

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۹/۱

تاریخ تصویب مقاله: ۹۴/۱۰/۱۶

بررسی رابطه عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر غلامرضا رجبی*، هوشنگ علیبازی**، اصغر جمالی***، قدرت اله عباسی****

چکیده

سلامت روان به عنوان یک منبع مثبت و مهم در رشد فردی، اجتماعی و اقتصادی دانشجویان نقش دارد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انجام گرفت. ۴۰۰ دانشجو از میان دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه شهید چمران به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و مقیاس عزت نفس روزنبرگ، مقیاس حمایت اجتماعی و پرسشنامه سلامت روان را تکمیل نمودند. نوع تحقیق حاضر همبستگی است و روش‌های آماری مورد استفاده ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری بود که جهت تسهیل محاسبات از نرم

rajabireza@scu.ac.ir

* دکتری روانشناسی و دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز

** کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، مدرس دانشگاه پیام نور

*** دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز

**** دکتری مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

افزار SPSS-۱۶ استفاده شد. نتایج نشان داد که بین عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان دانشجویان در کل نمونه و به تفکیک جنس، رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد. همچنین تحلیل‌های رگرسیون نشان داد که متغیرهای پیش‌بین عزت نفس و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان در کل و به تفکیک جنس نقش دارند. بر این اساس لازم است که در محیط‌های دانشجویی مسئولان و مدیران دانشگاه توجه خود را بر احترام گذاشتن به شخصیت و ارزش دادن به دانشجویان و حمایت از آن‌ها در ابعاد مختلف قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: عزت نفس، حمایت اجتماعی، سلامت روان، دانشجویان.

مقدمه

سلامت و بهداشت روان دانشجویان یکی از دغدغه‌های مسئولین امور دانشجویی و امور فرهنگی دانشگاه‌هاست که اگر مشکلات روانشناختی و عاطفی این قشر در حد ممکن برطرف نگردد می‌تواند پیامدهای ناگواری در تحصیل و روابط آنان ایجاد نماید. انتقال و ورود فرد به دانشگاه به عنوان یکی از رویدادهای استرس‌زاست. البته باید به عوامل دیگری در ایجاد استرس در دانشجویان اشاره کرد که بررسی همه‌ی آن‌ها در این جا امکان‌پذیر نیست؛ از جمله: انتخاب شغل مورد علاقه، انتخاب همسر و تشکیل خانواده و غیره. انتقال به این دوره علاوه بر جنبه‌های مثبت همراه با چندین چالش جدید نیز است (کر، جانسون، جانز و کرومرین^۱، ۲۰۰۴). دانشگاه هر ساله تعداد زیادی از افراد جوان را جذب می‌کند و علم و توانایی بالقوه‌شان را در دوره‌ی خاص از زمان پرورش می‌دهد و سرانجام این نیروهای تحصیل کرده و متخصص را به جامعه انتقال می‌دهد. تحصیلات دانشگاهی به علت وجود عوامل مختلف به طور واقعی استرس‌زا بوده و گریز از این عوامل استرس‌زا و تغییرات چشمگیر در این دوره‌ها به راحتی امکان‌پذیر نیست (طهماسبی پور و طاهری^۲، ۲۰۱۲). در طول چند سال گذشته، مراکز

^۱Kerr, Johnson, Gans, & Krumrine

^۲Tahmasbipour & Taheri

مشاوره‌ی دانشگاه‌ها، تغییر در نیازهای دانشجویان به مشاوره را از نیازهای رشدی و اطلاعاتی به مشکلات شدید روان‌شناختی گزارش داده‌اند. در چنین شرایطی، افراد زمانی می‌توانند با شرایط استرس‌زای زندگی روبرو شوند که برای آن‌ها امکان توان‌بخشی سلامت روانی و جسمی فراهم شود (گلاگر، گیل و سیسکو^۱، ۲۰۰۰).

سلامت روان^۲ به عنوان یک منبع مثبت و مهم در رشد فردی، اجتماعی و اقتصادی نقش دارد. سازمان بهداشت جهانی^۳، سلامت روان را جدای از بیماری روانی بیان می‌کند و آن را به عنوان حالتی از بهزیستی که فرد بر اساس آن می‌تواند توانایی‌هایش را تشخیص دهد، بر استرس‌های معمولی زندگی غلبه نماید و به صورت مفید و ثمربخش کار کند و در جامعه خود سهم داشته باشد، تعریف می‌کند (لکچر و شارما^۴، ۲۰۱۲). نقش سلامت روان نه تنها در مراکز آموزش رسمی؛ بلکه در آموزش غیررسمی مثل خانواده و جامعه نیز حیاتی است. به این دلیل که سلامت روان پایین، منجر به رفتارهای خودکشی^۵، احساس درماندگی^۶ و موفقیت تحصیلی کم می‌شود.

اهمیت نقش سلامت روان تا آنجایی است که در دین مبین اسلام، آیات قرآن کریم و سخنان حضرت محمد (ص) نیز مسائلی در مورد سلامت و بیماری روانی ارائه شده است. قرآن کریم فضایل صبر و خواندن نماز را می‌ستاید و بر اهمیت همراهی عاشقانه و برادرانه در فراهم کردن امنیت و آسایش تأکید کند (یوسف علی^۷، ۱۹۹۸، برگرفته از هرزیگ^۸، ۲۰۱۱). خداوند در قرآن کریم به مسلمانان دستور می‌دهد که در زمان سختی‌ها و مشکلات برای امید و آرامش به

^۱-Gallagher, Gill, & Sysko

^۲-mental health

^۳-World Health Organization

^۴-Lecturer & Sharma

^۵-suicide

^۶-helpless

^۷-Yusuf Ali

^۸Herzig

سوی خدا پناه ببرند. حضرت محمد (ص) در حدیثی معروف نقل می‌کند که خداوند بر روی زمین برای همه‌ی پریشانی‌ها و مصیبت‌ها درمانی قرار داده است و این نشان دهنده‌ی نوعی حس خوش‌بینی همراه با شفقت و مهربانی از سوی خداوند است.

