

تحلیل تأثیر مستقیم و غیرمستقیم شبکه اجتماعی بر سلامت روانی:

حمایت اجتماعی به عنوان متغیر واسطه

Direct and indirect impact analysis of social network on mental health: Social support as an intermediate variable

Sara Haji Mozafari

Ph.D. student of Sociology, Central Tehran Branch,
Islamic Azad University, Tehran, Iran
Young researchers and elite club

Salar Saber

Young researchers and elite club

سارا حاجی مظفری (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی،

باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان تهران، ایران

Sara.sociology@gmail.com

سالار صابر

عضو فعال باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان تهران، ایران

Abstract

Aim: This study evaluates the impact of social network and social support on mental health. Clearly, mental health is affected by body health, anxiety levels, and depression and social function. **Method:** In this research, various theories (Vol man, Fisher, Turner ...) have been evaluated about the social network, social support and mental health. The statistical population consisted of male and female students of Tehran university and data collection was done by using a questionnaire, 370 students were selected by random sampling method. Data analysis was done using SPSS software. Pearson correlation coefficient and multivariate regression were used to interpret and analyze the data. **Results:** The results of the study indicate that there is a meaningful relationship between the social network and social support with mental health dimensions. **Conclusion:** That is, the greater the social networking and social support of the individual, the same as his mental health increases.

Keywords: Mental health, Social network, Social support

چکیده

هدف: این پژوهش به میزان اثرگذاری شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان می‌پردازد. واضح است که سلامت روان متأثر از سلامت جسم، میزان اضطراب و میزان افسردگی و عملکردهای اجتماعی می‌باشد. **روش:** در این تحقیق نظریه‌های مختلف (ولمن، فیشر، ترنر و...) پیرامون شبکه اجتماعی، حمایت اجتماعی و سلامت روان مورد ارزیابی قرار گرفته است. جامعه آماری دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه تهران بوده و جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه می‌باشد که با روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۳۷۰ نفر از دانشجویان انتخاب شده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار اس پی اس انجام گرفته و برای تفسیر و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج مطالعه حاکی از آن است که بین شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی با ابعاد سلامت روانی رابطه معنی داری برقرار است. **نتیجه گیری:** یعنی هر چقدر دامنه شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی فرد بالاتر می‌رود به همان میزان سلامت روان او نیز افزایش پیدا خواهد داشت.

کلید واژه‌ها: سلامت روانی، شبکه اجتماعی، حمایت اجتماعی

مقدمه

ایران از جمله کشورهایی است که ساختار جمعیتی جوانی دارد. بخش مهم و اثرگذار گروه سنی جوان، دانشجویان هستند که از اقبال برگزیده جامعه محسوب می‌شوند. دانشجویان پس از ورود به دانشگاه با محیط جدیدی روبرو می‌شوند که با زندگی و محیط اجتماعی قبلی آنها متفاوت است. لذا محیط جدید مشکلاتی را برای آنها بوجود می‌آورد. شرایط نامساعد خوابگاه، احساس غربت، مشکلات تحصیلی، رقابت‌های فشرده دوران دانشجویی نداشتن تفریح و سرگرمی، ناراحتی و نگرانی از یافتن شغل مناسب بعد از اتمام تحصیل، مشکلات ادامه تحصیل و ... دانشجویان را در معرض ابتلا به ناراحتی روانی از جمله اضطراب و افسردگی قرار می‌دهند. بنابراین ضرورت دارد بحث سلامت روانی این قشر در اولویت قرار داده شود (تبریزی، ۸۵). موضوع سلامت روانی دانشجویان مسئله‌ای است حیاتی که امروزه چالش‌های اساسی را برانگیخته است. وقوع بیماری روانی در میان دانشجویان در حال افزایش می‌باشد. این مسئله دغدغه‌ای مهم برای سیاستگذاران حوزه فرهنگی و آموزشی محیط‌های دانشگاه به حساب می‌آید.

اهمیت سلامت روانی به حدی است که سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۹۲ به این سو، روز ۱۰ اکتبر را روز جهانی سلامت روانی نامگذاری کرده است. (فدراسیون جهانی سلامت روان، ۲۰۱۲). این سازمان، سلامت روان را جدای از بیماری روانی بیان می‌کند و آن را به عنوان حالتی از بهزیستی که فرد براساس 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، ۲۰۱۲).

مطالعات متعددی در کشورهای مختلف جهان برای شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت روان دانشجویان انجام شده است (کای، لی، ژیاو، ناکائو و پارک، ۲۰۰۹). بر اساس این مطالعات، عوامل مؤثر بر سلامت روان شامل ویژگی‌های جمعیت شناختی؛ مثل: سن، جنس، سابقه تحصیلی، سال‌های تحصیلی، شخصیت، تنهایی و محیط خانه است (لکچر و شارما، ۲۰۱۲).

امروزه سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی، اجتماعی، و ... در نظر گرفته می‌شود که دیگر تنها دغدغه دست اندر کاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی، به ویژه روانشناسان اجتماعی و جامعه‌شناسان به بررسی آن می‌پردازند. جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست شناختی و یا روانشناختی نیستند، بلکه به طور همزمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می‌باشند. عوامل اجتماعی، همانگونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ، و ارتقاء سلامتی ایفا نمایند؛ در بروز، شیوع، و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی‌اند. به دیگر سخن، گرچه تردیدی نیست که افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، اما مسئله این است که میزان این تفاوتها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهمتر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند به مراتب بیشتر می‌شود (کوکرین، ۱۳۷۶).

یکی از مهمترین عواملی که شناخت آن می‌تواند در ارتقاء کیفیت سلامت روانی دانشجویان نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد متغیر شبکه و روابط اجتماعی به عنوان مهمترین بعد سرمایه اجتماعی است. این مفهوم اخیراً مورد توجه محققان حوزه سلامت قرار گرفته و باعث گسترش هرچه بیشتر مطالعات مربوط به اهمیت تأثیر محیط اجتماعی بر سلامت شده‌اند (کاواچی و برکمن، ۲۰۰۰؛ مانانتر و لینچ، ۲۰۰۲؛ ابرین و همکاران، ۲۰۰۳؛ پیرس و دیوی - اس میت، ۲۰۰۳؛ سامپسون، ۲۰۰۳؛ تانستال، شاو و دارلینگ، ۲۰۰۴؛ فاضلی و همکاران، ۱۳۹۲؛ بری و ولش، ۲۰۱۰؛ فونگ ساوان و همکاران، ۲۰۰۶). شواهد تجربی نشان می‌دهند نرخ مرگ و میر در میان افرادی با شبکه‌های اجتماعی قوی، نصف یا یک سوم افراد با پیوندهای اجتماعی ضعیف است (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۰). رز نیز نشان داد سرمایه اجتماعی در فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی در ارتقاء سلامت روانی افراد موثرند (رز، ۲۰۰۰). گرانووتر

