

حمایت اجتماعی و سلامت (مورد مطالعه: شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد)

پژمان ابراهیمی سیریزی

کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد
Pezhman.ebrahimi@yahoo.com

غلامرضا حسنی درمیان

استادیار جمعیت شناسی دانشگاه فردوسی مشهد
gh-hassani@um.ac.ir

مهدی کرمانی

استادیار جامعه شناسی دانشگاه فردوسی مشهد
m-kermani@ferdowsi.um.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد و نیز شناسایی رابطه برخی از متغیرهای جمعیت شناختی با سلامت انجام شده است. روش تحقیق، پیمایش و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه می باشد. جهت انتخاب حجم نمونه، از فرمول کوکران استفاده شده و ۳۰۰ نفر از شهروندان ۳۰ سال و بالاتر مشهدی در سال ۱۳۹۶ به روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای گزینش شدند. برای آزمون فرضیات و توصیف داده‌ها، از جداول توصیفی و آزمون‌های پیرسون و تی مستقل استفاده گردیده است. یافته‌ها در بُعد توصیفی نشان داد که میزان سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد به طور کلی در سطح بالاتر از حد متوسط قرار داشت (۷۷/۱۷۶ از نمره ۱۰۰) و همچنین میانگین حمایت اجتماعی شهروندان مشهدی در سطح بالاتر از متوسط و در سطح مناسب قرار داشت (۱۱/۰۹ از نمره ۱۴). در بُعد تحلیلی، آزمون فرضیات نشان داد که رابطه مستقیم و معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت وجود دارد. در مجموع، نتایج مطالعه حاضر دلالت بر این دارد که با افزایش میزان حمایت اجتماعی شهروندان، میزان سلامت آنها افزایش می‌یابد. همچنین سایر نتایج نشان داد افراد شاغل در مقایسه با غیرشاغلین و مردان در مقایسه با زنان از میانگین نمره سلامت بالاتری برخوردار بوده‌اند.

واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت، شهروندان، مشهد



۹۷۱۷۱-۲۳۰۱



مقدمه

قرن بیستم بیش از تمام تاریخ بشریت، دستخوش دگرگونی شیوه‌های زندگی و روابط اجتماعی و مسائل اقتصادی بوده است. تلاش برای صنعتی شدن، گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه‌ای که لازمه آن قبول شیوه‌های نوین زندگی است، اثر معکوسی بر سلامت انسان گذاشته است (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴). این موضوع توجه بسیاری از اندیشمندان حوزه‌های جامعه‌شناسی، روان‌شناسی اجتماعی و جامعه‌شناسی پزشکی و بسیاری از نهادهای بین‌المللی، از جمله سازمان بهداشت جهانی را به خود معطوف ساخته است. مفهوم سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدت‌ها با اتکا به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می‌شد؛ به طوری که سازمان بهداشت جهانی، سلامت را در نبود بیماری یا نقص و نوعی آسایش جسمی _ روانی و اجتماعی تعریف می‌کرد و تمامی تلاش‌ها را معطوف به جلوگیری از بازگشت بیماری‌ها می‌نمود. امروزه با تغییر رویکرد بیماری انگار و پیدایش دیدگاه‌های سلامت نگر، سلامت فقط روی یک محور که یک سوی آن بیماری و (نهایتاً مرگ) و در دیگر سو، سلامت افراد قرار داشته باشد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه مفهوم سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش باشد و دوم، افراد، گروه‌ها، اجتماعات محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند و سوم، با رویکردی کلان نگر، به نقش شاخص‌ها و عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در کنار عوامل خطر و عوامل محافظت کننده در سلامت، توجه خاص شود (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۱). با توجه به این تغییر نگرش‌ها، می‌توان گفت که احساس بیمار بودن حالت خاصی است که تنها دلالت بر وضعیت جسمانی فرد ندارد، بلکه ریشه در وضعیت اجتماعی او دارد. هنگام بیماری اگر نزد خانواده و نزدیک ترین دوستان باشیم، بیماری را به یک گونه احساس می‌کنیم و در مقابل، وقتی تنها و بی‌کس باشیم، بیماری را به گونه‌ای دیگر تجربه می‌کنیم. حضور عزیزترین فرد در کنار بیمار نوعی احساس پشتیبانی از فرد بیمار به او می‌بخشد و لذا او را در مواجهه با بیماری‌ها توانمند می‌سازد. برکمن و سیم به عنوان نظریه پردازان ایده تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی بر این نظر هستند که هر چه یگانگی فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می‌گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می‌گیرد (نبوی و همکاران، ۱۳۸۸). جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست شناختی و یا روانشناختی نیستند، بلکه به طور هم زمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می‌باشند. عوامل اجتماعی، همان گونه که می‌توانند نقش مهمی در ایجاد، حفظ، و ارتقاء سلامتی ایفا نمایند؛ در بروز، شیوع، و تداوم بیماری نیز دارای سهمی اساسی‌اند. به دیگر سخن، گرچه تردیدی نیست که «افراد در میزان آسیب پذیری نسبت به بیماری‌های روانی با یکدیگر تفاوت‌های زیستی و فردی دارند، اما مسئله این است که میزان این تفاوت‌ها تحت تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهمتر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند به مراتب بیشتر می‌شود (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). از این رو، توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اهمیت بسیار می‌یابد که یکی از مهمترین این عوامل، میزان حمایت اجتماعی ادراک و یا دریافت شده توسط افراد می‌باشد.

