بررسی رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و سلامت روان

محمّداسماعیل ریاحی*، اکبرعلی وردی‌نیا**، سیده زینب پورحسین***

طرح مسئله: *پژوهش حاضر، با هدف بررسی جامعه شناختی رابطهٔ حمایت اجتماعی با سلامت روان و نیز شناسایی ارتباط بین جنسیت، طبقهٔ اجتماعی، و دین داری با میزان حمایت اجتماعی به انجام رسیده است.*

روش: *روش تحقیق، پیمایش و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامهٔ خود اجرا بوده است. با استفاده از شیوهٔ نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب، از بین تمامی دانشجویان دانشگاه مازندران درمقطع کارشناسی، تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونهٔ آماری انتخاب شدند. به منظور سنجش سلامت روان و حمایت اجتماعی، به ترتیب از آزمون‌های SCL-25 و زیمت استفاده گردیده است.*

یافته‌ها: *بر اساس نتایج تحقیق، سلامت روان دانشجویان پسر بهتر از دختران بوده و رابطهٔ مستقیم و معناداری بین میزان حمایت اجتماعی و سلامت روان مشاهده شده است. این در حالی است که بین سلامت روان با میزان دین داری و طبقهٔ اجتماعی رابطهٔ معنا داری مشاهده نشده است. علاوه بر این، دانشجویان دختر، دانشجویان متعلق به طبقات اجتماعی بالاتر، و دانشجویان دین دارتر، حمایت اجتماعی بالاتری را ادراک و گزارش کرده بودند. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که حمایت اجتماعی و جنسیت اثرات مستقیمی بر سلامت روان داشته‌اند، در حالی که طبقهٔ اجتماعی و دین داری از طریق افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، اثرات غیر مستقیمی بر سلامت روان دانشجویان گذاشته‌اند.*

نتایج: *ضروری است تا سیاست گذاران حوزهٔ سلامت روان، با تمرکز بر شیوه‌های ارتقاء حمایت اجتماعی و باورهای دینی، توجه ویژه‌ای به بهداشت روان در بین زنان و افراد طبقات پایین‌تر اجتماعی نمایند.*

کلیدواژه‌ها: جنسیت، حمایت اجتماعی ادراک شده، دین داری، سلامت روان، طبقه اجتماعی

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۸ ***تاریخ پذیرش:*** ۸۹/۱۰/۱۹

* متخصص جامعه‌شناسی پزشکی دانشگاه مازندران <m.riahi@umz.ac.ir>

** دکتر جامعه‌شناس دانشگاه مازندران

*** کارشناسی ارشد جامعه شناسی دانشگاه مازندارن

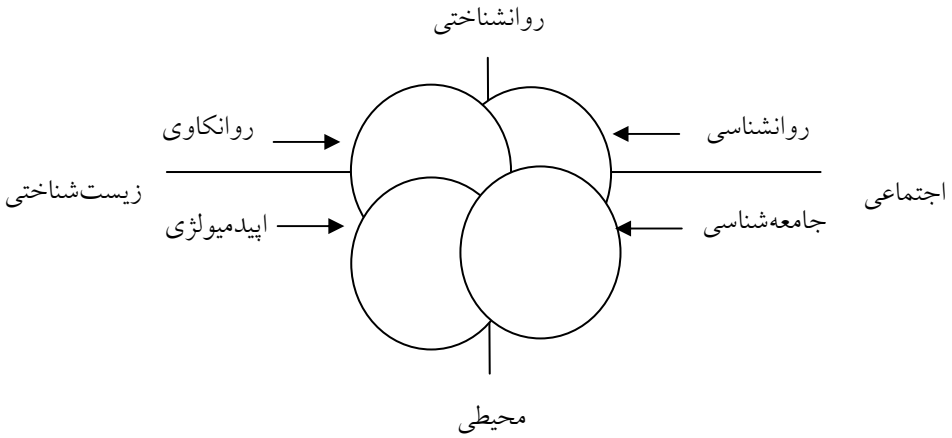
[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مقدمه

سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، پدیده‌ای است که مورد علاقه و توجّه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری می‌باشد. سلامتی در گفتمان‌های متنوعی توصیف و تبیین شده است که این گفتمان‌ها به‌طور اجتماعی ساخت یافته‌اند. گر چه مفاهیم سلامتی، ذهن، و بدن طی مکان‌ها و زمان‌های مختلف، متفاوت بوده‌اند اما برای تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها بازی کرده‌اند (مارکس و همکاران، ۲۰۰۰؛ ۳).

با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعهٔ پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی ـ اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی، و محیطی باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر تنها دغدغهٔ دست اندرکاران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه جامعه شناسان و روانشناسان، به بررسی آن علاقمند می‌گردند. سویتزر و همکاران(۱۹۹۹) مهم‌ترین حوزه‌های

علاقه‌مند به سلامت روان را به شکل نمودار زیر نمایش داده‌اند:



نمودار شمارهٔ۱) مهم‌ترین حوزه‌های علمی علاقه‌مند به موضوعات سلامت روان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

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 کرده 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، ۱۳۸٦). بعد روانی سلامتی در بسیاری از کشورهای جهان(به ویژه کشورهای جهان سوم)، به دلیل توجه اصلی به سایر اولویت‌های بهداشتی، از جمله بیماری‌های واگیردار عفونی در گذشته و یا بیماری‌های مزمن درعصرحاضر، کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. با این حال، نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینهٔ شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، حاکی از بحرانی بودن وضعیت سلامت روان است. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از انواع اختلالات روانی هستندکه از این عده ۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات شدید روانی، ۲۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر مبتلا به عقب ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفرمبتلا به صرع بوده، و۳۰ میلیون نفر از دمانس رنج می‌برند (مهربانی، ۱۳۸۵). نتایج مطالعات انجام شده در ایران نیز نشان می‌دهدکه میزان شیوع اختلالات روانی، کم‌تر ازسایرکشورها نیست (خسروی، ۱۳۸۱)، به طوری که مطالعات همه گیرشناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران، دلالت بر متغیر بودن شیوع این اختلالات از ۹/ ۱۱ تا ۳۰/۲ درصد را دارند (محمدی، ۱۳۸۲).

جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست شناختی و یا روانشناختی نیستند، بلکه به طور هم زمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می‌باشند. عوامل اجتماعی، همان گونه که می‌توانند نقش مهمی درایجاد، حفظ، و ارتقاء سلامتی ایفا نمایند؛ در بروز، شیوع، و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی اند. به دیگر سخن، گرچه تردیدی نیست که «افراد در میزان آسیب‌پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، اما مسئله این است که میزان این تفاوت‌ها تحت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم‌تر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند به مراتب بیش‌تر می‌شود (کوکرین، ۱۳۷٦). از این رو، توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان اهمیت بسیار می‌یابد که یکی از مهم‌ترین این عوامل، میزان حمایت اجتماعی ادراک و یا دریافت شده توسط افراد می‌باشد.

پژوهش‌های متعددی ثابت کرده اندکه هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (قدسی، ۱۳۸۲). حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلفی تعریف شده است. برای مثال، می‌توان آن را به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف نمود (شولتز و شوارتزر، ۲۰۰٤). برخی از پژوهش‌گران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبّت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان، و دیگران مهم تعریف کرده‌اند (سارافینو، ۱۹۹۸). برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند. ساراسون (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو بعد واقعی و تصوری را در بر می‌گیرد (علی‌پور، ۱۳۸۵). در مجموع، شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و این‌که او به یک شبکهٔ اجتماعی متعلق است (گاچل و دیگران، ۱۳۷۷).

دسته‌بندی‌های گوناگونی توسط پژوهش‌گران از مفهوم حمایت اجتماعی به عمل آمده است. در واقع، این دسته‌بندی‌ها در پاسخ به این سئوال بوده است که حمایت اجتماعی، به‌طور ویژه چه چیزی را برای یک شخص فراهم می‌آورد؟ سارافینو با جمع‌بندی نظرات برخی از پژوهش‌گران به دسته‌بندی حمایت اجتماعی در پنج مقولهٔ حمایت عاطفی[1]،

1. emotional

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

ارزشیابانه[1]، ابزاری یا ملموس[2]، اطلاعاتی[3]، و شبکه‌ای[4] پرداخت (سارافینو، ۱۹۹۸). درنتا و همکاران (۲۰۰۶) بر اساس طبقه‌بندی ویلز (۱۹۸۵)، حمایت اجتماعی را به سه دستهٔ عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی تقسیم‌بندی کرده‌اند. دیویسون و همکاران (۱۳۸٤) از حمایت اجتماعی ساختاری[5] و کارکردی[6] نام برده‌اند. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت (۱۳۸۰) حمایت اجتماعی را در چهار مقولهٔ عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری، و ارزش‌یابانه دسته‌بندی کرده است. هم چنین گاچل و همکاران (۱۳۷۷) در طبقه‌بندی حمایت اجتماعی به حمایت ارزشیابانه، اطلاعاتی، همراهی اجتماعی[7]، و ابزاری اشاره کرده‌اند. در مجموع، رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهش‌گران معرفی شده و در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، شامل سه مقولهٔ حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی می‌باشد:

الف) **حمایت اجتماعی عاطفی**: حمایت عاطفی به معنی در دست‌رس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد (درنتا و همکاران، ۲۰۰٦). حمایت اجتماعی عاطفی در بردارندهٔاحساس همدلی، مراقبت و توجه، و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن، و مورد محبّت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید (سارافینو، ۱۹۹۸).

ب) **حمایت اجتماعی ابزاری:** حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌گردد. این نوع حمایت به افراد کمک می‌کند تا نیازهای روزانهٔ خود را تأمین نمایند و شامل عناصری از کمک‌های 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، ۲۰۰٦).

1. esteem 2. tangible 3. informational 4. network
5. structural 6. functional 7. social companionship

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

ج) **حمایت اجتماعی اطلاعاتی**: به‌دست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران را حمایت اطلاعاتی تعریف کرده‌اند (گاچل و دیگران، ۱۳۷۷). به عبارتی دیگر، حمایت اطلاعاتی شامل دادن توصیه‌ها، جهت‌گیری‌ها، پیشنهادات، یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می‌باشد(سارافینو، ۱۹۹۸).

