

## بررسی رابطه دینداری و حمایت اجتماعی با سلامت روانی (مورد مطالعه: دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز)

عبدالرضا نواح<sup>۱</sup>  
حسین ملتفت<sup>۲</sup>  
مریم قلیچی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۶/۳۱  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۷/۲۰

هدف پژوهش حاضر، بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و دینداری با سلامت روانی می‌باشد. مورد مطالعه، دانشجویان (کارشناسی و کارشناسی ارشد) دانشگاه شهید چمران اهواز در سال ۱۳۹۵ بود که تعداد آن‌ها مطابق آمار برابر با ۱۳۳۱۴ نفر اعلام گردید. روش تحقیق، پیمایش و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه خودساخته است. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم نمونه و با استفاده از فرمول کوکران ۳۷۳ نفر تعیین شد. چارچوب نظری پژوهش با استفاده از دیدگاه دورکیم، سارافینو، برکمن و سیم طراحی شده است. مدل گلدبرگ از سلامت روانی (GHQ28) به عنوان تعریف عملیاتی در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که دینداری در دو بعد اعتقادی و مناسکی و حمایت اجتماعی در سه بعد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی رابطه معناداری با سلامت روانی دارد. در این پژوهش رابطه معناداری بین سن دانشجویان و سلامت روانی آنان مشاهده نشد، اما یافته‌های پژوهش نشان داد که رابطه معناداری بین وضعیت تاهل، جنس و وضعیت سکونت دانشجویان با سلامت روانی آنان وجود دارد؛ به این ترتیب که افراد متأهل، دختران و دانشجویانی که در مدت تحصیل با خانواده زندگی می‌کردند، از سلامت روانی بالاتری نسبت به گروه‌های

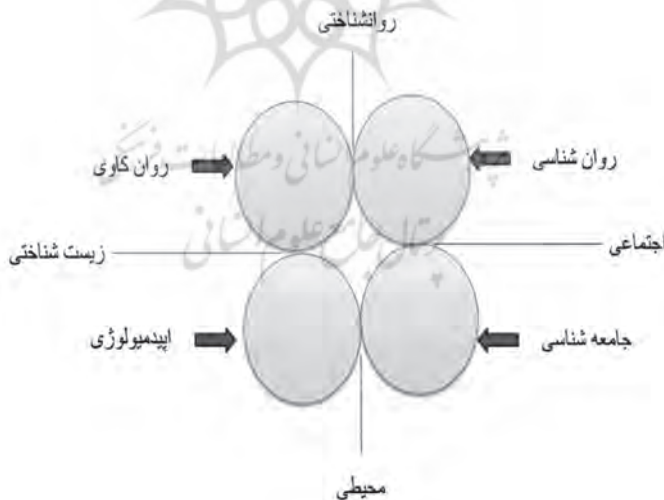
دیگر برخوردار بودند. نتایج حاصل از رگرسیون چندمتغیره نشان داد که شش متغیر (دینداری اعتقادی، دینداری مناسکی، حمایت اجتماعی ابزاری، حمایت اجتماعی عاطفی، جنسیت و وضعیت سکونت) در مجموع ۱۹/۵ درصد از تغییرات مربوط به سلامت روانی را تبیین می‌کنند. در نتیجه عدم توجه به تقویت مبانی سلامت روانی در بین دانشجویان منجر به پیامدهای منفی و هزینه‌های اقتصادی برای دولت خواهد شد و نیز اثرات روانی و اجتماعی آن بر روی نیروی انسانی تحمیل می‌گردد.

واژگان کلیدی: دینداری، حمایت اجتماعی، اختلالات روانی، سلامت روانی و دانشجویان



## مقدمه

انسان، موجودی پیچیده و دارای ابعاد مختلفی است که حیات وی در اثر تعامل نسبی این ابعاد تضمین شده و دوام می‌یابد. در برقراری چنین تعادلی، عوامل بی شماری به طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیر می‌گذارند که ممکن است نقش برخی از آن‌ها برجسته‌تر و مهم‌تر از عوامل دیگر باشد. نکته مهم این است که برقراری تعادل اغلب سبب بهبود رفتار و رضایت خاطر از زندگی و خشنودی می‌گردد و کیفیت زندگی را ترقی می‌بخشد؛ چیزی که برخی دانشمندان از آن با واژه «سلامت روانی» یاد می‌کنند. سلامت خود مفهومی کلی و پیچیده و دارای ابعاد و مؤلفه‌های فراوانی است که اگر چه هرکدام عملکرد مستقلی دارند، اما از جهات مختلفی با هم مرتبط هستند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، پدیده‌ای است که مورد علاقه و توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری می‌باشد. سلامتی در گفتمان‌های متنوعی توصیف و تبیین شده است که این گفتمان‌ها به طور اجتماعی ساخت یافته‌اند. گرچه مفاهیم سلامتی، ذهن و بدن طی مکان‌ها و زمان‌های مختلف، متفاوت بوده‌اند، اما برای تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها بازی کرده‌اند (مارکس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰: ۳). با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی - اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی و محیطی باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر تنها دغدغه دست‌اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان به بررسی آن علاقمند هستند. سویتزر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۹) مهم‌ترین حوزه‌های علاقمند به سلامت روان را به شکل نمودار زیر نمایش داده‌اند:



نمودار ۱: مهم‌ترین حوزه‌های علمی علاقمند به سلامت روان

1. Marx
2. Svytzer

امروزه در سراسر جهان بر اهمیت بهداشت روانی تأکید می‌شود و روز به روز با انجام تحقیقات وسیع و گوناگون اهمیت و نقش آن در زندگی فردی و اجتماعی آشکارتر می‌گردد؛ به طوری که سال ۲۰۰۱ میلادی از طرف سازمان بهداشت جهانی با عنوان «سال بهداشت روانی» اعلام گردید (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱؛ به نقل از آقاجانی، ۱۳۸۱). سلامت روانی، بخش اصلی یک زندگی شاد است و دانشگاه‌ها نقش مهمی در آگاه ساختن دانشجویان پیرامون مسائل بهداشتی، سلامتی و آموزش علوم زندگی به آنان دارند. بنابراین، سلامت روانی به عنوان یکی از موضوعات مهم در عصر حاضر، کانون توجه بسیاری از جوامع جهانی است. در سازمان‌ها و جوامعی که تجمع زندگانی جمعی مطرح است، به دلیل اثرپذیری و خطر شیوع مشکلات روانی، موضوع بهداشت روانی بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد. بر این اساس محیط‌های دانشجویی نیز با توجه به سن افراد و نقش آینده‌ساز جوانان باید مورد توجه قرار گیرد. از آن‌جا که دانشجویان در هر جامعه‌ای از مهم‌ترین نیروهای تأثیرگذار بر توسعه کشور محسوب می‌گردند و شیوع هرگونه اختلال روانی در بین آنان می‌تواند به هدر رفتن سرمایه‌گذاری‌های مادی و معنوی منجر گردد، از این رو شناسایی وضعیت سلامت روان آنان و تجزیه و تحلیل عوامل مرتبط و مؤثر بر آن می‌تواند در بالندگی این قشر مؤثر واقع شود و در درازمدت، آثار مثبت و فواید آن نصیب کل جامعه گردد. برخورداری از حمایت اجتماعی جهت تعمیق روابط و کاستن نگرانی‌ها نیز از جمله استراژی‌های عمده‌ای است که می‌تواند به بهبود سطح سلامت روان در دوران پراسترس دانشجویی کمک کند. همچنین روند گرایش به دین و معنویت و نیز آثار پیامدهای دین‌داری بر جنبه‌های مختلف زندگی اجتماعی و فردی توسط پژوهش‌های متعددی در جوامع مختلف جهان، مورد بررسی قرار گرفته است. تجربه جوامع غربی نشان داده است که مادی‌گرایی در ایجاد شادی و احساس خوشبختی، کاملاً موفق نبوده است (چراغی، ۱۳۸۵: ۳).

