

نقش حمایت اجتماعی در سلامت اجتماعی زنان در دوره پس از زایمان

(مورد مطالعه: شهر فاریاب)

سیما منظری توکلی^۱، سوده مقصودی^۲

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۱، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۷)

چکیده

زنان در دوره پس از زایمان، با تغییرات جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی مواجهه می‌شوند که این دگرگونی‌ها باعث تغییر در زندگی فردی و اجتماعی زنان می‌گردد. هدف مقاله حاضر مطالعه نقش حمایت اجتماعی در سلامت اجتماعی زنان در دوره پس از زایمان در شهر فاریاب است. رویکردهای نظری این پژوهش، بر اساس نظریه حمایت اجتماعی کوب، ساراسون و سارافینو و نظریه سلامت-اجتماعی کییز بوده است. مطالعه حاضر به روش پیمایش انجام گرفت. جامعه آماری تحقیق را کلیه زنان زایمان کرده در شهر فاریاب تشکیل داده که از بین آنان ۲۶۰ نفر بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نتایج پژوهش نشان داد، میزان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان مورد مطالعه به ترتیب در حد زیاد و متوسط بوده است. بین خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی بیشترین میانگین به ترتیب مربوط به حمایت مالی و مشارکت اجتماعی بوده است. براساس نتایج به دست آمده بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان در دوران پس از زایمان رابطه معنی‌دار وجود دارد ($t=0/20, P<0/01$). همچنین بین حمایت اجتماعی با مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود داشته است. همبستگی معنادار بین دو متغیر حمایت و سلامت اجتماعی در زنان زایمان کرده به این معنی است که هر چه زنان در این دوره از حمایت-اجتماعی بیشتری برخوردار باشند سلامت اجتماعی شان افزایش می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، دوره پس از زایمان، فاریاب.

مقاله علمی: پژوهشی
Doi: <https://doi.org/10.22034/JSS.2023.552499.1688>

^۱ کارشناس ارشد، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران
manzaritavakoli69@gmail.com

^۲ دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران (نویسنده مسئول)
smaghsoodi@uk.ac.ir

مقدمه و بیان مسئله

حاملگی و دوران پس از آن، با تغییرات روانشناختی و فیزیولوژیک مهمی همراه است که گاهی منجر به بروز اختلالات روانی در زنان می‌شود. اختلالات روانی پس از زایمان، از جمله افسردگی پس از زایمان در صورت بروز، مشکلاتی را برای مادر، نوزاد و حتی سایر افراد خانواده ایجاد می‌کنند (لشکری پور و همکاران، ۱۳۹۰: ۴۰۶). از هر ده زن دست کم یک تن پس از وضع حمل به افسردگی پس از زایمان دچار می‌شود. این بیماری ممکن است در بعضی از افراد با تشدید اختلال روانی همراه باشد. بیماری‌های روانی پس از زایمان، طیف وسیعی دارند که ساده ترین آن‌ها غم و اندوه مادر است؛ به طوری که بیش از ۵۰ تا ۷۵ درصد زنان در روز دوم و سوم پس از زایمان این غم و اندوه را تجربه می‌کنند (گروسی و خداپرست، ۱۳۹۳: ۱۰۴). افسردگی پس از زایمان اختلالی است که اغلب تشخیص داده نمی‌شود و تحت درمان قرار نمی‌گیرد. افسردگی درمان نشده مادر می‌تواند تأثیر منفی بر رشد کودک، پیوند مادر و نوزاد، و خطر اضطراب یا علائم افسردگی در نوزادان در مراحل بعدی زندگی داشته باشد (پاتل و همکاران^۱، ۲۰۱۲: ۵۳۴). یکی از عواملی که می‌تواند سلامتی زنان پس از زایمان را تحت تأثیر قرار دهد، حمایت اجتماعی^۲ است (ابوالقاسم فیروزکوهی و همکاران، ۱۳۹۸). حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان، تمهیدات عمومی جامعه و سایر افراد تعریف شده است (سیدصالحی و همکاران، ۱۴۰۰: ۷۶)؛ و به این موضوع می‌پردازد که فرد در زندگی خود و هنگام مشکلات از هم فکری و کمک‌های اطرفیان خود (خانواده و دوستان و...) بهره مند شود و بتواند با آن‌ها احساس نزدیکی کند (میری و همکاران، ۱۴۰۰: ۴۷). مطالعات گسترده درباره حمایت اجتماعی نشان داده است که خویشاوندان، دوستان، همسایگان و همکاران منابع مهمی هستند که می‌توان در صورت نیاز به آن‌ها مراجعه کرد. افراد حمایت‌های متنوعی را از اعضای شبکه خود دریافت می‌کنند. حمایت‌های اجتماعی، افراد را قادر می‌سازد تا توانایی مقابله با مسائل روزمره و بحران‌های زندگی را داشته باشند و به خوبی آن‌ها را سپری کنند (افشانی و محمدی، ۱۳۹۴: ۵۱). حمایت اجتماعی باعث افزایش طول عمر و بهبود مراقبت‌های بهداشتی و بهبود زندگی زنان پس از زایمان می‌شود. بر این اساس، حمایت اجتماعی می‌تواند تنش‌های عاطفی، روانی زنان را پس از زایمان کاهش دهد و جریان جامعه‌پذیری مجدد آنها را

¹ Patel et al

² Social support

تسهیل کند (گروسی و خداپرست، ۱۳۹۳: ۱۰۵). بنابراین برخورداری از حمایت اجتماعی در این دوره ضرورت دارد. در غیر این صورت نداشتن حمایت‌های لازم باعث حضور کم رنگ فرد در جامعه شده و در نتیجه سلامت اجتماعی افراد به خطر می‌افتد و نسبت به آینده خود احساس ناامنی می‌کند. همچنین این شرایط باعث تغییرات عمده در وضع خانوادگی و موقعیت آن در جامعه می‌شود. بنابراین برخوردار بودن زنان از حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و اطرافیان در بهبودی و سلامت تأثیر گذار است (مقصودی و همکاران، ۱۳۹۶: ۴۵).

امروزه سلامت اجتماعی، به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به شکلی که دیگر، سلامتی فقط در امان بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی برداشت وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح جامعه به شمار می‌رود (جوادی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۴۴). کبیز و لارسون^۱ (۲۰۰۴)، سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن‌هاست تعریف می‌کند (ابراهیم نجف آبادی، ۱۳۹۰: ۱۰۰). وینسترا^۲ (۲۰۰۰) سلامت اجتماعی را اینگونه تعریف می‌کند: «سلامت اجتماعی به مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد در کنار دو بعد جسمی و روانی و همچنین جامعه سالم به مثابه شرایط اجتماعی بهتر است؛ به صورتی که باتوجه به اوضاع فعلی هر جامعه، مصادیق و معناهای عینی متفاوت می‌یابد (شربتیان و ایمنی، ۱۳۹۷: ۱۶۸). سلامت اجتماعی به توانایی فرد در برقراری تعامل مؤثر با اجتماع و دیگران، به منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و محقق کننده نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌شود. سلامت اجتماعی در واقع شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان‌ها، ایجاد روابط مثبت متکی به دیگر افراد جامعه و داشتن روابط سالم است (فیروزبخت و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۸۷). کبیز و شاپیرو^۳ (۲۰۰۴) معتقدند فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را مجموعه‌ای معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که به گروه‌های اجتماعی خود تعلق دارد و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲). اهمیت سلامت اجتماعی در حدی است که افراد برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی

¹ Keyes & Larson

² Veenstra

³ Shapiro & Keyes

کنار بیابند (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۲۸). بر اساس مطالعات انجام شده، حمایت اجتماعی به طور معناداری با سلامتی و سلامت اجتماعی افراد ارتباط دارد (نوربخش و همکاران، ۱۳۹۶؛ عابدی و همکاران، ۱۳۹۹).