از دهۀ ۱۹۷۰، حوزۀ مطالعات حمایت اجتماعی، زمینۀ انجام پژوهش‌های متعددی را ایجاد کرد. با این حال، بخش عمدۀ مطالعات، پیرامون ارتباط حمایت اجتماعی با بیماری و سلامتی انجام گرفته است. این ارتباط شامل علّت‌شناسی بیماری و مرگ و میر، کارکرد سیستم ایمنی بدن، بیماری‌های مختلف جسمانی و روانی، بهبود از بیماری، تأثیرات درمانی و پیش‌گیرانه، و... بوده‌اند (قدسی، ۱۳۸۲). به عنوان مثال، مطالعۀ آلامدا کانتی[1] در کالیفرنیا نشان داد که در شرایط جسمی مشابه، اشخاصی که از حمایت اجتماعی بیش‌تری برخوردار بودند، در طول سال‌های بعد از یک عارضۀ قلبی، خطر مرگ آنان را نصف دیگران که چنین منابع حمایتی نداشتند، تهدید می‌کرد (آدام و هرتسلیک، ۱۳۸۵). هم چنین یک مطالعۀ کلی به شکل فراتحلیل[2]، نشان داد که میزان حمایت اجتماعی، بر سلامتی جسمی افراد تأثیر مثبت داشته است(اسمیت و مک‌کی، ۱۹۹۵). همچنین، حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات آسیب‌زای محرک‌های استرس‌زا بر سیستم ایمنی بدن را کاهش دهد (ولمن و گولیا، ۱۹۹۹؛ به نقل از قدسی، ۱۳۸۲). بدین معنی، کسانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، سیستم ایمنی بدنشان نیز قوی‌تر بوده و در نتیجه دیرتر بیمار شده و در صورت ابتلا به بیماری، زودتر بهبود می‌یابند (علی‌پور، ۱۳۸۵). به علاوه، شواهد قوی و ثابت پژوهشی وجود دارد که انزوای اجتماعی یا فقدان حمایت اجتماعی، یک عامل خطر[3] مستقل برای بیماری کرونر قلبی است (بونکر و همکاران، ۲۰۰۳؛ اریکسن، ۱۹۹٤؛ روزانسکی و همکاران، ۱۹۹۹). در مجموع، پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که مهم‌ترین انواع اختلالات جسمی و فیزیولوژیکی ناشی از کمبود یا فقدان

1. alameda county 2. meta analysis 3. risk factor

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

حمایت اجتماعی عبارتند از: سردردهای عصبی و تنشی (میگرن)، ناراحتی‌های گوارشی، از بین رفتن اشتها، افزایش فعالیت کورتکس غدهٔ آدرنال، افزایش سطح کلسترول و اورهٔ خون، بالارفتن فشار خون، ناراحتی‌های قلبی ـ عروقی و افزایش احتمال مرگ و میر عمومی (شفیعی قهفرخی، ۱۳۷۳).

علاوه بر سلامت جسمی، اکثر پژوهش‌های انجام شده به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت روان پرداخته و تأثیرآشکار حمایت اجتماعی ادارک‌شده بر سلامتی و آسایش روانی را تأیید نموده‌اند (کورنمان و همکاران، ۲۰۰۳). بخش اعظم این تلاش‌های پژوهشی، بر این فرض متمرکز شده‌اند که سطح پایین‌تر حمایت اجتماعی، خطر ابتلا به نشانه‌های افسردگی را افزایش می‌دهد. هندرسون(۱۹۹۲) با انجام یک فراتحلیل، به این نتیجه رسید که علیرغم به‌کارگیری مقیاس‌های متفاوت برای سنجش میزان حمایت اجتماعی و افسردگی، در تمام پژوهش‌های انجام شده، نتایج ثابتی راجع به اثرات مثبت حمایت اجتماعی در کاهش ابتلای به افسردگی، مشاهده شده است (ترنر و ترنر، ۱۹۹۹: ۳۰٦). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند (لاندمن پیترز و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین، بین میزان افسردگی با منابع ساختاری حمایت اجتماعی (عضویت گروهی، اندازهٔ شبکه، و پیوند قوی) رابطهٔ معناداری وجود داشته و میزان افسردگی در گروه‌های کوچک تر، شبکه‌های بزرگتر، و در بین متأهلین، کم‌تر بوده است (قدسی، ۱۳۸۲). بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی، نشان می‌دهد که میزان حمایت اجتماعی با نرخ افسردگی، همبستگی منفی داشته و میانگین حمایت اجتماعی در افراد افسرده، به طور معناداری پایین‌تر از افراد غیرافسرده می‌باشد. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی نقش تعدیل‌کنندگی در بروز یا تشدید افسردگی دارد (بخشانی و همکاران، ۱۳۸۲). هم‌چنین، برخی از مطالعات انجام شده

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

درمیان نمونه‌های خاص، رابطهٔ حمایت اجتماعی بالاتر با افسردگی کم‌تر در بین جانبازان قطع نخاعی(ابراهیمی وهمکاران، ۱۳۸۱) و زنان باردار (پازنده و همکاران، ۱۳۸۱) را تأیید کرده‌اند.

پژوهش‌های انجام شده، همچنین حاکی از ارتباط معنادار بین سطوح بالای اضطراب با میزان‌های پایین‌تر حمایت اجتماعی می‌باشد (لاندمن پیترز و همکاران، ۲۰۰۵؛ هوگز ودیگران، ۲۰۰٤). بررسی اثرات حمایت اجتماعی و دین داری به عنوان شیوه‌های انطباق با اضطراب، حاکی از آن است که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی باسطوح پایین‌تر اضطراب همبستگی دارد و بیش‌ترین تأثیر دین‌داری در کاهش اضطراب، از طریق حمایت اجتماعی صورت گرفته که نشان دهندهٔ نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی است (هوگز[1] و دیگران، ۲۰۰٤). در مجموع، پژوهش‌گران مهم‌ترین اختلالات روانی ناشی از کمبود یا فقدان حمایت اجتماعی را شامل؛ افسردگی، اضطراب، گوشه‌گیری و انزوا طلبی، بی‌تفاوتی، ناامیدی، آشفتگی و اغتشاش ادراک، کاهش سرعت واکنش به محرک‌های محیطی، کاهش عزّت نفس، و ناتوانی در کنترل جریان جریانات زندگی می‌دانند (شفیعی قهفرخی، ۱۳۷۳).

سلامت روان، نقش مهمی درتضمین پویایی وکار آمدی هر جامعه ایفا کرده و یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، محسوب می‌گردد (خسروی، ۱۳۸۱)؛ لذا هدف تمامی جوامع این است که شرایطی را فراهم نمایند تا سلامت اعضایشان را حفظ نموده و ارتقا بخشند. از آن جا که دانشجویان، در هر جامعه‌ای از مهم‌ترین نیروهای تأثیر گذار بر توسعهٔ کشور محسوب می‌گردند و شیوع هر گونه اختلال روانی در بین آنان، می‌تواند به هدر رفتن سرمایه گذاری‌های مادی و معنوی منجر گردد؛ از این رو، شناسایی وضعیت سلامت روان آنان و تجزیه و تحلیل عوامل مرتبط و مؤثر بر آن، می‌تواند در بالندگی این قشر حساس جامعه مؤثر واقع گشته و در دراز مدت، آثار مثبت و فوایدآن نصیب کل جامعه گردد. بر این اساس، در تحقیق حاضر با توجه به اهمیت نقش عوامل اجتماعی و به

1. Hughes

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

ویژه حمایت اجتماعی در سلامت روان، سعی شده تا ارتباط بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان دانشجویان مورد بررسی قرار گیرد. در واقع سئوالاتی که تحقیق حاضر در پی پاسخ گویی به آن خواهد بود این است که توزیع سلامت روان در بین دانشجویان دانشگاه مازندران چگونه است؟ میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان، به چه میزان با توزیع میانگین سلامت روان در بین آنان هم‌خوانی و همبستگی دارد؟ و چه ارتباطی بین جنسیت، طبقه اجتماعی، و میزان دین داری دانشجویان (به عنوان منابع کسب حمایت اجتماعی) با میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آنان، وجود دارد؟

چارچوب نظری

چهار سبک اندیشهٔ جامعه شناختی راجع به اختلال روانی مطرح میشود که هرکدام از آن‌ها واکنشی در مقابل مدل فردگرایانه سلامتی و بیماری روانی اند که توسط روان‌شناسان و دانشمندان علوم رفتاری به کار گرفته می‌شوند. سبک سبب شناختی[1]، تعریف رایج از بیماری روانی را می‌پذیرد و علل اجتماعی آشفتگی‌های روانی در افراد را جستجو می‌کند. سبک روان‌شناسی جامعه شناختی[2]، این مطلب را مورد بررسی قرار می‌دهد که چگونه نشانه‌های اختلال روانی، محصولات فرهنگی بافت‌های تاریخی و اجتماعی خاص هستند. سبک پاسخ اجتماعی[3]، شاخص‌های سنتی بیماری روانی را به عنوان یک مبنای پذیرفته شده به کار می‌برد و تغییرات اجتماعی در واکنش به این نشانه‌ها را مطالعه می‌کند. در حالی که رویکرد تفسیرگرایی اجتماعی[4] به اختلال روانی جدا از ساختارهای فرهنگی و کنش‌گران اهمیت نمی‌دهد؛ در این منظر، اختلالات روانی در واقع تعاریف اجتماعی هستند. در یک مقایسه کلی، می‌توان گفت که ابعاد سبب شناختی و روان‌شناسی جامعه

1. etiological
2. sociological psychology
3. social response
4. social constructionist

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

شناختی، به مطالعه این موضوع می‌پردازندکه چگونه اختلالات روانی در افراد خاص ظاهرمی گردد. در مقابل، مکاتب پاسخ اجتماعی و تفسیرگرایی اجتماعی به تبیین شیوه‌هایی می‌پردازند که گروه اجتماعی برای پاسخ و واکنش نسبت به نشانه‌های روانی تعریف می‌کنند. در مطالعات سبب شناختی و مطالعات پاسخ اجتماعی نشانه‌های اختلال روانی به طور مستقل از فرهنگ ظاهر می‌شوند ولی در مطالعات روان‌شناسی جامعه شناختی و تفسیرگرایی اجتماعی نشانه‌ها به طور فرهنگی تولید می‌شوند یا به عبارتی تولیدات فرهنگی هستند(هورویتز، ۱۹۹۹).

جنبهٔ جامعه شناختی رویکرد سبب شناختی آن است که نشانه‌ها و حالات روانی، از موقعیت‌های افراد در ساختار اجتماعی ناشی می‌شوند. این رویکرد بر نقش سبب شناختی فشارهای مزمن (نظیر فقر یا زندگی در خانواده‌های تک والد)؛ حوادث حاد زندگی (نظیر بیکاری یا فسخ زناشویی)؛ جنبه‌هایی از نقش‌های اجتماعی (نظیر تعارض نقش، گرانباری نقش، یا فشار نقش)؛ و میزان حمایت اجتماعی به هنگام درگیری با عوامل تنش زا، تأکید دارد. مطالعات جامعه شناختی، همچنین بیش‌تر به دنبال بررسی میزان‌های متفاوت اختلال روانی در میان مکان‌ها (ملت‌ها، شهرها، مناطق) یا گروه‌های اجتماعی متفاوت (طبقه اجتماعی، جنسیت، وسن) هستند؛ تااین که چرا افرادخاص، نشانه‌های بیماری‌های روانی راتجربه می‌کنند.