بر شبکه‌ها و پیوندهای اجتماعی که سطح دسترسی افراد به منابع اقتصادی و اجتماعی را ارتقا می‌دهند تأکید دارد (شریفیان ثانی، ۱۳۸۰: ۸)

در نظریه شبکه موضوع اصلی، روابط است و واحد تشکیل دهنده ساخت جامعه، شبکه‌های تعاملی هستند. ساخت اجتماعی به عنوان یک شبکه، از اعضای شبکه و مجموعه‌ای از پیوندها که افراد، کنشگران یا گروه‌ها را به هم متصل می‌سازد، تشکیل شده است. اعضای شبکه می‌توانند افراد، گروه‌ها، نهادها، موجودیت‌های حقوقی و یا سازمان‌ها و ... باشند (ولمن، ۱۹۸۸). دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی، مفهوم شبکه اجتماعی را به عنوان استعاره‌ای برای توصیف مجموعه پیچیده روابط بین افراد به کار می‌برند. مسأله اصلی در دیدگاه شبکه، روابط است؛ واحد تشکیل دهنده ساخت جامعه نیز شبکه‌های تعاملی هستند و جامعه چیزی بیشتر از افراد و روابط اجتماعی نیست (کامران و ارشادی، ۱۳۸۸). لذا نقطه تمرکز دیدگاه شبکه این است که به جای توجه و تأکید بر کنشگران و ویژگی‌های فردی‌شان به عنوان واحد تحلیل، به ساختار روابط بین این کنشگران توجه می‌کند. (کارتوسی، ۲۰۰۴؛ باستانی، ۲۰۰۱). تحلیل گران شبکه، میزان حمایت اجتماعی یک شبکه اجتماعی را تابعی از ترکیب و ساختار آن می‌دانند (ولمن و فرانک، ۲۰۰۱).

از این دیدگاه شبکه‌های اجتماعی، نوعی سرمایه اجتماعی برای افراد فراهم می‌آورند و در واقع در این شبکه‌ها از حمایت، اعتماد و روابط عاطفی با سایر افراد برخوردار می‌شوند. طرفداران نظریه‌ی شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به صورت حایلی در مقابل عوامل فشارزای درونی عمل می‌کنند، به نحوی که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنی دار در قالب سرمایه اجتماعی، اثر بسیار مهم و مؤثری بر عزت نفس افراد و افزایش توان مقابله با مشکلات و افسردگی‌ها دارد و در نهایت به احساس سلامت روانی منجر می‌شود (کارولین، ۲۰۰۰: ۱۰۹۱-۱۰۸).

در شبکه وقتی از روابط صحبت می‌شود، معمولاً بر پیوندها تأکید می‌شود؛ چون روابط منتج به پیوند می‌گردد و می‌تواند انواع متفاوتی را شامل شود. پیوندهای گوناگون، حمایت‌های اجتماعی متنوعی را برای اعضای شبکه فراهم می‌سازند. به عبارت دیگر با تنوع روابط، افراد به طیف وسیعی از حمایت‌های مختلف دست می‌یابند. (خلیلی، ۱۳۹۴: ۱۱۳)

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

مطالعات انجام شده پیرامون حمایت‌های اجتماعی موجود در شبکه‌های اجتماعی بر این مطلب تمرکز داشته‌اند که هرچه شبکه شخصی وسیع‌تر و متنوع‌تر باشد فرد قدرت مقابله با مشکلات را بیشتر داشته و کمتر در مقابل مشکلات آسیب پذیر است. (ولمن، ۱۹۹۹: ۲۱). ترنر در این راستا مطرح می‌کند که نظام پیوند اجتماعی به طور مستقیم بر علایق و آگاهی افراد تأثیر می‌گذارد. در جوامعی که بنا به دلایل مختلف روابط و پیوندهای اجتماعی در سطح مطلوبی قرار ندارند و افراد از تعاملات اجتماعی عقلایی اجتناب

می‌کنند، شکل‌گیری و رشد سرمایه اجتماعی به کندی صورت می‌گیرد و در نتیجه در این گونه جوامع پدیده فردگرایی خودخواهانه رشد می‌کند و متعاقب آن همبستگی اجتماعی کاهش می‌یابد. کاهش سطح تمایلات اجتماعی (سرمایه اجتماعی) افراد را دچار انزوای اجتماعی می‌کند و احساس انزوا و احساس تنهایی در سطح جامعه گسترش می‌یابد (ترنر، ۲۰۰۳: ۶۱۹-۶۲۹).

در میان نظریه‌های جامعه‌شناسی، نظریه انسجام اجتماعی دورکیم بیش از دیگران به اهمیت تأثیر پیوندهای اجتماعی بر وضعیت انومیک و آسیمی افراد پرداخته است. طبق نظر او، انسجام اجتماعی دو عنصر اساسی دارد: ۱. حمایت اجتماعی ۲. کنترل اجتماعی. حمایت اجتماعی با فراهم کردن پیوندهای اجتماعی افراد را به اهداف مشترک دلبسته می‌کند و به موضوعات اجتماعی علاقه‌مند می‌سازد. از دیدگاه دورکیم هنگامی که رابطه فرد با جامعه ضعیف یا قطع می‌شود، به عبارت دیگر فرد منزوی می‌شود، انتقال پیوسته ایده‌ها و احساسات صورت نمی‌گیرد. در این حالت است که فرد تحت حمایت قرار نمی‌گیرد و هیچ کنترلی بر او اعمال نمی‌شود، فرد هیچ تعهدی به اهداف و ارزش‌های جامعه از جمله کمک به دیگران، مساعدت و یاری‌همنوع، برقراری روابط عاطفی و ... احساس نمی‌کند. انزوای اخلاقی و عدم دریافت حمایت نیز ناامیدی، بی‌هدفی، احساس بی‌معنایی، غم، اندوه، نداشتن احساس ارزشمندی و افسردگی را به دنبال می‌آورد (دورکیم، ۱۳۷۸).

