

حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران

محمد زاهدی اصل *

صلاح‌الدین صالح **

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۱۰

چکیده

در تحقیق پیشرو رابطه حمایت اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان با استفاده از تکنیک پیمایش مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که رابطه بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. جامعه آماری مورد بررسی همسران جانبازان اعصاب و روان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸۱ می‌باشند که تعداد آنها ۶۹۰۰ نفر بوده و از بین آنها ۳۴۰ نفر را از طریق

* استاد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

** کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی (مکاتبه کننده).

نمونه‌گیری طبقه‌بندی متناسب انتخاب و با استفاده از ابزار پرسشنامه داده‌ها را گردآوری و تجزیه و تحلیل نموده‌ایم. یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که هرچه همسران جانبازان از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهند بود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که خانواده مهمترین منبع کسب حمایت اجتماعی از نظر همسران جانبازان محسوب می‌گردد. با توجه به اینکه همسران جانبازان در مدت زمان طولانی با شوهران خود پیوند عاطفی داشته و به این ترتیب وضعیت سلامت اجتماعی آنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد بنابراین ضرورت دارد که مداخلاتی از نوع حمایت اجتماعی از جمله حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری جهت بهبود وضعیت سلامت اجتماعی آنها صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، جانباز اعصاب و

روان.

طرح مسأله

جنگ تحمیلی هشت ساله صدمات فیزیکی و عوارض روانی و اجتماعی زیادی را به بار آورده است که تا سالیان دراز ممکن است تداوم یابد. به تبع نه تنها افرادی که مستقیماً درگیر جنگ بوده‌اند بلکه محیط خانواده آنها نیز بعد از جنگ بدلیل همان آثار روانی و اجتماعی ناشی از حضور در جبهه‌های جنگ در معرض خطر قرار دارد و به نظر می‌رسد با برگشت جانبازان به خانواده تأثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده به ویژه همسران آنان همچنان ادامه می‌یابد.

مطالعات نشان داده که میزان اضطراب در همسران جانبازان اعصاب و روان بیشتر از همسران بیماران اعصاب و روان است. این افراد از سطح بالایی از علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی، و افسردگی رنج می‌برند. (دژاکام و همکاران، ۱۳۸۳: ۳۹). همچنین نتایج تحقیقات گذشته نشان داده که همسران جانبازان

اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیر اعصاب و روان از اختلالات اضطرابی، افسردگی و پرخاشگری بیشتری شکایات داشته‌اند. (بخشی‌پور و همکاران، ۱۳۸۴: ۱۴۵) و بخشانی‌پور و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۵). بررسی‌هایی که در خصوص خانواده‌های این افراد و بطور کلی بیماران اعصاب و روان انجام گرفته نشان داده که حمایت اجتماعی از همسران بیماران روانی به عنوان یکی از مهمترین عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی آنان محسوب می‌شود و سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه گیر در مقابل استرس عمل می‌کند عوامل بسیاری در زندگی با کیفیت مطلوب دخالت دارند و سلامت یکی از این عوامل وابسته و مهمترین عامل در کیفیت زندگی است و البته حمایت اجتماعی و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. تعلق به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند. این امر تاثیر حفاظتی بر سلامتی دارد و افرادی که حمایت اجتماعی و عاطفی کمتری دارند بیش تر در معرض ابتلا به افسردگی و ناتوانی به دنبال بیماریهای حاد قرار می‌گیرند. در بحث حمایت اجتماعی بعنوان متغیر مستقل بررسی‌ها نشان داده افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان فردی کمتری هستند در رویارویی رخدادهای فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کنند و به طور مؤثری مقابله می‌نمایند و همچنین نشانه‌های کمتری از، افسردگی یا آشفتگی روانی را نشان می‌دهند. (O'conor, 1986: 424; Monroe, 1990: 53).

تاثیر عضوی از خانواده بر روی دیگر اعضاء بدیهی و روشن است بطوری که امکان ندارد در یک خانواده شخص دچار مشکل شود و این مشکل بر دیگر اعضاء تاثیر نداشته باشد، از طرفی خانواده‌ها مهمترین منبع حمایت عاطفی در مواقع فشارهای روانی و اجتماعی می‌باشند هنگامی که این منبع حمایتی دچار مشکل شود تک تک اعضای خانواده در معرض برخی از فشارهای روانی و اجتماعی قابل ملاحظه‌ای قرار

می‌گیرند بنابراین جانبازان اعصاب و روان که به علت مجروحیت ناشی از جنگ تحمیلی دچار اختلالات روانی گشته‌اند تاثیرات منفی را بر اعضای خانواده بویژه همسران خود خواهند داشت. توجه به سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد زیرا در صورت عدم توجه به این امر روابط خانوادگی دچار اختلال گشته و تاثیرات نامطلوب این امر در فرزندان بروز نموده و نظام خانواده با مشکلات متعددی از جمله جدایی و طلاق روبه رو خواهد شد.

متغیر وابسته ما سلامت اجتماعی می‌باشد که با استفاده از مدل کیز مورد بررسی قرار گرفته است. ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی که توسط کیز مطرح گردیده شامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است که زیر بنای متغیر ما را تشکیل می‌دهند. سؤال اصلی در این پژوهش این است که حمایت اجتماعی چه رابطه‌ای با میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان دارد؟ از آنجا که همسران جانبازان عزیز عضوی از گنجینه ارزشمند ایثار و شهادت این انقلاب هستند و امانت‌هایی در جامعه‌اند که سلامت آنها باعث ارتقاء فرهنگ ایثار و حفاظت از آرمان‌های بزرگ ایثارگران خواهد شد لذا در پژوهش حاضر به بررسی سلامت اجتماعی این عزیزان پرداخته شده است تا شاید بتوان از این راه خدمتی به آنان ارائه کرد. ذکر این نکته نیز ضروری به نظر می‌رسد که در مطالعات مربوط به اختلالات روانی و اجتماعی جانبازان، عمدتاً به جانبازان پرداخته شده است و وضعیت سلامت اجتماعی همسران آنها مورد غفلت واقع شده، لازم است که تحقیقاتی در راستای شناسایی نشانه‌های سلامت اجتماعی و عوامل موثر (بر) و تحدید کننده آن انجام گیرد چرا که همسران جانبازان در مدت زمان طولانی با شوهران خود پیوند عاطفی داشته و به دلایل گوناگون، از آنان متاثر می‌شوند؛ بنابراین ضرورت است که وضعیت سلامت اجتماعی آنها نیز مورد بررسی قرار گیرد. انجام این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌تواند به مسولین ذیربط نسبت به شناخت خانواده‌های جانبازان

و بویژه همسران آنان کمک کرده و با همکاری بیشتر سایر ارگان‌ها، به شناسایی وضعیت سلامت اجتماعی همسران جانبازان بپردازند.

مبانی نظری

سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قراردادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی می‌پردازند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با "درجه عملکرد اعضاء جامعه" مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد "دونالد" و همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر "فرد" و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه‌گیری آن ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سالهای ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده‌اند که از طریق عملیاتی کردن مفهوم "ارتقاء

سلامت " اهداف کلی شعار "بهداشت برای همه"، را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که "ارتقاء سلامت" در حقیقت در برگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان پذیر سازد. موضوع اول در بر گیرنده توانمندسازی انسان‌ها از طریق آگاهی‌ها و مهارت‌های ضروری برای یک زندگی سالم است و موضوع دوم تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران به گونه‌ای است که سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری نمایند، که پیشگیری از انحرافات اجتماعی از گسترده‌ترین ارکان این بخش است. چنانچه بخواهیم حوزه‌های اصلی موضوعی مرتبط با سلامت اجتماعی را در یک محدوده مشخص طبقه بندی کنیم به ۱۰ حوزه زیر می‌توان اشاره کرد.