حمایت اجتماعی به عبارتی بر دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی که منابع حمایتی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کنند تأکید دارد. دوستان، آشنایان و خانواده، خدمات عینی و اطلاعاتی را فراهم می‌کنند که موجب می‌شود یک فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزئی از شبکه ارتباطی بدانند (حسینی حاجی بکنده و تقی پور، ۱۳۸۹).

حمایت اجتماعی یکی از پیامدهای اصلی روابط اجتماعی است که در فرهنگ‌های سراسر جهان مورد توجه است. حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به اشکال و طرق مختلف تعریف شده است. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند. ساراسون، حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو بعد واقعی و تصویری را در بر می‌گیرد (علی پور، ۱۳۸۵).

حمایت اجتماعی به احساس ذهنی تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن اطلاق می‌گردد. حمایت اجتماعی برای هر فرد یک رابطه امن را به وجود می‌آورد که در آن احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی آن است (ابراهیمی قوام، ۱۳۷۵). لیو، حمایت اجتماعی را به عنوان ارتباطات مفید بین افراد در نظر گرفته است. به عبارت دیگر منظور از حمایت اجتماعی، تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه به صورت دو سویه، غیررسمی و معمولاً خود به خودی و سودمند است. کوب، حمایت‌های اجتماعی را بر حسب سودمندی‌های آن یعنی احساس محبوبیت و ارزشمندی و تعلق به یک شبکه ارتباطی و پیوندهای دو جانبه با دیگران تشریح کرده است. وی در تمایز بین کمیت و کیفیت حمایت اجتماعی، اصطلاح شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی دریافتی را پیشنهاد می‌کند. شبکه اجتماعی یک دسته روابط فردی است که بر حسب سازه‌هایش (مثلاً تعداد افراد درگیر در روابط و تعداد کسانی که یکدیگر را می‌شناسند)



۹۷۱۷۱-۲۳۰۱



یا با گستره روابط ویژه تعریف می شود. حمایت اجتماعی دریافتی متضمن احساسات و افکار از چگونگی تعاملات یا روابط مفیدش در درون شبکه اجتماعی است. (ودادهیر و ساداتی، ۱۳۹۰).

با توجه به پیامدهای مؤثری که سلامت در زندگی افراد ایجاد می کند و زمینه ساز رشد مهارت های فکری و ارتباطی و عملکرد موفق فرد در زمینه کارکردهای ذهنی، ارتباطی، عاطفی، هیجانی می شود، ضرورت پرداختن به موضوع سلامت بیش از پیش احساس می شود. از سوی دیگر، امروزه زندگی شهری و اقتضائات آن، شهروندان را با فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی زیادی روبه رو کرده است. در این میان، یکی از راهبردهای مناسب برای کنار آمدن با فشارهای زندگی روزمره، جلب حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی از جنبه های گوناگون احساسی، اطلاعاتی، مصاحبتی و نظایر آن که در خلال رخداد های زندگی روزمره یا بحران هایی که فرد با آنها روبه روست، ظاهر می شود. فقدان یا کاستی حمایت اجتماعی، موجب آسیب پذیری در مقابل تنیدگی (فشار یا استرس) می شود و زمینه را برای بروز انواع اختلالات روانی، بویژه افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی فراهم می آورد. اسمیت و هابس معتقدند، اختلالات روانی ناشی از فروپاشی منابع حمایت اجتماعی، بویژه روابط خانوادگی هستند (حسینی و دودمان فیروز سالاری، ۱۳۸۹).

