



بررسی رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد نقده

حمزه سلمان پور استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نقده

Hamzehsalmanpour11@gmail.com

چکیده: هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی در بین دانشجویان بود. افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قرن بیست و یکم نسبت قابل توجهی از انسانها را به خود دچار کرده است. این بیماری می‌تواند بر چگونگی تفکر و رفتار انسانها تأثیر مخربی داشته باشد. تحقیقات در زمینه افسردگی در جوامع دانشجویی نشان از نسبت میزان افسردگی در بین آنها دارد. افسردگی در بین دانشجویان مسئله‌ای با اهمیت است، زیرا از موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان می‌کاهد و آنها را از رسیدن به جایگاه ویژه و شایسته باز می‌دارد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه حمایت اجتماعی دانشجویان با افسردگی آنان می‌باشد.

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بوده و جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان دختر و پسر شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی رشته های علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نقده در سال ۱۴۰۳ تشکیل داده‌اند. جامعه پژوهش شامل ۸۰ نفر بوده که به صورت نمونه گیری تصادفی انجام شده است. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه های استاندارد (تست افسردگی بک و حمایت اجتماعی دوک) استفاده شده است. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-23 و توسط آزمون های آماری مناسب تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میزان ضریب همبستگی مشاهده شده بین حمایت اجتماعی دانشجویان با افسردگی آنان در سطح معناداری $P < 0/01$ و با درجه آزادی ۷۸ معنادار است. همچنین نتایج تحقیق نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی در کاهش افسردگی نقش بسزایی دارد. پس می‌توان از یافته های این پژوهش برای تدوین برنامه هایی جهت افزایش حمایت اجتماعی دانشجویان استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، حمایت اجتماعی، دانشجویان

مقدمه و بیان مساله

دانشجویان از ارکان اصلی نیروهای انسانی کشور محسوب می‌شوند و نقش به سزایی در تحول، پیشرفت و تعالی هر کشوری دارند. با توجه به اهمیت نقش دانشجویان در پیشرفت و تعالی جوامع، طبیعی است که بررسی عوامل مؤثر در رشد، ارضای نیازهای روانی و تأمین سلامت جسمانی و روانشناختی این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد (میرزائیان، باعزت و خاکپور، ۱۳۹۰). از سویی، ورود به دانشگاه یک رویداد مهم و بسیار حساس در زندگی نیروهای کارآمد و فعال جوان در هر کشوری به شمار می‌رود، که غالباً با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و فردی آنها همراه است (احمری طهران، حیدری، کجویی، مقیسه و ایرانی، ۱۳۸۷).



افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم، وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم های بیولوژیک همراه است؛ که منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می شود. این بیماری با احساس یاس و ناامیدی، ناراحتی، فقدان هرگونه انگیزه و امید و کاهش سطح اعتماد به نفس و بدبینی همراه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷ به نقل از جلیلیان و همکاران، ۱۳۹۰) محققین شیوع افسردگی در بین دانشجویان را بالا گزارش نموده اند؛ که می تواند موجب خودکشی، اعتیاد، اعتماد به نفس پائین، افت تحصیلی و در مجموع اختلال در عملکردهای مختلف شغلی، خانوادگی و اجتماعی شود و به طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه های هنگفتی را به جامعه تحمیل می نماید (شریفی و همکاران، ۱۳۷۹ به نقل از جلیلیان و همکاران، ۱۳۹۰).

حمایت اجتماعی، اشاره به سیستم حمایتی دارد که فرد کمک های عاطفی، مالی، اجتماعی و شناختی را از محیط اطراف خود دریافت می کند (کوماگیز و ساهین، ۲۰۱۷)

حمایت اجتماعی به کاهش فشار روانشناختی در دوره های بحران کمک می کند و سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار می دهد (پاک نهاد و مداحی، ۱۳۹۶). حمایت اجتماعی از جانب دوستان، در مقابل اثرات منفی استرس از دانشجویان حمایت می کند و احساس عزت نفس و ارزشمندی در آنها به وجود می آورد. همچنین بودن در چنین فضای حمایت گری یک عامل مهم مقاومت در برابر افسردگی است (تایلور، ۲۰۰۲). بنابراین ما در این پژوهش به اثرات حمایت اجتماعی در رابطه با افسردگی دانشجویان می پردازیم.