مسئله بهداشت روان از مهم‌ترین مسائل دانشجویان است. بنابراین توجه به مسائل بهداشت روانی دانشجویان در کشور ایران که آستان رشد و ترقی است، از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد که نباید از آن غفلت کرد. اهمیت بررسی رابطه حمایت اجتماعی و دینداری با سلامت روانی در ایران از آن‌روست که تحقیقات پیشین عمدتاً یا در کشورهای صنعتی (آمریکا، اروپای غربی و استرالیا) انجام شده یا کشورهای با درآمد پایین را در نظر گرفته است. لازم به ذکر است که مرور تحقیقات انجام شده در زمینه سلامت روانی در پایگاه‌های اطلاعاتی کشور نشان می‌دهد در تحقیقاتی که در نشریات علمی - پژوهشی روان‌شناسی توسط روان‌شناسان انجام شده، رابطه سلامت روانی با متغیرهای جمعیت‌شناختی یا دیگر متغیرهای روان‌شناختی بررسی شده و متغیرهایی که صبغه جامعه‌شناختی داشته باشند به عنوان عامل تعیین‌کننده سلامت روانی کمتر مورد توجه قرار گرفته است (رضوی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۵). بر این اساس، در تحقیق حاضر با توجه به اهمیت نقش عوامل اجتماعی و به ویژه حمایت اجتماعی و دینداری در سلامت روان، سعی شده تا ارتباط بین میزان حمایت اجتماعی و دینداری با سلامت روانی دانشجویان مورد بررسی قرار گیرد. در واقع سؤالاتی که این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به آن خواهد بود این است که توزیع سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز چگونه است؟ میانگین حمایت (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) توسط دانشجویان و دینداری مناسکی و اعتقادی به چه میزان با توزیع میانگین سلامت روان در بین دانشجویان هم‌خوانی و همبستگی

دارد؟ و چه ارتباطی بین سن، جنس، وضعیت تأهل و وضعیت سکونت در ایام دانشجویی با سلامت روانی دانشجویان وجود دارد؟

### پیشینه تجربی پژوهش

بررسی پایگاه‌های جامع مقالات علمی داخلی ایران نشان می‌دهد که علی‌رغم اهمیت مسئله سلامت روانی در بین دانشجویان و جوانان، تعداد پژوهش‌های جامعه‌شناختی مرتبط با این موضوع بسیار اندک می‌باشد. با این حال، برخی از پژوهش‌های انجام شده درخور استناد است که در ادامه به آنها اشاره می‌گردد. در زمینه نقش واسطه‌ای متغیرهای حمایت اجتماعی و خوش بینی در ارتباط با دینداری و اثرات ترکیبی آن‌ها بر سلامت روان، پژوهش‌های اندکی صورت گرفته‌اند. قشقائی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی» به تعیین عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت روانی دانشجویان مقطع لیسانس دانشکده علوم اجتماعی پرداختند. یافته‌ها حاکی از رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی، مهارت اجتماعی و پایگاه اجتماعی با سلامت روان دانشجویان بود.

حاجیلو و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «تأثیر معنویت در سلامت روان دانشجویان فخری مصری دانشگاه پیام‌نور واحد سلماس» پرداختند به این نتایج رسیدند که میان اعتقادات معنوی جوانان و سلامت روان آن‌ها رابطه وجود دارد.

بزرگ‌پوی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی رابطه کیفیت روابط و حمایت اجتماعی با سلامت روانی در دانشجویان پرداخت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان و کیفیت روابط و سلامت روانی دانشجویان رابطه همبستگی مثبت و معنادار است و این دو متغیر به میزان ۴۰ درصد از واریانس نمره سلامت روانی در دانشجویان را به صورت معناداری پیش بینی می‌کند.

قلمی و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان «بررسی سلامت روان، سبک زندگی و هویت دینی بین کاربران فعال و عادی شبکه‌های اجتماعی» انجام دادند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که سطح سلامت روان، سطح سبک زندگی و هویت دینی در کاربران عادی در مقایسه با کاربران فعال از لحاظ آماری به طور معناداری بیشتر است. در واقع، کاربران عادی از سلامت روان بیشتر، سبک زندگی مناسب‌تر و هویت دینی منسجم‌تری برخوردار می‌باشند.

ویلیام لی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان «حمایت اجتماعی به عنوان سپر استرس‌های فرهنگ‌پذیری» به مطالعه رابطه حمایت‌های اجتماعی و سلامت روان دانشجویان کره پرداختند. نتایج حاکی از رابطه مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی بود.

موریا المدیا و همکاران (۲۰۰۶) نیز در مطالعه‌ای کیفی و به صورت فراتحلیل، به بررسی شواهد علمی رابطه بین مذهب و سلامت روان پرداخته‌اند. یافته‌های این فراتحلیل نشان داده است که در اکثر مطالعات، رفتارهای مذهبی رابطه معناداری با شاخص‌های سلامت روان (از جمله: رضایت از زندگی، خشنودی، احساس مثبت و روحیه بالا) داشته‌اند.

کیم<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) پژوهشی با عنوان «توسعه نیافتگی محل و بهداشت روان: نقش به هم گسیختگی نظام همسایگی و روابط اجتماعی» انجام داده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد ساکنان محله‌هایی که روابط اجتماعی ضعیف و اختلال محله‌ای بیشتری دارند، سطوح بالاتری از پریشانی روانی نسبت به ساکنان محله‌هایی که روابط اجتماعی بهتر و اختلال محله‌ای کمتری دارند، نشان می‌دهند.

دایان وینید<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) پژوهشی با عنوان «سکوت پیرامون مسائل مربوط به بهداشت روانی در محیط دانشگاه: مطالعه کمی» انجام داده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که سکوت پیرامون مشکلات روحی و روانی بر محیط دانشگاه، رفتار کمک طلبانه دانشجویان و احساس حمایت، تندرستی و شادابی دانشجویان مبتلا به مشکلات روحی-روانی تأثیر سوء داشته است و دانشگاه می‌تواند با ارائه خدمات مشاوره‌ای احساس عزت نفس دانشجویان را ارتقا دهد.

بررسی و جمع‌بندی تحقیقات پیشین نشان می‌دهد:

بیشتر پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور در زمینه سلامت روان، با نگاهی روان‌شناختی یا پزشکی و... انجام شده و بنابر ماهیت این رشته‌های علمی، از توجه به ابعاد ساختاری و کلان اجتماعی غفلت ورزیده‌اند. بنابراین، پژوهش‌های اندکی با نگاهی جامعه‌شناختی به بررسی رابطه عوامل اجتماعی و از جمله حمایت اجتماعی و دینداری بر سلامت روان در کشور پرداخته‌اند و نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه کاملاً احساس می‌شود. از سوی دیگر، کمیت پژوهش‌های داخلی انجام شده در زمینه رابطه دینداری و سلامت روان، در مقایسه با پژوهش‌های خارجی اندک بوده و به لحاظ کیفی نیز بخش اعظم آن‌ها از منظر روان‌شناسی و یا پزشکی صورت گرفته و عمدتاً به صورت توصیفی انجام شده‌اند.

موضوع «بررسی تأثیر دینداری و حمایت اجتماعی بر سلامت روانی» توسط محققان داخلی در مقالات و پژوهش‌هایی در شهرها و دانشگاه‌های مختلف کشور کار شده، اما متأسفانه در شهر اهواز و در مورد دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز هرگز بررسی نشده است. با توجه به اهمیت این مسئله در مورد دانشجویان که سرمایه‌های هر کشوری هستند و با توجه به شرایط محیطی، فرهنگی و قومی متفاوتی که شهر اهواز دارد و می‌تواند زمینه‌ساز شیوع بسیاری از اختلالات روانی به ویژه در بین دانشجویان باشد، انجام این تحقیق ضرورت می‌یابد.

## چارچوب نظری پژوهش

عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارت‌اند از:

رویکرد بیماری‌محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مخالف جسمانی و روانی محدود شده است. از این منظر، سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی بود. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست‌محیطی - اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شود.

رویکرد سلامتی‌محور: که در آن سلامت را به عنوان برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. با توجه به دو رویکرد مذکور، دو نوع الگو برای سلامت مطرح است: اول الگوی زیست‌شناختی که

1. Kim

2. Dinne wynaden

نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی - اجتماعی و روان شناختی را دست کم گرفته است و در حل بسیاری از مسائل اساسی بهداشتی مانند اعتیاد، بیماری های روانی و... نارسا بوده است. دومین مورد الگوی «کلیت سلامت» نام دارد. این الگو همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و... را شناسایی می کند. در این دیدگاه، عوامل متعددی در تعیین سلامتی فرد دخالت دارد و سلامتی حالتی فراتر از تعادل کامل اعمال به شمار می رود (محمدزاده، ۱۳۹۴: ۱۴۷).

به طور کلی چهار سبک اندیشه جامعه شناختی راجع به اختلال روانی مطرح می شود که هر کدام از آن ها واکنشی در مقابل مدل فردگرایانه سلامتی و بیماری روانی اند که توسط روان شناسان و دانشمندان علوم رفتاری به کار گرفته می شوند:

سبک سبب شناختی<sup>۱</sup>، تعریف رایج از بیماری روانی را می پذیرد و علل آشفتگی های روانی در افراد را جستجو می کند. سبک روان شناسی جامعه شناختی<sup>۲</sup>، این مطلب را مورد بررسی قرار می دهد که چگونه نشانه های اختلال روانی، محصولات فرهنگی بافت های تاریخی و اجتماعی خاص هستند. سبک پاسخ اجتماعی<sup>۳</sup>، شاخص های سنتی بیماری روانی را به عنوان یک مبنای پذیرفته شده به کار می برد و تغییرات اجتماعی در واکنش به این نشانه ها را مطالعه می کند و رویکرد تفسیرگرایی اجتماعی<sup>۴</sup> که به اختلال روانی جدا از ساختارهای فرهنگی و کنش گران اهمیت نمی دهد - در این منظر اختلالات روانی در واقع تعاریف اجتماعی هستند.