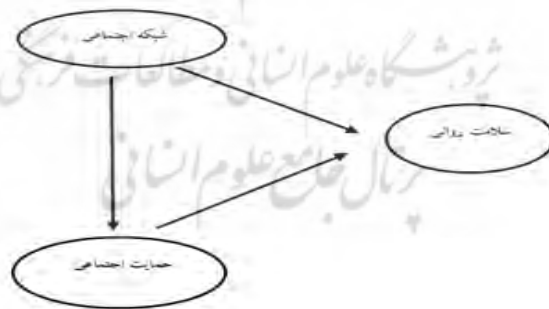
یکی دیگر از عوامل مؤثر در سلامت روانی افراد متغیر حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی یکی از منابع مهم برای حفاظت است که به دریافت ادراک آرامش، مراقبت، عزت یا کمک به افراد یا گروه اشاره دارد. (رجبی و همکاران، ۱۳۹۴) اگرچه در نظریه‌های شبکه به مفهوم حمایت به عنوان یک متغیر واسطه اشاره شده است اما بسیاری از متفکران علوم رفتاری با طرح نظریه حمایت اجتماعی به طور مستقیم به این مفهوم پرداخته‌اند. اهمیت حمایت اجتماعی تا بدان جاست که یافته‌های بین فرهنگی (۱۹۹۵) لین نشان می‌دهد که منبع اصلی شادابی در آمریکا و اروپا به جای درآمد، حمایت اجتماعی است و معتقدند که کالای رقابتی وجود دارد به نام همیاری. لین نشان می‌دهد که همیاری و مصاحبت (نمادهای حمایت اجتماعی)، سهم بیشتری در مقایسه با درآمد در خوشبختی افراد دارد. (لین، ۲۰۰۰: ۱۰۴).

کالاگان و مورسی در مروری انتقادی بر تحقیقات حوزه سلامت و حمایت اجتماعی نشان دادند که حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد و کاهش آثار منفی فشارهای فراوان ناشی از محیط و جامعه داشته باشد. همینطور با افزایش میزان حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی‌های جسمی و روانی در افراد کمتری می‌شود (کالاگان و مورسی، ۱۹۹۳). لی و همکارانش در تحقیقی با عنوان "حمایت اجتماعی به عنوان سپر استرس‌های فرهنگ پذیری" به مطالعه رابطه حمایت‌های اجتماعی و سلامت روان دانشجویان کره در ۲۰۰۴ پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی رابطه مثبتی با سلامت روان دانشجویان دارد و دانشجویانی که دارای سطح بالایی از حمایت‌های اجتماعی هستند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ پذیری کمتری دارند. (لی و همکاران، ۲۰۰۴: ۳۹۹-۴۱۴). تامپسون و همکارانش نیز نشان دادند حمایت اجتماعی و پیوندهای مشترک همانند هویت فرهنگی، زبان و علایق مشترک در سازگاری و سلامت روانی نقش مهمی دارند (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۲). مفهوم حمایت اجتماعی اشاره بر دسترس قرار داشتن مجموعه‌ای از منابع و روابطی می‌کند که این منابع در مواقع لزوم باید از سوی فرد، خانواده یا جامعه فراهم شده باشد تا شهروندان از شادابی اجتماعی برخوردار باشند. دوستان، آشنایان، خانواده، مدیران شهری و دولتمردان با ایجاد مجموعه‌ای از خدمات عینی و اطلاعاتی می‌توانند به شادابی اجتماعی افراد کمک کنند. این خدمات و منابع موجب می‌شود که فرد احساس مراقبت، دوست داشتن، عزت نفس و ارزشمند بودن خود را با خود احساس کند که این ارزش‌ها و احساس‌ها از طریق ارتباط با شبکه‌های اجتماعی در سطح جامعه و خانواده که افراد دارند، شکل می‌گیرد. به نظر آمسترانگ حمایت

اجتماعی یعنی احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن؛ به این طریق برای هر فرد یک ارتباط امن می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این روابط است (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۸۷).

حمایت اجتماعی، میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. (علیپور، ۱۳۸۵: ۱۳۴) حمایت اجتماعی شکل‌های مختلفی دارد مانند حمایت‌های اطلاعاتی، مبادله‌ای، عاطفی، ابزاری، مادی و اجتماعی (فرلاندر، ۲۰۰۳: ۷۶). حمایت‌های اجتماعی از نظر ولمن انواع متفاوتی دارند که عبارت است از: حمایت مصاحبتی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی، حمایت مالی، حمایت اطلاعاتی و حمایت مشورتی (ولمن، ۱۹۹۲: ۲۱۰). فیشر نیز بر سه نوع حمایت تاکید می‌کند که عبارت است از: حمایت مشورتی، حمایت مصاحبتی و حمایت عملی (فیشر، ۱۹۸۲: ۱۲۸).

در کل محققان و نظریه پردازان حمایت اجتماعی برای تبیین چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی روانی از دو مدل استفاده می‌کنند: مدل تأثیر مستقیم (کلی) و مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه‌ی حائل در برابر استرس. مدل تأثیر غیرمستقیم یا ضربه گیر عنوان می‌کند که حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست، بر سلامت روانی مؤثر است، طبق این مدل، حمایت اجتماعی افراد را در مقابل اثرات بیماری زای رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می‌کنند، حفظ می‌کند (علی پور، ۱۳۸۵؛ صادقی و دیگران، ۱۳۷۸؛ شوارتز و دیگران، ۲۰۰۳). بر پایه مدل تأثیر مستقیم، حمایت اجتماعی صرف نظر از این که فرد تحت استرس باشد یا نه، اثرهای سومندی بر سلامتی دارد (علی پور، ۱۳۸۵؛ شوارتز و دیگران، ۲۰۰۳؛ میازاکی و همکاران، ۲۰۰۵) و نداشتن حمایت اجتماعی دارای پیامدهای منفی بر سلامتی افراد است. فرضیه‌ی اصلی این مدل عنوان می‌کند که هر چه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد به همان میزان وی از سلامتی بیشتری برخوردار خواهد بود. در نتیجه سلامتی فرد متأثر از میزان برخورداری وی از حمایت اجتماعی است (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۱: ۷)



مدل تحلیل پژوهش: تأثیر مستقیم و غیرمستقیم شبکه بر سلامت روانی

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است. بنا به ضرورت موضوع مطالعه، که مستلزم جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تهران بود از روش پیمایش و تکنیک توزیع پرسشنامه در بین پاسخگویان استفاده شد، (که در آن از گروه معینی از افراد خواسته شد به تعدادی پرسش مشخص که برای همه یکسان بود پاسخ دهند). سؤالات پرسشنامه مورد استفاده شامل سؤالات پرسشنامه استاندارد شده حمایت اجتماعی و سلامت روانی، سؤالاتی برای سنجش شبکه اجتماعی و پرسش‌هایی برای سنجش ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی پاسخگویان بود که با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل

قرار گرفت. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه تهران تشکیل دادند که با استفاده از فرمول کوکران ۳۷۰ نفر از آنها به عنوان نمونه آماری تحقیق به روش نمونه گیری تصادفی برگزیده شدند. برای نمونه گیری در این پژوهش از تمام دانشکده‌های دانشگاه تهران به تناسب حجم نمونه و نسبت زنان و مردان (۶۰ درصد زنان، ۴۰ درصد مردان) نمونه گیری به عمل آمده است.