با عنایت به توضیحات مذکور در زمینهٔ چهار مدل جامعه شناختی مطالعات سلامت روان، این پژوهش در متن مدل سبب شناختی و با به کارگیری نظریه حمایت اجتماعی (که به لحاظ تاریخی ریشه در نظریهٔ انسجام اجتماعی دورکیم دارد) سعی دارد تا توزیع میزان سلامت روان را با استفاده از چهارچوب‌های مفهومی و نظری حمایت اجتماعی تبیین نماید. به طور کلی، ادبیات پژوهشی در زمینهٔ حمایت اجتماعی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: گروه اول، مطالعاتی که عمدتاً بر سیستم‌های حمایتی عینی و واقعی دریافت شده از محیط اجتماعی اطراف فرد متمرکز شده‌اند؛ گروه دوم، مطالعاتی هستند که

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

به سازهٔ حمایت اجتماعی ادراک شده توجه دارند به این معنا که بنا بر تصور و ادراک یک شخص، وی از چه میزانی از حمایت اجتماعی برخوردار است. در مجموع، هر دو دستهٔ تحقیقات، نقش حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و ادراک شده (ذهنی) در کاهش فشار روانی و افزایش سلامت جسمی و روحی را تأیید نموده‌اند.

اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی به سه طریق در برخورد با تنیدگی و استرس به فرد کمک می‌کند: اولاً، اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌توانند مستقیماً حمایت ملموسی به شکل منابع مادی در اختیار یک شخص قرار دهند (مثلاً قرض‌دادن پول، خرید مایحتاج زندگی و مواظبت از کودکان). ثانیاً، اعضای شبکهٔ اجتماعی می‌توانند با پیشنهاد اقدامات متنوعی، فرد را از حمایت اطلاعاتی خود برخوردار سازند و این اقدامات متنوع، می‌تواند به حل مشکلی که موجب تنیدگی و استرس شده، کمک کند. این پیشنهادها به شخص کمک می‌کند تا به مشکل از دیدگاه جدیدی نگاه کند، بدین ترتیب آن را حل کرده یا آسیب‌های ناشی از آن را به حداقل برساند. ثالثاً، افراد شبکهٔ اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد، در خصوص این‌که او شخص مورد علاقه، با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند (دیماتئو، ۱۳۷۸). راتوس معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از پنج طریق، تعدیل و تضعیف می‌کند:

۱) **توجه عاطفی**: شامل گوش‌دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن،

۲) **یاری‌رسانی**: یعنی ارائهٔ حمایت و یاری، که به رفتار انطباقی و سازگارانه می‌انجامد،

۳) **اطلاع رسانی**: ارائهٔ راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله‌ای افراد با تنش‌ها و مشکلات،

٤) **ارزیابی**: ارائهٔ بازخورد و پسخوراند از سوی دیگران در زمینهٔ چگونگی عمل‌کرد که می‌تواند منجر به تصحیح عمل‌کرد شود،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

۵) جامعه پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطهٔ جامعه‌پذیری به وجود می‌آید و در نتیجهٔ اثرات سودمندی به دنبال می‌آورد(بخشی‌پور رودسری وهمکاران، ۱۳۸٤).

در مجموع، برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، دو مدل نظری مطرح گردیده است: مدل تأثیر مستقیم[1] یا تأثیرکلی[2] حمایت اجتماعی، و مدل تأثیر غیرمستقیم[3] یا فرضیه ضربه‌گیر[4] حمایت اجتماعی.

مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی: مطابق این مدل نظری، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف‌نظر از این‌که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پرتنش و یا آرام و کم‌استرس، یکسان و مشابه می‌باشند (سارافینو، ۱۹۹۸). مطالعات متأثر ازاین مدل، عنوان می‌کنند افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کم‌تر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری را نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند. مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، هم‌چنین در قالب فرضیه دارایی‌ها ـ منافع مطرح شده است. طبق این فرضیه، فقدان حمایت اجتماعی، فی‌نفسه زیان‌آور و استرس‌زا است (قدسی، ۱۳۸۲). راه‌های مختلفی وجود دارند که از طریق آن‌ها اثرات مستقیم حمایت اجتماعی، بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارند. برای مثال، افرادی که دارای سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی هستند، ممکن است احساس تعلق و عزّت نفس آن‌ها، بالاتر از کسانی باشد که دارای چنین مزیتی نیستند. این وضعیّت، منجر به یک چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینانه می‌گردد که می‌تواند صرف‌نظر از میزان استرس تجربه شده توسط افراد، برای سلامتی آن‌ها سودمند باشد ـ مثلاً از طریق افزایش مقاومت

1. direct effect
2. main effect
3. indirect effect
4. buffering hypothesis

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

آن‌ها در برابر عفونت‌ها. هم‌چنین، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سطوح بالای حمایت اجتماعی، می‌توانند افراد را تشویق به انجام رفتارهای بهداشتی و اتخاذ یک سبک زندگی سالم نمایند. برای مثال، فرد برخوردار از حمایت اجتماعی، ممکن است احساس کنند که دیگران به وی نیاز دارند؛ از این رو باید ورزش کرده، تغذیه مناسب داشته باشد، و قبل از آن‌که مشکلات جسمی یا روحی‌اش شدید شود به پزشک مراجعه نماید (سارافینو، ۱۹۹۸).

مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه‌گیر: بر اساس این مدل، حمایت اجتماعی صرفا 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 نقش تعدیل‌کننده آثار منفی حوادث استرس‌زا را بازی می‌کند. به تعبیری دیگر، «مدل ضربه‌گیری حمایت اجتماعی، عنوان می‌کند حمایت اجتماعی، عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالا است بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. فقدان حمایت در این مدل، ضرورتاً استرس‌زا به حساب نمی‌آید، لذا تحت شرایط استرس بالا و حمایت کم، آسیب و پریشانی روانی افزایش می‌یابد، تا تحت شرایط استرس بالا و حمایت زیاد (سیم، ۲۰۰۰: به نقل از قدسی، ۱۳۸۲). این کارکرد حفاظتی حمایت اجتماعی، تنها زمانی رخ می‌دهد که فرد با یک عامل تنش‌زای قوی روبرو می‌گردد. تحت شرایط و موقعیت‌های کم استرس، اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی یا بسیار کم است یا اصلاً عمل نمی‌کند. اثر ضربه‌گیری حمایت اجتماعی، حداقل از 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 راهی که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان سپری در مقابل اثرات استرس عمل کند، از طریق تعدیل کردن پاسخ‌های افراد به یک

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

عامل تنش‌زا می‌باشد. برای مثال، افراد برخوردار از سطوح بالای حمایت اجتماعی، ممکن است فردی را بشناسند که بتواند راه‌حلی برای مشکل آن‌ها ارایه کند، آن‌ها را متقاعد نماید که موقعیت به‌وجود آمده خیلی جدی و مشکل‌ساز نیست، آن‌ها را امیدوار سازد که به نیمهٔ پر لیوان فکر کنند، یا روی شانس و اقبال خود تکیه کنند. افرادی که از سطوح پایین‌تری از حمایت اجتماعی برخوردارند، به احتمال بسیار کم‌تری برخوردار از این مزایا و امتیازات می‌باشند، از این‌رو اثرات منفی استرس و موقعیت‌های استرس‌زا برای آنان، بیش‌تر و شدیدتر از دارندگان حمایت اجتماعی بالاتر می‌باشد (سارافینو، ۱۹۹۸).

با مقایسهٔ دو مدل، می‌توان گفت که در مدل تأثیر مستقیم، فقدان یا کاهش در حمایت اجتماعی موجب آسیب‌ها و اختلالات جسمی و روانی می‌شود، در حالی‌که در مدل ضربه‌گیر یا تأثیر غیرمستقیم، فقدان یا کاهش حمایت اجتماعی به اضافهٔ حضور استرس و افزایش آن است که موجب بروز چنین اختلالاتی می‌گردد. شواهد موجود نشان‌دهندهٔ تأیید هر دو مدل می‌باشد (کوهن و ویلز(۱۹۸۵)، به نقل از علی‌پور، ۱۳۸۵؛ گاچل و همکاران، ۱۳۷۷). در پژوهش حاضر، از مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی استفاده شده است که بر اساس آن، نفس حضور و وجود حمایت اجتماعی (حتی به شکل ذهنی و تصوری)، می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت روان داشته باشد.

هم‌چنین، منابع گوناگونی برای دریافت حمایت اجتماعی وجود دارند که شاید بتوان گفت جنسیت، مذهب، و طبقهٔ اجتماعی از مهم‌ترین منابع کسب حمایت می‌باشند. بدین معنی، جنسیت (ایفای نقش اجتماعی مردانه یا زنانه در جامعه و رفتارهای مطابق انتظارات اجتماعی منطبق بر نقش) می‌تواند سبب برخورداری از میزان‌های متفاوتی از حمایت اجتماعی گردیده و در نهایت بر سلامت روان تأثیرگذار باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنان بیش‌تر از مردان، به دنبال یافتن حمایت عاطفی (به ویژه در وضعیت‌های تنش زا) هستند و بنابراین عضو شبکه‌های اجتماعی بیش‌تری نیز می‌شوند (لاندمن پیترز ودیگران، ۲۰۰۵). زنان شبکهٔ اجتماعی خود را بیش از مردان وسعت می‌بخشند و در نتیجه حمایت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

اجتماعی بیش‌تری دریافت می‌دارند و از آن سود بیش‌تری نیز می‌گیرند. شاید به این دلیل زنان بیش از مردان از حمایت اجتماعی سود می‌برند که شبکهٔ اجتماعی وسیع‌تری دارند که شامل بسیاری از زنان دیگر است (آزاد، ۱۳۸۰). از سوی دیگر، میزان دین داری (تقید مذهبی) می‌تواند عاملی واسط بین حمایت اجتماعی وسلامت روان محسوب گردد. دین عبارت است از باورها و عباداتی که ناظر به موجودات مقدس متعالی و الگوهای اجتماعی ارتباط با آن‌هاست و دین داری عبارت است از میزان علاقه و احترام افراد به دین (سراج‌زاده، ۱۳۷۸). آیدلر[1] و کامل[2] در توضیح ساز وکارهای علّی پیوند دهندهٔ دین با سلامتی، به این نکته اشاره می‌کنند که تقید دینی افراد، سبب تعلق آن‌ها به شبکه‌ای از اشخاص هم عقیده می‌گردد که می‌توانند در مواقع مورد نیاز به همدیگر کمک کنند. بدین ترتیب با افزایش یافتن داشته‌های مشترک فردی و میزان حمایت اجتماعی، مخاطرات بهداشتی به حداقل کاهش می‌یابد (وازرمن و تروواتر، ۱۹۹٦). در نهایت، طبقهٔ اجتماعی نیز می‌تواند عامل مؤثری در ادراک یا دریافت حمایت اجتماعی بوده و منجر به افزایش یا بهبود سلامت روان گردد. بر طبق نظریه علیت اجتماعی، طبقهٔ اجتماعی افراد و شرایط زندگی آن‌ها (از جمله فشارهای روانی شدید، شرایط کار نامناسب، عدم وجود کنترل بر محیط، سطح پایین تحصیلات و انتقال خانوادگی ارزش‌ها) موجب ابتلای آن‌ها به بیماری روانی می‌گردد. تعلق به طبقات اجتماعی پایین می‌تواند شرایطی به وجود آورد که آسیب‌پذیری به بیماری‌های روانی افزایش یابد (کوکرین، ۱۳۷٦). می‌توان انتظار داشت که افراد متعلق به طبقات بالاتر اجتماعی، به علت برخورداری از منابع ارزشمند وکم‌یاب، بیش‌تر از همتایان خود در طبقات پایین‌تر مورد توجه قرار گرفته و حمایت اجتماعی بیش‌تری کسب می‌نمایند.