در یک مقایسه کلی، می توان گفت که ابعاد سبب شناختی، روان شناسی و جامعه شناختی به مطالعه این موضوع می پردازند که چگونه اختلالات روانی در افراد خاص ظاهر می گردد. در مقابل، مکاتب پاسخ اجتماعی و تفسیرگرایی اجتماعی به تبیین شیوه هایی می پردازند که گروه اجتماعی برای پاسخ و واکنش نسبت به نشانه های روانی تعریف می کنند. در مطالعات سبب شناختی و مطالعات پاسخ اجتماعی، نشانه های اختلال روانی به طور مستقل از فرهنگ ظاهر می شوند، ولی در مطالعات روان شناسی، جامعه شناختی و تفسیرگرایی اجتماعی نشانه ها به طور فرهنگی تولید می شوند یا به عبارتی تولیدات فرهنگی هستند (هورویتز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹: ۲۵). جنبه جامعه شناختی رویکرد سبب شناختی آن است که نشانه ها و حالات روانی، از موقعیت های افراد در ساختار اجتماعی ناشی می شوند. این رویکرد بر نقش سبب شناختی فشارهای مزمن (نظیر فقر یا زندگی در خانواده های تک والد)، حوادث حاد زندگی (نظیر بیکاری یا فسخ زناشویی)، جنبه هایی از نقش های اجتماعی (نظیر تعارض نقش، گرانباری نقش یا فشار نقش) و میزان حمایت اجتماعی به هنگام درگیری با عوامل تنش زا، تأکید دارد. مطالعات جامعه شناختی، همچنین بیشتر به دنبال بررسی میزان های متفاوت اختلال روانی در میان مکان ها (ملت ها، شهرها و مناطق) یا گروه های اجتماعی متفاوت (طبقه اجتماعی، گروه اجتماعی، منزلت اجتماعی، جنس و سن) هستند تا این که چرا افراد خاص، نشانه های بیماری های روانی را تجربه می کنند. در چهارچوب سبب شناختی در این پژوهش از ترکیبی از نظریات دورکیم، برکمن و سیم جهت بررسی رابطه دینداری (مناسکی و اعتقادی) و حمایت اجتماعی ادراکی با سلامت روان استفاده شده است. همبستگی یا انسجام اجتماعی، نقش مهمی در نظریه های امیل دورکیم دارد. دورکیم، نظریه انسجام اجتماعی خود را در

1. Etiological
2. Sociological psychology
3. Social response
4. Social constructionist
5. Horowitz

بررسی آن چه که او آن را کنش نهایی فرد، یعنی خودکشی می دانست، به کار برد (آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۶۱). او چنین استدلال کرده است که خودکشی، به رغم ماهیت به ظاهر فردی اش، مبتنی بر فرآیندهای بنیادی اجتماعی است. دورکیم، تبیین های روان شناختی ارائه شده در مورد خودکشی را رد می کند و خودکشی را نتیجه عوامل گوناگونی از جمله تضعیف شدن نقش حمایتی نهادهای اجتماعی مثل خانواده، مذهب و...، در هم ریختن و از هم پاشیدگی نظام اجتماعی و احساس تنهایی و مطرود بودن فرد می داند. بنابراین تمام عوامل اجتماعی که پدید آورنده جریان های خودکشی را هستند، آمادگی روانی را برای این عمل به وجود می آورند (گیدنز، ۱۳۶۳: ۳۷-۳۸). از آنجا که خودکشی، واضح ترین شکل از ناسلامتی است که در نهایت به مرگ افراد منجر می گردد، نظریه پردازان متأخر سعی کرده اند تبیین دورکیم را جمع به اثرات انسجام اجتماعی بر خودکشی را به بحث اختلالات روانی نیز تعمیم دهند. پژوهشگران کنونی با استفاده از فرضیه های دورکیم، کوشیده اند تا رابطه بین حمایت اجتماعی و بیماری را بیابند. استدلال آن ها از این قرار است که اگر یگانگی و انسجام اجتماعی در جامعه ای ضعیف باشد در این صورت، افراد از حمایت اجتماعی بی بهره اند و از همین رو، بیشتر در معرض بیماری (جسمی و روانی) قرار می گیرند. برعکس، حمایت اجتماعی (ناشی از انسجام و یگانگی اجتماعی قوی)، افراد را از بیماری (جسمی و روانی) در امان نگه می دارد (آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۶۱). در واقع، انسجام اجتماعی از طریق فراهم آوردن حمایت اجتماعی مناسب، شرایطی را فراهم می کند که می تواند به سلامت روان افراد منجر گردد. کوشش های انجام شده برای اندازه گیری کیفیت روابط حمایت کننده منجر به این اندیشه شد که شاید این کیفیت، به شکل واقعی وجود ندارد، بلکه در ادراکات و توقعات شخصی که مورد حمایت قرار می گیرد، نهفته است. اگر حمایت اجتماعی صرفاً عبارت از عقیده به وجود آن باشد، در این صورت افرادی که شدیداً به آن اعتقاد دارند باید بیش از آن هایی که فاقد چنین اعتقادی هستند، از بیماری محافظت شوند. نمونه این پدیده اعتقاد مذهبی است که ضمن آن شخص از حمایت ادراک شده خداوند برخوردار است و هم از حمایت جامعه مذهبی ای که به آن تعلق دارد. علاوه بر این، مذهب می تواند از لحاظ پرورش نگرش هایی که به فرد، دیدگاهی کمک کننده در روبه رو شدن با وضعیت هایی پرتنش می بخشد، مفید باشد. این امر با نظریه دورکیم که معتقد است خودکشی ها در میان گروه های مذهبی ای که بر احساس همبستگی خود تأکید می کنند کمتر متداول است، مطابقت دارد (همان: ۶۴). علاوه بر این، به نظر دورکیم دین یک پدیده سراسر جمعی، وسیله ای است که انسان ها را به همدیگر پیوند می دهد. به اعتقاد او، دین تنها یک نظام عقاید نیست. دین قبل از هر چیز نظامی از نیروهاست. انسانی که زندگی مذهبی دارد، قبل از هر چیز کسی است که قدرتی را احساس می کند که به طور معمول، خود فاقد آن است و وقتی که در حالت مذهبی نیست، احساسش نمی کند. انسانی که حیات مذهبی دارد، باور دارد که در نیروی مسلط بر خویش مشارکت می کند، نیرویی که در عین حال حمایتش می کند و او را به فراسوی خود می خواند. با تکیه بر همین نیروهاست که به نظرش می رسد می تواند بهتر با ابتلائات و مشکلات زندگی مواجه شود و حتی می تواند طبیعت را در برابر خود به زانو در آورد (دورکیم، ۱۳۸۱: ۲۰۵). به عقیده دورکیم، آیین های دینی با تقویت باورهای جمعی و اخلاقیات و نیز با پیوند شرکت کنندگان به یکدیگر، باعث همبستگی جامعه می شود. کارکرد دین در جامعه، یک پارچه کردن و انسجام آن است (استونز، ۱۳۷۹: ۸۴-۸۵).



هاری آلپر<sup>۱</sup>، پژوهشگر دورکیمی، چهار کارکرد عمده را برای دین به عنوان نیروهای اجتماعی از نظر دورکیم چنین بر می‌شمارد: ۱- انضباط بخشی (آماده سازی انسان‌ها برای زندگی اجتماعی از طریق تحمیل انضباط بر نفس و خویشتن داری)؛ ۲- انسجام بخشی (تحکیم همبستگی اجتماعی از طریق گرد هم آوردن مردم در مراسم مذهبی و تصدیق مجدد پیوندهای مشترک)؛ ۳- حیات بخشی (احیا و ابقای میراث اجتماعی گروه از طریق اجرای مراسم دینی و انتقال ارزش‌های پایدار آن به نسل‌های آینده) و ۴- خوشبختی بخشی (مقابله با احساس ناکامی و فقدان ایمان با برانگیختن احساس خوشبختی در میان مؤمنان و احساس اطمینان به حقانیت جهان اخلاقی‌شان) (کوزر، ۱۳۸۵: ۲۰۰). جامعه‌شناسان نوین، افکار امیل دورکیم را تکمیل کرده و کارکردهای اجتماعی متعددی برای مذهب تشخیص داده‌اند؛ از جمله: همبستگی اجتماعی، دادن معنی به زندگی، کنترل اجتماعی و حمایت روانی (مذهب افراد را در دنیای ناامنی‌ها، به ویژه ناامنی‌های روانی مورد حمایت عاطفی قرار می‌دهد و آن‌ها را در حوادث مهم زندگی یاری می‌دهد) (رابرتسون، ۱۳۷۲: ۳۳۶-۳۳۷). برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، دو مدل نظری مطرح گردیده است: مدل تأثیر مستقیم<sup>۲</sup> یا تأثیر کلی<sup>۳</sup> حمایت اجتماعی و مدل تأثیر غیر مستقیم<sup>۴</sup> یا فرضیه ضربه گیر<sup>۵</sup>.

مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی: مطابق این مدل نظری، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف نظر از این که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پرتنش و یا آرام و کم استرس، یکسان و مشابه می‌باشند (سارافینو، ۱۹۹۸: ۲۱). مطالعات متأثر از این مدل، بیان می‌کنند افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، همچنین در قالب فرضیه دارایی‌ها - منافع مطرح شده است. طبق این فرضیه، فقدان حمایت اجتماعی، فی نفسه زیان آور و استرس‌زاست (قدسی، ۱۳۸۲: ۱۰).

