

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی

(مطالعه موردی زنان شهر خلخال)

رضا همتی^۱

اباذر رحیمی علی آباد^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۴

تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۰۳/۲۱

چکیده

این پژوهش به بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی زنان شهر خلخال می‌پردازد. برای رسیدن به اهداف پژوهش از نظریه‌های انسجام اجتماعی دورکهمیم، شبکه اجتماعی در قالب مدل برکمن و سیم و مدل تأثیر مستقیم استفاده شده است. روش تحقیق پیمایشی و ابزار گردآوری داده‌ها در بخش تجربی، پرسشنامه محقق ساخته است که به صورت حضوری تکمیل شده‌اند. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۷۵ نفر از زنان ۱۸-۶۴ سال شهر خلخال است که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. یافته‌های پژوهش با استفاده از آزمون تی‌تست و ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد میانگین سلامت روانی زنانی که از تراکم عضویت گروهی بالایی برخوردارند، نسبت به زنانی که از تراکم عضویت گروهی پایینی برخوردارند، بیشتر است، میانگین سلامت روانی زنانی که از تراکم بالای شبکه اجتماعی شخصی برخوردارند، نسبت به زنانی که از تراکم شبکه اجتماعی شخصی پایینی برخوردارند، بیشتر است، بین متغیرهای؛ پیوند قوی با اعضای شبکه اجتماعی شخصی، دریافت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی، پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سلامت روانی زنان رابطه مستقیم و مثبتی وجود دارد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که رابطه مستقیم و مثبتی بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت روانی زنان وجود دارد.

واژگان کلیدی: سلامت، سلامت روانی، حمایت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، شبکه اجتماعی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ - استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان. E-mail: Rhemati@gmail.com
^۲ - دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال. E-mail: a.aliabad1360@gmail.com

مقدمه

قرن بیستم بیش از تمام دوران بشریت، دستخوش دگرگونی شیوه‌های زندگی، روابط اجتماعی و مسایل اقتصادی بوده است. تلاش برای صنعتی‌شدن و گسترش سریع شهرنشینی و زندگی مکانیزه‌ای که لازمه آن قبولی شیوه‌های نوین سبک زندگی است، اثر معکوسی بر سلامت انسان گذاشته و در زمینه سلامت ابعاد دیگری را مشخص کرده است که یکی از آن‌ها سلامت روان افراد جامعه است (کامران و دیگری، ۱۳۸۸: ۳۱). این موضوع توجه بسیاری از اندیشمندان حوزه‌های جامعه‌شناسی، مطالعات زنان، روان‌شناسی اجتماعی و جامعه‌شناسی پزشکی و بسیاری از نهادهای بین‌المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی را به خود معطوف ساخته است.

از منظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی بخشی بسیار مهم در حیطه سلامت است که ارتقا و برنامه‌ریزی در راستای بالابردن آن مؤثر است. این سازمان سلامت روانی^۳ را بدین صورت تعریف می‌کند: سلامت روان، حالتی از سلامتی است که در آن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر ثمر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد. بر این اساس سلامت روانی مبنای رفاه و سلامتی برای افراد و جامعه است (عنایت و دیگری، ۱۳۸۹: ۲۹). آمارها نشان می‌دهد که بیماری‌های جسمی و روانی با وجود دستیابی بشر به امکانات زیستی و رفاه بهتر، رو به افزایش است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به بیماری‌های روانی هستند و شیوع این بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. در ایران نیز نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که طیف شیوع این بیماری‌ها بین ۱۱/۹ درصد تا ۳۰/۲ درصد نوسان داشته است. همچنین در مطالعه‌ای که نوربالا و همکاران (۱۳۷۹) در زمینه شیوع اختلالات روانی انجام داده، نتایج نشان می‌دهد که ۱۰/۸۷ درصد افراد جامعه دچار اختلالات روانی حاد بوده و نیاز به کمک و درمان دارند. شایع‌ترین گروه اختلالات روانی در این مطالعه اختلالات اضطرابی با ۳۱/۸ درصد بود. در میان اختلالات اضطرابی، افسردگی بیش از دیگر موارد ملاحظه شده است. در پژوهش مورد بحث میزان شیوع اختلالات روانی در زنان تقریباً دو برابر مردان گزارش شده است (نوربالا، ۱۳۸۹: ۱-۳).

زنان از نظر وضعیت سلامتی همواره جزو افراد آسیب‌پذیر جامعه بوده‌اند. با توجه به تغییرات اجتماعی در چند دهه اخیر و تغییر الگوی جامعه از سنتی به جدید و تغییر نگرش در خصوص کارکردهای خانواده و عواملی از قبیل افزایش درصد طلاق و جدایی در بین خانواده‌ها و پدیده جدیدی به نام مادر تنها و تنها شدن مادر و محول شدن وظایف سرپرستی به زنان و عوامل دیگری مثل جهانی‌شدن و تأثیر آن بر شغل و ارتباطات، تغییرات محیطی و مهاجرت و ناپایداری ناشی از آن، حاشیه‌نشینی و ادغام نشدن در اجتماع، فردگرایی و انزوای اجتماعی، نابرابری، تضادهای فرهنگی، جامعه‌پذیری جنسیتی، حوادث ناگوار زندگی، خشونت خانوادگی و نمادین، تعهدات خانوادگی، افزایش مشکلات اقتصادی و اهمیت افزون‌تر پول، شهرنشینی سریع، فقر و فقدان حس تعلق و تبعیض جنسیتی ناشی از الگوهای جامعه‌پذیری و ... آن‌ها را با مسائل و مشکلات عدیده‌ای روبرو و فشارها و تنش‌هایی بیش از حد توان و ظرفیت‌شان به

^۳ - Mental Health

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی

(مطالعه موردی زنان شهر خلخال)

آن‌ها وارد می‌کند که در صورت استمرار امکان دارد آن‌ها را به سوی بیماری، ناسازگاری و نداشتن سلامت روانی سوق دهد و با توجه به محور بودن زن در خانواده، اثرات منفی بر سلامت کودکان، اعضای خانواده و جامعه بر جای گذارد (اعزازی، ۱۳۸۹). یکی از مواردی که می‌تواند با تأثیر بر روی خودپنداره و قابلیت فرد، میزان ادراک فرد را از این عوامل فشارزا تحت تأثیر قرار دهد، وجود حمایت اجتماعی می‌باشد. حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان، تمهیدات عمومی جامعه و سایر افراد تعریف شده است. پیوند اجتماعی امکان آسودگی روانی را برای شخص فراهم می‌آورد، اما آثار ملموس دیگر نیز دارد. ادراک اجتماعی و احساس ارزشمندی منجر به سلامتی افراد و ایفای وظایف متقابل آن‌ها در مقابل جامعه خواهد بود (حسینی حاجی‌بکنده و دیگری، ۱۳۸۹: ۱۴۱).

