استفاده شده است. پرسش‌نامه سلامت عمومی (G.H.Q) آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود اجرا که به‌منظور بررسی اختلالات غیر روان گسسته که در وضعیت‌های مختلف جامعه یافت می‌شود، طراحی شده است. این پرسش‌نامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به‌منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفته‌کننده در زندگی استفاده شود. پرسش-نامه با سوال‌های مربوط به علایم جسمانی شروع می‌شود و در ادامه سوال‌هایی که بیش‌تر علایم روان‌پزشکی را مطرح می‌کنند ارائه می‌شود. تمام گویه‌های پرسش‌نامه دارای چهار گزینه هستند و در پژوهش حاضر از روش نمره‌گذاری (۳، ۲، ۱، ۰) استفاده شده و لذا دریافت نمره بالاتر بیان‌گر سلامت عمومی بهتر فرد است.

بعد رواني و ذهني (افسردگي و اضطراب): سلامت رواني و ذهني به توانايي پاسخ گويي به تجربيات گوناگون با انعطاف پذيري و داشتن هدف مشخص و به عبارتي يعني توانايي فکر کردن به طور شفاف گفته مي شود (کرد زنگنه، همان). براي سنجش اين بعد از سلامت عمومي ۱۸ گويه (۸ پرسش در خصوص افسردگي، ۱۰ گويه در خصوص اضطراب) گويه به کار گرفته شده است.

بعد عملکرد جسماني: بعد جسماني موثر بودن و کارايي بدن انسان را در نظر دارد؛ به-عبارت ديگر ثبات فيزيكي که به معنای عملکرد کامل بدن است (کرد زنگنه: ۱۳۸۵، ۲۰). براي سنجش اين بعد از سلامت عمومي ۶ پرسش به کار گرفته شده است.

بعد اجتماعي: بعد اجتماعي سلامت عمومي به هماهنگي و کنش متقابل بين فرد با افراد ديگر و جهاني که در آن زندگي مي کند، توجه دارد (کرد زنگنه، همان). براي سنجش اين بعد از سلامت عمومي ۴ پرسش به کار گرفته شده است.

۶- يافته هاي تحقيق

۶-۱- يافته هاي توصيفي

براساس وضعيت پاسخ گويان از نظر سلامت عمومي ميانگين نمره سلامت عمومي ۵۷، انحراف استاندارد ۱۳.۲۴۵۰ و واريانس آن ۱۷۵.۴۳۱۵ است. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۸۴ بوده است که براي پاسخگويان حداقل نمره به دست آمده ۱۸ و حداکثر آن ۸۲ بوده است.

۶-۲- يافته هاي استنباطي

جدول (۱) نتايج همبستگي پيرسون بين متغيرهاي «پيوند قوي» و «حمايت عاطفي» را نشان مي دهد. اين نتايج فرضيه نخست تحقيق را بررسي کرده است. اين فرضيه مدعي شده بود که "بين داشتن «پيوند قوي» با اعضاي شبکه اجتماع شخصي و «حمايت عاطفي» رابطه مستقيم وجود دارد يعني هرچه فرد «پيوند قوي» تري با اعضاي شبکه اجتماعي خود داشته باشد؛ «حمايت عاطفي» بالاتري را از اين شبکه دريافت مي کند". همانگونه که جدول نشان مي دهد ضريب همبستگي به دست آمده (۰/۳۲۴) و سطح معني داري آن (۰/۰۰۰) است که نشان

دهنده وجود رابطه معنادار و مثبت بین این دو متغیر می‌باشد و لذا فرضیه نخست تحقیق حاضر تایید می‌شود.

جدول (۱) نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای «پیوند قوی» و «حمایت عاطفی»

نام متغیر	همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
پیوند قوی	.۳۲۴	۰/۰۰۰

جدول (۲) نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای «پیوند قوی» و «سلامت عمومی» را نشان می‌دهد. این نتایج، فرضیه دوم تحقیق را بررسی کرده است. این فرضیه مدعی شده بود که "بین داشتن «پیوند قوی» با اعضای شبکه اجتماع شخصی و «سلامت عمومی» رابطه مستقیم وجود دارد یعنی هرچه فرد «پیوند قوی» تری با اعضای شبکه اجتماعی خود داشته باشد؛ از «سلامت عمومی» بالاتری برخوردار خواهد بود". همانگونه که جدول نشان می‌دهد ضریب همبستگی به دست آمده (۰/۴۳۸) و سطح معنی داری آن (۰/۰۰۰) است که نشان دهنده وجود رابطه معنادار و مثبت بین این دو متغیر است و لذا فرضیه دوم تحقیق تایید می‌شود.