ابزار

الف) مقیاس شبکه اجتماعی: شبکه اجتماعی تارهای در هم تنیده‌ای از روابط اجتماعی‌اند که افراد را احاطه کرده‌اند. برکمن همچنین ویژگی‌های این روابط را به عنوان «روابط میان کنشگران در درون یک سیستم» تعریف می‌کند. (برکمن، ۲۰۰۰: ۸۴۸). برای سنجش عملیاتی شبکه اجتماعی از مقیاس محقق ساخته‌ای استفاده گردید که روابط افراد را در سه سطح خانواده، همسایگان - بستگان و دوستان اندازه گیری می‌کند. از مجموع نمرات این معرف‌ها نمره کل شبکه اجتماعی در سطح رتبه‌ای محاسبه گردیده و پس از استاندارد کردن نمرات، شبکه اجتماعی در سطح فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفته است. مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۸۳ است.

ب) مقیاس حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد اطلاق می‌شود. (سارافینو، ۲۰۰۲، به نقل از علی پور ۱۳۸۵) به منظور سنجش این مفهوم از مقیاس حمایت اجتماعی واکس، فیلیپس و همکاران (۱۹۸۶) استفاده شده است. این آزمون براساس ساختار نظری مبتنی بر دیدگاه کوب از حمایت اجتماعی تهیه شده است. در این تحقیق، مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶۴ محاسبه شده است.

ج) مقیاس سلامت روانی: بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی در مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی روانی و جسمی تعریف شده است. سلامت روان قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب می‌باشد. (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵) به منظور بررسی سلامت روانی دانشجویان از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندی ۲ مبتنی بر روش خود گزارش دهی است. سؤالات این آزمون برای بررسی وضعیت پاسخگو در طول یک ماه گذشته است. این آزمون چهار زیر مقیاس زیر را در برمی‌گیرد: علائم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی. در این پژوهش، مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳۰ محاسبه شده است.

یافته‌ها

ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی: از مجموع ۳۷۰ دانشجوی مورد بررسی ۶۰ درصد را زنان و ۴۰ درصد را مردان تشکیل داده‌اند. از نظر وضعیت تأهل ۹۴/۳ درصد دانشجویان مجرد، ۳/۸ درصد آن‌ها متأهل و ۱/۹ درصد آنها مطلقه‌اند. توزیع فراوانی دانشجویان برحسب رشته تحصیلی نشان می‌دهد که ۳۶/۴ درصد دانشجویان در رشته‌های گروه علوم انسانی، ۲/۳۵ درصد آنها در رشته‌های علوم پایه، ۲۰ درصد آنها در رشته‌های فنی و ۸/۴ درصد آنها در رشته‌های هنر و معماری مشغول به تحصیل بوده‌اند. توزیع فراوانی دانشجویان برحسب قومیت نشان می‌دهد که از مجموع ۳۷۰ دانشجوی مورد بررسی، ۵۰/۳ درصد دانشجویان فارس، ۲۲/۴ درصد آنها ترک، ۸/۶ درصد آنها کرد، ۵/۹ درصد آنها لر و ۳ درصد آنها عرب بوده‌اند. همچنین ۷/۹ درصد دانشجویان متعلق به سایر قومیت‌ها بوده و ۱/۹ درصد آنها قومیت خود را مشخص نکرده‌اند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب وسعت شبکه اجتماعی

شبکه اجتماعی	فراوانی	درصد
وسیع (۱۸-۲۷)	۱۹	۵/۱
متوسط (۹-۱۷)	۲۱۶	۵۸/۴
محدود (۰-۸)	۱۳۵	۳۶/۵
جمع	۳۷۰	۱۰۰

توصیف شبکه اجتماعی: برای سنجش شبکه اجتماعی دانشجویان از سه شاخص استفاده شده است: (۱) میزان روابط با افراد خانواده (۲) میزان ارتباط با همسایگان و بستگان (۳) میزان ارتباط با دوستان. به عبارت دیگر نمره شبکه اجتماعی از مجموع نمرات این سه شاخص محاسبه گردیده است. میانگین نمرات شبکه اجتماعی ۱۱/۴ و میانه آن ۱۲ می‌باشد. همچنین دامنه نمرات ۴-۲۲ بوده است. جدول شماره یک توزیع فراوانی دانشجویان را بر حسب وسعت شبکه اجتماعی نشان می‌دهد. از مجموع ۳۷۰ دانشجوی مورد مطالعه، شبکه اجتماعی ۵/۱ درصد دانشجویان وسیع، ۵۸/۴ درصد متوسط و ۳۶/۵ درصد محدود بوده است.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب میزان حمایت اجتماعی

میزان حمایت اجتماعی	فراوانی	درصد
بالا (۱۹-۲۳)	۳۵	۹/۵
متوسط (۱۰-۱۸)	۲۶۰	۷۰/۲
پایین (۰-۹)	۷۵	۲۰/۳
جمع	۳۷۰	۱۰۰

توصیف حمایت اجتماعی: مقیاس حمایت اجتماعی میزان حمایت افراد را بر حسب سه خرده مقیاس خانواده، دوستان و سایرین مورد سنجش قرار می‌دهد. میانگین نمرات حمایت اجتماعی ۱۴/۵۸ و میانه آن ۱۵ می‌باشد. همچنین دامنه نمرات ۵-۲۳ بوده است. جدول شماره دو توزیع فراوانی دانشجویان را بر حسب میزان حمایت اجتماعی نشان می‌دهد. از مجموع ۳۷۰ دانشجوی مورد مطالعه، حمایت اجتماعی ۹/۵ درصد دانشجویان در سطح بالا، ۷۰/۲ درصد در سطح متوسط و ۲۰/۳ درصد در سطح پایین بوده است. به طور کلی می‌توان گفت اکثریت دانشجویان از حمایت اجتماعی در سطح متوسطی برخوردار بودند.