(۱) علائم و مظاهر بیماری مانند درد و ناراحتی، (۲) موقعیت و شرایط بدن از نظر توانایی عملکردها و کارکردها مانند معلولیت‌ها و قابلیت تحرک، (۳) فعالیت‌های مرتبط با نقش اجتماعی مانند خانواده، محیط، (۴) عملکرد کلی در جامعه روابط اجتماعی، تفریحات و فراغت، (۵) قدرت‌های شناختی ادراک، شناخت‌های عمومی و اختصاصی، (۶) خواب و استراحت به مقدار ضروری خواب راحت، خستگی، (۷) انرژی و سرزندگی سطح استقلال، توانایی کار، (۸) وضع و موقعیت عاطفی عزت نفس، احساسات مثبت، قوای روحی، اعتقادات شخصی، (۹) احساس فردی از سلامت انرژی، روابط جنسی، (۱۰) رضایت کلی از زندگی و ابعاد گوناگون آن منابع مالی، امنیت و...

در چارچوب ابعاد بالا تلاش زیادی در جهت مقیاس سازی صورت گرفته است که تحت عناوینی مانند سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی و رفاه و آسایش مورد آزمون واقع شده است. این مقیاس‌ها غالباً دارای سه بعد تحرک فیزیکی، فعالیت جسمی و

روانی و فعالیت اجتماعی است و در هر یک از این سه بعد ضابطه‌های گوناگونی می‌تواند قرار گیرد.

به نظر کیز مطالعه مربوط به سلامت با استفاده از مدل‌های زیستی بیشتر بر وجه خصوصی از سلامت تاکید دارند، ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و کیفیت زندگی و عملکرد خوب در زندگی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی نیز تعیین کننده هستند. کیز سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به عنوان عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند. وی بر این اساس مدل پنج عاملی خویش را مطرح می‌کند که در آن پنج عامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی شاخص‌های سلامت را تشکیل می‌دهند. کیز بعد سلامت روانی و اجتماعی را نشانه کارکرد مثبت می‌خواند و می‌گوید اگر فرد شرایط دو بعد سلامت احساسی (احساس خوب و رضایت از زندگی) و بعد کارکرد مثبت را داشته باشد، از سلامت روانی برخوردار است. وی این وضعیت را بالندگی می‌نامد. افراد بالنده احساس خوبی به زندگی دارند و در رابطه با دیگران و در جامعه، فعال و سازنده‌اند. کیز نبود سلامت روانی را پژمردگی می‌خواند. افراد پژمرده، احساس خوبی به زندگی ندارند و کارکرد روانی و اجتماعی‌شان مشکل دارد. این افراد دچار یاس و نومی‌دی بوده و زندگی خود را پوچ و خالی می‌بینند. این وضعیت با افسردگی تفاوت دارد.

کیز سلامت اجتماعی را در ۱۹۹۸ با ارائه مقیاسی به صورت جامع تر و با شمول ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم سازی نمود. و در آن مقیاس و تحقیقاتی که پس از آن صورت داد، فرض را بر این می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزشیابی نمایند به این ترتیب سلامت اجتماعی دربرگیرنده اجزاء و مؤلفه‌هایی است که روی هم رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار هست یا خیر؟ و چه میزان؟ وی در یک تحلیل

عامل گسترده نشان داد که بهداشت روانی دارای ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی است و با توجه به مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل پنج بعدی قابل سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را بصورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای باقوه‌هایی برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی وی طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. این مقیاس جدید با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت دارد. طبق نظر کیز حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت پاسخ دادن به این سؤال است: "آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیار اجتماعی ارزیابی کرد؟" ابعاد پنج گانه کیز به شرح زیر است.

شکوفایی اجتماعی:^۱ دانستن و اعتقاد داشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد. این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی درمی‌آورد و بالفعل می‌کند. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی خود را کنترل می‌کند.

همبستگی اجتماعی:^۲ اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. دانستن و علاقه‌مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن. افراد سالم و اجتماعی در مقابل دسیسه‌های اجتماع مراقب هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آنچه که در اطرافشان رخ می‌دهد را بفهمند. همبستگی یا انطباق اجتماعی در مقابل بی‌معنایی در زندگی قابل مقایسه است. و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورتی قابل فهم، قابل

1. Social Actualization
2. Social Coherence

پیش بینی و محسوس است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و ادارهٔ دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

یکپارچگی اجتماعی:^۱ احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن. بنابراین انسجام آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند وجود دارد. (مثل همسایه‌های‌شان)

پذیرش اجتماعی:^۲ داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد علی‌رغم برخی رفتار سردرگم‌کننده و پیچیده آنها. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است. در پذیرش خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی فرد اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد.

مشارکت اجتماعی:^۳ این احساس که افراد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیت‌های روزمره آنها به وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود. در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است سهمیم باشند.

-
1. Social Integration
 2. Social Acceptance
 3. Social Contribution

حمایت اجتماعی

به طور کلی در زمینه حمایت اجتماعی، ادبیات پژوهشی 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 به سازه 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 دسته تحقیقات، نقش حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و ادراک شده (ذهنی) در کاهش فشار روانی و افزایش سلامت جسمی و اجتماعی روانی را تأیید نمود ه‌اند. 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 قرض دادن پول، خرید مایحتاج زندگی و مواظبت از کودکان). ثانیاً، اعضای شبکه 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 شبکه اجتماعی می‌توانند با اطمینان بخشی دوباره به فرد، در خصوص این که او شخص مورد علاقه، با ارزش و محترم است، از وی حمایت عاطفی به عمل آورند (D. Matthews, 1998). در مجموع، برای تبیین و توضیح چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، دو مدل نظری مطرح گردیده است مدل تأثیر مستقیم یا تأثیر کلی حمایت اجتماعی، و مدل تأثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه گیر حمایت اجتماعی.

مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی: مطابق این مدل نظری، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف نظر از این که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی

زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پرتنش و یا آرام و کم استرس، یکسان و مشابه می‌باشند. (Sarafino, 1998).

مطالعات متأثر از این 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 مطرح شده است. طبق این فرضیه، فقدان حمایت اجتماعی، فی‌نفسه زیان آور و استرس‌زا است (همان). راه‌های گوناگونی وجود دارند که از طریق آن‌ها اثرات مستقیم حمایت اجتماعی، بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارند. برای مثال، افرادی که دارای سطوح بالاتر از حمایت اجتماعی هستند، ممکن است احساس تعلق و عزت‌نفس آن‌ها، بالاتر از کسانی باشد که دارای چنین مزیتی نیستند. این وضعیت، منجر به یک چشم‌انداز مثبت و خوش‌بینانه می‌گردد که می‌تواند صرف‌نظر از میزان استرس تجربه شده توسط افراد، برای سلامتی آن‌ها سودمند باشد مثلاً از طریق افزایش مقاومت آن‌ها در برابر عفونت‌ها. هم‌چنین، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سطوح بالای حمایت اجتماعی، می‌تواند 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 آن که مشکلات جسمی یا روحی شدید شود به پزشک مراجعه نماید (همان).

کهن و ویلز (Kohen, Willtze, 1985). حمایت اجتماعی را چهار نوع می‌دانند: حمایت عزتمند: فرد محترمانه مورد پذیرش دیگران است و به او و تجاربتش احترام می‌نهند.

حمایت اطلاعاتی: فرد در اثر ارتباط با دیگران آگاهی و دانش بیشتری کسب می‌کند.

