

بررسی نقش معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان جانبازان

The effect of spirituality and social support on mental health of veterans

علی بیگی*، محسن احمدی طهور سلطانی**، محمدعلی محمدی فر***، محمود نجفی****

Abstract

Introduction: Spirituality and social support in stressful situations that are out of individual control, have positive outcomes. This study was done to determine the role of spirituality dimensions and social support on mental health of Shahrood city war veterans.

Method: In this ex post - facto study 102 volunteer war veterans from shahrood city were selected via accessible sampling method and answered to spiritual experience, social support and general health scales. Data were analyzed with stepwise regression statistical method using SPSS.16.

Results: The analysis of regression showed that social support and social religious activities (spirituality subscale) significantly predict war veteran's mental health. Social support 0.30 and social religious activities with social support could explain 0.41 percent of mental health variance.

Discussion: It seems that enhancement of social support and social religious activity leads to war veteran's mental health promotion.

Key words: Spirituality, Social support, General health, War veterans

چکیده

مقدمه: معنویت و حمایت اجتماعی در موقعیت‌های استرس‌زای خارج از کنترل فرد، دارای پیامدهای مثبتی هستند. این پژوهش به منظور تعیین سهم ابعاد معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان جانبازان شهرستان شاهرود انجام شد.

روش: در این مطالعه پس‌رویدادی، تعداد ۱۰۲ جانباز داوطلب شهرستان شاهرود به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های تجربه معنوی، حمایت اجتماعی و سلامت روان پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل رگرسیون گام به گام و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ انجام شد.

نتایج: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی و فعالیت‌های اجتماعی مذهبی (خرده مقیاس معنویت) به طور معنادار سلامت روان جانبازان را پیش‌بینی می‌کنند. حمایت اجتماعی ۰/۳۰ و خرده مقیاس فعالیت‌های اجتماعی مذهبی همراه با حمایت اجتماعی ۰/۴۱ از واریانس سلامت روان جانبازان را تبیین کردند.

بحث: تقویت حمایت اجتماعی و فعالیت‌های اجتماعی مذهبی، ارتقاء سلامت روان جانبازان را به دنبال دارد.

کلید واژه‌ها: معنویت، حمایت اجتماعی، سلامت روان، جانباز

مقدمه

استفاده از راهکارهای مقابله‌ای موثر در جهت تقویت سلامت روان و بهزیستی روانی افراد در بیماری‌های مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (گال^۱، ۲۰۰۶؛ فاگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ابراهیمی، بوالهروی و ذوالفقاری، ۱۳۸۱). به‌ویژه، این مسئله در جانبازان کشور که به علت شرکت در جنگ تحمیلی ایران و عراق دچار صدمات جسمانی و روانی متعددی شده‌اند (روحی و همکاران، ۱۳۹۰) از حساسیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. تقویت معنویت و میزان حمایت اجتماعی درک شده و دریافت شده در افراد، از جمله راهکارهای مقابله‌ای موثر با تنش‌های زندگی می‌باشد (گال، ۲۰۰۶؛ فاگ و همکاران، ۲۰۰۸). از آنجا که جانبازان، معلولین تصادفی نیستند، بلکه جهت اهداف متعالی خود به این وضعیت گرفتار شده‌اند، معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان این قشر، نقش برجسته‌ای دارد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۱).

معنویت بخش غیر قابل انکاری از فرهنگ زندگی معاصر است (دولاند، پیسگود و متیو^۳، ۲۰۰۸). معنویت به حوزه مراقبت‌های بهداشتی وارد شده و پژوهش‌ها به طور مستمر نشان داده‌اند که فعالیت‌های مذهبی و تقویت معنویت با بهزیستی جسمانی و روانی و سلامت روان مرتبط است (دولاند، پیسگود و متیو، ۲۰۰۸؛ هایو^۴، ۲۰۰۴؛ هلیول^۵، ۲۰۰۳). هلیول (۲۰۰۳) در پژوهش خود مشخص کرد که حضور در مکان‌های مذهبی یک بار و یا بیشتر در هفته با رضایت از زندگی بهتر همراه است. همچنین در پژوهش‌هایو (۲۰۰۴) حضور در مکان‌های معنوی و مذهبی از جمله کلیسا، با رضایت بالا در ابعاد مختلف زندگی و عدم حضور با رضایت پایین همراه بود. افراد مذهبی معمولاً شادکام‌تر از