با توجه به اینکه آمارهای مشخصی در زمینه سلامت روانی زنان شهر خلخال وجود ندارد، اما به واسطه عوامل متعددی که در سطح کلان و خرد در این شهر وجود دارد، می‌توان انتظار داشت که درصدی از زنان که در سطح بالای آسیب‌پذیری را دارا می‌باشند، در معرض خطر ابتدا به اختلالات روانی خاص قرار گیرند. این عوامل عبارتند از: افزایش جمعیت، مهاجرت روستائیان به شهر و از دست دادن شبکه اجتماعی قبلی، فقر و افزایش مشکلات اقتصادی، بیکاری بالای جوانان شهر خلخال مخصوصاً زنان تحصیل کرده، مهاجرت بیشتر مردان جهت کار به شهرهای دیگر و به هم خوردن نسبت جنسی، شکاف طبقاتی و ایجاد محرومیت نسبی، تبعیض جنسیتی، وجود موانع فرهنگی حضور زنان در جامعه و فعالیت‌های آن، وجود نداشتن زیرساخت‌های خدمات آموزشی، درمانی و توانبخشی در سطح شهر، وجود نداشتن انجمن‌های مدنی در سطوح گوناگون فعالیت در سطح شهر، وجود نداشتن سیاست‌های پیشگیری اولیه از بروز اختلالات روانی اعضای جامعه، نبود مراکز مشاوره خانوادگی و بهداشت روانی، اطلاع نداشتن افراد از ناراحتی روانی خود، نداشتن کنترل فردی در مقابل استرسورها، اطمینان نداشتن نسبت به آینده، ناآگاهی اعضای خانواده، رفقا و همسایگان از بیماری روانی اعضای خود، بالا رفتن انتظارات زندگی، فردگرایی و برقراری روابط نقدی و ابزاری، افزایش طلاق و طلاق عاطفی، فقر مالی و مشکلات متعدد جهت مراجعه به مراکز درمانی، مراجعه نکردن به مراکز درمانی به علت آبروریزی و پایین آمدن قدر و منزلت افراد، فشار برای موفقیت، شیوه‌ی زندگی خطرزا و جدایی همسر به واسطه کار و به عهده گرفتن سرپرستی خانوار توسط زنان.

با توجه به موارد مذکور، این پژوهش در صدد یافتن پاسخ به پرسش زیر است: آیا حمایت‌های اجتماعی (رسمی و غیر رسمی) می‌تواند بر روی کیفیت سلامت روانی زنان تأثیر بگذارد؟

در دنیای معاصر امنیت سلامت و سلامت روانی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های رفاه اجتماعی و شاخص توسعه کشورها تلقی شده است و برنامه سازمان ملل، سلامتی و به‌خصوص سلامتی روانی زنان را جزو مهمترین نگرانی‌های جهانی امنیت انسانی معرفی می‌کند، به این خاطر شناخت امنیت سلامت، خصوصاً سلامت روانی زنان کمک بزرگی به برنامه‌ریزی اجتماعی می‌کند.

در این بین سلامت روانی زنان از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد زیرا که نه تنها اثرات منفی بر سلامت زنان خواهد داشت، بلکه با توجه به محور بودن زن در خانواده، اثرات منفی بر سلامت کودکان،

اعضای خانواده و کل جامعه بر جای می‌گذارد. و این خطری است که مرتباً و شدیداً نسل فعلی و آینده را تهدید می‌کند و می‌تواند زیان‌های فرهنگی، زیان‌های عاطفی، سیاسی، اقتصادی، فردی و اجتماعی، خانوادگی و انسانی برای جامعه داشته باشد.

یکی از شاخص‌هایی که می‌تواند در مقابل تنش‌ها و استرس‌هایی که زنان با آن‌ها روبرویند، به‌عنوان یک میانجی عمل کند و سلامت روانی آنان را ارتقا بخشد، وجود شبکه‌های اجتماعی و انواع حمایت‌های دریافتی از این شبکه‌ها (چه خانوادگی و چه جامعه) می‌باشد. روابط و پیوندهایی که در این پژوهش از آن به‌عنوان سرمایه اجتماعی شبکه نام برده می‌شود، عامل بده و بستان‌های عاطفی در بین افراد است و در نتیجه آن اعضای جامعه با احساس امنیت و آرامش در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند و از این طریق سلامت روانیشان ارتقا می‌یابد، از این جهت با توجه به موارد مذکور این ضرورت احساس گردید که باید به بررسی سلامت روانی زنان و رابطه آن با حمایت اجتماعی پرداخت به شکلی که با توجه به توسعه جامعه، به معماری جامعه‌ای توأم با سلامت روانی بپردازیم. این پژوهش با توجه به فقر مطالعاتی در جامعه مورد نظر، به شکلی یک مطالعه پیشگام در این زمینه می‌باشد و همچنین با توجه به فقدان آمارهای موجود در زمینه سلامت روانی زنان شهر خلخال، با سنجش شاخص‌هایی حمایت اجتماعی، آسیب‌پذیری سلامت روانی زنان و میزان گستردگی آن‌را می‌توان مشخص نمود. از سوی دیگر می‌توان از لحاظ کاربردی نیز به بیان ضرورت و اهمیت انجام پژوهش حاضر پرداخت. بدین ترتیب که انجام این پژوهش و یافته‌های آن می‌تواند؛ ۱- موجب آگاهی و شناخت افراد از وجود ناراحتی روانی خود، ۲- شناخت و آگاهی اعضای خانواده، دوستان، همسایگان از بیماری روانی اعضای خود، ۳- شناخت و ضرورت برنامه‌ریزی برای پیشگیری اولیه از بروز اختلالات روانی در جامعه، شناخت و ضرورت حمایت قانونی جهت حفظ اختیارات و آزادی‌های فردی، درمان زودرس و برگشتن بیماران به جامعه، آگاهی اعضای جامعه جهت حمایت از افراد دارای اختلالات روانی گردد. بر این اساس هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و تعدادی از متغیرهای زمینه‌ای و سلامت روانی زنان شهر خلخال در سال ۹۱ می‌باشد و در چارچوب این هدف، اهداف اختصاصی زیر دنبال می‌شود.

- بررسی رابطه بین عضویت گروهی و سلامت روانی زنان

- بررسی رابطه بین شبکه اجتماعی شخصی و سلامت روانی زنان

- بررسی رابطه بین داشتن پیوند قوی با اعضای شبکه اجتماع شخصی و سلامت روانی زنان

- بررسی رابطه بین دریافت حمایت عاطفی و سلامت روانی زنان

- بررسی رابطه بین دریافت حمایت ابزاری و سلامت روانی زنان

- بررسی رابطه بین دریافت حمایت اطلاعاتی و سلامت روانی زنان

- بررسی رابطه بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سلامت روانی زنان.

