

## حمایت اجتماعی و سلامت عمومی معلمان زن

۱ سیما اسماعیلی شهمیرزادی

۲ گیتی خوشه مهری

۳ منور مرادیان سرخکلایی

۴ زینب مسلمی

۵ مهتاب وکیلی کرگانرود

### چکیده

اختلالات روانی یکی از نگرانی‌های عمده جهان امروز است که سبب کاهش بهره‌وری سیستم آموزش و پرورش می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی با سلامت عمومی معلمان زن شاغل در مدارس شهر قدس انجام شد. این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است. حجم نمونه ۱۳۱ نفر و نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای بوده است. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ و حمایت اجتماعی فلیپس استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های آماری ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفت. بدین ترتیب، ارتباط حمایت اجتماعی با حیطه‌های علایم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت عمومی کل با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد. نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی با میانگین نمره اضطراب، اختلاف آماری معنی‌دار و معکوس وجود دارد. همچنین، در بین خرده‌مقیاس‌های مختلف سلامت عمومی اعم از علایم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی تنها بین حیطه اضطراب با حمایت اجتماعی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد، به گونه‌ای که با افزایش سطح حمایت اجتماعی درک‌شده، میزان اضطراب در بین معلمان کاهش می‌یابد. بنابراین، به نظر می‌رسد با بکارگیری رویکردهای آموزشی و مداخله‌ای مناسب، جلب مشارکت مسئولان و سازمان‌های ذی‌ربط بتوان وضعیت سلامت روان معلمان کشور را بهبود بخشید.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت عمومی، معلمان زن

۱. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۲. مربی گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول).  
khoushehmehri@sina.tums.ac.ir
۳. کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۴. کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۵. کارشناس ارشد انجمن ترویج علم ایران  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۰  
تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۴/۷/۵

## مقدمه و طرح مسئله

برخلاف بیماری‌های جسمانی که تعریف مشخص و علایم واضح و روشنی دارند، بهداشت و پویایی روانی، دامنه گسترده و متنوعی را برحسب شرایط و ملاک‌های گوناگون اعتقادی فرهنگی، سنتی، اقتصادی و جغرافیایی داراست. سازمان جهانی، بهداشت روان را 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 تعریف می‌کند، نتیجه آنکه بهداشت روانی به معنی تأمین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی و پیشگیری از ابتلا به اختلال روانی، درمان مناسب و بازتوانی آن است (محتشمی، ۱۳۸۸: ۴۱). از نظر کاپلان و سادوک سلامت روانی، آن حالت از بهزیستی است که افراد قادر هستند به راحتی درون جامعه‌شان عمل کنند و پیشرفت‌ها و خصوصیات شخصی، برایشان رضایت‌بخش است (کاپلان، ۱۱۰: ۱۳۸۷). کارشناسان سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را 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 تعریف می‌کنند و بر این باورند که سلامت روان، صرفاً نداشتن بیماری‌های روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربیات زندگی به صورت انعطاف‌پذیر و معنی‌دار است (صالحی و دیگران، ۱۳۸۶). اختلالات روانی یکی از مشکلات بزرگ دنیای امروز است، به طوری که گزارش‌ها حاکی از آن است که یک چهارم از افراد جامعه آمریکا، برخی از انواع مشکلات روانی را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند (خدایاری فرد، ۲: ۱۳۸۷-۱). شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف متفاوت است و از ۳/۴ تا ۵/۵۲ درصد متغیر است (محمدی، ۲۸۰: ۱۳۸۷-۲۷۳). در کشور ما نیز شیوع اختلالات روانی در بررسی‌های همه‌گیرشناسی انجام‌شده از ۱۱/۹ درصد تا ۳۰/۲ درصد متغیر است، که در زنان بالاتر از مردان برآورد شده است (محمدی، ۱۳۸۲: ۱۳-۴). مفهوم سلامت روان شامل

احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی و اتکا به خود، ظرفیت رقابت و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره است.

حمایت‌های اجتماعی به عنوان یکی از مولفه‌های کاهش تنش نقش مهمی در تأمین سلامت روان قشرهای مختلف اجتماع دارد. حمایت اجتماعی اثرهای رویدادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کند و منجر به کسب عواطف مثبت می‌شود. حمایت اجتماعی درک فرد از مهم بودنش و اطمینان از کسب حمایت و کمک از سوی اطرافیان در هنگام نیاز است (ناصرح، ۱۳۹۰: ۲۶۶-۲۵۱). براساس مطالعات، زمینه ظهور مفهوم حمایت اجتماعی و مطرح شدن آن به عنوان متغیر اصلی در تحقیقات گوناگون مرتبط با سلامت، نشان‌دهنده برداشتن گامی جدی در بررسی نقش عوامل اجتماعی بر سلامت است. حمایت اجتماعی مفهومی با گستره‌ای بسیار وسیع است که می‌تواند موجب افزایش رفاه جسمی، روانی و اجتماعی شود (نبوی، ۱۳۹۳: ۸۴۶-۸۴۱).

حمایت اجتماعی به عنوان یک شبکه اجتماعی برای افراد، منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با شرایط استرس‌زا زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند (کوهن، ۲۰۰۴: ۶۷۶). بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی و سلامتی ارتباط معنادار و مثبتی وجود دارد، به گونه‌ای که با افزایش سطح حمایت اجتماعی درک‌شده افراد، سطح سلامتی آنان ارتقا می‌یابد (ریاحی، ۱۳۸۹: ۱۲۱-۸۵). به نظر می‌رسد زمانی که فرد به این باور دست یابد که در زمان نیاز افرادی وجود دارند که به وی کمک خواهند کرد، توانایی وی برای کنار آمدن با فشارهای روانی بهبود می‌یابد (ناصرح، ۱۳۹۰: ۲۶۶-۲۵۱).