یکی از گروه‌هایی که توجه به سلامت اجتماعی آنان مهم است، سلامتی زنانی است که به تازگی زایمان کرده‌اند. در دهه ی اخیر، سلامت زن به عنوان پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در طول چرخه زندگی وی گسترده است و ارتباط بسیار نزدیک و اساسی با شرایط زندگی او دارد. به نظر می‌رسد سلامت زنان به تعاملات پیچیده بین بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی و زمینه تاریخی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی زندگانی زنان بستگی دارد (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۳۵). اغلب زنان در دوره پس از زایمان مشکل مالی داشته و هزینه مربوط به پوشک بچه، شیر خشک و رفت و آمد به مراکز درمانی، موجب فشار بیشتر به آن‌ها می‌شود و در بعضی از موارد زایمان باعث از دست دادن شغل می‌شود که این امر پیامدهای ناگواری از جمله کاهش سلامت اجتماعی زنان در پی دارد. علاوه بر این اندازه شبکه اجتماعی در این دوره به مرور زمان کوچک می‌شود و بیماری زنان، روابط اجتماعی و تعاملاتشان با خانواده، دوستان و آشنایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گرچه برخی از پژوهش‌ها به مشکلات روانی زنان پس از زایمان توجه کرده‌اند، اما هنوز توجه جدی به سلامت اجتماعی زنان پس از زایمان نشده است. هدف مطالعه حاضر مطالعه سلامت اجتماعی زنان در شهر فاریاب است. شهر فاریاب یکی از شهرهای استان کرمان در ایران است؛ که از لحاظ توسعه یافتگی در سطح پایینی قرار دارد (بیون، ۱۳۹۶). فقدان توسعه یافتگی و عدم دسترسی به امکانات (بهداشتی، رفاهی، آموزشی و...) می‌تواند بر سلامتی افراد این جامعه به ویژه زنان تأثیرات نامطلوبی داشته باشد، اینکه زنان این منطقه محروم از ایران پس از زایمان که پدیده فیزیولوژیکی سختی است دوباره به جامعه و روابط اجتماعی باز می‌گردند یا خیر؟ می‌تواند بر سلامت روانی و جسمانی شان تأثیرگذار بوده و رابطه شان با همسر و فرزندان شان را تعیین نماید. اصولاً سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های زندگی اجتماعی روبرو شوند و با آن‌ها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند. اینکه زنان این منطقه چطور با این چالش کنار می‌آیند و چگونه حمایت همسران شان دوباره موجب سلامت اجتماعی شان می‌شود می‌تواند موضوع مهمی باشد. اهمیت این موضوع زمانی دو چندان می‌شود که زنان در

این مناطق از مرد سالاری نهادینه شده رنج می‌برند و کمتر از حمایت همسران خود پس از وقایع زیستی مانند حاملگی و زایمان برخوردارند. پژوهش حاضر به مطالعه نقش حمایت اجتماعی در سلامت اجتماعی زنان در دوره پس از زایمان در شهر فاریاب پرداخته است.

پیشینه تجربی پژوهش

چندین پژوهش در ایران در رابطه با دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی بیماران مختلف یا سایر گروه‌ها صورت گرفته است که به نمونه‌هایی از آنها اشاره می‌شود:

حسینی حاجی بکنده و تقی پور (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار» نشان دادند که هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردارند. همین رابطه بین مؤلفه‌های سه گانه حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی نیز وجود دارد.

نتایج مطالعه میری و همکاران (۱۳۹۸) با عنوان «مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار شهر مشهد» بیانگر این بود که بین متغیرهای حمایت اجتماعی (ابعاد چهارگانه آن)، سن و تحصیلات با سلامت اجتماعی زنان شهر مشهد، رابطه معنادار وجود دارد. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، ۴۷ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی زنان، توسط متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات، تبیین می‌شود.

مقصودی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی «همبستگی حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی در بیماران تحت درمان با همودیالیز در شهر کرمان» پرداختند. یافته‌های این تحقیق نشان داد که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای حمایت عاطفی، حمایت خدماتی-عملی، اطلاعاتی و مالی و علت بیماری رابطه معناداری وجود دارد یعنی هر چه حمایت اجتماعی افزایش پیدا کند سلامت اجتماعی نیز افزایش پیدا می‌یابد.

فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶) در یک مطالعه مروری با عنوان «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی» به این نتیجه رسیدند که مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، درآمد، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، از ارتباط معنی داری با سلامت اجتماعی برخوردار بوده‌اند.

فریدمن و همکاران^۱ (۲۰۲۰) در پژوهشی به بررسی «ارتباط حمایت اجتماعی و افسردگی قبل از زایمان در زنان باردار» پرداختند. نتایج نشان داد که افزایش حمایت اجتماعی ممکن است سلامت روان زنان را در دوران بارداری بهبود بخشد.

کولمل و همکاران^۲ (۲۰۱۷) مطالعه ای با عنوان «بررسی رابطه طولی بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس» انجام داد. شرکت کنندگان در این پژوهش در چهار مقطع زمانی در بیش از ۱۲ ماه مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه طولی آشکاری بین حمایت اجتماعی، انعطاف پذیری و سلامت روانی برای افراد مبتلا به ام اس وجود دارد.

نتایج تحقیق هیو و همکاران^۳ (۲۰۱۴) با عنوان «انواع حمایت اجتماعی و روابط آن با جسم و علائم افسردگی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی» نشان داد که بین حمایت عاطفی با تمام علائم بیماری رابطه وجود دارد.

میلر و دی متئو^۴ (۲۰۱۳) به مطالعه «اهمیت حمایت خانوادگی و اجتماعی و تأثیر آن بر پایداری به درمان دیابت» پرداختند. نتایج به دست آمده نشان داد که حمایت اجتماعی از سوی خانواده به بیماران کمک عملی می کند و می تواند استرس های زندگی را مهار کند.

از یک طرف انجام مطالعات متعدد درباره رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی نشان از اهمیت این موضوع دارد. در این مطالعات به حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی بیماران یا زنان سرپرست خانوار تأکید شده، و توجه کمتری به وضعیت زنان بعد از زایمان شده است. از طرفی دیگر، تا به حال پژوهش مدوتی در رابطه با حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان در شهر فاریاب انجام نشده است. بر این اساس پژوهش حاضر به بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی بین زنان پس از زایمان شهر فاریاب در استان کرمان پرداخته است.

واکاوی ادبیات موضوع

سازمان بهداشت جهانی^۵ برای سلامت انسان سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته است. این سازمان بر این نکته تأکید دارد که سلامت مفهومی چندبعدی است و هیچکدام از ابعاد

¹ Friedman et al

² Koelmel et al

³ Heo et al

⁴ Miller & DiMatteo

⁵ World Health Organization

سلامتی بر دیگری برتری ندارد و امروزه سلامت یک محصول اجتماعی است؛ بنابراین برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست، بلکه از آنجا که انسان در محیطی جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۹۰، ۲۰۴). بلاک و برسلو^۱ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداخته‌اند. آنان مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضا جامعه مترادف دانستند و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند (نوربخش و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۳۹). این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکاران^۲ (۱۹۷۸) مطرح کردند و استدلال آن‌ها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علائم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آن‌ها اعتقاد داشتند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد (نجفی اندرور و همکاران، ۱۴۰۰: ۱۹۸). لارسون^۳ (۱۹۹۳) سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف کرد. سلامت اجتماعی در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (یزدان پناه و نیک ورز، ۱۳۹۴: ۱۰۳).