مطالعات اخیر در جامعه ایران، حاکی از ارتباط بین حمایت اجتماعی و سلامت است در این مطالعه نیز جهت آشنایی با مفاهیم و ابعاد متنوع موضوع مورد مطالعه و همچنین راهکارهای پیشنهادی محققین در زمینه سلامت، تعدادی از تحقیقات خارج و داخل کشور که در مورد سلامت صورت گرفته مرور شده است.

نتایج تحقیق رجبی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که بین عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان دانشجویان رابطه معنی داری وجود دارد.

زاهدی اصل و صالح (۱۳۹۳) پژوهشی را به منظور حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانباز اعصاب و روان در شهر تهران انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که خانواده، مهمترین منبع کسب حمایت اجتماعی از نظر همسران جانبازان محسوب می گردد. با توجه به اینکه همسران جانبازان در مدت زمان طولانی با شوهران خود پیوند عاطفی داشته به این ترتیب وضعیت سلامت اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می گیرد.

نتایج بررسی همتی و رحیمی علی آباد (۱۳۹۳) با عنوان رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان نشان داد که رابطه مستقیم و مثبتی بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت روانی زنان وجود دارد.

همتی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی تحت عنوان تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار به این نتیجه رسیدند که هرچه زنان سرپرست خانوار از حمایت بالاتری برخوردار باشند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده اند. در پژوهشی تحت عنوان ارتباط بین خشونت در مدرسه و سلامت روان نوجوانان با میانجیگری نقش حمایت اجتماعی، نتایج تحقیق بیانگر رابطه معنادار و مثبت میان حمایت اجتماعی با سلامت روان بود (Duru and Balkis, ۲۰۱۸).

در تحقیقی تحت عنوان نقش حمایت اجتماعی بر سلامت روان کودکان در جستجوی پناهگاه، یافته ها نشان دادند حمایت اجتماعی اثر مستقیمی بر افسردگی دارد و کودکانی که از حمایت خانواده و دوستانشان برخوردار بودند از سطح سلامت روان بالاتری نسبت به کسانی که از این منابع محروم بودند برخوردار بودند (Oppedal and Idsoe, ۲۰۱۵).

یافته های دیگر نشان داد که بین حمایت اجتماعی و مشکلات روانی دانش آموزان رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی می تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در نظر گرفته شود که منجر به کاهش مشکلات روان شناختی در میان دانش آموزان می شود (Yasin and Dzulkifli, ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش اختلاف جنسیت در ارتباط با حمایت اجتماعی، مشکلات ارتباط والدین _ فرزند و افسردگی و اضطراب نشان می دهد که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین تر افسردگی و اضطراب، مرتبط است و تصور می شود که حمایت اجتماعی، به عنوان سپری ضربه گیر در مقابل استرس عمل می کند (Landman Peeters et al, ۲۰۰۵).

بنابراین این پژوهش درصدد است به بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با سلامت شهروندان شهر مشهد بپردازد.

اهداف پژوهش

هدف اصلی

- بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد

اهداف فرعی

- بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی با ابعاد سلامت (روانی _ اجتماعی و فیزیکی)
- مقایسه سلامت شهروندان از نظر جنسیت
- مقایسه سلامت شهروندان از نظر وضعیت تأهل
- مقایسه سلامت شهروندان از نظر اشتغال
- بررسی رابطه بین سن با سلامت

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی

- بین حمایت اجتماعی و سلامت شهروندان رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد بدین معنا هر چه میزان حمایت اجتماعی شهروندان بیشتر باشد از سلامت بالاتری برخوردار خواهند بود.

فرضیه های فرعی

- بین ابعاد حمایت اجتماعی (خانواده و دوستان) و سلامت شهروندان رابطه وجود دارد.
- بین سطح سلامت شهروندان بر حسب جنسیت تفاوت وجود دارد.
- بین سطح سلامت شهروندان بر حسب وضعیت تأهل تفاوت وجود دارد.
- بین سطح سلامت شهروندان بر حسب وضعیت اشتغال تفاوت وجود دارد.
- بین سن و سطح سلامت شهروندان رابطه معکوس وجود دارد.