پژوهش حاضر با به کارگیری سبک سبب شناختی(شناسایی علل اجتماعی اختلال روانی) و مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی (سودمندی حمایت اجتماعی برای سلامت

1. Idler 2. Camel

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

روان بدون توجه به حضور یا عدم حضور عوامل استرس‌زا)، سعی دارد تا ازمیان انواع حمایت اجتماعی، به بررسی ارتباط بین میزان حمایت اجتماعی عاطفی ادراک شده[1]، با سلامت روان پرداخته و ضمن کشف برخی از منابع حمایت اجتماعی (جنسیت، طبقهٔ اجتماعی، ودین‌داری)، اثرات مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها را بر سلامت روان مشخص نماید.

روش تحقیق

در این تحقیق، از روش پیمایش[2] ـ که امکان دست‌یابی به نتایج تعمیم‌پذیر به کل جامعهٔ آماری از طریق مطالعهٔ نمونه‌ای معرف را فراهم می‌آورد ـ استفاده شده است. با عنایت به انجام تحقیق در مقطع زمانی معین، این پژوهش از نوع مطالعات مقطعی محسوب می‌گردد.

جامعه و نمونهٔ آماری: جامعهٔ آماری تحقیق حاضر، تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی بوده‌اند که در پردیس دانشگاه مازندران (واقع در شهر بابلسر) تحصیل می‌کردند. بر طبق آخرین آمار ارائه شده توسط واحد آمار و انفورماتیک دانشگاه مازندران، تعداد این دانشجویان در نیمسال اول تحصیلی ۸۶-۸۵، برابر با ۸۵۹۳ نفر گزارش شده است. برای تعیین حجم نمونه، با به کارگیری فرمول نمونه‌گیری کوکران، حجم نمونه مورد نیاز تعداد ۳۶۷ نفر برآورد گردید. با این حال، جهت افزایش اعتبار داده‌های گردآوری شده و کاهش خطای نمونه گیری، تعداد ۴۰۰ نفر ازدانشجویان به عنوان نمونهٔ نهایی تحقیق انتخاب گردیدند.

انتخاب نمونهٔ نهایی تحقیق، با به کارگیری روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب[3] (بر حسب دانشکده و جنسیت دانشجویان)، انجام گردید. بر این اساس سهم دختران و پسران دانشجو به ترتیب ۶۱ در صد (۲۴۴ نفر) و ۳۹ درصد (۱۵۶ نفر) برآورد گردید. همچنین، بر حسب تعداد دانشجویان، دانشکده‌های علوم پایه و شیمی، علوم انسانی،

1. emotional perceived social support
2. survey
3. proportional stratified random sampling

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

اقتصاد، حقوق و علوم سیاسی، هنر و معماری، و تربیت بدنی به ترتیب بیش‌ترین سهم را در نمونهٔ نهایی تحقیق داشتند. با مراجعه به کلاس‌های درس در دانشکده‌های مختلف، دانشجویان انتخاب شده به عنوان نمونه تحقیق، به پرسش‌نامهٔ توزیع شده توسط پرسش‌گران پاسخ دادند.

ابزار اندازه‌گیری: جهت گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامهٔ خود اجرای[1] مورد استفاده قرار گرفته است. پرسشنامه تحقیق در دو بخش اصلی طراحی و تنظیم شده بود؛ بخش اول، شامل؛ ویژگی‌های اجتماعی- جمعیتی پاسخگویان؛ و پایگاه اجتماعی ـ اقتصادی والدین. بخش دوم، شامل؛ مجموعه‌ای از گویه‌ها در قالب سه مقیاس مستقل راجع به دین داری، میزان حمایت اجتماعی عاطفی ادراک شده و نرخ سلامت روان. برای سنجش اعتبار پرسش‌نامه و مقیاس‌های به کار رفته درآن، از روش اعتبار صوری[2]، و جهت اندازه‌گیری پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ[3] استفاده شده است.

تعاریف مفاهیم

سلامت روان: در این تحقیق، برای سنجش میزان سلامت روان دانشجویان از مقیاس SCL -25 که فرم کوتاه شده SCL- 90- R می‌باشد، استفاده شده است. آزمون SCL-90-R دارای ۹ بعد شکایات جسمانی، وسواس ـ اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، اضطراب فوبیک، روان پریشی، افکار پارانوئیدی، پرخاش‌گری، و چند سئوال اضافی است. بنا به گزارش‌های مختلف، مقیاس SCL-90-R تک عاملی است و آسیب شناسی روانی عمومی را می‌سنجد. فرم کوتاه شدهٔ مقیاس مذکوربا عنوانSCL-25 طراحی و در نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه اهواز هنجار یابی گردید (نجاریان وداودی، ۱۳۸۰). همبستگی میان این دو مقیاس ۰/۹۵ است و همهٔ ضرایب همبستگی ماده‌های SCL-25 با ابعاد نه گانه و ماده‌های اضافی SCL-90-R در سطح P<0/001 معنادار هستند. از این رو،

1. self-administered questionnaire 2. face validity 3. choronbach,s alpha

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

مقیاس SCL-25 با ۲۵ ماده، همبستگی بالایی با ۹۰ ماده SCL-90-R دارد و یک مقیاس روا و معتبر برای سنجش آسیب روانی عمومی است (همان، ۱۳۷). در پژوهش حاضر از مقیاس SCL-25 استفاده گردید که سنجش هر یک از گویه‌های آن، بر حسب طیف لیکرتی (در پنج مقولهٔ هیچ، کم، تا حدی، زیاد، به شدت) صورت گرفت. کسب نمرات پایین تر، حاکی ازسلامت روانی بالاتر بوده و کسب نمرهٔ بالاتر از۶۵، فرد را مشکوک به اختلال روانی نشان می‌دهد. ضریب پایایی[1] محاسبه شده برای مقیاس میزان سلامت روان بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹۳۲ بوده است که بیان‌گر همسازی درونی[2] بسیار شدید بین گویه‌های طرح شده در مقیاس مذکور می‌باشد.

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی دارای حداقل سه بعد ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی است که در این تحقیق صرفاً حمایت اجتماعی عاطفی مورد سنجش قرار می‌گیرد که برای سنجش و اندازه‌گیری آن از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده[3] زیمت[4] و همکاران (۱۹۹۸) استفاده شده است. مقیاس ۱۲ گویه‌ای حمایت ادراک شده دارای سه بعد خانواده، دوستان، و دیگران مهم می‌باشد که هر یک از ابعاد سه گانه، دارای چهار گویه مستقل می‌باشند (ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۹۲۱).

دین‌داری: در این تحقیق جهت عملیاتی کردن مفهوم دین داری، از مدل گلاک و استارک (تقسیم‌بندی چهار بعدی دین داری) و نیز برخی تغییراتی که سراج‌زاده (۱۳۷۸) در گویه‌های برخی از ابعاد آن ایجاد کرده بود، استفاده گردید. هم چنین، جهت فهم بهتر گویه‌ها توسط پاسخ‌گویان، برخی از گویه‌ها به گونه‌ای جرح وتعدیل گردیده‌اند که با شرایط دانشجویان، به عنوان پاسخ گویان تحقیق، متناسب گردند (ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۷۳).

1. reliability coefficient
2. internal consistency
3. multidimensional scale of perceived social support
4. Zimet

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: داده‌های تحقیق، در دو سطح توصیفی و تحلیلی با استفاده از بستهٔ اختصاصی علوم اجتماعی(SPSS)، نسخهٔ شماره ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

یافته‌های تحقیق

ویژگی‌های اجتماعی ـ جمعیتی پاسخ‌گویان

جدول شماره ۱) توزیع ویژگی‌های اجتماعی ـ جمعیتی پاسخ‌گویان

متغیرهای اجتماعی- جمعیتی		تعداد	درصد	متغیرهای اجتماعی- جمعیتی		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۲۴۴	۶۱	بعد خانوار	۲-۴ نفره	۷۹	۱۹/۸
	زن	۱۵۶	۳۹		۵-۸ نفره	۲۹۰	۷۲/۵
گروه‌های سنی	۱۸-۲۰ سال	۲۲۰	۵۶/۴		۹ نفره و بیش‌تر	۳۱	۷/۸
	۲۱-۲۴ سال	۱۵۶	۴۰	میانگین بعد خانوار ۵/۸ نفر			
	۲۵ سال و بیش‌تر	۱۴	۳/۶				
	میانگین سنی ۲۰/۵ سال			طبقهٔ اجتماعی	پایین	۲۴۸	۶۲/۰
وضعیت زناشویی	مجرد	۳۶۱	۹۰/۵		متوسط	۱۱۸	۲۹/۵
	متأهل	۳۶	۹/۰		بالا	۳۴	۸/۵
	طلاق گرفته	۲	۰/۵				
مکان سکونت	خوابگاه	۱۵۲	۳۹/۰	میزان دین داری	ضعیف	۲۸	۷/۰
	منزل والدین	۱۳۸	۳۵/۴		متوسط	۱۱۲	۲۸/۰
	خانه اجاره ای	۱۰۰	۲۵/۶		قوی	۲۶۰	۶۵/۰

داده‌های جدول شمارهٔ یک حاکی از آن است که ۶۱ درصد از پاسخ‌گویان را دانشجویان مؤنث تشکیل داده و بیش از نیمی از آنان (۲۲۰ نفر) به گروه سنی ۲۰-۱۸ سال تعلق داشته‌اند (میانگین سنی ۲۰/۵ سال). همچنین، اکثریت دانشجویان (۹۰/۵ درصد) مجرد بوده و بیش از یک سوم آن‌ها(۳۹ درصد) در خوابگاه‌های دانشجویی ساکن بوده‌اند. علاوه بر این، داده‌ها حاکی از آن است که اکثریت دانشجویان (۷۲/۵ درصد) در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

خانوارهایی با اندازهٔ متوسط (۸-۵ نفره) زندگی کرده و به طبقهٔ اجتماعی پایین (۶۲ درصد) تعلق داشته‌اند. همچنین، ۶۵ درصد از دانشجویان (۲۶۰ نفر) به لحاظ دین داری در سطح قوی بوده و تنها ۷ درصد از آن‌ها (۲۸ نفر)، تقید مذهبی ضعیفی داشته‌اند.

