

مطالعه رابطه حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه خوارزمی)

امید مظلومی مقدم^۱

سید علیرضا افشانی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۳/۱۶

انسان، موجودی اجتماعی است و از روی غریزه و فطرت خود به دنبال برقرار کردن ارتباط با سایر هم نوعان خود است تا از این طریق، خود را در زیر چتر حمایتی آن ها قرار دهد و از مزیت های با هم بودن بهره و نصیبی ببرد. افراد از طریق پیوند و اتصال به شبکه ها و گروه های مختلف در جامعه- اعم از رسمی و غیر رسمی- و ارتباط نزدیک با اعضای این شبکه ها می توانند از توجه و حمایت آن ها برخوردار شوند، از احساس انزوا و تک افتادگی رهایی یابند و به عنوان یک شهروند آگاه و مسئول، در وهله اول سلامت خود و اطرافیان و در وهله بعدی، سلامت یک جامعه را تضمین کنند. به این منظور و جهت پی بردن به تاثیر چنین حمایت هایی که یک شخص از پیوندهای اطراف خود می گیرد بر سلامت اجتماعی اش، ۳۶۱ نفر از دانشجویان دانشگاه خوارزمی تهران به شیوه طبقه ای متناسب و با ابزار پرسش نامه مورد پیمایش قرار گرفتند. یافته ها بیان گر آن است که ارتباط معنادار و مستقیمی بین دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد. ضریب همبستگی چندگانه ۲ نشان می دهد که ابعاد مختلف حمایت اجتماعی بر روی هم به اندازه ۰/۲۹۸ با سلامت اجتماعی همبستگی دارند. هم چنین ضریب تبیین ۲۲ بیان گر این است که ابعاد سه گانه حمایت اجتماعی ۸/۹ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می کنند. بر اساس ضرایب بتای استاندارد شده (beta)، بعد "حمایت خانواده" با ضریب ۰/۱۶۹ بیش ترین سهم را در تبیین سلامت اجتماعی دارد و بعد از آن "حمایت دیگران مهم" است که ضریبش ۰/۱۴۳ می باشد. در مورد بعد حمایت دوستان نیز از آن

^۱ دانشجوی دکتری جامعه شناسی، گرایش بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه یزد، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

E-mail: atash.sepand@gmail.com

^۲ دانشیار، دکتری جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

جایی که ضریب معناداری آن زیر ۰/۰۵ است می توان گفت که در تبیین سلامت اجتماعی سهم بسیار ناچیزی ایفا می کند. همچنین، نتایج مدل سازی معادله های ساختاری و شاخص های برازش آن نشان داد که با افزایش حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی نیز افزایش می یابد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده، خانواده، دیگران مهم، دوستان و مدل معادلات ساختاری



مقدمه و بیان مسئله

سلامت با همه ابعاد آن، از جمله حقوق اولیه انسانی است و شاخصی برای عدالت در جامعه محسوب می شود. سلامت، به عنوان بخشی از سرمایه انسانی هر جامعه، جزو پیش نیازها و شرایط اصلی اشتغال به کار و فعالیت اقتصادی و اجتماعی انسان ها در تمام جوامع به شمار می آید که بدون اتکا به آن شانس دست یابی به امکانات رفاهی و مادی غیر ممکن است یا دست کم به سختی میسر می گردد. اگر سلامتی را به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده ای از عوامل زیستی، روانی - اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی و محیطی در نظر بگیریم، باید گفت که این مفهوم تنها دغدغه دست اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی به ویژه جامعه شناسان و روان شناسان نیز به بررسی آن علاقمندند.

مطالعات نشان داده که در بین عوامل موثر بر ایجاد سلامت، سهم هر دسته از عوامل به قرار زیر است: سهم سیستم ارائه سلامت (بیمارستان ها، کلینیک ها، داروها و ...) به میزان ۲۵ درصد، عوامل ژنتیکی و بیولوژی ۱۵ درصد، عوامل فیزیکی و زیست محیطی و رفتاری ۱۰ درصد و سهم عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ۵۰ درصد (مرندی، ۱۳۸۵: ۴۴). در حقیقت، تلاش بخش سیستم ارائه سلامت، فقط یکی از عوامل موثر بر سلامت است، در حالی که عمده ترین تاثیر، از عوامل اجتماعی و اقتصادی سرچشمه می گیرد.

مفهوم سلامت اجتماعی^۳ برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی توسط بلوک و برسلو مورد بررسی قرار گرفت. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکارانش (۱۹۸۷) گسترش دادند. آن ها بیان داشتند که سلامت اجتماعی، درحقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد (حاتمی، ۱۳۸۹، ص ۱۲). سازمان بهداشت جهانی^۴، سلامتی را به معنای "سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی" در نظر می گیرد (پارک و پارک، ۱۹۹۷؛ به نقل از همتی، ۱۳۹۱). "سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می رسد و زمانی فرد را می توان واجد سلامت اجتماعی دانست که بتواند فعالیت ها و نقش های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد و با جامعه و هنجارهای

³ Social health

⁴ WHO

اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند". (سام آرام، ۱۳۸۷) همچنین، کیز^۵ (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست می‌داند (به نقل از سمیعی و رفیعی، ۱۳۸۹). از نظر تجربی نیز مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. این مفهوم به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره می‌کند. (توسلی، ۱۳۸۲، به نقل از سام آرام، ۱۳۸۸) پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال (کیز، شموکتین و رایف، ۲۰۰۲)، کیفیت و کمیت تساوی افراد و میزان درگیر شدن فرد با اجتماع (دونالد، ۱۹۷۹، به نقل از سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹) سایر تعاریف ارائه شده در مورد سلامت اجتماعی می‌باشند.

عوامل زیادی می‌توانند بر سلامت اجتماعی افراد یک جامعه تاثیرگذار باشند؛ از جمله: میزان سرمایه اقتصادی، سرمایه فرهنگی، فضای تربیتی خانواده و غیره، اما مهم‌ترین این عوامل، میزان حمایتی است که فرد از اطرافیان دور و نزدیک خود دریافت می‌کند و از این طریق خود را در تار و پود شبکه‌های حمایتی و ارتباطی جامعه اطراف خود قرار می‌دهد. برخی از صاحب‌نظران، حمایت‌های اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند (علی پور، ۱۳۸۵، ص ۱۳۴، به نقل از تقی پور، ۱۳۸۹). مازلو (۱۹۵۴) و کب (۱۹۷۶) نیز حمایت اجتماعی را کمک دو جانبه اطلاعاتی در نظر می‌گیرند که موجب تصور مثبت از خود، پذیرش خود، احساس عشق و ارزشمندی می‌شود و به شخص این باور را می‌دهد که مورد عشق و علاقه، تایید و ارزش دیگران است و به شبکه‌ای از ارتباطات و وظایف متقابل تعلق دارد که به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می‌دهد (ایمانی، ۱۳۸۲). از نظر دورکیم، هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه - به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند - زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی فراهم می‌کند. در چنین حالتی، یک نوع فردگرایی افراطی، خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (توسلی، ۱۳۸۰).

لایکوک، سلامت اجتماعی را به صورت شرایط رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برکنن نیز معتقد است که تاثیر شبکه‌های اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از

⁵ Keyes

⁶ Social support

پرورش روحیه مشارکت و درگیری فرد در فرآیندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت خود با دوستان، مشارکت در نقش های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیت های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه های بارز درگیری اجتماعی می باشند. بنابراین از طریق فرصت هایی که به واسطه عضویت در شبکه های اجتماعی برای فرد فراهم می شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش های اجتماعی معناداری از قبیل نقش های اجتماعی شغلی، خانوادگی و والدینی تعریف می شود و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقا می یابد (خیرالله پور، ۱۳۸۳: ۴۳).