مطالعات متعددی در کشورهای مختلف جهان برای شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روان دانشجویان انجام شده است (کای، لی، ژیاو، ناکائو و پارک^۱، ۲۰۰۹). بر اساس این مطالعات، عوامل مؤثر بر سلامت روان شامل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی؛ مثل: سن، جنس، سابقه‌ی تحصیلی، سال‌های تحصیلی، شخصیت، تنهایی و محیط خانه است (لکچر و شارما، ۲۰۱۲). در کنار این عوامل، عزت نفس^۲ عامل دیگری است که می‌تواند به عنوان یک عامل شخصیتی مهم در ارتقاء سلامت و به طور خاص ارتقاء سلامت روان در نظر گرفته شود (مان، هوسمان، شالما و دی وریس^۳، ۲۰۰۴). عزت نفس به عنوان احساس و اعتقاد کلی فرد نسبت به خود، ارزیابی شخصی از خود و واکنش مؤثر به ارزیابی خود تعریف می‌شود. از آنجا که مهمترین تجربه‌های شخصی یک فرد از خانواده و والدین، دوستان و معلمان به دست می‌آید؛ شیوه‌های تجارب شخصی و ارزش‌های شخصی نیز می‌تواند در رفتار شخص تأثیر بگذارد (ماکیوکا، ولیک-پروتریک و سوریک^۴، ۲۰۰۴). عزت نفس یک مکانیزم دفاعی است که به افراد کمک می‌کند در مقابل افسردگی در طول دوره‌های چالش برانگیز با حفظ خود-ادراکی مثبت از خود محافظت کنند. از این رو، عزت نفس به عنوان یک منبع روانشناختی به کار می‌رود که می‌تواند اشخاص را از نشانه‌های افسردگی در طول دوره‌ی پریشانی^۵ و درماندگی حفظ نماید (جانسون^۶، ۲۰۱۰). عزت نفس مثبت نه تنها ویژگی اساسی سلامت روان است؛ بلکه همچنین، به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده است که در سلامت روان بهتر و رفتار اجتماعی مثبت و به عنوان سپری در برابر

^۱-Kay, Li, Xiao, Nokkaew, & Park

^۲-self-esteem

^۳-Mann, Hosman, Schaalma, & De Vries

^۴-Macuka, Wulic-protric, & Soric

^۵-distress

^۶-Johnson

عوارض منفی نقش دارد. به نظر می‌رسد عزت نفس به طور فعال عملکرد سالم را در جنبه‌های مختلف زندگی مثل پیشرفت، موفقیت، رضایت و توانایی برای فائق آمدن بر بیماری‌هایی مثل سرطان و اختلال‌های قلبی افزایش می‌دهد (مان و همکاران، ۲۰۰۴).

بر اساس تحقیقات تجربی، یک ارتباط مثبت بین سلامت روان و عزت نفس وجود دارد و به نظر می‌رسد شخصی با سلامت روان مناسب یک نگرش مثبت به خود و بر عکس فردی با سلامت روان نامناسب نگرش منفی نسبت به خود دارد؛ بنابراین، عزت نفس جنبه مهمی از هویت و شخصیت یک فرد است (شک^۱، ۱۹۹۸). تحقیقات نی، لیو، هایو، لو، وانگ و یان^۲ (۲۰۱۰)، کانیکاتا، شیراشی، ناکاجیما، تانیوکا و توموتاکا^۳ (۲۰۱۱) و فیالکو، فریمن، دبینگتون، کوپرس، کارتی، دان و فوولر^۴ (۲۰۰۶) نشان دادند که بین عزت نفس و سلامت روان همبستگی وجود دارد.

یکی دیگر از عوامل مؤثر در سلامت روان حمایت اجتماعی^۵ است. حمایت اجتماعی یکی از منابع مهم برای حفاظت است که به دریافت ادراک آرامش، مراقبت، عزت یا کمک به افراد یا گروه اشاره دارد. این حمایت می‌تواند از منابع متعددی مانند حمایت همسر، خانواده، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی باشد (تائو، دونگ، پرات، هانسبرگر و پانسر^۶، ۲۰۰۰). حمایت اجتماعی می‌تواند عاطفی، ابزاری، مالی و اطلاعاتی باشد (ریویل و ماسلاچ^۷، ۲۰۰۱) و افرادی که روابط اجتماعی حمایت کننده را تجربه می‌کنند، در زمینه‌هایی مانند سلامتی، روحیه و کنار آمدن با مشکلات کمک می‌شوند. برعکس، افرادی که از سطح پایین حمایت اجتماعی برخوردارند، به طور مکرر با سلامت روانی و فیزیکی پایینی روبرو خواهند بود (کوهن،

^۱-Shek

^۲-Ni, Hua, Lv, Wang, & Yan

^۳-Kunikata, Shiraishi, Nakajima, Tanioka, & Tomotake

^۴- Fialko, Freeman, Bebbington, Kuipers, Garety, Dunn, & Fowler

^۵-social support

^۶-Tao, Dong, Pratt, Hunsberger, & Pancer

^۷-Reevyl, & Maslach

آندروود و گوتلیب،^۱ (۲۰۰۰). یکی از نظریه‌های مهم حمایت اجتماعی، نظریه‌ی سپر یا محافظ^۲ است. این نظریه بیان می‌کند که حمایت اجتماعی به عنوان یک سپر یا محافظ، فرد را در مقابل استرس‌های محیطی مانند طلاق و فقدان عمل می‌کند. این نظریه فرض می‌کند که مساعدت عملی و مالی از دوستان می‌تواند تعدادی از رویدادهای استرس‌زای زندگی را کاهش دهد و یا از بروز آن‌ها ممانعت به عمل آورد، احساس تعلق‌پذیری و تقویت مثبت را فراهم کند و رضایت زندگی را ارتقا بخشد؛ بنابراین، افرادی که این نوع کمک‌ها را دریافت می‌کنند، به احتمال زیاد مسائل فیزیکی و روان‌شناختی کمتری دارند. درمقابل این نظریه، نظریه اثر مستقیم قرار دارد که فرض نمی‌کند که حمایت اجتماعی فقط در شرایط استرس‌زا بر رفتار و بیماری اثر دارد؛ بلکه حمایت اجتماعی حتی در غیاب رویدادهای استرس‌زای زندگی بدو از طریق ارتقا و بهبود استاندارد زندگی بر افراد اثر دارد (دالکاد و تامبس^۳، ۱۹۹۷، به نقل از رجیبی و هاشمی شیخ شبانی، ۱۳۹۰). تحقیقات نشان داده است که حمایت اجتماعی نقش مهمی در مدیریت مشکلات روان‌شناختی ایفا می‌کند و فقدان حمایت اجتماعی یکی از عواملی است که منجر به مشکلات روان‌شناختی بسیاری در دانشجویان می‌شود. حجم زیادی از ادبیات، تحقیق رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و مشکلات روان‌شناختی را نشان داده است (سافری و دزالکیفلی^۴، ۲۰۱۰). ادبیات حمایت اجتماعی نشان داده است که ادراک حمایت اجتماعی به خصوص حمایت عاطفی، به طور مستقیم با سلامت روانی و جسمی بهتر ارتباط دارد. طهماسبی پور و طاهری (۲۰۱۲) نشان دادند که دانشجویان با حمایت اجتماعی بالا از سلامت روان بالاتری برخوردارند. زائو^۵ (۲۰۰۶) و لیو و جیا^۶ (۲۰۰۸) دریافتند که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان همبستگی وجود دارد.