سلامت روان یکی از مهمترین شاخصه های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می گردد. برخورداری از این نعمت الهی در داشتن زندگی آسوده و دستیابی به اهداف عالیه حایز اهمیت زیاد است. محرومیت از این موهبت، انسان ها را دچار مشکلات عدیده ای خواهد کرد (فروتنی محمدرضا، ۱۳۸۴). شناسایی مشکلات و اختلالات روانی افراد نیازمند توجه خاص به رفتار آنها و به کارگیری روش ها و تست های دقیق تشخیصی است. در تمام جوامع افراد در معرض اختلالات روانی متعددی قرار دارند. در میان اختلالات روانی شایع در جوامع، افسردگی یکی از شایع ترین بیماریهای اعصاب و روان است که به زمان و مکان و شخص خاصی محدود نیست و همه گروه ها و رده های جامعه را در بر می گیرد. اما میزان شیوع آن، نسبت به سن و جنس، گروه ها و مکان های مختلف، متفاوت است. ورود افراد، بخصوص گروه دانشجویان جوان؛ به یک نقطه مکانی جدید، آنها را در معرض فشارهای متعدد، از جمله «شوک فرهنگی» قرار خواهد داد. این فشار روانی می تواند زمینه ساز ناهنجاری های متعدد در افراد گردد (آزاد مرزآبادی، ۱۳۸۳، به نقل از فروتنی، ۱۳۸۴، ص ۱۲۴).



از طرف دیگر، دیدگاه غالبی وجود دارد که کمبود حمایت اجتماعی، خطر افسردگی را افزایش می‌دهد (ویندل، ۱۹۹۲). حمایت اجتماعی به عنوان اطلاعاتی است که شخص را بر این باور هدایت می‌کند که مورد عشق و علاقه، تأیید و ارزش از طرف خانواده و همسالان است و در معنای وسیع تر متعلق به شبکه ای از ارتباطات و وظایف متقابل است (کوب، ۱۹۷۶). هنگامی که فرد درک کند توسط اطرافیان پذیرفته شده و در روابط بین فردی، عنصر مهمی است، عزت، اطمینان و کارایی وی افزایش می‌یابد و در نتیجه در مقابل افسردگی محافظت می‌شود (ویندل، ۱۹۹۲، به نقل از ملکی پیربازاری، نوری و صرامی، ۱۳۹۰، ص ۲۷). منابع حمایت اجتماعی بسیار متنوع هستند. محیط خانواده، اولین محل کسب تجارب حمایت اجتماعی است. از دیگر منابع حمایت اجتماعی می‌توان به همسالان، دوستان، خویشاوندان، همسایه ها و همکاران اشاره کرد. طبق نظر بالبی، اعضای خانواده و دوستان منابع اصلی حمایت اجتماعی هستند (کاسیدی، ۱۹۹۹، به نقل از ملکی پیربازاری، نوری و صرامی، ۱۳۹۰، ص ۲۷). بنابراین ما در این پژوهش می‌خواهیم به این سوال اصلی جواب بدهیم که حمایت اجتماعی چقدر می‌تواند بر افسردگی دانشجویان تأثیر گذار باشد؟

ضرورت و اهمیت مسأله

افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است به طوری که عده ای آن را سرماخوردگی روان پزشکی می‌نامند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از کرینگ، دیویسون، نیل، جانسون، ۱۳۸۸). دانشجویان از اقشاری هستند که افسردگی در آنان بسیار شایع است (آزاد، ۱۳۷۸؛ به نقل از رستمی ثانی و آرین، ۱۳۸۷) زیرا با عوامل تنش زای زیادی در طول تحصیل مواجه هستند. تغییر محل زندگی و جداشدن ناگهانی از خانواده، ناآشنا بودن با محیط دانشگاه یا فرهنگ حاکم، عدم علاقه به رشته تحصیلی، ناسازگاری با سایر افراد محیط، فشار تحصیلی و دلهره امتحان، کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی بر دانشجویان استرس زیادی وارد می‌کند (باقری زاده، براتی و ملک زاده، ۱۳۸۵).

از آنجای که آثار زیانبار و شیوع فراوان افسردگی در دانشجویان، از موفقیت و پیشرفت تحصیلی آنان می‌کاهد و بازده علمی آنان را پایین می‌آورد. همچنین با توجه به این که دانشجویان سرمایه های آینده هر کشور محسوب می‌شوند، بنابراین توجه به افسردگی دانشجویان و شناخت عواملی که به سبب شناسی افسردگی کمک می‌کند، ضروری به نظر می‌رسد (ملکی پیربازاری، نوری و صرامی، ۱۳۹۰، ص ۲۷).

همچنین حضور در کلاس، شرکت در امتحانات، انجام تکالیف و پروژه ها، غربت، مخارج سنگین و هزینه های زندگی، انتظارات خانواده و دانشگاه، دوری از خانواده و آینده مبهم از عوامل مستعد کننده افسردگی در بین دانشجویان می‌باشد (آرتور، ۱۹۹۸).