روش تحقیق

روش تحقیق در این پژوهش بر اساس هدف تحقیق، کاربردی و از لحاظ نحوه گردآوری داده‌ها پیمایشی است. همچنین، این پژوهش از لحاظ میزان ژرفایی، پنهانگر است و با در نظر گرفتن معیار زمان، مقطعی است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل تمام شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد می‌باشند که با استفاده از فرمول کوکران ۳۰۰ نفر برای نمونه در نظر گرفته شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، خوشه‌ای چند مرحله‌ای، شامل (منطقه، ناحیه شهری، محله، بلوک و خانوار) است که در وهله اول از سیزده منطقه شهر مشهد با توجه به سطح توسعه یافتگی مناطق با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده دو منطقه شهر که از منطقه بالای شهر منطقه ۱، از منطقه پایین شهر، منطقه ۵ انتخاب شدند و سپس در هر منطقه سه محله و از هر محله پنج بلوک و از میان بلوک‌ها، خانوارها به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه بوده و در این تحقیق از اعتبار محتوایی استفاده شده است. به همین منظور پرسشنامه تدوین شده به چند نفر از اساتید و متخصصان نشان داده شد و با استفاده از نظریات آنها، پرسشنامه اصلاح گردید. برای سنجش پایایی نیز از آلفای کرونباخ استفاده گردید. میزان آلفا برای سازه سلامت (۰/۸۵) و برای شاخص حمایت اجتماعی (۰/۷۲) بدست آمد که چون از ۰/۷ بالاتر است حکایت از مطلوب بودن همبستگی درونی گویه‌ها و پایایی ابزار دارد.

به منظور سنجش میزان سلامت از پرسشنامه استاندارد SF-۳۶ استفاده شده است که از طریق ۳۶ سؤال، سلامت شهروندان را از ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار می‌دهد و یکی از معتبرترین ابزار اندازه‌گیری سلامت عمومی در مطالعات جهانی محسوب می‌شود. مقیاس سنجش

سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر در دو بعد؛ شامل سلامت فیزیکی و روانی _ اجتماعی سنجش شده که نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ را در بر گرفته است و نمره بالاتر به منزله سلامت بالاتر است.

برای سنجش میزان حمایت اجتماعی شهروندان پس از بررسی مطالعات قبلی همچون پروسیدانو و هلر مجموعاً ۱۴ گویه طراحی گردید که پس از مطالعه مقدماتی مشخص گردید از قابلیت اعتماد مطلوب و قابل قبولی برخوردار است. همه گویه‌های این مقیاس بر اساس طیف ۲ درجه‌ای (درست و نادرست) سنجیده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS و علاوه بر توصیف داده‌ها، رابطه بین متغیرهای مستقل با متغیر وابسته با آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل انجام شده است.

یافته ها

یافته‌های توصیفی تحقیق

به طور کلی از بین ۳۰۰ شهروندی که مورد بررسی قرار گرفتند، میانگین سن پاسخگویان ۴۱/۳۹ سال بوده، ۳۲ درصد را زنان و ۶۸ درصد از جمعیت نمونه را مردان تشکیل داده‌اند. میانگین تعداد اعضاء خانواده‌های نمونه مورد بررسی ۴/۱۵ فرزند بوده است. بیش از نیمی از پاسخگویان ۵۱/۷ درصد شاغل تمام وقت، ۲۱ درصد شاغل نیمه وقت، ۱۴/۳ درصد شاغل پاره وقت و ۱۳ درصد نیز بیکار می‌باشند. از نظر نوع شغل، ۳۹/۳ درصد از پاسخگویان دارای شغل دولتی می‌باشند. همچنین ۴۸/۷ درصد نیز شغل آزاد دارند. ضمن آنکه ۱۲ درصد از پاسخگویان، شغل خود را اظهار نکرده‌اند. میانگین میزان هزینه متوسط ماهانه پاسخگویان ۱۶۳۶۴۱۵ تومان بوده. ۳۲/۳ درصد از پاسخگویان از بیمه خدمات درمانی و ۶۴/۷ درصد نیز از بیمه تأمین اجتماعی استفاده می‌کنند. همچنین ۳ درصد از پاسخگویان از سایر بیمه‌های درمانی استفاده می‌کنند. اکثر پاسخگویان یعنی ۷۹ درصد ازدواج کرده دارای همسر می‌باشند و گروه‌های ازدواج کرده فاقد همسر در اثر طلاق و ازدواج کرده فاقد همسر در اثر فوت هر کدام ۱ درصد و ۱۹ درصد از پاسخگویان هرگز ازدواج نکرده‌اند. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر سلامت، بیانگر آن است که میانگین سلامت پاسخگویان ۷۷/۱۷۶ می‌باشد که بالاتر از حد متوسط می‌باشد و در سطح مناسبی است. همچنین در بین مؤلفه‌های سلامت، میانگین مؤلفه روانی اجتماعی ۷۳/۶۹۶، و میانگین مؤلفه جسمانی (فیزیکی) ۷۹/۳۹۰ می‌باشد. همچنین توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب متغیر حمایت اجتماعی پاسخگویان در بازه ۰ تا ۱۴ (۱۱/۰۹) بدست آمد که نشان می‌دهد وضعیت حمایت اجتماعی شهروندان مناسب بوده است. بیشترین میانگین حمایت اجتماعی پاسخگویان مربوط به بُعد خانواده (۵/۹۶) و کمترین میانگین مربوط به بُعد دوستان (۵/۰۹) می‌باشد. مهمترین حامی افراد مورد مطالعه در درجه اول، خانواده و بعد دوستان بوده‌اند.