افراد غیرمذهبی، بدون توجه به نوع گرایش مذهبی شان می‌باشند. هلیول (۲۰۰۳) در یک مرور ادبیاتی پژوهش‌های پیشین دریافت که باور به خداوند و یک نیروی برتر، با سطح بالایی از سلامت روان و بهزیستی روانی و رضایت از زندگی همراه است. با این حال به نظر می‌رسد که تاثیر مذهب و معنویت در قومیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشد. به عنوان مثال، اسمیت^۶ (۲۰۰۳) تاثیر مذهب را در آمریکایی‌ها قوی‌تر از اروپایی‌ها یافت؛ و کلارک و لکلز^۷ (۲۰۰۵) در پژوهش خود دریافتند که زنان طلاق گرفته با معنویت بالا رضایت مندی کمتری از زندگی دارند. این یافته‌ها مشخص می‌کنند که تفاوت‌های نسبتاً جزئی در نوع گرایش خداپرستی که افراد به آن تعلق دارند، وجود دارد و تفاوت‌هایی در قدرتمندی عقاید افراد، درجه‌ای که از خداوند برای کنار آمدن با مشکلات یاری می‌طلبند و میزان معنویت‌شان وجود دارد. همه این موارد با سطح متفاوتی از بهزیستی ذهنی مرتبط است.

حمایت اجتماعی به عنوان منابع حمایت شده توسط دیگر اشخاص (کوهن^۸، ۱۹۸۵) تعریف شده است که براساس منابع و نوع حمایتی که افراد ادراک و دریافت می‌کنند، متنوع است. تصور می‌شود که حمایت اجتماعی تاثیر سودمندی بر سلامتی افراد داشته باشد. در پژوهشی حمیدی (۱۳۸۹) نشان داد هر چه زنان سرپرست خانوار که دارای شغل نظامی هستند از حمایت اجتماعی بیشتری بهره‌مند گردند، از میزان سلامت روانی بالاتری برخوردار خواهند بود و احتمال بروز افسردگی و اضطراب در آنان کمتر خواهد شد. در پژوهشی قاسمی پور و جهانبخش (۱۳۸۸) نشان دادند بین منابع ساختاری و کارکردهای حمایت اجتماعی با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. در بین انواع کارکردهای حمایت اجتماعی؛ حمایت عاطفی و در بین منابع

1- Gall.

2- Fagg.

3- Doland, Peasgood & Mathew.

4- Hayo.

5- Helliwell.

6- Smith.

7- Clark & Lelkes.

8- Cohen.

به طور خلاصه پژوهش‌ها مشخص می‌کنند که حمایت اجتماعی در سطح فردی و در یک حلقه اجتماعی بی واسطه (فاگ و همکاران، ۲۰۰۸) و همچنین، تقویت معنویت (گال، ۲۰۰۶)، نقش موثری در کنترل هیجان‌های منفی و موقعیت‌های استرس‌زای زندگی و سلامت روان افراد دارند. اما در این مساله که آیا حمایت اجتماعی و معنویت در افراد با مشکلات مختلف، با توجه به تفاوت‌های فردی به طور یکسانی اثربخش است (هلر و هادلر^۵، ۲۰۰۶) جای تردید وجود دارد. به توجه به آنچه که در بالا ذکر شد و در پاره ای از تحقیقات نیز مشخص شده که در فرهنگ‌های مختلف گرایش‌های مذهبی و معنوی بیشتر، با سلامت روان بالاتر و گرایش‌های مذهبی کمتر با سلامت روان پایین تر در ارتباط است و از آنجایی که هدف جانبازان در انجام کارشان صرفاً رضایت خداوند متعال بوده به نظر می‌رسد که پیوند و ارتباط این عزیزان با خداوند بیشتر باشد؛ بنابراین علیرغم مشکلات جسمانی ناشی از جنگ باید از سلامت روانی بالایی برخوردار باشند. از طرف دیگر طبق بررسی‌های به عمل آمده توسط محققان و پژوهش‌های مستند که تعدادی از آنها نیز ذکر گردید در ارتباط بین حمایت اجتماعی و بهزیستی معنوی با سلامت روان جانبازان تاکنون هیچ تحقیقی انجام نگرفته است لذا هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین سهم هر یک از این متغیرها در سلامت روان جانبازان می‌باشد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی و جامعه آماری را کلیه جانبازان تحت پوشش بنیاد شهید و جانبازان شهرستان شاهرود تشکیل می‌دهند. از بین جامعه آماری مورد نظر ۱۰۲ جانباز به صورت نمونه در دسترس که اسامی این اعضا از طریق بنیاد شهید و جانبازان در اختیار محقق قرار