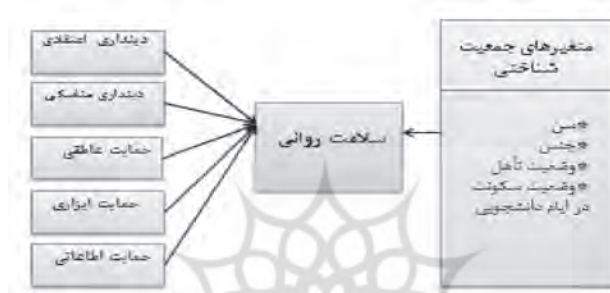
مدل تأثیر غیر مستقیم یا فرضیه ضربه گیر: براساس این مدل، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حال، حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس، عمل می‌کند و نقش تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا را بازی می‌نماید. به تعبیری دیگر، مدل ضربه‌گیری حمایت اجتماعی، بیان می‌کند حمایت اجتماعی، عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست، بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. فقدان حمایت در این مدل، ضرورتاً استرس‌زا به حساب نمی‌آید، لذا این کارکرد حفاظتی حمایت اجتماعی، تنها زمانی رخ می‌دهد که فرد با یک عامل تنش‌زای قوی روبرو می‌گردد. (سیم، ۲۰۰۰: به نقل از قدسی، ۱۳۸۲) و تحت شرایط و موقعیت‌های کم استرس، اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی یا بسیار کم است یا اصلاً عمل نمی‌کند. با مقایسه دو مدل، می‌توان گفت که در مدل تأثیر مستقیم، فقدان یا کاهش در حمایت اجتماعی موجب آسیب‌ها و اختلالات جسمی و روانی می‌شود، در حالی که در مدل ضربه‌گیر یا تأثیر غیر مستقیم، فقدان یا کاهش حمایت اجتماعی به اضافه حضور استرس و افزایش

1. Harry Alpert
2. Direct effect
3. Main effect
4. Indirect effect
5. Buffering hypothesis

آن است که موجب بروز چنین اختلالاتی می‌گردد. شواهد موجود نشان‌دهنده تأیید هر دو مدل می‌باشد (کوهن و ویلز؛ ۱۹۸۵، به نقل از علی‌پور، ۱۳۸۵؛ گاجل و همکاران، ۱۳۷۷).

### مدل تحلیلی پژوهش

مدل تحلیلی، یک الگوی تحلیلی است مبتنی بر روابط تنوریک میان شماری از عوامل که در پژوهش با اهمیت تشخیص داده شده‌اند. این مدل با بررسی سوابق پژوهشی در قلمرو مسئله به گونه‌ای منطقی جریان پیدا می‌کند. مدل تحلیلی در پژوهش حاضر با توجه به تعاریف مبانی ارائه شده پیرامون موضوع پژوهش و با بررسی ادبیات تحقیق به تأثیر متغیرهای مستقل (دینداری و حمایت اجتماعی) بر متغیر وابسته (سلامت روانی) ارائه الگوی ساختاری پرداخته است.



شکل ۱: مدل نظری پژوهش

### فرضیه‌های پژوهش

- میان دینداری مناسکی و سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
- میان دینداری اعتقادی و سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
- میان حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
- میان حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
- میان حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
- میان سن و سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
- میان جنس و سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
- میان وضعیت تأهل و سلامت روانی دانشجویان رابطه وجود دارد.
- میان وضعیت سکونت دانشجویان در ایام دانشجویی و سلامت روانی آنان رابطه وجود دارد.

### روش شناسی پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، کمی و از نوع پیمایشی است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه دانشجویان (کارشناسی و کارشناسی ارشد) دانشگاه شهید چمران اهواز در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ می‌باشد که تعداد آن‌ها مطابق گزارش دفتر آمار دانشگاه ۱۳۳۱۴ نفر می‌باشد. حجم نمونه پس از محاسبه با استفاده از

فرمول کوکران، با توجه به خطای نمونه‌گیری ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۹۵ درصد مقدار  $n=373$  به دست آمد. در انتخاب جمعیت نمونه در این تحقیق از نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده شده است. همچنین در این پژوهش جهت سنجش اعتبار گویه‌ها از اعتبار صوری (مراجعه به اساتید جامعه‌شناسی) استفاده شده است و پس از تهیه و تدوین شاخص‌ها و طراحی اولیه پرسشنامه، مطالعه مقدماتی بر روی یک نمونه ۴۰ نفری دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز به اجرا در آمد. هدف از این مطالعه مقدماتی، تعیین میزان پایایی پرسشنامه پژوهش بوده است. از این تعداد ۳۹ پرسشنامه تکمیل شده به دست آمد. بعد از محاسبه جمع نمرات پاسخگویان، برای سنجش میزان پایایی و همسانی دورنی گویه‌ها، از آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه گردیده است. از آنجا که ضرایب به دست آمده برای پرسشنامه، بالای ۰/۶۰ درصد می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که ابزار پژوهش، ابزاری پایا و اعتماد پذیر می‌باشد.

جدول ۱: ضرایب آلفای کرونباخ به تفکیک متغیرها در مطالعه مقدماتی

متغیر	آلفای کرونباخ
سلامت روانی	۰/۸۵
علائم جسمانی	۰/۷۱
اضطراب	۰/۸۸
کارکرد اجتماعی	۰/۷۹
افسردگی	۰/۸۹
دینداری اعتقادی	۰/۸۹
دینداری مناسکی	۰/۸۱
حمایت اجتماعی عاطفی	۰/۸۲
حمایت اجتماعی ابزاری	۰/۷۶
حمایت اجتماعی اطلاعاتی	۰/۸۵

## تعریف مفهومی و سنجش متغیرها

### سلامت روانی

متغیر سلامت روانی عبارت است از: توانایی اخذ تصمیم‌های درست، احساس مسئولیت در برابر محیط انسانی و مالی، کنترل هیجان و اضطراب، عدم اختلال در نقش‌های اجتماعی و نداشتن نقص جسمانی (هو، ۱۹۹۹؛ به نقل از عنایت و آقاپور، ۱۳۸۹: ۳۴). سلامت روانی تنها شامل نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه

واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت قابل انعطاف و معنی دار است (پارک و پارک، ۱۳۷۲: ۳۶). برای اندازه‌گیری آن از پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی<sup>۱</sup> استفاده شده است. این مقیاس که گلدبرگ<sup>۲</sup> در سال ۱۹۷۲ طراحی کرده است، با دامنه نمرات صفر تا ۴ و متشکل از ۲۸ گویه است که سلامت روان را در چهار بعد نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی کنشوری اجتماعی<sup>۳</sup> و افسردگی می‌سنجد. در مجموع دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۱۲ است. در این مقیاس هر چه نمره فرد بیشتر باشد، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار است. اعتبار و پایایی این مقیاس در ایران ارزیابی و تأیید شده است.

جدول ۲: تعریف عملیاتی متغیر سلامت روان

متغیر	تعریف عملیاتی
سلامت روان	مجموع نمرات دانشجویان در علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی که توسط پرسشنامه اندازه‌گیری می‌شود. GHQ28
علائم جسمانی	تجربه احساس سلامتی و بیماری توسط فرد طی یک ماه گذشته
اضطراب	علائم بی‌خوابی، احساس فشار، ترس و وحشت بی دلیل به همراه ناتوانایی در انجام کارها طی یک ماه گذشته
اختلال در کارکرد اجتماعی	ناتوانی در انجام کارهای روزمره، احساس نارضایتی در انجام وظایف، عدم احساس مفید بودن طی یک ماه گذشته
افسردگی	احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی، آرزوی مرگ، افکار خودکشی طی یک ماه گذشته

منبع: پورافکاری و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۷۷

### دینی بودن

عنوان عامی است که به هر فرد یا پدیده‌ای که ارزش‌ها و نشانه‌های دینی در آن متجلی باشد، اطلاق می‌شود. تجلی ارزش‌ها و نشانه‌های دینی بودن فرد را در نگرش، گرایش و کنش‌های آشکار و پنهان او می‌توان جست‌وجو کرد. فرد دیندار خود را مقید به رعایت دستورات و توصیه‌های دینی می‌داند. همین تقید و اهتمام او به آموزه‌ها و دستورات دینی، او را از انسان‌های دیگر متمایز می‌سازد. بر این اساس می‌توان، به دو طریق فرد دیندار را از دیگران بازشناخت: نخست، پایبندی و التزام دینی‌اش و دوم، «پیامد» دینداری، آثار آن در فکر و جان و عمل فردی و اجتماعی او (سراج‌زاده، ۱۳۸۷: ۱۷). برای سنجش میزان دینداری از مقیاس ۱۲ سؤالی سروش (۱۳۸۰) استفاده به عمل آمد که در پژوهش حاضر، دینداری در دو بعد اعتقادی یا باورهای دینی (عبارت است از باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آن‌ها اعتقاد داشته باشند) و مناسکی یا اعمال دینی (شامل اعمال دینی مشخصی شامل عبادات و اعمال مورد تأکید دین است) مورد سنجش قرار گرفت. کلیه عبارات پرسش‌نامه، سؤالات نگرشی بوده و در طول یک طیف پنج قسمتی از نوع لیکرت ارزش‌گذاری شده‌اند: (۱) کاملاً موافق (۲) موافق (۳) بی‌نظر (۴) موافق (۵) کاملاً موافق.