¹-Cohen, Underwood, & Gottlieb

²-escape

³-Dalgad & Tambs

⁴-Safree & Dzulkipli

⁵-Zhao

⁶Liu & Jia

همچنین، فوجیتا و کانائوکا^۱ (۲۰۰۳) و استیوارت و سولدو^۲ (۲۰۱۱) دریافتند که حمایت اجتماعی منجر به بهبود سلامت روان می‌شود و پیش‌بین منحصر به فرد سلامت روان است؛ از این رو، حمایت اجتماعی برای افراد خیلی مهم است و کمبود آن با بسیاری از مشکلات روان‌شناختی؛ مثل: افسردگی، تنهایی و اضطراب رابطه دارد (اسکین^۳، ۲۰۰۳).

بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان، یکی از موضوعات مهم در هر دانشگاهی است و باید به طور منظم و هدفمند، ارزیابی آن در دستور کار مسئولان، محققان و متخصصان سلامت در سطح دانشگاهی قرار گیرد و با توجه به اینکه انتقال به دانشگاه به عنوان یکی از رویدادهای استرس‌زاست و دانشجویان علاوه بر مواجه شدن با موقعیت تحصیلی جدید، باید خود را با شرایط فرهنگی و اجتماعی محل تحصیل به خصوص خوابگاه‌های دانشجویی سازگار کرده و زندگی مستقلانه را بیاموزند و با فشارهای روانی حاصل از عدم آگاهی نسبت به چالش‌های پیش‌رو مواجه شوند و همچنین با توجه گفتگوهای دانشجویان در خصوص مشکلات‌شان در کلاس‌های درس مختلف، سؤال زیر مطرح شد: آیا عزت نفس و حمایت اجتماعی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای سلامت روان دانشجویان باشند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی دانشجویان دختر و پسر دوره‌های کارشناسی و کارشناسی ارشد ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی دانشگاه شهید چمران در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ بود. ۴۰۰ دانشجو؛ ۱۷۳ زن (۴۹/۱٪) و ۱۷۹ مرد (۵۰/۹٪) از میان دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های موجود به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای برگزیده شدند. میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان به ترتیب ۲۱/۶۹ و ۲/۴۴ (با دامنه ۱۸ تا

^۱-Fujita & Kanaoka,

^۲-Stewart & Suldo

^۳Eskin

۳۵ سال)؛ ۳۱۶ نفر (۸/۸۹٪) مجرد و ۳۶ نفر (۲/۱۰٪) متأهل؛ ۱۱۸ نفر (۵/۲۹٪) بومی و ۲۳۵ نفر (۵/۵۸٪) غیر بومی و ۱۳ نفر (۷/۳٪) دانشجویان ورودی سال ۱۳۸۶، ۶۵ نفر (۵/۱۸٪) ورودی‌های سال ۱۳۸۷، ۸۷ نفر (۷/۲۴٪) ورودی‌های سال ۱۳۸۸، ۱۲۴ نفر (۲/۳۵٪) ورودی‌های سال ۱۳۸۹ و ۶۳ نفر (۹/۱۷٪) ورودی‌های سال ۱۳۹۰ بودند. ضمناً ۴۸ نفر از ۴۰۰ دانشجو هویت خودشان را مشخص نکردند.

ابزار

۱- **مقیاس عزت نفس روزنبرگ**^۱. در این پژوهش، مقیاس عزت نفس روزنبرگ ویرایش انگلیسی (روزنبرگ، ۱۹۶۵، رجبی و بهلول، ۱۳۸۶) بود. این مقیاس شامل ۱۰ ماده‌ی خود-گزارشی که احساس‌های کلی ارزش یا پذیرش خود را به صورت مثبت بیان می‌کند. همچنین، هر گزاره این مقیاس شامل یک مقیاس چهارگزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است که دامنه‌ی آن از ۱ تا ۴ مرتب شده است. به علاوه، کمینه و بیشینه نمره‌ی آن ۱۰ و ۴۰ است که نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالای عزت نفس در دانشجویان است.

گرنبرگر، چن، دمیتریوا و فراگیا^۲ (۲۰۰۳) ضرایب همسانی درونی این مقیاس بر روی ۱۹۷ دانشجوی استونیایی^۳، پالمن و آلیک^۴ (۲۰۰۰) بر روی ۷۴۱ دانشجوی دانشگاه کالیفرنیا، راسیتکاس، هابلی و زامبو^۵ (۲۰۰۴)، برگرفته از رجبی و بهلول، (۱۳۸۶) بر روی آمریکایی، محمدی (۱۳۸۴) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز و رجبی و بهلول (۱۳۸۶) بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران رضایت بخش گزارش داده‌اند. پالمن و آلیک (۲۰۰۰) نشان دادند که مقیاس عزت نفس روزنبرگ مقیاس اصلی و ویرایش تجدیدنظر شده با کلمات منفی

