

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی / ایدز با تاکید بر حمایت‌های اجتماعی^۱

طلعت الهیاری* ، ایوب اسلامیان**

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۶

چکیده

بیماری ایدز که بواسطه ورود ویروس اچ آی وی به بدن وارد می‌شود سیستم ایمنی بدن را نشانه گرفته و هم‌پای با تضعیف سلامت بدنی فرد، آسیب‌های جدی به روابط اجتماعی و مشارکت وی در اجتماع وارد می‌سازد. از طرف دیگر منظور از سلامت اجتماعی ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که وی عضوی از آنهاست. هدف اصلی مقاله بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در افراد مبتلا به اچ آی وی/ ایدز تحت پوشش دو مؤسسه کاهش آسیب است. در این تحقیق تمرکز بر رابطه ابعاد حمایت

۱- این مقاله با حمایت کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شده است.

allahyari@atu.ac.ir

* دانشیار مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. (نویسنده مسئول).

sw.eslami@gmail.com

اجتماعی (در دو بعد ساختاری و کارکردی) بر سلامت اجتماعی افراد مورد بررسی است.

روش تحقیق در این پژوهش کمی است و ذیل مطالعات مقطعی قرار می‌گیرد. ابزار گردآوری داده نیز پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی و پرسشنامه سلامت اجتماعی است. روش نمونه‌گیری مورد استفاده در این تحقیق به صورت تمام‌شماری است به گونه‌ای که اطلاعات مورد نیاز از تمامی افراد دارای اچ آی وی/ایدز مراجعه کننده به دو موسسه کاهش آسیب که حاضر شدند در این پژوهش شرکت کنند و همچنین سایر بیمارانی که به نوعی با این افراد در ارتباط بوده و به روش گلوله برفی شناسایی شدند، جمع آوری گردید. در نهایت ۱۳۴ فرد دارای اچ آی وی/ایدز در این تحقیق شرکت داشتند.

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که هر سه بعد حمایت ساختاری (عضویت در اجتماعات، شبکه اجتماعی شخصی و داشتن پیوند قوی) و دو بعد از حمایت کارکردی (حمایت ابزاری و حمایت عاطفی) با سلامت اجتماعی این بیماران رابطه معناداری داشتند. تنها حمایت اطلاعاتی بود که رابطه‌ای معناداری با سلامت اجتماعی این افراد نداشت. از سه متغیر دیگر مهارت‌های ارتباطی و باورهای مذهبی رابطه معناداری با سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی/ایدز داشتند و بین پایگاه اقتصادی اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد مورد پژوهش رابطه معناداریه دست نیامد.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، اچ آی وی/ایدز

مقدمه و بیان مسئله

امروزه جوامع انسانی مختلف با بیماری ایدز دست به گریبانند. بیش از ۹۵ درصد از افراد دارای ایدز در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (گلیکن، ۱۳۹۲:۳۷۱)؛ کشور ما نیز از این قضیه مستثنی نیست و تعداد قابل توجهی از شهروندان

ایرانی که طبق اظهارات رسمی بیش از ۲۸۰۰۰ نفر هستند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۳) به این بیماری مبتلا هستند. پس از جذام این بار نام ایدز بود که در قالب اصطلاحات پزشکی تبیین می‌شد اما در اصل اسطوره‌ای اخلاقی به آن جان می‌داد. ناگهان ترسی نو به نام ایدز در هیئتی موهوم ظاهر شد تا نهایت وحشت را در میان مردم از تصور دردی جسمی و اخلاقی ایجاد کند. درد نامشخصی که قدرت نابود کردن و توانایی وحشت آفرینی آن به طرزی گنگ درهم آمیخته بود. پس تصویر نامتمیزی از فساد بر ذهن مردم حاکم شد که تباهی اخلاقی و پوسیدگی جسم را به ذهن متبادر می‌ساخت (فوکو به نقل از بهروان). اچ آی وی/ ایدز شاید بدنام‌کننده ترین وضعیت پزشکی در جهان باشد. عقاید زنده راجع به ایدز محصول تاثیرات متعدد اجتماعی از جمله اسناد مسئولیت به عفونت اچ آی وی توسط خود فرد و باور به این که افراد مبتلا، آلوده هستند، باشد (سیمبای، ۲۰۰۷: ۱۸-۲۳).

در ابتدا همه گیر شدن جهانی ایدز، برخی پندارها به ایجاد و تشدید برجسب و طرد این بیماران دامن زد از جمله این تصورات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ایدز به مثابه مرگ (ارائه تصویری از ایدز به مثابه ماشین ویرانگر تباهی و مرگ)، ایدز به مثابه عقوبت (به دلیل رفتارهای غیر اخلاقی)، ایدز به مثابه یک جرم (در ارتباط با افراد مجرم و گناهکار)، ایدز به مثابه ترس (که در آن افراد مبتلا افرادی اهریمنی، شرور و ترسناک به نظر می‌رسند) و نهایتاً بیماری ایدز به عنوان بیماری "غیر خودی" تلقی می‌شد که تنها افراد مربوط به بخش‌های خاصی از جامعه را تهدید می‌کند (دانیل ۱۹۹۱، به نقل از پروین و اسلامیان، ۱۳۹۳: ۲۰۸).

این بیماری نوپدید که نباید آن را صرفاً یک مشکل بهداشتی دانست، به واسطه ماهیت خاص خود به صورت یک معضل اجتماعی، اقتصادی و روانی تبدیل شده و به مثابه یکی از اساسی‌ترین خطرهای تهدیدکننده سلامتی انسان‌ها بر کلیه جوانب زندگی افراد تأثیر می‌گذارد (ماندل و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از اسلامیان، ۱۳۹۳: ۲۰).

افراد دارای اچ آی وی / ایدز بعد از افزایش بیماری‌شان، در روابط اجتماعی با مشکلات بی شماری مواجه می‌شوند و تجربه روزمره برچسب خوردن و طرد اجتماعی از تجربه‌های زیسته این افراد می‌باشد. تحقیقات انجام شده در سراسر جهان نشان می‌دهد که دیدگاه خصمانه‌ای نسبت به افراد دارای اچ آی وی / ایدز معمول است (بهروان و همکاران، ۱۳۹۰: ۴).

کار و کراملینگ (۲۰۱۲) اظهار می‌کنند مسئله عمده‌ای که در ارتباط با بیماری ایدز وجود دارد، طرد شدن آن‌ها از سوی اجتماع و تبعیض علیه آن‌هاست که به انحای مختلف تکامل فکری افراد دارای ویروس اچ آی وی را که در ارتباط مستقیم با سلامت روان است تحت الشعاع خود قرار می‌دهد. تغییرات شغلی و فشارهای اقتصادی ناشی از درمان می‌تواند برخی از مشکلات این افراد باشد. از پیامدهای این بیماری می‌توان بر ابعاد اجتماعی و مشکلاتی که این بیماران در روابط خود در اجتماع دارند، اشاره نمود. موانع اجتماعی فراوان، دیدگاه منفی حاکم بر جامعه نسبت به ایدز و افراد دارای ایدز، برچسب منفی، تبعیض و انگ همه و همه افراد دارای این ویروس را با مشکلات عدیده‌ای در زندگی اجتماعی روبرو می‌سازد و روان آن‌ها را نیز همانند جسمشان هدف می‌گیرد و آزرده می‌سازد (آراند و نارنجو، ۲۰۰۴). بیماری ایدز مسیر زندگی فرد را تغییر داده و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری و افکار آشفته در بیماران مبتلا می‌شود (اولیوا و همکاران از حیدری و جعفری، ۱۳۸۸: ۴۸).