ساختاری؛ حمایت اجتماعی، عضویت گروهی و پیوند قوی با سلامت روان رابطه معنی دار داشتند. همچنین کلینبرگ^۱ و همکاران (۲۰۰۶) در یک پژوهش با نمونه گیری جامع نوجوانان چندفرهنگی و چندقومیتی در شرق لندن، ارتباط مثبتی، بین ادراک حمایت اجتماعی بالا و درماندگی روان شناختی و افسردگی پایین یافتند.

بعضی پژوهش‌ها به سودمندی مستقیم حمایت اجتماعی در ارتباط با سلامت روان اشاره کرده اند. عنوان مثال کتل و هرینگ^۲ (۲۰۰۲) مشخص کردند که حمایت دوستان و خانواده برای رضایت‌مندی زندگی و بهزیستی افراد اهمیت دارد. افراد از حمایت هیجانی، که به آنها احساس دوست داشتن و ارزشمند بودن می‌دهد، سود می‌برند. علاوه بر سودمندی نقش مستقیم حمایت اجتماعی در سلامت روان افراد، تصور می‌شود که حمایت اجتماعی به طور غیر مستقیم نیز بر سلامت روان و بهزیستی افراد با سپر شدن در مقابل تاثیرات رویدادهای استرس‌زای زندگی و موقعیت‌های مشکل در خانواده یا اجتماعات گسترده تر تاثیر دارد (استنفلد^۳، ۱۹۹۸). به عنوان مثال، بیچارناسون و سیگورداردوتیر^۴ (۲۰۰۳) اثر سپرمانند و محافظت اجتماعی در خانواده و حلقه اجتماعی بی‌واسطه در افرادی که مشکلاتی از قبیل بیکاری را تجربه کرده بودند، عنوان نمودند، همچنین پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۱) نشان داد جانبازانی که حمایت اجتماعی بیشتری از والدین، همسر و دوستان دریافت نموده اند، افسردگی کمتری داشته و از سلامت روان بیشتری برخوردار بودند. این یافته‌ها بر اهمیت حمایت اجتماعی بر ارتقاء سلامت روان افراد تاکید دارند.

1- Klineberg.

2- Cattell, & Herring.

3- Stansfeld.

4- Bejaanson, Sigurdardotri.

پایین دلالت دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۶۲ گزارش شده است که دارای همگنی درونی قابل قبولی است (پیروی، حاجبی و پناقی، ۲۰۱۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس سلامت روان: این پرسشنامه توسط (گلدبرگ^۱، ۱۹۷۹)، ساخته شده است. فرم ۲۸ ماده‌ای این پرسشنامه نیز مانند فرم اولیه شامل چهار مقیاس فرعی (افسردگی، اضطراب، نارسا کنش‌وری اجتماعی و شکایات جسمانی) می‌باشد که هر کدام از آن‌ها دارای هفت پرسش است. ضریب پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۶۳، نارساکنش‌وری اجتماعی ۰/۶۵ و شکایات جسمانی ۰/۷۳ (جعفر نژاد و همکاران، ۱۳۸۴) گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ سلامت روان ۰/۷۱ به دست آمد.

نتایج

این مطالعه بر روی ۱۰۲ جانباز با میانگین سنی ۴۷/۳ و انحراف استاندارد ۵/۱۰ سال و میانگین جانبازی ۳۷ درصد انجام شد. یافته‌های توصیفی نشان داد که از نظر وضعیت تحصیلی ۲۱/۶ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۱/۶ درصد سیکل، ۳۹/۲ درصد دیپلم، ۱۷/۶ درصد بالاتر از دیپلم بودند. از نظر وضعیت تاهل ۱۲/۵ درصد شرکت کنندگان مجرد و ۸۷/۵ درصد متاهل بودند. از نظر شاغل بودن ۵۵ درصد آزمودنی‌ها شاغل و ۴۵ درصد غیر شاغل بودند.