1. GHQ  
2. Goldberg  
3. Social dysfunction

## حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی، مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برای مثال، می‌توان آن را به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف نمود (شولتز و شوارتز، ۲۰۰۴: ۱۸). برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران تعریف کرده‌اند (سارافینو، ۱۹۹۸: ۲۱). حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه به اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. سارافون حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو را در بر می‌گیرد (علی‌پور، ۱۳۸۵: ۳۱). در پژوهش حاضر برای سنجش حمایت اجتماعی، مقیاس بهرامی نژاد (۱۳۸۷) مورد استفاده قرار گرفت. حمایت اجتماعی کارکردی، جنبه کیفی ارتباطات اجتماعی را مورد توجه قرار می‌دهد. اغلب پژوهشگران برای حمایت اجتماعی کارکردی سه بعد ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی در نظر گرفته‌اند (لوچر و دیگران، ۲۰۰۵: ویس، ۱۹۷۴ به نقل از برکمن، ۲۰۰۰). در این پژوهش نیز با استفاده از نظریات یاد شده، سه بعد عملکردی (کارکردی) حمایت اجتماعی شامل حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی و حمایت عاطفی ملاک عمل قرار گرفته‌اند و مورد سنجش واقع می‌شوند.

### حمایت اجتماعی عاطفی

عبارت است از: دسترسی فرد به حمایت روانی زمانی که بدان نیاز دارد (صادقی و همکاران، ۲۰۰۰: ۲۱) مانند دریافت اطمینان خاطر (شوارتز و دیگران، ۲۰۰۳)، ایجاد نوعی رابطه صمیمی همراه با محبت (معمدی شلمزاری و همکاران، ۱۳۸۱)، دوست داشتن و مراقبت کردن (برکمن و همکاران، ۲۰۰۰).  
حمایت اجتماعی ابزاری: عبارت است از: دسترسی به منابع مالی و خدماتی (صادقی و همکاران، ۲۰۰۰: ۲۱) زمانی که فرد بدان نیاز دارد. همچنین به دریافت کمک مالی و کاری از دیگران گفته می‌شود (هوس، ۱۹۸۱ به نقل از برکمن، ۲۰۰۰).

### حمایت اجتماعی اطلاعاتی

عبارت است از: دسترسی به اطلاعات زمانی که فرد به آن‌ها نیاز دارد (صادقی و همکاران، ۲۰۰۰: ۲۱)، مانند دریافت مشاوره و راهنمایی (شوارتز و دیگران، ۲۰۰۳).

## یافته‌های پژوهش

آماره‌های توصیفی متغیرها (سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت در دوران دانشجویی)  
آماره‌های توصیفی سن بدین قرار است که میانگین نمره‌ای که پاسخگویان از مجموع نمرات این متغیر کسب کرده‌اند ۲۲/۹۹ و انحراف معیار ۲/۸۷۱ می‌باشد. حداقل نمره برای این متغیر (سن پاسخگویان) ۱۶ و حداکثر آن ۳۹ می‌باشد. توزیع پاسخگویان بر حسب جنس نشان می‌دهد که ۶۰ درصد پاسخگویان زن و ۴۰ درصد مرد می‌باشند. توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل نشان می‌دهد ۸۹/۴ درصد پاسخگویان مجرد و ۱۰/۶ درصد متأهل می‌باشند. توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت سکونت در ایام دانشجویی نشان

می دهد که ۲۰/۶ درصد پاسخگویان همراه خانواده، ۱۰ درصد در منزل اجاره‌ای همراه دوستان و ۶۹/۴ درصد پاسخگویان در خوابگاه‌های دانشجویی زندگی می‌کنند. میانگین سلامت روانی ۴۱/۹۸۲۲ و انحراف معیار ۱۴/۴۸۱ می‌باشد. حد پایین آن ۱۵ که نشان دهنده میزان بالای سلامت روانی و حد بالای آن ۸۸ که نشان دهنده میزان پایین سلامت روانی می‌باشد.

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره آزمودنی‌ها در متغیرهای مستقل و متغیر وابسته

متغیر	شاخص	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	تعداد گویه
سلامت روانی		۴۱/۹۸۲۲	۱۴/۴۸۱	۱۵	۸۸	۲۸
علایم جسمانی		۱۰/۹۳	۴/۷۱۳	۷	۲۶	۷
علایم اضطراب		۱۰/۵۱	۶/۳۱۳	۷	۲۸	۷
کارکرد اجتماعی		۱۵/۴۷	۴/۶۵۷	۷	۲۸	۷
افسردگی		۷/۳۶	۶/۶۵۵	۷	۲۸	۷
دینداری اعتقادی		۲۹/۸۶	۶/۲۴۵	۸	۳۵	۷
دینداری پیامدی		۱۵/۱۶	۶/۳۱۵	۵	۲۵	۵
حمایت اجتماعی عاطفی		۱۰/۰۸	۳/۲۴۴	۳	۱۵	۳
حمایت اجتماعی ابزاری		۱۰/۰۹	۳/۰۱۲	۳	۱۵	۳
حمایت اجتماعی اطلاعاتی		۶/۷۵	۲/۲۲۲	۲	۱۰	۲

نتایج مربوط به آزمون فرضیه‌های پژوهش

فرضیه: بین متغیرهای مستقل (دینداری در دو بعد و حمایت اجتماعی در سه بعد و سن) و سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

نتایج جدول ۴ نشان دهنده نتایج آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل پژوهش (دینداری در دو بعد و حمایت اجتماعی در سه بعد و سن) با متغیر وابسته (سلامت روانی) می‌باشد. همان‌گونه که داده‌های جدول نشان می‌دهد متغیرهای مستقل دینداری در دو بعد اعتقادی و مناسکی و حمایت اجتماعی در سه بعد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی دارای رابطه مستقیم، مثبت و معناداری با متغیر سلامت روانی می‌باشند. بدین معنا که هرچه بر میزان دینداری در دو بعد اعتقادی و مناسکی و حمایت اجتماعی در سه بعد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی افزوده شود، بر میزان سلامت روانی دانشجویان نیز افزوده می‌شود. همچنین بین متغیرهای سن و سلامت روانی رابطه معناداری مشاهده نشد؛ بدین معنا که پایین بودن یا بالا بودن سن دانشجویان، تاثیری بر میزان سلامت روانی آنها نداشته است. لذا این فرضیه مورد تایید قرار نگرفت. تمامی متغیرهای تأیید شده در این

جدول در سطح ۹۹ درصد اطمینان تأیید شده‌اند. سطح معناداری و ضرایب همبستگی هر یک از متغیرها در جدول ۴ به تفکیک آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مستقل (دینداری در دو بعد و حمایت اجتماعی در سه بعد و سن) و سلامت روانی

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری	نتیجه آزمون
دینداری اعتقادی و سلامت روانی	۰/۲۰۷	۰/۰۰۰	تأیید
دینداری مناسکی و سلامت روانی	۰/۲۰۶	۰/۰۰۰	تأیید
حمایت اجتماعی عاطفی و سلامت روانی	۰/۱۷۷	۰/۰۰۱	تأیید
حمایت اجتماعی ابزاری و سلامت روانی	۰/۲۰۲	۰/۰۰۰	تأیید
حمایت اجتماعی اطلاعاتی و سلامت روانی	۰/۱۴۹	۰/۰۰۶	تأیید
سن و سلامت روانی	-۰/۰۳۹	۰/۴۴۷	عدم تأیید

فرضیه: میان جنس و سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

مناسب‌ترین آزمون برای بررسی رابطه متغیر جنس و سلامت روانی، آزمون T-Test می‌باشد. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد، بین زنان و مردان به لحاظ سلامت روانی ( $Sig = ۰/۰۴۳$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که میانگین سلامت روانی زنان ( $۷۳/۵۵$ ) و میانگین سلامت روانی مردان ( $۷۰/۳۳$ ) است. در نتیجه زنان از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند. بنابراین فرضیه محقق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۵: نتایج آزمون تی برای دو متغیر جنس و سلامت روانی

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	T	F	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت روانی	زن	۷۳/۵۳	۱۴/۰۲۶	۲/۰۲۷	۰/۶۳۰	۳۳۷	۰/۰۴۳
	مرد	۷۰/۳۳	۱۴/۶۹۴				

فرضیه: میان وضعیت تأهل و سلامت روانی رابطه معناداری وجود دارد.

مناسب‌ترین آزمون برای بررسی رابطه متغیر وضعیت تأهل و سلامت روانی، آزمون T-Test می‌باشد. همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌گردد، بین مجردها و متأهلان به لحاظ سلامت روانی ( $Sig = ۰/۰۴۲$ ) تفاوت معناداری وجود دارد.

تفاوت معناداری وجود دارد. مقایسه میانگین های دو گروه نشان می دهد که میانگین سلامت روانی افراد مجرد (۷۱/۶۹) و میانگین سلامت روانی افراد متأهل (۷۶/۴۴) است، در نتیجه افراد متأهل از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند. بنابراین فرضیه محقق مورد تأیید قرار می گیرد.