^۱-Rosenberg Self-esteem Scale

^۲-Greenberger, Chen, Dmitrieva, & Farruggia

^۳-Estonian

^۴-Pullmann & Allik

^۵-Rusticus, Hubley, & Zumbo

با مقیاس‌های گرمی و پذیرش والدین، خوش‌بینی، رضایت از زندگی، خودفریبی و مدیریت ابراز رابطه‌ی مثبت و معنادار و با نشانه‌های افسردگی رابطه منفی معنادار دارد. گرینبرگر و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که این مقیاس با خرده مقیاس روان رنجورخویی رابطه‌ی منفی معنادار و با خرده مقیاس‌های برون‌گرایی، تجربه‌گرایی و با وظیفه‌شناسی از پرسشنامه‌ی شخصیتی نتو (NEO-PI-R) رابطه‌ی مثبت و معناداری دارد و نه با خرده مقیاس توافق. محمدی (۱۳۸۴) نشان داد که همبستگی معنادار مثبت بین مقیاس عزت نفس روزنبرگ و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت و با خرده مقیاس‌های افسردگی و اضطراب تجدیدنظر شده ۹۰ سؤالی (SCL-90) به صورت منفی همبسته وجود دارد. رجیبی و بهلول (۱۳۸۶) دریافتند که بین این مقیاس و مقیاس وسواس مرگ روایی واگرا وجود دارد. در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ به دست آمده است.

۲- مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی تصویری^۱. مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی تصویری توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۲ در سال ۱۹۸۸ تدوین شده است (بر گرفته از رجیبی و هاشمی شیخ‌شبان، ۱۳۹۰) و شامل ۱۲ ماده است که حمایت تصویری خانواده (۴ ماده)، دوستان (۴ ماده) و دیگران مهم (۴ ماده) اندازه‌گیری می‌کند. ماده‌ها در یک مقیاس ۵ رتبه‌ای از نوع لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) مورد سنجش قرار می‌گیرند که حداکثر و حداقل نمره بین ۶۰ تا صفر متغیر است و نمره بالا بیانگر حمایت اجتماعی تصویری فرد است. مطالعات متعدد نشان می‌دهند که این مقیاس از ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی مناسب برخوردار است، از جمله کانتی-میتچل و زیمت^۳ (۲۰۰۸) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی تصویری (۱۲ ماده‌ای) برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌های حمایت‌های اجتماعی خانواده ۰/۹۱، دوستان ۰/۸۹ و دیگران مهم ۰/۹۱ و ضرایب

^۱-the Multidimensional Scale Perceived Social Support (MSPSS)

^۲-Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley

^۳-Canty-Mitchell & Zimet

مشابهی را برای نوجوانان دختر و پسر و برای نژادهای آفریقایی-آمریکایی تبار و اروپایی-آمریکایی تبار با دامنه‌ای از ۰/۸۵ برای خرده مقیاس حمایت دوستان با مردان آفریقایی-آمریکایی تبار و ۰/۹۵ برای خرده مقیاس حمایت خانواده با مردان اروپایی-آمریکایی تبار گزارش دادند. مطالعه دیگر نشان داد که ضرایب پایایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای سه خرده مقیاس از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ متغیر است (رجبی و هاشمی شیخ شبان، ۱۳۹۰). ضرایب روایی واگرا بین مقیاس حمایت اجتماعی تصویری و خرده مقیاس‌های حمایت خانواده و حمایت دوستان با بهداشت روانی به صورت منفی معنادار بودند (به ترتیب، ۰/۲۲ - (p < ۰/۰۲) ، ۰/۳۰ - (p < ۰/۰۱) و ۰/۱۲ - (p < ۰/۰۲)) و نه با خرده مقیاس دیگران مهم (p = -۰/۱۶). روایی مقیاس MSPSS با مقیاس‌های دیگر از جمله مقیاس رفتارهای حمایت اجتماعی (کازارین و مک کاب^۱، ۱۹۹۱)، مقیاس تنهایی (r = -۰/۵۹) و رضایت زناشویی (r = ۰/۳۷) (دیورو^۲، ۲۰۰۷)، پرسشنامه افسردگی بک (r = -۰/۴۴) انجام شده است (کلارا، کوکس، اینز، ماری و تورگرودی^۳، ۲۰۰۳). در مطالعه‌ی حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۵ به دست آمده است.

۳- پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ^۴-۱۱). این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط گلدبرک و ویلیامز^۵ تهیه شده و دارای ۱۲ ماده است که هر یک از ماده‌ها شدت مشکلات روانی را در چند هفته‌ی گذشته با استفاده از یک مقیاس ۴ رتبه‌ای لیکرتی (کمتر از معمول = ۰ تا بیشتر از معمول = ۳) ارزیابی می‌کنند. در این مطالعه از پرسشنامه‌ی ۱۱ ماده‌ای رجبی و هاشمی شیخ شبان^۶ (۲۰۰۹) استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ ۱۱ ماده این پرسشنامه ۰/۸۵ و ضریب روایی آن با پرسشنامه ۵ ماده‌ای سلامت روان ۰/۷۳ (p < ۰/۰۰۱) (رجبی و هاشمی شیخ شبان، ۲۰۰۹). در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ آن (۱۱ ماده) ۰/۸۰ به دست آمده است.

^۱-Kazarian & McCabe

^۲Duru

^۳-Clara, Cox, Enns, Murray, & Torgrude

^۴-General Health Questionnaire

^۵-Goldberg & Williams

^۶ - Rajabi & Hashemi Sheykhshabani

یافته‌ها:

در جدول ۱ ضرایب همبستگی بین متغیرهای عزت نفس، حمایت اجتماعی، و سلامت روان همراه با میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق به صورت کل ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه و همبستگی آن‌ها با سلامت روان ($n=400$)

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | میانگین (انحراف معیار) |
|-------------------|---|--------|--------|------------------------|
| (۱) عزت نفس | - | ۰/۲۷** | ۰/۳۸** | ۲۹/۸۱ (۴/۹۴) |
| (۲) حمایت اجتماعی | | - | ۰/۳۴** | ۴۰/۷۹ (۸/۴۹) |
| (۳) سلامت روان | | | - | ۱۷/۷۶ (۶/۰۳) |

$p < 0/01$ **

جدول ۱ نشان می‌دهد که بین سلامت روان و متغیرهای عزت نفس (۰/۳۸) و حمایت اجتماعی (۰/۳۴) در کل نمونه همبستگی معناداری مشاهده می‌شود. در جداول ۲ و ۳ ضرایب همبستگی بین متغیرهای عزت نفس، حمایت اجتماعی، و سلامت روان همراه با میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق به تفکیک جنسیت شرکت‌کننده‌ها ارائه شده‌اند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه و همبستگی آن‌ها با سلامت روان در دانشجویان دختر