حمایت عاطفی: محبت و همدردی دیگران کاملاً با فرد مشهود است و احساس همتایی می‌کند.

حمایت ابزاری: تهیه و تدارک کمک‌های مالی، عملی، منابع مادی، امکانات و خدمات مورد نیاز فرد.

پژوهش‌های متعددی ثابت کرده‌اند که هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. برخی از پژوهش‌گران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، 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 (Sarafino, 1998: 1030). برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند. در مجموع، شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و این که او به یک شبکه اجتماعی متعلق است. (Gachl, 1997: 249). دسته بندی‌های گوناگونی توسط پژوهش‌گران از مفهوم حمایت اجتماعی به عمل آمده است. در واقع، این دسته بندی‌ها در پاسخ به این سؤال بوده است که حمایت اجتماعی به طور ویژه چه چیزی را برای یک شخص فراهم می‌آورد. درنتا و همکاران بر اساس طبقه بندی ویلز حمایت اجتماعی را به سه دسته عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی تقسیم بندی کرده‌اند. که این تقسیم بندی مبنای اصلی متغیر مستقل ما را شکل می‌دهد. دیویسون و همکاران از حمایت اجتماعی ساختاری و کارکردی نام برده‌اند. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت حمایت اجتماعی را در چهار مقوله عاطفی، اطلاعاتی، ابزاری، و ارزش یابانه دسته بندی کرده است. هم چنین گاجل و همکاران در طبقه بندی حمایت اجتماعی به حمایت ارزشیابانه، اطلاعاتی، همراهی اجتماعی، و ابزاری اشاره کرده‌اند. در مجموع، رایج ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهش‌گران معرفی شده و در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، و در این پژوهش مبنای فرضیه‌های ما را شکل می‌دهد شامل سه مقوله

حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی می‌باشد. حمایت اجتماعی عاطفی: حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز می‌باشد (Drenta and others, 2006). حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده احساس 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 محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید. (Sarafin, 1998:1054)

چارچوب نظری

برای آگاهی از رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی مطالعه مقدماتی انجام گرفته و نظریات و دیدگاه‌های اندیشمندان گوناگون درباره موضوع مورد بررسی را مطرح کردیم. برخی از این نظریات و مدل‌ها اساس و زیر بنای فرضیات و متغیرهای مورد بررسی ما را تشکیل می‌دهند بنابراین به طور خلاصه به برخی از آنها اشاره خواهیم نمود.

مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته این پژوهش با ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی که توسط کییز مطرح گردیده زیر بنای متغیر وابسته ما را تشکیل می‌دهد که این مفهوم پنج بعد شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی می‌باشد. بعد شکوفایی اجتماعی عبارتست از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. بعد انسجام اجتماعی سنجشی برای کیفیت روابط افراد در رابطه با جامعه و اجتماع می‌باشد. افراد باید سعی کنند تا یک حس تعلق به کل دنیا را در خودشان بوجود بیاورند در بعد پذیرش اجتماعی افرادی که

در این بعد از سلامت برخوردارند اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد گوناگون تشکیل شده درک می‌کنند. و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان اعتماد دارند. بعد مشارکت اجتماعی منظور باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد (keyes, 2004)

در بحث متغیر مستقل یعنی حمایت اجتماعی که مفهومی چند بعدی است و به اشکال و طرق گوناگونی تعریف شده است. (Drentea, Patricia et al, 2006) بر اساس طبقه‌بندی ویلز حمایت اجتماعی را به سه دسته عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی تقسیم‌بندی کرده‌اند. که این تقسیم‌بندی مبنای اصلی متغیر مستقل ما را شکل می‌دهد. در مجموع، رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهش‌گران معرفی شده و در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، و در این پژوهش مبنای فرضیه‌های ما را شکل می‌دهد شامل سه مقوله حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری، و اطلاعاتی می‌باشد. در خصوص ارتباط حمایت اجتماعی و سطح سلامت افراد مطابق مدل تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی، صرف نظر از این که فرد تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند و این امر، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. اثرات سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پرتنش و یا آرام و کم استرس، یکسان و مشابه می‌باشند راه‌های گوناگونی وجود دارند که از طریق آن‌ها اثرات مستقیم حمایت اجتماعی، بر سلامتی افراد تأثیر می‌گذارند. برای مثال، افرادی که دارای سطوح بالاتر از حمایت اجتماعی هستند، ممکن است احساس تعلق و عزت نفس آن‌ها، بالاتر از کسانی باشد که دارای چنین مزیتی نیستند. این وضعیت، منجر به یک چشم انداز مثبت و خوش بینانه می‌گردد که می‌تواند صرف نظر از میزان استرس تجربه شده توسط افراد، برای سلامتی آنها سودمند باشد مثلاً از طریق افزایش مقاومت آن‌ها در برابر عفونت‌ها. هم چنین، برخی از پژوهش‌ها

نشان می‌دهند که سطوح بالایی 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 آن که مشکلات جسمی یا روحی شدید شود به پزشک مراجعه نماید (همان).

فرضیات پژوهش

۱. فرضیه اصلی تحقیق:

حمایت اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان رابطه مستقیم دارد بدین معنا که هر چه همسران جانبازان از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند میزان سلامت اجتماعی آنها نیز بالاتر است.

فرضیات فرعی:

- حمایت ابزاری رابطه مستقیم با میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان دارد.
- حمایت عاطفی رابطه مستقیم با میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان دارد.
- حمایت اطلاعاتی رابطه مستقیم با میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان دارد.

روش تحقیق

در این پژوهش از روش توصیفی (Descriptive) و از نوع همبستگی (Correlational) جهت توصیف داده‌ها استفاده شده است. ابزار سنجش در این پژوهش، پرسشنامه بود. این پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده است. که در قسمت اول جهت سنجش حمایت اجتماعی از پرسشنامه طراحی شده توسط محققین قبلی که اعتبار آنها توسط اساتید مربوطه تایید گردیده، استفاده شده است. (بهمنی، ۱۳۸۷). قسمت دوم نیز پرسشنامه سلامت اجتماعی است که توسط محققین قبلی استاندارد شده است. (تباردرزی، ۸۵ و

کنگرلو، ۸۶ و فارسی‌نژاد، ۸۸). در پژوهش حاضر تمام گویه‌های مورد استفاده برای سنجش متغیر سلامت اجتماعی بر مبنای طیف پنج قسمتی لیکرت طراحی شده‌اند و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف را در بر می‌گیرد. برای نمره گذاری این گویه‌ها از اعداد ۱ تا ۵ استفاده کرده‌ایم.

جامعه آماری در این پژوهش، همسران جانبازان اعصاب و روان ساکن شهر تهران در سال ۱۳۸۸ بودند. بنا به آمار بدست آمده از سوی اداره کل بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران شهر تهران، تعداد افراد جامعه آماری مورد نظر ما ۶۹۰۰ نفر بودند. با توجه به پراکندگی جامعه آماری در مناطق ۱۴ گانه تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران بزرگ، حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران با خطای ۵ درصد و $d = 0/05$ ، ۳۴۰ نفر پیش بینی می‌گردد. روش نمونه‌گیری نیز به صورت طبقه‌بندی متناسب (Classified Sampling) در ۱۴ منطقه صورت گرفت؛ بطوریکه نمونه‌ها از هر منطقه و متناسب با جمعیت آن منطقه انتخاب شدند. آزمون‌های آماری مورد استفاده در این تحقیق شامل آزمون کندال و گاما و رگرسیون و.. بودند که با توجه به سطح سنجش متغیرها انتخاب شده‌اند.