مردمان جامعه و فرهنگ ایرانی با تاریخ چند هزار ساله خود که از گذشته ای سرشار از پستی ها و بلندی ها، شکست ها و پیروزی ها و امیدها و ناامیدی ها برخوردارند، همواره از یک کمبود اساسی و مهم در رنج بوده اند و آن چیزی نیست جز روحیه تکروی و عدم توانایی آن ها برای انجام کارهای گروهی و دسته جمعی برای رسیدن به اهدافی مشترک و این امر در طول تاریخ، پیامدهایی بس ناگوار برای افراد، گروه ها، اجتماعات و حتی شهرهای بزرگ تر داشته است. برای از بین بردن چنین روحیات فردگرایانه که می تواند سلامت یک شخص و حتی فراتر از آن یک جامعه را در معرض خطر قرار دهد باید دایره حمایتی افراد را از طریق شبکه های ارتباطی مختلف گسترش داد و افراد را از انزوای خود- ساخته خود رها کنید.

بنابراین، تحقیق حاضر بر آن است تا نشان دهد که جذب و ادغام افراد در شبکه های اجتماعی- از طریق حمایت هایی که از اعضا و گروه های این شبکه ها مانند خانواده، خویشاوندان، دوستان، همکاران، هم محله ای ها، هم مدرسه ای ها و غیره دریافت می کنند - می تواند آن ها را از خطر بسیاری از آسیب های فردی و اجتماعی ناشی از انزوا و تنهایی برهاند و به جای آن، استعدادها و توانایی های بالقوه شان را در مسیر رشد و تعالی جامعه قرار دهد و بدین وسیله احساسی از شادابی، تحرک و سلامت اجتماعی را در رگ و ریشه روان آن ها جاری سازد.

پیشینه تحقیق

زاهدی اصل و پيله وری (۱۳۹۲) در فراتحليلی که بر روی ۳۲ پژوهش در زمینه سلامت اجتماعی انجام داده اند، بیان می کنند که از میان متغیرهای تاثیر گذار بر سلامت اجتماعی، متغیرهایی چون کیفیت زندگی و شاخص های آن و نیز تحصیلات، تاثیر به سزایی داشته اند. در پژوهش های مورد بررسی، عوامل دموگرافیک

(جنس، تاهل، سن، تعداد فرزندان خانواده، قومیت و ...) تاثیر چندانی بر ابعاد سلامت اجتماعی ندارند، با این وجود در مورد متغیر سن، سلامت اجتماعی در سنین بالاتر، از اهمیت بیش تری برخوردار است. از میان مولفه های پایگاه اقتصادی- اجتماعی، تحصیلات و درآمد، و از میان مولفه های کیفیت زندگی، روابط اجتماعی و حمایت های اجتماعی، بیش ترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی نشان می دهند.

ملیحه تقی پور (۱۳۸۹) در پژوهش خود با عنوان "بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران" که به روش پیمایشی و با شیوه نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انجام شده، رابطه معنادار و مستقیمی بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی (بعد عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی گزارش داده است.

همتی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی با عنوان "تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن" به این نتیجه رسیدند که هرچه زنان سرپرست خانوار از حمایت بالاتری برخوردار باشند، از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده اند. طبق نتایج تحلیل رگرسیون نیز بین حمایت گروه های غیررسمی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری گزارش شده است.

ولایتی (۱۳۹۲) در مطالعه ای رابطه سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) را با برخی از تعیین کننده های اجتماعی شامل دینداری، سبک زندگی سلامت محور و حمایت اجتماعی مورد آزمون قرار داده اند. بر اساس یافته های این پژوهش، متغیرهای مستقل مذکور، ۳۶/۸ درصد تغییرات سلامت کل، ۱۶/۶ درصد تغییرات سلامت جسمی، ۳۱/۲ درصد تغییرات سلامت روانی و ۳۲/۶ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می کنند و بر اساس این نتایج، اثر دینداری بر سلامت اجتماعی، به طور غیر مستقیم و از طریق حمایت اجتماعی است و تاثیر دینداری بر سلامت روانی هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم (از طریق حمایت اجتماعی) تایید می شود.

بنی فاطمه و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیقی که به صورت پیمایشی انجام دادند، متغیرهای زمینه ای سن، جنسیت و وضعیت تاهل را در تعیین میزان سلامت اجتماعی موثر دانسته اند، اما رابطه ای بین متغیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی نیافته اند. همچنین به نظر آن ها، در بین دانشجویان دانشکده های مختلف از نظر میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده گردید.

در بین پژوهش‌های خارجی نیز کیز (۲۰۰۴) - از نظریه پردازان سلامت اجتماعی - به رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خود بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی اشاره کرده است و در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده نتایج زیر را به دست آورده است: (۱) بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند و مسئولیت پذیری زندگی اجتماعی رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده شد؛ (۲) سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند، در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت؛ (۳) گرچه مشخص نیست سلامت اجتماعی، معلول یا علت مسئولیت پذیری در زندگی اجتماعی است، اما به طور واضح با جایگاه اجتماعی و رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد.

به گفته ماسلاچ و جکسون (۱۹۸۴)، حمایت اجتماعی تاثیر به‌سزایی بر فرسودگی شغلی (از مصادیق سلامت اجتماعی) دارد؛ به عبارت دیگر، کارمندانی که از طرف سرپرست، کارفرما، همکاران و خانواده به طور منظم حمایت می‌شوند نسبت به کارمندانی که از چنین حمایتی بهره‌مند نمی‌شوند، فرسودگی شغلی و لذا سلامت اجتماعی کمتری را تجربه می‌کنند.

دمیر و همکاران (۲۰۰۳)، به نقل از بهروزی و همکاران، (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی که در مورد بررسی عوامل مؤثر بر سطوح فرسودگی در زندگی حرفه‌ای و خصوصی پرستاران انجام دادند به این نتیجه رسیدند که پرستارانی که از طرف اعضای گروه از حمایت اجتماعی کافی برخوردار نبودند، سطوح بالاتری از فرسودگی را تجربه کردند. از سوی دیگر، یانگ (۲۰۰۴) در تحقیق خود درباره عوامل مؤثر بر فرسودگی تحصیلی دانشجویان فنی حرفه‌ای تایوان به این نتیجه رسید که متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی یک رابطه منفی و معنی‌دار با فرسودگی تحصیلی دارند.

نظریه‌های سلامت

گرچه تعریف سلامت در هر جامعه تا اندازه‌ای به حس مشترک آن جامعه از سلامت و همچنین فرهنگ آنان بر می‌گردد، اما عموماً دو رویکرد بیماری - محور و سلامت - محور در تعریف سلامت وجود دارد. همچنین پس از تعیین یکی از رویکردهای بالا، سلامت را می‌توان مبتنی بر دو الگوی زیست‌شناختی و کلیت سلامت تعریف کرد (سام آرام، ۱۳۸۸).

نظریه های کلاسیک سلامت

۱) رویکرد بیماری-محور در مقابل رویکرد سلامتی-محور

رویکرد بیماری-محور، سلامتی را به عنوان حالتی تعریف می کند که علائم نشان دهنده بیماری (چه فیزیکی و چه روانی) در فرد وجود نداشته باشد. برعکس در رویکرد سلامتی محور، فردی سالم فرض می شود که درجات عالی شاخص های سلامت را دارا باشد.