جدول ۶: نتایج آزمون تی برای دو متغیر وضعیت تأهل و سلامت روانی

سطح معناداری	درجه آزادی	F	T	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	متغیر	
۰/۰۴۲	۳۳۷	۱/۸۳۲	-۲/۰۳۹	۱۴/۰۶۸	۷۱/۶۹	۲۹۶	مجرد	سلامت روانی
				۱۵/۷۶۱	۷۶/۴۴	۴۳	متأهل	

فرضیه: میان وضعیت سکونت و سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد. برای تحلیل این فرضیه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شده است. با توجه به مقدار  $F = ۴/۰۸۴$  و  $\text{sig} = ۰/۰۱۸$  در جدول ۷، می توان ادعا کرد که افراد در گروه های مختلف از لحاظ وضعیت سکونت در دوران دانشجویی دارای نمره های متفاوتی از سلامت روانی هستند و از طریق آزمون تکمیلی شفه مشخص شد که از بین این سه گروه، افرادی که همراه با خانواده زندگی می کنند نسبت به دو گروه دیگر از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند.

جدول ۷: نتایج آزمون آنالیز واریانس بین وضعیت سکونت و سلامت روانی

میزان معنی داری	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۰۱۸	۴/۰۸۴	۸۲۶/۷۶۳	۲	۱۶۵۳/۵۲۵	بین گروهی
		۲۰۲/۴۲۳	۳۳۶	۶۸۰۱۴/۱۴۴	درون گروهی
		--	۳۳۸	۶۹۶۶۷/۶۷۰	کل

### تحلیل رگرسیون

برای تعیین سهم تأثیرگذاری نسبی هریک از متغیرهای مستقل بر روی سلامت روانی دانشجویان، تحلیل رگرسیونی چند متغیره به روش گام به گام استفاده گردید. همان گونه که در جدول ۸ مشاهده می شود تحلیل رگرسیون تا شش گام پیش رفته است. در گام اول متغیر دینداری اعتقادی وارد معادله شده است که میزان ضریب همبستگی چندگانه آن (R) با متغیر سلامت روانی ۰/۲۰۷ به دست آمده است. در این مرحله میزان ضریب تعیین برابر با ۰/۴۳ و ضریب تعیین تعدیل شده برابر با ۰/۴۰ به دست آمده است. در گام دوم با وارد شدن



دومین متغیر یعنی متغیر دینداری مناسکی، ضریب همبستگی چندگانه به  $۰/۳۵۲$ ، ضریب تعیین به  $۰/۱۲۴$  و ضریب تعیین تعدیل شده به  $۰/۱۱۹$  افزایش یافته است. به عبارت دیگر، براساس ضریب تعیین به دست آمده،  $۱۲/۴$  درصد از تغییرات متغیر سلامت روانی به وسیله دو متغیر دینداری مناسکی و دینداری اعتقادی تبیین می شود. در گام سوم با وارد شدن سومین متغیر، یعنی متغیر حمایت اجتماعی ابزاری ضریب همبستگی چندگانه به  $۰/۳۹۹$ ، ضریب تعیین به  $۰/۱۵۹$  و ضریب تعیین تعدیل شده به  $۰/۱۵۱$  افزایش یافته است. به عبارتی دیگر، براساس ضریب تعیین  $۱۵/۹$  درصد از تغییرات متغیر سلامت روانی به وسیله سه متغیر دینداری اعتقادی، دینداری مناسکی و حمایت اجتماعی ابزاری تبیین می شود. در گام چهارم، متغیر حمایت اجتماعی عاطفی وارد معادله شده است که میزان ضریب همبستگی چندگانه آن (R) با متغیر سلامت روانی  $۰/۴۱۹$  به دست آمده است. در این مرحله میزان ضریب تعیین برابر با  $۰/۱۷۶$  و ضریب تعیین تعدیل شده برابر با  $۰/۱۶۶$  به دست آمده است. به عبارتی دیگر، براساس ضریب تعیین،  $۱۷/۶$  درصد از تغییرات متغیر سلامت روانی به وسیله چهار متغیر دینداری اعتقادی، دینداری مناسکی و حمایت اجتماعی ابزاری و حمایت اجتماعی عاطفی تبیین می شود. در گام پنجم با وارد شدن پنجمین متغیر یعنی متغیر جنس ضریب همبستگی چندگانه به  $۰/۴۳۱$ ، ضریب تعیین به  $۰/۱۸۵$  و ضریب تعیین تعدیل شده به  $۰/۱۷۳$  افزایش یافته است. به عبارت دیگر، براساس ضریب تعیین به دست آمده  $۱۸/۵$  درصد از تغییرات متغیر سلامت روانی به وسیله پنج متغیر دینداری مناسکی و دینداری اعتقادی، حمایت اجتماعی ابزاری، حمایت اجتماعی عاطفی و جنس تبیین می شود. در گام ششم با وارد شدن ششمین متغیر، یعنی متغیر وضعیت سکونت ضریب همبستگی چندگانه به  $۰/۴۴۲$ ، ضریب تعیین به  $۰/۱۹۵$  و ضریب تعیین تعدیل شده به  $۰/۱۸۱$  افزایش یافته است. به عبارتی دیگر، براساس ضریب تعیین،  $۱۹/۵$  درصد از تغییرات متغیر سلامت روانی به وسیله شش متغیر دینداری اعتقادی، دینداری مناسکی و حمایت اجتماعی ابزاری، حمایت اجتماعی عاطفی، جنسیت و وضعیت سکونت تبیین می شود.

جدول ۸: آزمون رگرسیون به روش گام به گام برای متغیر سلامت روانی

متغیرها	شاخص ها	B	اشتباه استاندارد	Beta	مقدار t	سطح معناداری	ضریب تعیین هر گام
مقدار ثابت	۹۴/۲۶۵	۵/۷۹۰	-	۱۶/۲۸۲	۰/۰۰۰	-	
دینداری اعتقادی	۰/۵۸۶	۰/۱۲۳	۰/۲۵۵	۴/۷۷۲	۰/۰۰۰	۰/۰۴۳	
دینداری مناسکی	۰/۵۵۳	۰/۱۲۲	۰/۲۴۴	۴/۵۴۸	۰/۰۰۰	۰/۱۲۴	
حمایت اجتماعی ابزاری	۱/۰۱۳	۰/۲۳۸	۰/۲۱۳	۴/۲۶۰	۰/۰۰۰	۰/۱۵۹	
حمایت اجتماعی عاطفی	۰/۵۶۸	۰/۲۲۵	۰/۱۲۹	۲/۵۲۲	۰/۰۱۲	۰/۱۷۶	
جنس	-۳/۰۱۶	۱/۴۸۳	-۰/۱۰۳	-۲/۰۳۳	۰/۰۴۳	۰/۱۸۵	
وضعیت سکونت	-۱/۷۱۱	۰/۸۵۷	-۰/۱۰۰	-۱/۹۹۷	۰/۰۴۷	۰/۱۹۵	

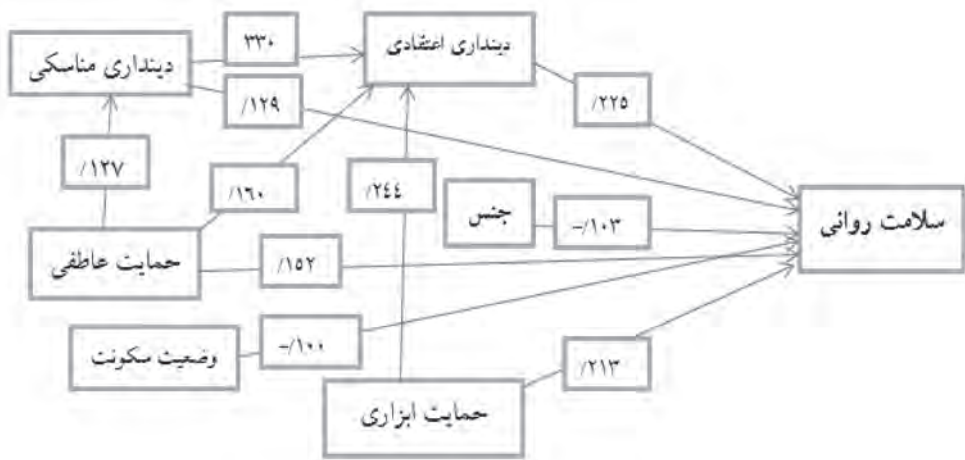
### تحلیل مسیر

تحلیل مسیر برای آزمون مدل‌های علی به کار می‌رود و مستلزم تنظیم مدلی به صورت نمودار علی است و به ما کمک می‌کند تا ببینیم در پی چه چیزی هستیم. در تحلیل مسیر، می‌توان مناسب بودن مدل را ارزیابی کرد و با استفاده از وزن بتا (ضریب تأثیر استاندارد) که در تحلیل مسیر، ضریب مسیر<sup>۱</sup> نامیده می‌شود، مقدار اثر هر متغیر را تعیین کرد. علاوه بر این، تحلیل مسیر ما را قادر می‌سازد به سازوکار اثر متغیرها بر یکدیگر پی ببریم. تحلیل مسیر مشخص می‌کند اثر هر متغیر تا چه حد مستقیم است و تا چه حد غیر مستقیم (دواس، ۱۳۷۶: ۲۲۲). براساس تحلیل مسیر که در جدول ۹ ارائه شده است، مدل اصلی تبیین کننده سلامت روانی دانشجویان به این صورت رسم می‌شود.