تعریف مفاهیم و متغیرهای بکار رفته

متغیر وابسته در این پژوهش سلامت اجتماعی است که در ادامه به تعریف نظری و عملیاتی آن پرداخته می‌شود.

سلامت اجتماعی

تعریف نظری: سلامت اجتماعی ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) است که او عضوی از آنهاست (کیبیز، ۲۰۰۴: به نقل از کنگرلو، ۱۳۸۶).

تعریف عملیاتی

در ادامه تعریف عملیاتی مولفه‌ها و معیارهای مهمی را نشان می‌دهد که برای اندازه‌گیری ابعاد سلامت اجتماعی در نظر گرفته شده‌اند ارائه گردیده است. تمام گویه‌های مورد استفاده برای سنجش متغیر سلامت اجتماعی بر مبنای طیف پنج قسمتی لیکرت طراحی شده‌اند و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف را در بر می‌گیرد. برای نمره گذاری این گویه‌ها از اعداد ۱ تا ۵ استفاده کرده‌ایم.

- جهان دارد محل بهتری برای زندگی هر کسی میشود (+)
- من معتقدم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند (-)
- از نظر من پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد (-)
- به نظر من جامعه مکانی پربار و مفید برای افراد آن است (+)
- من فکر می‌کنم که اجتماع مانع پیشرفت است (-)
- من اجتماع را به صورت یک تحول دائمی می‌بینم (+)
- جامعه برای افرادی مانند من بهبود نمی‌یابد (-)
- به نظر من پیش بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد کار سختی است (-)
- محققین تنها افرادی هستند که می‌توانند آنچه را که پیرامون دنیای اطرافشان رخ می‌دهد، درک کنند (-)
- من نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد (-)
- اغلب فرهنگ‌ها آنقدر عجیب و بیگانه هستند که من از آنها سر در نمی‌آورم (-)
- به نظر من دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم ارزش درک کردن را دارد (+)
- دنیا برای من خیلی پیچیده است (-)
- رفتار من روی سایر افراد اجتماع اثر میگذارد (+)
- من فکر می‌کنم متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم (+)
- من فکر نمی‌کنم تشکیلات اجتماعی مثل قانون و دولت در زندگی من موثر باشند (-)

- جامعه من منبع آرامش و راحتی من است (+)
- من فکر می‌کنم که بخش مهمی از اجتماعم هستم (+)
- من نسبت به سایر افراد اجتماعم احساس نزدیکی می‌کنم (+)
- سایر افراد اجتماع برای من به عنوان یک شخص ارزش قائلند (+)
- به نظر من مردم مهربانند (+)
- من فکر می‌کنم مردم فقط برای خودشان زندگی می‌کنند (-)
- به نظر من مردم این روزها متقلبتر شده‌اند (-)
- من فکر می‌کنم مردم به مشکلات افراد دیگر اهمیت می‌دهند (+)
- من فکر می‌کنم افراد قابل اعتماد هستند (+)
- من فکر می‌کنم می‌توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم (+)
- من محصول ارزشمندی برای سهمیم شدن در اجتماع ندارم (-)
- فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد (-)
- من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه ام عرضه کنم (-)
- من فکر می‌کنم کار من نتیجه مهمی برای جامعه ندارد (-)
- من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای داشتم برای گفتن داشتم، سایر افراد به من توجه می‌کردند (+)

حمایت اجتماعی: از نظر ویلز حمایت اجتماعی عبارتست از «انواع و فراوانی تعاملات حمایتی خاصی که فرد در روابط اجتماعی در قالب آنها کمک‌های ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی را از دیگران دریافت می‌کند» در واقع ویلز حمایت‌های ابزاری و عاطفی و اطلاعاتی به عنوان کارکردهای حمایت در نظر گرفته می‌گیرد (Drenta and others, 2006).

تعریف عملیاتی

حمایت عاطفی: این نوع حمایت شامل ابراز همدردی، توجه و علاقه نسبت به فرد است ممکن است حمایت عاطفی، پیامی باشد که احترام به نفس را در فرد بالا می‌برد یا پیامی باشد که نشان دهنده پذیرش بی قید و شرط است، بطور کلی این نوع حمایت در جهت قوت قلب دادن به فرد برای مقابله با فشار و خستگی است. (Drenta and others, 2006).

حمایت عاطفی با سئوالاتی در خصوص میزان دریافت ابراز همدردی، توجه و محبت و علاقه، احترام به احساسات و گفتگوی صمیمانه از طرف اطرافیان است. در این تحقیق با ۴ سؤال با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) سنجیده می‌شود

حمایت مادی یا ابزاری: کمک ابزاری یا مادی به فرد جهت مقابله با فشار و خستگی است. این حمایت‌ها شامل کمک مستقیم به فرد است مانند قرض دادن پول به او. (Drenta and others, 2006)

تعریف عملیاتی: این بعد حمایت اجتماعی با سئوالاتی در خصوص دریافت قرض یا مستمری، برعهده گرفتن ضمانت وام و کمک در انجام کارهای منزل و بیرون از منزل و.. می‌باشد. در کل با ۴ سؤال با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) سنجیده می‌شود

حمایت اطلاعاتی: ارائه حقایق و شواهد به فرد است برای مقابله با تحلیل رفتگی است. (همان).

تعریف عملیاتی: با سئوالاتی در خصوص توجیه کردن، پیشنهاد دادن و دادن جهت و پسخوراند توسط دوستان، اقوام و اعضای خانواده. در این تحقیق با ۴ سؤال در خصوص راهنمایی در استفاده از خدمات بنیاد شهید، ارائه توصیه‌های مفید در زمینه ارتقای سلامت خود، در اختیار گذاشتن اطلاعات در مورد یک مشاور خوب در زمینه

بیماری همسر خود و ارائه توصیه‌های مفید در زمینه رفتار مناسب با همسر جانباز خود می‌باشد که با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) سنجیده می‌شود.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

در تحقیق حاضر انحراف معیار و بالطبع پراکنش افراد بر اساس متغیر سن چندان بالا نیست و بنابراین جامعه از این لحاظ، از ناهمگنی بالایی برخوردار نیست. در این میان تقریباً ۳۱٪ پاسخگویان بین ۵۰-۵۵ سال هستند و بیشترین فراوانی را تشکیل می‌دهند. حدود ۴۵ درصد از پاسخگویان در این پژوهش دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم هستند که بیشترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند و کمترین میزان با ۲۷/۱ درصد متعلق به افرادی است که دارای تحصیلات لیسانس هستند.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد بر حسب سن

سن	۳۹-۳۵	۴۰-۴۴	۴۵-۴۹	۵۰-۵۵	جمع
فراوانی	۵۹	۹۰	۸۶	۱۰۵	۳۴۰
درصد معتبر	۱۷/۴	۲۶/۵	۲۵/۳	۳۰/۹	۱۰۰
درصد تجمعی	۱۷/۴	۴۳/۸	۶۹/۱	۱۰۰	
میانگین: ۴۵/۷۳	میانه: ۴۷		انحراف استاندارد: ۵/۵۹۹		

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد بر حسب تحصیلات

تحصیلات	زیر دیپلم	دیپلم و فوق دیپلم	لیسانس	جمع
فراوانی	۹۷	۱۵۱	۹۲	۳۴۰
درصد	۲۸/۵	۴۴/۴	۲۷/۱	۱۰۰
درصد تجمعی	۴۳/۸	۷۸/۸		