۲) الگوی زیست شناختی سلامت در مقابل رویکرد کلیت سلامت

الگوی زیست شناختی سلامت، پایه نظریه میکروبی بیماری هاست که در آغاز سده بیستم، اندیشه پزشکی را تحت الشعاع خود قرار داد و متخصصان، جسم انسان را مانند ماشین و بیماری را به عنوان اختلال در کار ماشین در نظر گرفتند. این دیدگاه، به نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روان شناختی توجه زیادی نداشت. برخلاف الگوی قبلی، الگوی کلیت سلامت، ترکیبی از همه عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست محیطی و ... را شناسایی می کند و بر این باور است که عوامل متعددی در تعیین سلامت فرد دخالت دارد و سلامتی حالتی فراتر از تعادل کامل اعمال بدن به شمار می رود (همان).

نظریه های مدرن سلامت

بهترین تعریف منطبق با الگوی کلیت و با به کارگیری رویکرد سلامت-محور، تعریفی است که سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) ارائه داده است: "رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیمار یا معلول بودن". در اینجا، سلامت اجتماعی همراه با سلامت فیزیکی و روانی معنا می یابد. لذا سازمان بهداشت جهانی، سلامت کامل را در توانایی داشتن یک زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی تعریف می کند. مجموع نظرها را درباره بعد اجتماعی سلامت می توان در سه دسته یا سه تلقی یا رویکرد قرار داد (سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹):

۱) سلامت اجتماعی به مثابه جنبه ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی

این رویکرد، در بر گیرنده سطوح مهارت های اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ تر است. در اینجا به شخصیت فرد به عنوان موجودی اجتماعی توجه می شود و هرکس عضوی از افراد خانواده و جامعه بزرگ تر به حساب می آید. در سنجش سلامت اجتماعی به مثابه جنبه ای از

سلامت فرد، به نحوه ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می شود. نظریه پردازانی چون: لارسون، کییز و شاپیرو در دسته اول قرار می گیرند- نظریات این اندیشمندان که مبنای کار این تحقیق هستند، در ادامه خواهند آمد.

۲) سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش

در این رویکرد، سلامت کل جامعه و افراد، نتیجه تعامل عوامل بسیاری از جمله وراثت، محیط زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، درآمد سرانه و ... می باشد. سلامت اجتماعی با این نوع نگاه، به واقع همان تعیین کننده های اجتماعی سلامت خواهد بود و لذا این مفهوم از نظر اهمیت، به مفهومی درجه چندم تبدیل خواهد شد.

۳) سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم

در این رویکرد نیز سلامت اجتماعی را می توان به عنوان خصوصیتی از جامعه و معادل با "جامعه سالم" مفهوم پردازی کرد. راسل (۱۹۷۳) جامعه ای را سالم می داند که در آن فرصت و دسترسی برابر به خدمات و کالاهای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا افراد جامعه در مقام شهروند عملکرد کاملی داشته باشند (همان).

در واقع، برای مفهوم "سلامت اجتماعی" می توان دو سطح در نظر گرفت: یکی "سطح کلان" که در بر دارنده شاخص های سلامت جامعه است و همان گونه که گفته شد در این معنا سلامت اجتماعی را می توان معادل "جامعه سالم" در نظر گرفت که در آن شاخص هایی چون: میزان فقر، آموزش، جرم، آلودگی های زیست محیطی، آزادی های مدنی و غیره را می توان برای کل جامعه در نظر گرفت. سطح دیگر، "سطح خرد" است که به بررسی سلامت اجتماعی فردی با شاخص هایی چون میزان ارتباطات و تعاملات فردی، مهارت های اجتماعی، سازگاری، انطباق با محیط و غیره می پردازد. سطح اول به سلامت اجتماعی جامعه و دومی به سلامت اجتماعی افراد نظر دارد.

چارچوب نظری

(۱) لارسون^۷ (۱۹۹۶)

سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست، تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان‌دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند.

(۲) کییز (۲۰۰۴)

وی نیز مثل لارسون معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل تکالیف و درگیری‌های اجتماعی است. از این رو، او سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست می‌داند. به اعتقاد او و شاپیرو^۸ (۲۰۰۴) آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. لذا او به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی می‌دهد. کییز، یک مدل ۵ بعدی قابل سنجش از ابعاد سلامت اجتماعی ارائه می‌دهد که طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. این مقیاس با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

شاخص‌های سلامت اجتماعی از نگاه کییز عبارت‌اند از:

⁷ Larson

⁸ Shapiro

- شکوفایی اجتماعی^۹: این مفهوم، به معنای ادراک فرد از خط سیر شرایط اجتماعی است که وی را احاطه کرده و در آن دغدغه اصلی فرد، در مورد تکامل اجتماع می باشد. در این سازه، افراد در مورد جامعه و پیشرفت آن بر اساس نگرش شان نسبت به تغییر یا رکود قضاوت می کنند (باباپور و همکاران، ۱۳۸۸).
- یکپارچگی (انسجام) اجتماعی^{۱۰}: این احساس فرد که بخشی از جامعه است و به جامعه تعلق دارد و جامعه از او حمایت می کند. این مفهوم، در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می گیرد (عبدالله تبار و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۵).
- پذیرش اجتماعی^{۱۱}: داشتن گرایش مثبت نسبت به دیگران، تصدیق کردن آن ها، اعتماد به آن ها و به طور کلی پذیرفتن آن ها با وجود برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده. در واقع، این مفهوم، مصداق اجتماعی از پذیرش خود است (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۳۸).
- انطباق (همبستگی) اجتماعی^{۱۲}: این مفهوم در مقابل مفهوم بی معنایی در زندگی است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورتی قابل فهم، قابل پیش بینی و محسوس است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره ی دنیای اجتماعی اطراف خود دارد و نیز به معنای مفهوم تسلط بر محیط، در مقیاس سلامت روان می باشد (فارسی نژاد، ۱۳۸۳).
- مشارکت اجتماعی^{۱۳}: این احساس که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند و این تفکر که فعالیت های روزمره آن ها به وسیله جامعه ارزش دهی می شود (همان).

نظریه های حمایت اجتماعی

در تبیین مفهوم حمایت اجتماعی می توان به سه دسته از نظریه ها اشاره کرد که هر یک از زاویه ای خاص به این مسئله پرداخته اند:

(۱) تقسیم حمایت اجتماعی به سه مقوله عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی

الف) حمایت اجتماعی عاطفی: حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی به هنگام نیاز می باشد (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶). حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده احساس

⁹ Social Actualization

¹⁰ Social Integration

¹¹ Social Acceptance

¹² Social Coherence

¹³ Social Contribution

همدلی، مراقبت و توجه و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن، و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید (سارافینو، ۱۹۹۸).

ب) حمایت اجتماعی ابزاری: حمایت ابزاری به کمک های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می گردد. این نوع حمایت به افراد کمک می کند تا نیازهای روزانه خود را تأمین نمایند و شامل عناصری از کمک های مادی و عینی نظیر قرض دادن پول، کمک کردن در نظافت منزل، جا به جایی و حرکت کردن، حمام رفتن و رانندگی کردن است (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶).

ج) حمایت اجتماعی اطلاعاتی: به دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل های اجتماعی با دیگران را حمایت اطلاعاتی تعریف کرده اند (گاچل و دیگران، به نقل از ریاحی و دیگران، ۱۳۸۹). به عبارت دیگر، حمایت اطلاعاتی شامل دادن توصیه ها، جهت گیری ها، پیشنهادات یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می باشد (سارافینو، ۱۹۹۸).