مهم‌ترین و کامل‌ترین نظریه در زمینه سلامت اجتماعی را کییز مطرح کرده است (نوربخش و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۴۰). از نظر کییز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی به معنای برداشت و گزارش فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت مجموعه‌ای معنادار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک می‌داند. تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهمترین مرحله از سلامت اجتماعی است. در واقع در کنار سلامت به معنای پزشکی آن، جامعه‌نیازمند سلامت اجتماعی به عنوان سازوکار ارتباطی است. به عبارت دیگر سلامت اجتماعی، شامل ویژگی‌هایی همچون شکوفایی اجتماعی^۴، همبستگی

¹ Block & Breslow

² Donald et al

³ Larson

⁴ Social Actualization

اجتماعی^۱، پذیرش اجتماعی^۲، مشارکت اجتماعی^۳ و انسجام اجتماعی^۴ است که باعث می‌شود مردم و نظام سلامت به نوعی با یکدیگر پیوند بخورند (امیدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۷۲).

از نظر برکمن و سیم^۵ (۱۹۷۹) سلامتی فرد تحت تأثیر حمایت اجتماعی است که از اطرافیانش دریافت می‌کند. کوب^۶ (۱۹۷۶) حمایت اجتماعی را سازه‌ای چندبعدی می‌داند که ادراک فرد از مورد حمایت قرار گرفتن، دوست داشته شدن و ارزشمند بودن را نشان می‌دهد (غلامی جم و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۲۸). همچنین سارافینو^۷ (۱۹۹۸) حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از مراقبت، احترام یا کمکی که فرد از افراد یا گروه‌های دیگر دریافت می‌کند، می‌داند. وی حمایت اجتماعی را به حمایت عاطفی^۸، حمایت عزتمند^۹، حمایت ابزاری^{۱۰}، حمایت اطلاعاتی^{۱۱} و حمایت همراهی^{۱۲} تقسیم می‌کند (مرهامه و بینتی^{۱۳}، ۲۰۱۶: ۱۵۲).

ساراسون و همکاران^{۱۴} (۱۹۸۳) حمایت اجتماعی را به پنج بعد تقسیم کردند: حمایت عاطفی: داشتن مهارت لازم در کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با مشکلات است. حمایت شبکه اجتماعی: شامل دسترسی به عضویت در شبکه‌های اجتماعی است. حمایت خودارزشمندی: اینکه دیگران در دشواری‌ها یا فشارهای روانی به وی بفهمانند که او فردی ارزشمند است و میتواند با به کارگیری توانایی‌های ویژه خود بر دشواری‌ها چیره شود. حمایت ابزاری: دسترسی داشتن به منابع مالی و خدماتی در سختی‌ها گفته می‌شود. حمایت اطلاعاتی: می‌تواند اطلاعات مورد نیاز خود را برای درک موقعیت به دست آورد (میرمحمدعلی، ۱۳۹۵: ۱۱۲). از نظر برکمن^{۱۵} (۲۰۰۰) حمایت اجتماعی به انواع مختلفی از قبیل حمایت عاطفی، ابزاری، ارزیابانه و اطلاعاتی تقسیم می‌شود. حمایت عاطفی با میزان محبت و علاقه، درک و

¹ Social Coherence

² Social Acceptance

³ Social Contribution

⁴ Social cohesion

⁵ Berkman & Seem

⁶ Cobb

⁷ Sarafino

⁸ Emotional support

⁹ Esteem support

¹⁰ Instrumental support

¹¹ Informational support

¹² Companionship support

¹³ Marhamah & binti

¹⁴ Sarason et al

¹⁵ Berkman

اعتماد و ارزشی که فرد از دیگری دریافت می‌کند مرتبط است. حمایت ابزاری یا اقتصادی به کمک و مساعدت افراد در جهت برطرف کردن نیازهای مادی مربوط می‌شود که به صورت پرداخت پول یا نیروی کار صورت می‌گیرد. حمایت ارزیابانه که به کمک برای تصمیم‌گیری، ارائه پیشنهادهای مناسب اشاره می‌کند و حمایت اطلاعاتی با تهیه خبر و اطلاعاتی در مورد برطرف کردن نیازهای خاص مرتبط است (نوریخس و همکاران، ۱۳۹۶: ۲۴۳).

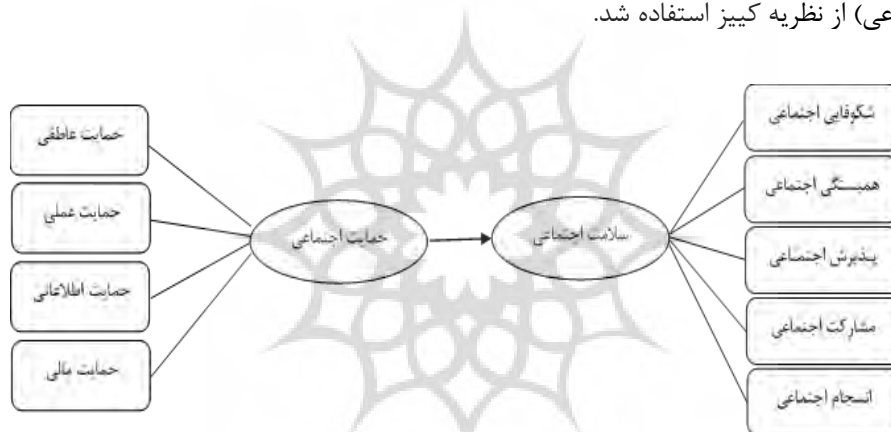
برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی و مقاومت افراد در مواقع فشار زا، دو مدل نظری مطرح شده است: مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر کلی حمایت اجتماعی و مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ی ضربه گیر حمایت اجتماعی. طبق مدل اول نظری برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف نظر از این که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند. این امر، تأثیرات سودمندی بر سلامتی دارد. در مدل دوم، 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 کرده و نقشی تعدیل‌کننده در آثار منفی حوادث استرس زا بازی می‌کند (افشانی و محمدی، ۱۳۹۴: ۵۳).

چهارچوب نظری

حمایت اجتماعی، منابع مادی و معنوی است که شبکه روابط اجتماعی برای فرد، فراهم می‌کند تا برای غلبه بر سختی‌ها از آن بهره‌مند شود (بلوری و همکاران، ۱۳۹۹: ۹۱). رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی، شامل سه دسته حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می‌باشد (مظلومی مقدم و افشانی، ۱۳۹۶: ۱۵). همانطور که گفته شد سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) برای سلامت انسان سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته است. سلامت اجتماعی بیش از مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته بوده و یکی از مفاهیم محوری توسعه پایدار است. سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقا شاخص‌های توسعه انسانی انکارناپذیر است. بنابراین مبارزه با عواملی که این پدیده را تحت تأثیر قرار داده و همچنین باعث نابرابری‌هایی در سلامتی می‌گردند، از اولویت‌های همه افراد جامعه و دولت‌ها محسوب می‌شود (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴: ۸۴). برکمن و سیم^۱ (۱۹۷۹) در رابطه با تأثیر حمایت اجتماعی بر

^۱ Berkman & Seem

سلامتی بیان می‌کنند که هرچه یگانگی فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد (نبوی و همکاران، ۱۳۸۹: ۵). با توجه به نظریات و مطالعات مطرح شده می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی و سلامت با هم در ارتباط هستند. بنابراین در پژوهش حاضر سعی بر آن است، تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت سنجیده شود. برای این سنجش و بررسی متغیر حمایت اجتماعی و ابعاد آن (حمایت عاطفی، عملی، اطلاعاتی و مالی) از نظریات کوب، ساراسون، سارافینو استخراج شد. برای سنجش متغیر سلامت اجتماعی و ابعاد آن (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی) از نظریه کبیز استفاده شد.