چون هدف این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روانی زنان نیست، بلکه بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی می‌باشد؛ در چارچوب نظری پژوهش، از نظریه انسجام اجتماعی دورکهم و شبکه اجتماعی در قالب مدل برکمن و سیم و مدل تأثیر مستقیم برای بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی زنان استفاده شده است.

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی

(مطالعه موردی زنان شهر خلخال)

نظریه انسجام اجتماعی دورکیم و شبکه اجتماعی چگونگی درگیری افراد در اجتماعات و شبکه‌های اجتماعی شخصی را توضیح می‌دهند. افراد جزوی از جامعه هستند که از تماس با دیگران تشکیل شده است. این ارتباطها و تماسها محیط ساختاری و شبکه‌های شخصی افراد را تشکیل می‌دهد، که منجر به فراهم نمودن حمایت کارکردی^۴ برای افراد می‌شود. شبکه‌های شخصی ترکیبی از همه‌ی آنها (دیگران) با یک شخص (خود) است که در مرکز روابط قرار دارد. این قسمت مهم از این شبکه شخصی شامل دیگرانی است که حمایت اجتماعی را پدید می‌آورند و حمایت اجتماعی نیز با استرس، رفاه روانی، عاطفی، جسمانی، سلامتی و طول عمر افراد رابطه دارد (آگنیسنس و دیگران، ۲۰۰۶: ۴۳۹).

بنابر نظریه دورکیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد. پیوندهای بین اشخاص که افراد را به جمع متصل می‌نماید، در جهت حفظ آنان از خودگرایی افراطی، عمل می‌نماید. تا زمانی که فرد با جمع بزرگتر و اهداف آنان متصل نشده‌اند، آنان خودگرا و خودمحور می‌شوند. به طرزى که نسبت به بهداشت روانی‌شان تخریب‌کننده است. دورکیم پریشانی روانی را به فقدان همبستگی اجتماعی نسبت می‌دهد. چون فرد در فقدان پیوندهای استوار، هدف اخلاقی‌اش را گم می‌کند و اسیر ملال و انزوای مالیخولیایی مرگ‌آور می‌شود. دورکیم استدلال می‌کند که وجه بارز جوامع ماقبل صنعتی، ادغام اجتماعی آن‌چنان شدیدی است که فرد در آن مستحیل می‌شود. با پیدایش جمع صنعتی و رشد تقسیم کار، شکل ادغام اجتماعی تضعیف شد و تغییر کرد. همبستگی اجتماعی از آن پس مبتنی بر کیش فردیت بوده و وابستگی متقابل افراد، جامعه را به هم پیوند می‌بخشیده است. اما این تحول از جامعه‌ای منسجم که مبتنی بر ادغام اجتماعی شدید بود، به جامعه‌ای بی‌شکل‌تر که ساختاری نامنجم داشت، ضرورتاً آسان و راحت صورت نگرفت. از یک سو اگر ادغام اجتماعی خیلی ضعیف شود، منزوی شدن افراد خطری برای آنهاست و از سوی دیگر، اگر هویت فرد نتواند جانشین هویت جامعه شود، در این صورت می‌گویند فرد دچار بی‌هنجاری است. از نظر دورکیم مشکل اصلی جوامع جدید رابطه فرد با جامعه است. مشکلی که به از هم پاشیدن اجتماعی و ضعف پیوندهایی برمی‌گردد که فرد را به جامعه مربوط می‌کند. از پیامدهای سست شدن رابطه فرد با جامعه، قضیه‌ی خودکشی است. (آرمسترانگ، ۱۹۸۷: ۱۰۵).

در تئوری شبکه توجه معطوف به روابط اجتماعی، پیوندهای اجتماعی و شبکه پیوندهاست. در این تئوری به جای پرداختن به جامعه و ساختارهای آن به صورت یک کل انتزاعی، به عرصه‌های چندگانه اجتماعی که افراد در آن درگیر هستند، پرداخته می‌شود. افراد با مشارکت در این عرصه‌های چندگانه به جامعه وصل می‌شوند. مسأله اصلی در این دیدگاه، روابط است و واحد تشکیل دهنده‌ی ساخت جامعه، شبکه‌های تعاملی هستند. ساخت اجتماعی به‌عنوان یک شبکه از اعضای شبکه و مجموعه‌ای از پیوندها که افراد، کنشگران یا گروه‌ها را به هم متصل می‌سازد، تشکیل شده است. بلوک‌های اصلی شبکه، ارتباط است. و دیدگاه شبکه با مطالعه روابط اجتماعی موجود بین مجموعه‌ای از افراد، به تحلیل ساخت اجتماعی می‌پردازد. و ضمن این‌که به کل ساخت توجه دارد، الگوهای روابط

^۴ - Functional Support

موجود در داخل ساخت را نیز مورد بررسی قرار می‌دهد (نبوی و دیگران، ۱۳۸۹: ۸۰). نظریه شبکه امکان تفکیک تحلیلی بین ساخت پیوندها (سایز، تراکم^۵، ترکیب^۶)، خصوصیات تعاملی^۷ (شیوه‌ی تماس، فراوانی تماس^۸) و خصوصیات کارکردی (حمایتی ابزاری^۹، عاطفی^{۱۰}، اطلاعاتی^{۱۱}) را فراهم می‌کند. افراد حمایت‌های متنوعی را از اعضای شبکه خود دریافت می‌کنند. برای مثال، خویشاوندان (دور و نزدیک)، دوستان، همسایگان، گروه‌ها و انجمن‌ها منابع مهمی می‌باشند که می‌تواند در صورت نیاز به آن‌ها مراجعه کرد. پیوندهای گوناگون، حمایت‌های متنوعی را برای اعضای شبکه فراهم می‌سازند و به عبارت دیگر با تنوع روابط، افراد به طیف وسیعی از حمایت‌های مختلف دست می‌یابند. حمایت‌های اجتماعی افراد را قادر می‌سازند تا توانایی رویارویی با مشکلات روزمره بحران‌های زندگی را داشته باشند. منبع حمایت و اینکه چه نوع پیوندهایی چه نوع حمایتی را فراهم می‌کنند از اهمیت بسزایی برخوردارند. انواع حمایت‌های فراهم شده، بیشتر تحت تأثیر خصوصیات روابط هستند تا ویژگی‌های فردی، به عبارت دیگر، ویژگی‌های شبکه مهم‌تر از ویژگی‌های فردی می‌باشند. بر این اساس اندازه شبکه، ترکیب، تراکم و دیگر خصوصیات شبکه در ابعاد ساختی و تعاملی بر میزان و نوع حمایت دریافتی تأثیر می‌گذارد (باستانی و دیگری، ۱۳۸۶: ۶۹-۶۷).