۲) تقسیم بندی بر مبنای عینی یا ذهنی بودن حمایت اجتماعی

الف) تاکید بر سیستم های حمایتی عینی و واقعی دریافت شده از محیط اجتماعی اطراف فرد؛

ب) توجه به سازه حمایت اجتماعی ادراک شده؛ به این معنا که بنا بر تصور و ادراک یک شخص، وی از چه میزانی از حمایت اجتماعی برخوردار است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹).

۳) مستقیم یا غیرمستقیم بودن حمایت اجتماعی

الف) مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی: مطابق این مدل نظری، حمایت اجتماعی، صرف نظر از این که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، تحت هر شرایطی (چه موقعیت های پرتنش و چه موقعیت های کم استرس) رخ می دهد (سارافینو، ۱۹۹۸).

ب) مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه گیر: بر اساس این مدل، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید و مؤثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حالت، حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس، عمل می کند و نقش تعدیل کننده آثار منفی حوادث استرس زا را ایفا می نماید. به تعبیری دیگر، مدل ضربه گیری حمایت اجتماعی بیان می کند که حمایت اجتماعی، عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست بر سلامت انسان تأثیر می گذارد (سیم، ۲۰۰۰؛ به نقل از قدسی، ۱۳۸۲). اثر ضربه گیری حمایت

اجتماعی، حداقل به دو روش عمل می‌کند: یک روش شامل فرآیند ارزیابی شناختی است. زمانی که افراد با یک عامل تنش‌زای شدید نظیر بحران مالی مواجه می‌شوند، آن دسته از افرادی که دارای سطح بالاتری از حمایت اجتماعی هستند، در مقایسه با کسانی که از سطوح پایین‌تری برخوردارند، احتمال دارد که مشکل به وجود آمده را کم‌تر تنش‌زا و فشارآور ارزیابی و تفسیر نمایند. دومین روش، از طریق تعدیل کردن پاسخ‌های افراد به یک عامل تنش‌زا می‌باشد. برای مثال، افراد برخوردار از سطوح بالای حمایت اجتماعی، ممکن است فردی را بشناسند که بتواند راه‌حلی برای مشکل آن‌ها ارائه کند، آن‌ها را متقاعد نماید که موقعیت به وجود آمده خیلی جدی و مشکل‌ساز نیست، آن‌ها را امیدوار سازد که به نیمه‌پر لیوان فکر کنند یا روی شانس و اقبال خود تکیه نمایند (سارافینو، ۱۹۹۸). با مقایسه دو مدل، می‌توان گفت که در مدل تأثیر مستقیم، فقدان یا کاهش در حمایت اجتماعی موجب آسیب‌ها و اختلالات در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌شود، در حالی که در مدل ضربه‌گیر یا تأثیر غیرمستقیم، فقدان یا کاهش حمایت اجتماعی به اضافه حضور استرس و افزایش آن است که موجب بروز چنین اختلالاتی می‌گردد.

حمایت اجتماعی در پژوهش حاضر، طبق تقسیم‌بندی مدل اول، از نوع عاطفی، طبق تقسیم‌بندی مدل دوم، از نوع ذهنی (یا ادراک شده) و بر اساس تقسیم‌بندی مدل سوم، از نوع مستقیم می‌باشد.



شکل ۱: مدل نظری پژوهش

فرضیه‌های پژوهش

- ۱) بین حمایت خانواده و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۲) بین حمایت دوستان و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۳) بین حمایت دیگران مهم و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

۴) بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

۵) سلامت اجتماعی در بین زنان و مردان متفاوت است.

۶) حمایت اجتماعی ادراک شده در بین زنان و مردان متفاوت است.

۷) سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تاهل متفاوت است.

۸) حمایت اجتماعی ادراک شده بر حسب وضعیت تاهل متفاوت است.

روش شناسی پژوهش

جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه خوارزمی تهران به تعداد ۷۲۲۴ تشکیل می دهند که در نیم سال دوم تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بوده اند. حجم نمونه پژوهش بر اساس فرمول کوکران و با شیوه نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده، ۳۶۱ نفر برآورد گردیده است. در این پژوهش، برای بررسی روابط بین متغیرها، از روش پیمایش استفاده شده و ابزار گردآوری داده ها نیز پرسش نامه است. آزمون اعتبار سنجی، با مراجعه به آرای صاحب نظران و نیز انجام تحلیل عاملی، و آزمون پایایی سنجی، با روش پایداری درونی و محاسبه آلفای کرونباخ انجام گرفته است. نتایج یاد شده بیان گر اعتبار و پایایی بالای سنجی ها هستند.

تعریف مفاهیم پژوهش

مفاهیم اصلی پژوهش به شرح زیر تعریف و سنجیده شده اند:

سلامت اجتماعی ادراک شده

کییز، سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می کند (سمیعی و رفیعی، ۱۳۸۹). سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی دار، 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 سهیم بداند. جهت اندازه گیری سلامت اجتماعی و مولفه های آن، از مقیاس ۳۳ ماده ای سلامت اجتماعی کییز (۱۹۹۸) که ۵ مولفه آن شامل انسجام (۷ گویه)، پذیرش (۷ گویه)، شکوفایی (۷ گویه)، مشارکت (۶ گویه) و انطباق اجتماعی (۶ گویه) می باشد، استفاده شده است.

حمایت اجتماعی ادراک شده

حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قایل اند و این که او به یک شبکه اجتماعی متعلق است (گاچل و دیگران، ۱۳۷۷؛ به نقل از ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). رایج ترین انواع حمایت اجتماعی، شامل سه مقوله حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی می باشد که در اینجا صرفاً حمایت اجتماعی عاطفی مورد سنجش قرار می گیرد و منظور از آن، در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز است (درنتا و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از همان). برای سنجش و اندازه گیری آن، از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۹۸) استفاده شده است. این مقیاس دارای سه بعد خانواده، دوستان، و دیگران مهم می باشد که هر یک از ابعاد سه گانه، دارای چهار گویه مستقل هستند.

جدول ۱: شمای کلی آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق

آلفای ابعاد	تعداد گویه	ابعاد	آلفای کل	تعداد گویه	
۰/۷۱۵	۷	انسجام اجتماعی	۰/۸۶۰	۳۳	سلامت اجتماعی ادراک شده
۰/۷۲۳	۷	پذیرش اجتماعی			
۰/۷۹۴	۶	مشارکت اجتماعی			
۰/۶۷۷	۵	انطباق اجتماعی			
۰/۵۷۸	۷	شکوفایی اجتماعی			
۰/۸۱۷	۴	خانواده	۰/۸۶۶	۱۲	حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۸۷۶	۴	دوستان			
۰/۹۳۱	۴	دیگران مهم			

یافته های پژوهش

توصیف متغیرها

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ویژگی های فردی

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱۴۲	۳۹/۳
	زن	۲۱۹	۶۰/۷
تاهل	مجرد	۳۲۹	۹۱/۱
	متاهل	۳۲	۸/۹
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۲۳۴	۶۴/۸
	کارشناسی ارشد	۱۲۷	۳۵/۲
سن	۱۸-۲۲	۱۹۴	۵۳/۷
	۲۳-۲۷	۱۴۷	۴۰/۷
	۲۸-۳۴	۲۰	۵/۵
دانشکده	علوم انسانی	۲۲۵	۶۲/۳
	علوم پایه	۸۴	۲۳/۳
	فنی مهندسی	۵۲	۱۴/۴

جدول ۳: آماره های توصیفی متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق و ابعاد آن ها (به دو شکل کمی و کیفی)