شکل ۱- مدل نظری پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

- (۱) به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان پس از زایمان رابطه ای معنی دار وجود دارد.
- (۲) به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی زنان پس از زایمان رابطه ای معنی دار وجود دارد.
- (۳) به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و انسجام اجتماعی زنان پس از زایمان رابطه ای معنی دار وجود دارد.

(۴) به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و پذیرش اجتماعی زنان پس از زایمان رابطه ای معنی دار وجود دارد.

(۵) به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی زنان پس از زایمان رابطه ای معنی دار وجود دارد.

(۶) به نظر می‌رسد بین حمایت اجتماعی و انطباق اجتماعی زنان پس از زایمان رابطه ای معنی دار وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش پیمایش انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش شامل زنان زایمان کرده شهر فاریاب بود. بر اساس آماری که از مراکز بهداشتی - درمانی بدست آمد تعداد زنان پس از زایمان در شهر فاریاب در سال ۱۳۹۹ حدود ۸۰۰ نفر بود که بر اساس فرمول نمونه گیری کوکران تعداد نمونه ۲۶۰ نفر به عنوان نمونه برآورد شد. شیوه نمونه گیری تحقیق، نمونه گیری در دسترس بود. در مطالعه حاضر معیار ورود و خروج به مطالعه تمایل و عدم تمایل نمونه‌ها جهت شرکت در مطالعه بوده است؛ بدین صورت که بعد از توضیح کامل هدف پژوهش و رضایت کامل پاسخگو، پرسشنامه در اختیار افراد قرار داده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت اجتماعی صفاری نیا (۱۳۹۱) و پرسشنامه حمایت اجتماعی محقق ساخته استفاده شد؛ که در اینجا به ذکر مشخصات آن دو اشاره می‌شود:

برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی صفاری نیا (۱۳۹۳) استفاده شد. این پرسشنامه بر اساس دیدگاه کییز و شاپیرو (۲۰۰۴) طراحی شده است؛ مشتمل ۲۸ گویه و پنج خرده مقیاس (شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) بود. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۵ و ۰/۷۷ به دست آمده که میزان رضایت بخشی است (صفاری نیا، ۱۳۹۳).

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه محقق ساخته، استفاده شد. برای تدوین این پرسشنامه از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی شربورن و استوارت (۱۹۹۱) و پرسشنامه گروسی (۱۳۹۱) کمک گرفته شد. پرسشنامه مذکور دارای ۴۲ گویه و چهار خرده مقیاس (حمایت عاطفی، عملی، اطلاعاتی و مالی) بود.

تعریف متغیرها

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی یعنی احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن در شرایط مورد نیاز است؛ در واقع به این طریق برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می‌آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی این روابط است (ووثوقی و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۴۳). این شاخص از چهار خرده‌مقیاس، حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و مالی تشکیل شد.

۱- حمایت عاطفی: به معنی در دسترس داشتن فرد برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز است ۲- حمایت عملی: به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌گردد ۳- حمایت اطلاعاتی: به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران را شامل می‌شود (سراوانی، ۱۳۹۳: ۱۰). ۴- حمایت مالی: به تهیه و تدارک کمک‌های مالی و منابع مادی و خدمات مورد نیاز اطلاق می‌شود. از طریق این حمایت هم می‌توان مشکلات مادی و اثرات استرس‌زای آن را کاهش داد (مجدنیا، ۱۳۹۵: ۴۰).

در پژوهش‌های زیادی ثابت شده که زنان پس از زایمان نیاز به ترمیم جسمی و روانی دارند. علاوه بر این بایستی بلافاصله خود را برای نقش مادری شبانه‌روزی و بی‌وقفه آماده سازند لذا لازم است مردان به موارد زیر توجه کنند: مشارکت بیشتر در انجام کارهای منزل، تعویض پوشک و نظافت نوزاد، به تعویق انداختن رابطه جنسی و تأکید بیشتر بر نوازش و حمایت عاطفی، قدردانی و تشکر از زحمات مادر، درک زودرنجی و بدخلقی مادر بعد از زایمان، حمایت مالی از او و کسب اطلاعات بچه‌داری از طرق مختلف و ارائه به مادر تازه‌زایمان کرده.

سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که مربوط به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جوامعی است که در آن زندگی می‌کند و عواملی که در کنار یکدیگر نشانگر کمیت و کیفیت عمل افراد در زندگی اجتماعی است (مالکی و همکاران، ۱۳۹۹: ۴۱). این شاخص از پنج خرده‌مقیاس، انسجام اجتماعی، پیوستگی (انطباق) اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی تشکیل شد.

۱- شکوفایی اجتماعی: شکوفایی اجتماعی به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به این که جامعه پتانسیل رشد مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به صورت بالفعل در آورد. ۲- انسجام اجتماعی: انسجام یا همان

همبستگی اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد است. ۳- پیوستگی (انطباق) اجتماعی: انطباق اجتماعی یعنی اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. دانستن و علاقمند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن. ۴- مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. ۵- پذیرش اجتماعی: داشتن گرایش مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرش افراد علی‌رغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آنها است (تاج‌الدین، ۱۳۹۶: ۷۴).

روایی ابزار سنجش

در این پژوهش از اعتبار صوری (استفاده از نظرات و تجربیات صاحب‌نظران) بهره گرفته شد. برای اطمینان از قابلیت اعتماد پرسشنامه‌ها و تعیین پایایی نیز تعداد ۳۰ پرسشنامه مقدماتی تکمیل و با استفاده از نرم افزار SPSS، ضریب همبستگی درونی گویه‌ها به روش آلفای کرونباخ گرفته شد. همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد مقدار کرونباخ متغیرها قابل قبول است.

جدول ۱. پایایی متغیرهای مورد بررسی

مقدار آلفا	تعداد گویه‌ها	متغیر
۰/۹۱	۵	حمایت عاطفی
۰/۷۹	۱۱	حمایت عملی
۰/۸۶	۴	حمایت اطلاعاتی
۰/۹۱	۵	حمایت مالی
۰/۸۲	۸	انسجام اجتماعی
۰/۷۵	۴	همبستگی اجتماعی
۰/۷۸	۵	مشارکت اجتماعی
۰/۷۷	۳	پذیرش اجتماعی
۰/۸۰	۸	شکوفایی اجتماعی

یافته‌های پژوهش

یافته‌ها نشان داد که زنان با تحصیلات دیپلم (۳۸/۵٪)، تحصیلات همسر ابتدایی و سیکل (۴۳/۸٪)، تعداد فرزندان یک نفر (۳۴/۶٪) و نوع زایمان طبیعی (۷۰/۴٪) بیشترین تعداد را تشکیل می‌دادند (جدول ۲).