میزان حمایت اجتماعی ادراک شده

جدول شماره ۲) توزیع درصدی پاسخ‌گویان برحسب حمایت اجتماعی عاطفی ادراک شده (به تفکیک گویه‌ها)

ابعاد	شاخص‌ها	کاملاً موافق	موافق	بی‌نظر	مخالف	کاملاً مخالف	میانگین
خانواده	خانواده‌ام مایلند تا در تصمیم‌گیری‌ها به من کمک کنند	۴۰/۲	۴۵/۷	۹/۰	۲/۸	۲/۳	۳/۱۸
	اعضای خانواده‌ام واقعاً سعی می‌کنند تا به من کمک کنند	۴۳/۰	۴۱/۸	۷/۵	۵/۵	۲/۳	۳/۱۷
	به اندازهٔ مورد نیاز از خانواده‌ام کمک و حمایت دریافت می‌کنم	۳۷/۵	۴۲/۳	۱۰/۶	۶/۸	۲/۸	۳/۰۴
	من می‌توانم راجع به مشکلاتم با خانواده‌ام صحبت کنم	۳۰/۱	۴۲/۱	۱۶/۳	۷/۵	۴/۰	۲/۸۶
دوستان	دوستانی دارم که می‌توانم غم‌ها و شادی‌هایم را با آن‌ها قسمت کنم	۱۹/۳	۴۴/۵	۲۰/۳	۹/۵	۶/۵	۲/۶۰
	من می‌توانم راجع به مشکلاتم با دوستانم صحبت کنم	۱۸/۲	۴۲/۰	۲۱/۵	۱۱/۵	۶/۸	۲/۵۲
	در وضعیت‌های دشوار می‌توانم روی کمک دوستانم حساب کنم	۱۰/۳	۴۰/۸	۲۷/۵	۱۳/۶	۷/۸	۲/۳۲
	دوستانم واقعا تلاش می‌کنند تا به من کمک کنند	۷/۵	۲۸/۰	۴۱/۳	۱۴/۴	۸/۸	۲/۱۱
دیگران مهم	شخص خاصی درزندگیم هست که منبع واقعی آسایش وآرامش است	۳۶/۷	۲۴/۳	۲۴/۱	۷/۶	۷/۳	۲/۷۵
	شخص خاصی درزندگیم هست که بتوانم غم‌ها وشادی‌هایم را با او تقسیم کنم	۲۴/۶	۳۷/۸	۱۷/۸	۱۲/۸	۷/۰	۲/۶۲
	شخص خاصی درزندگیم هست که احساسات من برای او مهم است	۳۲/۱	۲۴/۶	۲۳/۸	۱۱/۰	۸/۵	۲/۶۱
	زمانی که به کسی نیاز داشته باشم شخص خاصی دراطرافم هست	۱۸/۲	۳۵/۵	۲۷/۵	۱۲/۸	۶/۰	۲/۴۶

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

داده‌های جدول شمارهٔ دو حاکی از آن است که اکثریت دانشجویان(۸٦/۱ درصد) گزارش کرده‌اند که خانوادهٔ آن‌ها مایلندتا در تصمیم‌گیری‌ها به آن‌ها کمک نمایند(بیش‌ترین حمایت اجتماعی ادراک شده)؛ در حالی که تنها ۳۵/۵ درصد از دانشجویان موافق بوده اندکه دوستانشان واقعاً در تلاش هستند تا به آن‌ها کمک کنند (کم‌ترین حمایت اجتماعی ادراک شده). در مجموع، میزان حمایت اجتماعی عاطفی ادراک شده دانشجویان از سوی خانواده‌ها یشان (میانگین ۳/۰٦) بالاتر از دیگران مهم یا اشخاص خاص (۲/٦۱) و دوستان (۲/۳۸) بوده است.

جدول شمارهٔ ۳) توزیع پاسخ‌گویان بر حسب میزان حمایت اجتماعی عاطفی ادراک شده

میزان حمایت اجتماعی	تعداد	درصد	درصد تجمعی
کم	۱۸	٤/۵	٤/۵
متوسط	۱۵۸	۳۹/۵	٤٤/۰
زیاد	۲۲٤	۵٦/۰	۱۰۰
جمع کل	٤۰۰	۱۰۰	---
میانگین حمایت اجتماعی ٤۹/۵ (حداقل ۱ و حداکثر ۷۲)			

به منظور توصیف دقیق‌تر میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان، جدول شماره سه ترسیم شده است که نشان می‌دهد بیش از نیمی از دانشجویان (۵٦ درصد) از حمایت اجتماعی زیاد برخوردار بوده‌اند. دانشجویانی که حمایت اجتماعی را در سطح متوسطی ادراک و تصور می‌کرده‌اند ۳۹/۵ درصد (۱۵۸ نفر) بوده‌اند؛ در حالی که تنها حدود ٤/۵ درصد از آن‌ها (۱۸ نفر) حمایت اجتماعی اندکی را از دیگران انتظار داشته‌اند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

میزان سلامت روان

جدول شمارهٔ ٤) توزیع درصدی پاسخ‌گویان بر حسب ابعاد نه گانهٔ سلامت روان

ابعاد سلامت روان	به شدت	زیاد	تا حدی	کمی	هیچ	میانگین
وسواس ـ اجبار	۷/۵	۱٦/۲	۲٦/۱	۳۲/۲	۱۸/۰	۱/٦۲
افکار پارانوئیدی	٦/۳	۱۵/۲	۲۵/٤	۳۰/۲	۲۲/۸	۱/۵۱
اضطراب	٦/۰	۱۳/۱	۲۷/٤	۲۹/۵	۲٤/۰	۱/٤٦
حساسیت در روابط متقابل	۵/۵	۱۱/۱	۲۲/۵	۳۰/۸	۳۰/۱	۱/۳۲
شکایات جسمانی	۳/۹	۱۱/٤	۲۱/۵	۲۷/۱	۳٦/۱	۱/۱۹
روان پریشی	٤/۲	۹/۲	۲۳/۲	۲۲/۸	٤۰/٦	۱/۱۲
افسردگی	۵/٦	۸/۹	۱۵/٤	۲۲/۸	٤۷/۷	۱/۰۱
اضطراب فوبیک	۳/۰	۷/۷	۱٦/۲	۱۹/٤	۵۳/۷	۰/۸٦
سئوالات اضافی	۳/٦	۱۰/۷	۲۰/۱	۲۹/٤	۳٦/۳	۱/۱۵

ابعاد نه گانهٔ مقیاس سلامت روان SCL-25 در جدول شمارهٔ ٤ توصیف شده است. همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود، شایع‌ترین مشکلات روانی در بین دانشجویان به ترتیب در ابعاد وسواس ـ اجبار (با میانگین ۱/٦۲) و افکار پارانوئیدی (۱/۵۱) گزارش شده است. این در حالی است که کم‌ترین درصد دانشجویان مبتلا به افسردگی(۱/۰۱)و اضطراب فوبیک (۰/۸٦) بوده‌اند. توصیف دقیق‌تر میزان سلامت روان دانشجویان در جدول شمارهٔ پنج آمده است که نشان می‌دهد بر اساس نتایج آزمون سلامت عمومی GHQ-28 (با نقطهٔ برش ۲۳ برای کل مقیاس)، اکثریت دانشجویان مورد بررسی (٦٤/۳ درصد)، مشکوک به اختلال روانی بوده و میزان سلامت روان ۳۵/۷ درصد باقیمانده، در سطح مطلوب گزارش شده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول شمارهٔ ۵) توزیع پاسخ‌گویان بر حسب میزان سلامت روانی

میزان سلامت روانی	تعداد	درصد	درصد تجمعی
سلامت روانی مطلوب	۱۴۳	۳۵/۷	۳۵/۷
مشکوک به اختلال روانی	۲۵۷	۶۴/۳	۱۰۰
جمع کل	۴۰۰	۱۰۰	ــــ
میانگین سلامت روان ۳۱/۱ (حداقل ۰ و حداکثر ۸۶)			

آزمون تفاوت میانگین‌ها

به منظور کشف ارتباط بین سلامت روان دانشجویان با متغیرهای مستقل تحقیق، از آزمون‌های تفاوت میانگین در جدول شمارهٔ ۶ استفاده شده است. نتایج آزمون تی[1]، حاکی از تفاوت جنسیتی معنادار در میزان سلامت روان دانشجویان می‌باشد؛ بدین معنا که رقم میانگین نرخ سلامت روان دانشجویان مذکر بالاتر از دانشجویان مونث بوده است. همچنین، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه[2] نشان می‌دهد که تفاوت معناداری در نرخ سلامت روان دانشجویانی که میزان‌های متفاوتی از حمایت اجتماعی را ادراک می‌کرده‌اند، وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش میزان حمایت اجتماعی بر سلامت روان دانشجویان افزوده شده است؛ به طوری که میانگین سلامت روان دانشجویانی که از حمایت اجتماعی زیاد بر خوردار بوده‌اند، بالاتر از این میانگین در دانشجویان برخوردار از حمایت اجتماعی کم بوده است. علاوه بر این، گرچه ارقام میانگین سلامت روان در بین دانشجویان متعلق به طبقهٔ اجتماعی بالا و دانشجویان با دین داری قوی، حاکی از بهتر بودن وضعیت سلامت روان آنان بوده است؛ با این حال، بر حسب مقدار آزمون F و سطح

1. t-test
2. analysis variance

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

معناداری، تفاوت معناداری در میزان سلامت روان دانشجویان بر حسب طبقهٔ اجتماعی و میزان دین‌داری مشاهده نشده است.