برکمن و سیم (۱۹۷۹) به عنوان نظریه‌پردازان ایده‌ی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روانی، بر شاخص‌هایی مانند ازدواج، تعداد تماس‌های فرد با دیگران (تماس‌های حضوری تا تلفنی و پستی)، کیفیت تماس‌های مورد بحث، تأکید کرده‌اند. آن‌ها استدلال می‌کنند که هر چه شبکه اجتماعی فرد بهتر باشد او کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد. همچنین نوع ادراک فرد از تماس‌ها و ارتباطاتش با دیگران اهمیت خاصی در احساس او نسبت به خود و سلامتی‌اش دارد (نبوی و دیگران، ۱۳۸۹: ۷۹). این پژوهشگران برای تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی روانی از دو مدل استفاده می‌کنند. مدل تأثیر مستقیم (کلی) و مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه‌ی حائل در برابر استرس، بر پایه مدل تأثیر مستقیم، حمایت اجتماعی صرفنظر از اینکه فرد تحت استرس باشد یا نه، اثرهای سومندی بر سلامتی دارد و نداشتن حمایت اجتماعی دارای پیامدهای منفی بر سلامتی افراد است. فرضیه‌ی اصلی این مدل عنوان می‌کند که هر چه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد به همان میزان وی از سلامتی بیشتری برخوردار خواهد بود. در نتیجه سلامتی فرد متأثر از میزان برخورداری وی از حمایت اجتماعی است. مدل تأثیر غیرمستقیم یا ضربه‌گیر نیز عنوان می‌کند که حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست، بر سلامت روانی مؤثر است، طبق این مدل، حمایت اجتماعی افراد را در مقابل اثرات بیماری‌زای رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می‌کنند، حفظ می‌کند. از آن‌جا که فرض بنیادی پژوهش حاضر بر این است که حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم بر سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد، از مدل تأثیر مستقیم

^۵ - Density

^۶ - Composition

^۷ - Interactional

^۸ - Frequency

^۹ - Instrumental Support

^{۱۰} - Emotional

^{۱۱} - Informational

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی

(مطالعه موردی زنان شهر خلخال)

استفاده می‌شود (سارافینو، ۱۳۸۷: ۱۸۵-۱۸۶). در این پژوهش همچنین حمایت اجتماعی و شبکه‌های شخصی در کل با متغیرهای دیگری مانند ویژگی‌های شخصی و روش زندگی و اجتماع آنان ارتباط دارند. با توجه به این نظریه‌ها در چارچوب نظری پژوهش، فرضیه‌های زیر استخراج شده است:

- ۱- بین عضویت گروهی و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین شبکه اجتماعی شخصی و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.
- ۳- بین داشتن پیوند قوی با اعضای شبکه اجتماعی شخصی و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.
- ۴- بین دریافت عاطفی و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.
- ۵- بین دریافت ابزاری و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.
- ۶- بین دریافت اطلاعاتی و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.
- ۷- بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سلامت روانی زنان رابطه وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق کمی و از نوع تحقیقات پیمایشی می‌باشد. ابزار و تکنیکی که در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات انتخاب شد، پرسشنامه خوداظهاری بود که برای این منظور پس از تهیه پرسشنامه مقدماتی، آزمون مقدماتی آن و تهیه پرسشنامه نهایی اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمودیم. بیشتر پرسشنامه نیز ترکیبی از یک سری گویه‌ها و به شکل طیف لیکرت بود. جامعه آماری این تحقیق زنان ۱۸ تا ۶۴ سال شهر خلخال می‌باشند که بر اساس آخرین سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰، تعداد آن‌ها ۱۳۶۷۶ نفر برآورد شده است. جمعیت نمونه این پژوهش ۳۷۵ نفر است که با استفاده از فرمول کوکران تعیین گردید. روش نمونه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش نیز، خوشه‌ای چندمرحله‌ای می‌باشد. برای سنجش روایی پرسشنامه، از اعتبار صوری و برای تعیین پایایی ابزار تحقیق از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. برای بررسی آلفای کرونباخ پرسشنامه تحقیق حاضر ابتدا نمونه‌ای شامل سی پرسشنامه در بین زنان ۶۴-۱۸ ساله در شهر خلخال که بصورت کاملاً تصادفی انتخاب شدند پخش گردید (پیش‌آزمون)، سپس از طریق نرم‌افزار (SPSS) برای هر کدام از ابعاد حمایت اجتماعی گویه‌های آن‌ها از طریق آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن به این شرح می‌باشد که مقدار آلفای کرونباخ مربوط به متغیر حمایت عاطفی برابر ۸۴ درصد، حمایت ابزاری ۶۷/۲ درصد، حمایت اطلاعاتی ۶۵ درصد، پیوند قوی ۸۰ درصد، آلفای کلی این متغیر هم، ۷۴ درصد بود.

در این پژوهش متغیرهای حمایت اجتماعی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی به‌عنوان متغیرهای مستقل و سلامت روانی به‌عنوان متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفته است.

حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود. این حمایت را ممکن است منابع گوناگونی مانند همسر، نامزد، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی به عمل آورند. بنابراین کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، احساس می‌کنند کسی دوستانشان دارد، به آن‌ها اهمیت داده می‌شود، دیگران آن‌ها

را افرادی محترم، با عزت و باارزش به‌شمار می‌آورند و خود را بخشی از شبکه اجتماعی مانند، خانواده، گروه و انجمن یا سازمان اجتماعی می‌دانند که می‌توانند منبع کمک‌های مادی و معنوی و خدمات دوجانبه در هنگام نیاز باشد (سارافینو، ۱۳۸۷: ۱۷۸). مولا سیوتیس و همکاران، حمایت اجتماعی را به‌عنوان مبادله بین حداقل دو نفر به منظور ارتقای سلامتی گیرنده‌ی حمایت تعریف می‌کنند؛ از نظر آن‌ها حمایت اجتماعی را می‌توان به لحاظ ساختاری (وضع تأهل، اندازه شبکه حمایتی و فراوانی تعاملات اجتماعی) و یا به لحاظ کارکردی (ارائه حمایت عاطفی، عینی و اطلاعاتی) در نظر گرفت (نبوی و دیگران، ۱۳۸۹: ۸۵). در این پژوهش نیز، حمایت اجتماعی همچنین دارای دو بعد ساختاری و کارکردی در نظر گرفته شده‌است.

مفهوم حمایت اجتماعی ساختاری معمولاً به جنبه‌های عینی حمایت اشاره دارد و به‌عنوان وجود ارتباطات اساسی و اولیه تعریف می‌گردد (برکمن، ۱۹۸۵؛ به نقل از همان: ۸۶). وضعیت زناشویی، عضویت در سازمان‌ها، نقش‌ها، دلبستگی و دیگر ویژگی‌های شبکه ارتباطی مانند تعداد افراد و همخوانی پیوندها از نشانه‌های حمایت اجتماعی ساختاری هستند (برکمن و هال، ۱۹۸۵؛ به نقل از همان). ابعاد ساختاری حمایت اجتماعی بر اساس مدل برکمن سه بعد عضویت در اجتماعات، شبکه اجتماع شخصی و پیوند قوی را در بر می‌گیرد.