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | میانگین (انحراف معیار) |
|-------------------|---|--------|--------|------------------------|
| (۱) عزت نفس | - | ۰/۴۳** | ۰/۳۸** | ۲۹/۷۶ (۴/۷۵) |
| (۲) حمایت اجتماعی | | - | ۰/۳۹** | ۴۱/۰۳ (۸/۶۸) |
| (۳) سلامت روان | | | - | ۱۷/۴۴ (۶/۱۵) |

جدول ۲ نشان می‌دهد، که گوی بین سلامت روان و متغیرهای عزت نفس (۰/۳۸) و حمایت اجتماعی (۰/۳۹) در شرکت‌کننده‌های دختر همبستگی معناداری مشاهده می‌شود.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه و همبستگی آن‌ها با سلامت روان در دانشجویان پسر

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | میانگین (انحراف معیار) |
|-------------------|---|------|--------|------------------------|
| (۱) عزت نفس | - | ۰/۱۳ | ۰/۳۹** | ۲۹/۸۴ (۵/۱۱) |
| (۲) حمایت اجتماعی | | - | ۰/۳۰** | ۴۰/۵۵ (۸/۳۰) |
| (۳) سلامت روان | | | - | ۱۸/۰۵ (۵/۹۰) |

جدول ۳ نشان می‌دهد، که بین سلامت روان و متغیرهای عزت نفس ۰/۳۹ و حمایت اجتماعی ۰/۳۰ در شرکت‌کننده‌های پسر همبستگی معناداری مشاهده می‌شود.

به منظور بررسی سهم متغیرهای حمایت اجتماعی و عزت نفس در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان از تحلیل رگرسیون به روش ورود استفاده شد، که نتایج در جدول ۴ اشاره شده است. در این جدول شاخص‌های هم‌خطی بودن^۱؛ از جمله ضریب تحمل^۲ و عامل تورم واریانس^۳ بیانگر این هستند که همبستگی بین یک متغیر پیش‌بین با متغیر پیش‌بین دیگر پایین است؛ به عبارت دیگر، این مقادیر نشان می‌دهند که متغیرهای پیش‌بین همگی مناسب هستند. دیگر اینکه بین ضریب تحمل و خطای معیار رابطه‌ی عکس وجود دارد. این شاخص‌ها حاکی از ثبات مدل و دقت محاسباتی است.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری و تحلیل واریانس رگرسیون ورود سلامت روان توسط متغیرهای حمایت اجتماعی و عزت نفس

| متغیر | B | S.E | β | T | P | همخطی | |
|---------------|-------|------|---------|-------|---------|-------|------|
| | | | | | | VIF | T |
| عرض از مبدا | -۱/۰۶ | ۱/۸۶ | - | -۰/۵۷ | p=۰/۵۶۹ | - | - |
| حمایت اجتماعی | ۰/۱۸ | ۰/۰۳ | ۰/۲۵ | ۵/۵۱ | p<۰/۰۰۱ | ۱/۰۸ | ۰/۹۲ |
| عزت نفس | ۰/۳۸ | ۰/۰۵ | ۰/۳۱ | ۶/۷۴ | p<۰/۰۰۱ | ۱/۰۸ | ۰/۹۲ |

$$R^2=۰/۲۱, R=۰/۴۵$$

$$p<۰/۰۰۱, F(۲, ۳۹۷)=۵۲/۰۹$$

^۱-colinearity statistics

^۲-Tolerance Coefficient

^۳-Variance Inflation Factor

نسبت F ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین حمایت اجتماعی و عزت نفس بر متغیر سلامت روان در جدول ۴ نشان می‌دهد که رابطه معنی‌دار است ($F(2, 397) = 52/09$ ، $p < 0/001$) و دو متغیر پیش‌بین فوق‌الذکر در تبیین واریانس متغیر سلامت روان (متغیر ملاک) نقش اساسی دارند ($R = 0/45$)؛ البته این دو متغیر روی هم‌رفته ۲۱٪ واریانس متغیر سلامت روان را تبیین می‌کنند. وزن‌های رگرسیون (B و β) عزت نفس ($\beta = 0/31$) نسبت به حمایت اجتماعی ($\beta = 0/25$) نقش و سهم بیشتری در بهداشت و کارکرد روانی دانشجویان دارند. یافته‌های دیگر این است که اگر یک واحد به عزت نفس و حمایت اجتماعی دانشجویان اضافه شود، مقادیر $\beta = 0/31$ و $\beta = 0/25$ به نمره آن‌ها در سلامت روان افزوده می‌شود. بر اساس نتایج بدست آمده، معادله رگرسیون برای پیش‌بینی سلامت روان بر حسب متغیرهای پیش‌بین حمایت اجتماعی و عزت نفس را می‌توان به صورت زیر تعریف نمود:

$$\text{عزت نفس} = 0/31 (\text{حمایت اجتماعی}) + 0/25 (\text{سلامت روان}) - 1/06$$

به منظور بررسی سهم متغیرهای حمایت اجتماعی و عزت نفس در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان به تفکیک جنسیت از تحلیل رگرسیون به روش ورود استفاده شد، که نتایج آن‌ها در جداول ۵ و ۶ اشاره شده‌اند.

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری و تحلیل واریانس رگرسیون ورود سلامت روان توسط متغیرهای

حمایت اجتماعی و عزت نفس در دانشجویان دختر

| همخطی | | P | T | β | S.E | B | متغیر | سلامت روان |
|-------|------|-----------|---------|---------|------|---------|---------------|------------|
| VIF | T | | | | | | | |
| - | - | $p=0/817$ | $-0/23$ | - | ۱/۸۶ | $-0/65$ | عرض از مبدا | |
| ۱/۲۲ | ۰/۸۱ | $p<0/001$ | ۳/۶۴ | ۰/۲۷ | ۰/۰۳ | ۰/۱۹ | حمایت اجتماعی | |
| ۱/۲۲ | ۰/۸۱ | $p<0/001$ | ۳/۴۶ | ۰/۲۶ | ۰/۰۵ | ۰/۳۴ | عزت نفس | |

$$R = 0/45, R^2 = 0/20$$

$$F(2, 170) = 22/14, p < 0/001, R^2$$

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین در تبیین متغیر ملاک (سلامت روان) در دانشجویان زن معنی‌دار است ($F = ۲۲/۱۴$ ، $p < ۰/۰۰۱$). ضریب همبستگی بین نمره‌های پیش‌بینی شده‌ی Y (ترکیب‌های خطی از X ها) و نمره‌های مشاهده‌ی Y برابر با $R = ۰/۴۵$ و مجذور ضریب همبستگی آن برابر با $R^2 = ۰/۲۰$ است؛ البته نقش و سهم متغیر حمایت اجتماعی ($\beta = ۰/۲۷$ ، $t = ۳/۶۴$ ، $p < ۰/۰۰۱$) نسبت به متغیر شخصیتی عزت نفس ($\beta = ۰/۲۶$ ، $t = ۳/۴۶$ ، $p < ۰/۰۰۱$) کمی بالاتر است.