جدول شمارهٔ ٦) آزمون تفاوت میانگین سلامت روان بر حسب متغیرهای مستقل تحقیق

متغیرها		تعداد	میانگین سلامت روان*	آزمون‌های T و F	سطح معنا داری
جنسیت	مرد	۱۵٦	۲۸/۹	۲/۳۰	۰/۰۲۲
	زن	۲٤٤	۳۲/٦		
حمایت اجتماعی	کم	۱۸	٤٤/۷	۱۰/۸	۰/۰۰۰
	متوسط	۱۵۸	۳۳/٤		
	زیاد	۲۲٤	۲۸/۵		
دین‌داری	ضعیف	۱۳	۳۰/۵	۲/۸۳	۰/۰۵۷
	متوسط	۲۱۱	۳۲/۳		
	قوی	۱۷۳	۲٦/۰		
طبقه اجتماعی	پایین	۱۸۰	۳۱/٤	۲/۷۲	۰/۰٦۷
	متوسط	۲۰۳	۳۱/۷		
	بالا	۱۷	۲۲/۰		

* لازم به ذکر است که مطابق سیستم نمره گذاری مقیاس SCL-25 برای سنجش سلامت روان که در این تحقیق به کار رفته است، نمرات پایین‌تر نشان دهندهٔ سلامت روانی بالاتر و بهتر می‌باشند و بالعکس.

همچنین، آزمون‌های تفاوت میانگین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان در جدول شمارهٔ ۷ نشان می‌دهد که تفاوت معنا داری در میزان حمایت اجتماعی دانشجویان بر حسب جنسیت، طبقهٔ اجتماعی، و میزان دین داری وجود دارد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

جدول شماره ۷) آزمون تفاوت میانگین حمایت اجتماعی بر حسب متغیرهای مستقل تحقیق

متغیرها		تعداد	میانگین حمایت اجتماعی	آزمون‌های T و F	سطح معناداری
جنسیت	مرد	۱۵٦	٤٧/٩	۲/۰۱	۰/۰٤۱
	زن	۲٤٤	۵۰/٦		
طبقهٔ اجتماعی	پایین	۱۸۰	٤٧/٧	۳/۲۲	۰/۰٤۱
	متوسط	۲۰۳	۵۰/۸		
	بالا	۱۷	۵۲/۹		
دین داری	ضعیف	۱۳	۵۲/۸	۷/۲۳	۰/۰۰۱
	متوسط	۲۱۱	٤٧/۲		
	قوی	۱۷۳	۵۲/۱		

به عبارت واضح‌تر، ارقام میانگین حمایت اجتماعی گزارش شده توسط دانشجویان، حاکی از آن است که زنان دانشجو (۵۰/٦)، حمایت اجتماعی بالاتری از همتایان مرد (٤٧/٩) ادراک و گزارش نموده‌اند. مقایسهٔ وضعیت دانشجویان متعلق به طبقهٔ اجتماعی بالا (۵۲/۹) در مقایسه با همتایان طبقهٔ اجتماعی پایین (٤٧/٧) نیز حاکی از میزان بالاتر حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان طبقات بالاتر می‌باشد. با این حال، ارتباط بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده با دین داری، ارتباطی خطی نیست، چرا که دانشجویانی که دین داری شان در سطوح ضعیف و قوی بوده، به ترتیب بالاترین میزان حمایت اجتماعی (۵۲/۸ و ۵۲/۱) را گزارش کرده بودند؛ اما این میزان در بین دانشجویان با سطوح دین داری متوسط، پایین‌تر بوده است.

تحلیل رگرسیون چندمتغیره

به منظور فهم دقیق‌تر عوامل مؤثر بر سلامت روان دانشجویان، از تحلیل رگرسیون چند متغیره[1] استفاده شده است. مطابق داده‌های جدول شماره ۸ متغیرهای جنسیت، طبقهٔ

1. multiple regression analysis

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

اجتماعی، میزان دین‌داری، و میزان حمایت اجتماعی، به طور هم‌زمان بـه مقـدار ۰/۲۶۵ بـا میزان سلامت روان دانشجویان همبستگی داشته‌اند. هم‌چنین، مقدار ضـریب تعیـین[1] نـشان می‌دهد که ۷ درصد از تغییرات در میزان سلامت روان، از طریق چهار متغیر مستقل مذکور قابل توضیح است.

جدول شمارهٔ ۸) خلاصه مدل رگرسیون چند متغیرهٔ میزان سلامت روان

R	R-square	Adjusted R-square	F	Sig.
۰/۲۶۵	۰/۰۷۰	۰/۰۶۱	۷/۴۷	۰/۰۰۰

جهت کشف شدت و جهت تأثیرات هریک از متغیرهای مستقل در تبیین و پـیش‌بینـی میزان سلامت روان، جدول شمارهٔ ۹ ترسیم شده است:

جدول شماره ۹) ضرایب تأثیر مدل تبیین کنندهٔ میزان سلامت روان

متغیرهای مستقل	B	Beta	t	Sig.	Correlations			Collinearity statistics	
					Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
حمایت اجتماعی	-۰/۲۶۵	-۰/۲۱۱	-۴/۲۷۰	۰/۰۰۰	-۰/۱۹۹	-۰/۲۱۰	-۰/۲۰۷	۰/۹۶۸	۱/۰۳۳
جنسیت	۴/۸۲۵	۰/۱۴۱	۲/۸۵۰	۰/۰۰۵	۰/۱۱۰	۰/۱۴۲	۰/۱۳۸	۰/۹۵۵	۱/۰۴۷
دین داری	۰/۱۶۶	۰/۰۸۰	۱/۶۳۱	۰/۱۰۴	۰/۰۷۷	۰/۰۸۲	۰/۰۷۹	۰/۹۷۳	۱/۰۲۸
طبقهٔ اجتماعی	-۰/۲۹۱	-۰/۰۷۸	-۱/۵۵۱	۰/۱۲۲	-۰/۰۸۷	-۰/۰۷۸	-۰/۰۷۵	۰/۹۳۷	۱/۰۶۷

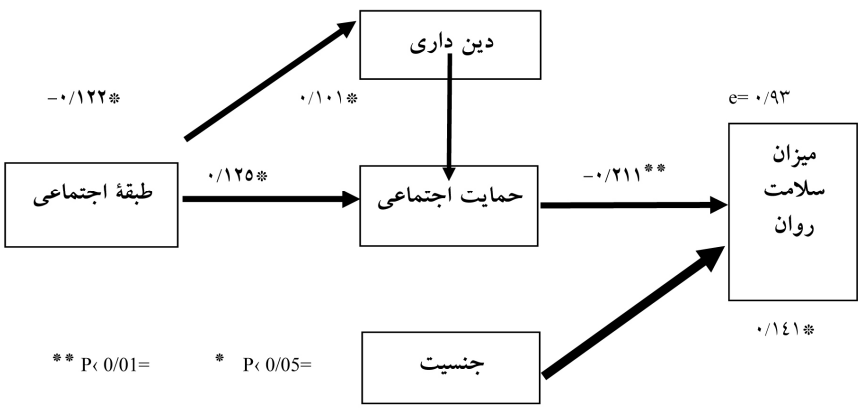
1. r- square(R2)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

ضریب تأثیر استاندارد(Beta) گویای جهت و به ویژه شدّت تأثیر هر یک از متغیرهـای مستقل بر سلامت روان است. بر این اساس، متغیر میـزان حمایـت اجتمـاعی بـا بـالاترین ضریب بتا (۰/۲۱۱)، قوی‌ترین پیش‌بینی کنندهٔ میزان سـلامت روان دانـشجویان اسـت. در مرتبهٔ دوم، متغیر جنسیت، با بتای معادل ۰/۱٤۱ قرار گرفته است که حاکی از بـالاتر بـودن میزان سلامت روان دختران دانشجو در مقایسه با پسران مـی‌باشـد. در مرتبـهٔ سـوم، متغیـر میزان دین‌داری با ضریب تأثیری معادل ۰/۰۸۰ قرار گرفته است و در نهایت، متغیـر طبقـهٔ اجتماعی با دارا بودن ضعیف‌ترین ضریب تأثیر استاندارد (۰/۰۷۸) حاکی از تـأثیر مـستقیم این متغیر بر سلامت روان دانشجویان است؛ گرچه بر اساس مقدار آزمون تی محاسبه شده و سطوح معناداری، متغیرهای میزان دین داری و طبقهٔ اجتماعی، اثرات مستقیم معناداری بر میزان سلامت روان دانشجویان نداشته‌اند. بـدین ترتیـب، معادلـهٔ رگرسـیونی اسـتاندارد را می‌توان بر مبنای ضرایب بتا به شرح زیرنوشت:

میزان سلامت روان دانشجویان = (میزان حمایت اجتماعی ادراک شده) ۰/۲۱۱ + (جنسیت) ۰/۱٤۱

تحلیل مسیر



نمودار شمارهٔ ۲) مدل تحلیلی میزان سلامت روان

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

نمودار شمارهٔ ۲، تحلیل مسیر مدل تحلیلی را نشان می‌دهد و ضرایب مسیر مدل تحلیلی (تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم و تأثیرات کل هر یک از متغیرها) را می‌توان در جدول شمارهٔ ۱۰ به شرح زیر مشاهده نمود:

جدول شماره ۱۰) آثار مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مدل تحلیلی بر سلامت روان

متغیرهای مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کلی
حمایت اجتماعی	-۰/۲۱۱	-	-۰/۲۱۱
جنسیت	۰/۱٤۱	۰/۰۱٦	۰/۱۵۷
طبقه اجتماعی	-۰/۰۷۸	-۰/۰۳۵	-۰/۱۱۳
دینداری	-۰/۰۸	-۰/۰۲۱	-۰/۱۰۱

با توجه به داده‌های جدول در زمینهٔ آثار مستقیم متغیرهای مستقل بر میزان سلامت روان، مشخص می‌شود که متغیر حمایت اجتماعی (۰/۲۱۱-) قوی‌ترین و مهم‌ترین پیش‌بینی کنندهٔ میزان سلامت روان دانشجویان می‌باشد. پس از این متغیر، متغیرهای جنسیت (۰/۱٤۱)، میزان دین‌داری (۰/۰۸-) و طبقهٔ اجتماعی (۰/۰۷۸-) به ترتیب در رده‌های بعدی بیش‌ترین تأثیر را بر میزان سلامت روانی داشته‌اند. در ستون مربوط به آثار غیر مستقیم، طبقهٔ اجتماعی (۰/۰۳۵-) مهم‌ترین پیش بینی کنندهٔ میزان سلامت روانی دانشجویان بوده است. پس از آن، متغیرهای دین داری (۰/۰۲۱-) و جنسیت (۰/۰۱٦) در مراتب بعدی تأثیرگذاری قرار داشته‌اند. در نهایت ستون مربوط به اثرات کلی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، حاکی از آن است که حمایت اجتماعی (۰/۲۱۱-) علیرغم نداشتن آثار غیرستقیم، بالاترین اثر کل (به صورت فزاینده) را بر میزان سلامت روانی دانشجویان داشته است. پس از آن متغیرهای جنسیت (۰/۱۵۷)، طبقهٔ اجتماعی (۰/۱۱۳-) و دین‌داری (۰/۱۰۱-) به ترتیب دارای بالاترین اثر کل بر سلامت روان دانشجویان بوده‌اند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی جامعه‌شناختی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه مازندران انجام شده است. بدین منظور، ضمن توصیف میانگین سلامت روان دانشجویان و میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی آن‌ها، به اثرات تعاملی جنسیت، طبقهٔ اجتماعی، حمایت اجتماعی، و میزان دین داری بر یکدیگر و نیز بر سلامت روان پرداخته شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل مسیر، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده قویترین پیش بینی کننده سلامت روان به طور مستقیم بوده است. همچنین، جنسیت دانشجویان تأثیر معناداری بر سلامت روان آنان داشته و مشخص گردید که برعهده گرفتن نقش اجتماعی زنانه می‌تواند شرایطی رافراهم کندکه سلامت روان آن‌ها را با مخاطرات بیش‌تری مواجه سازد. این در حالی است که دین‌داری و طبقهٔ اجتماعی تنها از طریق افزودن بر میزان حمایت اجتماعی و به طور غیر مستقیم، توانسته‌اند به افزایش یا بهبود سلامت روان کمک نمایند.