عضویت در اجتماعات؛ به بررسی عضویت افراد در انجمن‌ها و گروه‌های داوطلبانه می‌پردازد و شاخص اندازه‌گیری این متغیر در مدل برکمن بر همین اساس است (نبوی و دیگران، ۱۳۸۹: ۸۶). در مطالعه حاضر نیز متغیر عضویت در اجتماعات با تعداد عضویت‌هایی که فرد در گروه‌های اجتماعی مانند انجمن اولیا و مربیان، شوراهای محل، فعالیت‌های عام‌المنفعه و داوطلبانه مثل خیریه‌ها، کانون‌ها و گروه‌های هنری و ادبی، انجمن‌های ورزشی و تفریحی، اتحادیه‌های صنفی و حرفه‌ای، انجمن‌ها، احزاب و گروه‌های سیاسی، انجمن‌های علمی، هیأت‌ها و جلسات مذهبی، پایگاه بسیج، شرکت‌های تعاونی، کتابخانه، صندوق قرض‌الحسنه، هلال احمر، شورای مسجد، دارد سنجش می‌شود. . . . نمره این متغیر از جمع تعداد عضویت‌های فرد به‌دست می‌آید.

شبکه اجتماع شخصی؛ این بعد، ترکیب، ساختار و محتوای پیوند با دوستان، خویشاوندان، همسایگان و آشنایان را در هر کجا باشند در نظر می‌گیرد (ولمن و گولیا، ۱۹۹۹؛ به نقل از همان: ۸۷). در عمل اغلب محققان دو شاخص اندازه (تعداد افراد شبکه)، تراکم (نسبت روابط موجود به روابط ممکن شخص با دیگران) شبکه را مورد بررسی قرار می‌دهند (برکمن و همکاران، ۲۰۰۰: ۸۵۲). در پژوهش حاضر نیز از میان شاخص‌های سنجش شبکه اجتماع شخصی از شاخص تراکم شبکه استفاده شده است و با ۵ گویه سنجش می‌شود. دامنه تغییر نمره بین یک تا دو است. افراد با بالاترین میزان تراکم شبکه‌ای، نمره‌ی یک و افراد دارای پایین‌ترین میزان تراکم شبکه‌ای، نمره‌ی دو دریافت می‌کنند.

پیوند قوی؛ 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 است، تعریف می‌کنند (پتروسی و دیگران، ۲۰۰۷: ۴۶). در تحقیقات برای سنجش مفهوم پیوند قوی می‌توان ترکیبی از چهار شاخص یاد شده و یا بعضی از آن‌ها و یا به‌تنهایی از یکی از آن‌ها استفاده کرد. در پژوهش حاضر برای سنجش این مفهوم از سه شاخص

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی

(مطالعه موردی زنان شهر خلخال)

نزدیکی، صمیمیت و اعتماد متقابل استفاده شده است. قالب پرسش‌ها نیز طیف لیکرت شش گزینه‌ای می‌باشد.

حمایت اجتماعی کارکردی نیز اصولاً به کارکردهای متعددی که حمایت ممکن است فراهم کند، ارجاع می‌شود. از قبیل ابراز حالات روانی مثبت یا حمایت عاطفی، اظهار موافقت با عقاید یا احساسات تشویق‌آمیز و دلگرم‌کننده و یا کارکردهای دیگر مانند تأمین مشورت، ارائه اطلاعات و تأمین کمک‌های اطلاعاتی (کسلر و همکارانش، ۱۹۹۹؛ به نقل از رستگار خالد، ۱۳۸۴: ۱۳۷). اغلب پژوهشگران برای حمایت اجتماعی کارکردی سه بعد ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی را در نظر گرفته‌اند. پژوهش حاضر نیز با استفاده از نظریات یاد شده، سه بعد عملکردی (کارکردی) حمایت اجتماعی شامل حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی، و حمایت عاطفی ملاک عمل قرار گرفته و سنجیده می‌شوند.

حمایت اجتماعی عاطفی؛ که شامل ابراز همدردی، توجه، محبت و علاقه نسبت به فرد است. در این صورت فرد در زمان استرس، احساس آسایش، اطمینان و به‌جایی تعلق داشتن می‌کند (سارافینو، ۱۳۸۷: ۱۷۹). در تحقیقات مختلف برای سنجش این مفهوم از سه شاخص دریافت اطمینان خاطر (شوارتز و دیگران، ۲۰۰۳)، ایجاد نوعی رابطه صمیمی همراه با محبت (معمدی شلمزاری و دیگران، ۱۳۸۱)، دوست داشتن و مراقبت کردن (برکمن و دیگران، ۲۰۰۰) استفاده کرده‌اند. در مطالعه پیش رو نیز از این سه شاخص و در قالب طیف لیکرت شش گزینه‌ای استفاده شده است.

حمایت اجتماعی ابزاری؛ عبارت است از دسترسی به منابع مالی و خدماتی، زمانی که فرد بدان‌ها نیاز دارد (صادقی و دیگران، ۱۳۷۸: ۶). همچنین به دریافت کمک مالی و مادی از دیگران گفته می‌شود (هاوس، ۱۹۸۱؛ به نقل از نبوی و دیگران، ۱۳۸۹: ۸۹). در مطالعه پیش رو برای سنجش حمایت ابزاری از سه گویه و در قالب طیف لیکرت شش گزینه‌ای استفاده شده است.

حمایت اجتماعی اطلاعاتی؛ عبارت است از دسترسی به اطلاعات زمانی که فرد به آن‌ها نیاز دارد مانند دریافت مشاوره و راهنمایی (شوارتز و دیگران، ۲۰۰۳؛ به نقل از همان: ۹۰). برای سنجش حمایت اطلاعاتی از این شاخص و از دو گویه به شکل لیکرتی شش گزینه‌ای استفاده شده است.

پایگاه اجتماعی و اقتصادی؛ پایگاه موقعیتی است که فرد در نظام گروه‌بندی احراز می‌کند. پایگاه نشان دهنده آن است که فرد در مقایسه با دیگران در چه مرتبه‌ای قرار دارد. پایگاه فرد، سبک زندگی، ارزش‌ها، الگوهای رفتاری، امتیازات و قدرت شخص را تعیین می‌کند (کوئن، ۱۳۸۷: ۳۱۰). در این تحقیق پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد با توجه به شاخص‌هایی چون میزان تحصیلات، شغل و درآمد سنجیده شده است. شغل مجموعه کارهایی است محدود، مشخص و مستمر که برای تولیداتی جهت به دست آوردن سود، مزد یا حقوق منظمی صورت می‌گیرد و به وسیله آن معاش و گذران زندگی و یا تجمع سرمایه امکان پذیر می‌گردد (عابدینی و دیگری، ۱۳۸۶: ۱۲). برای اندازه‌گیری شغل از معرف نوع شغل (گارگر، کارمند، بازاری، آزاد، سایر) استفاده شده است. منظور از میزان تحصیلات، میزان تحصیلات فرد و مقطعی است که وی در آن تحصیل کرده و یا در حال تحصیل است (همان). و به طبقات زیر دیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر تقسیم شده است. منظور از درآمد، میزان پولی است که فرد در یک ماه از منابع مختلف کسب کرده است. از قبیل دستمزد، اجاره بها و ... برای سنجش درآمد

ماهانه خانواده از طیف ۵ درجه ای درآمدی (کمتر از ۵۰۰ هزار تومان تا ۱۱۰۱ و بالاتر)، استفاده شده است.