جدول شماره ۳: آماره‌های توصیفی علائم جسمانی

ابعاد سلامت روانی	میانگین	انحراف معیار	چولگی	میانه	نما	حداقل	حداکثر
علائم جسمانی	۱۱/۵۲	۴/۳۳	۰/۰۰۳	۱۲	۱۲	۰	۲۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	۹/۷۷	۴/۴۷	۰/۲۹۰	۹	۵	۰	۱۸
اضطراب	۱۲/۲	۵	۰/۱۱۶	۱۱/۵۰	۱۱	۰	۲۱
افسردگی	۱۳/۹۷	۵/۲۸	۰-/۵۷۲	۱۴	۱۴	۰	۲۱
مقیاس کل سلامت روانی	۴۸/۹۷	۱۵/۴۹	۰/۳۱۱	۴۶	۴۲	۱۴	۸۴

توصیف سلامت روانی و ابعاد آن: برای سنجش سلامت روانی دانشجویان از مقیاس ۲۸ سوالی سلامت روانی گلدبرگ (GHQ) استفاده شده است. این آزمون شامل چهار خرده مقیاس علائم جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی می‌باشد. آماره‌های توصیفی این خرده مقیاس‌ها در جدول شماره سه آمده است. میانگین نمرات سلامت روانی ۴۸/۹۷ و میانه آن ۴۶ می‌باشد.

همچنین دامنه نمرات ۱۴-۸۴ بوده است. توزیع فراوانی این متغیر نسبت به توزیع نرمال، به مقدار $0/311$ چولگی مثبت دارد و میزان کشیدگی آن $0/711$ است.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی دانشجویان بر حسب میزان سلامت روانی

میزان سلامت روانی	فراوانی	درصد
بالا (۶۵-۸۴)	۷۳	۱۹/۷
متوسط (۳۴-۶۴)	۲۳۳	۶۳/۰
پایین (۰-۳۳)	۶۴	۱۷/۳
جمع	۳۷۰	۱۰۰

جدول شماره ۴ توزیع فراوانی دانشجویان را بر حسب میزان سلامت روانی نشان می‌دهد. از مجموع ۳۷۰ دانشجوی مورد مطالعه، میزان سلامت روانی ۱۹/۷ درصد دانشجویان در سطح بالا، ۶۳ درصد در سطح متوسط و ۱۷/۳ درصد در سطح پایین بوده است.

جدول شماره ۵: ضرایب همبستگی بین شبکه اجتماعی با سلامت روانی و ابعاد آن

نمره کل سلامت روانی	ابعاد سلامت روانی			متغیر مستقل
	اضطراب	اختلال در کارکرد اجتماعی	علائم جسمانی	
۰/۴۸	۰/۳۲	۰/۳۳	۰/۶۵	همبستگی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۷	شبه sig
۳۷۰	۳۷۰	۳۷۰	۳۷۰	تعداد اجتماعی

آزمون فرضیه اول: بین شبکه اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد.

جدول شماره ۵ مقادیر ضریب همبستگی بین شبکه اجتماعی با سلامت روانی و ابعاد آن در بین دانشجویان را نشان می‌دهد. شبکه اجتماعی با کلیه ابعاد سلامت دارای رابطه معنی داری است اما بیشترین مقدار همبستگی را شبکه اجتماعی با اختلال در کارکرد اجتماعی دارد $r = 0/65$. مقدار ضریب همبستگی بین شبکه اجتماعی و نمره کل سلامت روانی برابر با $r = 0/48$ است. تغییرات این دو متغیر به اندازه متوسط با یکدیگر هم راستا است، یعنی افزایش شبکه روابط اجتماعی به میزان زیادی با افزایش سلامت روانی همراه است.

جدول شماره ۶: ضرایب همبستگی بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی و ابعاد آن

نمره کل سلامت روانی	ابعاد سلامت روانی			متغیر مستقل
	افسردگی	اضطراب	اختلال در کارکرد اجتماعی	
۰/۸۱	۰/۶۵	۰/۶۶	۰/۷۳	همبستگی
۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	حمایت sig
۳۷۰	۳۶۹	۳۷۰	۳۷۰	تعداد اجتماعی

آزمون فرضیه دوم: بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان رابطه مثبت وجود دارد.

جدول شماره ۶ مقادیر ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی و ابعاد آن در بین پاسخگویان را نشان می‌دهد. حمایت اجتماعی با کلیه ابعاد سلامت دارای رابطه معنی داری است اما بیشترین مقدار همبستگی را حمایت اجتماعی با اختلال در کارکرد اجتماعی $r = 0/73$ دارد. در مرتبه بعد اضطراب و افسردگی بالاترین همبستگی را با حمایت اجتماعی دارند (به ترتیب $0/66$ و

۰/۶۵). مقدار ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و نمره کل سلامت روانی برابر با $r = 0/81$ ، یعنی هرچه میزان حمایت اجتماعی بالا رود، سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد.

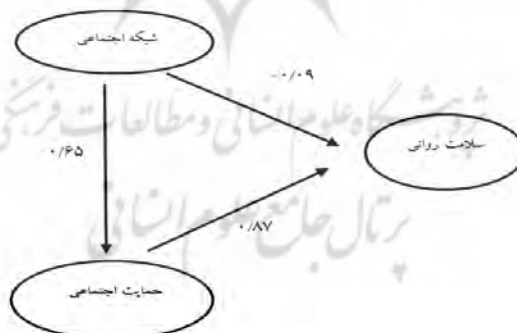
جدول شماره ۷: ضرایب رگرسیونی شبکه و حمایت در پیش بینی سلامت روانی

متغیر مستقل	B	Std.Error	Beta	t	sig
constant	۶/۳۵	۱/۶۶		۳/۸	۰/۰۰
شبکه اجتماعی	- ۰/۳۲	۰/۱۴	- ۰/۰۹	- ۲/۳۲	۰/۰۲
حمایت اجتماعی	۳/۱۷	۰/۱۴	۰/۸۷	۲۱/۹۳	۰/۰۰

تبیین رابطه همزمان شبکه و حمایت اجتماعی با سلامت روانی

با توجه به مدل تحلیلی تحقیق در این قسمت سعی در مقایسه تأثیر مستقیم و غیر مستقیم شبکه اجتماعی بر سلامت روانی داریم. جدول شماره ۷ خروجی رگرسیون چند متغیره بین شبکه و حمایت اجتماعی با سلامت روانی را نشان می‌دهد. اگرچه ضریب همبستگی ساده بین شبکه اجتماعی و سلامت روانی برابر با $0/48$ است اما در تحلیل رگرسیونی چند متغیره به محض وارد شدن همزمان شبکه به همراه حمایت اجتماعی این مقدار به $0/09$ کاهش می‌یابد.