جدول ۲. فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی زنان مورد مطالعه

متغیر	ابعاد	فراوانی	درصد
تحصیلات زنان	بی سواد	۱۳	۰/۵
	ابتدایی و سیکل	۸۲	۳۱/۵
	دیپلم	۱۰۰	۳۸/۵
	فوق دیپلم	۱۷	۶/۵
	لیسانس و بالاتر	۴۸	۱۸/۵
تحصیلات همسر	بی سواد	۱۱	۲/۴
	ابتدایی و سیکل	۱۱۴	۴۳/۸
	دیپلم	۸۳	۳۱/۹
	فوق دیپلم	۱۵	۵/۸
	لیسانس و بالاتر	۳۷	۱۴/۳
تعداد فرزندان	یک	۹۰	۳۴/۶
	دو	۸۶	۳۳/۱
	سه	۵۴	۲۰/۸
	چهار و بیشتر	۲۷	۴/۱۰
نوع زایمان	طبیعی	۱۸۳	۷۰/۴
	سزارین	۷۷	۶/۲۹

متغیر سلامت اجتماعی در تحقیق حاضر دارای پنج مولفه همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی بود که میانگین مرکب این مولفه‌ها به ترتیب ۲/۹۲، ۲/۳۶، ۳/۷۳، ۳/۳۷ و ۲/۸۹ بود؛ از بین این مولفه‌ها بیشترین میانگین به مولفه ی مشارکت اجتماعی و کمترین میانگین به مولفه انسجام اجتماعی اختصاص داشت. به نظر می‌رسد زنان بیشتر مایلند، پس از زایمان به مشارکت اجتماعی بپردازند. در واقع در دوران حاملگی احساس منفعل بودن داشته اند لذا مایلند دوباره به جامعه باز گشته و فعالتر عمل کرده و مفید واقع شوند.

متغیر حمایت اجتماعی در تحقیق حاضر دارای چهار مولفه حمایت مالی، حمایت عاطفی، حمایت عملی و حمایت اطلاعاتی بود که میانگین مرکب این مولفه‌ها به ترتیب ۳/۸۱، ۳/۷۴، ۳/۷۶ و ۳/۷۲ بود (جدول ۳)؛ از بین این مولفه‌ها بیشترین میانگین به مولفه حمایت مالی و کمترین میانگین به مولفه ی حمایت اطلاعاتی اختصاص داشت هر چند این تفاوت ناچیز بود.

این نتایج حاکی از آن است که زنان بیش از هر حمایت دیگری از سوی همسران شان، حمایت مالی دریافت می‌کنند این در حالی است که حمایت عاطفی که زنان به شدت پس از زایمان شان به آن نیاز دارند که کمتر از سوی همسران شان دریافت می‌کنند.

میزان حمایت اجتماعی براساس سطح تحصیلات زنان تفاوت معناداری دارد و میانگین حمایت اجتماعی از کسانی که دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر هستند از سایر سطوح تحصیلی بیشتر است. همچنین میزان کسب حمایت اجتماعی در بین پاسخ‌گویان از لحاظ وضعیت تحصیلات همسر تفاوت معنی‌دار دارد. به این صورت که میانگین حمایت اجتماعی دریافتی در بین زنانی از که همسرانشان دارای تحصیلات فوق دیپلم هستند از سایر سطوح تحصیلی بیشتر است. لازم به ذکر است؛ میزان کسب حمایت اجتماعی در بین زنان برحسب تعداد فرزندان و نوع زایمان تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سلامت اجتماعی کل	۲/۹۴	۰/۴۷
انسجام اجتماعی	۲/۳۶	۰/۶۸
همبستگی اجتماعی	۲/۹۲	۰/۷۷
مشارکت اجتماعی	۳/۷۳	۰/۷۴
پذیرش اجتماعی	۳/۳۷	۰/۸۰
شکوفایی اجتماعی	۲/۸۹	۰/۷۵
حمایت اجتماعی کل	۳/۷۵	۰/۸۰
حمایت عاطفی	۳/۷۴	۰/۹۲
حمایت عملی	۳/۷۶	۰/۹۳
حمایت اطلاعاتی	۳/۷۲	۰/۹۶
حمایت مالی	۳/۸۱	۱/۱۶

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد نمره کل سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی، به سه طبقه کم، متوسط و زیاد تقسیم و از آزمون نیکویی برازش کای اسکوئر، استفاده شد. با توجه به اینکه مقدار این آزمون برای متغیر حمایت اجتماعی برابر با ۱۰۴/۵۹ و برای متغیر سلامت اجتماعی برابر با ۲۲۱/۳۶ بدست آمد و با توجه به سطح معناداری این آزمون ($p < 0.01$) معلوم

شد که بین فراوانی مشاهده شده و فراوانی مورد انتظار تفاوت معنادار وجود داشت (یا میزان سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی از زنان، در رده‌های مختلف با یکدیگر تفاوت معنادار داشت). میزان حمایت اجتماعی اکثر زنان نمونه ی حاضر (۵۵/۸ درصد) در حد زیاد بود و میزان سلامت اجتماعی در اکثر زنان نمونه حاضر (۷۵/۸ درصد) در حد متوسط بود.

جدول ۴. توزیع فراوانی و آماره مربع کای برای بررسی میزان حمایت اجتماعی و

سلامت اجتماعی در زنان

متغیر	میزان	Fo (%)	Fe	آماره مربع کای	df	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	کم	۱۳ (۵)	۸۶/۷	۱۰۴/۵۹	۲	۰/۰۰۰
	متوسط	۱۰۲ (۳۹/۲)	۸۶/۷			
	زیاد	۱۴۵ (۵۵/۸)	۸۶/۷			
سلامت اجتماعی	کم	۵۳ (۲۰/۴)	۸۶/۷	۲۲۱/۳۶	۲	۰/۰۰۰
	متوسط	۱۹۷ (۷۵/۸)	۸۶/۷			
	زیاد	۱۰ (۳/۸)	۸۶/۷			

آزمون فرضیه ها

بر اساس نتایج جدول ۵، می‌توان گفت بین حمایت اجتماعی از زنان در دوران پس از زایمان با سلامت اجتماعی آنها، رابطه ی معنادار وجود دارد ($t=0/20, P<0/01$). که با توجه به جهت این رابطه، می‌توان نتیجه گرفت هر چقدر حمایت اجتماعی در دوران پس از زایمان از زنان فاریاب بیشتر شود، سلامت اجتماعی نیز در آنان بیشتر خواهد شد و بالعکس. همچنین برای بررسی رابطه حمایت اجتماعی با ابعاد سلامت اجتماعی از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده با بیش از ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت بین حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی و نیز بین حمایت اجتماعی و پذیرش اجتماعی زنان فاریاب در دوران پس از زایمان شان، رابطه ای معنادار وجود دارد و با توجه به جهت این روابط، می‌توان گفت با افزایش حمایت اجتماعی، میزان مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی زنان در دوران پس از زایمان افزایش می‌یابد.

جدول ۵. همبستگی بین متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن

تعداد	سطح معناداری	ضریب همبستگی پیرسون	متغیر
۲۶۰	۰/۰۰۰	۰/۲۰	سلامت اجتماعی
	۰/۰۵۱	۰/۱۲	همبستگی اجتماعی
	۰/۹۵	۰/۰۰۴	انسجام اجتماعی
	۰/۰۰۰	۰/۲۸	مشارکت اجتماعی
	۰/۰۰۱	۰/۲۰	پذیرش اجتماعی
	۰/۰۵۳	۰/۱۲	شکوفایی اجتماعی

در این بخش، برای مطالعه تأثیر متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد تا میزان اهمیت یا تأثیر خالصی که هر کدام از متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی دارد مشخص شود.

در این مدل رگرسیونی متغیرهای مستقل وارد شده عبارتند از: حمایت اجتماعی و متغیرهای زمینه‌ای (سطح تحصیلات و تحصیلات همسر). در حقیقت از این مرحله به بعد، متغیرهایی که معنی دار نیستند و یا تأثیر زیادی بر ضریب تعیین ندارند از معادله خارج می‌شوند چون هدف رسیدن به بهترین مدل که در برگیرنده متغیرهایی که تأثیر بیشتری بر روی متغیر وابسته دارند، است. با توجه به آزمون معنی داری تی، از بین متغیرهای مستقل مؤثر بر سلامت اجتماعی؛ متغیر حمایت اجتماعی تأثیرگذار می‌باشد. همان گونه که در ستون بتای تعدیل شده مشخص است، مقدار این ضرایب برای متغیر حمایت اجتماعی (۰/۲۱) است. بنابراین، متغیر حمایت اجتماعی قدرت پیش بینی سلامت اجتماعی را دارد. ضریب تعیین به دست آمده نشان می‌دهد که ۲۵ درصد از واریانس متغیر میزان سلامت اجتماعی به وسیله متغیرهای مستقل موجود در معادله تبیین می‌شود.