پژوهشگران رویدادهای منفی زندگی و پائین بودن سطح حمایت اجتماعی را دو عامل مرتبط با افسردگی عنوان کرده‌اند (فوکونیشی و همکاران، ۱۹۹۷). در این راستا حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است که نقش آن به عنوان فرایند ضربه گیر استرس مطرح شده و سودمندی روانشناختی آن ممکن است ناشی از اثر بر روی ارزیابی ذهنی عوامل فشار، انتخاب شیوه های مؤثر سازگاری، احساس عزت نفس و مهارت های فردی باشد (راتوس، ۲۰۰۷). بنابراین حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی می کند و در کاهش آثار منفی استرس های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می شود و به تبع آن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم خواهد داشت بسیار تأثیر گذار است و آسیب پذیری فرد را نسبت به استرس، افسردگی و انواع بیماری های روانی و جسمانی کاهش می دهد (کالاگان و موریسی، ۱۹۹۳). در این راستا اوریت و همکاران بر این باورند که فرد براساس تجارب پیشین ممکن است نتیجه گیری نماید که از حمایت اجتماعی برخوردار است یا خیر، و چنان چه پاسخ مثبت باشد، تعامل با شبکه اجتماعی افزایش یافته و اثر منفی رویدادهای زندگی کاهش می یابد (اوریت و همکاران، ۱۹۸۵). لذا پژوهش در این زمینه بسیار حائز اهمیت و ضروری می باشد.

ادبیات موضوع

حمایت اجتماعی شکل بنیادین و اساسی مراوده انسانی است که بین افراد در درون شبکه ای از روابط و وقایع زندگی عادی، روزمره و اضطرابی مبادله می شود (افشاری، ۱۳۸۶). بیشتر تعاریف اولیه از حمایت اجتماعی ریشه در درک افراد از محبوبیت و مورد توجه و احترام بود نشان دارد. موس (۱۹۷۳) «حمایت را به عنوان احساس فرد از تعلق داشتن، محبوب یا مورد قبول واقع شدن، مورد نیاز بودن، به خاطر خودش و برای آنچه که می توان انجام دهد» تعریف کرده است (احمدی، ۱۳۸۰). حمایت اجتماعی به نظر برانول و شوماکر (۱۹۸۴) تبادل منابع بین حداقل دو فرد است که یکی از آنها دریافت کننده آن می باشد و به منظور افزایش خیر و سعادت فرد دریافت کننده انجام می پذیرد (بهمنی، ۱۳۸۱). نظریه های مختلفی پیرامون حمایت اجتماعی مطرح شده است برخی از نظریه ها تأکید بر پیوندهای اولیه فرد با اعضای خانواده دارد (مندرسون، ۱۹۸۲) و برخی نظریه ها بر گستره تماس های روزانه فرد با اعضای شبکه ارتباط اجتماعی اشاره می کند و تئوری هایی نیز به هر دو جنبه (پیوندهای اولیه با اعضای خانواده و رابطه با اعضای شبکه اجتماعی) پرداخته اند و در نهایت بعضی تئوری ها به بررسی مکانیزم های حمایت اجتماعی می پردازند.

کهن و ویلز (۱۹۸۵) بیان می کند که حمایت اجتماعی ترکیبی از سه عنصر عاطفه، تصدیق و یاری است، عاطفه شامل ابراز عشق و محبت، تصدیق، آگاهی از رفتار و بازخوردهای مناسب و یاری شامل مساعدت مستقیم (مانند پول قرض دادن و یاری دادن در انجام



کارها) است. حمایت اجتماعی تبادل منابع حداقل بین دو فرد است که یکی از آنها دریافت کننده آن است که به منظور افزایش خیر و سعادت فرد دریافت کننده انجام می پذیرد (برانول و شوماکر، ۱۹۸۴). از ویژگی های تعلق به شبکه ارتباطی، داشتن تعهدات متقابل نسبت به یکدیگر است که از عناصر حمایت اجتماعی محسوب می گردد (کوب، ۱۹۷۶).

بررا (۱۹۸۶) و کومینز (۱۹۸۸) در بررسی حمایت اجتماعی دو مفهوم از حمایت اجتماعی را مطرح کرده اند که عبارت است از: ۱- دریافت حمایت ۲- ادراک حمایت، منظور از دریافت حمایت میزان برخورداری فرد از حمایت های هیجانی آشکار همچون کمک و مساعدت عینی از سوی خانواده و دوستان است که می توان آن را با اندازه گیری تعداد حامیان و میزان دسترسی و برخورداری فرد از انواع حمایت اجتماعی تعیین کرد. منظور از حمایت ادراک شده، ادراک قابلیت دسترسی و کفایت انواع مختلف حمایت است، اغلب حمایت ادراک شده را معادل رضایتمندی و داشتن حمایت اجتماعی توأم با عواطف مثبت می دانند. براساس یافته های تجربی مبتنی بر تئوری دو عاملی، حمایت اجتماعی تنها در رفع نیاز به تحول از طریق ایجاد عواطف مثبت مؤثر است. به نظر بردبورن (۱۹۶۵)، اجتماعی بودن مستقیماً همراه با عواطف مثبت است و عواطف منفی نیز با نشانه شناسی مرضی همراه است.