آزمون فرضیه سوم: به نظر می‌رسد شبکه اجتماعی از طریق حمایت اجتماعی تأثیر غیر مستقیم معنی داری بر سلامت روانی دارد. نمودار مسیر زیر نشان دهنده آن است که شبکه اجتماعی به طور مستقیم تأثیر منفی (و ناچیزی) بر سلامت روانی دارد ($0/90$ -) اما با وارد کردن حمایت در مدل و محاسبه تأثیر غیر مستقیم شبکه از طریق حمایت بر سلامت، نحوه تأثیر متغیر شبکه بر سلامت روانی بطور مشخص تر نمایان می‌گردد، به نحوی که میزان تأثیر غیر مستقیم برابر با $0/56$ بدست می‌آید. به بیان دیگر زمانی شبکه اجتماعی در سلامت روانی مؤثر است که حمایت اجتماعی به دنبال داشته باشد.



تأثیر مستقیم شبکه اجتماعی بر سلامت روانی = $0/09$ -

تأثیر غیرمستقیم شبکه اجتماعی بر سلامت روانی = $0/56 = (0/87 \times 0/65)$

کل تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت روانی = $0/47 = -0/09 + 0/56$

بحث و نتیجه گیری

سلامت و بهداشت روانی دانشجویان مسئله‌ای حیاتی است که یکی از دغدغه‌های مسئولین امور دانشجویی و فرهنگی دانشگاه‌ها محسوب می‌شود، چرا که دانشجویان از تأثیر گذار ترین اقشار هر جامعه به شمار می‌آیند که در صورتی ایفاگر نقش تاریخی خود خواهند بود که از سلامت روانی کامل برخوردار باشند. زندگی دانشجویی با تنش‌ها و فشارهای متعددی همراه است که به صورت‌های مختلف سلامت روانی - اجتماعی دانشجویان را تهدید می‌کند. افراد در دوره تحصیلی دانشگاهی در معرض فشار و آسیب پذیری بیشتری قرار دارند؛ به واسطه حضور عوامل بیشتر همچون دوری از خانواده، زندگی در خوابگاه دانشجویی، ورود به

مجموعه بزرگ‌تر و پر تنش، سازگاری با فرهنگ و افراد مختلف، مشکلات اقتصادی و نداشتن درآمد کافی، نوع فعالیت و نقشی که انجام می‌دهند و همچنین انتظارات متعددی که دیگران از آنها دارند و مسئولیتی که این افراد برای خود قائل هستند. نیازهای سلامت جوانان و مخصوصاً دانشجویان در بستر تحولات اجتماعی در سطح جهانی و ملی گویای کاستی‌های چندی است. چرا که در اغلب پژوهش‌های حوزه سلامت، به ابعاد جسمانی و فیزیکی سلامت بیشتر توجه شده و ابعاد روانی و اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی با نقد این گفتمان زیستی - پزشکی توجهات را به ارتباطات و شیوه‌های زندگی مرسوم بین انسان‌ها جلب کردند چرا که معتقدند زندگی سالم‌تر، محصول تعامل اجتماعی بین فردی و محیط اجتماعی - اقتصادی احاطه کننده افراد است. (سرگین و الیتون، ۲۰۰۰: ۴۹۵)

پژوهش حاضر با علم به اهمیت متغیرهای روانی - اجتماعی در حوزه سلامت روانی به بررسی تأثیر شبکه و حمایت اجتماعی بر سلامت روانی در بین دانشجویان دانشگاه تهران پرداخته است. مطالعات انجام شده پیرامون حمایت‌های اجتماعی موجود در شبکه‌های اجتماعی بر این مطلب تمرکز داشته‌اند که هرچه شبکه شخصی وسیع‌تر و متنوع‌تر باشد فرد قدرت مقابله با مشکلات را بیشتر داشته و کمتر در مقابل مشکلات آسیب پذیر است. (ولمن، ۱۹۹۹: ۲۱). در شبکه وقتی از روابط صحبت می‌شود، معمولاً بر پیوندها تأکید می‌شود؛ چون روابط منتج به پیوند می‌گردد و می‌تواند انواع متفاوتی را شامل شود. پیوندهای گوناگون، حمایت‌های اجتماعی متنوعی را برای اعضای شبکه فراهم می‌سازند. به عبارت دیگر با تنوع روابط، افراد به طیف وسیعی از حمایت‌های مختلف دست می‌یابند.

روش تحقیق در مطالعه حاضر پیمایش و تکنیک جمع آوری داده‌ها پرسشنامه می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه تهران هستند که با استفاده از فرمول کوکران ۳۷۰ نفر از آنها به عنوان نمونه آماری تحقیق به روش نمونه گیری احتمالی برگزیده شدند.

نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از آن است که از مجموع ۳۷۰ دانشجوی مورد مطالعه، شبکه اجتماعی ۵/۱ درصد دانشجویان در حد وسیع، ۵۸/۴ درصد متوسط و ۳۶/۵ درصد در حد محدود بوده است. توزیع متغیر حمایت اجتماعی نشان می‌دهد که ۹/۵ درصد دانشجویان در سطح بالا، ۷۰/۲ درصد در سطح متوسط و ۲۰/۳ درصد در سطح پایین بوده است. به طور کلی می‌توان گفت اکثریت دانشجویان مورد مطالعه، میزان سلامت روانی ۱۹/۷ درصد دانشجویان در سطح بالا، ۶۳ درصد در سطح متوسط و ۱۷/۳ درصد در سطح پایین بوده است.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول حاکی از آن است که شبکه اجتماعی با کلیه ابعاد سلامت دارای رابطه معنی داری است. اما بیشترین مقدار همبستگی را حمایت اجتماعی با اختلال در کارکرد اجتماعی دارد $r = 0/65$ ، مقدار ضریب همبستگی بین شبکه اجتماعی و نمره کل سلامت روانی برابر با $r = 0/48$ است یعنی هرچه دامنه شبکه اجتماعی پیرامون افراد بالا رود، سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد.

این یافته با تحقیقات خیرالله پور (۱۳۸۳) و کامران و ارشادی (۱۳۹۳) تریبا همسو است. خیرالله پور (۱۳۸۳) تأثیر عوامل اجتماعی و سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های بررسی او نشان می‌دهد که بین شرایط اقتصادی و اجتماعی و عناصر سرمایه اجتماعی با سلامت روانی رابطه وجود دارد.

کامران و ارشادی (۱۳۹۳) به بررسی تأثیرات روابط اجتماعی که از آن به عنوان سرمایه اجتماعی شبکه نام برده می‌شود، بر سلامت روان (جسمانی، اضطراب، کارکرد، افسردگی) پرداخته‌اند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که هرچه سرمایه اجتماعی بالاتر رود

سلامت روانی بیشتر افزایش پیدا می‌کند. در این حالت زنان انواع زنانه‌تر حمایت اجتماعی (عاطفی) و مردان انواع مردانه‌تر حمایت (مالی، عملی، اطلاع‌رسانی) را فراهم می‌کنند. از طرفی دیگر نحوه ادراکات و نگرش‌های افراد در مورد اعضای شبکه بر سلامت روان آنان مؤثر بوده است.