سلامتی روانی عبارت است از استعداد روانی برای هماهنگی مطلوب و مؤثر و انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های دشوار و داشتن توانایی بازیابی تعادل خود (کامران و دیگری، ۱۳۸۸: ۴۶). در این مطالعه متغیر سلامت روانی عبارت است از توانایی اخذ تصمیم‌های درست، احساس مسؤلیت در برابر محیط انسانی و مالی، کنترل هیجان و اضطراب، داشتن اختلال در نقش‌های اجتماعی و نداشتن علایم جسمانی و افسردگی (عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹: ۳۴). برای اندازه‌گیری آن از پرسشنامه استاندارد سازمان بهداشت جهانی استفاده می‌شود که با استفاده از ۱۵ گویه بر مبنای طیف لیکرت سنجیده می‌شود.

این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۸۵ توسط نجات و همکارانش ترجمه و اعتبارسنجی شد. این ابزار به دو صورت $HoQo-BrEf$ و $wHoQo-100$ می‌باشد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه همخوانی رضایت‌بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده است این پرسشنامه شامل چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. ما در این پژوهش از حیطه سلامت روانی این پرسشنامه استفاده کرده‌ایم. پرسشنامه‌های زیادی بدین منظور طراحی شده است ولی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به علت خصوصیات منحصر به فرد و همچنین به علت کم‌بودن تعداد سؤال‌ها و در نتیجه راحتی استفاده انتخاب شده است. این پرسشنامه در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت همزمان طراحی و به زبان‌های مختلف ترجمه شده است. لذا مفاهیم پرسش‌ها در فرهنگ‌های متفاوت یکسان می‌باشد. از طرفی هر سؤال بر اساس اظهارات بیماران با شدت بیماری متفاوت، مردم سالم و متخصصان بهداشت طراحی شده است، لذا علاوه بر امکانات استفاده از این پرسشنامه‌ها در فرهنگ‌های متفاوت، مقایسه پاسخ این گروه‌ها ممکن می‌گردد. در حال حاضر این پرسشنامه به بیش از ۴۰ زبان دنیا ترجمه شده و استاندارد شده است. عنایت و آقاپور (۱۳۸۹) از این پرسشنامه جهت بررسی سلامت روانی خانواده‌های (زن و مرد) شهر شیراز با سازگار نمودن آن سؤال‌ها با وضعیت ایران به کار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ برای گویه‌های آن ۹۲ درصد گزارش داده است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی

یافته‌های تجربی نشان می‌دهند که از نظر میزان تحصیلات، ۹/۶ درصد بی‌سواد، ۱۱/۷ درصد ابتدایی، ۱۳/۶ درصد راهنمایی، ۱۲/۵ درصد متوسطه، ۱۱/۲ درصد دیپلم، ۱۳/۹ درصد فوق دیپلم، ۲۳/۲ درصد لیسانس، ۴/۳ درصد نیز مدرک فوق لیسانس و بالاتر داشتند. بیشترین فراوانی مربوط به پاسخگویانی می‌شد که با تحصیلات لیسانس بوده‌اند. از نظر اشتغال، ۲۵/۱ درصد پاسخگویان با شغل کارمندی، ۱/۶ درصد آزاد، ۲۸/۸ درصد بیکار، ۳/۲ درصد بازاری و ۴۱/۳ درصد نیز خانه‌دار بوده‌اند. از نظر میزان درآمد، ۷۳/۱ درصد زنان هیچ درآمدی نداشته‌اند، ۸ درصد کمتر از ۴۰۰ هزار تومان، ۲۰ درصد با درآمد ۴۰۱ تا ۷۰۰ هزار تومان، ۴/۵ درصد با درآمد ۷۰۱ تا ۱ میلیون تومان، ۱/۶ درصد با درآمد ۱ میلیون و یک تا ۱۳۰۰ میلیون بوده‌اند. از نظر بعد خانوار، ۸ درصد بین ۱-۲ نفر، ۴۸ درصد ۳-۴ نفر، ۴۵/۱

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی

(مطالعه موردی زنان شهر خلخال)

درصد ۶-۵ نفر، ۶/۱ درصد بالاتر از ۷ نفر بوده‌اند. بیشترین فراوانی از نظر بعد خانوار متعلق به ۳-۴ نفر می‌باشد.

یافته‌ها بر اساس وضعیت پاسخگویان از نظر متغیر عضویت در اجتماعات نشان می‌داد که میانگین نمره عضویت در اجتماعات ۱/۶۸ می‌باشد که با توجه به بازه نمره ۱ تا ۲ بیشتر متمایل به عضویت نداشتن یعنی ۲ می‌باشد. میانگین نمره دریافت حمایت عاطفی ۳/۲۶، حمایت ابزاری ۳/۱۵، اطلاعاتی ۲/۶۵، متغیر پیوند قوی ۳/۱۳، شبکه اجتماع شخصی ۱/۴۶ بوده است که با توجه به بازه نمره ۱ تا ۲ بیشتر متمایل به تراکم شبکه اجتماع شخصی، یعنی ۱ می‌باشد. یافته‌های پژوهش از نظر وضعیت سلامت روانی زنان نشان می‌داد که میانگین سلامت روانی زنان ۴۳/۲ می‌باشد. با توجه به گستره واقعی نمرات که می‌توانست بین صفر تا ۷۵ قرار گیرد، نمرات افراد مورد بررسی در این پژوهش بین ۳۱ تا ۷۰ قرار گرفته است.