جدول شماره ۱: آماره های توصیفی متغیر سلامت و ابعاد آن

میانگین	میانه	مد	انحراف معیار	واریانس	حداقل	حداکثر
۷۷/۱۷۶	۸۲/۵۶	۸۴/۵۸	۱۶/۳۰۴	۲۵۶/۸۴۴	۲۲/۶۴	۱۰۰
۷۳/۶۹۶	۸۳/۰۳۵	۸۶/۴۳	۱۸/۳۷۹	۳۳۷/۸۱۱	۲۱/۰۷	۱۰۰
۷۹/۳۹۰	۸۵/۲۲۷	۹۰/۹۱	۱۶/۴۹۳	۲۷۲/۰۴۶	۱۹/۳۲	۱۰۰

جدول شماره ۲: آماره های توصیفی متغیر حمایت اجتماعی

میانگین	میانه	مد	انحراف معیار	واریانس	حداقل	حداکثر
۱۱/۰۹	۱۳	۱۴	۳/۴۱۵	۱۱/۶۶۶	۱	۱۴

یافته‌های استنباطی

آزمون فرضیات تحقیق

فرضیه اصلی تحقیق عبارت است از: بین حمایت اجتماعی شهروندان و سلامت آنها رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. به دلیل آنکه متغیر مستقل (حمایت اجتماعی) و متغیر وابسته (سلامت) در سطح فاصله‌ای قرار دارند، می‌توان از آزمون همبستگی پیرسون برای آزمون وجود رابطه معنادار بین آنها بهره برد. نتایج آزمون حاکی از آن است که میزان همبستگی متغیر مستقل حمایت اجتماعی با سلامت شهروندان برابر با ۰/۶۱۱ است. این نتیجه بیانگر وجود همبستگی مثبت (مستقیم) بین این دو متغیر می‌باشد؛ به عبارت دیگر، نتایج آزمون نشان می‌دهد که با افزایش حمایت اجتماعی شهروندان، میزان سلامت آنها افزایش می‌یابد. نتایج سطح معناداری نیز نشان می‌دهد که نتایج آزمون همبستگی بین دو متغیر حمایت اجتماعی و سلامت معنادار است و می‌توان با اطمینان ۹۹ درصد این نتیجه را به جامعه آماری تعمیم داد. بنابراین، این فرضیه تأیید می‌شود.

جدول شماره ۳: برآورد همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت

متغیر	متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
حمایت اجتماعی	سلامت	۰/۶۱۱	۰/۰۰۱

رابطه ابعاد حمایت اجتماعی با سلامت

نتایج آزمون نشان می‌دهد که میزان همبستگی بعد خانواده با سلامت شهروندان برابر با ۰/۵۹۲ با سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌باشد. این نتیجه بیانگر وجود همبستگی مثبت (مستقیم) بین بعد خانواده و سلامت می‌باشد؛ به عبارت دیگر، نتایج آزمون حاکی از آن است که با افزایش میزان حمایت از طرف خانواده، میزان سلامت شهروندان نیز افزایش می‌یابد. همچنین نتایج آزمون نشان می‌دهد بین میزان همبستگی بعد دوستان با سلامت ۰/۵۴۶ با سطح معناداری ۰/۰۰۱ می‌باشد. بنابراین فرضیه رابطه ابعاد حمایت اجتماعی با سلامت شهروندان تأیید می‌گردد.

جدول شماره ۴: برآورد همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت

ابعاد حمایت اجتماعی	متغیر وابسته	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
خانواده	سلامت	۰/۵۹۲	۰/۰۰۱
دوستان	سلامت	۰/۵۴۶	۰/۰۰۱

بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت

نتایج حاصل از مقایسه میانگین سلامت شهروندان زن و مرد نشان می‌دهد که مردان با میانگین نمره سلامتی برابر با ۸۱/۶ به طور معناداری سطح سلامت خود را بالاتر از زنان با میانگین نمره‌ای برابر با ۶۷/۷ ارزیابی کرده‌اند. در عین حال اختلاف معناداری بین میانگین نمرات شهروندان مجرد و متأهل مشاهده نشده است. در زمینه سطح سلامت در بین شهروندان شاغل و غیرشاغل، میانگین نمره سلامت شهروندان شاغل برابر با ۷۸/۷۵ و میانگین نمره سلامت شهروندان غیرشاغل برابر با ۶۶/۲ بوده است. این میانگین‌ها در سطح اطمینان ۹۹ درصد با یکدیگر اختلاف معنادار داشته‌اند. بنابراین شاغلین از میانگین سطح سلامت بالاتری از افراد غیرشاغل برخوردار بوده‌اند.