جدول ۶: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری و تحلیل واریانس رگرسیون ورود سلامت روان توسط متغیرهای

حمایت اجتماعی و عزت نفس در دانشجویان پسر

| همخطی | | p | T | β | S.E | B | متغیر | |
|-------|------|-------------|-------|---------|------|-------|---------------|------------|
| VIF | T | | | | | | | |
| - | - | $p = ۰/۶۲۰$ | -۰/۴۹ | - | ۱/۸۶ | -۱/۱۴ | عرض از مبدا | سلامت روان |
| ۱/۰۱ | ۰/۹۸ | $p < ۰/۰۰۱$ | ۳/۷۲ | ۰/۲۵ | ۰/۰۳ | ۰/۱۷ | حمایت اجتماعی | |
| ۱/۰۱ | ۰/۹۸ | $p < ۰/۰۰۱$ | ۵/۲۶ | ۰/۳۵ | ۰/۰۵ | ۰/۴۱ | عزت نفس | |

$$R = ۰/۴۶$$

$$R^2 = ۰/۲۱$$

$$F(۲, ۱۷۶) = ۲۳/۷۹$$

$$p < ۰/۰۰۱$$

همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌کنید، این ترکیب خطی در دانشجویان مرد نیز معنی‌دار بود ($F = ۲۳/۷۹$ ، $p < ۰/۰۰۱$). ضریب همبستگی بین نمره‌های پیش‌بینی شده‌ی Y (ترکیب‌های خطی از X ها) و نمره‌های مشاهده‌ی Y برابر با $R = ۰/۴۶$ و مجذور ضریب همبستگی آن برابر با $R^2 = ۰/۲۱$ است. ضرایب استاندارد متغیر حمایت اجتماعی ($\beta = ۰/۲۵$ ، $t = ۳/۷۲$ ، $p < ۰/۰۰۱$) نسبت به متغیر شخصیتی عزت نفس ($\beta = ۰/۳۵$ ، $t = ۵/۲۶$ ، $p < ۰/۰۰۱$) پایین‌تر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین عزت نفس و سلامت روان دانشجویان رابطه‌ی معناداری وجود دارد. این یافته با یافته‌های شک (۱۹۹۸)؛ نی و همکاران (۲۰۱۰)؛ کیونیکاتا و همکاران (۲۰۱۱) و فیالکو و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ است. مطالعات تجربی ۱۵ سال گذشته نشان می‌دهد که عزت نفس به عنوان یک عامل روان‌شناختی مهم در سلامت و کیفیت زندگی افراد نقش دارد. در واقع عزت نفس نقش مهمی در رشد انواع اختلال‌های روانی ایفا می‌کند. مطابق با راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)، خود-ادراکی منفی یا بی‌ثباتی یک مؤلفه مهم در تشخیص اختلال افسردگی عمده، شیدایی^۱، هیپومانیک، اختلال‌های تجزیه‌ای، بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال‌های شخصیت مثل مرزی، خودشیفتگی و رفتارهای اجتنابی است. عزت نفس منفی می‌تواند به عنوان یک عامل خطر، منجر به ناسازگاری و حتی فرار از واقعیت می‌شود. عدم اعتماد به خود باعث می‌شود افراد قادر به کنترل مشکلات روزانه خود نباشند و این امر به نوبه‌ی خود باعث کاهش توانایی برای رسیدن به حداکثر توان می‌شود؛ از این رو، عزت نفس منفی می‌تواند منجر به زوال نگران‌کننده‌ی سلامت فیزیکی و بهزیستی ذهنی شود و کاهش سلامت روان می‌تواند منجر به مشکلات روان‌شناختی مثل افسردگی، اضطراب و اختلال خوردن شود (مان و همکاران، ۲۰۰۴). از طرف دیگر، طبق نظر بندورا^۲ (۱۹۹۷)، برگرفته از اسدی صادقی آذر و واسودوا^۳، (۲۰۰۶) افرادی که دارای باورهای خودکارآمد بالایی هستند، احساس سلامتی بهتر و عزت نفس بالاتری دارند. سطح بالای عزت نفس باعث افزایش خودکارآمدی، تصویر بدن، رهبری، حفظ استقلال خود و احساس اطمینان از خود می‌شود که منجر به کاهش افسردگی و اضطراب شده و به دانشجویان این امکان را می‌دهد که بتوانند خود را فعالانه در مقابل مشکلات تحصیلی، خواسته‌ها و موقعیت‌های مشکل‌آفرین

^۱ -mania

^۲-Bandura

^۳-Asadi Sadeghi Azar, & Vasudeva

حفظ کنند و از سلامت روان مناسب سود ببرند (نی و همکاران، ۲۰۱۰). به هر حال داشتن یک یا چند ویژگی شخصیتی مثبت مانند عزت نفس تا حد زیادی در آرامش انسان‌ها و رسیدن به حق تعالی می‌تواند سودمند باشد.