نتیجه حاصل از آزمون فرضیه دوم نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی با کلیه ابعاد سلامت دارای رابطه معنی‌داری است. اما بیشترین مقدار همبستگی را حمایت اجتماعی با اختلال در کارکرد اجتماعی $r = 0/73$ دارد. در مرتبه بعد اضطراب و افسردگی بالاترین همبستگی را با حمایت اجتماعی دارند (به ترتیب $0/66$ و $0/65$). مقدار ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و نمره کل سلامت روانی برابر با $r = 0/814$ ، یعنی هرچه میزان حمایت اجتماعی بالا رود، سلامت روانی نیز افزایش می‌یابد.

این یافته با تحقیقات محققان دیگر کاملاً همسو است. فوجیتا و کانائوکا (۲۰۰۳) و استیوارت و سولدو (۲۰۱۱) دریافتند که حمایت اجتماعی منجر به سلامت روان می‌شود و پیش‌بین منحصراً 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، ۲۰۰۳). (رجبی و علیبازی) زائو (۲۰۰۶) لئو و جیا (۲۰۰۸) نیز دریافتند که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان همبستگی معنی‌داری وجود دارد. طهماسبی پور و طاهری (۲۰۱۲) نشان دادند که دانشجویان با حمایت اجتماعی بالا از سلامت روان بالاتری برخوردارند. برخورداری از حمایت اجتماعی جهت تعمیق روابط و کاستن از نگرانی‌ها نیز از جمله استراتژی‌های عمده‌ای است که می‌تواند در بهبود سطح سلامت روان در دوران پراسترس دانشجویی کمک‌کننده باشد.

توجه به تمام ابعاد وجودی انسان (به ویژه دانشجویان به عنوان یک قشر تاثیرگذار) به منظور بهبود و ارتقاء سلامت روان، اهمیت به مقوله حمایت اجتماعی می‌باشد. منظور از حمایت اجتماعی کمک یا حمایتی است که از جانب اعضای شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود. از ویژگی‌های تعلق به شبکه ارتباطی، داشتن تمهیدات متقابل نسبت به یکدیگر است که از عناصر حمایت اجتماعی محسوب می‌گردد.

اگرچه ضریب همبستگی ساده بین شبکه اجتماعی و سلامت روانی برابر با $0/48$ است اما در تحلیل رگرسیونی چند متغیره به محض وارد شدن همزمان شبکه به همراه حمایت اجتماعی این مقدار به $0/09$ - کاهش می‌یابد. به بیان دیگر نوعی همبستگی مستقیم کاذب بین شبکه و سلامت روانی وجود دارد. اجرای تحلیل مسیر نشان می‌دهد که شبکه‌ها از طریق کارکرد حمایتی غیر مستقیم بر سلامت روانی تأثیر معنی‌داری دار قابل توجهی می‌گذارند.

اگرچه شبکه‌های اجتماعی مساوی حمایت‌های اجتماعی نیستند، اما یکی از کارکردهای مهم شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی است. شبکه‌های فردی در مقابل بحران‌های زندگی از افراد حمایت می‌کنند. افراد کمک‌ها و حمایت‌های متنوعی را از اعضای شبکه‌شان دریافت می‌کنند. مطالعات گسترده در مورد حمایت اجتماعی نشان داده است که به طور مشخص خویشاوندان، دوستان، همسایگان و همکاران به عنوان منبع مهمی می‌باشند که می‌توان در صورت نیاز به کمک آن‌ها مراجعه کرد. پیوندهای گوناگون، حمایت‌های اجتماعی مختلفی را برای اعضای شبکه فراهم می‌سازند. به نظر ولمن، منبع حمایت و اینکه چه نوع پیوندهایی، چه نوع حمایتی را فراهم می‌کنند از اهمیت بسزایی برخوردار است. (ولمن، ۱۹۹۲: ۲۱۰).

لذا با توجه به اهمیت نتایج بدست آمده در مورد سلامت روانی دانشجویان، بهتر است در تحقیقات آتی علاوه بر تحلیل شبکه اجتماعی افراد؛ کمیت روابط، کیفیت تعاملات و کنشها و مکانیزم تأثیر آن بر حمایت اجتماعی و سلامت روانی مورد مطالعه قرار گیرد تا بتوان به طور همه جانبه تری به بررسی این موضوع پرداخت. از آنجایی که پیشگیری مقدم بر درمان است، توجه به این نکته ضرورت دارد که برنامه ریزی‌های صحیحی برای تأمین سلامت روانی دانشجویان در دراز مدت صورت گیرد و اقداماتی در جهت آموزش و

ارتقای مهارت‌های زندگی، ارتباطی، مطالعه، مدیریت زمان، برنامه ریزی، مواجهه با استرس و اضطراب و... به طور گسترده انجام شود و برنامه‌های آموزشی بیشتری در سطح مدارس، دانشگاه‌ها و رسانه‌های جمعی بویژه تلویزیون و رادیو در مسائل بهداشت روانی و راهکارهای عملی مقابله با افسردگی و استرس به اجرا درآید تا سطح آگاهی عمومی دانشجویان و بطور عام افراد جامعه در خصوص مسائل مربوط به سلامت روان افزایش یابد.