از طرف دیگر سلامت موضوع مورد توجه در بسیاری از فرهنگ‌ها است. در واقع هر جامعه‌ای، به عنوان بخشی از فرهنگ خود، مفهوم خاصی از سلامتی دارد. پزشکی نوین غالباً متهم به اشتغال بیش از حد به مطالعه بیماری‌ها و غفلت از بررسی سلامتی می‌شود و به دنبال این، دانش ما درباره سلامتی همچنان سطحی می‌ماند. به طوری که کمتر تاکنون به عوامل تعیین کننده و مخصوصاً عوامل اجتماعی آن پرداخته شده است و هیچ معیار منفردی برای اندازه‌گیری سلامتی وجود ندارد (مرادی به نقل از رحیمی، ۱۳۸۹: ۵۷).

سلامت از واژه‌هایی است که بیشتر افراد با آن‌که اطمینان دارند معنای آن را می‌دانند، تعریفش را دشوار می‌یابند. از این رو در دوره‌های گوناگون تعریف‌های متفاوتی از سلامت شده است. تعریفی که بیش از همه پذیرفته شده، تعریف سازمان بهداشت جهانی (در سال ۱۹۴۸) است که سلامت را عبارت از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، و نه فقط بیمار یا معلول نبودن، می‌داند. این تعریف سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی را برای سلامت در نظر می‌گیرد. بعد اجتماعی سلامت شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری^۱ وی اشاره دارد و بر ابعادی از سلامت تاکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مربوط است (لارسون^۲، ۱۹۹۶).

با توجه به گستره بیماری و پیامدهای عمیقی که بر ابعاد جسمی، روانشناختی و اجتماعی افراد مبتلا می‌گذارد برای بررسی وضعیت سلامت افراد دارای ایدز نمی‌توان تنها به بعد جسمی بیماری بسنده کرد و لازم است تحقیقات زیادی در تمام ابعاد سلامتی افراد دارای ایدز انجام شود. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال شناسایی وضعیت سلامت اجتماعی افراد دارای ایدز / وی / ایدز و عوامل مؤثر بر آن است. این‌که نگاه این افراد، به کیفیت روابطشان و دیدگاهی که نسبت به پیشرفت و شکوفایی جامعه دارند چگونه است؟

عوامل عدیده‌ای می‌تواند تأثیر مثبتی بر سلامت افراد دارای ایدز / وی / ایدز داشته باشد یکی از این عوامل مهم حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که دیگران در شرایط دشوار به فرد ارائه می‌دهند در

۱. socialization

۲. Larson

نظر گرفته می‌شود (تیلور، ۲۰۰۷). حمایت اجتماعی مهم‌ترین نیروی مقابله‌ای در زمان درگیری با بیماری‌های مزمن و شرایط تنش‌زا شناخته می‌شود که تحمل مشکلات را برای افراد دریافت‌کننده آن آسان‌تر می‌گرداند (چان مولسیتس به نقل از حیدری و جعفری، ۴۸). حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زا و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت افراد، باعث کاهش تنش، افزایش تحمل افراد و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (سرز و همکاران، به نقل از حیدری و جعفری، ۴۸).

تحقیق حاضر به دنبال بررسی سلامت اجتماعی به عنوان بازتابی از کیفیت روابط فرد با خانواده، دوستان، آشنایان و در نهایت اجتماع در میان افراد دارای اچ آی وی/ایدز است. روابطی که بنابر آنچه ذکر شد بواسطه اسطوره‌های اخلاقی که این بیماری را در بر گرفته است، به شدت آسیب دیده است و با رجوع به پیشینه تحقیقاتی می‌توان دریافت که مهم‌ترین دغدغه‌ها و مشکلات این افراد به روابط آسیب‌دیده و مخدوش ناشی از تجربه طرد، انگ و تبعیض مربوط می‌شود. همچنین به عنوان یک سؤال اساسی رابطه حمایت اجتماعی به عنوان نقطه مقابل طرد و تبعیض (در دو بعد ساختاری و کارکردی) بر سلامت اجتماعی این افراد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پیشینه تحقیق

در این بخش به برخی از تحقیقات انجام شده بر روی موضوع سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی و ابعاد اجتماعی بیماری اچ آی وی/ایدز و افراد دارای آن اشاره خواهیم کرد.

الف - سلامت اجتماعی

حسینی در سال ۱۳۸۷ با انجام پژوهشی با عنوان بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تأثیر چهار متغیر پایگاه اجتماعی، میزان مهارت‌های اجتماعی، میزان مهارت‌های

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای ... ۱۰۵

ارتباطی، باورهای مذهبی و چگونگی گذران اوقات فراغت را بر سلامت اجتماعی دانشجویان سنجید. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیشترین سطح فراوانی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان در سطح متوسط می‌باشد. همچنین بین پایگاه اجتماعی اقتصادی پاسخگویان با سطح و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه وجود دارد. (حسینی، ۱۳۸۷: ۴).

تقی‌پور جاوی تحقیقی را با عنوان "بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان سازمان تأمین اجتماعی شهرکرد" در قالب پایان نامه انجام داد. هدف از این پژوهش سنجش میزان سلامت اجتماعی کارمندان مشغول به کار در سازمان تأمین اجتماعی (بخش درمان) در استان چهارمحال و بختیاری و تأثیر عوامل اقتصادی اجتماعی بر سلامت اجتماعی آن‌ها بود. برای این منظور تمام جمعیت نمونه مورد نظر که حدود ۲۰۰ نفر بودند بصورت تمام شماری مورد پژوهش قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهد که رابطه معناداری میان متغیرهای سن، تحصیلات و وضعیت تأهل با سلامت اجتماعی کارکنان سازمان تأمین اجتماعی شهرکرد وجود دارد این درحالی بود که رابطه معناداری میان متغیرهایی نظیر جنسیت، محل زندگی و سمت شغلی با سلامت اجتماعی جمعیت نمونه مشاهده نشد (تقی‌پور جاوی، ۱۳۹۰: ۳).

ب - حمایت اجتماعی

عبدالله معتمدی شلمزاری و همکارانش در سال ۱۳۸۱ در تحقیقی با عنوان "بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال" ۲۰۰ نفر از سالمندان ساکن شهرکرد را مورد بررسی قرار دادند. نتایج بدست آمده با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی تأثیر معناداری بر رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی سالمندان دارد و در ثانی حمایت عاطفی تأثیر بیشتر و به عبارتی رابطه معنادارتری با متغیرهای مزبور دارد (معتمدی شلمزاری و همکاران، ۱۳۸۱: ۱۱۵-).

(۱۳۳).

مسعودی و فرهادی در تحقیقی که بر روی ۱۴۷ فرد اچ آی وی مثبت و دارای ایدز انجام دادند به بررسی میزان حمایت اجتماعی خانواده از این بیماران در شهرستان خرم‌آباد پرداختند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که حدود ۵۶٪ از حمایت اجتماعی ضعیف خانواده برخوردارند. میزان حمایت اجتماعی افراد متأهل بیشتر از بیماران مجرد بود. اختلاف معناداری میان استفاده از کاندوم در بیماران متأهلی که از میزان حمایت اجتماعی متفاوتی برخوردار هستند مشاهده می‌شود، به گونه‌ای که بیماران متأهل دارای حمایت اجتماعی بیشتر در روابط جنسی خود بیشتر از کاندوم استفاده می‌کنند. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که بیمارانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند در موقعیت‌هایی که امکان دارد ویروس را به دیگران منتقل کنند بیشتر این نکته را به فرد مقابل گوشزد می‌کنند به نحوی که اختلاف معناداری در این مورد مشاهده شد (مسعودی و فرهادی، ۱۳۸۴: ۴۳-۴۷).