از سوی دیگر، یکی از عوامل اجتماعی موثر بر سلامت افراد، وضعیت اشتغال آنان است؛ ماهیت شغل، نقش فرد یا حرفه‌اش در سازمان مربوط، ساختار سازمانی، ماهیت روابط حاکم بر محیط و مشکلات ناشی از ارتباط متقابل سازمان و دنیای خارج عمده‌ترین

منابع فشارهای روانی به شمار می‌رود (حدادی، ۱۳۹۰: ۱۲۷-۱۰۷؛ هاشمی، ۱۳۹۱: ۱۰۲-۹۵). شغل معلمی یکی از مشاغل مهم و حساس در جامعه است، زیرا معلمان نقطه آغاز هر تحول آموزشی و پرورشی به شمار می‌روند. همه کشورها به معلمان اثربخش و بانگیزه درمقام یکی از ارکان اصلی آموزش و پرورش نیاز دارند تا بتوانند جوانان خود را در قالب سیستم تعلیم و تربیتی خود پرورش داده و برای آینده‌ای بهتر مجهز کنند (عسگری، ۱۳۸۸: ۸۰-۶۹).

پیشرفت هر جامعه‌ای ارتباطی تنگاتنگ با تعلیم و تربیت صحیح آن جامعه دارد و تحقق چنین ایده‌ای مستلزم داشتن افرادی شایسته و پر خوردار از سلامت جسم و روان و عاری از هر گونه مصائب و مشکلات است (خدایاری فرد، ۲: ۱۳۸۷-۱). در این میان، توجه به سلامت روان زنان شاغل، دارای اهمیتی به مراتب بیش از سایر قشرهای جامعه است، زیرا زنان شاغل به دلیل پذیرش و ایفای تعهدات بیشتر و جدیدتر با فشارهایی بیشتر مواجه هستند که یکی از این فشارها تعارض کار- خانواده است که این تعارض، پیامدهایی منفی همچون کاهش رضایت شغلی و خانوادگی، غیبت از کار و ترک محل کار را در بر دارد (الن، ۲۷۸: ۲۰۰۰).

جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست‌شناختی یا روان‌شناختی نیستند، بلکه به طور هم‌زمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز هستند. عوامل اجتماعی، همان گونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ، و ارتقای سلامتی ایفا کنند؛ در بروز، شیوع، و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی اند. به عبارت دیگر، افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر متفاوت هستند که این تفاوت‌ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم‌تر از آن، برداشتی است که افراد از آن موقعیت دارند (کوکرین، ۱۳۷۶: ۶۷). همچنین تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده است که وجود حمایت اجتماعی اثر سودمندی بر سلامت جسمانی و روانی انسان دارد. کسانی که

از حمایت اجتماعی برخوردارند کمتر افسرده می‌شوند، چراکه حمایت اجتماعی با افزایش درک صحیح رویدادهای فشارزای روانی، باعث کاهش تأثیر فشار روانی می‌شود (قنبری هاشم آبادی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱۲۳-۱۱۳۱).

بنابراین، به نظر می‌رسد توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان نظیر میزان حمایت اجتماعی درک‌شده می‌تواند بر کاهش فشارهای روانی این قشر از جامعه تأثیرگذار باشد. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با سلامت روان معلمان زن شاغل در مدارس شهر قدس انجام شد. هم چنین رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای (مشخصات فردی) نیز با سلامت عمومی سنجش شده است.

### سلامت عمومی

تعریف سازمان بهداشت جهانی بیانگر این مسئله است که سلامت، یک مسئله چندبعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت یا بیماری بر یکدیگر اثر می‌گذارند. لذا اقدامات انجام‌شده برای ارتقای سلامت باید به تمام جوانب سلامت فردی، جسمی، روانی و اجتماعی توجه داشته باشد. معمول‌ترین بعد سلامت، سلامت جسمی است که در مقایسه با دیگر ابعاد، می‌توان آن را به سادگی ارزیابی کرد. از نظر بیولوژیکی، عمل مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با یکدیگر نشانه سلامت جسمی است (شجاعی، ۲۰۰۸، ۶۲-۵۶)؛ از سوی دیگر، سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ سلامت روان را حالتی از زندگی سالم تعریف می‌کند که در آن، فرد توانمندی خود را می‌شناسد و از آنها به نحو مؤثر و مولد استفاده می‌کند و برای اجتماع خویش مفید است. بدیهی است سنجش سلامت روان نسبت به سلامت جسم مشکل‌تر است. در این تعریف، تنها نداشتن بیماری روانی مدنظر نیست، بلکه قدرت تطابق و سازگاری با شرایط محیطی، داشتن عکس‌العمل و قضاوت مناسب در برابر مشکلات و حوادث

زندگی، و داشتن روحیه انتقادپذیری جنبه مهمی از سلامت روان را تشکیل می‌دهد. شایان ذکر است که بسیاری از بیماری‌های روانی نظیر افسردگی، اضطراب و غیره بر روی سلامت جسمی تأثیرگذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری‌های روانی و جسمی وجود دارد (ویتلی، ۱۹۸۶، ۳۲-۳۰). منظور از سلامت اجتماعی، آن بعد از رفتار هر فرد است که مربوط به چگونگی برقراری ارتباط او با سایر افراد جامعه است و اینکه دیگران چگونه با او برخورد می‌کنند، یا واکنش نشان می‌دهند، و تعامل او با نهادهای اجتماعی و مقررات و اخلاق جمعی چگونه است. به عبارتی، سلامت اجتماعی را می‌توان میزان تطابق و هماهنگی فرد با جامعه و بر حسب حمایت اجتماعی و نحوه ایفای نقش او در جامعه تعریف کرد (صبوری، ۲۰۱۱).