منابع

- آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۸۷)، جامعه‌شناسی پزشکی. ترجمه محمد توکل، چاپ دوم، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.
- باستانی، سوسن، صالحی هیکویی، مریم (۱۳۸۶). سرمایه اجتماعی شبکه و جنسیت: بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران، نامه علوم اجتماعی، شماره ۹۵-۶۳، صص ۳۰.
- حسین زاده، علی حسین، بهرامی نژاد، زهرا، فروتن کیا، شهرزاد، (۱۳۹۱)، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی - عاطفی و پیوند قوی بر سلامت عمومی (مورد مطالعه دانش آموزان پسر دبیرستان‌های شبانه روزی منطقه سردشت دزفول)، فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی، سال ششم، شماره ۱۷، تابستان. صص ۱۴۳-۱۶۴.
- دورکیم، امیل (۱۳۷۸)، خودکشی، ترجمه نادر سالار زاده امیری، چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی
- رجبی، غلامرضا، علییازی، هوشنگ، جمالی، اصغر، عباسی، قدرت الله، (۱۳۹۴)، بررسی رابطه عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، شماره ۲۱، بهار و تابستان.
- رحمانی خلیلی، احسان، (۱۳۹۴)، بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر شادابی اجتماعی در حضور متغیرهای حمایت اجتماعی و دینداری، مجله مطالعات فرهنگ و ارتباطات، سال شانزدهم، شماره ۳۲، زمستان.
- سارافینو، ادوارد. پ. (۱۳۸۷). روانشناسی سلامت، ترجمه: گروهی از مترجمان؛ زیر نظر الهه میرزایی، چاپ دوم، تهران: رشد.
- شریفیان ثانی، مریم (۱۳۸۴)، مجموعه مقاله‌های سمپوزیوم سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی، چاپ اول، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- صادقی، محمدرضا، کاستنگه، سوزان، رجعی، مریم. (۱۳۷۸)، تأثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی درک شده از سوی منابع حمایتی مختلف و اندازه شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه پرستاری ایران، شماره ۲۲، صص ۱۸-۸
- علیپور، احمد، (۱۳۸۵). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، تابستان، شماره ۱۲، (پیاپی ۴۵)، صص ۱۳۴-۱۳۹.
- فاضلی، محمد، جنادله، علی، طالبیان، امیر، (۱۳۹۲). پارادوکس ایسترلین در سلامت روان: مطالعه تأثیر رفاه مادی و سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی، فصلنامه مسائل اجتماعی ایران، سال چهارم، شماره ۱، تابستان، صص ۲۱۲-۱۸۷.
- کامران، فریدون، ارشادی، خدیجه، (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سرمایه اجتماعی شبکه و سلامت روان، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، تابستان، شماره سوم، صص ۲۹.
- کوکرین، ریموند (۱۳۷۶) مبانی اجتماعی بیماریهای روانی، ترجمه بهمن نجاریان، چاپ اول، تهران: انتشارات رشد.
- محسنی تبریزی، علیرضا، راضی، اشرف، (۱۳۸۶)، رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران، فصلنامه مطالعات جوانان، پاییز و زمستان ۱۳۸۶، شماره ۱۰ و ۱۱. صص ۸۳ تا ۹۶.

- Bastani, Sosan. (2001). Midell Class Community In Tehran: Social Network. PhD. Thesis, University of Toronto. Canada.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium, *Social Science & Medicine* 51, 843-857.
- Berry HI and welsh JA(2010) Social capital and health in Australia: an overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey. *Social Science and Medicine* 70(4): 588-596.
- Berry HI and welsh JA(2010) Social capital and health in Australia: an overview from the household, income and labour dynamics in Australia survey. *Social Science and Medicine* 70(4): 588-596.
- Callaghan P, Morrissey J. social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing*. 1993; 18(6): 203- 210
- Ferlander, S. "2003". The internet, social capital and local community, "Unpublished doctoral dissertation of philosophy. University of Stirling.

- Goldberg DP, Gater R, Saratorius N. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of Mental illness in general health care. *Psychological Medicine* 1997; 27: 191-197.
- Fischer, C. "1982. *To Dwell among Friends*. Berkeley: University of California Press.
- Kay, N., Li, K., Xiou, 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.
- Kawachi, I., & Berkman, F. (2000) "Social Cohesion, Social Capital, and Health", In F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 174–190), New York: Oxford University Press.
- Kurtosi, Z. (2004) "Aspects of Gender in Social Network", *Social Identity, Information and Markets*. Proceeding of Faculty of Economics and Business Administration.
- Lane, R. (2000). "Diminishing Returns to income; Companionship and happiness". *Journal of happiness studies*, No. 1, pp. 103-119.
- 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.
- Lee, J. S., et al. (2004). *Social Support Buffering of Acculturation Stress: A Study of Mental Health Symptoms Among Korean International Students*, *International Of Intercultural Relation*, Vol, 28.
- Miyazaki, T; Ishakawa, T, Nakata, N; Sakurai (2005), T; Association between perceived social support an Th 1 dominance. *Biological Psychology*, 70, 30-37
- O'Brien Caughy, M., O'Campo, P., & Muntaner, C. (2003) "When Being Alone Might be Better: Neighbourhood Poverty, Social Capital, and Child Mental health", *Social Science & Medicine*, 57:227–237.
- Pearce, N., & Davey-Smith, G. (2003) "Is Social Capital the Key to Inequalities in Health?", *American Journal of Public Health*, 93:122– 129.
- Phongsavan P, Chey T, Bauman A, Brooks R, and Silove D (2006) Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults. *Social science and Medicine* 63(10): 2546-2561.
- Rose, R. (2000). "How much dose social capital add to individual health? A survey study of Russians". *Social Science and Medicine*, 51. ack. CEES.
- Sampson, R. J. (2003) "Neighborhood-level Context and Health: Lessons from Sociology", In I. Kawachi, & L. Berkman (Eds.), *Neighborhoods and Health* (pp. 132–146). Oxford: Oxford University Press.
- Schwarzer, Ralf, Knoll, Nina; Rieckmann, Nina (2003) social support. (to appear in: Kaptein, A & einman, j) introduction to health psychology. Oxford, England; Blackwell.
- Sergin, C. & Eliton, S. (2000). *Social Skills Rating: Poor Social Skills Are a Vulnerability Factor in the Development of Psychosocial*, *Human Communication Research*, 26.
- Thompson, S. et al. (2002), "The social and cultural context of the mental health of Filipinas in queensland", *Australian and New zeland, Journal of psychology*, Vol, 36.
- Tunstall, H. V. Z., Shaw, M., & Dorling, D. (2004) "Places and Health", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58: 6–10.
- Turner, B. "2003\$. "Social Capital, SES and health: an individual- level analysis", *Social science & medicine*. No. 50, pp. 619-639.
- Vaux, A.; Phillips, J.; Holley, L.; Thompson, B.; Williams, D. & Stewart, D. (1986). *The Social Support Appraisals (SSA) scale: Studies of reliability and validity*, *American Journal of Community Psychology*, 14(1):195-219.
- Wleeman, B. (ed) (1992). *Network int the Global Village*. Boulder, Co: Westwood.
- Wellman, B. "1992. "Which Type of Ties and Networks Provide What kinds of Social Support?". *Advances in Group Processes*, Vol. 9, pp. 207-235.
- Wellman, B. "1999. *The Network Community: An Introduction*, 1-48 in *Networks in the Global Village*, B. Wellman "ed\$. Boulder, Co: Westwood.
- World Health organization. *Technical report series*, No. 98, *legislation affecting psychiatric treatment*, fourth report of the expert committee on mental health, July 1995
- World federation for Mental Health, October 10 2012, "DEPRESSION: A Global Crisis" *World Mental Health Day*. www.wfmh.org .