جدول ۹: آثار مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مدل تحلیلی بر میزان سلامت روان دانشجویان

متغیرهای مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	معناداری	اثرات تبیین شده	اثرات تبیین نشده
دینداری اعتقادی	۰/۲۵۵	-	۰/۲۵۵	تأیید شده	۱۴/۳	۸۵/۷
دینداری مناسکی	۰/۲۴۴	/۰۸۴	۰/۳۲۸	تأیید شده		
حمایت اجتماعی ابزاری	۰/۲۱۳	-	۰/۲۱۳	تأیید شده		
حمایت اجتماعی عاطفی	۰/۱۲۹	/۰۸۱	۰/۲۱۰	تأیید شده		
جنس	-۰/۱۰۳	-	-۰/۱۰۳	تأیید شده		
وضعیت سکونت	-۰/۱۰۰	/۰۳۸	-۰/۰۶۱	تأیید شده		

جدول مذکور نشان‌دهنده تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم و تأثیرات کل هر یک از متغیرهای مدل تحلیلی تحقیق می‌باشد. متغیرهای مستقل به طور کلی ۱۹/۵ درصد واریانس سلامت روانی را تبیین می‌کنند و ۸۰/۵ درصد از واریانس متغیر وابسته، به صورت تبیین نشده باقی می‌ماند که متأثر از متغیرهای دیگر می‌باشد. متغیر دینداری مناسکی، قوی‌ترین و مهم‌ترین پیش‌بینی کننده میزان سلامت روان دانشجویان می‌باشد.



شکل ۳: نمودار تحلیل مسیر تبیین میزان سلامت روان

### بحث و نتیجه‌گیری

سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آن‌جا که دانشجویان از اقشار مستعد برگزیده جامعه و سازندگان فردای هر کشوری می‌باشند، سلامت روانی آنان از اهمیت ویژه‌ای در یادگیری و افزایش آگاهی علمی برخوردار است. پژوهش حاضر، با هدف بررسی ارتباط دینداری و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان به روش پیمایشی انجام شده است. به‌طور کلی تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد وضعیت سلامت روانی دانشجویان در سطح چندان مطلوبی قرار ندارد. در این تحقیق، دامنه نمرات سلامت روانی پاسخگویان بین صفر تا ۱۱۲ می‌باشد که نمره ۴۶ به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شده است که بر اساس نتایج پژوهش، ۵۶/۸۲ درصد از پاسخگویان بر اساس معیارهای GHQ28 در معرض خطر ابتلا به یکی از اختلال‌های روانی هستند. این میزان در مقایسه با نتایج تحقیقات انجام شده در جمعیت عمومی بیشتر است (نوربالا، ۲۰۰۱). در این پژوهش میان سن و سلامت روانی دانشجویان رابطه معناداری مشاهده نشد که با تحقیقات احمدی و همکاران (۱۳۸۹) و باقری حیدری (۱۳۹۴) همسو بوده است، اما بین جنس، وضعیت تأهل و وضعیت سکونت در دوران دانشجویی با سلامت روانی رابطه معناداری مشاهده شد؛ به این صورت که دختران از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند- هر چند که این تفاوت چشمگیر نبود. یک وجه تبیینی در این زمینه به تغییر نگرش در مورد نقش‌های سنتی مردان و زنان مربوط می‌گردد؛ بدین معنی که نقش‌های سنتی جنسی، مبتنی بر باوری در مورد نقش مکمل زنان و مردان بودند. به عنوان مثال، تصور می‌شد که مردان غالب و زنان فرمانبردارند که این تفکرات امروزه تا حد زیادی کمرنگ شده است. در این پژوهش نیز همسوی با مطالعه سیلورا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱)، پری<sup>۲</sup> (۲۰۰۸)، بخشی پور رودسری و همکاران (۱۳۸۴)، ریاحی و همکاران (۱۳۸۹) و مهری و همکاران (۱۳۹۰) می‌توان نتیجه گرفت که متغیر جنس به عنوان یک عامل مؤثر

1. Silvera

2. Pery

خود را در سلامت روان نشان داده است. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که افراد متأهل از سلامت روانی بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردارند. نتیجه این پژوهش با نتایج قاسمی پور و همکاران (۱۳۸۸)، احمدی و همکاران (۱۳۸۹) و حلویایی پور و همکاران (۱۳۹۳) همسو بوده است. همچنین نتایج پژوهش حاکی از این بود که افرادی که در طول دوران دانشجویی همراه با خانواده زندگی می کنند، از سلامت روانی بالاتری نسبت به افرادی که در منزل استیجاری همراه با دوستان یا خوابگاه‌های دانشجویی ساکن هستند، برخوردارند. نتیجه این پژوهش با تحقیق بخشی پور رودسری و همکاران (۱۳۸۴) همسو بوده است.

بررسی و آزمون فرضیه تأثیر دینداری اعتقادی بر سلامت روانی دانشجویان نشان داد که بین دینداری اعتقادی دانشجویان و سلامت روانی آنان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ به این معنا که هر چه میزان دینداری اعتقادی (باورهای دینی) دانشجویان بالاتر باشد، از سلامت روانی بالاتری نیز برخوردارند که همسو با تحقیقات بهرامی چگنی (۱۳۸۹)، عنایت و آقاپور (۱۳۸۹) و نورمحمدیان (۱۳۹۵) می باشد. نتایج آزمون‌های آماری مختلف برای بررسی رابطه میان دینداری و سلامت، گویای آن است که دینداری در ارتقای سلامت کل و ابعاد آن، به طور مستقیم و غیرمستقیم اثر معنی داری دارد. نتایج این آزمون‌ها با توجه به بحث‌های نظری مطرح شده در باب نسبت میان دینداری و سلامت چندان دور از انتظار نبود. بعد اعتقادی یکی از مؤلفه‌های دینی است که می تواند نقش مهمی در تأمین سلامت روحی و روانی افراد داشته باشد. ایمان به خدا، آثار نیک فراوانی دارد؛ از جمله تولید بهجت و انبساط، نیکو ساختن روابط اجتماعی، کاهش و رفع ناراحتی‌های روحی و دنیوی (مطهری، ۱۰۷). خداوند در قرآن کریم فرموده است: «اجابت کنید دعوت مرا و به من ایمان بیاورید تا رشد کنید» (بقره، ۱۸۶). در اینجا، نتیجه ایمان به خدا و اجابت دعوت خداوند رشد، تکامل و دستیابی به سلامت روان است. انسانی که در این مسیر حرکت می کند، معیار ایده آل سلامت فکر را دارد (حسینی، ۳۳، ۱۳۹۳). زندگی قاطعانه و هدفمند، احساس شایستگی و توانایی به همراه می آورد؛ بدین معنا که فرد از تمام نیروی خود برای رسیدن به هدف‌های زندگی استفاده می کند و این دیدگاه تلاش را به دنبال دارد (براندن، ۱۳۸۸: ۱۲۸).

همچنین بررسی و آزمون فرضیه تأثیر دینداری مناسکی بر سلامت روانی دانشجویان حاکی از تأثیر مثبت و معنادار دینداری مناسکی بر سلامت روانی دانشجویان بود؛ بدین معنا که با افزایش میزان دینداری مناسکی دانشجویان (اعمال دینی) سلامت روانی آنان نیز افزایش می یابد. یافته‌های این پژوهش با تحقیقات جوايخت و همکاران (۱۳۸۸)، بهرامی چگنی (۱۳۸۹)، سراج زاده و همکاران (۱۳۹۲) همسو بوده است. بعد رفتاری یا مناسکی به عنوان مجموعه‌ای از رفتارها و واکنش‌ها در سلامت روان و حفظ آن بسیار مؤثرند. اسلام به دلیل نقش و تأثیر اساسی رفتار در بهداشت روانی، اهمیت بسیاری به تصحیح رفتار و انطباق آن با اصول ساده و اسلامی می دهد و حتی انسان از راه شناخت صحیح تفکرات و باورهای سازنده را در خود شکل می دهد. بی شک باید رفتار خود را به جهت آن باورها سوق دهد.

بر اساس یافته‌های این تحقیق، حمایت اجتماعی در سه بعد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی تأثیر مستقیم و معکوسی با شیوع اختلالات روانی داشت؛ به این معنا که با افزایش میزان حمایت اجتماعی عاطفی و ابزاری و اطلاعاتی دانشجویان از اختلالات روانی آنان کاسته می شود. حمایت اجتماعی میزان دسترسی فرد به شبکه‌ای از افراد و منابع حمایتی را نشان می دهد و به عنوان یکی از عوامل حفاظت کننده فرد در برابر آسیب‌های روانی شناخته شده است. برخورداری از حمایت اجتماعی جهت تعمیق روابط و کاستن از نگرانی‌ها نیز از جمله

راهبردهای عمده‌ای است که می‌تواند در بهبود سطح سلامت روان در دوران پر استرس دانشجویی کمک کننده باشد. کوهن و ویلز<sup>۱</sup> در ارتباط با تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان دو مدل را مطرح نموده‌اند. در مدل اثرات محافظتی<sup>۲</sup>، حمایت اجتماعی موقعیت سلامتی فرد را با اثرگذاری بر پیامدهای استرس بهبود می‌بخشد و در مدل اثرات بنیادی<sup>۳</sup>، حمایت اجتماعی بدون در نظر گرفتن مقدار استرس، بر آن‌هایی که تجربه استرس را داشته‌اند تأثیر می‌گذارد (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). تحقیقات متعددی نشان داده است که فراهم بودن حمایت اجتماعی در این دوران، اثرات مستقیمی بر سلامت روان دارد؛ به گونه‌ای که حمایت اجتماعی بالاتر با اختلال روانی پایین‌تر همراه بوده است (لاندمن پیترز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ پیتکین<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ کامران و همکاران، ۱۳۸۸ و مهری و همکاران، ۱۳۹۰).