جدول ۳- توزیع فراوانی افراد بر حسب میزان برخورداری از حمایت اجتماعی

جمع	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	حمایت اجتماعی
۳۴۰	۵۱	۶۳	۷۲	۱۳۱	۲۳	فراوانی
۱۰۰	۱۵	۱۸/۵	۲۱/۲	۳۸/۵	۶/۸	درصد معتبر
۱۰۰		۸۵	۶۶/۵	۴۲/۳	۶/۸	درصد تجمعی

جدول ۴- توزیع فراوانی افراد بر حسب میزان برخورداری از سلامت اجتماعی

جمع	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	سلامت اجتماعی
۳۴۰	۶۶	۷۳	۶۰	۷۷	۶۴	فراوانی
۱۰۰	۱۹/۵	۲۱/۵	۱۷/۶	۲۲/۶	۱۸/۸	درصد معتبر
۱۰۰		۸۰/۵	۵۹	۴۱/۴	۱۸/۸	درصد تجمعی

یکی از متغیرهای زمینه‌ای ما متغیر تحصیلات بود نتایج تحقیق نشان داد ۴۶.۷ درصد افرادی که مدرک تحصیلی لیسانس بوده‌اند از سلامت اجتماعی خیلی زیادی برخوردار بوده‌اند در حالی که ۹.۳ درصد افراد زیر دیپلم سلامت اجتماعی زیادی داشته‌اند. بطوریکه ۴۶.۷ درصد افرادی که مدرک تحصیلی لیسانس بوده‌اند از سلامت اجتماعی خیلی زیادی برخوردار بوده‌اند در حالی که ۹.۳ درصد افراد زیر دیپلم سلامت اجتماعی زیادی داشته‌اند. بیشترین میزان پاسخگویی (۳۸/۵ درصد) مربوط به کسانی است که دارای حمایت اجتماعی زیاد و کمترین میزان آن (۶/۸ درصد) مربوط به کسانی است که دارای حمایت اجتماعی خیلی زیاد هستند. همچنین بر اساس متغیر وابسته یعنی سلامت اجتماعی بیشترین میزان پاسخگویان مربوط به کسانی است که دارای میزان سلامت اجتماعی در حد زیاد هستند که ۲۲/۶ درصد از کل پاسخگویان را تشکیل می‌دهند و کمترین میزان مربوط به کسانی است که دارای سلامت اجتماعی در

حد متوسط هستند که تنها ۱۷/۶ از کل پاسخگویان را تشکیل می‌دهند. نتایج بررسی‌ها نشان داد که در گروه سنی (۳۵-۳۹) ۳۷.۳ درصد از سلامت اجتماعی خیلی زیادی برخوردار بوده‌اند و در گروه سنی (۴۰-۴۴) ۳۰ درصد از سلامت اجتماعی خیلی زیادی برخوردار بوده‌اند در مقابل افرادی که بین (۵۰-۵۵) بوده‌اند ۹.۵ درصد از سلامت اجتماعی اند و ۵۴.۳ درصد در همین گروه سنی از سلامت اجتماعی کمی برخوردار بوده‌اند. همچنین نتایج نشان داد مهمترین منبع حمایت اجتماعی از نظر همسران جانبازان به ترتیب اولویت اعضای خانواده و در اولویت‌های بعدی اقوام و دوستان قرار دارند.

یافته‌های تحلیلی

جهت بررسی رابطه دویه‌دوی متغیرها از آزمونهای آماری کندال و گاما برای سنجش معناداری رابطه فیما بین استفاده شد.

جدول ۵- آزمون آماری مربوط به رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
کندال	۰/۳۵۹	۰/۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰/۴۵۴	۰/۰۰۰	ترتیبی

جهت بررسی سنجش معناداری رابطه بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی از آزمون آماری کندال و گاما استفاده گردید که میزان همبستگی در سطح سنجش ترتیبی (کندال برابر با ۰/۳۵۹) و (گاما برابر با ۰/۴۵۴) نشان داد رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه همسران جانبازان اعصاب و روان از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی‌شان افزایش پیدا کرده است و همچنین کاهش

حمایت اجتماعی باعث کاهش میزان سلامت اجتماعی شده است و این فرضیه اصلی تحقیق مبنی بر رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان را مورد تایید قرار می‌دهد.

جدول ۶- آزمون آماری مربوط به رابطه بین تحصیلات و سلامت اجتماعی

سطح سنجش	سطح معناداری	میزان	آزمون‌ها
ترتیبی	۰/۰۰۰	۰/۲۹۴	کندال
ترتیبی	۰/۰۰۰	۰/۳۹۸	گاما

جهت بررسی سنجش معناداری رابطه بین تحصیلات و سلامت اجتماعی با استفاده از آزمونهای آماری کندال و گاما مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه اینکه میزان همبستگی در سطح سنجش ترتیبی (کندال برابر با ۰/۲۹۴) و (گاما برابر با ۰/۳۹۸) نشان داد رابطه معناداری بین تحصیلات و میزان سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه همسران جانبازان اعصاب و روان از تحصیلات بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی‌شان بالاتر بوده است. بدین ترتیب فرضیه ما دال بر وجود رابطه معنادار بین سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی مورد تایید قرار گرفت

جدول ۷- آزمون آماری مربوط به رابطه بین سن و سلامت اجتماعی

سطح سنجش	سطح معناداری	میزان	آزمون‌ها
ترتیبی	۰/۰۰۰	-۰/۱۸	کندال
ترتیبی	۰/۰۰۰	-۰/۲۳۱	گاما

جهت بررسی وجود رابطه معنادار بین سن و متغیر سلامت اجتماعی با استفاده از آزمونهای آماری کندال و گاما مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد نتیجه اینکه میزان همبستگی در سطح سنجش ترتیبی (کندال برابر با $0/18-$) و (گاما برابر با $0/231-$) نشان داد که رابطه معکوس و معناداری بین سن همسران و میزان سلامت اجتماعی آنان برقرار است بدین معنا که هر چه سن همسران جانبازان اعصاب و روان بالاتر بوده است، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی شان کاهش پیدا کرده است. بدین ترتیب فرضیه ما که دال بر وجود رابطه معنادار بین متغیر سن و سلامت اجتماعی است، قابل تایید شدن است.

جدول ۸- آزمون آماری مربوط به رابطه بین بعد عاطفی حمایت اجتماعی و سلامت

اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
کندال	۰/۳۲۱	۰/۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰/۴۰۸	۰/۰۰۰	ترتیبی

سنجش معناداری رابطه بین بعد عاطفی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی با استفاده از آزمونهای آماری کندال و گاما مورد بررسی قرار گرفت و بر مبنای جدول بالا، نتیجه اینکه میزان همبستگی در سطح سنجش ترتیبی (کندال برابر با $0/321$) و (گاما برابر با $0/408$) نشان داد رابطه معناداری بین بعد عاطفی حمایت اجتماعی و متغیر سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه همسران جانبازان اعصاب و روان از حمایت عاطفی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی شان افزایش پیدا کرده است. بدین ترتیب فرضیه ما دال بر وجود رابطه معنادار بین بعد عاطفی و سلامت اجتماعی است، مورد تایید قرار گرفت

جدول ۹- آزمون آماری مربوط به رابطه بین بعد ابزاری حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
کندال	۰/۳۵۲	۰/۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰/۴۴۴	۰/۰۰۰	ترتیبی

جهت سنجش معناداری رابطه بین بعد ابزاری حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی بر مبنای جدول فوق، نتایج آزمون آماری کندال و گاما در سطح سنجش ترتیبی (کندال برابر با ۰/۳۵۲) و (گاما برابر با ۰/۴۴۴) نشان داد رابطه معنادار و مستقیمی بین بعد ابزاری حمایت اجتماعی و متغیر سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه همسران جانبازان اعصاب و روان از حمایت ابزاری بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی‌شان افزایش پیدا کرده است. بدین ترتیب فرضیه ما که دال بر وجود رابطه معنادار بین بعد ابزاری حمایت و سلامت اجتماعی است، مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۱۰- آزمون آماری مربوط به رابطه بین حمایت اطلاعاتی و سلامت اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
کندال	۰/۳۴۹	۰/۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰/۴۴۵	۰/۰۰۰	ترتیبی

جهت سنجش معناداری رابطه بین بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی بر مبنای جدول فوق، نتیجه آزمون آماری کندال و گاما (کندال برابر با ۰/۳۴۹) و (گاما برابر با ۰/۴۴۵) نشان داد رابطه معناداری بین بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی و

متغیر سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه همسران جانبازان اعصاب و روان از حمایت اطلاعاتی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی‌شان افزایش پیدا کرده است. بدین ترتیب فرضیه ما که دال بر وجود رابطه معنادار بین بعد اطلاعاتی و سلامت اجتماعی مورد تایید قرار گرفت.