جدول (۲) نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای «پیوند قوی» و «سلامت عمومی»

نام متغیر	همبستگی پیرسون	سطح معنی داری
پیوند قوی	۰.۴۳۸	۰/۰۰۰

جدول (۳) نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای «حمایت عاطفی» با «سلامت عمومی» را نشان می‌دهد. این نتایج فرضیه سوم تحقیق را بررسی کرده است. این فرضیه مدعی شده بود که "بین میزان برخورداری از «حمایت عاطفی» دریافتی از سوی اعضای شبکه اجتماع شخصی و «سلامت عمومی» رابطه مستقیم وجود دارد یعنی هرچه فرد از اعضای شبکه اجتماعی خود «حمایت عاطفی» بیشتری را دریافت نماید؛ از «سلامت عمومی» بالاتری برخوردار خواهد شد". همانگونه که جدول نشان می‌دهد ضریب همبستگی به دست آمده (۰/۲۱۹) و سطح

معني داري آن (۰/۰۰۰) است كه نشان دهنده وجود رابطه معنادار و مثبت بين اين دو متغير است و لذا فرضيه سوم تحقيق تايد مي شود.

جدول (۳) نتايج همبستگي پيرسون بين متغيرهاي « حمايت عاطفي » و « سلامت عمومي »

نام متغير	همبستگي پيرسون	سطح معني داري
حمايت عاطفي	۰.۲۱۹	۰/۰۰۰

جدول (۴) نتايج همبستگي پيرسون بين متغيرهاي « پيوند قوي » با « ابعاد سلامت عمومي » را نشان مي دهد. اين نتايج فرضيه چهارم تحقيق را بررسي كرده است. جدول نشان مي دهد ضريب همبستگي به دست آمده با بعد جسماني (۰/۳۳۶)، با بعد اجتماعي (۰/۲۸۱) و با بعد رواني (۰/۳۷۲) است. در سه بعد ميزان معناداري در سطح (۰/۰۰۰) است و بنا بر اين اين شواهد فرضيه چهارم نيز تايد مي شود.

جدول (۴) نتايج همبستگي پيرسون بين متغيرهاي « پيوند قوي » و « ابعاد سلامت عمومي »

نام متغير	همبستگي پيرسون	سطح معني داري
بعد جسماني	۰/۳۳۶	۰/۰۰۰
بعد اجتماعي	۰/۲۸۱	۰/۰۰۰
بعد رواني	۰/۳۷۲	۰/۰۰۰

۷- نتيجه گيري

رابطه، عنصر مبنايي حمايت اجتماعي است. جامعه به عنوان بستر روابط اجتماعي حوزه‌اي را فراهم مي كند كه در آن اعضاي جامعه مي توانند با هم تشكيل پيوندهاي اجتماعي دهند. جوهره روابط اجتماعي، تعامل اجتماعي است و روابط اجتماعي افراد طي تعامل با يك ديگر

ساخته می شود (پرلمن و فیر^۱، ۱۹۸۶؛ دورک و پوند^۲، ۱۹۸۹ به نقل از قدسی، ۱۳۸۲، ۹۲). رابطه اجتماعی رکن اصلی "ما" و اجتماع است و در یک معنا، جامعه شبکه نام روابط اجتماعی میان کنش‌گران اعم از فردی و جمعی است (چلبی، ۱۳۸۴: ۱۴۷). بر اساس داشتن رابطه و درگیری در آن - برحسب شدت - است که افراد از حمایت اجتماعی برخوردار می‌شوند (قدسی، ۱۳۸۲: ۶۴).

هدف این تحقیق بررسی تاثیر پیوند قوی و حمایت عاطفی بر سلامت عمومی دانش آموزان خوابگاهی با توجه به نظریه انسجام دورکهایم در قالب نظریه برکمن - سیم بود که به تاثیر مستقیم این رابطه می‌پرداخت. نتایج نشان داد که بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد بدین معنا که هرچه فرد با شبکه اجتماعی خود (خانواده و خویشاوندان) رابطه بهتری داشته باشد از آن‌ها حمایت بیشتری دریافت می‌کند و در نتیجه خود را در وضعیت سلامتی بهتری می‌بیند. این وضعیتی است که تحقیقات پیشین که در قالب چارچوب نظری یاد شده در بالا انجام شده بودند نیز آن را یادآور شده بودند و در واقع یافته‌های این تحقیق، چارچوب نظری بکار برده شده را تایید می‌نماید. همچنین نتایج تحقیق همسو با تحقیقات تجربی بری و همکاران (۲۰۰۶)، برکمن و سیم (۱۹۷۹)، علی پور (۱۳۸۳)، پیروی و دیگران (۱۳۸۹) و حیدری و دیگران (۱۳۸۸) بود.

با توجه به نتایج تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که سلامت عمومی دانش آموزان تحت تاثیر حمایت اجتماعی - عاطفی از آنان است. بنابراین باید در این خوابگاه‌های شبانه روزی تدابیری اندیشیده شود تا دانش آموزان بتوانند از منابع حمایت بیشتری برخوردار باشند. براین اساس دو نوع توضیح در ارتباط با حمایتی بودن روابط مطرح است: یکی شدت رابطه و دیگری فراوانی تماس. یعنی هرچه رابطه والدین و خویشاوندان با دانش آوزان قوی‌تر باشد احساسات صمیمیت توأم با تعهد و مسئولیت به رفع نیاز و حمایت کردن از طرف دیگر بیش‌تر است. از سوی دیگر هر چه تماس بیش‌تر باشد، رابطه حمایتی‌تر است. تماس مکرر، ارزش‌های مشترک را تقویت می‌کند، آگاهی دو جانبه به نیازها و منابع را افزایش می‌دهد، احساس تنهایی را کم

1. Perlman & fehr

2. Durk & Pond

می‌کند، مبادلات متقابل را تشويق می‌کند و رساندن کمک را تسهيل می‌کند. تماس مکرر موجب رشد پيوندهای قوي می‌شود و رابطه را حمايتی می‌کند، بدین لحاظ احساسات صميمی با تعاملات حمايتی ارتباط دارد.