### حمایت اجتماعی و سلامت

منظور از حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کند (بهروزی و همکاران، ۱۳۹۱: ۸۳-۱۰۲). حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت متقابل تعهداتی را ایجاد کند که در آن شرایط شخص احساس عزت نفس و ارزشمند بودن کند و اینها با نتایج سلامتی ارتباط مستقیم دارند (قنبری هاشم آبادی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱۲۳-۱۱۳۱). افرادی که روابط اجتماعی حمایت‌کننده را تجربه می‌نمایند در کنارآمدن با مشکلات موفق‌تر می‌باشند و از وضعیت سلامتی مطلوب‌تری برخوردار می‌باشند. بالعکس افرادی که از سطح پایین حمایت اجتماعی برخوردارند با سلامت فیزیکی و روانی پایین روبرو هستند (رجبی و همکاران، ۱۳۹۴: ۸۳-۱۰۴).

نتایج مطالعه آزادی و همکاران (۱۳۹۱) که با هدف بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی، تاب آوری و سلامت روانی در بین دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام انجام شد، نشان داد که رابطه مستقیم و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی و سلامت روان وجود دارد؛ به گونه‌ای که هرچه شبکه حمایت اجتماعی فرد بهتر و گسترده‌تر باشد، میزان سلامت روانی وی نیز بیشتر خواهد بود (آزادی و همکاران، ۱۳۹۱: ۵۸-۴۸).

مک دول و سرویچ در سال ۲۰۰۷ به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و سلامت روان در میان بیماران مبتلا به ایدز پرداخته‌اند که نتایج این تحقیق نشان داد بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان رابطه معنی‌دار وجود دارد (مک دول و سرویچ ، ۲۰۰۷: ۱۲۲۳-۱۲۲۹). تیو و تام در سال ۲۰۰۸ در تحقیق خود با مقایسه میزان حمایت اجتماعی و سلامت روان در بین افراد سالم و افراد مبتلا به سردرد، نشان دادند که افراد سالم از حمایت اجتماعی و سلامت روان بالاتری برخوردارند (تیو و تام ، ۲۰۰۸: ۸۲-۸۶).

تحقیقات و بررسی‌های وان لیون و همکاران (۲۰۱۰) حاکی از آن است که داشتن حمایت اجتماعی می‌تواند در رضایت از زندگی افراد تأثیرگذار باشد. بدیهی است که انسان‌ها در هنگام گرفتاری‌ها به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند. لذا هرچه حمایت اجتماعی دیگران بیشتر باشد، رضایت از زندگی شان نیز بیشتر است.

طبق تحقیقاتی، کوکرهام گزارش داد که سن، جنس، میزان تحصیلات، تأهل، طبقه اجتماعی، محیط‌های اجتماعی و زمینه‌های اجتماعی همچون حمایت اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی بر میزان سلامت عمومی بسیار مؤثر است (کوکرهام، ۲۰۰۸: ۲۷۹-۲۸۰). کارادیماس در پژوهشی دریافت افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند در مقایسه با

افرادی که از این موقعیت برخوردار نیستند، سلامت روانی بهتری دارند و در مشکلات روانی سریع‌تر بهبود می‌یابند (کارادیماس ، ۲۰۰۸: ۲۷۷-۲۸۷). یافته‌های تحقیق اوتسی و همکاران حاکی از آن است که با افزایش توانایی روا شناختی و حمایت اجتماعی، استرس و احساس تنهایی کاهش یافته و سلامت روان و کیفیت زندگی افراد مطلوب می‌شود (اوتسی ، ۲۰۰۶). بویر و همکاران (۲۰۰۶) و دیلی و لاندروز (۲۰۰۵) در پژوهش‌های خود بین حمایت و نزدیکی با خانواده و سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار یافتند. آنها گزارش دادند افرادی که احساس تنهایی را تجربه می‌کنند، وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند، بهتر با مشکلات کنار می‌آیند و سلامت روانی آنها با سهولت بهتری امکان‌پذیر است (بویر و همکاران ، ۲۰۰۶: ۱۶۱-۱۷۰؛ دیلی و لاندروز ، ۲۰۰۵: ۱۰۵۱-۱۰۷۶).

#### روش پژوهش

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه معلمان زن شاغل در مدارس شهر قدس بودند. جهت محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد که یکی از پرکاربردترین روش‌های محاسبه حجم نمونه آماری است. شایان ذکر است که حجم جامعه کل معلمان زن شهر قدس ۲۰۰ نفر است، بنابراین حجم نمونه با سطح خطای ۵ درصد و مقدار Z برابر با ۱/۹۶ معادل ۱۳۱ نفر محاسبه شد. شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، از بین معلمان زن شاغل در مدارس شهر قدس به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و افرادی که به دلیل نارضایتی تمایل به شرکت در پژوهش حاضر را نداشتند، از مطالعه خارج شدند.

روش نمونه‌گیری به این نحو بود که پرسشگران توجیه‌شده در مورد اهداف مطالعه، به مدارس مورد نظر مراجعه کردند و به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اهداف این



مطالعه به افراد شرکت‌کننده تشریح و به آنان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند. پرسشنامه توسط خود معلمان به روش خودایفایی تکمیل و توسط پرسشگران جمع‌آوری شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای شامل سه بخش اطلاعات دموگرافیک (نظیر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی و میزان درآمد ماهیانه)، ابزار استاندارد شده سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۱</sup> و پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس<sup>۲</sup> استفاده شد.