در مجموع، مهم‌ترین نتیجهٔ پژوهش حاضر، تأیید رابطهٔ بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان و سلامت روان آن‌ها بوده است که مطابق با پیشینهٔ پژوهشی و نیز مبانی نظری طرح شده راجع به حمایت اجتماعی و ارتباط آن با سلامت روان می‌باشد. به عبارت واضح تر، همان گونه که انتظار می‌رفت یافته‌های تحقیق نشان داد که سلامت روانی دانشجویان با افزایش ادراک و تصور آنان از میزان حمایت اجتماعی دریافتی از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم (اشخاص خاص)، وضعیت مطلوب‌تری پیدا می‌کند و با کاهش منابع حمایتی، سلامت روان آن‌ها به خطر می‌افتد. این یافته، مطابق با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه از جمله؛ آزاد(۱۳۸۰)، بخشانی و همکاران (۱۳۸۲)، بخشی پور و همکاران (۱۳۸٤)، اوکونرا (۲۰۰۳) و لاندمن پیترز و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد که حاکی ازآن بودند که حمایت اجتماعی ادراک و یا دریافت شده، می‌تواند موجب بهبود سلامت روان شود. یکی از نتایج قابل توجه تحقیق، دریافت مقادیر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

بالاتری از حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده در مقایسه با دوستان و دیگران است. این یافته با توجه به این نکته که دانشجویان مورد بررسی، همگی درسنین جوانی بوده و انتظار می‌رود که دراین سنین، ارتباطات عاطفی شدیدی بادوستان و اشخاص خاص در زندگی‌شان داشته باشند، از اهمیت بیش‌تری برخوردار می‌گردد. به نظرمی رسد فضای صمیمی خانوادهٔ ایرانی هنوزهم منبع ارزشمندی برای حمایت اجتماعی عاطفی فرزندان محسوب می‌گردد.

نتایج فرعی تحقیق حاضر، تأیید کنندهٔ تفاوت‌های جنسیتی در سلامت روان دانشجویان می‌باشد که بر اساس آن میانگین سلامت روان پسران دانشجو به طور معنی داری بالاتر از دختران دانشجو گزارش شده است. یک وجه تبیینی در این زمینه به نقش‌های سنتی مردان و زنان مربوط می‌گردد؛ بدین معنی که نقش‌های سنتی جنسی، مبتنی بر باوری هستند در مورد نقش مکمل زنان و مردان؛ مثلاً تصور می‌شود که مردان غالب و زنان فرمانبردارند. از آنجا که معمولاً نشان دادن علائم ناراحتی‌های عاطفی همچون گریه کردن و تسلی جویی برای زنان راحت‌تر از مردان است، لذا احتمال دارد زنان از نظر مددجویی دربارهٔ مشکلات عاطفی بیش‌تر به دیگران رو آورند تا مردان؛ چرا که برای مردان کمک خواستن از دیگران در این موارد ممکن است علامت ضعف یا بی‌عرضگی قلمداد شود. به علاوه، در عمل هم احتمالاً زنان بیش از مردان دربارهٔ مشکلات عاطفی خود بحث می‌کنند. این مسئله سبب می‌شود تا زنان در ظاهر مشکلات روانی بیش‌تری داشته باشند، حتی اگر چه مردان و زنان با توجه به علائم ناراحتی که از نظر ذهنی تجربه می‌شود، نظیر یکدیگر باشند (کوکرین، ۱۳۷٦). یافته‌های تحقیق حاضر در زمینهٔ تفاوت‌های جنسیتی در سلامت روان، تأیید کنندهٔ برخی از پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نظیر؛ حسینی وموسوی(۱۳۷۹)، ضرغامی وهمکاران(۱۳۸۱)، ساکی وکیخاونی(۱۳۸۱)، خسروی(۱۳۸۱)، شریعتی و همکاران(۱۳۸۱)، عظیمی و ضرغامی(۱۳۸۱)، خاکباز(۱۳۸۲)، هاشمی و نوروزی(۱۳۸۳)، بخشی پور و همکاران(۱۳۸٤)، صبحی قرا ملکی(۱۳۸٤)، نریمانی و دیگران (۱۳۸۵)، و کایا (۲۰۰۷) نیز می‌باشد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

هم‌چنین، مطابق یافته‌های این پژوهش، بین جنسیت و حمایت اجتماعی ادراک شده، رابطهٔ معناداری وجود داشته است؛ بدین معنی که دختران دانشجو در مقایسه با پسران دانشجو حمایت اجتماعی بیش‌تری را ادراک و تصور می‌کنند. در توضیح بیش‌تر این یافته باید گفت در حالی که زنان، غالباً بیش‌تر مشکلات عاطفی خود را در خارج از بافت خانواده مطرح می‌کنند، برای مردها به دلیل تصورات اجتماعی متناسب با رفتار نقش جنسی که از آن‌ها انتظار می‌رود، ممکن است مشکل باشد تا اضطراب‌ها، ترس‌ها و افسردگی‌هایی را در خود بپذیرند. ناتوان تصور شدن مردان در مقابله و رویارویی با فشارها ممکن است نشانه‌ای از ضعف تلقی شود و بنابراین آنان احتمالاً نمی‌توانند از مزایای بافت‌های کمک کننده استفاده کنند، زیرا می‌ترسند که مبادا موقعیت و منزلت خود را از دست بدهند (کوکرین، ۱۳۷٦). زنان، شبکهٔ اجتماعی وسیع‌تری دارند که شامل بسیاری از زنان دیگر است (آزاد، ۱۳۸۰). این یافتهٔ تحقیق، همچنین مطابق با نتایج برکمن و سیم (آزاد ۱۳۸۰)، و لاندمن پیترز و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد.

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر رابطهٔ بین طبقهٔ اجتماعی و میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط دانشجویان را نیز تأیید نموده است؛ بدین معنی که دانشجویان متعلق به طبقات اجتماعی بالاتر، حمایت اجتماعی بیش‌تری را ادراک و تصور می‌کردند. نظریهٔ علیت اجتماعی[1] در تبیین رابطهٔ طبقهٔ اجتماعی و بیماری‌های روانی به این نکته اشاره دارد که طبقهٔ اجتماعی افراد و شرایط زندگی آن‌ها، موجب ابتلای آن‌ها به بیماری روانی می‌گردد. به عبارت دیگر، طبقهٔ اجتماعی با متغیرهای متعدد دیگری همبستگی دارد که احتمالاً در ازدیاد تعداد مشکلات روانی در گروه‌ها و اقشار پایین‌تر اجتماع نقش دارند (کوکرین، ۳۳: ۱۳۷٦–۳۱). به عبارت دیگر، هر چند همگان با فشار روانی مواجه می‌شوند ولی این فشارها در طبقات مختلف اجتماعی به نسبت‌های مختلف روی می‌دهد. همچنین، همهٔ افراد جهت رویارویی و مقابله با فشار روانی به منابع یکسانی دسترسی ندارند.

1. social causation

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

توزیع منابع و امکانات مقابله‌ای عمدتاً با توجه به طبقات اجتماعی که اشخاص به آن‌ها تعلق دارند، تعیین می‌شود. بنابر این، برخی افراد به دلیل وضعیت و شرایط اجتماعی خود در معرض سطوح بالاتر فشار روانی خواهند بود و از سویی ممکن است به دلیل همین شرایط، از بسیاری شیوه‌هایی که عموماً برای مقابله با فشار مورد استفاده قرار می‌گیرد، محروم باشند. بنابراین، تعلق به طبقات اجتماعی پایین، می‌تواند شرایطی به وجود آورد که آسیب‌پذیری به بیماری‌های روانی افزایش یابد (همان). در مجموع، می‌توان گفت افراد متعلق به طبقات بالاتر اجتماعی به علت برخورداری از منابع ارزشمند وکمیابی نظیر قدرت، ثروت واحترام، احتمالا بیش‌تر از همتایان خود در طبقات پایین‌تر در شبکه‌های اجتماعی عضویت داشته و مورد توجه قرار می‌گیرند. این امر می‌تواند در مواقع لزوم حمایت اجتماعی بیش‌تری را برای آن‌ها فراهم نماید که برای سلامت روان آن‌ها مفید می‌باشد.

تحقیق حاضر نشان داد که برخی از متغیرهای اجتماعی نظیر حمایت اجتماعی، جنسیت، دین داری، و طبقهٔ اجتماعی به طور مستقیم و یا غیر مستقیم می‌توانند بر توزیع میزان سلامت روان به عنوان یک حالت عاطفی فردی اثرگذار باشند. با این حال، ضروری است تا با توجه به محدودیت‌های تحقیق حاضر، در تعمیم نتایج اندکی محتاطانه عمل نمود. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های تحقیق حاضر، مربوط به روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها (مقیاس‌های سنجش سلامت روان و حمایت اجتماعی) است. در تحقیق حاضر، به منظور آزمون پایایی مقیاس‌ها تنها از آلفای کرونباخ (که هم‌خوانی درونی گویه‌های مقیاس را نشان می‌دهد) استفاده شده و آزمون بازآزمایی[1] برای سنجش پایایی ابزار از حیث ثبات زمانی صورت نگرفته است. از سوی دیگر، جهت آزمون روایی ابزار از روایی صوری یا محتوایی (که در مقایسه با روایی تجربی و سازه، ضعیف‌تر می‌باشد) استفاده شده که می‌تواند در اعتبار درونی یافته‌ها تأثیرگذار باشد. پیشنهاد می‌گردد تا پژوهش‌گران بعدی در طراحی ابزار گردآوری داده‌ها توجه بیش‌تری به استفاده از

1. Test-retest Reliability

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

آزمون‌های دقیق‌تر روایی و پایایی داشته باشند. یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق، پایین بودن رقم ضریب تعیین در تحلیل رگرسیون می‌باشد که نشان می‌دهد متغیرهای حمایت اجتماعی، جنسیت، دینداری، و طبقهٔ اجتماعی روی هم رفته تنها ۷ درصد از نوسانات در سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند. قدرت پیش بینی اندک سلامت روان در این تحقیق، می‌تواند ناشی از عدم بررسی برخی از متغیرهای روانی- اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت روان (میزان فشار روانی، میزان برخورداری از منابع حمایتی و تعدیل کننده نظیر عزت نفس و خوش بینی، رضایت از زندگی، ساختار و روابط خانوادگی، و...) در این تحقیق باشد که ضروری است در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. در نهایت، توجه به این نکته ضروری است که تحقیق حاضر در میان جوانان دانشجو در یکی از دانشگاه‌های کشور (دانشگاه مازندران که حدود ۷۰ درصد از دانشجویان آن، بومی هستند) انجام شده است؛ لذا نتایج به دست آمده را نمی‌توان به به طور کامل و دقیق به سایر گروه‌های سنی و تحصیلی در سراسر ایران تعمیم داد.