جدول ۶. متغیرهای درون معادله برای پیش بینی سلامت اجتماعی

R^2_{adj}	R^2	R	سطح معناداری	کمیت تی	بتای تعدیل شده	بتا	متغیرهای پیش بین
۰/۲۴۹	۰/۲۵	۰/۵۰	۰/۰۰۰	۷/۱۸۲	-	۳۵/۴۶	عدد ثابت
			۰/۰۰۱	۳/۲۶	۰/۲۱	۰/۲۲	حمایت اجتماعی
			۰/۰۴۵	۲/۰۱۴	۰/۱۱۴	۰/۱۰۳	تحصیلات زنان
			۰/۷۵۴	۰/۳۱۴	۰/۰۱۸	۰/۰۱۲	تحصیلات همسر

نتیجه گیری

دوران پس از زایمان، از زمان زایمان تا ۴۲ روز اول پس از آن است و یک دوره حیاتی برای سلامت مادران و نوزادان محسوب می‌شود هر چند بارداری روندی فیزیولوژیک است اما ممکن است در سیر بارداری یا در مرحله زایمان و پس از آن مسائلی بروز کند که اگر اقدام لازم و به موقع و صحیح برای برطرف کردن آنها انجام نشود، می‌تواند منجر به مرگ و میر مادر و نوزاد شود. در حقیقت، هدف اصلی مراقبت پس از زایمان پیشگیری و تشخیص زودهنگام عوارض در این دوره است. بنابراین، خدمات مراقبتی پس از زایمان می‌تواند مهم ترین عامل در پیشگیری از پیامدهای ناخواسته مادری و نوزادی باشد (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۸: ۳۴۵). بنابراین هدف از این مطالعه، بررسی همبستگی حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی در زنان شهر فاریاب در دوره پس از زایمان بود.

یافته‌های به دست آمده حاکی از آن بود که، میزان حمایت اجتماعی در اکثر زنان در حد زیاد و میزان سلامت اجتماعی در اکثر زنان در حد متوسط بود. علاوه بر این، از بین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی بیشترین میانگین مربوط به مؤلفه مشارکت اجتماعی و کمترین میانگین به مؤلفه انسجام اجتماعی بود. با توجه به اقتصاد کشاورزی شهر فاریاب زنان مجبورند برای رفع مایحتاج زندگی شان شانه به شانه در کنار همسرانشان به فعالیت‌هایی مانند فعالیت کشاورزی و دامپروری بپردازند و اندکی پس از زایمان به مشارکت در این فعالیت‌ها روی می‌آورند. اما وجود تبعیض‌های جنسیتی حاکم بر منطقه، باعث شده که این تفکر در بین زنان رواج یابد که به این جامعه تعلق ندارند و با زایمان و مشکلات پس از آن این تفکر تقویت شده و سبب کاهش انسجام اجتماعی در بین زنان پس از زایمان شده است. همچنین از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی بیشترین میانگین به مؤلفه حمایت مالی و کمترین میانگین به مؤلفه حمایت اطلاعاتی اختصاص داشت. به نظر می‌رسد که زنان پس از زایمان می‌توانستند روی حمایت مالی همسرشان حساب کنند اما در زمینه کسب و جمع‌آوری اطلاعات مربوط به مراقبت‌های پس از زایمان و یا کسب مهر و محبت دچار کمبود بودند. در واقع طبق نمرات میانگین‌ها و نتایج حاصل از گویه‌ها می‌توان گفت که مردان به نسبت حمایت مالی، خود را چندان مقید به حمایت اطلاعاتی و عاطفی نمی‌دانستند. البته شاید این امر به این دلیل باشد که خود نیز با نقش جدیدی مواجه شده بودند که از الزامات و انتظاراتش بی‌اطلاع بودند. علاوه بر این در فرهنگی پرورش پیدا کرده اند که نه تنها به این نوع از حمایت‌ها چندان توجهی نمی‌شود بلکه توجه به آنها بار منفی نیز برای مردان محسوب می‌شوند.

نتایج تحقیق حاکی از آن بود که بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان پس از زایمان در شهر فاریاب رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. بدین معنی که هر چه زنان از میزان حمایت اجتماعی بالایی برخوردار باشند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالایی نیز برخوردار می‌شوند و بالعکس. این یافته با نتایج پژوهش عاطفی هنزنی و همکاران (۱۴۰۰)، حسینی حاجی بکنده و تقی پور (۱۳۹۸)، میری و همکاران (۱۳۹۸)، مقصودی و همکاران (۱۳۹۶)، حیدرخانی و همکاران (۱۳۹۵) و زاهدی اصل و صلاح الدین (۱۳۹۳) که رابطه حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی در سایر گروه‌های زنان بررسی کرده بودند، هماهنگ بود. همچنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی توانایی پیش بینی سلامت اجتماعی را دارد. بر اساس نتایج مطالعات پیشین افراد با زایمان طبیعی بعد از زایمان، مشکلات فراوانی مانند کمردرد، بی اختیاری ادراری، عفونت دستگاه ادراری و غم و اندوه و افراد با زایمان سزارین، مشکلات خواب در هر سه مقطع زمانی، یبوست، خستگی، عوارض ناشی از بیهوشی و مشکلات شیردهی را تجربه می‌کنند. به طور کلی فراوانی مشکلات سلامتی در دوره بعد از زایمان بالا است (روحی و محمد علیزاده چزندابی، ۱۳۹۱: ۲۸). گاهی اوقات این مشکلات با حمایت نامناسب یا فقدان حمایت از سوی خانواده و آشنایان مضاعف و منجر به مشکلات دیگری مانند افسردگی، ناامیدی، احساس بی ارزشی و گناه و افکار خودکشی پس از زایمان می‌شود (ایرانی فرد و همکاران، ۱۳۹۸: ۵۱۸؛ اسوایی و همکاران^۱، ۲۰۱۵: ۵۸). بنابراین با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر برای جلوگیری از بروز چنین مشکلاتی و حفظ سلامت اجتماعی زنان لازم است اطرافیان به ویژه خانواده ی آنان، به نیازها و مشکلات سلامتی زنان در این دوران توجه بیشتری داشته باشند؛ و از آن‌ها به طور همه جانبه حمایت کنند. در این صورت سلامت اجتماعی آن‌ها بهبود می‌یابد. این موضوع لحاظ نظری با نظریات کپییز (۲۰۰۴)، سارافینو (۱۹۹۸) و با مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی هم خوانی داشت. بر اساس این مدل، هرچه حمایت اجتماعی فرد بیشتر باشد، او از سلامتی بیشتری برخوردار است. از این رو سلامتی متأثر از میزان داشتن حمایت اجتماعی است. در مدل تأثیر مستقیم، سلامتی تابعی از حمایت اجتماعی است به نحوی که افراد دارای حمایت اجتماعی باشند، از سلامت روان و سلامت جسمانی برخوردارند. بنابراین اینگونه می‌توان بیان کرد که با افزایش میزان توجه و حمایت نسبت به زنانی که دوران پس از زایمان خود را طی می‌کنند می‌توان از بروز بسیاری از آسیب‌هایی که در این دوره ممکن است

¹ Aswathi et al

برای زنان ایجاد شود مانند افسردگی‌های پس از زایمان، جلوگیری کرد و باعث افزایش سلامت اجتماعی آن‌ها شد.