برای سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده و ۳ خرده‌مقیاس خانواده (۸ ماده)، دوستان (۷ ماده) و سایرین (۸ ماده) است. ناخداناک (۱۳۷۷) ضرایب پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی را در سه روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶، تنصیف ۰/۵۵ و گاتمن ۰/۸۴ محاسبه کرده است (پاشا، ۱۳۸۶: ۵۱۷-۵۰۴).

پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در افراد جامعه، مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. سؤالات آن در برگیرنده ۴ مقیاس است که هر یک از آنها دارای ۷ سؤال هستند. از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس علایم جسمانی است. در این مقیاس، سلامت عمومی و علایم جسمی که فرد در طی یک ماه گذشته تجربه کرده، بررسی می‌شود. از سؤال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب و اختلال خواب است که سؤالات این مقیاس، در برگیرنده علایم بی‌خوابی، احساس تحت فشار بودن، عصبانیت، ترس و وحشت بی‌دلیل، دلشوره و ناتوانی در انجام کارهاست. از سؤال ۱۵ الی ۲۱ مربوط

1. General Health Questionnaire (GHQ)
2. Social Support Philips

به مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی است. سؤالات این مقیاس، توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی را مورد بررسی قرار می‌دهد. از سؤال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی است. در این مقیاس، علایم اختصاصی افسردگی شامل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی، آرزوی مرگ، افکار خودکشی و ناتوانی در انجام کارها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

نمره‌گذاری این پرسشنامه به دو شیوه انجام می‌شود: الف- نمره‌گذاری به شیوه لیکرت: در این روش گزینه‌ها به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این شیوه ۸۴ خواهد بود.

ب- نمره‌گذاری به شیوه سنتی: در این روش به گزینه‌ها به صورت ۰، ۱، ۱ نمره داده می‌شود و حداکثر نمره آزمودنی برابر ۲۸ خواهد بود. در این روش نمره ۲ در هر مقیاس و نمره ۶ در کل پرسشنامه به عنوان نقطه برش تعیین شده است. در این تحقیق از نمره‌گذاری به روش سنتی استفاده شد.

در خصوص اعتبار و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی مطالعات متعددی صورت گرفته که همگی مؤید اعتبار و پایایی آزمون بین ۰/۵۶ تا ۰/۹۵ بوده و نشان داده که این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روانی در جامعه برخوردار است (نوربالا، ۱۳۸۷: ۵۳-۴۷). پرسشنامه سلامت عمومی از ۲۸ سؤال تشکیل شده و سؤالات آن در برگزیده ۴ مقیاس علایم جسمانی (شامل ۷ سؤال)، اضطراب (شامل ۷ سؤال)، اختلال در عملکرد (شامل ۷ سؤال)، افسردگی (شامل ۷ سؤال) است.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و ورود اطلاعات به کامپیوتر، از نرم‌افزار SPSS. 18 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری نظیر

آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در مطالعه حاضر، سطح معنی‌داری آزمون  $p < 0/05$  در نظر گرفته شده است.

#### یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر به ترتیب  $38/09$  و  $3/03$  سال بوده است. فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی برای متغیرهای رتبه‌ای نظیر وضعیت تأهل، میزان درآمد ماهیانه و تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات در هریک از زیرگروه‌ها محاسبه شد. نتایج حاصل نشان داد که در بین کل افراد شرکت‌کننده در مطالعه  $80/2\%$  (۱۰۵ نفر) از کارکنان متأهل،  $18/3\%$  (۲۴ نفر) مجرد،  $1/5\%$  (۲ نفر) همسر فوت‌شده یا مطلقه بودند. همچنین  $36/6\%$  درصد (۴۸ نفر) از شرکت‌کنندگان میزان درآمد ماهیانه خود را پانصد هزار تومان،  $61/1\%$  درصد (۸۰ نفر) بین پانصد هزار تومان تا یک میلیون تومان،  $2/3\%$  درصد (۳ نفر) بیش از یک میلیون تومان گزارش کردند. از نظر تعداد فرزندان  $19/8\%$  (۲۶ نفر) یک فرزند،  $30/5\%$  (۴۰ نفر) دو فرزند،  $12/2\%$  (۱۶ نفر) سه فرزند و  $4/6\%$  (۶ نفر) بیش از سه فرزند داشتند و همچنین  $32/8\%$  (۴۳ نفر) بدون فرزند بودند.

از نظر وضعیت استخدامی  $70/2\%$  (۹۲ نفر) از کارکنان رسمی و  $5/3\%$  (۷ نفر) پیمانی و  $24/4\%$  (۳۲ نفر) قرار دادی بودند.  $24/4\%$  (۳۲ نفر) افراد از مدرک تحصیلی دیپلم و فوق‌دیپلم،  $74\%$  (۹۷ نفر) لیسانس و  $1/5\%$  (۲ نفر) فوق‌لیسانس برخوردار بودند.