یافته‌های استنباطی

آزمون فرضیه‌های پژوهش

با توجه به اینکه سطح سنجش اکثر متغیرها را در سطح فاصله‌ای به‌دست آوردیم، از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در بررسی متغیر عضویت در اجتماعات و شبکه اجتماع شخصی با متغیر وابسته از آزمون t-test استفاده کردیم که در زیر داوری درباره هر یک از فرضیه‌ها آورده می‌شود:

جدول (۱): نتایج آزمون T-test رابطه بین متغیر عضویت گروهی با متغیر سلامت روانی زنان

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	سطح معنی‌داری	T	سطح معنی‌داری
عضو بودن	۱۱۹	۴/۰۷	۱/۵۲	۱۲/۴۶۰	۰/۰۰۰	۸/۶۳	۰/۰۰۰
عضو نبودن	۲۵۶	۲/۵۳	۱/۷۹	۱۲/۴۶۰	۰/۰۰۰		

نتایج آزمون t بین متغیر عضویت گروهی و سلامت روانی نشان می‌دهد که بین دو متغیر رابطه وجود دارد و میانگین سلامت روانی زنانی که از تراکم عضویت گروهی بالایی برخوردارند، نسبت به زنانی که از تراکم عضویت گروهی پایینی برخوردارند، بیشتر است. بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود.

جدول (۲): آزمون T-test بین شبکه اجتماعی شخصی و سلامت روانی زنان

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	سطح معنی‌داری	T	سطح معنی‌داری
عضو بودن	۱۱۹	۴/۰۷	۱/۵۲	۱۲/۴۶۰	۰/۰۰۰	۸/۶۳	۰/۰۰۰
عضو نبودن	۲۵۶	۲/۵۳	۱/۷۹	۱۲/۴۶۰	۰/۰۰۰		

درباره رابطه میان شبکه اجتماع شخصی و سلامت روانی پیش فرض اولیه ما این بود که افرادی که داری تراکم بالاتری در شبکه اجتماع خود هستند به احتمال از سلامت روانی بالاتری نسبت به افرادی که فاقد این تراکم شبکه‌ای هستند، برخوردار خواهند بود. با توجه به نتایج آزمون t، رابطه مثبتی بین متغیر شبکه اجتماع شخصی و سلامت روانی وجود دارد و میانگین سلامت روانی زنانی که از تراکم

بالای شبکه اجتماع شخصی برخوردارند، نسبت به زنانی که از تراکم شبکه اجتماعی شخصی چندانی برخوردار نیستند، بیشتر است. بنابراین این فرضیه نیز تأیید می‌شود.

جدول (۳): نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین داشتن پیوند قوی و سلامت روانی زنان

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	سطح معنی داری	T	سطح معنی داری
عضو بودن	۱۱۹	۴/۰۷	۱/۵۲	۱۲/۴۶۰	۰/۰۰۰	۸/۶۳	۰/۰۰۰
عضو نبودن	۲۵۶	۲/۵۳	۱/۷۹	۱۲/۴۶۰	۰/۰۰۰		۰/۰۰۰

برای رابطه بین داشتن پیوند قوی و سلامت روانی زنان، ما این پیش فرض را مطرح کردیم که افراد دارای پیوند قوی تر با افراد شبکه اجتماع شخصی خود به احتمال دارای سلامت روانی بالاتری نسبت به افراد فاقد چنین پیوندی می‌باشند. نتایج آزمون ضریب همبستگی را در سطح (۰/۶۳۲) با سطح معنی داری (۰/۰۰۰) را نشان می‌داد که این موضوع پیش فرض اولیه مطالعه را تأیید کرده و نشان می‌دهد که متغیر پیوند قوی با سلامت روانی دارای رابطه مستقیم و مثبتی می‌باشد.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون به دست آمده برای ارتباط میان حمایت عاطفی با سلامت روانی مقدار (۰/۲۸۰)٪ و سطح معنی داری (۰/۰۰۰) را نشان می‌داد که نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین دو متغیر حمایت عاطفی و سلامت روانی رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود. ضریب همبستگی به دست آمده برای حمایت ابزاری و سلامت روانی مقدار (۰/۳۵۴) با سطح معنی داری (۰/۰۰۰) است. نتایج به دست آمده بیانگر آن است که بین دو متغیر حمایت ابزاری و سلامت روانی رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد بنابراین این فرضیه نیز تأیید گردید. همچنین ضریب همبستگی به دست آمده برای ارتباط میان حمایت اطلاعاتی با سلامت روانی مقدار (۰/۴۶۴) با سطح معنی داری (۰/۰۰۰) را نشان داد. نتایج به دست آمده بیانگر آن بود که بین دو متغیر حمایت اطلاعاتی و سلامت روانی رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد و تأییدکننده فرضیه تحقیق است.

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی با سلامت روانی رابطه وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سلامت روانی برابر با (۰/۲۶۰) با سطح معنی داری (۰/۰۰۰) را نشان داد بنابراین بین دو متغیر رابطه مستقیمی وجود داشت یعنی با افزایش یکی دیگری نیز افزایش می‌یابد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی زنان بر اساس نظریه‌های انسجام اجتماعی، تئوری شبکه و بر اساس مدل تأثیر مستقیم بود. یافته‌ها بر اساس وضعیت پاسخگویان از نظر متغیر عضویت در اجتماعات نشان داد که میانگین نمره عضویت در اجتماعات ۱/۶۸ می‌باشد که با توجه به بازه نمره ۱ تا ۲ بیشتر متمایل به عضویت نداشتن یعنی ۲ می‌باشد. میانگین نمره دریافت حمایت عاطفی ۳/۲۶، حمایت ابزاری ۳/۱۵، اطلاعاتی ۲/۶۵، متغیر پیوند قوی ۳/۱۳، شبکه اجتماع شخصی ۱/۴۶ بوده است که با توجه به بازه نمره ۱ تا ۲ بیشتر متمایل به تراکم شبکه اجتماع شخصی، یعنی ۱ می‌باشد. یافته‌های پژوهش از نظر وضعیت سلامت روانی زنان نشان می‌داد که میانگین سلامت

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی

(مطالعه موردی زنان شهر خلخال)

روانی زنان ۴۳/۲ و در حد متوسط می‌باشد. با توجه به گستره واقعی نمرات که می‌توانست بین صفر تا ۷۵ قرار گیرد، نمرات افراد مورد بررسی در این پژوهش بین ۳۱ تا ۷۰ قرار گرفته است.