منابع:

۱. بهزاد، داوود. (۱۳۸۴). سرمايه اجتماعي بستری برای ارتقای سلامت روان، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعي، سال دوم، شماره هشتم.
۲. آدام، فليپ؛ هرتسليک، کلودين. (۱۳۸۵). جامعه شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس - دنيا کتبی، نشر نی، تهران.
۳. پیروی حمید، حاجبی احمد، پناغی لیلی. (۱۳۸۹). ارتباط بين حمايت اجتماعي و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران، فصلنامه تحقیقات نظام سلامت، شماره ۶.
۴. پوررضا، ابوقاسم؛ خیري نعمتی، رقيه. (۱۳۸۵). اقتصاد بهداشت سالمندی، سالمند، مجله سالمندی ایران، فصلنامه مرکز تحقیقات سالمندی ایران ۳، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، سال اول، شماره دوم.
۵. چلبی، مسعود. (۱۳۸۴). جامعه شناسی نظم، چاپ اول، نشر نی، تهران
۶. حیدری سعیده، سلحشوریان فرد آسیه، رفیعی فروغ، حسینی فاطمه. (۱۳۸۸). ارتباط حمايت اجتماعي درك شده از سوی منابع حمايتی مختلف و اندازه شبکه اجتماعي با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه پرستاری ایران، شماره ۲۲: ۱۸-۸.
۷. صادقی، محمدرضا؛ کاستنگه، سوزان؛ رجوعی مریم. (۱۳۷۸). تاثیر وضعیت فشار روانی و حمايت اجتماعي در افسردگی سالمندان، نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۵، شماره ۳ و ۲
۸. قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲). بررسی جامعه شناختی رابطه بين حمايت اجتماعي و افسردگی، پایان نامه مقطع دکتری دانشگاه تربیت مدرس تهران.
۹. کردزنگنه، جعفر. (۱۳۸۵). کیفیت زندگی سالمندان مرتبط با سلامت آنان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعي دانشگاه تهران.

۱۰. عبدالهی، حمید. (۱۳۸۱). حمایت اجتماعی و خانواده، نشریه، مشاور خانواده، شماره ۲۱
۱۱. معتمدی شلمزاری؛ ازهای؛ پرویز فلاح، جواد؛ کیامنش، علیرضا. (۱۳۸۱). بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال شهرکرد مجله روان‌شناسی، شماره ۲۲
۱۲. علی پور، احمد (۱۳۸۸). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی تاثیر مدل کلی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۱۲ (پیاپی ۴۵): ۱۳۴-۱۳۹

13. Berekman, Lisa (2002) Social network and social support, www. Gale Group Inc
14. Berekman, Lisa, Glass, Thomas, Brissette, Ian, Seeman, Teresa (2000) From social integration to health: Durkheim the new millennium. *Social Science & Medicine* 51, 843- 857
15. Barry, Lisa C., Kasl, Stanislav V, Lichtman, Judith, Viola, Vaccarino, Due, Pernille; Holstein, Björn; Lund, Rikke; Modvig, Jens; Avlund, Kirsten; (1999) Social relations: network, support and relational strain *Social Science & Medicine* 48 661±673
16. Krumholz, Harlan M (2006) Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting *Journal of Psychosomatic Research* 60 185– 193
17. Kahn, Jeffrey, Hessling, Robert, Russell, Daniel (2003) social support, health and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity? *Personality and individual differences* 35, 5-17
18. Fuhrer, R, Stansfeld, S.A (2002), How gender affects patterns of social relation and their impact on health : a comparison of one or multions sources of support form "close persons". *Social Science & Medicine* 54, 811-825
19. Miyazaki, T, Ishakawa, T, Nakata, N, Sakurai (2005), Association between perceived social support and Th 1 dominance. *Biological Psychology*, 70, 30-37
20. Petrczi, Andrea, Nepusz, Tamas, Bacs, Fülöp (2007) Measuring tie-strength in virtual social networks <http://www.insna.org/Connections-27>, 39-52
21. Schwarzer, Ralf, Knoll, Nina, Rieckmann, Nina (2003) social support. (to appear in: Kaptein, A & Weinman, j) introduction to health psychology. Oxford, England; Blackwell.
22. Wellman, Barry & Gulia, Milena (1999) Where Does Social Support Come From? The Social Network Basis of Interpersonal Resources for Coping With Stress. National Institute of Mental Health, Centre for Urban and Community Studies, University of Toront.