میانگین امتیاز کل حمایت اجتماعی که از مجموع حیطه‌ها به دست آمد  $18/07 \pm 2/72$  است (جدول ۱)، به علاوه بررسی میانگین نمره حیطه‌های سلامت عمومی نشان داد که کمترین میانگین امتیاز مربوط به حیطه افسردگی ( $1/92 \pm 2/66$ ) و بیشترین میانگین مربوط به حیطه علایم جسمانی ( $5/79 \pm 3/74$ ) است (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار حیطه‌های مختلف حمایت اجتماعی در بین معلمان زن

انحراف معیار	میانگین	حیطه‌های مختلف حمایت اجتماعی
۱/۳	۶/۲	خانواده
۲/۲	۵/۸	دوستان
۱/۰۷	۵/۲	سایرین
۲/۷۲	۱۸/۰۷	حمایت اجتماعی کل

جدول ۲- بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و حیطه‌های مختلف سلامت عمومی در بین معلمان زن

حمایت اجتماعی		حیطه‌های مختلف سلامت عمومی			
همبستگی	ضریب پیرسون	مقدار احتمال	انحراف معیار	میانگین	حیطه‌های سلامت عمومی
	۰/۶۵	۰/۵	۳/۷۴	۵/۷۹	علائم جسمانی
	-۰/۵۷	$0.001P <$	۱/۱۱	۴/۱۹	اضطراب
	-۰/۲	۰/۰۷	۲/۹۶	۳/۳۳	عملکرد اجتماعی
	-۰/۷۴	۰/۴۶	۲/۶۶	۱/۹۲	افسردگی
	-۰/۷۵	۰/۴۵	۱۰/۰۴	۱۶/۷۹	سلامت عمومی کل

در مطالعه حاضر، ارتباط حمایت اجتماعی با حیطه‌های علایم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت عمومی کل با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی با میانگین امتیاز اضطراب، اختلاف آماری، رابطه معنی‌دار و معکوس وجود دارد ( $r = -0/57$ ،  $p < 0/001$ )، (جدول ۱).

بررسی ارتباط بین حیطه‌های مختلف سلامت عمومی با وضعیت تأهل با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که بین حیطه علایم جسمانی، افسردگی و سلامت عمومی کل با وضعیت تأهل ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد ( $p < 0/05$ ) (جدول ۲). ارتباط آماری بین حیطه‌های مختلف سلامت عمومی و میزان درآمد ماهیانه با استفاده از آزمون واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل نشان داد که حیطه علایم جسمانی و سلامت عمومی کل با میزان درآمد ماهیانه ارتباط آماری معنی‌داری داشت ( $p < 0/05$ ) (جدول ۳). بعلاوه ارتباط بین متغیر سطح تحصیلات و حیطه‌های مختلف سلامت عمومی نیز مورد بررسی قرار گرفت و اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمره عملکرد اجتماعی و افسردگی با سطح تحصیلات کارمندان مشاهده شد ( $r = -0/06$ ،  $p = 0/48$ ). همچنین نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که بین حیطه‌های علایم جسمانی، اضطراب و افسردگی با تعداد فرزندان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ( $p > 0/05$ ). در این مطالعه ارتباطی بین سن و حیطه‌های مختلف سلامت عمومی مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ) (جدول ۳).

جدول ۲- بررسی رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای (متغیرهای دموگرافیک) با میانگین امتیاز  
حیطه‌های مختلف سلامت عمومی

حیطه‌های سلامت عمومی					متغیرهای دموگرافیک	
سلامت عمومی کل	افسردگی	عملکرد اجتماعی	اضطراب	علائم جسمانی		
۲	۲	۲	۲	۲	Df	
۱/۶۵	۰/۷۷	۱/۵۹	۰/۳۹	۱/۰۶	F	سطح تحصیلات
۰/۱۹	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۶۷	۰/۳۵	P- Value	
۲	۲	۲	۲	۲	Df	
۴/۶۴	۱۱/۹۷	۱/۱۲	۲/۲۶	۴/۵۹	F	وضعیت تأهل
۰/۰۱	<u>۰/۰۱P&lt;</u>	۰/۳۳	۰/۱۱	۰/۰۱	P- Value	
۲	۲	۲	۲	۲	Df	
۴/۶۴	۱/۷۹	۲/۶۸	۰/۵۲	۳/۴۴	F	میزان درآمد ماهیانه
۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۰۷	۰/۵۹	۰/۰۳۵	P- Value	
۲	۲	۲	۲	۲	Df	
۵/۲۴	۷/۱۴	۱۲/۸۹	۳/۵۴	۲/۲۱	F	وضعیت استخدامی
۰/۰۰۷	<u>۰/۰۰۱</u>	<u>۰/۰۰۱P&lt;</u>	۰/۳۲	۰/۱۲	P- Value	
۴	۴	۴	۴	۴	Df	
۱/۹۹	۴/۴۱	۲/۰۸	۴/۲۲	۳/۴۴	F	تعداد فرزندان
۰/۹۹	<u>۰/۰۰۲</u>	۰/۰۸۷	۰/۰۰۳	۰/۰۱	P- Value	
۴	۴	۴	۴	۴	Df	
۱/۲۹	۲/۱۴	۱/۶۴	۲/۱۵	۱/۸۹	F	گروه‌های سنی
۰/۲۷	۰/۰۸	۰/۱۶	۰/۰۷	۰/۱۱	P- Value	