متغیر	متغیر کمی (از ۵)			متغیر ترتیبی (درصد)			
	انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	زیاد	متوسط	کم
انسجام اجتماعی	۰/۵۸۰	۳/۶۱۹	۵/۰۰۰	۱/۷۱۴	۳۱/۳	۵۹/۶	۹/۱
پذیرش اجتماعی	۰/۵۹۲	۳/۰۳۸	۵/۰۰۰	۱/۱۴۳	۹/۱	۷۱/۷	۱۹/۱
مشارکت اجتماعی	۰/۶۷۵	۳/۳۸۲	۵/۰۰۰	۱/۰۰۰	۲۸/۳	۶۲/۹	۸/۹
انطباق اجتماعی	۰/۷۱۸	۲/۸۱۹	۴/۶۰۰	۱/۰۰۰	۱۷/۵	۵۹/۶	۲۳/۰
شکوفایی اجتماعی	۰/۵۶۴	۳/۳۳۳	۴/۸۵۷	۱/۰۰۰	۲۹/۴	۶۶/۵	۴/۲
سلامت اجتماعی	۰/۴۳۴	۳/۲۶۰	۴/۵۶۳	۲/۱۵۶	۱۰/۰	۶۶/۸	۲۳/۳
خانواده	۰/۷۵۶	۴/۱۰۱	۵/۰۰۰	۱/۰۰۰	۸۰/۶	۱۵/۰	۴/۴
دوستان	۰/۸۴۴	۳/۸۷۳	۵/۰۰۰	۱/۰۰۰	۶۷/۶	۲۶/۳	۶/۱
دیگران مهم	۱/۱۳۸	۳/۷۷۷	۵/۰۰۰	۱/۰۰۰	۶۲/۳	۲۳/۳	۱۴/۴
حمایت اجتماعی	۰/۶۷۹	۳/۹۱۷	۵/۰۰۰	۱/۵۸۳	۵۸/۷	۳۶/۰	۵/۳

طبق جدول بالا، میانگین سلامت اجتماعی کل پاسخگویان متوسط رو به بالا (۳/۲۶) ارزیابی شده است. همچنین در بین ابعاد سلامت اجتماعی، بعد انسجام اجتماعی بالاترین میانگین (۳/۶۱۹) و بعد انطباق اجتماعی پایین ترین میانگین (۲/۸۱۹) را دارا می باشند. بخش ترتیبی متغیرها نیز نشان می دهد که ۲۳/۳ درصد از پاسخگویان دارای سلامت اجتماعی کم، ۶۶/۸ درصد سلامت اجتماعی متوسط و تنها ۱۰ درصد از آن ها سلامت اجتماعی بالایی را گزارش کرده اند. همچنین بالاترین و پایین ترین درصد در بین ابعاد سلامت اجتماعی به ترتیب مربوط به انسجام اجتماعی (۳۱/۳ درصد) و پذیرش اجتماعی (۹/۱ درصد) است. در مورد متغیر حمایت اجتماعی نیز مقدار میانگین (۳/۹۱۷) نشان می دهد که جامعه آماری از حمایت اجتماعی نسبتاً بالایی از سوی اطرافیان خود برخوردار بوده اند. بخش ترتیبی متغیرها نیز گویای این امر است، چرا که ۵۸/۷ درصد پاسخگویان حمایت اجتماعی بالا، ۳۶ درصد از آن ها حمایت اجتماعی متوسط و تنها ۵/۳ درصد حمایت اجتماعی پایینی را گزارش داده اند. در بین ابعاد حمایت اجتماعی نیز بیشترین مقدار میانگین (۴/۱) مربوط به بعد خانواده است که این امر در بخش ترتیبی متغیرها نیز دیده می شود (۸۰/۶ درصد از پاسخگویان حمایت بالایی را از سوی خانواده خود گزارش کرده اند). میانگین و درصد دو بعد دیگر حمایت اجتماعی (۳/۸۷ و ۳/۷۷؛ ۶۷ درصد و ۶۲ درصد) نزدیک به هم می باشد.

آزمون تفاوت میانگین ها

جدول ۴: تعیین نرمالیده متغیرهای کمی (ks)

میانگین	انحراف استاندارد	ضریب معناداری (sig)	
۳/۲۶۰	۰/۴۳۴	۰/۰۲۰۰	سلامت اجتماعی
۴/۱۰۱	۰/۷۵۶	۰/۰۰۰	حمایت خانواده
۳/۸۷۳	۰/۸۴۴	۰/۰۰۰	حمایت دوستان
۳/۷۷۷	۱/۱۳۸	۰/۰۰۰	حمایت دیگران مهم
۳/۹۱۷	۱/۱۳۸	۰/۰۰۰	حمایت اجتماعی

جدول بالا، وضعیت نرمال یا غیر نرمال بودن متغیرهای کمی پژوهش را نشان می دهد. به غیر از متغیر سلامت اجتماعی که دارای توزیع نرمال است ($\text{sig} > 0.05$)، بقیه متغیرها دارای توزیع غیر نرمال هستند ($\text{sig} < 0.05$).

در آزمون تفاوت میانگین ها، برای متغیرهای کمی دارای توزیع نرمال (سلامت اجتماعی)، از آماره های T مستقل (در متغیرهای دو مقوله ای) و F (در متغیرهای چند مقوله ای) و برای متغیرهای کمی دارای توزیع غیر نرمال (حمایت اجتماعی) از آماره های من ویتنی (در متغیرهای دو مقوله ای) و کراسکال والیس (در متغیرهای چند مقوله ای) استفاده می شود.

جدول ۵: نتایج آزمون تفاوت میانگین سلامت اجتماعی بر حسب متغیرهای کیفی تحقیق

آزمون F (ANOVA)		آزمون T مستقل					انحراف معیار	میانگین سلامت اجتماعی	متغیرهای کیفی	
آنوا		تست تی		تست لون						
sig	f	sig	t	sig	f					
-	-	-	۰/۵۸	۰/۵۵	۰/۱۳۵	۲/۲۴	۰/۴۶	۳/۲۷۶	مرد	جنسیت
							۰/۴۲	۳/۲۵	زن	
-	-	-	۰/۱۹	-۱/۳	۰/۴۵	۰/۵۷۵	۰/۴۳۶	۳/۲۵۴	مجرد	تاهل
							۰/۴۰۴	۳/۳۶	متاهل	
-	-	-	۰/۵۷	-۰/۵۷	۰/۹	۰/۰۱	۰/۴۳	۳/۲۵	کارشناسی	مقطع تحصیلی
							۰/۴۴	۳/۲۸	کارشناسی ارشد	
۰/۲۸	۱/۲۸	۰/۲۶	-	-	-	-	۰/۴۵	۳/۲۷	علوم انسانی	دانشکده
							۰/۳۸	۳/۲	علوم پایه	
							۰/۴۵	۳/۳۲	فنی مهندسی	
۰/۱۵	۱/۹	۰/۹۷	-	-	-	-	۰/۴۳	۳/۲۴۶	۱۸-۲۲	سن
							۰/۴۳۴	۳/۳	۲۳-۲۷	
							۰/۴۶۷	۳/۱۱	۲۸-۳۴	

جدول بالا نشان می دهد که تفاوت میانگین سلامت اجتماعی، در بین هیچ یک از طبقات متغیرهای کیفی جنس، تاهل، مقطع تحصیلی، دانشکده و رده سنی معنادار نمی باشد، زیرا مقدار sig (t و f) در همه آن ها بزرگ تر از ۰/۰۵ است.