جدول شماره ۵: آزمون مقایسه میانگین میزان سلامت شهروندان با متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معنی داری
جنسیت	مرد	۸۱/۶	۱۲/۸	۷/۴۵	۰/۰۰۱
	زن	۶۷/۷	۱۸/۸		
وضعیت تأهل	متأهل	۷۶/۸۲	۱۶/۷۶	-۱/۷۹۹	۰/۰۷۵
	مجرد	۸۰/۵۹	۱۳/۳۷		
وضعیت اشتغال	شاغل	۷۸/۷۵	۱۶/۰۱	۴/۲۵	۰/۰۰۱
	غیرشاغل	۶۶/۲	۱۸/۱۴		

در زمینه رابطه سن و سطح سلامت نیز یافته‌های به دست آمده نشان می‌دهد که میزان همبستگی متغیر سن شهروندان با میزان سلامت آن‌ها ناچیز و به لحاظ آماری غیرمعنادار بوده است.

جدول شماره ۶: نتایج آزمون همبستگی بین سن شهروندان با سلامت

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سن	سلامت	۰/۰۱۳	۰/۸۲۲

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد صورت گرفته است. نتایج پژوهش در بُعد توصیفی نشان داد که میزان سلامت شهروندان ۳۰ سال و بالاتر شهر مشهد به طور کلی در سطح بالاتر از حد متوسط قرار داشت. از آنجا که اکثریت جمعیت در نمونه مورد بررسی با توجه به ساخت جمعیتی ایران، جمعیتی بین ۳۰ تا ۴۵ سال بوده و میانگین سن جمعیت مورد مطالعه ۴۱/۳۹ بوده است انتظار می‌رفت سلامت از حد متوسط بالاتر باشد. همچنین میانگین حمایت اجتماعی شهروندان مشهدی در سطح بالاتر از متوسط و در سطح مناسب قرار داشت. طی بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت در این پژوهش، از سویی وجود رابطه بین دو متغیر و از سوی دیگر، مستقیم بودن این رابطه مشخص شد؛ یعنی هر چقدر حمایت اجتماعی در افراد بالا می‌رود، سلامت آنها نیز افزایش می‌یابد که این امر با تحقیقات (نبوی و همکاران، ۱۳۹۳)، (ابراهیم نجف آبادی، ۱۳۹۰)، (Tahmasbipour and Taheri, ۲۰۱۲)، (Stewart and Suldo, ۲۰۱۱) همسو بود. همچنین بررسی سایر فرضیات نشان داد که از بین ابعاد حمایت اجتماعی، حمایت اجتماعی خانواده اهمیت بیشتری نسبت به حمایت دوستان دارد. در واقع، این تحقیق نشان داد کسانی که از حمایت اجتماعی بالای خانواده برخوردار بودند از سلامت بیشتری نسبت به سایر افراد برخوردار هستند که این یافته با تحقیقات (امیری، ۱۳۹۵)، (حقیقتیان و همکاران، ۱۳۹۰)، (حمیدی، ۱۳۸۹) مطابقت داشت. همچنین نتایج سایر فرضیات نشان داد که بین وضعیت اشتغال از نظر سلامت تفاوت معناداری وجود داشت و افراد شاغل از سلامت بیشتری نسبت به افراد غیر شاغل برخوردار بودند که با نتایج حاصل از بررسی (علی اکبری دهکردی و همکاران، ۱۳۸۹)، (یزدان پناه و نیک ووز، ۱۳۹۴)، (Keyes and Shapiro, ۲۰۰۴) همسو است. از نظر جنسیت مردان نسبت به زنان از وضعیت سلامت بالاتری برخوردار بودند که با نتایج (افشانی و همکاران، ۱۳۹۳)، (شربتی، ۱۳۹۱) همخوانی داشت. اما بین میزان سلامت شهروندان بر حسب سن تفاوت معناداری مشاهده نشد که با نتایج تحقیقات (سفیری و منصوریان راوندی، ۱۳۹۲)، (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲) در تخالف بود و همچنین بین وضعیت تأهل و سلامت تفاوت معناداری مشاهده نگردید که با تحقیق (نوریان نجف آبادی و جهانگیر، ۱۳۹۰) همسو بود و با تحقیق (قاضی و کیلی و همکاران، ۱۳۹۲) در تخالف بود. با عنایت به نتایج تحقیق، پیشنهاد می‌گردد که کارشناسان مطالعات اجتماعی (به ویژه در حوزه خانواده) راهکارهای افزایش حمایت اجتماعی خانواده را به عنوان مهمترین منبع حمایتی بررسی کنند. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا سیاست گذاران و مجریان حوزه سلامت، به طراحی سیاست های عملی‌ای بپردازند که به افزایش میزان حمایت اجتماعی و تقویت باورهای دینی و در نتیجه، کاهش فشارهای