## نتیجه‌گیری

در جهان کنونی هر فرد در زندگی روزمره به شکلی استرس و اضطراب را تجربه می‌کند و به ناچار سعی می‌کند با اتخاذ شیوه‌ای منحصر به فرد به آن عوامل پاسخ‌گو باشد. در مطالعه حاضر، حیطه‌های میزان علایم جسمانی و اضطراب، به ترتیب بالاترین میانگین امتیاز را به خود اختصاص داده‌اند. در ارتباط با علت بالا بودن میزان اضطراب در معلمان تحقیقات مختلفی صورت گرفته و نظریات متفاوتی ارائه شده است؛ برای مثال توتمن و همکاران علت اضطراب در معلمان را حقوق و مسائل اقتصادی بیان می‌کنند و در مطالعه دیگر، تغییرات سیاست‌های آموزشی دولت، نگرش جامعه نسبت به شغل معلمی و درک‌نشدن آنان در مورد بار کاری‌شان و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان علت این یافته عنوان می‌شود (محمدی، ۲۸۰: ۱۳۸۷-۲۷۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط آماری معنی‌دار و معکوسی بین حمایت اجتماعی درک‌شده با حیطه اضطراب وجود دارد که با یافته‌های راشدی و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان بررسی رابطه حمایت اجتماعی و اضطراب در سالمندان شهر همدان همخوانی دارد. براساس یافته‌های این پژوهش، حمایت اجتماعی با اضطراب و تمامی خرده‌مقیاس‌های آن رابطه منفی و معناداری داشت. به عبارت دیگر، حمایت اجتماعی در کاهش اضطراب سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار بود (محمدی، ۱۱۵: ۱۳۹۲-۱۱۰).

همچنین حسینی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای میزان پیش‌بینی آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانواده در برابر استرس بر اساس میزان حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل را بررسی کردند. براساس یافته‌های این مطالعه، متغیر حمایت اجتماعی می‌تواند به طور معنی‌داری آسیب‌پذیری در برابر استرس را پیش‌بینی کند، به گونه‌ای که اگر منابع مقابله با استرس در فرد ضعیف باشد، میزان آسیب‌پذیری در برابر استرس نیز بیشتر می‌شود (حسینی، ۱۴۰: ۱۳۹۱-۱۱۷).

به منظور تبیین یافته حاضر، می‌توان عنوان کرد که هرچه فرد از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشد، اضطراب کمتری احساس می‌کند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی اثرهای محافظتی در مقابل استرس دارد و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می‌رساند (پاشا، ۱۳۸۶: ۵۱۷-۵۰۴). کوب حمایت اجتماعی را عامل محافظت‌کننده در مقابل استرس تلقی می‌کند. به بیان وی، حمایت اجتماعی باعث می‌شود، فرد احساس کند که مورد علاقه است، از وی مراقبت می‌شود، ارزش و احترام دارد و متعلق به یک شبکه ارتباطاتی است (پیروی، ۱۳۸۹: ۳۰۷-۳۰۱). در این مطالعات داشتن ارتباطات اجتماعی و به تبع آن برخوردار شدن از حمایت اجتماعی عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه‌های مثبت و متعاقب آن افزایش احساس خود ارزشمندی و کاهش احتمال ابتلا به اضطراب را در پی دارد.

در بررسی حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین حیطة افسردگی با حمایت اجتماعی مشاهده نشد. همسو با پژوهش حاضر، نتایج مطالعه لویس و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف بررسی اثرهای حمایت اجتماعی درک‌شده بواسطه ابعاد اصلی شخصیتی بر روی نشانه‌های افسردگی انجام شد، نیز ارتباطی بین علایم افسردگی و حمایت اجتماعی درک‌شده نشان نداد (لویس، ۲۰۱۴: ۳۳۹-۳۲۹).

در بررسی بین وضعیت تأهل و سلامت روان مشاهده شد که ارتباط آماری معنی‌داری بین حیطة‌های علایم جسمانی، افسردگی و سلامت عمومی کل با وضعیت تأهل وجود دارد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه شریعتی و همکاران (۱۳۸۱) که با هدف بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) انجام شد، نشان داد که شیوع اختلالات روانی با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار دارد، به گونه‌ای که میزان شیوع اختلالات روانی در متأهلان کمتر از افراد مجرد برآورد شد (شریعتی، ۹: ۱۳۸۱-۱). بر



طبق نظریه علیت اجتماعی (Social Causation Theory) وضعیت تأهل، تعیین‌کننده سلامت روان است. با توجه به این نظریه، ازدواج وضعیت سلامت روان افراد را بهبود می‌بخشد و به طور مستقیم موجب تعدیل رویدادهای منفی زندگی می‌شود. به طور کلی، منابع مالی و اقتصادی بیشتر و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی از طریق ساختار خانواده گسترده و شبکه‌های اجتماعی از فواید ازدواج است که با شرایط مضر برای سلامت روانی مقابله می‌کند (لمب، ۲۰۰۳: ۹۶۲-۹۵۳).

نتایج بررسی ارتباط بین حیطه‌های سلامت روان با میزان درآمد ماهیانه معلمان، حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌داری بین حیطه‌های علایم جسمانی و سلامت عمومی کل با میزان درآمد بود. به عبارت دیگر، کارکنان با سطح درآمد بالا در مقایسه با سایر کارکنان وضعیت سلامت روان نامطلوب‌تری داشتند که یافته حاضر می‌تواند حاکی از گرفتاری‌ها و مشغله کاری بیشتر در بین افراد با درآمد بالاتر باشد. مطالعه انجام‌شده توسط دهباش و طالبی (۱۳۸۷) جهت بررسی وضعیت بهداشت روانی کارکنان اداری مرکز آموزش‌های هوایی شهید خضرابی نیز نشان داد که بین میزان درآمد با بهداشت روانی کارکنان رابطه معنی‌داری وجود دارد (دهباش، ۱۳۸۷: ۱۶-۱۱).