طبق یافته‌های به دست آمده هر چقدر حمایت اجتماعی در دوران پس از زایمان زنان فاریاب بیشتر شود، مشارکت اجتماعی نیز در آنان بیشتر خواهد شد. این یافته با نتایج پژوهش‌های لی و همکاران^۱ (۲۰۱۸) و پین و اسپینی^۲ (۲۰۱۶) هماهنگ بود. براساس نتیجه به دست آمده در مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت، در صورتی که زنان پس از زایمان حمایت کافی از سوی اطرافیان و خانواده‌هایشان دریافت کنند، خودشان را عضو ارزشمندی از اجتماع می‌دانند و ارزیابی مثبتی از توانایی‌ها و عملکردهای اجتماعی خود دارند که باید به فعالیت‌ها و نقش‌های خود در جامعه عمل کنند و بنابراین، میزان مشارکت اجتماعی آن‌ها افزایش می‌یابد.

همچنین نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که هر چقدر حمایت اجتماعی در دوران پس از زایمان زنان فاریاب بیشتر شود، پذیرش اجتماعی نیز در آنان بیشتر خواهد شد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، عاطفی هنزنی و همکاران (۱۴۰۰) و صمدی فرد و نریمانی (۱۳۹۶) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی و پذیرش اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند در پذیرش خود، نگرش مثبت و احساس مطلوب و خوشایندی در مورد خود دارند و با وجود ضعف‌هایی که دارند همه جنبه‌های خود را می‌پذیرند. در پذیرش اجتماعی فرد، افراد را علی‌رغم برخی رفتارهای سردرگم کننده و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد لازم به ذکر است که بین حمایت اجتماعی با همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی و شکوفایی اجتماعی از زنان فاریاب در دوران پس از زایمانشان، رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد.

طبق نتایج این پژوهش هر چه میزان حمایت اجتماعی زنان پس از زایمان بیشتر باشد، میزان سلامت اجتماعی افراد نیز بیشتر شده و می‌توانند راحت‌تر در جامعه حضور فعال داشته باشند. تأسیس بخش ویژه‌ای به نام سلامت اجتماعی زنان پس از زایمان در کلینیک‌های درمانی و برگزاری کارگاه‌هایی جهت آگاهی خانواده به خصوص همسران و والدین برای افزایش صمیمیت و نحوه کنار آمدن با این دوره از جمله توصیه‌ها و برنامه‌های مداخله‌ای پیشنهاد می‌شود.

^۱ Li et al

^۲ Pin & Spini

منابع

- ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم (۱۳۹۰). «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله ی شهر اصفهان با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی»، *فصلنامه سلامت روان شناسی*، ۱(۲): ۹۹-۱۱۳.
- ابوالقاسم فیروزکوهی، فرزانه؛ شریفی، مسعود؛ پورشهریار، حسین و شکری، امید (۱۳۹۸). «حمایت- اجتماعی ادراک شده و افسردگی پس از زایمان با نقش واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای»، *مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان*، ۱۷(۳): ۵۷-۸۶.
- افشانی، سید علیرضا و محمدی، نفیسه (۱۳۹۴). «رابطه سرمایه اجتماعی و حمایت اجتماعی در بین بیماران مبتلا به دیابت در شهر یزد». *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۶: ۷۴-۴۲.
- امیدی، مصطفی؛ حقیقتیان، منصور و هاشمیان فر، سید علی (۱۳۹۷). «تحلیلی بر نقش سلامت اجتماعی در افزایش رضایت از زندگی (مورد مطالعه: استان اصفهان)»، *فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی*، ۷(۱): ۱۷۱-۱۹۱.
- امینی رارانی، مصطفی؛ موسوی، میر طاهر و رفیعی، حسن (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت- اجتماعی در ایران»، *رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۲): ۲۰۳-۲۲۸.
- ایرانی فرد، الناز؛ اکبری، ناهید و منتظری، علی (۱۳۹۸). «تأثیر حمایت اجتماعی درک شده بر پیامدهای زایمانی مادران آسیب پذیر». *پایش*، ۱۸(۵): ۵۱۷-۵۲۴.
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمد حسن و طوافی، پویا (۱۳۹۴). «مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی (جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال شهرستان ملایر)». *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۲۵: ۲-۳۹.
- بیون، امید (۱۳۹۶). بررسی و تحلیل میزان توسعه‌یافتگی و نابرابری‌های فضایی استان کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته جغرافیا و برنامه ریزی آمایش سرزمین، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، ایران.
- بلوری، مؤگان؛ علیرضائزاد، سهیلا و سوادیان، پروین (۱۳۹۹). «حمایت اجتماعی و بازتعریف هویت زنان همسرزادست‌داده به‌مثابه مادر: مطالعه‌ای در منطقه عباس آباد و افسریه تهران». *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۱۱(۴۵): ۸۱-۱۱۶.
- پورخالقی، نجمه؛ عسکری‌زاده، قاسم و فضیلت پور، مسعود (۱۳۹۶). «پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا: نقش حمایت اجتماعی و نوع زایمان». *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۹(۱): ۱۸-۲۹.
- تاج الدین، محمد باقر (۱۳۹۶). «تعیین کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران»، برنامه- ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۹(۳۲): ۹۶-۶۱.

- جوادی، نازیلا؛ درویش پور، آذر؛ خلیلی، ملاح و براری، فاطمه (۱۳۹۵). «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۴». پژوهش در پزشکی، ۴۰(۴)، ۱۴۳-۱۴۸.
- حیدرخانی، هابیل؛ حقیقتیان، منصور؛ قنبری، نوذر و پرندین، شیما (۱۳۹۵). «تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه». مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی، ۵(۲): ۳۱-۵۷.
- حسینی حاجی بکنده، سیداحمد و تقی پور، ملیحه (۱۳۸۹). «بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار». پژوهش اجتماعی، ۳(۷)، ۱۳۹-۱۵۸.
- روحی، مریم؛ عزیزاده، محمد و چرندابی، سکینه (۱۳۹۱). «مشکلات تجربه شده مادران طی سال اول بعد از زایمان و ارتباط آن با نوع زایمان در شهرستان مهاباد سال ۱۳۸۹». مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۵(۲۳): ۲۸-۳۷.
- رستگار، خدیجه و سیدان، فریبا (۱۳۹۴). «سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی». مطالعات ملی، ۱۶(۱): ۸۶-۱۰۷.
- زاهدی اصل، محمد و صالح، صلاح الدین (۱۳۹۳). «حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران». پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱(۱): ۲۰۷-۲۴۴.
- سراوانی، شهره (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی دریافتی از شبکه اجتماعی و کیفیت زندگی در بین اعضای زنان مبتلا به بیماری سرطان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
- سلطانی، فرزانه؛ اسماعیلی، مهری؛ محمدی، یونس و آقابابایی، سودابه (۱۳۹۸). «تأثیر مشاوره قبل از زایمان بر دانش و عملکرد زنان نخست باردار در خصوص مراقبت های پس از زایمان»، مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۲۷(۵): ۳۵۱-۳۴۴.
- سیدصالحی، سپیده؛ حقیقتیان، منصور و چیت ساز، محمدعلی (۱۴۰۰). «بررسی نقش حمایت اجتماعی در سازگاری زناشویی زنان». پژوهش های جامعه شناسی، ۱۵(۴): ۷۵-۹۳.
- شربتیان، محمد حسن و ایمنی، نفیسه (۱۳۹۷). «تحلیل جامعه شناختی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین». جامعه شناسی کاربردی، ۲۹(۱): ۱۶۷-۱۸۸.
- صمدی فرد، حمیدرضا و نریمانی، محمد (۱۳۹۶). «رابطه بین درک تعامل، حمایت و پذیرش اجتماعی با قلدری در مدارس متوسطه پسرانه»، نشریه علمی روانشناسی اجتماعی، ۵(۴۵): ۸۳-۹۴.
- صفاری نیا، مجید (۱۳۹۳). «بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در ساکنین شهر تهران». نشریه پژوهش های روان شناسی اجتماعی، ۱۵: ۴۵.

- عابدی، مرضیه؛ بقایی سرابی، علی؛ موسایی، میثم و قدیمی، بهرام (۱۳۹۹). «مطالعه جامعه‌شناختی رابطه حمایت‌اجتماعی، اعتماد اجتماعی و پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد با سلامت‌اجتماعی زنان». *پژوهش/اجتماعی*، ۱۲(۴۹): ۸۷-۱۱۶.
- عاطفی هنزنی، قربانعلی؛ شکر بیگی، عالیبه و احمدی، امیدعلی (۱۴۰۰). «تدوین مدل سلامت‌اجتماعی براساس حمایت‌اجتماعی و اعتماداجتماعی در زنان سرپرست خانواده». *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۱(۳۴): ۹-۱.
- غلامی جم، فاطمه، تکفلی، مرضیه، کمالی، محمد، اسلامیان، ایوب، علوی، زهره، علی‌نیا، وهاب (۱۳۹۷). «مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به حمایت‌اجتماعی از والد/والدین کودکان دارای معلولیت». *مجله توانبخشی*، ۱۹(۲): ۱۲۶-۱۴۱.
- فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا و خاک رنگین، مریم (۱۳۹۱). «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه». *رفاه اجتماعی*، ۱۲(۱): ۲۲۵-۲۴۳.
- گروسی، سعیده و خداپرست، زهرا (۱۳۹۳). «رابطه حمایت‌اجتماعی عملکردی با چگونگی کیفیت‌زندگی زنان متأهل شهر کرمان پس از زایمان». *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۸(۲): ۱۰۴-۱۲۷.
- گروسی، سعیده؛ صافی‌زاده، حسین و صمدیان، فاطمه (۱۳۹۱). «سالمندان و حمایت‌های اجتماعی و کیفیت‌زندگی: مطالعه موردی در کرمان». *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۱(۳): ۳۰۳-۳۱۵.
- لشکری پور، کبری؛ بخشانی، نورمحمد؛ حکم آبادی، سهیلا؛ سجادی، سیدعلیرضا و صفرزاده‌سراسیابی، آمنه (۱۳۹۰). «بررسی افسردگی پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن: ارزیابی ۴/۵ ماهه». *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۵۲): ۴۰۴-۱۲.
- مالکی، مرضیه؛ جان محمدی، سارا؛ احمدی، زهرا و حقانی، حمید (۱۳۹۹). «سلامت‌اجتماعی و کیفیت‌زندگی در بهورزان شهرستان‌های قروه و دهگلان». *نشریه پرستاری ایران*، ۳۳(۱۲۸): ۵۳-۴۰.
- مجدنیا، شیما (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین حمایت‌اجتماعی و کیفیت‌زندگی کاری کارکنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، ایران.
- مظلومی‌مقدم، امید و افشانی، علیرضا (۱۳۹۶). «مطالعه رابطه حمایت‌اجتماعی با سلامت‌اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه خوارزمی)». *مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، ۱۶(۳۵): ۱۱۱-۱۳۰.
- مقصودی، سوده؛ گروسی، سعیده و خواجویی نژاد، زهرا (۱۳۹۶). «همبستگی حمایت‌اجتماعی با سلامت‌اجتماعی در بیماران تحت درمان با همودیلایز در شهر کرمان». *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۷(۱): ۵۱-۴۴.

- میرمحمدعلی، مرجان دخت (۱۳۹۵). «بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به MS»، پژوهشنامه روانشناسی عدالت، ۱(۲): ۱۲۸-۸.
- میری، هانیه؛ ذوالقدر، خدیجه و قاسمی، عاصمه (۱۴۰۰). «فرا تحلیل سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار و تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت آنها (مورد مطالعه: شهر مشهد)». نشریه علمی روانشناسی اجتماعی، ۹(۶۱): ۴۳-۵۸.
- نبوی، عبدالحسین؛ رضادوست، کریم و بهرامی نژاد، زهرا (۱۳۸۹). «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان»، مجله جامعه شناسی ایران، ۱۰(۴): ۲۷-۱.
- نجفی اندرور، محمدنبی؛ قلی پور، ماجده؛ پهلوان، منوچهر و حیدرآبادی، ابوالقاسم (۱۴۰۰). «رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی در بین مددجویان بهزیستی شهرستان نوشهر». رفاه اجتماعی، ۲۱(۸۲): ۱۸۹-۲۱۸.
- نوربخش، یونس؛ حیدرآبادی، هابیل و محمدی، اصغر (۱۳۹۶). «بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه نشین شهر کرمانشاه». بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۸(۲): ۲۳۳-۲۵۷.
- و ثوقی، منصور؛ مهدوی، محمدصادق و رحمانی خلیلی، احسان (۱۳۹۲). «بررسی تأثیرات جمعی سرمایه‌ی اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی»، بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۴(۲): ۲۶۳-۲۳۵.
- ودادهیر، ابوعلی؛ ساداتی، سیدمحمد هانی و احمدی، بتول (۱۳۸۷). «سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی - پژوهشی بهداشت و سلامت)»، پژوهش- زنان، ۶(۲): ۱۵۵-۱۳۳.
- یزدان پناه، لیلا و نیک‌ورز، طیبه (۱۳۹۴). «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهیدباهنر کرمان»، جامعه شناسی کاربردی، ۲۶(۵۹): ۱۱۶-۹۹.
- Aswathi, A., Rajendiren, S., Nimesh, A., Philip, R. R., Kattimani, S., Jayalakshmi, D. & Dhiman, P. (2015). "High serum testosterone levels during postpartum period are associated with postpartum depression". *Asian journal of psychiatry*, 17, 85-88.
- Friedman, L. E., Gelaye, B., Sanchez, S. E., & Williams, M. A. (2020). "Association of social support and antepartum depression among pregnant women". *Journal of affective disorders*, 264, 201-205.
- Heo, T. A; Lennie, Debra K; Moser, Robert L Kennedy (2014), "Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health- related quality of life in patients with heart failure", *The journal of Acute and Critical care*, 43(4), 299-305.
- Koelmel, E., Hughes, A. J., Alschuler, K. N., & Ehde, D. M. (2017). "Resilience mediates the longitudinal relationships between social support and mental health outcomes in multiple sclerosis". *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(6), 1139-1148.

- Li, C., Jiang, S., Li, N., & Zhang, Q. (2018). "Influence of social participation on life satisfaction and depression among Chinese elderly: Social support as a mediator". *Journal of community psychology*, 46(3), 345-355.
- Marhamah, F., & binti Hamzah, H. (2017). "The relationship between social support and academic stress among first year students at syiah kuala university". *Psikoislamedia: Jurnal Psikologi*, 1(1): 149-172.
- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). "Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy". *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 421-426.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(2), 534-542.
- Pin, S., & Spini, D. (2016). "Impact of falling on social participation and social support trajectories in a middle-aged and elderly European sample". *SSM-population health*, 2, 382-389.