جدول ۱۱- آزمون آماری مربوط به رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

آزمون‌ها	میزان	سطح معناداری	سطح سنجش
کندال	۰/۳۵۹	۰/۰۰۰	ترتیبی
گاما	۰/۴۵۴	۰/۰۰۰	ترتیبی

بر مبنای جدول فوق،

نتیجه آزمون آماری کندال و گاما، معناداری رابطه بین بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی مورد تایید قرار داد و نتیجه آزمون آماری (کندال برابر با ۰/۳۵۹) و (گاما برابر با ۰/۴۵۴) نشان داد رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی وجود دارد؛ بدین معنا که هر چه همسران جانبازان اعصاب و روان از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن نیز میزان سلامت اجتماعی‌شان افزایش پیدا کرده است. بدین ترتیب فرضیه ما که دال بر وجود رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی مورد تایید قرار گرفت. نتایج این آزمون با اطمینان قوی وجود رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی همسران جانبازان را تأیید می‌کند.

تحلیل رگرسیون

جهت مشخص کردن سهم و تأثیر متغیرهای مستقل تحقیق در تبیین و پیش بینی تغییرات متغیر وابسته از تجزیه و تحلیل رگرسیونی استفاده شده است در ادامه بر اساس مقادیر B و β که از جدول حاصل از رگرسیون به روش **enter** و سپس **stepwise** حاصل شده‌اند، معادله رگرسیونی و بهترین مدل برای این امر را برمی‌گزینیم.

جدول ۱۲- خلاصه مدل رگرسیون به روش **enter** *

معناداری	T	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		مدل‌ها
		β	Std. Error	B	
۰/۱۲۷	۱/۵۳۱	-----	۰/۷۸۱	۱/۱۹۵	Constant
۰/۰۰۰	۶/۱۷۴	۰/۳۳۸	۰/۰۶۴	۰/۳۹۵	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	۳/۴۸۲	۰/۱۹۷	۰/۱۰۶	۰/۳۷۰	تحصیلات
۰/۸۳۸	-۰/۲۰۵	-۰/۱۱	۰/۰۱۴	-۰/۰۰۳	سن

* متغیر وابسته، سلامت اجتماعی است.

همانطور که از جدول فوق پیداست، مقادیر B و β برای متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات معنادار بوده و برای متغیر سن معنادار نیستند. بر این مبنا، از رگرسیون به روش **stepwise** استفاده خواهیم کرد تا متغیرهای مناسب را در مدل وارد کرده باشیم. بدین منظور ابتدا خلاصه مدل رگرسیون را می‌آوریم و سپس مدل‌های حاصله را بررسی خواهیم کرد.

جدول ۱۳- خلاصه مدل رگرسیون

خطای استاندارد		R Square	R Square	R		مدل‌ها
۱/۲۷۵		۰/۱۷۸	۰/۱۸۰	* ۰/۴۲۴		۱
۱/۲۵۱		۰/۲۰۹	۰/۲۱۳	** ۰/۴۲۶		۲
معناداری	F	Mean Square	دامنه آزادی	Sum of Squares	مدل‌ها	
۰/۰۰۰	۷۴/۲۰۴	۱۲۰/۶۱۲	۱	۱۲۰/۶۱۲	واریانس	۱
-----	-----	۱/۶۲۵	۳۳۸	۵۴۹/۳۸۸	واریانس	
-----	-----	-----	۳۳۹	۶۷۰	جمع	
۰/۰۰۰	۴۵/۶۶۱	۷۱/۴۲۴	۲	۱۴۲/۸۴۹	واریانس	۲
-----	-----	۱/۵۶۴	۳۳۷	۵۲۷/۱۵۱	واریانس	
-----	-----	-----	۳۳۹	۶۷۰	جمع	

* متغیر/متغیرهای پیش‌بینی کننده: حمایت اجتماعی

** متغیر/متغیرهای پیش‌بینی کننده: حمایت اجتماعی و تحصیلات

بر اساس جدول فوق، مدل ۱ تنها در بردارنده متغیر حمایت اجتماعی به عنوان متغیر مستقل است و نتیجتاً R Square برابر ۰/۱۸۰ است؛ به عبارت دیگر متغیر حمایت اجتماعی توانسته است ۱۸ درصد از کل تغییرات متغیر سلامت اجتماعی را تبیین کند. در مدل ۱ مجموع واریانس تبیین شده (رگرسیون) برابر ۱۲۰/۶۱۲ و واریانس باقیمانده برابر ۵۴۹/۳۸۸ است.

در مدل ۲ که متغیر تحصیلات نیز به عنوان متغیر مستقل وارد معادله رگرسیون می‌شود، میزان R Square افزایش یافته و به ۰/۲۱۳ می‌رسد؛ به عبارت دیگر ۲۱/۳ درصد از کل تغییرات متغیر سلامت اجتماعی توسط متغیرهای حمایت اجتماعی و تحصیلات تبیین شده است. در مدل ۲ مجموع واریانس تبیین شده (رگرسیون) برابر ۱۴۲/۸۴۹ که به دلیل ورود متغیر تحصیلات به معادله، افزایش یافته و واریانس

باقیمانده برابر ۵۲۷/۱۵۱ است که کاهش پیدا کرده است و این واریانس باقیمانده می‌تواند توسط متغیرهای دیگری تبیین شود که در چارچوب نظری تحقیق حاضر لحاظ نشده‌اند. متغیر سن به دلیل اینکه دارای بتای معناداری نبوده (جدول ۴-۱۸) وارد هیچکدام از مدلها نگردیده است. در ادامه جدول مقادیر B و β برای متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و تحصیلات بر اساس رگرسیون به روش stepwise آورده خواهد شد تا در نهایت بر اساس آن بتوانیم معادلات رگرسیون را محاسبه کنیم.

جدول ۱۴- خلاصه مدل رگرسیون

معناداری	T	Standardize	Unstandardized		مدل‌ها	
		d	Coefficients			
		β	Std.	B		
۰/۰۰۰	۷/۹۴۱	-----	۰/۱۸۸	۱/۴۹۳	Constant	۱
۰/۰۰۰	۸/۶۱۴	۰/۴۲۴	۰/۰۵۸	۰/۴۹۶	حمایت اجتماعی	
۰/۰۰۰	۴/۷۳۳	-----	۰/۲۲۰	۱/۰۴۱	Constant	۲
۰/۰۰۰	۶/۴۰۰	۰/۳۴۰	۰/۰۶۲	۰/۳۹۸	حمایت اجتماعی	
۰/۰۰۰	۳/۷۷۰	۰/۲۰۱	۰/۱۰۰	۰/۳۷۸	تحصیلات	

* متغیر وابسته، سلامت اجتماعی است.