با عنایت به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد تا سیاست‌گذاران و مجریان حوزه سلامت روان (به‌ویژه در میان دانشجویان)، به طراحی سیاست‌های عملی‌ای بپردازند که با افزایش میزان حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و تقویت باورهای دینی منجر به کاهش فشارهای روانی و ارتقای سلامت روان گردند. همچنین از آنجا که هر چه محل تحصیل دانشجویان به محل سکونتشان نزدیک‌تر باشد و همراه با خانواده زندگی کنند از سلامت روانی بالاتری برخوردارند، شایسته است که در گزینش دانشجو به طرح بومی‌گرایی اهمیت بیشتری داده شود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

1. Cohen & wiles
2. Protective effects
3. Fundamental effects
4. Land man peters
5. Pitkin

## منابع

- استونز، راب. (۱۳۷۹). متفکران بزرگ جامعه‌شناسی. مهرداد میردامادی. تهران: نشر مرکز
- آقاجانی، سعید و اسدی نوقابی، احمد علی. (۱۳۸۱). نظریه مشاوره و روان درمانی. تهران: مرکز نشر دانشگاهی
- آمسترانگ، دیوید و توکل، محمد. (۱۳۷۰). جامعه‌شناسی پزشکی. احمد خزاعی. تهران: مؤسسه انتشارات علمی دانشگاه صنعتی شریف
- براندن، ن. (۱۳۸۸). انسان بدون خویشتن یا روانشناسی از خودبیگانگی. مهدی هاشمی.
- بزرگ پوری، مروارید. (۱۳۹۵). «بررسی رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت روابط با سلامت روان دانشجویان». سومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم تربیتی، شادگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شادگان.
- پارک، جی. ای و پارک، ک. (۱۳۷۲). کلیات خدمات بهداشتی در برنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی. حسین شجاعی تهرانی. نشر دانشگاه علوم پزشکی گیلان.
- پورافکاری، نصرالله و شکری، کبری. (۱۳۹۱). «بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روان دانشجویان». فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شوشتر، شماره ۱۶.
- چراغی، منا و مولوی، حسین. (۱۳۸۵). «رابطه بین ابعاد مختلف دینداری و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه اصفهان».
- حاجیلو، جلیل و همکاران. (۱۳۹۳). «بررسی تأثیر معنویت در سلامت روان دانشجویان فخری مصری دانشگاه پیام نور واحد سلماس». نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران.
- حسینی، سید ابوالقاسم. ( ). مفاهیم اول بهداشت روانی. ش ۱.
- خدا رحیمی، سیامک. (۱۳۸۰). مفهوم سلامت روان شناختی. چاپ اول، مشهد: انتشارات جاودان فرد
- دورکیم، امیل. (۱۳۸۱). صور بنیادی حیات دینی. باقر پرهام. تهران: نشر مرکز
- رابرتسون، یان. (۱۳۷۲). درآمدی بر جامعه. حسین بهروان. مشهد: مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی
- رضوی‌زاده، ندا و همکاران. (۱۳۹۱). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد». مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد، سال نهم.
- سراج‌زاده، سید حسن. (۱۳۸۷). «دین و نظم اجتماعی: بررسی رابطه دینداری با احساس انومی و کجروی مسائل اجتماعی ایران». ویژه نامه علوم اجتماعی، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تربیت معلم، سال ۱۶ شماره ۶۳.
- صادقی، محمدرضا؛ کاستنگه، سوزان و رجوعی، مریم. (۱۳۸۷). «تأثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی در افسردگی سالمندان». نشریه پژوهش‌های روانشناختی. دوره ۵.
- علی پور، احمد. (۱۳۸۵). «ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی». مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. دوره ۱۲، شماره ۲.
- عنایت، حلیمه و آقاپور، اسلام. (۱۳۸۹). «بررسی عامل‌های اجتماعی - فرهنگی مرتبط با کیفیت سلامت

- روانی خانواده و نمونه مورد مطالعه: خانواده‌های ساکن شهر شیراز». فصلنامه زن و جامعه. سال اول، شماره ۲.
- قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲). «بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی». پایان نامه مقطع دکتری، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- قریشی راد، ف. ( ). «اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر». علوم رفتاری. ش ۱.
- قشقای، هما و همکاران. (۱۳۹۰). «بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با میزان سلامت روانی دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹». مجله علمی پژوهشی پژوهان. دوره ۱۲، شماره ۲.
- قلمی، زهرا و شعاع، اصغر. (۱۳۹۷). «بررسی سلامت روان، سبک زندگی و هویت دینی بین کاربران فعال و عادی شبکه‌های اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشکده حقوق و علوم سیاسی و علوم ارتباطات دانشگاه علامه طباطبایی)». مجله پژوهش‌های ارتباطی. شماره ۹۶.
- کوزر، لوئین. (۱۳۸۵). زندگی و اندیشه بزرگان جامعه‌شناسی. محسن ثلاثی. تهران: انتشارات علمی گاجل، رابرت. جی و دیگران. (۱۳۷۷). زمینه روان‌شناسی تندرستی. غلام‌رضا خوی‌نژاد. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی
- گیدنز، آنتونی. (۱۳۶۳). جامعه‌شناسی و نظریه اجتماعی. منوچهر صبوری. تهران: نشر نی
- مطهری، مرتضی. ( ). بیست گفتار. صص ۱۰۷.
- معتمدی شلمزاری، عبدالله؛ اژهای، پرویز؛ فلاح، جواد و 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، صص ۱۸-۲۰.
- مهری، علی و همکاران. (۱۳۸۸). «بررسی وضعیت سلامت روانی و برخی عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های سبزوار در سال ۱۳۸۸». مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. دوره ۲۱، شماره ۴
- موری، کریستوفر و لوپز، آلن. (۱۳۷۷). بار جهانی بیماری‌ها. پژمان شادپور. تهران: انتشارات وزارت بهداشت و یونیسف
- (1985). “Adolescents: An Exploratory Study”. Journal of Health Psychology, Vol, 15, N.1. 98(2):310-57.
- Berekman , Lisa , tomas, brissette , ian, seaman , Teresa. (2000) “from social integration to health: Durkheim the new millennium”. Social science & medicine, 51, 813- 857.
- Cohen, S., Wills Ta . (1985). “Stress, social support, and the buffering hypothesis”. psychol bull, 98(2). 31-57
- Dianne wynaden. Margaret mcallister. Jenny tohotoa. Omar al onari. Karen heslop. Ravani duggan. Sean murray. Brenda happell. Louise, byrne. (2014). “The silence of mental health issues with in university environments: a quantitative study”. Journal home page: www.

- Elsevier. Com/ locate impnu. for the Study of Religious and Spiritual Problems (NEPER), Department of Psychiatry, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil:131-11.
- (2003). **“Health of Filipinas in Queensland”**. Australian and New Zealand Journal of Helgeson VS. Social support and quality of life, Quality of Life Research, 12(2):25–31=
  - Horwitz, A. (1999). **The Sociological Study of Mental Illness**.
  - Kim, Joongbaeck. (2010). **Neighbourhood disadvantage and mental health**.
  - Locher, J., Ritchie, C., Roth, D., Sawyer, P., Bodner, E., Allman, R. (2005). **“Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences”**. Social science medicine, 60, 747-761
  - Marks, David F. et al. (2000). **Health psychology: theory, research and practice**. London, Sage Publications 1<sup>st</sup> ed.
  - Moreira-Almeida, A. (2006). **“Religiousness and Mental Health: a review”**. Center Psychology, Vol. 36.
  - Sarafino, Edward P. (1998). **Health Psychology**. Third Edition, New York,
  - Schulz, Ute & Schwartzberg, Ralf. (2004). **“Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery”**. Journal of Social and Clinical Psychology, 23 (5), pp 716- 32.
  - Schwarzer, Ralf, Knoll, Nina, Rieckmann, Nina. (2003). **“Social support”**. Introduction to health psychology, Oxford, England: Blackwell.
  - **“Synthesis of Four Perspectives”**. In *Handbook of Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp: 57-74
  - Thompson, S, et al. (2002). **“The Social and Cultural Context of the Mental”**. William Li, Ho Cheung, Siu Long Polly Chan, Oi Kwan Joyce Chung
  - Wiley & Sons. ( ). **“The role of neighbourhood disorder and social relationship”**. Social science research, 39: 260 – 271.
  - World Health Organization. (1999). **Health promotion glossary**. Geneva