روانی و ارتقاء سلامت منجر گردد. همچنین با توجه به نتایج پژوهش، خانواده از نظر منبع حمایت در اولویت اول قرار دارد. بنابراین با افزایش سطح آگاهی والدین باید به آنان آموخت که فضای صمیمانه و دوستانه را در خانواده ایجاد کنند و از مهارت‌های لازم در این زمینه برخوردار شوند تا با حفظ احترام نسبت به احساسات اعضای خانواده، در مواقع بحران و فشارهای روانی، جو مناسبی را در جهت توجه به نگرانی‌های دیگر اعضای خانواده بوجود آورند.

منابع

- ابراهیم قوام، صغری. (۱۳۷۵). نقش حمایت اجتماعی در حفظ سلامت جسمانی و روانی. *مجله تربیت*، ۱۲ (۱)، ۴۹-۴۲.
- ابراهیم نجف آبادی، اعظم. (۱۳۹۰). عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی). *فصل نامه سلامت و روان شناسی*، ۱ (۲)، ۹۹-۱۱۳.
- افشانی، سیدعلیرضا. رسولی نژاد، سیدپویا. کاویانی، محمد. سمیعی، حمیدرضا. (۱۳۹۳). بررسی رابطه سبک زندگی اسلامی با سلامت اجتماعی مردم شهر یزد. *مطالعات اسلام و روان شناسی*، ۸ (۱۴)، ۱۰۳-۸۳.
- امیری، محسن. (۱۳۹۵). رابطه عملکرد خانوادگی، حمایت اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی با استرس و سلامت روانی والدین کودکان ناشنوا. *فصلنامه علمی - پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰ (۴)، ۶۳-۷۵.
- حسین زاده، علی حسین. بهرامی نژاد، زهرا. فروتن کیا، شهروز. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی - عاطفی و پیوند قوی بر سلامت عمومی (مورد مطالعه: دانش آموزان پسر دبیرستان‌های شبانه روزی منطقه سردشت دزفول). *فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر*، ۶ (۱۷)، ۱۶۴-۱۴۳.
- حسینی، سید احمد. دودمان فیروزسالاری، سمانه. (۱۳۸۹). نقش حمایت اجتماعی در میزان سلامت روان کارمندان جوان شهرداری تهران. *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۱ (۳)، ۱۴۴-۱۱۱.
- حسینی حاجی بکنده، سید احمد. تقی پور، ملیحه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، ۳ (۷)، ۱۳۹-۱۵۸.
- حقیقتیان، منصور. حقیقت، فرشته. قریشی، سید رسول، محسنی پور، پروانه. (۱۳۹۰). تأثیر روابط خانوادگی بر بهداشت روانی فرزندان در شهر اصفهان. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۷ (۳)، ۳۶۳-۳۵۳.
- حمیدی، فریده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی. *فصلنامه روانشناسی نظامی*، ۱ (۲)، ۶۰-۵۱.
- رجبی، غلامرضا. علیبازی، هوشنگ. جمالی، اصغر. عباسی، قدرت اله. (۱۳۹۴). بررسی رابطه عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۲ (۲۱)، ۱۰۴-۸۳.
- ریاحی، محمد اسماعیل. وردی نیا، اکبر علی. پور حسین، سیده زینب. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان. *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۱۰ (۳۹)، ۱۲۱-۸۵.
- زاهدی اصل، محمد. صالح، صلاح الدین. (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران. *فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۱ (۱)، ۲۴۴-۲۰۸.
- زکی، محمد علی. خشوعی، مریم السادات. (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان. *مطالعات جامعه‌شناختی شهر*، ۳ (۸)، ۱۰۸-۷۹.
- سفیری، خدیجه. منصوریان راوندی، فاطمه. (۱۳۹۲). عنوان تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران. *جامعه شناسی کاربردی*، ۲۵ (۱)، ۷۰-۵۱.
- شربتیان، محمد حسن. (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد. *فصلنامه جامعه شناسی مطالعات جوانان*، ۲ (۵)، ۱۷۴-۱۴۹.
- علی اکبری دهکردی، مهناز. شکرکن، حسین. محتشمی، طیبه. (۱۳۸۹). رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان شاغل. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۳ (۵)، ۴۸-۳۷.