ج - اچ آی وی / ایدز

ستار پروین و ایوب اسلامیان (۱۳۹۳) در تحقیقی کیفی تحت عنوان «تجربه زیسته زنان مبتلا به اچ آی وی از روابط اجتماعی» به این نتیجه رسیدند که این زنان در روابط اجتماعی خود با تجربه طرد مواجه اند که در در هفت میدان اجتماعی رخ می‌دهد که شامل ایدز هراسی، طرد از روابط اجتماعی، طرد اقتصادی، طرد از شبکه‌های حمایتی، طرد نمادین، طرد از حوزه درمان و طرد فضایی می‌شود (پروین و اسلامیان، ۱۳۹۳: ۲۰۷).

در تحقیقی که توسط ضیغمی محمدی و همکارانش بر روی ۱۸۰ پرستار چهار بیمارستان دانشگاه شهید بهشتی و دانشگاه تهران با روش توصیفی مقطعی انجام شد؛ نتایج تحقیق نشان می‌دهد که ۵۴/۵ درصد پرستاران وجود اقدامات تبعیض آمیز در حد متوسطی برای افراد دارای ایدز را تأیید کردند. نمره دیدگاه پرستاران در رابطه با تبعیض

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای ... ۱۰۷

ارتباط معناداری با آگاهی از راه‌های انتقال ایدز، نگرش اجتنابی به افراد دارای ایدز، ترس از خطر ابتلای شغلی به ایدز داشت. تفاوت آماری معناداری در میانگین نمره دیدگاه پرستاران در رابطه با تبعیض جنس، بخش و سطح تحصیلات وجود داشت (ضیغمی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۸-۴۱).

توکل و نیک آئین تحقیقی با عنوان "استیگماتیزه شدن رابطه پزشک و بیمار" انجام دادند. این مطالعه در مرکز مشاوره و بخش عفونی بیمارستان امام خمینی انجام گرفته است. جمع آوری داده‌ها با استفاده از تکنیک مصاحبه انجام گرفته که برای مصاحبه با بیماران اچ آی وی مثبت از مصاحبه عمیق و برای مصاحبه با پزشکان متخصص عفونی از مصاحبه نیمه ساخت یافته استفاده گردیده است. بیشتر بیماران از برخورد نادرست و تبعیض آمیز پزشکان اظهار ناراحتی کردند و از دسترسی نابرابر به خدمات پزشکی ابراز رنجش می‌کردند (توکل و نیک آئین، ۱۳۹۱: ۱۱-۴۳).

ادبیات نظری

الف - نظریه‌های مربوط به سلامت اجتماعی

از نظر تجربی مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. از نظر دورکیم هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه به گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می‌باشد. در چنین حالتی یک نوع فرد گرایی افراطی خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد. (توسلی، ۱۳۸۲: ۷۱، به نقل از آدینان، ۱۳۹۱: ۲۰-۲۲).

کیز و لارسون (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست

تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعیش هستند می‌باشد. بر طبق نظر کیز (۱۹۹۸) آنچه که در ادبیات سلامت اجتماعی مفقود شده است، تشخیص این مطلب است که اشخاص ممکن است کیفیت زندگی خود و کارکردهای شخصی خود را در برابر ملاک‌های اجتماعی ارزیابی کنند. کیز معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند. مثلاً به عنوان همسایه، همکار و همشهری (Keyes, ۱۹۸۸: ۲۵).

زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی مفهومی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند (Keyes, ۲۰۰۴: ۹).

لایکوک سلامت اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه روابط اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. همچنین برکنمن^۱ معتقد است تأثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از: پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرآیندهای اجتماعی. مشارکت و درگیری اجتماعی از عملکرد پیوندهای بالقوه در فعالیتهای زندگی ناشی می‌شود. سپری کردن اوقات خود با دوستان، حضور در کارکردهای اجتماعی، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی، گرایش به فعالیتهای مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه، از نمونه‌های بارز درگیری

۱. Berkman

اجتماعی می‌باشند. بنابراین از طریق فرصت‌هایی که بواسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، شبکه‌های اجتماعی نقش‌های اجتماعی معناداریز قبیل نقش‌های اجتماعی شغلی، خانوادگی و والدینی را تعریف می‌کنند و از این طریق سلامت روانی فرد را نیز ارتقاء می‌دهند. علاوه بر این، مشارکت در درون شبکه، فرصت‌هایی را برای رفاقت، مصاحبت و معاشرت فراهم می‌کند که این رفتارها و نگرش‌ها و پیوندها به زندگی فرد معنی می‌بخشند و این امر در سلامتی روانی فرد تأثیر بسزایی می‌گذارد (برکمن، به نقل از خیرالله پور، ۱۳۸۳:۴۳). لارسون بیان می‌کند که سلامت اجتماعی قسمتی از سلامت فردی است و این سلامت فردی میزان واکنش درونی افراد است که به صورت احساسات، افکار، رفتار، رضایت یا عدم رضایت از محیط اجتماعی‌شان نشان داده می‌شود (لارسون، ۱۹۹۶:۱۴۸).

کییز در سال ۱۹۹۸ پنج بعد سلامت اجتماعی خود را تحت تأثیر مدل سلامت پیشنهاد کرد که در سطوح فردی قابل استفاده است. وی مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح می‌کند. (فارسی نژاد، ۱۳۸۳:۷۴). ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی که توسط کییز مطرح گردیده زیربنای متغیر ما را تشکیل می‌دهد که شامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی می‌باشد. کییز 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 اجتماع را بصورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای پتانسیل‌هایی برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که تعلق به گروه‌های اجتماعی تعلق 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 (کییز، ۲۰۰۴).

ب - نظریه‌های مربوط به حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی به کمک یا مساعدتی گفته می‌شود که در هنگام رویارویی شخص با استرس، فشار و مشکلات زندگی در اختیار فرد می‌گذارند (تاسیگ، ۱۳۸۶: ۷۰). این مساعدت و حمایت می‌تواند به اشکال مختلفی صورت گیرد. در شرایطی به شکل عاطفی و هیجانی از طریق ابراز علاقه و احترام و در شرایطی به شکل ابزاری و از طریق فراهم کردن کمک‌های ملموس مانند پول، نفوذ و اطلاعات برای فرد، انجام می‌پذیرد. از نظر ساراسون حمایت اجتماعی ادراک فرد است از این که مورد محبت و علاقه دیگران است، برای دیگران ارزش دارد و افرادی که در کنار او حضور دارند، آماده مساعدت به وی در موقعیت‌های فردی هستند (دوران، ۱۳۸۳: ۲۴).

درباره حمایت اجتماعی تعاریف متعددی مطرح شده است که به برخی از آنها اشاره خواهد شد:

هاوس (۱۹۸۱) حمایت اجتماعی را نوعی مبادله بین فردی می‌داند که پیوندهای عاطفی، کمک‌های مؤثر ابزاری، ارائه اطلاعات و اظهار نظر و ارزیابی دیگران را در بر می‌گیرد.

شفر^۱ (۱۹۸۱) با تاکید بر ادراکات ذهنی، حمایت اجتماع را مترادف با ارزیابی‌های فرد از این که آیا و به راستی تا چه حد، یک تعامل یا الگوی تعاملات یا ارتباط برای وی سودمند است، می‌داند (شفر و همکاران به نقل از رستگار خالد، ۱۳۸۱: ۱۶۲).

۱. Scheafer

ساراسون^۱ (۱۹۸۷) حمایت اجتماعی را ادراک فرد از این‌که مورد محبت، علاقه و ارزشمندی برای دیگری است و به حضور افرادی که آمادگی همیاری و مساعدت به فرد را در موقعیت‌های فوری دارند، تعریف می‌کند (لیوارجانی، ۱۳۷۵: ۳۱).