با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌گردد تا سیاست گذاران و مجریان حوزهٔ سلامت روان (به ویژه در میان دانشجویان)، به طراحی سیاست‌های عملی ای بپردازند که به افزایش میزان حمایت اجتماعی (ادراک و دریافت شده)، و تقویت باورهای دینی و در نتیجه، کاهش فشارهای روانی و ارتقاء سلامت روان منجر گردد. همچنین، ضروری است تا توجهی ویژه به موضوع سلامت روان در بین زنان و دختران و افراد طبقات اجتماعی پایین‌تر مبذول گردد تا به منابع ارزشمندی نظیر؛ عزت نفس، دانش و آگاهی، و مهارت‌های زندگی مجهز گردند که بتواند به بهبود و یا ارتقاء سلامت روان آنان کمک نماید.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- آدام، فیلیپ و هرتسلیک، کلـودین(۱۳۸۵). **جامعه‌شناسی بیمـاری و پزشـکی**، ترجمه دکتر لورانس- دنیاکتبی، تهران، نشر نی.
- آزاد، حسین (۱۳۸۰). مقابلـه بـا اسـترس ودرد، **اندیـشه و رفتـار**، شـماره ۳٤، صص: ۲۳۷-۲۱۷.
- ابراهیمی، امرالله و دیگران(۱۳۸۱). بررسی رابطه شیوه‌های مقابله بـا اسـترس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی، **اندیشه و رفتار**، سال هشتم، شماره۲، صص: ٤۸ -٤۰.
- بخشانی، نورمحمد و دیگران(۱۳۸۲). ارتبـاط حمایـت اجتمـاعی ادراک‌شـده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی، **اندیشه و رفتار**، سال نهـم، شـماره دوم، صص: ۵۵ -٤۹.
- بخشی‌پور رودسری، عباس و دیگران(۱۳۸٤). بررسی رابطـه میـان رضـایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سـلامت روان در دانـشجویان، **فـصلنامهٔ اصـول بهداشت روانی**، سال هفتم، شماره۲۷ و ۲۸، صص: ۱۵۲-۱٤۵.
- پازنده، فرزانه و دیگران(۱۳۸۱). بررسی شیوع افسردگی و عوامل مـرتبط بـا آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانـشگاه علـوم پزشـکی شهید بهشتی تهران، **فیض**، شماره۲۱، صص: ۷۰ -٦٦.
- حسینی، حمزه و موسوی، ابراهیم (۱۳۷۹). بررسـی وضـعیت سـلامت روانـی دانشجویان ورودی سال تحـصیلی ۷۹-۷۸ دانـشگاه علـوم پزشـکی مازنـدران، **مجلهٔ علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، سال دهم، شـماره ۲۸، صص: ۵۱-٤۵.
- خاکباز، اویـس (۱۳۸۲). **بررسی سطح سلامت روانی دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل**، پایان نامه کارشناسی رشته دندانپزشـکی، دانـشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل.
- خسروی، شمسعلی (۱۳۸۱). بررسی همـه گیـر شناسـی اخـتلالات روانـی در جمعیت بالای ۱۵سال شهری و روستایی شهرسـتان بـروجن، **مجلـه دانـشگاه علوم پزشکی شهرکرد**، دوره چهارم، شماره ٤، صص: ۳۹-۳۱.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت(۱۳۸۰). **تحقیق در ارتقای سلامت**، ترجمه سعید پارسی‌نیا و دیگران، تهران، دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).
- دیماتئو، ام.رابین(۱۳۷۸). **روانشناسی سلامت**، ترجمه مهدی موسوی اصل ودیگران، جلد دوم، چاپ اول، تهران، انتشارات سمت.
- دیویسون، جرالد. سی و دیگران(۱۳۸٤). **آسیب‌شناسی روانی**، ترجمه دکتر مهدی دهستانی، تهران، نشر ویرایش.
- ساکی، کورش وکیخاونی، ستار(۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام**، سال دهم، شماره ۳٤ و۳۵، صص: ۱۵-۱۱.
- سراج‌زاده، حسین (۱۳۷۸). نگرش‌ها ورفتارهای دینی نوجوانان تهرانی ودلالت‌های آن برای نظریه سکولار شدن، **نمایه پژوهش**، شماره۹و۱۰، صص: ۱۱۸-۱۰۵.
- شریعتی، محمد و همکاران (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، **فصلنامه پایش**، سال اول، شماره ۳، صص: ۳۷-۲۹.
- شفیعی قهفرخی، فرخ (۱۳۷۳). حمایت اجتماعی و بهداشت روانی، **بهداشت جهان**، سال هشتم، شماره اول، صص: ۱٦-۱٤.
- صالحی، لیلی و دیگران (۱۳۸٦). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان، **مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین**، سال یازدهم، شماره ۱، صص: ۱۰-۱.
- صبحی قرا ملکی، ناصر (۱۳۸٤). بررسی میزان سلامت روانی در میان دانشجویان، **مجله علم و فن‌آوری**، سال چهارم، شماره‌های ۳ و ٤، صص: ٦۷-٥٤ .
- ضرغامی، مهران و دیگران(۱۳۸۱). بررسی اختلالات روانپزشکی در مراجعین به درمانگاه‌های عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، سال دوازدهم، شماره۳٦، صص: ٤۰-۳۳.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

منابع و مآخذ References

- عظیمی، حمیده و ضرغامی، مهران(۱۳۸۱). بررسی مقابله مذهبی و میزان اضطراب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۷۹-۷۸، **مجله علمی ـ پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، سال دوازدهم، شماره ۳٤، صص: ٤٦-۳۷ .
- علی‌پور، احمد(۱۳۸۵). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)**، ۱۲(۲)، صص: ۱۳۹-۱۳٤.
- قدسی، علی محمد(۱۳۸۲). بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی وافسردگی، پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- کوکرین، ریموند (۱۳۷٦). **مبانی اجتماعی بیماری‌های روانی**، ترجمه بهمن نجاریان، چاپ اول، تهران، انتشارات رشد.
- گاچل، رابرت. جی و دیگران (۱۳۷۷). **زمینه روان‌شناسی تندرستی**، ترجمه دکتر غلامرضا خوی‌نژاد، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.
- مهربانی، پیام (۱۳۸۵). **بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی دانشجویان دانشگاههای علوم پزشکی و فنی مهندسی بابل**، پایان نامه کارشناسی رشته پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل.
- نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت اعتباریابی SCL-25 فرم کوتاه شده (SCL-90-R)، مجله روانشناسی، سال پنجم، شماره ۲، صص: ۱٤۹-۱۳٦.
- نریمانی، محمد و دیگران(۱۳۸۵). ارتباط صفات شخصیّتی، استرس و مهارت‌های مقابله با استرس و سیستم ایمنی هومورال بدن در پرستاران، **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل**، دوره ششم، شماره دوم، صص: ۱۹٤-۱۸۸.
- هاشمی، حسن و نوروزی، کبری(۱۳۸۳). سلامت روانی دانشجویان ورودی سال۱۳۸۱ دانشگاه علوم پزشکی قزوین، **فصلنامه پویش**، سال سوم، صص: ۱۵۲-۱٤۵.
- Cornman, Jennifer. C. et al., (2003). Social Ties and Perceived Support, **Journal of Aging & Health**, 15(4). pp: 616-44.
- Drentea, Patricia et al., (2006). Predictors of Improvement in Social Support, **Social Sciences & Medicine**, 63. pp: 957- 67.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]

References منابع و مآخذ

- Horwitz, A. (1999). The Sociological Study of Mental Illness: A Critique and Synthesis of Four Perspectives In: **Handbook of the Sociology of Mental health,** New York , Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp57-74.
- Hughes, et al. (2004). Social Support and Religiosity as Coping Strategies for Anxiety in Hospitalized Cardiac Patients ,**Annual Behavior Medicine**, Vol. 28(3): pp179–185.
- Kaya ,M. et al, (2007). Prevalence of Depressive Symptoms,Ways of Coping, and Related Factors among Medical School and Health Services Higher Education Students. **Turk Psikiyatri Derg**, Vol 8(2), pp 137-146.
- Landman-Peters, Karlien M.C. et al., (2005). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety, **Social Sciences & Medicine**, 60, pp 2549-59.
- Li, Lydia et al., (2005). Widowhood and depressive symptoms among older Chinese: Do anger and source of support make difference? **Social Sciences & Medicine**, 60, pp 637-47.
- Marks, David F. et al., (2000). **Health Psychology: Theory, Research and Practice**, London, SAGE Publications ltd.
- O'Connora , D.B. et al ,.(2003). Religiosity, Stress and Psychological Distress: no Evidence for an Association among Undergraduate Students" .**Personality and Individual Differences**, Vol. 34; pp 211-217.
- Sarafino, Edward. P (1998). **Health Psychology**, Third Edition, New York, John Wiley & Sons.
- Schulz, Ute & Schwartzberg, Ralf (2004). Long- term effects of spousal support on coping with cancer after surgery, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 23(5), pp 716- 32.
- Smith Eliot R. & Mackie Diane M. (1995). **Social Psychology**, New York, Worth Publishers.
- Switzer, Galen E. et al., (1999). **Issues in mental health assessment**, IN: Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan, **Handbook of the Sociology of Mental Health**, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp 81-104.
- Turner, R. Jay and Turner J. Blake (1999). **Social Integration and Support**, IN: Carol S. Aneshensel and Jo C. Phelan. **Handbook of the Sociology of Mental Health**, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp 301-319.
- Wasserman Ira & Trovato Frank (1996), The Influence of Religion on Smoking and Alcohol Consumption (Alberta Case Study), **International Review of Modern Sociology**, 26 (2): 43-56.
- Zimet, G.D., et al. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, **Journal of Personality Assessment**, 52, 30-41.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-10-11]