داده شد، انتخاب شدند (لازم به ذکر است که از بین حدود ۲۰۰ نفر جانباز عزیزی که در دسترس بودند تنها ۱۰۲ نفر، حاضر به همکاری در تحقیق شدند و از آنجایی که امکان دادن یک فراخوان عمومی جهت شرکت در پژوهش فراهم نبود پژوهشگران ناگزیر بودند روزانه به بنیاد مراجعه کرده و نمونه‌گیری خود را به طور در دسترس انجام دهند و طبق اصول اخلاقی صرفاً از شرکت کنندگانی که تمایل به همکاری بودند اطلاعات خود را جمع‌آوری نمایند).

ابزار

مقیاس تجربه معنوی: این مقیاس شامل ۷۵ ماده با ۶ مولفه (معنایابی در زندگی، تاثیر ارتباط با خداوند، شکوفایی و فعالیت معنوی، تجربیات متعالی عرفانی، تجربیات سلبی معنوی، فعالیت‌های اجتماعی مذهبی)، می‌باشد. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس بر اساس نمونه دانشجویی گزارش شده است. آزمودنی‌ها می‌بایست به سوالات پرسشنامه بر اساس یک مقیاس درجه‌بندی شده از خیلی کم تا خیلی زیاد پاسخ دهد. مولفه تجربیات سلبی معنوی و بعضی دیگر از ماده‌های این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب پایایی این آزمون ۰/۹۴ گزارش شده است که ضریب بالا و قابل توجهی است (غباری بناب، لواسانی و محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در زیرمولفه‌های معنایابی در زندگی ۰/۷۲، تاثیر ارتباط با خداوند ۰/۷۶، شکوفایی و فعالیت معنوی ۰/۸۵، تجربیات متعالی معنوی ۰/۸۰، تجربیات سلبی ۰/۷۷ و فعالیت‌های اجتماعی مذهبی ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی یا پرسشنامه SSS^۱.

این مقیاس دارای ۱۲ آیتم است و هر آیتم دو گزینه بلی یا خیر دارد. دامنه نمره بالا بر حمایت اجتماعی تصوری بالا و نمره پایین بر حمایت اجتماعی تصوری

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی نمره‌های افراد در متغیرهای مورد اندازه‌گیری

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱- سلامت روان	۷۷/۰۵	۹/۳۸	۱							
۲- فعالیتهای اجتماعی مذهبی	۱۷/۵۶	۳/۲۵	۰/۴۳*	۱						
۳- تجربیات سلبی معنوی	۲۶/۷۴	۵/۵۹	-۰/۲۶**	-۰/۱۷*	۱					
۴- تجربیات متعالی معنوی	۴۲/۶۴	۸/۹۸	۰/۱۹*	۰/۲۹**	۰/۲۶**	۱				
۵- تحول و شکوفایی معنوی	۳۵/۸۴	۵/۳۷	۰/۲۰*	۰/۲۷**	-۰/۱۸*	۰/۵۷**	۱			
۶- تاثیر ارتباط با خدا	۵۴/۷۸	۶/۶۲	۰/۲۷*	۰/۲۴*	-۰/۳۱**	۰/۵۲**	۰/۴۶**	۱		
۷- معنایابی در زندگی	۵۳/۹۲	۶/۸۰	۰/۲۴*	۰/۲۳*	۰/۱۴	۰/۴۳**	۰/۴۴**	۰/۴۲**	۱	
۸- حمایت اجتماعی	۲۲/۲۳	۵/۷۲	۰/۵۶**	۰/۲۴*	۰/۳۲**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۲۸*	۱