جدول ۶: نتایج آزمون تفاوت رتبه های میانگین حمایت اجتماعی بر حسب متغیرهای کیفی تحقیق

کراسکال والیس		من ویتنی		رتبه میانگین حمایت اجتماعی	متغیرهای کیفی	
sig	Chi-square	sig	Z			
-	-	۰/۱۴۳	-۱/۴۶۴	۱۷۲/۳۵	مرد	جنسیت
				۱۸۶/۶۱	زن	
-	-	۰/۰۵۴	-۱/۹۲۸	۱۷۸/۱۴	مجرد	تاهل
				۲۱۰/۴۲	متاهل	
-	-	۰/۰۹۴	-۱/۶۷۳	۱۸۶/۸۷	کارشناسی	مقطع تحصیلی
				۱۷۰/۱۹	کارشناسی ارشد	
۰/۵۳۸	۱/۲۴۱	-	-	۱۸۳/۶۵	علوم انسانی	دانشکده
				۱۷۱/۴۱	علوم پایه	
				۱۸۵/۰۱	فنی مهندسی	
۰/۰۷۲	۵/۲۵۴	-	-	۱۹۱/۱۱	۱۸-۲۲	رده سنی
				۱۶۹/۵۱	۲۳-۲۷	
				۱۶/۳۸	۲۸-۳۴	

طبق جدول بالا، در اینجا نیز تفاوت رتبه میانگین حمایت اجتماعی، در بین هیچ یک از طبقات متغیرهای کیفی جنس، تاهل، مقطع تحصیلی، دانشکده و رده سنی معنادار نمی باشد، زیرا مقدار sig در همه آن ها بزرگ تر از ۰/۰۵ است.

آزمون همبستگی

جدول ۷: ماتریس همبستگی سلامت اجتماعی و ابعاد حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی	دیگران مهم	دوستان	خانواده	سلامت اجتماعی		
				۱	R	سلامت اجتماعی
				-	Sig	
			۱	۰/۲۵۲	R	خانواده
			-	۰/۰۰۰	Sig	

		۱	۰/۳۸۲	۰/۱۷۷	R	دوستان
		-	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	Sig	
	۱	۰/۳۱۲	۰/۳۱۳	۰/۲۰۲	R	دیگران
	-	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	Sig	مهم
۱	۰/۸۱۲	۰/۶۹۰	۰/۶۵۱	۰/۲۸۶	R	حمایت
-	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	Sig	اجتماعی

بر اساس جدول بالا، سلامت اجتماعی با همه ابعاد حمایت اجتماعی، رابطه ای مستقیم و معنادار برقرار کرده است؛ به عبارتی دیگر، با افزایش سطح هر یک از مولفه های حمایت اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی افراد نیز افزایش می یابد. در میان سه بعد حمایت اجتماعی، بعد خانواده قوی ترین ($r=0.252$) و بعد دوستان ضعیف ترین ($r=0.177$) رابطه را با سلامت اجتماعی دارند.

تحلیل رگرسیون

فرضیه اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته و حمایت اجتماعی به عنوان متغیر مستقل است. با توجه به سطوح سنجش هر دو سازه، برای بررسی رابطه حمایت اجتماعی کل با سلامت اجتماعی کل و نیز بررسی رابطه خرده مقیاس های حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی، از تحلیل رگرسیون استفاده شده که نتایج آن در جدول های زیر مشاهده می شود.

جدول ۸: تبیین سلامت اجتماعی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیر	B	Beta	t	Sig(t)	R	R2	F	Sig(F)
مقدار ثابت	۲/۵۳	-	۱۹/۷۱۲	۰/۰۰۰	-	-	-	-
حمایت اجتماعی	۰/۱۸۶	۰/۲۹۲	۵/۷۷۷	۰/۰۰۰	۰/۲۹۲	۰/۰۸۲	۳۳/۳۶۸	۰/۰۰۰

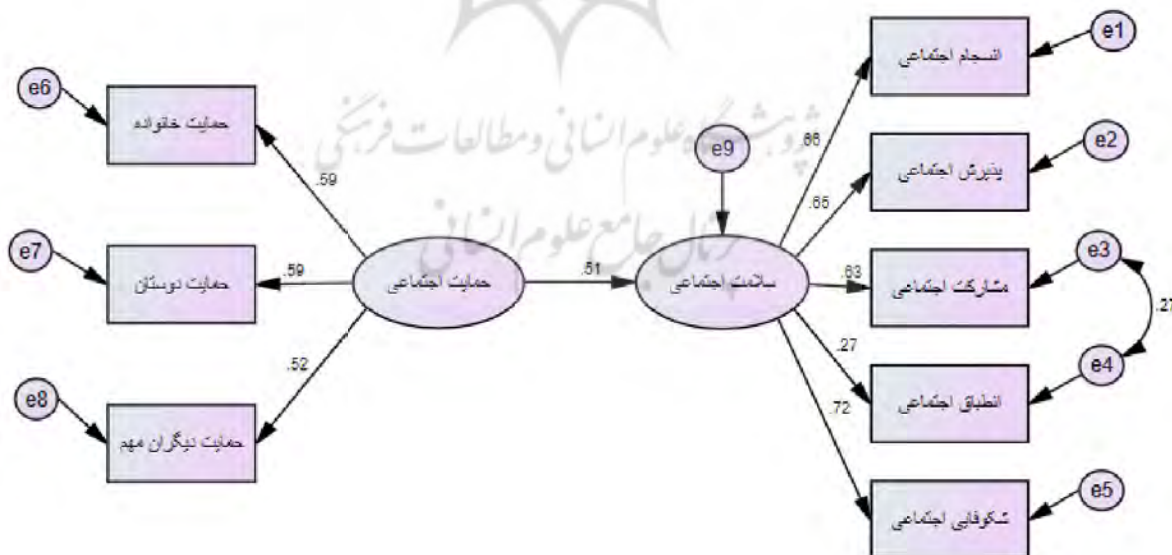
در جدول بالا، ضریب همبستگی بین دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی 0.292 است که نشان دهنده رابطه مستقیم و معنادار ($sig < 0.05$) بین آن هاست؛ یعنی با افزایش میزان حمایت اجتماعی می توان انتظار داشت تا میزان سلامت اجتماعی نیز افزایش یابد.

جدول زیر نیز میزان سلامت اجتماعی را بر مبنای ابعاد سه گانه حمایت اجتماعی تبیین می کند. ضریب همبستگی چندگانه r^2 نشان می دهد که سه بعد حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران مهم بر روی هم به اندازه $0/298$ با سلامت اجتماعی همبستگی دارند. همچنین ضریب تبیین r^2 بیان گر این است که ابعاد سه گانه حمایت اجتماعی $8/9$ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می کنند. بر اساس ضرایب بتای استاندارد شده (beta)، بعد حمایت خانواده با ضریب $0/169$ بیشترین سهم را در تبیین سلامت اجتماعی دارد و بعد از آن حمایت دیگران مهم است که ضریبش $0/143$ می باشد. در مورد بعد حمایت دوستان نیز از آن جایی که ضریب معناداری آن زیر $0/05$ است می توان گفت که در تبیین سلامت اجتماعی سهم بسیار ناچیزی ایفا می کند.