ضریب تأثیر استاندارد (Beta) گویای جهت و به ویژه شدت تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی است بر این اساس، متغیر حمایت اجتماعی با بالاترین ضریب بتا (۱/۰۴۱) قوی ترین پیش بینی کننده میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان است. در مرتبه دوم، متغیر تحصیلات با بتای معادل (۰/۲۰۱) قرار گرفته است همچنین متغیر سن به دلیل اینکه دارای بتای معناداری نبوده وارد هیچکدام

از مدلها نمی‌گردد. بدین ترتیب، معادله رگرسیونی استاندارد را می‌توان بر مبنای ضرایب بتا در جدول ۳ به شرح زیر نوشت.

$$\text{معادله اول: سلامت اجتماعی} = ۱/۰۴۱ + ۰/۳۹۸ \text{ حمایت اجتماعی} + ۰/۳۷۸ \text{ تحصیلات}$$

$$\text{معادله دوم: سلامت اجتماعی} = ۰/۳۴۰ \text{ حمایت اجتماعی} + ۰/۲۰۱ \text{ تحصیلات}$$

معادله اول دارای عرض از مبدا ($B= ۱/۰۴۱$) است و متغیر سلامت اجتماعی به ازای یک واحد افزایش در میزان حمایت اجتماعی و همچنین تحصیلات به اندازه $۰/۳۷۸$ (مجموع ضرایب متغیرهای مستقل) واحد افزایش می‌یابد. هم‌چنین معادله دوم دارای ضرایب استاندارد شده (β) است و نتیجتاً عرض از مبدا آن صفر است و متغیر سلامت اجتماعی به ازای یک واحد افزایش در میزان حمایت اجتماعی و همچنین تحصیلات به اندازه $۰/۵۴۱$ (مجموع ضرایب استاندارد شده متغیرهای مستقل) واحد افزایش می‌یابد. نتایج این آزمون با اطمینان قوی وجود رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی همسران جانبازان و همچنین رابطه معنادار بین سطح تحصیلات همسران جانبازان و میزان سلامت اجتماعی آنان را تأیید می‌کند.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران انجام شده است. بدین منظور در پژوهش حاضر ضمن توصیف میانگین سلامت اجتماعی همسران جانبازان و حمایت اجتماعی دریافت شده آنها، به ارتباط حمایت اجتماعی شامل (سه بعد عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی) با میزان سلامت اجتماعی این افراد پرداخته شده است. نتایج تحقیق نشان داد که از کل پاسگویان تنها $۳۸/۵$ درصد دارای حمایت اجتماعی در حد مطلوبی بودند و صرفاً $۲۲/۶$

درصد از کل پاسخگویان دارای سلامت اجتماعی در حد مطلوبی بودند نتایج تحقیقاتی که در گذشته انجام شده نیز وضعیت نامطلوبی از میزان سلامت روانی اجتماعی خانواده‌های این عزیزان را نشان داده است و تصدیق می‌کنند. که خانواده‌های این جانبازان از مشکلات روانی اجتماعی بسیاری رنج می‌برند. نتایج تحقیق نشان داد که از کل پاسخگویان ۴۵ درصد در این پژوهش دارای تحصیلات دیپلم هستند که از میزان حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی مطلوبی برخوردار نبودند و این نتایج تاثیر سطح تحصیلات بر میزان برخورداری افراد از حمایت اجتماعی بالاتر و در نتیجه سلامت اجتماعی بیشتر را نشان می‌دهد. یکی دیگر از نتایج قابل توجه تحقیق، در اولویت بودن خانواده به عنوان مهم ترین منبع دریافت حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده در مقایسه با دوستان و اقوام است این یافته توجه به این نکته را نشان می‌دهد که به نظرمی رسد فضای صمیمی خانواده ایرانی هنوز هم منبع ارزشمندی برای حمایت اجتماعی و عاطفی اعضای آن محسوب می‌گردد. پس با توجه به این امر هنگامی که این منبع حمایتی دچار مشکل شود تک تک اعضای خانواده در معرض برخی از فشارهای روانی و اجتماعی قابل ملاحظه‌ای قرار می‌گیرند بنابراین ضروریست حمایت به گونه‌ای باشد که خانواده‌های جانبازان درک روشنی از فضای حاکم بر زندگی خود داشته باشند و با افزایش سطح آگاهی خود بتوانند فضای گفتگوی صمیمانه و دوستانه را در خانواده ایجاد نمایند.

مهم ترین نتیجه پژوهش حاضر، تأیید رابطه حمایت اجتماعی همسران با سلامت اجتماعی آنها بوده است که تا حدود زیادی مطابق با پیشینه پژوهشی و نیز مبانی نظری مطرح شده همسو می‌باشد. به عبارت واضح تر، همان گونه که در فرضیات عنوان شده بود یافته‌های تحقیق نشان داد که سلامت اجتماعی همسران با افزایش میزان حمایت اجتماعی دریافتی آنان از سوی خانواده، دوستان و.. وضعیت مطلوب تری پیدا می‌کند و با کاهش منابع حمایتی، سلامت اجتماعی آنها به خطر می‌افتد. تحقیقات بسیاری در گذشته به تاثیر حمایت اجتماعی بر سطح سلامت افراد جامعه اشاره کرده و حمایت

اجتماعی را از مهم ترین پارامترهای تاثیرگذار بر افزایش یا کاهش سطح سلامت افراد معرفی نموده‌اند. که در بخش پیشینه پژوهشی به چندین مورد اشاره شد. نتایج تحقیق نشان داد که حمایت اجتماعی در ابعاد گوناگون آن شامل حمایت عاطفی و اطلاعاتی و ابزار عامل مؤثری در ارتقاء سلامت اجتماعی و احساس خوب بودن و ارتقاء کیفیت زندگی همسران جانبازان می‌باشد. بنابراین لازم است که مداخلاتی در این خصوص جهت بهبود وضعیت انجام گیرد. پیشنهاد می‌شود با تشکیل گروه‌های حمایتی و انجمن‌ها در میان همسران جانبازان به شناخت بیشتر این افراد از احساسات و نگرانی‌های همدیگر و ابراز همدردی با هم در جهت افزایش منابع حمایت اجتماعی این افراد کمک نموده و منجر به افزایش سطح آگاهی همسران جانبازان شده و میزان پذیرش افراد جانباز را در خانواده افزایش، عود بیماری را کاهش داده، روابط خانوادگی را مستحکم‌تر کرده و رفاه و بهبود زندگی اعضای خانواده را موجب می‌شود. پیشنهاد می‌شود اقداماتی همچون تشکیل گروه‌ها و اردوهای گوناگون جهت برقراری ارتباط خانواده‌های جانبازان با همدیگر در کنار مداخلات حرفه‌ای مددکاران اجتماعی تشکیل کلاس‌های آموزشی گوناگون در این زمینه انجام گیرد همچنین ارائه آموزش‌های تخصصی لازم به تک تک اعضای خانواده در زمینه ویژگی‌های شخصیتی جانبازان اعصاب و روان به این امر منجر می‌شود که سطح آگاهی این افراد در نحوه اتخاذ رفتار مناسب در قبال رفتارهای فرد جانباز افزایش می‌یابد و مراجعه مستمر به مشاوران متخصص می‌تواند افزایش حمایت اطلاعاتی و بالتبع بهبود سطح سلامت اجتماعی آنان را در پی داشته باشد کمک به همسران جانبازان در اشتغال و خودکفایی و داشتن درآمد پایدار نیز مفید خواهد بود که این امر به نوبه خود در برخی مواقع جو حاکم بر فضای زندگی خانوادگی را بهبود بخشیده و سطح حمایت عاطفی را نیز ارتقاء خواهد داد. در یک جمع‌بندی کلی از نتایج تحقیق با توجه به پیشینه پژوهشی و مبانی نظری مطرح شده می‌توان گفت که حمایت اجتماعی ضمن اثرات مثبتی که بر افراد دارد باعث می‌شود تا اشخاصی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیشتری بتوانند با

چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند. آنان در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که از ثبات و انسجام بیشتری برخوردار است و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند. بایدانتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر باشد، شرایطی که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، داشته باشد

منابع

- دژاکام، محمود؛ آزیتا امین الرعایا. (۱۳۸۲)، مقایسه نسبت سلامت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان صدر با همسران بیماران اعصاب و روان تهرانی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین، اولین همایش علمی جانباز و خانواده، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- بخشانی، نورمحمد و دیگران. (۱۳۸۲)، ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس زای زندگی افسردگی، *اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره دوم.
- انیسی، جعفر. (۱۳۷۷)، بررسی وضعیت روانی همسران جانبازان اعصاب و روان در مقایسه با همسران جانبازان غیراعصاب و روان. *پایان نامه کاشناسی ارشد روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران*.
- جندقی، غلامرضا؛ طبرسا، غلامعلی؛ حیدری، حامد؛ حیدری، فائزه. (۱۳۸۹)، رضایت سنجی جانبازان از خدمات بهداشتی - درمانی ارائه شده و تأثیر آن بر رفاه روانی، *طب جانباز*، شماره ۳ (۱).
- بخشی پور رودسری، عباس و دیگران. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره ۲۷ و ۲۸.

- مجاهد. عزیزالله و دیگران. (بی تا). بررسی مقایسه‌ای وضعیت سلامت روانی همسران جانبازان مطابق با ناتوانی شوهر، *مجله پژوهش پرتوزاهدان*، سال دوازدهم، شماره ۴.
- حمیرا صدرالسادات، سید جلال. (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی، *مجله علمی، آموزشی، اقتصادی، سیاسی اطلاعات* شماره ۲۰۷.
- فارسی نژاد، معصومه. (۱۳۸۳). بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خود کار آمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران، *پایان نامه کارشناسی ارشد* دانشگاه تهران.
- کنگرلو، مریم. (۱۳۸۶)، بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه، *پایان نامه کارشناسی ارشد* مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- بهمنی، شیرکوه. (۱۳۸۶)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر رضایت شغلی از سازمان رفاه اجتماعی در استان کردستان ایران، *پایان نامه کارشناسی ارشد* مددکاری اجتماعی، دانشگاه طباطبائی تهران.
- فیروزآبادی، علی. (۱۳۸۱)، نشانه‌های اختلالات روانی در همسران جانبازان مراجعه کننده به مراکز درمانی بنیاد جانبازان استان سمنان، *مجموعه مقالات کنفرانس ۳* از بررسی عوارض عصبی و روانی، با توجه به جنگ؛ ۲۰۰۰ ماه مه، تهران، ایران: انتشارات گلبان.
- گاجل، رابرت جی و دیگران. (۱۳۷۷)، *زمینه روان شناسی تندرستی*، ترجمه: دکتر غلامرضا خویزاد، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.
- میرسمیعی، مرضیه. (۱۳۸۵)، بررسی رابطه بین اعتماد به نفس، حمایت اجتماعی و سلامت روان دانش آموزان دختر و پسر به اضطراب امتحان دانشگاه علامه طباطبائی، *پایان نامه دکتری روانشناسی*.

حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی ... ۲۴۱

- دیویسون، جرالده. سی و دیگران (۱۳۸۴)، *آسیب شناسی روانی*، ترجمه: دکتر مهدی دهستانی، تهران: نشر ویرایش.

- رحیمیان، (۱۳۸۷)، *سرسختی و تابآوری و سلامت روانی و روان افراد جوان و بالغ از زلزله در شهرستان بم، مجله ایران روانشناسی پزشکی و روانشناسی بالینی*، سال هفتم ۱۴.

- توسلی، غلام عباس. (۱۳۸۴)، *مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و مدرن با تاکید بر نظریه‌های سرمایه اجتماعی، مجله علوم اجتماعی*، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران، شماره ۲۶.

- قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲)، *بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی*، دانشگاه تربیت مدرس.

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۸۰)، *تحقیق در ارتقای سلامت*، ترجمه: سعید پارسی نیا و دیگران، تهران: دفتر ارتباطات و آموزش بهداشت.

- دیماتئو، ام. رایین. (۱۳۷۸)، *روانشناسی سلامت*، ترجمه: مهدی موسوی اصل و دیگران، جلد دوم، تهران: انتشارات سمت، چاپ اول.

- بیرو، آلن. (۱۳۸۰)، *فرهنگ علوم اجتماعی*، ترجمه: باقر ساروخانی، تهران: موسسه کیهان.

- Clara IP, Cox BJ, Enns MW, Murray LT, Torgruudic LJ. (2003).

Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student sample. *Journal of Personality Assessment*.;81 (3): 265-70.

- Chin Aweh, M.; roustaei, A. Ghasemi, N. (1383). *The relation between social support and happiness and its impact on university students*. The second seminar of student's mental health.
- Bawi, S. (1383). *The relationship between hypochondriasis and social support between men and women in Ahwaz city*. M.Sc. Thesis, Islamic Azad University, Iran.
- George L. K. (1989). *Stress social support and depression over the life – course*. In: Markides KS, Cooper CL (Editors). Aging Stress and health. New York: John Wiley and Sons.
- Dehle, C, Landers, J E. (2005). You cant always get whate you want but can you get what you need? Personalty traits and social support in marriage. *Journal of social and clinican Psychology*. 24 (7) , 1051-1076.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. John wiley& sons Inc.
- Strobe W, Zech E, Strobems, abkoumkong. (2005). Dose social support help in berveavement? *Journal of social and clinical Psychology*, 24 (7) , 1030-1050.
- Stroebe w, zech e. (2005). *stroebe ms, et al. Does social support help in bereavement?* J soc clin psycho. 24: 1030-50.
- Strazdin, Lyndall & Broom, Dorothy. (2008). The mental health costs and benefits of giving social support Hnternational. *Juornal of Stress Management*. 14 (4) , 370-385.

- Sarason, I., Sarason, B. (1996). *morbid psychology, translated by Bahman Najarian*, vol. 1, Tehran: roshd publication .
- John Wiley & Sons– Sarafino, Edward. P (1998). *Health Psychology, Third Edition*, NewYork.
- Schulz, Ute & Schwartzberg, Ralf. (2004). Long- term effects of spousal support on coping with cancer after surgery, *Journal of Social and Psychology*. Clinical, 23.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54, 419-423.
- Drentea, Patricia et al. (2006). *Predictors of Improvement in Social Support*, Social Sciences & Medicine, 63. pp: 957- 67
- Babić-Banaszak A, Kovačić L, Kovačević L, Vuletić G, Mujkić A, Ebling Z. (2002). *Impact of war on health related quality of life in Croatia: population study*. CMJ, 43:396-402.
- O'conor, B.P.,& Vallerand, R. J. (1990). Religious motivation in the elderly, a French-Canadian replication and an extension. *Journal of Social Psychology*, 130, 53-59.
- Monroe, S. M.,Bromet, E. J.,Connell, M. M.,& Steiner, S. C. (1986). Social support, life events, and depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 424-431
- Keyes, Corey Lee.M & Shapiro, Adam, (2004). *social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology*. Keyes, Corey Lee. M. (1998). social well-being, social Psychology Quarterly, vol.61,N.2,pp121-190

- 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