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

جدول ۲ خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای پیش‌بینی‌کننده سلامت روان، نسبت F و ترتیب ورود متغیرها و جدول ۳ ضرایب حاصل از رگرسیون چند گانه متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. با عنایت به این جداول، حمایت اجتماعی به علت داشتن همبستگی صفر مرتبه بالا (به این معنی که همه متغیرها در تحلیل وارد شده اند و هیچ متغیری حذف نشده است)، اولین متغیری است که وارد تحلیل شده و با توجه به مقدار مجذور R تعدیل شده می‌توان گفت که حمایت اجتماعی توانسته است 0.30 از واریانس مولفه سلامت روان را تبیین کند ($R^2 = 0.30$, $B = 0.33$). در گام دوم مولفه فعالیتهای اجتماعی مذهبی به همراه مولفه حمایت اجتماعی توانسته است 0.41 درصد از واریانس متغیر سلامت روان را تبیین کند. ($R^2 = 0.41$, $B = 0.33$). نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است. هم چنین این جدول مشخص می‌کند که مولفه‌های معنایابی در

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. حداکثر و حداقل نمراتی که افراد می‌توانستند در این متغیرها به خود اختصاص دهند، به ترتیب عبارتند از: سلامت روان (۱۱۲-۲۸)، فعالیتهای اجتماعی مذهبی (۲۵-۵)، تجربیات سلبی معنوی (۵۵-۱۱)، تجربیات متعالی معنوی (۷۵-۱۵)، تحول و شکوفایی معنوی (۵۰-۱۰)، تاثیر ارتباط با خدا (۷۵-۱۵)، معنایابی در زندگی (۹۵-۱۹) و حمایت اجتماعی (۴۸-۱۲).

همچنین در این جدول ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. دامنه ضرایب همبستگی معنادار در سطح 0.01 و 0.05 از -0.17 تا 0.17 است. بیشترین ضریب همبستگی بین تحول و شکوفایی معنوی و تجربیات متعالی معنوی (0.57)، و کمترین ضریب همبستگی منفی معنادار مربوط به تجربیات سلبی معنوی و فعالیتهای اجتماعی مذهبی (-0.17)، می‌باشد.

که ورود این مولفه‌ها سهمی در موفقیت مدل نداشته و توان پیش بینی این مولفه‌ها ضعیف بوده است.

زندگی، تاثیر ارتباط با خداوند، تجربیات متعالی عرفانی، تجربیات سلبی معنوی، شکوفایی و فعالیت معنوی از مدل حذف شده اند و این بدان علت است

جدول شماره ۲- خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای پیش بینی کننده کیفیت زندگی (مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل)

سطح معناداری	df2	df1	F	خطای معیار برآورد	R ² تعدیل شده	R ²	R	متغیرهای وارد شده در هر مرتبه
۰/۰۱	۱۰۰	۱	۱۲/۵۲	۸/۸۲	۰/۳۰	۰/۳۰	۰/۵۴	حمایت اجتماعی
۰/۰۱	۹۹	۱	۱۱/۷۲	۸/۵۲	۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۶۴	فعالیت‌های اجتماعی مذهبی

* $P < ۰/۰۱$

جدول شماره ۳- ضرایب حاصل از رگرسیون چند گانه به روش گام به گام متغیرهای پیش بینی کننده سلامت روان (معناداری متغیرهای پیش بین)

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد نشده		مدل/شاخص
		ضرایب استاندارد شده	خطای استاندارد	
۰/۰۱	۱۵/۴۰	Beta	B	۱ (ثابت)
۰/۰۱	۵/۲۳	۰/۳۳	۰/۲۳	حمایت اجتماعی
۰/۰۱	۶/۹۶		۱۱/۳۵	۲ (ثابت)
۰/۰۱	۳/۸۶	۰/۲۳	۰/۲۲	حمایت اجتماعی
۰/۰۱	۲/۱۶	۰/۲۳	۰/۲۱	فعالیت‌های اجتماعی مذهبی