- علی پور، احمد. (۱۳۸۵). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی در افراد سالم: بررسی مدل تأثیر کلی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۲ (۲)، ۱۳۴-۱۳۹.
- قاضی وکیلی، زهره. نوروزی نیا، روح انگیز. کبیر، کوروش. کریمی، مهرداد. (۱۳۹۲). سلامت روان زوجین در شرف ازدواج و ارتباط آن با برخی مشخصات جمعیت شناختی. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۳ (۲)، ۸۸-۸۱.
- کلانتری، عبدالحسین. حسینی زاده آرانی، سید سعید. سخایی، ایوب. امام علیزاده، حسین. (۱۳۹۴). انزوا و سلامت: بررسی ارتباط میان انزوای اجتماعی و سلامت روان شهروندان +۱۸ سال تهرانی با عطف توجه به نقش میانجیگرانه حمایت اجتماعی. *دوفصلنامه پژوهش های جامعه شناسی معاصر*، ۴ (۶)، ۱۱۶-۸۹.
- نبوی، سید حمید. علیپور، فردین. حجازی، علی. ربانی، الهام. (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در سالمندان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۷ (۷)، ۸۴۶-۸۴۱.
- نبوی، عبدالحسین. رضادوست، کریم. بهرامی نژاد، زهرا. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت عمومی سالمندان. *مجله جامعه شناسی ایران*، ۱۰ (۴)، ۲۷-۱.
- نوریان نجف آبادی، محمد. جهانگیر، نرجس. (۱۳۹۰). رابطه بین میزان اعتماد اجتماعی و سلامت روانی (مطالعه موردی: معلمان شهرستان تیران و کرون). *جامعه شناسی تاریخی*، ۳ (۲)، ۵۹-۳۵.
- ودادهی، ابوعلی. ساداتی، سیدمحمدحسینی. (۱۳۹۰). سلامت در زندگی اجتماعی-فرهنگی شهر (بازنگری در آراء و مطالعات اجتماعی-فرهنگی مرتبط با سلامت در کلان شهر تهران). تهران: انتشارات موسسه بین المللی پژوهشی فرهنگی هنری جامعه و فرهنگ.
- همتی، الهام. مهدوی، محمد صادق. بقایی سرابی، علی. (۱۳۹۱). تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن. *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، ۶ (۱۸)، ۶۱-۴۵.
- همتی، رضا. رحیمی علی آباد. (۱۳۹۳). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی (مطالعه موردی زنان شهر خلخال). *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، ۱۰ (۴۲)، ۱۱۹-۱۰۵.
- یزدان پناه، لیلا. نیکورز، طیبه. (۱۳۹۴). رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. *جامعه شناسی کاربردی*، ۳ (۳)، ۱۱۶-۹۹.

Duru, E., & Balkis, M. (۲۰۱۸). Exposure to school violence at school and mental health of victimized adolescents: the mediation role of social support. *Child abuse & neglect*, ۷۶, ۳۴۲-۳۵۲.

Keyes, C. L. M. &. Shapiro, A. (۲۰۰۴). Social Well-being IN The U.S.: A Descriptive Epidemiology, *Healthing Are You? A National Study OF Well-being Of Midlife*, Chicago: University Of Chicago Press.

Landman-Peeters, K. M., Hartman, C. A., van der Pompe, G., den Boer, J. A., Minderaa, R. B., & Ormel, J. (۲۰۰۵). Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. *Social Science & Medicine*, ۶۰(۱۱), ۲۵۴۹-۲۵۵۹.

Oppedal, B., & Idsoe, T. (۲۰۱۵). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian journal of psychology*, ۵۶(۲), ۲۰۳-۲۱۱.

Stewart, T., & Suldo, S. (۲۰۱۱). Relationships between social support sources and early adolescents' mental health: The moderating effect of student achievement level. *Psychology in the Schools*, ۴۸(۱۰), ۱۰۱۶-۱۰۳۳.

Tahmasbipour, N., & Taheri, A. (۲۰۱۲). A survey on the relation between social support and mental health in students Shahid Rajaei University. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, ۴۷, ۵-۹.

Yasin, A. S., & Dzulkifli, M. A. (۲۰۱۰). The relationship between social support and psychological problems among students. *International Journal of Business and Social Science*, ۱(۳).