نتایج به‌دست آمده از یافته‌های استنباطی نیز نشان داد که متغیر حمایت اجتماعی نقش مستقیم و مثبتی بر میزان برخورداری از سلامت روانی زنان داشته است. افرادی که از عضویت گروهی، حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی و تراکم بالای شبکه اجتماع شخصی و پیوند قوی با شبکه اجتماعی شخصی خود داشتند از سلامت روانی بالاتری نسبت به افرادی که حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی، تراکم شبکه اجتماع شخصی، پیوند کمتری با شبکه اجتماع شخصی خود داشتند، برخوردار بودند. همچنین زنانی که از پایگاه اجتماعی و اقتصادی بالاتری برخوردار بودند، سلامت روانی مطلوب تری داشتند. این امر تأییدکننده نتایج ارائه شده در پیشینه تجربی، کامران و ارشادی (۱۳۸۸)، نبوی و همکاران (۱۳۸۹) و در تحقیقات خارجی، بری و همکاران (۲۰۰۶) می‌باشد. بنا بر نظریه دور کهیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به‌خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد. پیوندهای بین اشخاص که افراد را به جمع متصل می‌نماید، در جهت حفظ آنان از خودگرایی افراطی، عمل می‌نماید. تا زمانی که فرد با جمع بزرگتر و اهداف آنان متصل نشده‌اند، آنان خودگرا و خودمحور می‌شوند. به طرزى که نسبت به بهداشت روانی‌شان تخریب‌کننده است. دور کهیم پریشانی روانی را به فقدان همبستگی اجتماعی نسبت می‌دهد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش برای برخورداری زنان از سلامت روانی مطلوب می‌توان پیشنهادها و راهکارهای زیر را ارائه داد:

- با توجه به این که سطح عضویت پاسخگویان در حد کم می‌باشد بنابراین تقویت پایه‌های ارتباطات و همبستگی اجتماعی از طریق عضویت در انجمن‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد و شرکت در فعالیت آن‌ها می‌تواند به بالا بردن سلامت روانی زنان کمک کرد.

- با توجه به این که درآمد با سلامت روانی زنان رابطه داشت، می‌توان با افزایش سرمایه اقتصادی، افزایش اشتغال زنان و تحقق نسبی عدالت توزیعی، سلامت روانی زنان را تقویت نمود.

- با توجه به این که سطح تحصیلات با سلامت روانی بهتر رابطه داشت بالا بردن سطح سواد، دانش بهداشتی و تغییر درسبک زندگی زنان به کاهش عوامل مخل سلامت روانی زنان می‌انجامد.

- با توجه به سطح پایین میانگین سلامت روانی زنان، باید تلاش کرد نظام مراقبت و سلامت را وارد حوزه عمومی کرد.

- اجرای کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزشی رایگان از قبیل مهارت‌های فردی کنترل استرس و اضطراب و خودشناسی ویژه زنان جهت بهبود سلامت روانی آنان.

- ایجاد مراکز آموزشی و تفریحی ویژه زنان.

- آگاه‌سازی نهادها و بنیادهای متولی امور زنان مانند کمیسیون سلامت وزارت بهداشت، آموزش و درمان پزشکی و ... به توجه بیشتر به سلامت روانی زنان و بالا بردن سطح آن.

- آگاه‌سازی نهادهای تحقیقاتی جهت تحقیق در زمینه سلامت روانی زنان و لزوم توجه آنان به انجام پژوهش‌هایی با محوریت روابط اجتماعی.

- با توجه به این که آمارهایی مبنی بر پایش سلامت روانی زنان در شهر خلخال وجود ندارد، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های زیربیط به این امر توجه بیشتری داشته باشند.

منابع

منابع فارسی

- ۱- آرمسترانگ، د. (۱۳۸۷)، جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه: م، توکل. تهران: انتشارات حقوقی، چاپ دوم.
- ۲- اعزازی، ش. (۱۳۸۹)، جامعه‌شناسی خانواده. تهران: انتشارات روشنفکران و مطالعات زنان، چاپ هفتم.
- ۳- باستانی، س و صالحی هیکویی، م. (۱۳۸۶)، سرمایه اجتماعی شبکه و جنسیت؛ بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران، نامه علوم اجتماعی، شماره ۳۰، صص ۶۳-۹۵
- ۴- حسینی حاجی بکنده، ا و تقی‌پور، م. (۱۳۸۹)، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال سوم، شماره ۷، صص ۱۵۹-۱۳۹
- ۵- رستگار خالد، ا. (۱۳۸۴)، گسترش نقش زنان در جهت حمایت‌های شغلی - خانوادگی، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ششم، شماره ۴، صص ۱۶۵-۱۲۶.
- ۶- سارافینو، ا. (۱۳۸۷)، روان‌شناسی سلامت، ترجمه: گروهی از مترجمان؛ زیر نظر الهه میرزایی. تهران: رشد، چاپ دوم.
- ۷- صادقی، م. (۱۳۷۸)، تأثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی در افسردگی سالمندان، نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره پنجم، شماره ۲ و ۳، صص ۸-۵.
- ۸- عابدینی، ص و ساروخانی، ب. (۱۳۸۶)، تحلیل جامعه‌شناختی رابطه بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و ترجیح ارزش‌های اجتماعی در حوزه ازدواج و خانواده: مطالعه خانواده‌های شهر تبریز، فصلنامه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال، سال سوم، شماره ۱۳، صص ۲۶-۱.
- ۹- عنایت، ح و آقاپور، ا. (۱۳۸۹)، بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت روانی خانواده، فصلنامه زن و جامعه، سال اول، شماره ۲، صص ۴۶-۲۷.
- ۱۰- کامران، ف و ارشادی، خ. (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره ۳، صص ۵۴-۲۹
- ۱۱- کوئن، ب. (۱۳۸۷)، مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه: غ، توسلی و فاضل، ر. تهران: سمت، چاپ نوزدهم.
- ۱۲- معتمدی شلمزاری، ع و دیگران (۱۳۸۱)، بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال شهر کرد، مجله روان‌شناسی، شماره ۲۲، صص ۱۳۳-۱۱۵.
- ۱۳- نبوی، ع و دیگران (۱۳۸۸) بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره دهم، شماره ۴، صص ۱۰۴-۷۳.

بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی

(مطالعه موردی زنان شهر خلخال)

۱۴- نوربالا، ا و دیگران (۱۳۸۱)، بررسی وضعیت سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران، مجله پژوهشی حکیم، دوره پنجم، شماره ۱، صص ۱۰-۱.

منابع انگلیسی

- ۱۵- Agnesse, F; Waege, Jean; Lievens, John (۲۰۰۶) Diversity in social support by role relations: A typology social network, ۲۸, ۴۲۷-۴۴۱.
- ۱۶- Berekman, Lisa; Glass, Thomas; Brissette, Ian; Seeman, Teresa (۲۰۰۰) Form social integration to health: network, support and relational atrain social Science & Medicine ۵۱, ۸۴۳-۸۵۷.
- ۱۷- Barry, Lisa C; Kasl, Standislav V; Lichtman, Judith; Viola, Vaccarino; Krumholz, Harlan.M (۲۰۰۶) social support and change in health- related quality of life ۶ months after coronary artery bypass grafting Journal of psychosomatic Research ۶۰, ۱۸۵-۱۹۳.
- ۱۸- Petrezi, Andrea; Nepusz, Tamas; Fulp (۲۰۰۷) Measuring tie-strength in virtual social network [http:// www.insna.org/connection](http://www.insna.org/connection)-۲۷,۳۹-۵۲.
- ۱۹- Schwarzer, Ralf; Knoll, Nina; Rieckmann, Nina (۲۰۰۳) social support. (To appear in: kaptein, A & Weinman, j) introduction to health psychology. Oxford, England: Blachwell.