و معنادار؛ و تجربیات سلبی معنوی ارتباط منفی و معنادار با سلامت روان دارند. تجربیات سلبی معنوی به احساسات و تجربیات منفی اشاره دارد که ناشی از عدم یکپارچگی و اتحاد فرد با یک کل می‌باشد (غباری بناب، لواسانس و محمدی، ۱۳۸۴). همچنین، در تحلیل رگرسیون چندگانه، نتایج پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی به عنوان قدرتمندترین مولفه و بعد از آن فعالیت‌های اجتماعی مذهبی در ترکیب با مولفه اول، بالاترین سهم را در پیش‌بینی سطح سلامت روان جانبازان داشتند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی سهم حمایت اجتماعی و ابعاد معنویت (معنایابی در زندگی، تاثیر ارتباط با خداوند، شکوفایی و فعالیت معنوی، تجربیات متعالی معنوی، تجربیات سلبی و فعالیت‌های اجتماعی مذهبی)، در پیش بینی سلامت روان افراد جانباز بود. در بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش مشخص شد که حمایت اجتماعی، فعالیت‌های اجتماعی مذهبی، تجربیات متعالی معنوی، تحول و شکوفایی معنوی، تاثیر ارتباط با خداوند و معنایابی در زندگی ارتباط مثبت

روان دارد. به نظر می‌رسد که فعالیت‌های اجتماعی مذهبی به پیامدهای شکوفایی معنوی اشاره دارد که نمود آن را می‌توان در جذب شدن به دیگران، نوع‌دوستی و کمک به هم‌نوع، پذیرش بخشش دیگران و طلب مغفرت مشاهده کرد (غباری بناب، لوانسانی و محمدی، ۱۳۸۴). یافته‌های این پژوهش اثربخشی بالای فعالیت‌های اجتماعی مذهبی و تقویت ارتباط با خداوند و معنویت را با سلامت روان جانبازان تایید می‌کنند. به این معنی که جانبازانی که در تقویت معنویت خود، نوعی هم‌جوشی با دیگران و حمایت کردن و درک حمایت دیگران و در مجموع روابط بین فردی قدرتمندی را تجربه کرده‌اند و به هنگام مواجهه با بحران، به‌ویژه موقعیت‌هایی که افراد از امکان مقابله موثر با موقعیت ناتوان هستند، به حمایت یک نیروی برتر امیدوار بوده‌اند، اضطراب کمی را تجربه می‌کنند، و افسردگی پایینی دارند. همچنین روابط بین فردی و کنش‌وری اجتماعی مناسبی داشته و از نشانه‌های جسمانی خود تعبیر مثبتی می‌کنند. این نتایج با اکثر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو است (گال، ۲۰۰۶؛ کیم و سیدیتزار، ۲۰۰۲؛ تومبورو، همیلتون، جونز^۳). این یافته‌ها به وضوح نقش قدرتمند معنویت را در ارتباط با سلامت کلی و بهزیستی روانی افراد تایید کرده‌اند. معنویت محصول مشترک تمام ادیان الهی است، و به زندگی انسان‌ها جهت می‌دهد، و حضور آن در زندگی، گرفتاری و اضطراب افراد را کاهش داده و رضایت‌مندی کلی افراد را فراهم می‌کند. افراد با تقویت بعد معنوی زندگی خود می‌توانند در گرفتاری‌های زندگی معنا و مفهومی را بیابند که آنها را برای مقابله با فشارهای زندگی آماده کند، قدرت تغییر و اصلاح رفتارهای غلط خود را بیابند و با یافتن منابع حمایتی جدید و تقویت منابع حمایتی

در پژوهش حاضر مشخص شد که حمایت اجتماعی نقش موثری در پیش بینی سلامت روان جانبازان دارد. این یافته هماهنگ با دیگر یافته‌های پژوهشی در این زمینه است (ابراهیمی، بوالهروی و ذوالفقاری، ۱۳۸۱؛ روحی و همکاران، ۱۳۹۰). این پژوهش‌ها به وضوح ارتباط مثبت حمایت اجتماعی و سلامت روان افراد را تبیین کرده‌اند. حمایت اجتماعی یکی از استراتژی‌های مقابله‌ای گرایشی است که اطرافیان و افراد مهم زندگی فرد، جهت سازگاری بهتر فرد آسیب‌دیده ارائه می‌دهند (جالکونن، لیلوی و هیتتن^۱، ۲۰۰۹) که می‌تواند شامل حمایت‌های هیجانی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابی باشد. حمایت اجتماعی زمانی که شخص استرس قابل توجهی را تجربه کرده است و یا با موقعیت مشکل‌زایی مواجه شده است، اهمیت ویژه‌ای دارد، و ممکن است از پیامدهای آسیب‌زای این مشکلات بکاهد (ایزاوا^۲، ۲۰۰۵). اثربخشی مثبت حمایت اجتماعی ممکن است باعث ارزیابی بهتر فرد از موقعیت فشارزا شده و شیوه‌های موثری را جهت سازگاری انتخاب کند. این تجربه ممکن است باعث احساس عزت نفس، احساس خودکارآمدی بالا و امیدواری شود (جالکونن، لیلوی و هیتتن، ۲۰۰۹). پژوهش ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۱) نشان داد، جانبازانی که حمایت اجتماعی بیشتری از والدین، همسر و دوستان خود درک و دریافت می‌کنند، افسردگی کمتری داشته و از سلامت روان بیشتری برخوردارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که افرادی که حمایت اجتماعی بالایی را درک و دریافت نموده‌اند، ارزیابی و تعبیر مناسبی از بیماری یا موقعیت آسیب‌زا دارند، اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند و کنش‌وری اجتماعی مناسبی دارند. همچنین پژوهش حاضر نشان داد که فعالیت‌های اجتماعی مذهبی نقش موثری در پیش‌بینی سلامت