در بررسی ارتباط بین متغیر تعداد فرزندان با سلامت روان مشاهده شد که افراد دارای ۳ فرزند، از سلامت روان کمتری نسبت به سایر افراد برخوردار هستند و همچنین اختلاف بین تعداد فرزندان با حیطه‌های علایم جسمانی، اضطراب و افسردگی از نظر آماری معنی‌دار بود. به نظر می‌رسد نگرانی والدین از مسائل تربیتی فرزندان و آینده شغلی آنان با افزایش تعداد فرزندان بیشتر می‌شود. اما نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های حاصل از مطالعه گلیان تهرانی و همکاران (۱۳۸۶)، هاشمی نظری و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی ندارد (گلیان، ۱۳۸۶: ۸۰-۷۳؛ هاشمی، ۱۳۸۶: ۶۴-۵۶).

در بررسی بین متغیر وضعیت استخدامی و سلامت روان مشاهده می‌شود که مقایسه بین میانگین نمره حیطه‌های افسردگی و عملکرد اجتماعی در بین مستخدمان رسمی، پیمانی و قراردادی، بیانگر وضعیت بهتر روانی در گروه مستخدمان قراردادی است که این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود. به‌رغم اینکه کارکنان رسمی و پیمانی از امنیت شغلی بالاتری برخوردار هستند، کارکنان قراردادی سلامت روان مطلوب‌تری داشتند. بنابراین، شاید بتوان در توجیه این یافته به جوان‌تر بودن این گروه از افراد (قرار داشتن آنان در رده سنی ۲۶-۳۰ سال) و انگیزه شغلی بالاتر آنان اشاره کرد. همسو با پژوهش حاضر، مطالعه انجام‌شده توسط خورسندی و همکاران (۱۳۸۹) به منظور بررسی کیفیت زندگی کارکنان ستاد و بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک، نشان داد که در پرسنل بر اساس نوع استخدام از نظر حیطه‌های عملکرد جسمی، نشاط، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، سلامت جسمی و سلامت روانی اختلاف معنی‌داری وجود دارد؛ به گونه‌ای که مشخص شد که عملکرد اجتماعی و سلامت روان در کارمندان رسمی به شکل معنی‌داری کمتر از کارمندان قراردادی و پیمانی بود (خورسندی، ۱۳۸۹: ۴۸-۴۰).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر نبود امکان تعمیم نتایج به کل جامعه است، اما باید به این نکته مهم توجه کرد که یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در بین خرده‌مقیاس‌های مختلف سلامت عمومی، ارتباط آماری معنی‌داری بین حیطه اضطراب با حمایت اجتماعی وجود دارد، به گونه‌ای که با افزایش سطح حمایت اجتماعی درک‌شده، میزان اضطراب در بین معلمان کاهش می‌یابد. بنابراین به نظر می‌رسد با به‌کارگیری رویکردهای آموزشی و مداخله‌ای مناسب، جلب مشارکت مسئولان و سازمان‌های ذی‌ربط بتوان وضعیت سلامت روان معلمان کشور را بهبود بخشید. با توجه به ارتباط حمایت اجتماعی و اضطراب، امید است که با ارائه راهکارهای مناسب، مانند افزایش میزان حقوق معلمان، کم کردن ساعات کاری، آموزش مهارت‌های زندگی و همچنین حضور مشاوران آگاه و مجرب در مدارس و

یا سازمان آموزش و پرورش جهت ارائه خدمات بهداشت روان بتوان موجبات کاهش میزان اضطراب و بهبود سلامت روان را برای این قشر زحمت کش فراهم کرد.

## منابع

۱. بهروزی، ناصر (۱۳۹۱)؛ رابطه کمال‌گرایی، استرس ادراک‌شده و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی، مجله راهبرد فرهنگ: شماره ۲۰، صص: ۸۳-۱۰۲.
۲. پیروی، حمید (۱۳۸۹)؛ ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران، مجله تحقیقات نظام سلامت: دوره ۶، شماره ۳۰۱، صص-۳۰۷.
۳. حدادی، مهدی (۱۳۹۰)؛ ارتباط رده شغلی و سلامت روان در زنان شاغل، رفاه اجتماعی: دوره ۱۱، شماره ۴۰، صص: ۱۰۷-۱۲۷.
۴. حسینی بادنجان، سیدمهدی (۱۳۹۱)؛ پیش‌بینی آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانواده در برابر استرس بر اساس میزان حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی: ج ۸، شماره ۱، صص: ۱۴۰-۱۱۷.
۵. خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۷)؛ تأثیر مداخله شناختی-رفتاری گروهی - فردی و فردی بر وضعیت سلامت روان‌شناختی زندانیان مرد، مجله علوم رفتاری: ج ۲، شماره ۴، صص: ۱-۲.
۶. خورسندی، محبوبه (۱۳۸۹)؛ کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی کارکنان ستاد و بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک: س ۱۳، شماره ۱، صص: ۴۰-۴۸.
۷. دهباش، علیرضا (۱۳۸۷)؛ بررسی وضعیت بهداشت روانی کارکنان اداری مرکز آموزش‌های هوایی شهید خضرای، فصلنامه ابن سینا: دوره ۱۱، شماره ۱، صص: ۱۱-۱۶.