ولمن^۲ و همکارانش بر شش نوع حمایت صحنه می‌گذارند که عبارت‌اند از: حمایت مصاحبتی، عاطفی، عملی و خدماتی، مالی، اطلاعاتی و مشورتی. آن‌ها انواع مختلف حمایت‌ها را در ارتباط با ویژگی‌های شبکه بررسی کرده‌اند. انواع حمایت‌های فراهم شده با خصوصیات روابط بیشتر مرتبطند تا خصوصیات خود اعضای شبکه. اندازه شبکه، ترکیب، تراکم و دیگر خصوصیات شبکه ارتباطی در ابعاد ساختی و تعاملی در میزان و نوع حمایت تأثیر گذار است (ولمن، ۱۹۹۹: ۲۴-۲۵).

به طور کلی حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با نتایج سلامتی، شامل احتمال کمتر وضعیت مرضی، بیماری قلبی عروقی، سرطان و همچنین احتمال کمتر کاهش کنشی در ارتباط است. آنجرو و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند:

"این نقش شامل دسترسی مثبت به اطلاعات درباره سلامتی و خدمات مراقبت سلامت، تشویق رفتارهای سالم، تشویق به بهره‌گیری از مراقبت سلامتی و تدارک کمک‌های محسوس است" (به نقل از معتمدی شلمزاری، ۱۳۸۱: ۱۱۵-۱۳۳).

گانستر و ویکتور^۳ حمایت اجتماعی را به دو نوع کارکردی و ساختاری تقسیم می‌کنند. حمایت اجتماعی ساختاری در برگیرنده امور عینی و بویژه روابط اجتماعی رسمی و غیر رسمی فرد با دیگران و تعداد نقش‌هایی است که او ایفا می‌کند و به همین دلیل، حمایت ساختاری ناظر بر شبکه روابط اجتماعی فرد با دیگران بویژه تعداد افرادی

۱. Sarason

۲. wellman

۳. Ganster and victor

است که با فرد در تعامل هستند، نوع و میزان ارتباطاتی است که مجموعه‌ای از افراد را در یک شبکه معین به هم پیوند می‌زند. این بعد از حمایت سه بعد شبکه اجتماعی، پیوند قوی با شبکه و عضویت در اجتماعات را در بر می‌گیرد. منظور از حمایت اجتماعی کارکردی بعد کیفی روابط است که فرد برقرار می‌کند و تا حد زیادی به ویژگی‌ها و خصایص روابط اجتماعی مربوط می‌شود؛ اهمیت این بعد حمایت از آن‌روست که روابط مذکور تا چه حد می‌تواند برای فرد در برخورد با فشارهای روانی و اجتماعی نقش محافظ و تعدیل‌کننده داشته باشد. به همین اعتبار این نوع حمایت بر آثار و نتایجی که از روابط و تعاملات اجتماعی برای فرد حاصل می‌شود و چند شکل عمده دارد که عبارت‌اند از حمایت اطلاعاتی، حمایت عاطفی و حمایت ابزاری (شفر به نقل از خالد رستگار، ۱۳۸۱: ۱۶۳).

فرضیه‌های تحقیق

۱. به نظر می‌رسد که بین ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی / ایدز رابطه معناداری وجود دارد.
۲. به نظر می‌رسد که بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی / ایدز رابطه معناداری وجود دارد.
۳. به نظر می‌رسد که بین باورهای مذهبی و سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی / ایدز رابطه معناداری وجود دارد.
۴. به نظر می‌رسد که بین مهارت‌های ارتباطی و سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی / ایدز رابطه معناداری وجود دارد.

روش تحقیق

روش این تحقیق کمی است و از طریق پیمایش انجام می‌شود. در این پژوهش، پس از گردآوری پرسشنامه‌ها و کنترل و بازبینی پاسخ‌ها، اطلاعات از پرسشنامه استخراج و بر مبنای کدهای از پیش تعیین شده در برگه‌های کدگذاری، درج شده و آن گاه تمام داده‌ها را در محیط spss وارد می‌کنیم تا محاسبات آماری لازم انجام گیرد.

جامعه آماری

افراد دارای اچ آی وی/ایدز تحت پوشش دو موسسه کاهش آسیب، جامعه آماری این تحقیق را شامل می‌شوند.

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر افراد دارای اچ آی وی/ایدز مراجعه کننده به دو موسسه کاهش آسیب هستند که از برنامه‌های حمایتی و مشاوره‌ای این مؤسسات استفاده می‌کنند و نیز سایر افراد دارای این ویروس هستند که به نحوی از انحا با بیماران تحت حمایت این مؤسسات در ارتباط بودند که با روش نمونه‌گیری گلوله برفی شناسایی شدند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تمام شماری (سرشماری) استفاده شده است. همچنین ۴۱ نفر از شرکت کنندگان نیز با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی و با معرفی جامعه آماری اصلی شناسایی شده و اطلاعات مد نظر از آنها جمع‌آوری گردید. در پایان، ۱۲ نفر به دلیل عدم تمایل به شرکت در فرایند تحقیق از تحقیق خارج شدند و نمونه تحقیق را ۱۳۴ نفر تشکیل دادند. نمونه آماری مورد تحقیق از ۸۳ مرد و ۵۱ زن تشکیل شده است.

یافته‌های پژوهش

الف - یافته‌های توصیفی

جدول ۱- پایگاه اجتماعی اقتصادی افراد گروه نمونه

سطح اقتصادی اجتماعی	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی درصدی
خیلی پایین	۹۰	٪۶۷.۲	٪۶۷.۲
پایین	۲۶	٪۱۹.۴	٪۸۶.۶
متوسط	۱۰	٪۷.۵	٪۹۴
بالا	۸	٪۶	٪۱۰۰

بررسی موقعیت اجتماعی افراد گروه نمونه نشان می‌دهد که ۹۰ نفر سطح اجتماعی اقتصادی خیلی پایین دارند، ۲۶ نفر سطح اقتصادی اجتماعی پایین دارند، ۱۰ نفر سطح اجتماعی اقتصادی متوسط دارند و ۸ نفر دارای سطح اجتماعی اقتصادی بالا هستند.

جدول ۲- شاخص توصیفی ابعاد حمایت اجتماعی در افراد گروه نمونه

انحراف معیار	میانگین	زیرمقیاس اصلی	انحراف معیار	میانگین	تعداد	ابعاد حمایت اجتماعی
۵.۵۵	۱۹.۹۸	حمایت ساختاری	۲.۸۴	۱۱.۶۰	۱۳۴	پیوند قوی
			۱.۹۱	۱.۶۷	۱۳۴	شبکه اجتماعی
			۱.۳۷	۶.۷۱	۱۳۴	عضویت اجتماعی
۵.۶۰	۱.۵۹	حمایت کارکردی	۰.۶۸	۰.۵۸	۱۳۴	حمایت عاطفی
			۰.۸۳	۰.۶۹	۱۳۴	حمایت ابزاری
			۰.۵۷	۰.۳۲	۱۳۴	حمایت اطلاعاتی
۱۵.۹۴	۲۱.۵۷	حمایت اجتماعی کل				

میانگین نمره بعد حمایت ساختاری که مجموع نمرات پیوند قوی، شبکه اجتماعی و عضویت اجتماعی است ۱۹.۹۸ است و میانگین نمره حمایت کارکردی که مجموع حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی است برابر ۱.۵۹ است و نمره کل حمایت اجتماعی ۲۱.۵۷ است.

جدول ۳- شاخص توصیفی ابعاد سلامت اجتماعی در افراد گروه نمونه

انحراف معیار	میانگین	تعداد	ابعاد سلامت اجتماعی
۳.۵۹	۱۳.۲۹	۱۳۴	شکوفایی اجتماعی
۳.۳۴	۱۱.۶۰	۱۳۴	همبستگی اجتماعی
۳.۵۹	۱۳.۹۰	۱۳۴	انسجام اجتماعی
۳.۳۴	۸.۹۶	۱۳۴	پذیرش اجتماعی
۳.۰۶	۹.۰۳	۱۳۴	مشارکت اجتماعی
۱۲.۷۶	۵۶.۷۹	۱۳۴	سلامت اجتماعی کل

میانگین شکوفایی اجتماعی ۱۳.۲۹ است، میانگین همبستگی اجتماعی ۱۱.۶۰ است، انسجام اجتماعی ۱۳.۹۰ است، میانگین پذیرش اجتماعی ۸.۹۶ است، میانگین مشارکت اجتماعی ۹.۰۳ است و میانگین سلامت اجتماعی کل ۵۶.۷۹ است.

جدول ۴- نحوه ابتلاء به بیماری اچ آی وی/ ایدز در افراد گروه نمونه

کل	راه‌های ابتلا به ویروس ایدز					جنسیت
	سایر راه‌ها	خالکوبی	رابطه جنسی با همسر	رابطه جنسی خارج از چارچوب	تزریق مواد	
۸۴	۵	۱۴	۳	۱۴	۴۸	مرد
۵۰	۲	۵	۳۱	۳	۹	زن

ب - یافته‌های تحلیلی

فرضیه ۱: به نظر می‌رسد که بین ابعاد حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه

معناداری وجود دارد.

جدول ۵- همبستگی ابعاد حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	مشارکت اجتماعی	پذیرش اجتماعی	انسجام اجتماعی	همبستگی اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	
**۰.۴۸	*۰.۱۹	*۰.۱۸	*۰.۳۰	**۰.۴۷	**۰.۵۵	پیوند قوی
**۰.۵۸	**۰.۲۴	**۰.۳۰	**۰.۳۳	**۰.۵۲	**۰.۶۵	شبکه اجتماعی
**۰.۳۷	۰.۰۸	**۰.۳۰	**۰.۲۵	**۰.۳۰	**۰.۳۷	عضویت در اجتماعات
**۰.۳۴	۰.۱۴	۰.۰۷	**۰.۲۳	**۰.۳۴	**۰.۴۱	حمایت عاطفی
*۰.۱۷	۰.۱۶	۰.۰۷	۰.۰۴	*۰.۱۸	*۰.۱۸	حمایت ابزاری
۰.۰۶	۰.۰۷	۰.۰۲	۰.۰۱	۰.۰۰۲	۰.۱۱	حمایت اطلاعاتی
**۰.۵۳	*۰.۱۸	**۰.۲۵	**۰.۳۲	**۰.۵۰	**۰.۶۰	حمایت ساختاری
**۰.۵۷	*۰.۲۳	*۰.۳۴	*۰.۳۵	**۰.۴۹	**۰.۶۱	حمایت کارکردی
**۰.۶۰	**۰.۲۴	**۰.۳۰	**۰.۳۶	**۰.۵۵	**۰.۶۷	حمایت اجتماعی کل

P<۰.۰۵* , P<۰.۰۱**

پیوند قوی حمایت اجتماعی با شکوفایی اجتماعی (۰.۵۵)، همبستگی اجتماعی (۰.۴۷)، انسجام اجتماعی (۰.۳۰)، پذیرش اجتماعی (۰.۱۸)، مشارکت اجتماعی (۰.۱۹)، سلامت اجتماعی (۰.۴۸) ارتباط معنادار دارد.

شبکه اجتماعی با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۶۵)، همبستگی اجتماعی (۰.۵۲)، انسجام اجتماعی (۰.۳۳)، پذیرش اجتماعی (۰.۳۰)، مشارکت اجتماعی (۰.۲۴) و سلامت اجتماعی (۰.۵۸) ارتباط معنادار دارد.

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای ... ۱۱۷

عضویت در اجتماعات حمایت اجتماعی با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۳۷)، همبستگی اجتماعی (۰.۳۰)، انسجام اجتماعی (۰.۲۵)، پذیرش اجتماعی (۰.۳۰) و سلامت اجتماعی (۰.۳۷) ارتباط معنادار دارد.

حمایت اجتماعی عاطفی با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۴۱)، همبستگی اجتماعی (۰.۳۴)، انسجام اجتماعی (۰.۲۳) و سلامت اجتماعی (۰.۳۴) ارتباط معنادار دارد.

حمایت اجتماعی ابزاری با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۱۸)، همبستگی اجتماعی (۰.۱۸) و سلامت اجتماعی (۰.۱۷) ارتباط معنادار دارد.

حمایت اجتماعی اطلاعاتی با هیچ کدام از ابعاد سلامت اجتماعی ارتباط معنادار ندارد.

به صورت کلی تر می توان گفت حمایت ساختاری که خود متشکل از سه بعد عضویت در اجتماعات، شبکه اجتماعی و پیوند قوی با شبکه است با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۶۰)، همبستگی اجتماعی (۰.۵۰)، انسجام اجتماعی (۰.۳۲)، پذیرش اجتماعی (۰.۲۵)، مشارکت اجتماعی (۰.۱۸) و نمره کل سلامت اجتماعی (۰.۵۳) ارتباط معنادار دارد.

همچنین ارقام مندرج در جدول ۸ حاکی از آن است که حمایت کارکردی که شامل حمایت ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی است با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۶۱)، همبستگی اجتماعی (۰.۴۹)، انسجام اجتماعی (۰.۳۵)، پذیرش اجتماعی (۰.۳۴)، مشارکت اجتماعی (۰.۲۳) و نمره کل سلامت اجتماعی (۰.۵۷) ارتباط معنادار دارد.

حمایت اجتماعی کل با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۶۷)، همبستگی اجتماعی (۰.۵۵)، انسجام اجتماعی (۰.۳۶)، پذیرش اجتماعی (۰.۳۰)، مشارکت اجتماعی (۰.۲۴) و نمره کل سلامت اجتماعی (۰.۶۰) ارتباط معنادار دارد.

فرضیه ۲: بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و میزان سلامت اجتماعی افراد دارای اچ

آی وی/ایدز رابطه معناداری وجود دارد.

با توجه به توزیع نرمال نمره فاصله‌ای افراد گروه نمونه برای آزمون فرضیه بالا (و نیز دو فرضیه بعدی) از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۶- همبستگی پایگاه اجتماعی اقتصادی، باورهای مذهبی و مهارت‌های ارتباطی با

سلامت اجتماعی

مشارکت اجتماعی	پذیرش اجتماعی	انسجام اجتماعی	همبستگی اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	مهارت‌های ارتباطی	باورهای مذهبی	پایگاه اجتماعی	
				۱	**۰.۵۷	*۰.۳۳	۰.۱۵	۱. شکوفایی اجتماعی
			۱	*۰.۷۸	**۰.۶۱	*۰.۳۰	*۰.۲۰	۲. همبستگی اجتماعی
		۱	*۰.۶۲	*۰.۵۳	**۰.۵۹	**۰.۴۲	۰.۱۱	۳. انسجام اجتماعی
	۱	۰.۱۳	۰.۰۹	۰.۱۶	*۰.۱۷	*۰.۲۲	۰.۰۶	۴. پذیرش اجتماعی
۱	۰.۰۰۷	*۰.۲۶	*۰.۵۱	*۰.۴۱	**۰.۴۳	**۰.۲۸	۰.۱۶	۵. مشارکت اجتماعی
**۰.۶۰	*۰.۳۶	**۰.۷۸	*۰.۸۷	**۰.۸۳	**۰.۷۰	**۰.۴۶	۰.۱۶	۶. سلامت اجتماعی

با توجه به جدول ۶ نتایج همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که پایگاه اجتماعی - اقتصادی تنها با بعد همبستگی اجتماعی (۰.۲۰) ارتباط معنادار دارد ولی با نمره کل سلامت اجتماعی ارتباط معنادار ندارد.

فرضیه ۳: به نظر می‌رسد بین مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی/ایدز رابطه معناداری وجود دارد.

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای ... ۱۱۹

ارقام مندرج در جدول ۶ نتایج همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که مهارت‌های ارتباطی با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۵۷)، همبستگی اجتماعی (۰.۶۱)، انسجام اجتماعی (۰.۵۹)، پذیرش اجتماعی (۰.۱۷)، مشارکت اجتماعی (۰.۴۳) و نمره کل سلامت اجتماعی (۰.۷۰) ارتباط معنادار دارد.

جدول ۷- رگرسیون خطی ساده برای پیش بینی سلامت اجتماعی توسط مهارت‌های ارتباطی

متغیر پیش بین	همبستگی کل	ضریب تعیین	مجموع مجذورات	F	Sig
مهارت ارتباطی	۰.۷۰	۰.۴۹	۱۰۶۲۲.۰۲	۱۲۶.۷۵	۰.۰۰۰

نتایج آزمون رگرسیون خطی ساده نشان می‌دهد که مهارت‌های ارتباطی ۰.۴۹٪ واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند ($R^2 = 0.49$) و با افزایش یک انحراف معیار مهارت ارتباطی ۰.۷۰ انحراف معیار سلامت اجتماعی افزایش پیدا می‌کند ($\beta = 0.70$).

فرضیه ۴: بین باورهای مذهبی و میزان سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی / ایدز رابطه معناداری وجود دارد.

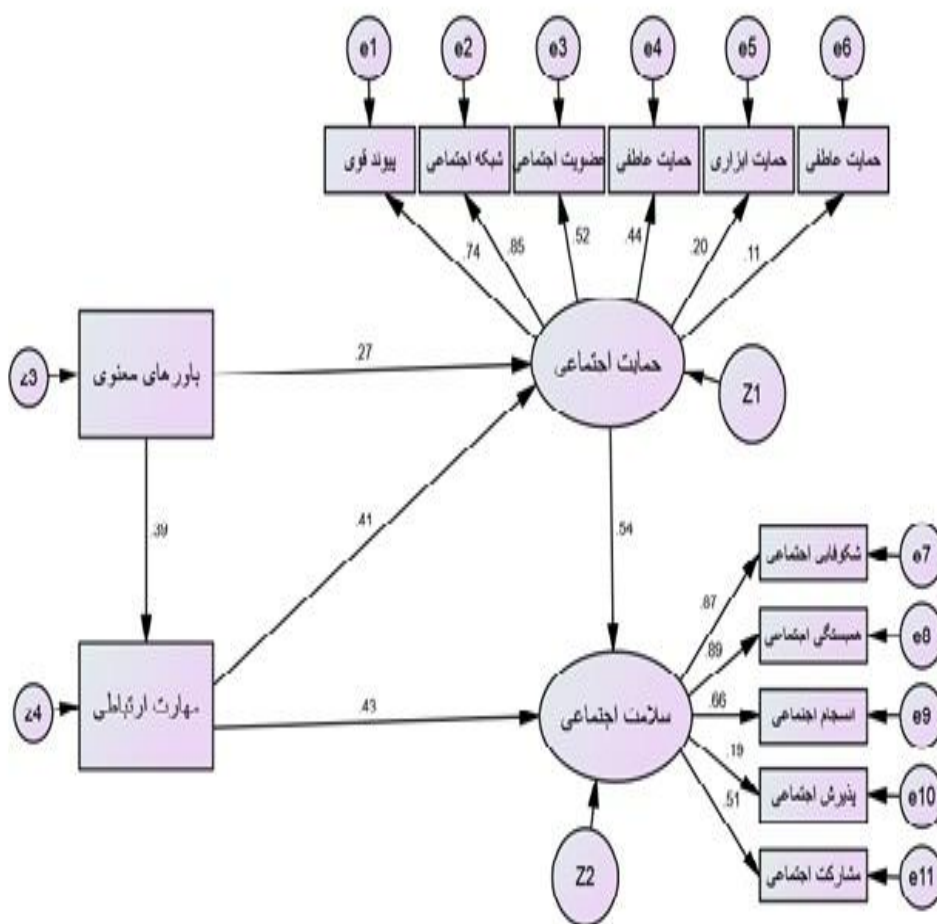
با توجه به اعداد جدول ۹ نتایج همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که باورهای مذهبی با ابعاد شکوفایی اجتماعی (۰.۳۳)، همبستگی اجتماعی (۰.۳۰)، انسجام اجتماعی (۰.۴۲)، پذیرش اجتماعی (۰.۲۲)، مشارکت اجتماعی (۰.۲۲) و نمره کل سلامت اجتماعی (۰.۲۶) ارتباط معنادار دارد.

جدول ۸- رگرسیون خطی ساده برای پیش بینی سلامت اجتماعی توسط باورهای مذهبی

متغیر پیش بین	همبستگی کل	ضریب تعیین	مجموع مجزورات	F	Sig
باورهای مذهبی	۰.۴۶	۰.۲۱	۴۵۸۵.۹۷	۳۵.۴۰	۰.۰۰۰

نتایج آزمون رگرسیون خطی ساده نشان می‌دهد که باورهای مذهبی ۰.۲۱٪ واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند ($R^2 = 0.21$) و با افزایش یک انحراف معیار باورهای مذهبی ۰.۴۶ انحراف معیار سلامت اجتماعی افزایش پیدا می‌کند ($\beta = 0.46$). برای آزمون مدل تجربی مورد مطالعه از آزمون ایموس نسخه ۲۲ استفاده شد.

شکل ۱- مدل معادلات ساختاری برای تبیین سلامت اجتماعی



آزمون مدل مورد نظر نشان می‌دهد که باورهای مذهبی در این مدل به عنوان متغیر مستقل برای حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی در نظر گرفته شده است. ضریب رگرسیونی باورهای مذهبی در تأثیر بر حمایت‌های اجتماعی برابر با $(\beta=0.27)$ است بنابراین با افزایش یک انحراف معیار باورهای مذهبی، ۰.۲۷ انحراف معیار حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد. ضریب رگرسیونی باورهای مذهبی در تأثیر بر مهارت‌های ارتباطی برابر با $(\beta=0.39)$ بنابراین با افزایش یک انحراف معیار باورهای

مذهبی، ۰.۳۹ انحراف معیار مهارت‌های ارتباطی افزایش می‌یابد. با افزایش یک انحراف معیار مهارت‌های ارتباطی به اندازه ۰.۴۱ انحراف معیار حمایت اجتماعی افزایش پیدا می‌کند ($\beta=0.41$).

مهارت‌های ارتباطی دارای ضریب رگرسیونی ($\beta=0.43$) است برای پیش‌بینی سلامت اجتماعی؛ با افزایش یک انحراف معیار مهارت اجتماعی ۰.۴۳ انحراف معیار سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد. حمایت اجتماعی نیز با توان بالایی ($\beta=0.54$) می‌تواند سلامت اجتماعی را پیش‌بینی نماید و با افزایش یک انحراف معیار حمایت اجتماعی به اندازه ۰.۵۴ انحراف معیار افزایش می‌یابد.

متغیر حمایت اجتماعی هم نقش مستقل برای سلامت اجتماعی دارد و هم نقش متغیر وابسته برای متغیر باورهای مذهبی. متغیر مهارت‌های ارتباطی هم به صورت مستقیم بر سلامت اجتماعی اثر می‌گذارد هم بصورت غیر مستقیم با تأثیر بر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی اثر می‌گذارد. متغیر باورهای مذهبی با تأثیر بر حمایت اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی به صورت غیرمستقیم بر سلامت اجتماعی اثر می‌گذارد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق پیش‌رو با هدف بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی / ایدز صورت گرفته است. در این پژوهش که بر روی بیماران مراجعه کننده به دو موسسه کاهش آسیب انجام گرفت رابطه حمایت اجتماعی در دو بعد ساختاری و کارکردی به عنوان متغیر مستقل اصلی بر روی سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج تحقیق خداینه‌ای و همکارانش نشان می‌دهد که میزان حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی از بیماران درگیر سرطان به ترتیب ۱.۹۸، ۱.۰۴ و ۱.۶ می‌باشد که جمعاً نمره حمایت‌های کارکردی این افراد ۴.۶ می‌باشد که در مقایسه با

میانگین ۱.۶۰ بدست آمده در این تحقیق، بسیار بالاتر و تقریباً نزدیک به سه برابر است. مقایسه آمارها و نتایج پژوهش‌های دیگر من جمله پژوهش بخشی‌پور، پیروی و عابدیان (۱۳۸۴: ۱۴۵-۱۵۲) انجام شده بر روی سایر اقشار و گروه‌های اجتماعی حاکی از پایین بودن نمره حمایت اجتماعی دریافت شده توسط افراد دارای اچ آی وی است. بررسی وضعیت سلامت اجتماعی پاسخگویان نشان می‌دهد نمره سلامت اجتماعی در یک طیف ۳۳ - ۱۶۵ می‌باشد که در پژوهش پیش رو ۵۶.۷۹ است و با این توصیف در سطح پایینی قرار دارد. مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی دو بعد از سلامت اجتماعی است که افراد دارای اچ آی وی شرکت کننده در این پژوهش در آن‌ها امتیاز پایینی بدست آورده‌اند. طرد و تبعیض به عنوان فاکتورهای اساسی مؤثر بر این افراد همان گونه که در پیشینه پژوهش‌هایی داخل و خارج از کشور دیده می‌شود (نظیر ضیغمی (۱۳۹۰)، توکل (۱۳۹۱)، کار و کراملینگ (۲۰۱۲)) هستند و بخش اساسی تجربه زیسته افراد دارای ایدز، حاکی از آن است. همین تجربه می‌تواند بر نگرش این بیماران در وهله اول نسبت به جامعه و در گام دوم نسبت به خود و خودپنداره‌شان تأثیر منفی برجای گذاشته و خود را نه به عنوان عضوی از جامعه بلکه در حاشیه جامعه بیندارند.

مقایسه وضعیت سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی شرکت‌کننده در این تحقیق با سایر گروه‌ها و اقشار جامعه وضعیت سلامت اجتماعی این گروه را بیشتر روشن می‌سازد. در تحقیقی که کنگرلو (۱۳۸۷: ۶۰-۸۰) در آن به مقایسه میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد پرداخت نتایج حاکی از آن است که میزان سلامت اجتماعی دانشجویان برابر است با ۱۰۹ و در دانشجویان غیر شاهد برابر است با ۱۱۱؛ حال در تحقیق پیش‌رو میانگین سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی ۵۶ است. حتی این میزان در مقایسه با میانگین سلامت اجتماعی نوجوانان ۱۸-۱۵ ساله ساکن مراکز شبانه‌روزی شهر تهران که رحیمی به رابطه سبک هویت‌یابی با سلامت اجتماعی پرداخت نیز بسیار پایین‌تر است به گونه‌ای که میانگین سلامت اجتماعی در

نوجوانانی که سبک هویت‌یابی آن‌ها به ترتیب اطلاعات مدار، هنجاری و سردرگم/اجتنابی است به ترتیب ۱۰۳، ۱۰۸ و ۹۷ است. آدینان (۱۳۹۱: ۶۵-۷۰) سلامت اجتماعی سالمندان ساکن آسایشگاه کهریزک را ۶۶ بدست آورد.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که تمام ابعاد ساختاری حمایت که شامل عضویت در اجتماعات، شبکه اجتماعی و پیوند قوی با شبکه می‌باشد رابطه معناداری با سلامت اجتماعی این افراد دارد. این رابطه به ما نشان می‌دهد که هر اندازه افراد در گروه‌ها و انجمن‌های بیشتری عضویت داشته باشند، شبکه اجتماعی قوی‌تری برای خود ایجاد می‌کنند و رابطه آن‌ها با اعضای این گروه‌ها و شبکه‌ها که شامل خانواده، گروه دوستان و گروه‌های غیر خویشاوندی می‌شود؛ هرچه قوی‌تر باشد، سلامت اجتماعی آن‌ها ارتقا می‌یابد. به عبارت دیگر دیدگاه آن‌ها نسبت به وضعیت جامعه، آینده آن و نقش خود در این جامعه خوش‌بین‌تر خواهد بود.

از طرف دیگر حمایت ابزاری (مالی) و عاطفی به عنوان دو بعد از حمایت کارکردی رابطه معناداری با سلامت اجتماعی دارد. منظور از حمایت عاطفی، دسترسی فرد به حمایت روانی در زمانی است که به آن نیاز دارد. به طور کلی این نوع حمایت در جهت قوت قلب دادن به فرد برای مقابله با فشار و خستگی است (میلر به نقل از بهمنی ۱۳۸۱: ۸۲). پس همدلی، توجه و به عبارتی علاقه بدون قید و شرط است که افراد دارای ویروس اچ آی وی که بنابر استناد به پیشینه پژوهش، از جامعه گریزان هستند را به دل اجتماع برمی‌گرداند و آن‌ها را نسبت به جامعه، امیدوار نموده و کیفیت روابط خود با اجتماع را مثبت ارزیابی می‌کنند. حمایت مالی نیز می‌تواند این پیام را به این افراد بدهد که هنوز جامعه برای آن‌ها احترام قائل بوده و آن‌ها را چون عضوی از خود می‌داند و در موقع تنگنا از وی دستگیری خواهد کرد.

شبکه‌های اجتماع شخصی با ضریب همبستگی ۰.۵۸ با سلامت اجتماعی ارتباط معنادار دارند. منظور از شبکه‌های اجتماع شخصی ترکیب، ساختار و محتوای پیوند با دوستان، خویشاوندان، همسایگان و آشنایان را در هرکجا که باشند در نظر می‌گیرد

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای ... ۱۲۵

(ولمن و گولیا، ۱۹۹۹: ۱۰۰-۱۲۵). نتایج این پژوهش با پژوهشی که توسط نبوی و همکارانش (۱۳۸۸) بر تأثیر حمایت اجتماعی بر روی سلامت عمومی سالمندان ساکن شهر تهران اجرا شده همخوانی دارد. پژوهش زائری لطف و امانیان (۱۳۹۱: ۱۱۱-۱۳۳) نیز چنین رابطه‌ای را تأیید می‌کند.

پیوند قوی به عنوان یکی از انواع حمایت اجتماعی ساختاری با سلامت اجتماعی ارتباط معنادار دارد. هر اندازه این افراد با دیگرانی که با آن‌ها در ارتباط هستند از جمله اعضای خانواده، دوستان، همسایگان و آشنایان و ... پیوند قوی‌تری داشته باشند بر تک تک ابعاد سلامت اجتماعی‌شان به طور کلی افزوده خواهد شد.

عضویت در اجتماعات با سلامت اجتماعی ارتباط معنادار دارد. عضویت در اجتماعات به عنوان یکی از مهم‌ترین مولفه‌های سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خود را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد با عضویت در اجتماعات صنفی، مذهبی و محله‌ای و نظیر آن به جامعه خود احساس تعلق می‌کنند، خود را بخشی از جامعه دانسته و این حضور و عضویت در اجتماعات احساس پذیرش از جانب دیگران را با خود برای فرد به ارمغان می‌آورد.

حمایت اجتماعی عاطفی با سلامت اجتماعی ارتباط معنادار دارد. این رابطه مثبت را می‌توان با پژوهش معتمدی شلمزاری و همکارانش که بر روی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی و احساس تنهایی سالمندان انجام شده مقایسه نمود؛ در پژوهش مزبور حمایت عاطفی بر خلاف حمایت، بر کاهش احساس تنهایی و ارتقای سلامت عمومی سالمندان مؤثر بوده است. در پژوهشی که سفیری و قرآنی (۱۳۹۱: ۵۱-۷۶) انجام دادند حمایت عاطفی با رضایت از زندگی خانوادگی بالاترین همبستگی را داشت.

حمایت ابزاری با دو بعد سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد. حمایت ابزاری با سلامت اجتماعی کلی این افراد ارتباط معنادار دارد. حمایت ابزاری همانگونه که گفته

شد در پژوهش معتمدی شلمزاری بر احساس تنهایی زنان سالمند نیز تاثیری نداشت اما بر سلامت عمومی و احساس تنهایی سالمندان مرد مؤثر بود.

حمایت اطلاعاتی با هیچ کدام از ابعاد سلامت اجتماعی ارتباط معنادار ندارد. نتایج پژوهش پیش‌رو با نتیجه پژوهش برنز و همکارانش (اسلامیان، ۷۵-۱۱۰) همخوانی نداشت که از نقش مؤثر حمایت اطلاعاتی در مقابله با بیماری سرطان خیر می‌داد. همچنین نتایج پژوهش خدایپناهی و همکارانش نیز برخلاف پژوهش حاضر رابطه مثبت و معنادار میان این حمایت با سلامت در افراد مبتلا سرطان را گزارش می‌دهد. نتیجه پژوهش خدایپناهی و همکارانش نشان می‌دهد که ارائه اطلاعات واقعی و درست، مشاوره از جانب کادر درمان و روانشناسی می‌تواند به اثربخشی فعالیت‌های درمانی کمک کند.

از میان سه متغیر دیگر که رابطه آن‌ها با سلامت اجتماعی افراد دارای اچ آی وی / ایدز بررسی شد متغیرهای باورهای مذهبی و مهارت‌های ارتباطی رابطه معناداری با سلامت اجتماعی را نشان می‌دادند ولی بین پایگاه اجتماعی اقتصادی و سلامت اجتماعی چنین رابطه‌ای به دست نیامد.

منابع

- آدینان، مرضیه. (۱۳۹۱)، بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در آسایشگاه کهریزک، *پایان نامه کارشناسی ارشد* رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- اسلامیان، ایوب. (۱۳۹۳)، بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی: افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، رشته مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- بخشی پور رودسری، عباس؛ پیروی، حمید؛ عابدیان، احمد. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در

دانشجویان، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، شماره بیست و هفتم و بیست و هشتم.

- بهروان حسین و همکاران. (۱۳۹۰)، بررسی فرآیند برچسب زنی به بیماران اچ ای وی / ایدز و پیامدهای آن، *مجله جامعه شناسی ایران*، دوره دوازدهم، شماره ۳.
- پروین، ستار؛ اسلامیان، ایوب. (۱۳۹۳)، تجربه زیسته زنان مبتلا به اچ آی وی از روابط اجتماعی، *مجله زن در توسعه و سیاست*، دوره ۱۲، شماره ۲.
- تاسیگ، مارک؛ میکلو، جانت و سویدی، سری. (۱۳۸۶)، *جامعه شناسی بیماری‌های روانی*، ترجمه: احمد عبداللهی، چاپ اول، انتشارات سمت.
- تقی‌پور جاوی. (۱۳۹۰)، بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان سازمان تأمین اجتماعی شهرکرد، *پایان نامه کارشناسی ارشد* رشته برنامه ریزی و رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- توکل، محمد و نیک آئین دیبا. (۱۳۹۱)، استیگماتیزه شدن رابطه پزشک - بیمار و درمان در افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز، *فصلنامه اخلاق زیستی*، سال دوم، شماره پنجم.
- حسینی، سیده فاطمه. (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی تهران. *پایان نامه کارشناسی ارشد*.
- خیرالله‌پور، اکبر. (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد* جامعه شناسی دانشگاه شهید بهشتی.
- رحیمی، حسین. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های هویت‌یابی و سلامت اجتماعی در نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله ساکن مراکز شبانه‌روزی شهر تهران، *پایان نامه کارشناسی ارشد* رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- رستگار خالد، امیر. (۱۳۸۱)، سنجش تعارض نقش‌های شغلی - خانوادگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن: مطالعه موردی خانواده‌های زوجین هر دو شاغل تهران، *پایان نامه دکترای جامعه‌شناسی*، دانشگاه تربیت مدرس.
- دوران، بهزاد. (۱۳۸۳)، پیشنهاد برای حل مسئله اعتیاد به مواد مخدر با اتکا بر شبکه ارتباطات کامپیوتر واسط، *فصلنامه ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات*.
- سارافینو، ادوارد. (۱۳۸۴)، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه: سید علی احمدی و همکاران، چاپ اول، انتشارت رشد.
- ضیغمی محمدی، شراره و همکاران. (۱۳۹۰)، دیدگاه پرستاران به تبعیض درمانی ایدز، نشریه مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، *نشریه پرستاری ایران*، دوره ۲۴، شماره ۷۱.
- گلیکن، موری. (۱۳۹۲)، *مددکاری اجتماعی در قرن ۲۱*، ترجمه: عباس‌علی یزدانی و الهام محمدی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- لیوار جانی، شعله. (۱۳۷۵)، بررسی عملی بودن، اعتبار روایی و هنجاریابی مقیاس حمات اجتماعی فلمینگ، باوم، گیریل و گاجل در میان دانش‌آموزان مقطع دبیرستانی، *پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی*، دانشگاه علامه طباطبائی.
- مسعودی، مژگان؛ فرهادی، علی. (۱۳۸۴)، میزان حمایت اجتماعی خانواده از افراد اچ آی وی مثبت و مبتلایان به ایدز، *فصلنامه علمی پژوهشی یافته دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، شماره سه و چهارم، مسلسل ۲۶.
- معتمدی شلمزاری، عبدالله؛ اژه‌ای، جواد؛ آزاد فلاح، پرویز؛ کیامنش، علیرضا. (۱۳۸۱)، بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال، *مجله روانشناسی*، شماره ۲۲.

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد دارای ... ۱۲۹

- نبوی، سیدعبدالحسین و همکاران. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان، *مجله انجمن جامعه شناسی ایران*، دوره دهم، شماره ۴.

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۳). *وضعیت فعلی و علل شیوع ایدز در ایران*، گزارش مرکز مدیریت و مبارزه با بیماری‌ها.

- Aranda, a and naranjo, b. (۲۰۰۴). Quality of life in HIV positive patiente. *Journal association nurses aids care*, ۱۵: ۲۶۵- ۲۷۳.
- Carr RL, Gramling LF. (۲۰۱۲). *Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS*. Thailand: Information was collected from electronic databases and websites using the search terms 'HIV stigma healthcare': ۱۱-۳۱.
- Larson, j. s. (۱۹۹۶). *The world Health Organization definition of health: social versus spiritual health*, Social Indicators Research, ۳۸:۱۸۱-۱۹۲.
- Simbayi, L, Kalichman, S.C. (۲۰۰۳). *HIV testing attitudes, AIDS stigma and voluntary counseling and testing in a Black township in Cape Town, South Africa*. Sexually transmission infections, ۷۹:۴۴۲-۴۴۷.
- Keyes, C. M. (۱۹۸۸). *Social well-being*. social psychology Quarterly. ۲.۱۲۱. ۱۴۰.
- Keyes, C. M. & Shapiro, A. (۲۰۰۴). *Sosial well-being in the U.S.:A descriptive epidemiology*, In Orville Brim, Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds.), *Healthing Are You? A national study of well-being of midlife*. University of Chicago Press.
- Taylor, S. E (۲۰۰۷). *Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses*. Psychological science, ۱۵: ۸۰۰- ۸۳۹.

- Wellman, barry,guila, milena. (1999). *where does social support come from? The social network basis of interpersonal resources for coping with stress*, National institute of mental health, center for urban and community studies, university of toronto.