3- Kim & Seidltizer.

4- Toumbouro, Hamilton & Jones.

1- Julkunen, Lilius, Heitanen.

2- Izawa.

گذشته، معنی و مفهوم جدیدی به زندگی خود بدهند و سلامت روان خود را ارتقاء بخشند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر صرفاً در شهرستان شاهرود و حومه انجام شده و با وجود این که در این تحقیق سعی شده تا تنوع فرهنگی رعایت شود، لازم است در نقاط دیگر کشور نیز پژوهش انجام شود تا امکان تعمیم دهی میسر گردد. همچنین در این پژوهش صرفاً جانباز بودن و استفاده از خدمات جانبازی امکان ورود به پژوهش را میسر می‌کرد، لذا باید در پژوهش‌های بعدی از جانبازانی که آسیب‌های جدی و روانی خاصی را متحمل شده‌اند، نیز استفاده گردد.

به طور خلاصه، به نظر می‌رسد، جانبازانی که پس از تحمل آسیب‌های روانی و جسمانی ناشی از جنگ تحمیلی، حمایت اجتماعی لازم را از خانواده و جامعه دریافت و درک کرده‌اند، در راستای تقویت معنویت و اتکاء به یک نیروی برتر جهت طلب حمایت، گام‌های موفق‌تری برداشته و به ویژه از نظر بعد اجتماعی مذهبی، خود را تقویت کرده‌اند. رضایت‌مندی بالایی از زندگی خود دارند، اضطراب و افسردگی پایینی داشته، تعبیر مناسبی از ناتوانی جسمانی خود دارند و عملکرد اجتماعی مناسبی را گزارش می‌کنند. در دسترس بودن نمونه پژوهش یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است که این امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به دیگر جوامع با مشکل روبه‌رو می‌کند. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به یک دست نبودن نمونه‌ها اشاره نمود، چرا که درصد جانبازی و نوع مصدومیت ممکن است با سلامت روان رابطه مستقیمی داشته باشد به عنوان مثال در پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۸۵) نشان دادند بین متغیرهایی از قبیل تحصیلات، شغل و سابقه بستری روانپزشکی جانباز با سلامت روان جانبازان رابطه وجود دارد. لذا پیشنهاد می‌شود که محققان بعدی این پژوهش را در شهرهای بزرگتر که تعداد جانبازان در آنها بیشتر است و می‌توان نمونه‌های یک دست



14- Gall, T (2006). Spirituality and coping with life stress among adult survivors of childhood sexual abuse. *Child abuse & Neglect*, 30: 829-844.

15- Haller, M., & Hadler, M. (2006). How social relations and structures can produce happiness and unhappiness: An international comparative analysis. *Soc Indicators Res*, 75, 169-216.

16- Hayo, B. (2004). Happiness in Eastern Europe. Mimeo, Philipps University Marburg. Number 12.

17- Helliwell, J. F. (2003). How's life? Combining individual and national variables to explain subjective well-being. *Econ Modeling*, 20, 331-360.

18- Helliwell, J. F. (2006). Well-being, social capital and public policy: What's new? *Econ J*, 116, C34-C45.