۸. راشدی، وحید (۱۳۹۲)؛ حمایت اجتماعی و اضطراب در سالمندان شهر همدان، فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی: دوره ۱۴، شماره ۲، صص: ۱۱۰-۱۱۵.
۹. رجبی، غلامرضا (۱۳۹۴)؛ بررسی رابطه عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، مجله مطالعات روانشناسی تربیتی: شماره ۲۱، صص: ۸۳-۱۰۴.
۱۰. ریاحی، محمد اسماعیل (۱۳۸۹)؛ بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، رفاه اجتماعی، دوره ۱۰، شماره ۳۹: ۸۵-۱۲۱.
۱۱. شجاعی، عبادی فردآذر (۲۰۰۸)، اصول مراقبت بهداشتی، ویرایش ششم، تهران: سمت.
۱۲. شریعتی، محمد (۱۳۸۱)؛ بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پایش: دوره ۱، شماره ۳، صص: ۱-۹.
۱۳. صالحی، لیلی و دیگران (۱۳۸۶)؛ رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین: س ۱۱، شماره ۱، صص: ۱-۱۰.
۱۴. صبوری، س (۲۰۱۱)، سلامت اجتماعی در میان مدیران دبیرستان‌های منطقه یازده تهران. پایان‌نامه دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران.
۱۵. قنبری هاشم آبادی، بهرام‌علی (۱۳۹۱)؛ رابطه بین حمایت روانی - اجتماعی فرزندان با سلامت روان سالمندان، پژوهش در علوم توانبخشی: دوره ۸، شماره ۶، صص: ۱۱۲۳ - ۱۱۳۱.
۱۶. کاپلان، هرولد (۱۳۸۷)؛ خلاصه روانپزشکی، ترجمه حسن رفیعی؛ تهران: نشر ارجمند.

۱۷. کوکرین، ریموند (۱۳۷۶)؛ *مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی*، ترجمه بهمن نجاریان؛ تهران: انتشارات رشد.
۱۸. گلیان تهرانی، شهناز (۱۳۸۶)؛ وضعیت سلامت روانی ماماها‌های شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران؛ حیات: س ۱۳، شماره ۱، صص: ۷۳-۸۰.
۱۹. عسگری، پرویز (۱۳۸۸)؛ رابطه ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی با رضایت شغلی معلمان زن شهر اهواز، زن و فرهنگ: صص: ۶۹-۸۰.
۲۰. محتشمی، جمیله (۱۳۸۸)؛ *بهداشت روان*؛ تهران: نشر سالمی.
۲۱. محمدی، پروین (۱۳۸۷)؛ فراوانی آسیب‌شناسی روانی در معلمان مدارس ابتدایی شهر کرد، فصلنامه اصول بهداشت روانی: ۱۳۸۷؛ دوره ۱۰، شماره ۴، صص: ۲۷۳-۲۸۰.
۲۲. محمدی، محمدرضا (۱۳۸۷)؛ همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانپزشکی در استان تهران، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*: دوره ۹، شماره ۲، صص: ۴-۱۳.
۲۳. هاشمی، میترا (۱۳۹۱)؛ بررسی میزان فشار شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*: دوره ۴، شماره ۱، صص: ۹۵-۱۰۲.
۲۴. هاشمی، سید سعید (۱۳۸۶)؛ بررسی سلامت روان کارکنان سازمان آتش‌نشانی با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، *مجله حکیم*: دوره ۱۰، شماره ۲، صص: ۶۴-۵۶.
۲۵. ناصح، مژده (۱۳۹۰)؛ گونه فارسی پرسشنامه حمایت اجتماعی، *رفاه اجتماعی*: دوره ۱۱، شماره ۴۱، صص: ۲۵۱-۲۶۶.
۲۶. نبوی، سیدحمید (۱۳۹۳)؛ بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان، *مجله دانشکده پزشکی مشهد*: دوره ۵۷، شماره ۷، صص: ۸۴۱-۸۴۶.

۲۷. نوربالا، احمدعلی؛ اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران، مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم: ج ۱۱، شماره ۴، صص: ۵۳-۴۷.

28. Allen, T. D. , Herst, D. E. , Bruck, C. S. , & Sutton, M. (2000). "Consequences associated with work-to-family conflict: A review and agenda for future research". *Journal of occupational health psychology*, 5 (2), 278.
29. Bovier. P. A, Chamot, E. & Pereger, T, V. (2006). "Perceived stress, Internal resources and social support as determinants of health among young adults". *Quarterly of Life Research*, 13: 161-170.
30. Cohen, S. (2004). "Social relationships and health". *American psychologist*, 59 (8), 676.
31. Cockerham, W. C. (2008). *Medical Sociology*. 10th edition. Prentice- Hall, Englewood Cliffs, N. J: 279-280.
32. Dehle, C, Landers, J, E. (2005). "You cant always get what you want but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage". *Journal of social and clinican psychology*. 24 (7), 1051-1076.
33. Karademas, E. (2007). "Positive and negative aspects of wellbeing: Common and specific predictors". *Personality and Individual Differences*, 43, 277-287.
34. Lamb, K. A. , Lee, G. R. , & DeMaris, A. (2003). "Union formation and depression: Selection and relationship effects". *Journal of Marriage and Family*, 65 (4), 953-962.
35. Lewis, G. J., Bates, T. C., Posthuma, D. & Polderman, T. J. (2014). "Core Dimensions of Personality Broadly Account for the Link from Perceived Social Support to Symptoms of Depression and Anxiety". *Journal of personality*, 82 (4), 329-339.

36. McDowell T. L., Serovich J. M. (2007) "The effect of perceived and actual social support on the
37. mental health of HIV- positive persons". *Journal of AIDS Care* . 19 (10): 1223- 1229.
38. Teoh H. J., Tam C. L. (2008) "A comparison of headache and non- headache sufferers on measures of social support and mental problems,"; 3 (2): 82- 86
39. Utesy, S.; Lanier, Y.; Williams, O.; Bolden, M.; Lee, A. (2006) . "Moderatore effects of cognitive ability and social support on the relation between race-related stress and quality of life". Retrieved February 28, 2007.
40. <http://www.allacademic.com/cultural.diversity.and.ethnic.minority.psychology>.