جدول ۹: تبیین سلامت اجتماعی بر اساس ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیر	B	Beta	t	Sig(t)	R	R2	F	Sig(F)
مقدار ثابت	۲/۴۸۵	-	۱۷/۹۴۲	۰/۰۰۰				
حمایت خانواده	۰/۰۹۷	۰/۱۶۹	۳/۰۵۸	۰/۰۰۲	۰/۲۹۸	۰/۰۸۹	۱۱/۵۶۱	۰/۰۰۰
حمایت دوستان	۰/۰۴۴	۰/۰۸۶	۱/۵۳۲	۰/۱۲۶				
حمایت دیگران مهم	۰/۰۵۵	۰/۱۴۳	۲/۶۳۱	۰/۰۰۹				

مدل سازی معادله های ساختاری



شکل ۲: مدل معادله ساختاری رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

بر اساس مدل ساختاری بالا، بعد شکوفایی اجتماعی، مهم ترین مولفه متغیر مکنون سلامت اجتماعی و بعد حمایت خانواده و نیز حمایت دوستان مهم ترین مولفه های متغیر مکنون حمایت اجتماعی هستند. همچنین، حمایت اجتماعی تاثیر مستقیم و معناداری بر سلامت اجتماعی دارد؛ یعنی با افزایش مقدار حمایت اجتماعی، اندازه سلامت اجتماعی نیز افزایش می یابد.

جدول زیر نیز برخی از شاخص های ارزیابی مدل ترسیم شده را نشان می دهد. چون مقدار پی ویو از ۰/۰۵ کمتر است (۰/۰۰۲) از شاخص کای اسکوار نسبی برای برازش مدل استفاده شده است و چون در اینجا مقدار کای اسکوار نسبی از ۳ پایین تر است (۲/۲۷۹) نشان دهنده برازش خوب مدل است. سه شاخص GFI، CFI و AGFI نیز مقداری بالاتر از ۰/۹ را نشان می دهند که بیانگر مناسب بودن مدل ترسیم شده هستند. همچنین، شاخص RMSEA مقداری کمتر از ۰/۰۸ را نشان می دهد (۰/۰۶) که این نیز در راستای تایید مدل قرار دارد.

جدول ۱۰: شاخص های ارزیابی مدل ترسیم شده

شاخص	p-value	CMIN/DF	GFI	CFI	AGFI	RMSEA
مقدار	۰/۰۰۲	۲/۲۷۹	۰/۹۷۳	۰/۹۵۸	۰/۹۴۶	۰/۰۶

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه خوارزمی تهران انجام گرفت و در آن، ۳۶۱ نفر از دانشجویان در دوره های کارشناسی و کارشناسی ارشد مورد بررسی قرار گرفتند. فرضیه اصلی این پژوهش این گونه مطرح شد که افرادی که از سوی جامعه اطراف خود (اعم از خانواده، دوستان و دیگران) بیش تر مورد حمایت قرار می گیرند و در شبکه های ارتباطی گسترده تری جای دارند، به همان میزان نیز در راستای اهداف جامعه مشارکت بیش تری دارند، با جامعه و اعضای آن احساس انسجام و یکپارچگی بالاتری نشان می دهند، از سوی جامعه و شهروندان پذیرش بیش تری دریافت می کنند، با ارزش ها و هنجارهای جامعه انطباق بیش تری خواهند داشت، در جهت پیشرفت و شکوفایی جامعه تلاش بیش تری خواهد کرد و در یک کلام، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار می باشند.

هر چند که بررسی های مختلف نشان داده اند جامعه ایران با معضلات و مشکلات بسیار جدی گریبان گیر بوده که می تواند پیامدهای ناگواری را بر روی سلامت افراد (در همه ابعاد آن) بگذارد (نوربالا و دیگران، ۱۳۹۱)، اما میزان سلامت اجتماعی ادراک شده نسبتا بالا که توسط دانشجویان گزارش شده، گویای این امر است که وقتی افراد زیر چتر حمایتی جامعه خود قرار می گیرند- حتی اگر میزان این حمایت کم باشد، در

شرایط و موقعیت های ناگوار اجتماعی نیز ارزیابی مثبتی از توانایی ها و عملکردهای اجتماعی خود دارند و هم چنان نسبت به آینده خوش بین هستند و این موضوع با نظریات کییز (۲۰۰۴) و سارافینو (۱۹۹۸) کاملاً همخوانی دارد. این که آیا داشتن نگرش و ادراکی مثبت نسبت به سلامت خود، در شرایط ناامن اجتماعی، چه پیامدهای مثبت و منفی ای برای فرد و جامعه ای که وی در آن زندگی می کند دارد، پرسشی است که جای بسی تامل و تفکر دارد و باید مورد ارزیابی موشکافانه ای قرار گیرد.

آزمون تفاوت میانگین ها نشان داد که تفاوت میانگین سلامت اجتماعی، در بین متغیرهای زمینه ای یعنی جنس، تاهل، مقطع تحصیلی و نوع دانشکده، معنادار نبوده (رد فرضیه های پنجم و هفتم) و لذا میزان سلامت اجتماعی در بین طبقات همه این متغیرها یکسان می باشد و این امر با نتایج فراتحلیل زاهدی اصل و پیله وری (۱۳۹۳) درباره سلامت اجتماعی همخوانی دارد.

میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد مختلف آن، در حد نسبتاً بالایی گزارش شده است. میزان بالای حمایت اجتماعی دریافتی از سوی خانواده، نسبت به دوستان و دیگران مهم، هم چون تحقیقات پیشین (ولایتی، ۱۳۹۰) نشان می دهد که هنوز هم خانواده، منبع حمایتی مهمی برای افراد است. از آن جا که خانواده در ایران از جایگاه ویژه ای برخوردار است و یکی از مهم ترین پشتوانه های افراد در همه دوره های زندگی محسوب می شود، این نتیجه قابل انتظار بود.

بر طبق آزمون تفاوت میانگین ها نیز تفاوت رتبه های میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده در بین متغیرهای زمینه ای یعنی جنس، تاهل، مقطع تحصیلی و نوع دانشکده، معنادار نبوده (رد فرضیه های ششم و هشتم). لذا می توان گفت که میزان حمایت اجتماعی در بین طبقات همه این متغیرها یکسان می باشد. این نتیجه برخلاف برخی نتایج پژوهش های دیگر است. برای مثال، ریاحی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود با عنوان "بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان"، معناداری تفاوت حمایت اجتماعی بر حسب جنس و پایگاه را تایید کرده اند؛ بدین صورت که زنان نسبت به مردان و افراد متعلق به پایگاه بالا نسبت به همتایان خود در طبقه پایین، از میزان حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتری برخوردارند. البته این اختلاف را می توان ناشی از تفاوت جامعه آماری پژوهش های یاد شده دانست.

بر مبنای جدول همبستگی ها، سلامت اجتماعی با همه ابعاد حمایت اجتماعی و همچنین با خود متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، رابطه ای مستقیم و معنادار برقرار کرده است (تایید فرضیه های اول تا چهارم)؛ یعنی با افزایش سطح هر یک از مولفه های حمایت اجتماعی، میزان سلامت اجتماعی افراد نیز افزایش می یابد. در میان سه بعد حمایت اجتماعی، بعد خانواده قوی ترین ($r=0.252$) و بعد دوستان ضعیف ترین ($r=0.177$) رابطه

را با سلامت اجتماعی دارند. ضرایب استاندارد شده (بتا) حاصل از رگرسیون نیز این امر را تایید می کند و نشان می دهد که حمایت خانواده، بیش ترین سهم را در تبیین سلامت اجتماعی دارد.

حال می توان به پرسش اولیه این تحقیق بازگشت و گفت که افراد (دانشجویان)، جهت برخورداری از سلامت در روابط و پیوندهای خود، نیاز به حمایت های همه جانبه از سوی اطرافیان شان اعم از خانواده، دوستان و دیگران مهم دارند تا از این طریق بتوانند سهمی در پیشرفت خود و جامعه ایفا کنند.