19- Julkunen, J., Lilius, M. G., & Heitanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patient. *J psychosomatic res*, 66, 235-244. Izawa, S., Nagano, Y., Kodama, M., & Nomura, S. (2005). The effect of social support on cardio vascular reactivity in hostile females. *J psychosomatic Res*, 58, 31-100.

20- Kim, Y., & Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderate the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual differences*, 32, 1377-1390.

21- Klineberg, E., Clark, C., Bhui, K. S., Haines, M. M., Viner, R.M., Head, J., et al. (2006). Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*, 41(9), 755-760.

22- Payrovi, H., hajebi, A., & Panaghi, L. (2011). The relationship among social help and GHQ in university of Tehran students. *J Health syst res*, 6(2), 301-307. Goldberg, D. P. (1972). The detection of Psychiatric illness by questionnaire. Oxford univ press: London.

23- Smith, K. (2003). Individual welfare in the Soviet Union. *Soc Indicators Res*, 64, 75-105.

24- Stansfeld, S. A. (1998). Social support and social cohesion. In M. Marmot, & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (pp. 155-174). Oxford: Oxford University Press.

25- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., & Shipley, M. J. (1998). Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychol Medicine*, 28, 881-892.

26- Toumbouro, J. W., Hamilton, M., & Jones, P. S. (2002). Narcotic Anonymous participation and changes in substance use and social support. *J subst abuse treatment*, 23, 61-6.

منابع

- ۱- ابراهیمی، امراله، بوالهیری، جعفر و ذوالفقاری، فضیله. (۱۳۸۱) بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* (اندیشه و رفتار). ۸(۲پیاپی ۳۰): ۴۸-۴۰.
- ۲- جعفرنژاد، پروین؛ فرزاد، ولی اله؛ مرادی، علیرضا و شکری، امید. (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان پنج عامل بزرگ شخصیت، سبک‌های مقابله ای و سلامت روانی در دانشجویان کارشناسی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*. ۳۵(۱): ۵۱-۷۴.
- ۳- حمیدی، فریده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*، ۱(۲)، ۶۰-۵۱.
- ۴- روحی، قنبر؛ آسایش، حمید؛ عباسی، علی و قربانی، مصطفی. (۱۳۹۰). رضایت از زندگی جانبازان شهرستان گرگان. *طب جانباز*. ۳(۱۱): ۱۸-۱۳.
- ۵- غباری بناب، باقر؛ غلامعلی لوسانی، مسعود و محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۴). ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان *مجله روانشناسی*. ۹(۳ پیاپی ۳۵): ۲۶۱-۲۷۸.
- ۶- قاسمی پور، مریم؛ جهانبخش گنجه، سحر. (۱۳۸۸). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم آباد. *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۲(۱)، ۶۴-۵۷.
- ۷- کرمی، غلامرضا؛ امیری، ماندانا؛ عاملی، جواد؛ کچوئی، حسین؛ قدوسی، کاظم و همکاران. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت سلامت روانی جانبازان شیمیایی ناشی از گاز خردل. *فصلنامه طب نظامی*، ۸(۱)، ۷-۱.
- 8- Bjarnason, T., & Sigurdardottir, T. J. (2003). Psychological distress during unemployment and beyond: Social support and material deprivation among youth in six northern European countries. *Soc Science & Medicine*, 56(5), 973-985.
- 9- Cattell, V., & Herring, R. (2002). Social capital, generations and health in East London. In C. Swann, & A. Morgan (Eds.), *Social capital for health: Insights from qualitative research* (pp. 61-85). London: Health Dev Agency.
- 10- Clark, A., & Lelkes, O. (2005). Deliver us from evil: Religion as insurance. PSE, Paris.
- 11- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. London: Academic Press.
- 12- Dolan, P., Peasgood, T., & Mathew, W. (2008). Do we really know what makes us happy? *Journal of Econ Psychol*, 29, 94-122.
- 13- Fagg, J., Cartis, S., Stansfeld, S. A., Cattell, V., Tupuola, A., & Arephine, M. (2008). Area social fragmentation, social support for individuals and psychosocial health in young adults: Evidence from a national survey in England. *Soc science & medicine*, 66, 242- 254.

یادداشت:

