

نقش حمایت اجتماعی در میزان سلامت روان کارمندان

جوان شهرداری تهران

دکتر سید احمد حسینی*

سمانه دودمان فیروزسالاری**

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۲۲

چکیده

با توجه به این که جوانان به عنوان نیروهای فعال جامعه محسوب می‌شوند و نقش خطیری را در سازندگی کشور ایفاء می‌کنند، امروزه یکی از مباحثی که در حوزه مطالعات مربوط به جوانان مطرح است، سلامت روان آنان است. از این رو، بررسی عوامل اثرگذار در میزان سلامت روان به منظور تقویت عوامل ارتقاءدهنده سلامت حائز اهمیت است. از آنجا که حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار در سلامت روان مطرح شده، در این پژوهش، هدف، بررسی نقش این حمایت‌ها در میزان سلامت روان جوانان است.

روش بررسی، تلفیقی از روش کتابخانه‌ای و میدانی است. در بررسی میدانی ۳۲۰ نفر از کارمندان جوان شهرداری تهران با استفاده از پرسشنامه حمایت اجتماعی کاترونا و راسل و نیز پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

فرضیات مربوط به رابطه مثبت حمایت اجتماعی با میزان سلامت روان جوانان تأیید شد. یافته‌ها همچنین رابطه منفی و معکوس حمایت اجتماعی با

* استادیار مددکاری اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی

** کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، کارشناس امور اجتماعی شهرداری تهران

ابعاد افسردگی، اختلال کارکرد اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی جوانان را تأیید و رابطه حمایت اجتماعی با بُعد نشانه‌های جسمانی سلامت روان جوانان را رد کرد. فرضیه پژوهش در مورد تفاوت معنی‌دار میزان سلامت روان جوانان متعلق به پایگاه‌های اجتماعی - اقتصادی مختلف تأیید شد. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین میزان سلامت روان و نیز میزان حمایت اجتماعی جوانان از نظر وضعیت تأهل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت روان، جوان

مقدمه و بیان مسئله

کارشناسان سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده‌اند که امروزه بیش از ۱۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان از اختلالات عصبی - روانی و روانی - اجتماعی رنج می‌برند (حسینی، ۱۳۸۰) و اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین علل ناتوانی و از کارافتادگی در جهان محسوب می‌شود. از آنجا که بسیاری از این اختلالات در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی شروع می‌شوند، توجه به سلامت روان این گروه‌ها، اهمیت قابل ملاحظه‌ای می‌یابد. نتایج پژوهشی که در سال ۱۳۸۳ بر روی نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۰ ساله شهر تهران صورت گرفته، مؤید آن است که میزان شیوع اختلالات روانی در این شهر ۲۹/۳ درصد است که نزدیک به ۱۰ درصد بیش از آمارهای جهانی بوده و نسبت به سایر مطالعاتی که به همین منظور روی گروه‌های مختلف جامعه در سال‌های گذشته انجام شده بالاترین رقم به دست آمده است (بیابانگرد، ۱۳۸۳). آمار دیگری نیز نشان می‌دهد که بین ۱۰ تا ۴۰ درصد از جمعیت بالای پانزده سال کشور، دچار بیماری روانی هستند و برخی ارقام شیوع افسردگی را تا ۳۰ درصد کل جمعیت کشور برآورد می‌کنند (قدسی، ۱۳۸۲: ۳).

با توجه به آمارهای فوق و پیامدهای مؤثری که سلامت روان در زندگی افراد ایجاد می‌کند و زمینه‌ساز رشد مهارت‌های فکری و ارتباطی و عملکرد موفق فرد در زمینه کارکردهای ذهنی، ارتباطی، عاطفی، هیجانی می‌شود، ضرورت پرداختن به موضوع سلامت روان بیش از پیش احساس می‌شود. از سوی دیگر، امروزه زندگی شهری و اقتضائات آن، افراد و به ویژه جوانان را با فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی زیادی روبه‌رو کرده است. در این میان، یکی از راهبردهای مناسب برای کنار آمدن با فشارهای زندگی روزمره، جلب حمایت‌های اجتماعی است. حمایت اجتماعی از جنبه‌های گوناگون احساسی، اطلاعاتی، مصاحبتی و نظایر آن که در خلال رخدادهای زندگی روزمره یا بحران‌هایی که فرد با آنها روبه‌روست، ظاهر می‌شود. فقدان یا

کاستی حمایت اجتماعی، موجب آسیب‌پذیری در مقابل تنیدگی (فشار یا استرس) می‌شود و زمینه را برای بروز انواع اختلالات روانی، به ویژه افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی فراهم می‌آورد. در واقع، به نظر می‌رسد که یکی از تبعات درک حمایت اجتماعی از سوی افراد، تأمین سلامت روان آنهاست. اسمیت و هابس معتقدند، اختلالات روانی ناشی از فروپاشی منابع حمایت اجتماعی، به ویژه روابط خانوادگی هستند.

در سال‌های اخیر پژوهش‌هایی در زمینه رابطه سلامت روان و حمایت اجتماعی انجام گرفته است. این بررسی‌ها از یک سو مبین آن است که وجود حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم بر سلامت روان دارد و به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت محسوب می‌شود؛ اما از سوی دیگر، یافته‌هایی نیز نشان می‌دهند که همیشه رابطه‌ای قوی بین سلامت و حمایت اجتماعی وجود ندارد؛ چرا که حمایت تنها یکی از عوامل دخیل در سلامتی است و شواهدی وجود دارد که

حمایت اجتماعی در وضعیت سلامت برخی از افراد اثرگذار نیست، از این رو، پژوهش حاضر، درصدد بررسی و تبیین میزان اثرگذاری حمایت‌های اجتماعی در سلامت روان جوانان است.

مبانی نظری

حمایت اجتماعی به کمک یا مساعدتی اطلاق می‌شود که دیگران در هنگام مواجهه شخص با استرس، فشار و مشکلات زندگی در اختیار فرد می‌گذارند (تاسیگ، ۱۳۸۶: ۷۰). این مساعدت و حمایت می‌تواند به اشکال مختلفی صورت بگیرد. 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. سانتراک می‌گوید: «حمایت اجتماعی، اطلاعات و بازخوردهایی که از عزیزان و اطرافیان محترم و ارزشمندان می‌گیریم و قرار گرفتن در شبکه ارتباطی و وظیفه‌مندی متقابل است» (سانتراک، ۱۳۸۳: ۳۱۴). از نظر ساراسون، حمایت اجتماعی ادراک فرد است از اینکه مورد محبت و علاقه دیگران است، برای دیگران ارزش دارد و افرادی که در کنار او حضور دارند، آماده همیاری و مساعدت به وی در موقعیت‌های فردی هستند (دوران، ۱۳۸۳: ۲۴).

به بیان کلی حمایت اجتماعی عبارت است از: «مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند» (سارافینو، ۱۹۴۰: ۱۷۰)

نظریه‌های حمایت اجتماعی



شکل (۱)

۱. نظریه های شکل گیری روابط

بسیاری از محققان رابطه را به عنوان عنصر مبنایی حمایت اجتماعی می دانند و میزان برخورداری افراد از حمایت اجتماعی را براساس داشتن رابطه با دیگران و درگیری در آن بر حسب شدت رابطه ارزیابی می کنند. از این رو، قبل از پرداختن به تئوری های اصلی حمایت اجتماعی ضرورت دارد تئوری هایی که چگونگی

شکل‌گیری روابط منتقل‌کننده منابع حمایت اجتماعی را تبیین می‌کنند، مورد بررسی قرار گیرند:

- رویکردهای مبادله و انصاف: در این رویکرد، معیار حفظ و تداوم روابط، میزان داده‌ها و ستانده‌های آنهاست و افراد علاقه‌مند هستند که بین آنچه در یک رابطه هزینه می‌کنند و آنچه از آن دریافت می‌کنند، توازن برقرار باشد.

- رویکرد رشد مرحله‌ای رابطه: در این رویکرد، فرایند ایجاد و رشد رابطه مورد توجه قرار می‌گیرد. فرایند ایجاد رابطه به صورت تدریجی و مرحله‌ای در نظر گرفته می‌شود و برای ارتقاء از یک مرحله به مرحله دیگر متغیرهایی را دخیل می‌کند.

- رویکرد علی تعاملی: این رویکرد به توضیح وابستگی علی روابط نزدیک می‌پردازد. در این رویکرد، شرایط علی ساختاری مؤثر در رابطه، در سطوح محیط-های اجتماعی، فیزیکی و... در نظر گرفته می‌شود.

- رویکرد تقویت: در این رویکرد، پاداش به عنوان عامل اصلی ایجادکننده و حفظ‌کننده رابطه مورد توجه قرار می‌گیرد و براساس آن هرچه رابطه‌ای پاداش‌دهنده‌تر باشد، فرد بیشتر خود را در آن رابطه درگیر می‌کند.

- رویکرد هماهنگی شناختی: این رویکرد، تشکیل رابطه را مبتنی بر هماهنگی شناختی و عنصر اساسی برای تداوم و حفظ آن را همین توازن شناختی می‌داند.

۲. نظریه‌های حمایت اجتماعی

در مطالعات ابتدایی پیرامون حمایت اجتماعی، تعریف این واژه بر حسب تعداد تماس‌ها صورت می‌گرفت (آرمسترانگ، ۱۳۸۷: ۱۰۹). اما برای در نظر گرفتن

تعداد تماس‌ها به عنوان شاخص سنجش میزان حمایت اجتماعی ایرادهایی مطرح شد. تماس‌های (روابط) فرد ممکن است با وجود متعدد بودن، از آن صمیمیت و نزدیکی که فراهم‌کننده حمایت اجتماعی باشد، برخوردار نباشد. ضمن اینکه برخی از پیوندهای اجتماعی ممکن است، منشأ فشار محسوب شوند.

بنابراین، نظریه پردازان حمایت اجتماعی بر این امر تأکید می‌کنند که روابط صرفاً به عنوان منابع حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند، به عبارت دیگر تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی نیست؛ مگر در صورتی که فرد بتواند آنها را به عنوان یک منبع در دسترس و مناسب ادراک کند.

مدل‌های مربوط به میزان تغییر در اندازه و برای حمایت اجتماعی

در دوره‌های زندگی

■ تئوری کناره‌گیری از رابطه: کومینگ و هنری این تئوری را در دو سطح کلان و خرد مطرح می‌کنند. در سطح خرد تئوری کناره‌گیری از رابطه با در نظر گرفتن سه نوع هنجار؛ یعنی هنجارهای قانونی (مانند بازنشستگی در سنین خاص)، هنجارهای اجتماعی (مانند بها دادن به جوانی) و هنجارهای زیستی (مانند کاهش نیروی جسمانی با افزایش سن) قائل به این مطلب است که افراد با ورود به سنین سالمندی، روابطشان را با اعضای شبکه‌های اجتماعی‌شان از دست می‌دهند و در نتیجه، حمایت‌های اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند.

■ تئوری بانک حمایتی: این تئوری که از سوی آنتونوسی (۱۹۸۵) مطرح شد، میزان ورودی و خروجی حمایت را بر حسب سن توضیح می‌دهد و بیان می‌کند که بین جریان گرفتن و دادن حمایت و میزان سن، توازن‌های مختلفی وجود دارد. آنتونوسی با توضیح روابط والدینی - فرزندی

که به لحاظ نوع رابطه، تعلق و تعهد از حمایتی‌ترین روابط است، تئوری خود را تبیین می‌کند. بر اساس این نظریه، والدین قبل از رسیدن به سنین سالمندی، از فرزندان خود، حمایت‌های فراوانی را به عمل می‌آورند اما با گذشت زمان و پا به سن گذاشتن آنها، این جریان معکوس می‌شود و والدین حمایت‌های بیشتری را دریافت می‌کنند.

■ مدل کمبود: مدل کمبود در صدد است تا رابطه بین حمایت اجتماعی و تنهایی را بر حسب کمبودهای فردی که نیاز به حمایت دارد، توضیح دهد. در این مدل، سه نوع کمبود که بر توانایی افراد تنها اثر می‌گذارد تا آنها نتوانند سطوح مناسب حمایت اجتماعی را دریافت کنند، تشخیص داده شده است. کمبودهای ادراکی، کمبود در تأمین حمایت برای دیگران و کمبود در توانایی کسب حمایت از دیگران.

مدل‌های مربوط به پیامدهای حمایت اجتماعی بر سلامتی

■ مدل تأثیر مستقیم (کلی) حمایت: بر اساس این مدل، سلامتی متأثر از میزان بهره‌مندی از حمایت اجتماعی است و حمایت اجتماعی صرف‌نظر از اینکه فرد تحت تأثیر استرس باشد یا نه، باعث می‌شود تا فرد از تجارب منفی پرهیز کند و از این رو، اثرات سودمندی بر سلامتی دارد. درگیری افراد در شبکه‌های مختلف اجتماعی اعم از شبکه‌های خانوادگی، دوستی و همسایگی، منابعی حمایتی را فراهم می‌آورند که فرد با جذب بیشتر در آنها، شرایط مطلوبی را برای دریافت حمایت کسب می‌کند.

■ مدل تأثیر غیرمستقیم حمایت (فرضیه سپر/ضربه‌گیر): این مدل عنوان می‌کند که حمایت اجتماعی تنها برای افراد تحت استرس سودمند

است و چون مانعی در مقابل نفوذ استرس بر فرد عمل می‌کند. حمایت اجتماعی و حتی ادراک حمایت اجتماعی با پاسخ‌های ایمنی بدن ارتباط دارد. در این مدل محافظت حداقل به دو طریق صورت می‌گیرد: ارزیابی شناختی، تعدیل واکنش در برابر موقعیت استرس‌زا.

مدل‌های مربوط به نحوه کسب حمایت اجتماعی بر حسب اولویت

در رابطه با جایگزین‌های روابط از دست رفته یا توافق در روابط

■ مدل سلسله مراتبی - جبرانی: این مدل تأمین حمایت را مبتنی بر اولویت و اهمیت روابطی می‌داند که افراد با یکدیگر دارند. روابط اولیه به لحاظ اهمیت و اولویتی که دارند، ایده‌آل‌ترین نوع رابطه حمایتی برای طیف وسیعی از حمایت‌هایی است که طرفین رابطه می‌توانند برای یکدیگر فراهم کنند. هنگامی که روابط اولیه‌ای مثل همسری و فرزندگی وجود ندارد، روابط پایین‌تر مانند دوستی می‌تواند جانشین آن روابط اولیه شود. طبق مدل سلسله‌مراتبی، پیوندها به لحاظ شدت رابطه و حمایت‌های حاصل از آن، اهمیت سلسله‌مرتب‌های دارند و فرد در صورت عدم دسترسی به روابط اولیه، روابط مرتبه پایین‌تر را برای جبران آن به کار می‌برد.

■ مدل تخصیص وظیفه: نظریه پردازان این مدل اعتقاد دارند که هر رابطه‌ای نوع خاصی از حمایت را به دنبال دارد. شبکه‌های حمایتی فرد، هر کدام بنابر نوع رابطه‌ای که پیرامون آن رابطه تشکیل شده‌اند، حمایت ویژه‌ای را برای فرد فراهم می‌کند.

■ مدل تخصیص کارکردی: از دیدگاه این مدل، روابط در طی زمان و موقعیت به توافق می‌رسند و انتظار می‌رود که نسبت به این موضوع

که حمایت‌های گوناگون از سوی چه کسی فراهم می‌شود، تفاوت وجود داشته باشد. هر پیوندی می‌تواند بسته به این که طرفین رابطه به چه نحوی بر روی آن رابطه به توافق رسیده باشند، نوع خاصی از حمایت یا گروهی از حمایت‌ها را برای فرد تأمین نماید. دوستان و همکاران که بر اساس مدل تخصیص وظیفه در روابط، کارکردهای مصاحبتی و دوستی دارند، بر طبق مدل تخصیص کارکردی می‌توانند با توجه به توافق دو طرف، نسبت به رابطه و تعامل با یکدیگر، دامنه وسیع‌تری از حمایت‌ها را در برگیرند.

■ مدل هم‌چینی مناسب استرس و حمایت اجتماعی: استرس‌های خاص نیازهای حمایتی ویژه‌ای را اقتضاء می‌کند و هر نوع حمایتی با هر نوع استرسی تناسب ندارد. کاترونا در مدل اولیه خود، عامل تعیین‌کننده مناسب‌ترین نوع حمایت را، تنها به ویژگی‌های استرس نسبت می‌دهد. بهترین ویژگی موردنظر در ارتباط بین استرس و حمایت اجتماعی، به اعتقاد کاترونا و شور^۱، قابلیت کنترل موقعیت استرس‌زاست.

مدل‌های مربوط به کاهش یا افزایش حمایت اجتماعی ناشی از

تغییر در تعداد پیوندها، عضویت‌ها و هویت‌های اجتماعی

■ تئوری انسجام اجتماعی: به اعتقاد دورکیم، مشکل اصلی جوامع جدید رابطه فرد با جامعه است و خودکشی را به عنوان یکی از پیامدهای تضعیف این رابطه مطرح می‌کند. از نظر دورکیم تفاوت‌های موجود در میزان‌های خودکشی‌ها، منطبق است بر میزان انسجام اجتماعی، در نتیجه،

^۱. Cutrona and Shur

امکان وقوع خودکشی در هنگام تضعیف پیوندها و مشارکت‌های اجتماعی بیشتر خواهد بود.

■ فرضیه انباشت هویتی: تویتس^۲ هماهنگ با نظریه پردازان کنش متقابل نمادی این فرض را مطرح می‌کند و قائل به این است که، هویت‌های افراد با نقش‌های اجتماعی‌شان پیوند دارد. افراد از طریق برآوردن انتظارات نقشی، فرصت می‌یابند تا عزت نفس‌شان را ارتقاء دهند. هویت‌های نقشی برای افراد در معنایی وجودی، اطلاعاتی را در باره این که آنها چه کسانی هستند، فراهم می‌کند، همچنین نقش‌های اجتماعی ایجادکننده اهداف در زندگی هستند.

■ نظریه شبکه: این نظریه در واقع به دنبال نظریه انسجام اجتماعی دورکیم آمده، اما تفاوت اصلی آن با نظریه دورکیم در واحد تحلیل آن است. در نظریه شبکه، توجه معطوف به روابط اجتماعی، پیوندهای اجتماعی و شبکه پیوندهای فرد است. حال آنکه نظریه دورکیم تحلیل در سطح کلان بوده است و با میزان‌های اجتماعی، مشخص می‌شود. در نظریه شبکه، بخش‌های انتزاعی جامعه - مذهب، خانواده، اقتصاد - عرصه‌های عملکرد شبکه‌های شخصی هستند و افراد با مشارکت در این عرصه‌ها به جامعه وصل می‌شوند. بیشتر طبقه‌بندی‌های ارائه‌شده از شبکه‌های اجتماعی فردی، آن را به دو نوع شبکه رسمی و شبکه غیررسمی تقسیم کرده‌اند:

الف) شبکه‌های رسمی: اجتماعات حرفه‌ای، اتحادیه‌ها، کلوپ، احزاب

سیاسی، حکومت‌ها،

ب) شبکه‌های غیررسمی: خویشاوندان، دوستان و همسایه‌ها.

². Thoits

ابعاد و انواع حمایت اجتماعی

اساسی‌ترین ابعاد حمایت اجتماعی در دو بعد طبقه‌بندی می‌شود:

■ بعد ساختاری: که ویژگی‌های کمی و عینی منبع حمایت را در بر می‌گیرد و شامل روابط اجتماعی رسمی یا غیررسمی فرد با دیگران و تعداد نقش‌هایی که فرد ایفاء می‌کند، می‌شود. این بُعد حمایت اجتماعی ناظر به شبکه روابط اجتماعی فرد با دیگران است و تعداد افراد مورد تعامل، نوع و میزان ارتباطات مجموعه افرادی را که در یک شبکه با هم پیوند دارند، در بر دارد.

■ بعد عملکردی: که شامل ویژگی‌های کیفی و ذهنی حمایت است. این بُعد به خصایص روابط اجتماعی که فرد برقرار می‌کند، مربوط می‌شود. اهمیت بعد عملکردی از این رو است که روابط اجتماعی فرد تا چه حد می‌تواند در هنگام مواجهه با فشارهای روانی و اجتماعی به مثابه تعدیل‌کننده و محافظ عمل کنند.

براساس طبقه‌بندی‌های گوناگونی که محققان اجتماعی از انواع حمایت‌های اجتماعی ارائه کرده‌اند، اساساً پنج نوع حمایت اجتماعی وجود دارد:

۱. حمایت عاطفی: ابراز همدردی، توجه، محبت و علاقه نسبت به فرد را در بر می‌گیرد؛ بدین معنا که فرد در هنگام فشار روانی احساس می‌کند که به جایی تعلق دارد و همین حس، آسایش و آرامش را برای وی فراهم می‌کند.

۲. حمایت ارزشی: با ابراز احترام، تشویق و تأیید نظرها و احساسات فرد نمود پیدا می‌کند. این حمایت، احساس ارزشمندی، لیاقت و اعتبار را در فرد افزایش می‌دهد.

۳. حمایت مادی: شامل کمک‌های مستقیم به فرد است.
۴. حمایت اطلاعاتی: پیشنهاد، توصیه‌کردن و کمک به فرد برای فهم یک مسئله و یا مشکل را شامل می‌شود.
۵. حمایت شبکه‌ای: فرد به دلیل عضویت در گروهی با علایق و فعالیت‌های خاص، حمایتی را دریافت می‌دارد.

سلامت روان

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سلامت، حالتی است که بیانگر بهزیستی کامل جسمانی، روانی و رفاه اجتماعی است و فقط بر فقدان بیماری یا نقص جسمانی دلالت ندارد. سلامت در دیدگاهی کل‌نگر از جنبه‌های روانی، اجتماعی و فیزیکی و نیز در ارتباط با محیط مورد توجه قرار می‌گیرد. سلامت روان، حالتی از سلامتی عاطفی و اجتماعی است که در آن فرد از توانایی‌های خویش آگاهی می‌یابد و قادر است با استرس و فشارهای معمول زندگی تطابق حاصل کند و به گونه‌ای مفید و سازنده به اشتغال پردازد و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری کند. سلامت روان، شامل افزایش توانایی‌های افراد و جامعه و قادرسازی آنها در دستیابی به اهداف موردنظر است.

نظریه‌های سلامت روان

دیدگاه جامعه‌شناسی

امیل دورکیم و جورج هربرت مید، عدم سلامت روان فرد را، نتیجه‌ی فروپاشی احساس اجتماعی دانسته‌اند و معتقدند که سلامتی بشر الزاماً متضمن نوعی نظم ثابت اجتماعی است و احساس گوشه‌گیری و بیگانگی مردم از جامعه به همان

اندازه، بی‌ثباتی نظم جامعه، دارای اهمیت است. دورکیم اصطلاح بی‌هنجاری را به احساس تنهایی اطلاق می‌کند؛ او تلاش می‌کند تا نشان دهد که خودکشی تابعی از فروپاشی پیوندهای اجتماعی است.

دیدگاه‌های روان‌شناسی

روانکاوی: از دیدگاه فروید (۱۸۵۶) ویژگی‌های خاصی برای سلامت روان‌شناختی ضرورت دارد و نخستین ویژگی خودآگاهی است؛ یعنی هر آنچه که ممکن است در ناخودآگاه، اختلالی را ایجاد کند باید خودآگاه شود. از نظر فروید معیار نهایی سلامت روانی، بیگانگی منطقی از علاقه‌مندی‌ها و اشتیاقات عمومی است. تئوریسین‌های روانکاوی، سلامت روان را به معنای نبود علایمی می‌دانند که دلالت بر اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب می‌کند.

انسان‌گرایی: در دیدگاه روان‌شناسان انسان‌گرا علامت سلامت روان عبارت است از: «رشد کامل استعدادهای بالقوه به عنوان یک انسان منحصر به فرد» (بنی-جمالی، ۱۳۷۳: ۲۶). از نظر «مازلو»، نیازهای انسان بر اساس سلسله‌مراتبی قرار گرفته‌اند و شرط اولیه دست یافتن به خود (عالی‌ترین مرتبه نیاز)، ارضای چهار نیازی است که در سطوح پایین این هرم قرار دارند و عبارت‌اند از: ۱) نیازهای جسمانی یا فیزیوژیک ۲) نیازهای ایمنی که امنیت، ثبات، حمایت، نظم، رهایی از ترس و اضطراب را در بر می‌گیرد ۳) نیازهای محبت و احساس تعلق ۴) نیاز به احترام که شامل احترامی می‌شود که دیگران به فرد می‌گذارند و نیز احترامی که خود فرد به خودش می‌گذارد.

در نظریه کارل راجرز (۱۹۰۲) هر چه انسان از سلامت روان بیشتر بهره‌مند باشد، آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می‌کند. از نظر راجرز انسان سالم موجودی بدون محدودیت فکر و عمل می‌باشد.

روانی، اجتماعی، زیستی: از نگاه آدلر (۱۸۷۰)، سلامت روان یعنی داشتن اهداف مشخص، فلسفه محکم در زندگی، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار، مفید بودن برای هم‌نوعان، جرئت و شهامت، قاطعیت، کنترل داشتن بر عواطف و احساسات، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس، پذیرفتن اشکالات و تلاش برای حل اشتباهات. خانواده فراگیرترین و با نفوذترین اثر را بر روی رشد شخصیت افراد (که از طریق فرایندهای رشد روانی یا اجتماعی شکل می‌گیرد) می‌گذارد. اگر کودک در فرایند رشد خود نسبت به رابطه با دیگران و دنیای پیرامونش احساسات نامطمئنی را تجربه و حفظ کند، رفتارهای ناسازگارانه و اختلالات روانی در او ایجاد خواهد شد. در رویکرد آدلر علاقه اجتماعی ملاکی برای تشخیص سلامت روان بوده و این مفهوم دربرگیرنده علاقه به دیگران و نیز علاقه به علاقه‌مندی‌های دیگران است و به معنای تمایل به همکاری با دیگران است. علاقه اجتماعی در قالب مهارت‌های واقعی همکاری و کمک، درک و همدلی می‌تواند بیان شود. اریک فروم اعتقاد دارد که سلامت روان بیش از آن که امری فردی باشد، مسئله‌ای اجتماعی است و عامل اصلی در سلامت روان این است که جامعه تا چه حد نیازهای انسانی را بر آورده می‌کند، نه اینکه فرد خودش را تا چه اندازه با جامعه سازگار می‌کند. فروم مؤثرترین عامل در شخصیت انسان را، نیازهای روانی می‌داند. او پنج نیاز را که ناشی از دوگانگی میان آزادی و ایمنی

است، این گونه مطرح می‌کند: (۱) وابستگی (۲) استعلاء (۳) ریشه‌داشتن (۴) حس هویت (۵) موازین جهت‌گیری.

به عقیده «کارن هورنای» انسان نیازهای دهگانه‌ای دارد که در رشد و گسترش شخصیت و سلامتی و ناسلامتی انسان تأثیر به‌سزایی دارد و عبارت‌اند از نیاز به: محبت و تصدیق، حمایت و پشتیبانی، محدود ساختن زندگی، قدرت، بهره‌برداری از دیگران، حیثیت و آبرو، تحسین و تمجید، پیشرفت، استقلال و خودکفایی، کمال و انتقادپذیری.

شناختی:

از دیدگاه گلاسر «هویت»، هسته مرکزی و ضروری زندگی تمام انسان‌هاست. هویت یا به صورت موفق است یا به صورت شکست. به نظر او افراد دارای هویت موفق دو خصوصیت دارند که عبارت‌اند از: (۱) مطمئن هستند که فرد دیگری در این دنیا وجود دارد که آنها را طوری که هستند و به خاطر خصوصیتی که دارند، دوست می‌دارد (۲) این افراد احساس ارزشمندی می‌کنند و دست‌کم یک نفر در دنیا آنها را با ارزش می‌داند. بیماری انسان نتیجه عدم توانایی او برای تحقق نیازهایش، یعنی نیاز به محبت و نیاز به ارزشمندی است. بر طبق این دیدگاه هنگامی که افراد نتوانند یکی یا هر دو نیاز خود را ارضا کنند، درد روانی (اضطراب) را تجربه می‌کنند. بر اساس نظر گلاسر (۱۹۶۵) انسان‌ها به طور غریزی از طریق درگیری با دیگران در جست‌وجوی کاهش این درد هستند. چنانچه در ایجاد و حفظ درگیری با دیگران موفق شوند، اضطراب کم می‌شود و در غیر این صورت درد روانی افزایش می‌یابد.

جوانان و سلامت روان

تحقیقات پیمایشی میروفسکی و رأس (۱۹۸۹) نشان می‌دهد که رابطه بین سن و سلامت خطی صاف نیست، بلکه به صورت یک منحنی، سطوح آشفتگی به تدریج با عبور از مرحله جوانی و ورود به دوران میانسالی، تا حدود سن پنجاه سالگی کاهش می‌یابد. گزارش‌ها حاکی از آن است که میزان آشفتگی‌های روانی جوانان بین سنین ۲۰ تا ۳۵ سال، نسبتاً بالاست (تاسیگ، ۱۳۸۶: ۸۸). در این مرحله از زندگی افراد با تغییرات و رویدادهای گوناگونی نظیر اتمام تحصیلات، اشتغال، ازدواج، تولد اولین فرزندان و... روبه‌رو می‌شوند که نیاز به سازگاری قابل توجهی دارد. به تدریج و با افزایش سن، جوانان پایگاه‌ها و نقش‌هایی کسب می‌کنند که برای آنان منابعی را فراهم می‌سازند و به تبع امکان دسترسی بیشتر به منابع، غلبه بهتری بر مشکلات و استرس‌ها می‌یابند و میزان آشفتگی‌های روانی‌شان کاهش می‌یابد.

پایگاه اجتماعی - اقتصادی و سلامت روان

دو تبیین برای تعیین رابطه بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و اختلال روانی مطرح شده است:

۱. فرضیه انتخاب - اتفاق: بر اساس این تبیین، پایگاه اجتماعی، علت بیماری روانی نیست، بلکه برعکس این بیماری روانی است که علت پایگاه اجتماعی است. از آنجا که افراد بیمار (جسمی یا روانی) کمتر قادر به رقابت برای دستیابی به منابع اجتماعی از قبیل تحصیلات، درآمد و شغل هستند؛ بنابراین، از صحنه رقابت برای کسب پایگاه‌های اجتماعی بالاتر بیرون رانده می‌شوند. نکته قابل تأمل این است که تبیین فوق به عنوان یک الگوی جامعه‌شناختی واقعی

محسوب نمی‌شود، اما استدلال‌هایی که در باره این الگو صورت گرفته است، تقریباً به طور قطع صحت دارند.

۲. الگوی علیت اجتماعی: الگوی علیت معتقد است که پایگاه اجتماعی - اقتصادی علت بیماری روانی است. این الگو عملاً برای توصیف رابطه بین درآمد، شغل، تحصیلات، سلامتی و رفاه به کار برده می‌شود. در این الگو افراد معمولاً از طریق کسب تحصیلات و موفقیت در شغل و کسب درآمد، به سطح متناسبی از پایگاه اجتماعی - اقتصادی می‌رسند. افرادی که دارای پایگاه اجتماعی - اقتصادی پایین‌تری هستند، اغلب در محیطی زندگی می‌کنند که شرایط استرس‌زای بیشتری را برای آنان ایجاد می‌کند و به علت عدم دسترسی به منابع مالی، حمایتی و فقدان منابع شخصی، در مواجهه با تنش‌ها آسیب‌پذیرتر هستند.

تأهل و سلامت روان

محققان اجتماعی تا پیش از دهه ۱۹۶۰ اعتقاد داشتند که مردان متأهل در مقایسه با مردان مجرد به دلیل نیازهای اقتصادی خانواده خود و مسئولیت مالی در قبال تأمین این نیازها، فشارها و استرس‌های روزمره بیشتری را متحمل می‌شوند، اما تحقیقات و بررسی‌های اجتماعی آشکار ساخت که افراد متأهل کمتر از مجردها دچار آشفتگی‌های روانی می‌شوند. پرلین (۱۹۷۵) دریافت که ارتباط زناشویی صمیمانه و مستحکم، از زوجین در برابر فشارهای خاص زندگی حفاظت می‌کند. (تاسیگ: ۱۱۹) براساس نتایج تحقیقات، افراد متأهل در مقایسه با مجردها، به دلیل حضور یک شریک زندگی مطلوب و دوست داشتنی، از لحاظ سلامت روانی -

عاطفی در وضعیت بهتری قرار دارند؛ در مقابل، این نکته نیز مورد تأیید است که ازدواج نکردن و مجرد ماندن، از ازدواجی که در آن حمایت عاطفی، علاقه‌مندی، توجه و روابط برابر وجود ندارد، بهتر خواهد بود.

چارچوب نظری

با توجه به الگوی حمایت اجتماعی وایس^۳ و بررسی دیدگاه‌های متعددی که پیرامون سلامت روان وجود دارد، نقش ابعاد حمایت اجتماعی که وایس آنها را مطرح کرده است، در این دیدگاه‌ها به وضوح دیده می‌شود. بر اساس نظریه راجرز، نخستین شرط پیدایش شخصیت سالم، دریافت توجه مثبت نامشروط در دوره شیرخوارگی (یعنی ابراز عشق و محبت مادر بدون در نظر گرفتن چگونگی رفتار کودک) است. کودکی که با چنین احساسی پرورش یابد، در هر شرایطی خود را ارزشمند می‌داند. این نظریه در واقع نشان‌دهنده ارتباط بُعد وابستگی و عاطفی حمایت اجتماعی با سلامت روان است.

از دیدگاه مازلو، اگر چنانچه چهار نیاز سطح پایین (نیازهای جسمانی، نیازهای ایمنی، نیازهای محبت و احساس تعلق، نیاز به احترام) برآورده شود، آنگاه امکان تحقق خود (کمال‌نهایی، کاربرد همه توانایی‌ها و محقق شدن قابلیت‌ها) میسر می‌شود؛ چنانچه انسان در تلاش خود برای ارضای این نیاز نهایی با شکست روبه‌رو شود، احساس ناکامی و بی‌قراری می‌کند و از لحاظ روانی سالم نخواهد بود. این دیدگاه رابطه ابعاد وابستگی، پیوندهای قابل اطمینان با دیگران و انسجام اجتماعی را با سلامت روان تبیین می‌کند.

³. Weies

فروم، ویژگی شخصیت سالم (بارور) را داشتن رابطهٔ مسئولانه با دیگران، عشق، مشارکت، توجه، احترام و شناخت می‌داند (شولتس، ۱۳۸۳: ۸۳) و آدلر اعتقاد دارد که فرد دارای سلامت روان، روابط خانوادگی صمیمی و مطلوبی دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه‌های اجتماعی به درستی می‌شناسد. اعتقاد آلپورت نیز این است که شخصیت سالم متوجه دیگران است و به هیچ وجه خودمدار نیست. شخص بالغ با کسی یا چیزی فراسوی خود، فعالانه درگیر است، این شخص می‌تواند عشق بورزد و خود را در روابط مهرآمیز با دیگران گسترش دهد. این دیدگاه‌ها نیز مبین ارتباط ابعاد حمایت اجتماعی (وابستگی، انسجام اجتماعی، پیوند با دیگران، خودارزشمندی و فرصت برای رشد و پیشرفت) با سلامت روان است.

از سوی دیگر، توجه به انگیزه‌های روانی که به اعتقاد روان‌شناسان در حفظ ثبات، نگهداری و انسجام شخصیت فرد و کنش مؤثر وی در برخورد با مسائل و محرک‌های محیط نقش دارند، می‌تواند تأکیدی بر اهمیت ابعاد حمایت اجتماعی، در سلامت روان افراد باشد. این انگیزه‌ها عبارت‌اند از: (۱) کفایت، شایستگی و امنیت، نیاز انسان به احساس توانایی در انجام امور و امنیت داشتن در زندگی، (۲) تعلق، پذیرش، تأیید،

(۳) محبت و وابستگی: نیاز به محبت کردن و مورد محبت واقع شدن برای رشد شخصیت و عمل سالم فرد، این نیاز در سراسر زندگی فرد تداوم دارد و به ویژه در مواقع بحرانی یا استرس‌های شدید اهمیت بیشتری می‌یابد، (۴) عزت نفس، ارزش داشتن و هویت: نیاز فرد به داشتن احساس خوب نسبت به خودش و مورد احترام قرار گرفتن از جانب دیگران که به احساس کفایت و تأیید اجتماعی بسیار نزدیک است، (۵) ایجاد رابطهٔ غنی با دنیا: خودمحوری یا توجه زیاد به خویشتن، نوعی محدودیت انرژی و ضعف در زندگی شخصی را ایجاد می‌کند اما افرادی که

روابط گرم و معنی‌داری را با دیگران دارند یا به خاطر بهبود زندگی دیگران از نفع خویش می‌گذرند، احساس رضایت عمیقی را به دست می‌آورند.

براساس نظریه علیت اجتماعی، افراد با پایگاه اجتماعی پایین (تحصیلات پایین، درآمد کم)، در مقایسه با افراد دارای تحصیلات و درآمد بالا، چالش‌های بیشتری را در زندگی روزمره خود و برای کنارآمدن با تغییرات خواهند داشت که این موضوع سلامتی ایشان را تهدید می‌کند.

همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که افراد متأهل به دلیل حضور شریک زندگی مطلوب و دوست داشتنی، در مقایسه با مجردها، سلامت روانی - عاطفی بهتری دارند و ارتباط زناشویی صمیمانه و مستحکم، از زوجین در برابر فشارهای خاص زندگی حفاظت می‌کند. همچنین رابطه‌ی تأهلی به علت وجود هنجارهای قانونی و اجتماعی توأم با علاقه و دلبستگی زوجین، یک منبع بنیادی حمایت اجتماعی محسوب می‌شود.

فرضیه‌های پژوهش

۱. بین حمایت اجتماعی جوانان با میزان سلامت روان آنان رابطه مثبت وجود دارد.
۲. بین سلامت روان جوانان از نظر تعلق داشتن به پایگاه‌های اقتصادی - اجتماعی مختلف تفاوت وجود دارد.
۳. بین سلامت روان جوانان از نظر وضعیت تأهل تفاوت وجود دارد.
۴. بین حمایت اجتماعی جوانان متأهل و غیرمتأهل تفاوت وجود دارد.
۵. بین حمایت اجتماعی و افسردگی جوانان، رابطه منفی و معکوس وجود دارد.

۶. بین حمایت اجتماعی و اختلال کارکرد اجتماعی جوانان، رابطه منفی و معکوس وجود دارد.

۷. بین حمایت اجتماعی و نشانه‌های جسمانی جوانان، رابطه منفی و معکوس وجود دارد.

۸. بین حمایت اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی جوانان، رابطه منفی و معکوس وجود دارد

روش پژوهش

این پژوهش به روش پیمایشی است که یکی از روش‌های گردآوری، تنظیم و تحلیل داده‌هاست. با توجه به اینکه در این پژوهش به جمع‌آوری داده‌ها و سپس تحلیل آنها پرداخته شده است بنابراین، روش، در این پژوهش روش تحقیق علی و تحلیل همبستگی از نوع پس‌رویدادی به روش میدانی پیمایش است.

تکنیک جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه ساختاری با استفاده از پرسشنامه است. سؤال‌ها شامل ۲۸ سؤال پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ که در برگیرنده چهار بُعد سلامت روان (افسردگی، اختلال کارکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی) است و ۲۴ سؤال پرسشنامه حمایت اجتماعی کاترونا و راسل که در برگیرنده شش بُعد حمایت (راهنمایی و مشورت، وابستگی، انسجام اجتماعی، خودارزشمندی، وصلت و پیوند و فرصت برای رشد و پرورش) است، می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کارمندان جوان شهرداری تهران هستند که با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۳۲۰ نفر به عنوان نمونه تعیین شد. به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین ۲۲ منطقه شهرداری تهران، ۳ منطقه (۲، ۶، ۱۲) در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و

از آزمون‌های تحلیل واریانس و رگرسیون، t مستقل، مقایسه دوتایی و آزمون توکی استفاده شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه حمایت اجتماعی کاترونا و راسل^۴

این پرسشنامه اولین بار از سوی راسل و کاترونا در سال ۱۹۸۴ مطرح شد. سؤال‌های این پرسشنامه ۲۴ سؤالی، میزان اعتقاد فرد به حمایت‌های اجتماعی دریافتی خود را، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس حمایت اجتماعی کاترونا و راسل بر پایه الگوی وایس^۵ در مورد شش شرط متکی بر روابط اجتماعی که افزایش‌دهنده دریافت حمایت اجتماعی هستند، تنظیم شده است. بر این اساس، مقیاس کاترونا و راسل از شش خرده‌مقیاس راهنمایی و مشورت، وابستگی، انسجام اجتماعی، خودارزشمندی، وصلت و پیوند و فرصت برای رشد و پرورش تشکیل شده است. هر خرده‌مقیاس چهار سؤال دارد و به طور پراکنده در پرسشنامه حمایت اجتماعی مطرح می‌شود. تمام گویه‌های پرسشنامه دارای پنج گزینه هستند که به صورت (۴، ۳، ۲، ۱، ۰) نمره‌گذاری می‌شوند، در نتیجه نمره کل فرد از ۲۴ تا ۱۲۰ متغیر خواهد بود.

پایایی این پرسشنامه از سوی کاترونا و راسل ۰/۹۳ گزارش شده است، در ایران نیز دکتر محمد علی زکی، پایایی و روایی این مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵۳، مورد تأیید قرار داده است. اعتبار پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۲ به دست آمده که قابل قبول است.

^۴. Cutrona and Russell

^۵. Weies

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ

این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۷۲ از سوی گلدبرگ مطرح شد. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه که در این پژوهش از آن استفاده شده است، به وسیله گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن ایجاد شده است. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه با سؤال‌های مربوط به علائم جسمانی شروع می‌شود و در ادامه سؤال‌هایی که بیشتر علائم روانپزشکی را مطرح می‌کنند، ارائه می‌شود. پرسشنامه سلامت عمومی آزمونی است با ماهیت چندگانه و خود - اجراء که به منظور بررسی اختلالات غیرروان گسسته، طراحی و از چهار خرده‌آزمون تشکیل شده است که هرکدام هفت سؤال دارند.

تمام گویه‌های پرسشنامه دارای چهار گزینه هستند و دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. در این پژوهش، از روش دوم یعنی شیوه نمره‌گذاری لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) استفاده شده است. نمره کل فرد از ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود و نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است.

بررسی روایی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران حاکی از آن است که همبستگی بین خرده‌آزمون‌های آن با کل پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر است، بنابراین، می‌توان پذیرفت که آزمون GHQ در جامعه ایران نیز از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است.

مقادیر مربوط به پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر در جدول زیر آمده

است:

جدول ۱- پایایی مقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان

پایایی	مقیاس	پایایی	مقیاس	پایایی	مقیاس
۰.۸۸	سلامت روان	۰.۷۷۱	اختلال در کارکرد	۰.۷۷۲	نشانه‌های جسمانی
		۰.۸۸۸	افسردگی	۰.۸۲۶	اضطراب و بی‌خوابی

یافته‌ها

براساس یافته‌های پژوهش ۵۲ درصد از پاسخگویان زن و ۴۸ درصد نیز مرد بوده‌اند. از لحاظ سنی ۵۹.۱ درصد از پاسخگویان در رده سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (بیشترین فراوانی) و ۱۷.۳ درصد در رده سنی ۳۰ تا ۳۵ سال (کمترین فراوانی) قرار داشته‌اند. از لحاظ میزان تحصیلات، بیشترین پاسخگویان دارای تحصیلات لیسانس (۵۷.۱ درصد) و کمترین فراوانی را افراد با سطح تحصیلات متوسطه و پایین‌تر (۱.۶ درصد) داشته‌اند. از نظر وضعیت تأهل بیشترین فراوانی مربوط به پاسخگویان مجرد (۵۵.۴ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به پاسخگویان بی‌همسر در اثر طلاق و متارکه‌کرده (۰.۶ درصد)، هستند. از لحاظ میزان درآمد، بیشترین فراوانی مربوط به پاسخگویانی است که بین ۳۰۰ تا ۷۰۰ هزار تومان (۶۷.۵ درصد) درآمد داشته و کمترین فراوانی مربوط به پاسخگویانی است که دارای درآمدی زیر ۳۰۰ هزار تومان (۱۵.۶ درصد) هستند. وضعیت استخدامی ۳۸.۴ درصد از پاسخگویان (بیشترین فراوانی) خدمات اداری شهر و ۱۱.۱ درصد از پاسخگویان (کمترین فراوانی) رسمی و نیز سایر بوده است. از نظر سمت شغلی، بیشترین فراوانی مربوط به پاسخگویان کارشناس (۸۵.۶ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به پاسخگویان در رده‌های مدیریتی (۶.۹ درصد) است. از لحاظ پایگاه اقتصادی و اجتماعی، ۸۵.۳

درصد از پاسخگویان (بیشترین فراوانی) در طبقه متوسط و ۶.۹ درصد از پاسخگویان (کمترین فراوانی) در طبقه پایین قرار داشته‌اند.

از نظر پیوند قابل اطمینان با دیگران، ۷۸.۱ از پاسخگویان به میزان زیاد، ۱۸.۱ درصد به میزان متوسط ۳.۸ درصد به میزان کم از این بُعد حمایت بهره‌مند بوده‌اند. از نظر بُعد وابستگی حمایت اجتماعی ۷۴.۱ درصد از پاسخگویان به میزان زیاد، ۲۵.۳ درصد به میزان متوسط و ۰.۶ درصد به میزان کم برخوردار هستند. از نظر بُعد راهنمایی و اطلاعات ۷۷.۵ درصد از پاسخگویان به میزان زیاد، ۲۱.۳ درصد به میزان متوسط و ۱.۳ درصد به میزان پایین دسترسی داشته‌اند. از نظر بُعد فرصت برای رشد و پرورش ۶۲.۵ درصد به میزان زیاد، ۳۶.۹ درصد به میزان متوسط و ۰.۶ درصد به میزان پایین بهره‌مند بوده‌اند. از نظر میزان انسجام اجتماعی ۶۸.۱ درصد زیاد، ۳۰.۹ درصد متوسط و ۰.۹ درصد کم بوده است. از نظر بُعد اطمینان از ارزشمندی ۷۳.۱ درصد به میزان زیاد، ۲۶.۳ درصد به میزان متوسط و ۰.۶ درصد به میزان کم، بهره‌مند هستند. در مقیاس کلی میزان حمایت اجتماعی ۷۶.۹ درصد زیاد، ۲۲.۵ درصد متوسط و ۰.۶ درصد کم به دست آمد. از نظر بُعد نشانه‌های جسمانی سلامت روان، ۲۰.۶ درصد دارای نشانه‌های کم، ۴۸.۸ درصد دارای نشانه‌های متوسط و ۳۰.۶ درصد نیز دارای نشانه‌های جسمانی بالا بوده‌اند. از نظر بُعد اضطراب و بی‌خوابی سلامت روان، ۳۹.۱ درصد به میزان کم، ۳۵.۳ درصد به میزان متوسط و ۲۵.۶ درصد نیز به میزان زیاد دارای اضطراب و بی‌خوابی بوده‌اند.

از نظر بُعد اختلال در کارکرد اجتماعی سلامت روان ۴۶.۶ درصد به میزان کم، ۵۱.۳ درصد به میزان متوسط و ۲.۲ درصد نیز به میزان زیاد دارای اختلال در کارکرد بوده‌اند. از نظر بُعد افسردگی سلامت روان، ۸۰ درصد افسردگی کم، ۹.۷ درصد افسردگی متوسط و ۱۰.۳ درصد نیز افسردگی زیاد داشته‌اند. از نظر میزان

کلی سلامت روان ۴۶.۹ درصد به میزان زیاد، ۴۹.۴ درصد به میزان متوسط و ۳.۸ درصد نیز به میزان کم بهره‌مند بوده‌اند.

رابطه بین متغیرهای مستقل پژوهش با متغیر وابسته سلامت روان

■ بین حمایت اجتماعی جوانان با میزان سلامت روان آنان رابطه مثبت وجود دارد.

برای بررسی معنی‌داری رابطه با استفاده از معادله رگرسیون ضرایب همبستگی زیر برای متغیر حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن به دست آمده است:

جدول ۲- ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	۰.۳۲۳	۰.۰۰۰
وابستگی	۰.۲۶۴	۰.۰۰۰
راهنمایی	۰.۳۳۴	۰.۰۰۰
انسجام اجتماعی	۰.۲۶۱	۰.۰۰۰
خود ارزشمندی	۰.۲۹۶	۰.۰۰۰
وصلت و پیوند	۰.۱۹۹	۰.۰۰۰

ضریب بتای متغیر مستقل حمایت اجتماعی مؤثر بر میزان سلامت روان

جدول ۳- ضریب بتای متغیر مستقل حمایت اجتماعی مؤثر بر متغیر وابسته میزان سلامت

روان

سطح معناداری	t	ضرایب	
		خطای استاندارد	B

ثابت	۵۶/۸۱۱	۴/۴۳۴	۱۲/۸۱۴	۰.۰۰۰
حمایت اجتماعی	-۰/۲۷۶	۰/۰۴۵	-۶/۰۹۴	۰.۰۰۰

■ بین میزان سلامت روان جوانان از نظر تعلق داشتن به پایگاه‌های

اقتصادی و اجتماعی تفاوت وجود دارد.

برای بررسی وجود اختلاف معنی‌دار در سلامت روان، بین افراد دارای پایگاه‌های اقتصادی و اجتماعی، برابری متوسط سلامت روان در بین افراد با پایگاه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی، با استفاده از تحلیل واریانس به دست آمد. میانگین سلامت روان سه سطح به ترتیب زیر لحاظ شده است:

جدول ۴- میانگین سلامت روان در سطوح پایگاه اقتصادی - اجتماعی

پایگاه اقتصادی و اجتماعی	گروه ۱	گروه ۲
بالا	۲۸/۱۲۰۰	
متوسط	۲۹/۹۹۲۷	
پایین		۳۴/۰۴۵۵

■ بین میزان سلامت روان جوانان از نظر وضعیت تأهل تفاوت وجود

دارد.

برای بررسی وجود اختلاف معنادار در سلامت روان بین افراد با وضعیت‌های تأهل، برابری متوسط سلامت روان در بین افراد با وضعیت‌های تأهل متفاوت با استفاده از تحلیل واریانس به دست آمد. میانگین سلامت روان پنج سطح به ترتیب زیر لحاظ شده است:

جدول ۵- میانگین سلامت روان در وضعیت‌های مختلف تأهل (مجرد - متأهل - مطلقه)

سطح معناداری	میانگین مربعات	مجموع مربعات	
۰.۴۷۰	۱۴۲.۱۲۴	۳۷۲.۴۲۶	بین گروه‌ها
	۱۶۸.۳۳۲	۵۲۵۱۹.۵۲۷	درون گروه‌ها
		۵۲۹۴۵.۸۹۹	مجموع

■ بین میزان حمایت اجتماعی جوانان از نظر وضعیت تأهل تفاوت

وجود دارد.

برای بررسی وجود اختلاف معنادار در حمایت اجتماعی جوانان بین افراد با وضعیت‌های تأهل، برابری متوسط سلامت روان در بین افراد با وضعیت‌های تأهل متفاوت با استفاده از تحلیل واریانس به دست آمد. میانگین حمایت اجتماعی پنج سطح به ترتیب زیر لحاظ شده است.

جدول ۶- میانگین حمایت اجتماعی در وضعیت‌های مختلف تأهل (مجرد- متأهل-مطلقه)

سطح معناداری	میانگین مربعات	مجموع مربعات	
۰.۸۶۶	۵۵.۸۷۴	۱۶۷.۶۲۱	بین گروه‌ها
	۲۲۹.۶۸۸	۷۱۶۶۲.۶۱۶	درون گروه‌ها
		۷۱۸۳۰.۲۳۷	مجموع

■ بین حمایت اجتماعی و افسردگی جوانان رابطه منفی و معکوس وجود دارد.

■ بین حمایت اجتماعی و اختلال کارکرد اجتماعی جوانان رابطه منفی و معکوس وجود دارد.

■ بین حمایت اجتماعی و نشانه‌های جسمانی جوانان رابطه منفی و معکوس وجود دارد.

■ بین حمایت اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی جوانان رابطه منفی و معکوس وجود دارد.

برای بررسی معنی‌داری رابطه متغیر مستقل حمایت اجتماعی و ابعاد سلامت روان (افسردگی، اختلال کارکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی) با استفاده از معادله رگرسیون ضرایب همبستگی و تبیین زیر به دست آمده است.

جدول ۷- ضرایب همبستگی و تبیین مستقل و ابعاد مختلف متغیر وابسته

متغیر مستقل و متغیر وابسته	ضریب همبستگی	ضریب تبیین	سطح معناداری
حمایت اجتماعی و افسردگی	۰.۳۰۱		۰.۰۰۰
حمایت اجتماعی و اختلال کارکرد اجتماعی	۰.۳۰۴	۰.۰۹۳	۰.۰۰۰
حمایت اجتماعی و نشانه‌های جسمانی	۰.۰۸۶	۰.۰۰۷	۰.۱۲۴

۰.۰۰۰۰	۰.۰۶۱	۰.۲۴۶	حمایت اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی
--------	-------	-------	-----------------------------------

ضرایب بتای متغیر مستقل حمایت اجتماعی مؤثر بر میزان ابعاد سلامت روان

جدول ۸- ضرایب بتای متغیر مستقل مؤثر بر متغیر وابسته

سطح معناداری	t	ضرایب			ابعاد سلامت روان
		خطای استاندارد	B		
۰.۰۰۰۰	۷.۸۸۸	۱.۷۳۹	۱۳.۷۱۶	ثابت	افسردگی
۰.۰۰۰۰	-۰.۶۲۲	۰.۰۱۸	-۰.۱۰۰	حمایت اجتماعی	
۰.۰۰۰۰	۱۱.۲۷۵	۱.۱۲۱	۱۲.۶۴۴	ثابت	اختلال کارکرد اجتماعی
۰.۰۰۰۰	-۰.۶۹۶	۰.۰۱۱	-۰.۰۶۵	حمایت اجتماعی	
۰.۰۰۰۰	۹.۴۱۰	۱.۸۲۵	۱۷.۴۲۶	ثابت	اضطراب و بی‌خوابی
۰.۰۰۰۰	-۴.۵۲۶	۰.۰۱۹	-۰.۰۸۶	حمایت اجتماعی	

پیشنهادها

■ با توجه به یافته‌های به دست آمده از فرضیه اول و معنی‌داری رابطه حمایت اجتماعی با میزان سلامت روان و آمار به دست آمده که نشان می‌دهد ۶۷/۹ درصد از جوانان شاغل در شهرداری تهران از سلامت روان بالا و تنها ۳/۸ درصد از سلامت روان پایین برخوردار هستند و میزان حمایت‌های اجتماعی دریافتی ۷۶/۹ درصد از آنان نیز بالا است، لازم است با تقویت ابعاد حمایت اجتماعی، به عنوان یکی از عواملی که در میزان سلامت روان جوانان اثرگذار است، سلامت روان آنان نیز تقویت شود.

■ یافته‌های پژوهش نشان داد که هر چقدر فرد احساس امنیت و اطمینان بیشتری نسبت به دیگران و روابط نزدیک عاطفی با آنها داشته باشد، سلامت روان بالاتری دارد؛ بنابراین، کمک به تقویت شبکه‌های اجتماعی و پیوندهای قوی از طریق آموزش به جوانان و خانواده‌ها، برای سلامت افراد پیشنهاد می‌شود.

■ براساس یافته‌های پژوهش هر چقدر که فرد بیشتر احساس کند، صلاحیت‌ها، مهارت‌ها و ارزش‌های او از سوی دیگران ارزشمند و سودمند شمرده می‌شود، بر میزان سلامت روان او افزوده خواهد شد؛ از این رو، لازم است که نهادهای اجتماعی و به ویژه خانواده‌ها از طریق آموزش مهارت‌های زندگی در تقویت احساس خودارزشمندی جوانان تلاش کنند تا بدین ترتیب، از بروز اختلالات روانی مانند افسردگی آنان جلوگیری شود.

■ یافته‌ها نشان داد که احساس تعلق داشتن به گروهی که منافع، دلبستگی‌ها و سرگرمی‌های مشترکی با جوان دارد، در سلامت روان وی مؤثر است. بر این اساس، همان‌گونه که دورکیم نیز در نظریه انسجام اجتماعی خود، خودکشی را پیامد تضعیف رابطه فرد با جامعه انسجام اجتماعی عنوان کرده است؛ پیشنهاد می‌شود که سازمان‌ها و نهادهایی مانند: شهرداری‌ها،

آموزش و پرورش، آموزش عالی به تشکیل و تقویت کانون‌های جوانان که با نظر خود آنها در زمینه‌های مختلف فعالیت می‌نمایند، همت گمارند.

■ با توجه به نتایج به دست آمده هر چقدر دسترسی جوان به اطلاعات و آگاهی‌ها بیشتر و منابع اطلاعاتی در دسترس داشته باشد، از نظر سلامت روان در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرد، بنابراین ضرورت ارتقاء سطح دسترسی کلیه جوانان به خدمات مشاوره و روان‌شناسی و ترویج فرهنگ مشاوره از سوی نهادها احساس می‌شود. همچنین رسانه‌های گروهی نیز سهم مؤثری برای ایفای نقش آموزشی در این زمینه دارند.

■ همان طور که نتایج نشان داد، جوانان متعلق به پایگاه‌های اقتصادی - اجتماعی بالا و متوسط، سلامت روان بالاتری نسبت به طبقات پایین دارند، سازمان‌ها و وزارتخانه‌های مرتبط با مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی - اجتماعی (تحصیلات، اشتغال، درآمد) باید در راستای تقویت پایگاه جوانان به وظایف ذاتی خود عمل کنند. به عنوان نمونه، وزارت علوم، و تحقیقات و فناوری باید در برای ظرفیت‌سازی برای ارتقاء سطح تحصیلات جوانان و وزارت کار و امور اجتماعی در برای اشتغال‌زایی و فراهم کردن بازار کار متناسب با سطح تحصیلات آنان اقدام کنند.

منابع

- آرمسترانگ، دیوید. (۱۳۸۷)، *جامعه‌شناسی پزشکی*. ترجمه محمد توکل، چاپ دوم، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.

- بخشی پور رودسری، عباس و همکاران. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هفتم، پاییز و زمستان، شماره ۲۷ و ۲۸.
- بنی جمالی، شکوه السادات و احدی، حسن. (۱۳۷۳)، بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی. چاپ سوم، نشر نی.
- بیابانگرد، اسماعیل و جوادی، فاطمه. (۱۳۸۳)، سلامت روان شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران. فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴.
- تاسیگ، مارک؛ میکلو، جانت و سوبدی، سری. (۱۳۸۶)، جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی. ترجمه دکتر احمد عبداللهی، چاپ اول، انتشارات سمت.
- تقوی، سیدمحمد رضا. (۱۳۸۰)، بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روان‌شناسی، سال پنجم، شماره ۲۰.
- حسینی، سید ابوالقاسم. (۱۳۸۰)، تفکر سیستمی به عنوان شالوده علمی و اساسی برای فعالیت بهداشت روانی. فصلنامه علمی و پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال سوم، شماره ۱۱-۱۳.
- خدارحیمی، سیامک. (۱۳۷۳)، مفهوم سلامت روان شناختی. چاپ اول، انتشارات جاودان.
- خیراله پور، اکبر. (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی. مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه شهید بهشتی.

- دوران، بهزاد. پیشنهاد برای حل مسئله اعتیاد به مواد مخدر با اتکاء بر شبکه ارتباطات کامپیوتر واسط. فصلنامه ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات.
- دیماتو، ام رابین. (۱۳۷۸)، روان‌شناسی سلامت. ترجمه محمد کاویانی و همکاران، جلد اول، انتشارات سمت.
- ریزمن، لئونارد و انگویتا، ماریانو اف. (۱۳۸۳)، جامعه‌شناسی قشرها و نابرابری‌های اجتماعی کلاسیک. ترجمه محمد قلی‌پور، چاپ اول، انتشارات آوای کلک و نشر مرندیز.
- زکی، محمدعلی. (۱۳۸۷)، پایایی و روایی مقیاس حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه‌های اصفهان. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۴، زمستان.
- سارافینو، ادوارد.پ. (۱۳۸۴)، روان‌شناسی سلامت. ترجمه سیدعلی احمدی و همکاران، چاپ اول، انتشارات رشد.
- شولتس، دوان. (۱۳۸۳)، روان‌شناسی کمال، الگوهای شخصیت سالم. ترجمه گیتی خوشدل، چاپ یازدهم، نشر پیکان.
- شیلینگ، لوئیس. (۱۳۷۴)، نظریه‌های مشاوره (دیدگاه‌های مشاوره)، ترجمه سیده خدیجه آرین، چاپ دوم، انتشارات اطلاعات.
- عاطف وحید، محمد کاظم و همکاران. (۱۳۷۹)، تأثیر استرس شغلی بر خشنودی شغلی و سلامت روان: اثر تعدیل‌کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. مجله اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۲ و ۳، پاییز و زمستان.
- عنایتی، میرصلاح‌الدین و همکاران. (۱۳۸۵)، مقایسه سلامت عمومی، عزت نفس و حمایت اجتماعی در بیماران خودسوز و غیرخودسوز بستری در

بیمارستان سوانح و سوختگی چرومی شهرستان گناوه. مجله ارمنان دانش، دوره ۱۱، شماره ۱، بهار.

- قائدی، غلامحسین و یعقوبی، حمید. (۱۳۸۷)، بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر. مجله ارمنان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲، تابستان.

- قدسی، علی محمد. (۱۳۸۲)، بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی. رساله دوره دکتری جامعه‌شناسی. دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.

- محسنی تبریزی، علیرضا و راضی، اشرف. (۱۳۸۶)، رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روانی در میان دانشجویان دانشگاه تهران. فصلنامه مطالعات جوانان، شماره ۱۰ و ۱۱، پاییز و زمستان ۱۳۸۶.

- Yona Lunsky. (2008). *The impact of stress and social support on the mental health of individuals with intellectual disabilities*. salud pública de méxico / vol. 50, suplemento 2 de 2008.

- Claire Norris. (2009). **Effects of Network Capital and Social Support on Mental Health By Race and Class**. December.

- Sylvia Reitmanova. (2006). Diana L. Gustafson; **Social Determinants of Mental Health and Well-Being of St. John's Immigrants**, Memorial university; December 2006

- Antonucci, T. and Aklyama, H. C. (1987). **Social networks in adults life and a preliminary examination of the convey model.** journal of Gerontology,42, 519-527

- Litwak, B. (1985). Helping the elderly: **The complementary roles of informal networks and formal systems.** New York: Guilford.

- Perlman, Danial & fehr, Beverly. (1989). **Theories of friendship: The analysis of interpersonal attraction.** In Derlega,Valeriam,J., Winsstead, Barbara. A. (Eds), friendship and social interaction. New York: Springer-Verlag.9-40.

- Cantor, M. (1979). **Neighbors and friends :An overlooked resource in the informan support system.research on aging** ,1,434-463.