با وجود تمامی کمبودها و نقصان هایی که جامعه ایرانی در حوزه های مختلف درگیر آن است، هنوز میزان خوش بینی افراد و نیز میزان حمایت های دریافتی آن ها از پیرامون شان (به ویژه خانواده خود)، در سطح قابل قبولی قرار دارد (هر چند به صورت انتزاعی و غیر واقعی). پس وظیفه متولیان و مجریان دولتی است که قدر این همه صبوری و سعه صدر شهروندان شان (که چنین روحیه ای تنها از شاخصه های فرهنگی ایرانیان می باشد) را بدانند و در راستای پاسخگویی به نیازهای بی شمار آن ها، اقدامات لازم را انجام دهند.

در پایان، باید به نقش پر فروغ و بی مانند نهاد خانواده در فرهنگ ایرانی اشاره کرد که حتی در ناگوارترین شرایط زندگی، بی هیچ چشمداشتی از موجودیت و کیان اعضای خود دفاع می کند و آن ها را به حال خود وا نمی گذارد. پس حمایت هم جانبه از چنین نهاد مقدس و بی بدیلی، از اهم وظایف مسئولان و سیاست گذاران دولتی است.

از آن جا که بر اساس یافته های این تحقیق، حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران مهم، به ترتیب، سهم به سزایی در ارتقا و افزایش سلامت اجتماعی دانشجویان ایفا کرده اند، پس دانشجویان نیز باید روابط و پیوندهای خود را در این حیطه ها را گسترش دهند و با قرار دادن خود در متن این شبکه های ارتباطی، از مزایا و امکانات نهفته در آن استفاده نمایند.

منابع

- ایمانی، ر. (۱۳۸۲). "بررسی علل و عوامل مؤثر بر دریافت حمایت اجتماعی از شبکه شخصی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- باباپور خیرالدین و دیگران. (۱۳۸۸). "بررسی نقش عوامل جمعیت شناختی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز". فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز. شماره ۱۶: ص ۱۹-۱.
- بنی فاطمه، حسین؛ عباس زاده، محمد و چایچی تبریزی، نگار. (۱۳۹۰). "بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و عوامل آن". مجله مطالعات جامعه‌شناسی. سال سوم، شماره یازدهم، ص ۵۰-۳۷.
- بهروزی، ناصر؛ شهنی ییلاق، منیژه و پورسید، سید مهدی. (۱۳۹۱). "رابطه کمال گرایی، استرس ادراک شده و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی". مجله راهبرد فرهنگ. شماره ۲۰.
- تقی پور، ملیحه. (۱۳۸۹). "بررسی حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- توسلی، غلام عباس. (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی دینی. تهران: نشر سخن
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹). "بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه های اجتماعی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خیرالله پور، اکبر. (۱۳۸۳). "بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ علی وردی نیا، اکبر و پورحسین، سیده زینب. (۱۳۸۹). "بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان". فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال دهم، شماره ۳۹.
- زاهدی اصل، محمد و پیله وری، اعظم. (۱۳۹۳). "فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی". فصل نامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. شماره ی ۱۹

- سام آرام، عزت الله. (۱۳۸۸). "بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور". فصل نامه علمی - پژوهشی انتظام اجتماعی. سال اول، شماره اول
- سام آرام، عزت الله. (۱۳۸۷). جزوه درسی دانشکده علوم اجتماعی. دانشگاه علامه طباطبایی.
- سمیعی، مرصده؛ رفیعی، حسن و دیگران. (۱۳۸۹). "سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد محور". فصل نامه علمی - پژوهشی مسائل اجتماعی ایران. سال اول، شماره دوم، ص ۵۲ - ۳۱
- عبدالله تبار و دیگران. (۱۳۸۷). "بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان". فصل نامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. شماره ۳۰ و ۳۱،
- فارسی نژاد، معصومه. (۱۳۸۳). "سبک های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدگی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر دوم دبیرستان های شهر تهران". پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشکده روان شناسی، دانشگاه تهران.
- قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲). "بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی". پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- کنگرلو، مریم. (۱۳۸۷). "بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مرنندی، س. (۱۳۸۵). عوامل اجتماعی سلامت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. معاونت تحقیق ها و فناوری. چاپ دوم.
- نوربالا، احمد علی؛ باقری یزدی، سید عباس؛ اسدی لاری، محسن و واعظ مهدوی، محمدرضا. (۱۳۸۹). "وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ ساله و بالاتر شهر تهران". مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال شانزدهم، شماره ۴،
- ولایتی خواجه، سمیه و همکاران. (۱۳۹۲). "دین و سلامت: آزمون اثر دینداری بر سلامت نمونه ای از دانشجویان". جامعه شناسی کاربردی. سال بیست و چهارم، شماره ی پیاپی (۴۹)، ص ۷۷-۵۵

• همتی، الهام؛ مهدوی، محمدصادق و بقایی سرابی، علی. (۱۳۹۱). "تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت

اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن". فصلنامه پژوهش اجتماعی. سال ششم، بهار ۹۲

- Drentea, Patricia et al., (2006). "**Predictors of Improvement in Social Support**". *Social Sciences & Medicine*, 63. pp: 957- 67.
- Keyes, C.M. & Shapiro, A. (2004). "**Social Well – being in U.S: A descriptive epidemiology**". In Brim, Orville Gilbert; Ryff, Carol D.; and Kessler, Ronald C. (Eds) *How Healthy Are you? A National Study of Well-Being at Midlife*. U.S. University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M. (2004). **Complete Mental Health: an agenda for the 21 century**. Washington
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., Ryff, C.D. (2002). "**Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions**". *Journal of Personality and Social Psychology*. 82, 1007-1022.
- Larson, J. S. (1996). "**The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health**". *Social Indicators Research*, 192-181 :38
- Maslach, C. & S. E. Jackson. (1984). Burnout in Organizational Setting. *Applied Social Psychology Annual*. 5: 133-153.
- Sarafino, Edward. P (1998). **Health Psychology**. Third Edition, New York, John Wiley & Sons.
- WHO. (1948). **Social versus spiritual health**. Social indicators research Constitution of the World Health Organization, Geneva.
- Yang, H. J. (2004). "Factors Affecting Student Burnout and **Academic Achievement in Multiple Enrollment Programs in Taiwan's Technical-vocational Colleges**". *International Journal of Educational Development*. 24(3). 283-301.
- Zimet, G.D., et al. (1988). "**The Multidimensional Scale of Perceived Social Support**". *Journal of Personality Assessment*, 52

A Study on the Relationship between Social Support and Social Health (Case Study: Kharazmi University Students)

Omid Mazloomi Moghaddam

Ph.D. Student in Sociology, Yazd University, Yazd, Iran

Seyyed Alireza Afshani

Ph.D., Associate Professor in Sociology, Social Sciences Department, Yazd University, Yazd, Iran

Received:10 Feb. 2017

Accepted:6 Jun. 2017

One of the important issues on the field of sociology is the significant role of social determinants (in this case, support) in human health (particularly its social dimension). This has attracted the attention of many social researchers in recent decades. This study has paid attention to this topic, too.

This research is a cross-sectional survey study. Statistical population of this research, are 361 students of Kharazmi University. Spearman correlation test shows that there is a direct and meaningful relationship between Social health variable and social support. The correlation between different dimensions of social support and social health is equal to 0.298 . In addition, the obtained coefficient of determination (r square) indicates that 8.9% of the changes of social health is related to Independent variables (that is, the dimensions of social support) . Based on the results of the Path analysis, the degree of family support in explanation the changes of social health (0/169) is more than Important others support (0/143) and friend support. Similarly, the results of structural equations model and their fitting indicators showed that with increasing social support, social health increases too.

Keywords: Social Health, Social Support, Family, Important Others, Friends and Structural Equation Model