یافته‌ی دیگر نشان داد که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان دانشجویان رابطه‌ی مثبت معناداری وجود دارد. یافته‌های کوهن و همکاران (۲۰۰۰)، لیو و جیا (۲۰۰۸)، زائو و همکاران (۲۰۰۳)، استیوارت و سولدو (۲۰۱۱) و سافری و دزالکیفلی (۲۰۱۰) در همین راستا هستند؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در نظر گرفته شود که منجر به کاهش مشکلات روان‌شناختی در میان دانشجویان می‌شود. ویلانوا و بوناس^۱ (۱۹۸۴)، برگرفته از سافری و دزالکیفلی، (۲۰۱۰) دریافتند که حمایت اجتماعی می‌تواند به دانشجویان در غلبه بر استرس‌های زندگی و سبک کردن حجم کارهای تحصیلی کمک کند. بدون حمایت کافی از سوی والدین و دوستان، دانشجویان در مقابل استرس، اضطراب و افسردگی مشکل خواهند داشت؛ از این رو، حمایت ادراک شده از سوی خانواده و دوستان باعث کاهش اثر مشکلات روان‌شناختی در میان دانشجویان می‌شود. از سوی دیگر، این نتایج طبق نظریه‌ی سپر (محافظ) و نظریه اثر مستقیم قابل تبیین است. طبق این دو نظریه، حمایت اجتماعی رویدادهای استرس‌زای زندگی را کاهش می‌دهد و از بروز آن ممانعت به عمل می‌آورد یا حتی در غیاب رویدادهای استرس‌آمیز منجر به بهبود و ارتقاء استانداردهای زندگی فرد می‌شود (رجبی و هاشمی شیخ‌شبان، ۱۳۹۰).

یافته‌ی دیگر نشان داد که حمایت اجتماعی و عزت نفس هر دو نقش مهمی در ارتقاء سلامت روان دانشجویان دارند. توینمان، هوکسترا، فلییر، اسلیجفر و هوکسترا-وبرز^۲ (۲۰۰۶) و گران-والون، رید، یومالی و پوهلرت^۳ (۲۰۰۴) به همین نتایج دست یافتند. گران-والون و

^۱-Villanova & Bownas

^۲-Tuinman, Hoekstra, Fleer, Sleijfer, & Hoekstra-Weebers

^۳-Grant-Vallone, Reid, Umali, & Pohlert

همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که بین عزت نفس و حمایت اجتماعی نوجوانان رابطه وجود دارد که طبق آن با افزایش سطح حمایت اجتماعی نوجوانان، سطح عزت نفس آنان نیز افزایش می‌یابد و افرادی که عزت نفس بالاتری دارند و حمایت بیشتری دریافت می‌کنند و در نتیجه سازگاری اجتماعی و تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر، طبق نظریه‌ی افزایش عزت نفس^۱ (باتسون^۲، ۱۹۹۸، برگرفته از براک، کریستینز و ورهائیک^۳، ۲۰۰۸) فراهم کردن حمایت برای شخص نیازمند منجر به افزایش عزت نفس و افزایش بهزیستی می‌شود. یافته مهم این مطالعه این بود که اگر فرد از توانمندی‌ها و ارزشمندی مناسب شخصیتی برخوردار باشد، می‌تواند روحیه و آرامش خود را در محیط دانشگاه در حد مناسب حفظ کند. سهم و نقش‌های دو متغیر حمایت اجتماعی و عزت نفس در پیش‌بینی متغیر سلامت روان در دانشجویان زن و مرد به تفکیک بیانگر این بود که در دانشجویان زن نقش متغیر حمایت اجتماعی و عاطفی نسبت به متغیر شخصیتی عزت نفس و در دانشجویان مرد نقش ارزشمندی خود نسبت به حمایت اجتماعی و عاطفی بارزتر بود. این یافته بر اساس ادبیات و فرهنگ کشور ما که زنان به دنبال پشتیبانی و حمایت هستند و مردان حفظ غرور و عزت نفس خود هستند، بدیهی به نظر می‌رسد. البته این را نادیده گرفت که سبک تربیتی والدین و نحوه‌ی برخورد جامعه این نگاه را شکل می‌دهد.

امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است. همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش و با توجه به اینکه سلامت دانشجویان یکی از مهمترین نگرانی‌های مدیران دانشگاهی و همچنین برنامه‌ریزان آموزشی و تحصیلی است، افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی از دانشجویان به عنوان عوامل مهم در ارتقاء سلامت روان باید توسط مدیران دانشگاهی برنامه‌ریزان آموزشی و تحصیلی و همچنین، مراکز مشاوره دانشگاه‌ها مورد توجه قرار گیرد.


^۱-self-esteem enhancement theory

^۲-Batson

^۳-Bracke, Christiaens, & Verhaeghe

راهنمایی و تشویق از طرف منابع حمایت می‌تواند این احتمال را برای دانشجویان فراهم کند تا بتوانند بر مهارت‌های حل مشکل و کسب اطلاعات متکی شوند. فراهم‌سازی این نوع امکانات می‌تواند به دانشجویان کمک کند تا بر استرس‌زاهای متعدد در محیط فائق آیند و فرایند سازگاری مثبت را تسهیل کنند؛ بنابراین، وجود حمایت اجتماعی خوب که طبق تحقیقات انجام شده منجر به افزایش سطح عزت نفس می‌شود، می‌تواند میزان موقعیت‌هایی که برای دانشجویان به عنوان خطر یا تهدید ادراک می‌شود را کاهش دهد. همچنین به پژوهشگران توصیه می‌شود که از مؤلفه‌های این ابزارها برای روش شدن بیشتر ماهیت آنها استفاده گردد.

بدین وسیله از جناب آقای جمالی که در جمع‌آوری و پرسشگری این مقاله همکاری لازم را داشته‌اند و از کلیه مسئولین خوابگاه‌های دانشجویی صمیمانه تشکر می‌نماییم. ضمناً این پژوهش از موسسه یا سازمانی حمایت مالی دریافت نکرده است.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

۱. رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرین (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *مجله‌ی پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی*، ۳، ۲ (پیاپی ۸)، صص. ۳۳-۴۸.
۲. رجبی، غلامرضا و هاشمی شیخ‌شبان، سید اسماعیل (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی تصویری. *مجله علوم رفتاری*، ۵، ۴، صص. ۳۵۸-۳۶۴.
۳. محمدی، نوراله (۱۳۸۴). بررسی مقدماتی اعتبار و قابلیت اعتماد مقیاس حرمت خود روزنبرگ. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱، ۴، صص. ۳۲۰-۳۱۳.
4. Asadi Sadeghi Azar, I., & Vasudeva, P. (2006). *Self-Efficacy and Self-esteem: A comparative study of employed and unemployed married women in Iran*. *The German Journal of Psychiatry*, 5, 111-117.
5. Bracke, P., Christiaens, W., & Verhaeghe, M. (2008). *Self-esteem, self-efficacy, and the balance of peer support among persons with chronic mental health problems*. *Journal of Applied Social Psychology*, 38, 2, 436-459.
6. Clara, I. P., Cox, B., Enns, M. W., Murray, L. T., & Torgrude, L. J. (2003). *Confirmatory factor analysis of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in clinically distressed and student sample*. *Journal Personality Assessment*, 81 (3), 265-70.
7. Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
8. Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2008). *Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents*. *American Journal Community Psychology*, 28 (3), 391-400.
9. Duru, E. (2007). *Re-examination of the psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support among*

Turkish university students. Social Behavior and Personality, An international journal, 35, 443-452.

10.Eskin, M. (2003). *Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. Scandinavian Journal of Psychology, 44, 7-12.*

11.Fialko, L., Freeman, D., Bebbington, P. E., Kuipers, E., Garety, P. A., Dunn, G., & Fowler, D. (2006). *Understanding suicidal ideation in psychosis: Findings from the psychological prevention of relapse in psychosis (PRP) trial. Journal Acta Psychiatrica Scandinavica, 114(3), 177-186.*

12.Fujita, D., & Kanaoka, M. (2003). *Relationship between social support, mental health and health care consciousness in developing the industrial health education of male employees. Journal Occupyp Health, 45(6), 392-399.*

13.Gallagher, R., Gill, A., & Sysko, H. (2000). *National survey of counseling center directors. Alexandria. International Association of Counseling Services.*

14.Grant-Vallone, E., Reid, K., Umali, C., & Pohlert, E. (2004). *An analysis of the effects of self-esteem, social support, and participation in student support services on students' adjustment and commitment to college. Journal of College Student Retention: Research, Theory and Practice, 5, 3, 255 - 274.*

15.Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J., & Farruggia, S. P. (2003). *Item-wording and dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Do they matter? Personality and Individually Differences, 35, 6, 1241-1254.*

16.Herzig, B., A. (2011). *An examination of American-born Muslim college students' attitudes toward mental health. The degree of Doctor of Psychology in clinical psychology. Antioch University New England.*

17.Johnson, L., A. (2010). *Variations in social support and mental health. Among black women by socioeconomic status. The degree of Master of Arts in Sociology. University of Nebraska at Lincoln.*

18. Kazarian, S. S., & McCabe, S. B. (1991). *Dimensions of social support in the MSPPS: Factorial structure, reliability, and theoretical implications*. *Journal of Community Psychology*, 19, 150-60.
19. Kay, N., Li, K., Xiu, X., Nokkaew, N., & Park, B. H. (2009). *Hopelessness and suicidal behaviors among Chinese, Thai and Korean college students and predictive effects on the world health organization's WHOQOL-BREF*. *International Electronic Journal of Health Education*, 12, 16-32.
20. Kerr, S., Johnson, V., Gans, S., & Krumrine, J. (2004). *Predicting adjustment during the transition to college: Alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms*. *Journal of College Student Development*, 45(6), 593-611.
21. Kunikata, H., Shiraishi, Y., Nakajima, K., Tanioka, T., & Tomotake, M. (2011). *The relationship between psychological comfort space and self-esteem in people with mental disorders*. *The Journal of Medical Investigation*, 58 (1-2), 56-62.
22. Lecturer, B., & Sharma, P. (2012). *Home environment, mental health and academic achievement among Secondary school students*. *Journal of Education and Practice*, 2(5), 1-4.
23. Liu, M., & Jia, Q. (2008). *Comparison of mental health status and social support system of nursing students from different place*. *Nursing Journal of Chinese*, 25(11), 6-9.
24. Macuka, I., Wulic-Protric, A., & Soric, I. (2004). *Positive effect of family interaction on self-esteem in early adolescence*. *European Conference on Positive Psychology*, 1-6.
25. Mann M., Hosman, C. H., Schaalma, H. P., & DeVries, N. K. (2004). *Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion*. *Health Education Research*, 19(4), 357-72.
26. Ni, C., Liu, X., Hua, Q., Lv, A., Wang, B., & Yan, Y. (2010). *Relationship between coping, self-esteem, individual factors and mental health among Chinese nursing students: A matched case-control study*. *Nurse Education Today*, 30, 338-343.
27. Pullmann, H., & Allik, J. (2000). *The Rosenberg self-Esteem Scale: Its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian*. *Personality and Individual Differences*, 28, 701-715.

- 28.Rajabi, Gh., & Hashemi Sheykhshabani, S. (2009). *Factor structure of the 12-item General Health Questionnaire*. Journal of Education & Psychology (special issue on psychology), 3, 2, 81-94.
- 29.Reevyl, G. M., & Maslach, C. (2001). *Use of social support: Gender and personality differences*. *Sex Roles*, 44, 7-8.
30. Safree, Y. A., & Dzulkipli, M. A. (2010). *The Relationship between social support and psychological problems among students*. International Journal of Business and Social Science, 1(3), 110-116.
31. Shek, D. (1998). *Adolescent positive mental health and psychological symptoms: A longitudinal study in a Chinese context*. International Journal Psychology Orient, 41, 217-225.
- 32.Stewart, T., & Suldo, S. (2011). *Relationships between social support sources and early adolescents' mental health: The moderating effect of student achievement level*. Psychology in the Schools, 48, 10, 1016- 1033.
- 33.Tahmasbipour, N., & Taheri, A. (2012). *A survey on the relation between social support and mental health in students Shahid Rajaei University*. *Social and Behavioral Sciences*, 47, 5 – 9.
- 34.Tao, S., Dong, Q., Pratt, M. W., Hunsberger, B., & Pancer, S. M. (2000). *Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the Peoples Republic of China*. Journal of Adolescent Research, 5(1), 123-144.
- 35.Tuinman, M. A, Hoekstra, H. J., Fleeer, J., Sleijfer, D., & Hoekstra-Weebers, J. (2006). *Self-esteem, social support, and mental health in survivors of testicular cancer: A comparison based on relationship status*. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations, 24, 279–286.
- 36.Zhao, F. (2006). *Relationship between social support and mental health in higher vocational nursing students in Qinghai Province*. Chinese Journal of Health Education, 22 (11), 853–855.