راتوس (۱۹۰۰) معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات نامطلوب فشار روانی را از پنج طریق تعدیل و تضعیف می کند: ۱- توجه عاطفی: شامل گوش دادن به مشکلات افراد و ابراز احساسات، همدلی، مراقبت، فهم و قوت قلب دادن؛ ۲- یاری رسانی: یعنی ارائه حمایت و یاری که به رفتار انطباقی می انجامد؛ ۳- اطلاعات: ارائه راهنمایی و توصیه جهت افزایش توانایی مقابله ای افراد؛ ۴- ارزیابی: ارائه پسخوراند از سوی دیگران در زمینه کیفیت عملکرد منجر به تصحیح عملکرد؛ ۵- جامعه پذیری: دریافت حمایت اجتماعی معمولاً به واسطه جامعه پذیری به وجود می آید در نتیجه اثرات سودمندی به دنبال می آورد. پژوهش ها به طور ثابت بر نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی بر استرس تأکید داشته اند (فلمینگ و همکاران، ۱۹۸۲، به نقل از پیروی، ۱۳۸۶).

ایتروپی و همکاران (۲۰۰۵) اشاره کردند که حمایت اجتماعی به مثابه یک تعدیل کننده تجربه سوگ عمل می کند. افرادی که فقدان را تجربه می کنند وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با آن کنار می آیند و بهبودی از تجربه سوگ با سهولت بهتری صورت می گیرد. همچنین حمایت اجتماعی در کاهش علائم افسردگی پس از سوگ تأثیر معناداری می گذارد (همان منبع).

پژوهش های متعددی ارتباط معکوس بین حمایت اجتماعی و ابتلا به افسردگی را خاطر نشان کرده اند. به طور کلی افرادی که قادر به حفظ شبکه های ارتباطی خود در خلال زندگی باشند احساسی از مهار شخصی و اعتماد به نفس در آنها شکل می گیرد که به نوبه خود



امکان تحمل مشاجره‌های خانوادگی، تنهایی و جدایی از دوستان و خویشاوندان را فراهم می‌سازد در حالی که فقدان این احساس و اطمینان، افسردگی را در سنین بعدی پیش‌بینی می‌کند (همان منبع)

تمامی افراد بعضی از اوقات احساس گرفتگی یا ناراحتی می‌کنند. اما این احساسات معمولاً گذرا هستند و در خلال چند روز فراموش می‌شوند. ولی زمانی که شخص آشفتگی و بی‌نظمی افسرده‌کننده‌ای دارد این افسردگی در زندگی و فعالیتهای معمولی وی تأثیر می‌گذارد و با بی‌نظمی و اختلال باعث رنج و زحمت فرد و کسانی می‌شود که با او در ارتباط هستند. افسردگی معمول و عادی به نظر می‌رسد اما بیماری جدی و مهمی است و بیشتر کسانی که آن را تجربه می‌کنند برای بهبود یافتن به مداوا و درمان نیاز دارند. بسیاری از افراد که بیماری افسردگی دارند به دنبال راه درمان آن نمی‌گردند. در صورتیکه اکثریت کسانی که حتی دارای شدیدترین افسردگی می‌باشند با معالجه و درمان بهبود می‌یابند. افسردگی اشکال مختلفی دارد که عبارتند از: افسردگی اساسی، که با ترکیبی از علائم مشخص می‌شود و باعث اختلال در توانایی‌های فرد از قبیل کارکردن، خوابیدن، مطالعه کردن، غذا خوردن، و یا انجام فعالیتهای لذت بخش می‌شود. افسردگی اساسی ناتوان‌کننده است و فرد را از کار کردن و فعالیت به صورت عادی باز می‌دارد. این نوع افسردگی ممکن است فقط یکبار در طول زندگی فرد رخ دهد اما اغلب ادامه دار است و در زندگی فرد تکرار می‌شود.

تشویق‌های مختل‌کننده مانند - فشارهای عصبی آسیب‌زا، وسواس بودن وحشت‌زدگی، ترس از اجتماع معمولاً با افسردگی همراه است (دوان و همکاران، ۲۰۰۵).

افسردگی در میان زنان نسبت به مردان رایج‌تر است. عوامل زیست‌شناختی، هورمونی، چرخه‌ی زندگی و عوامل روانی اجتماعی که مربوط به زنان است با میزان بیشتر افسردگی در زنان ارتباط دارد محققان نشان دادند که هورمون‌ها به صورت مستقیم روی مغز تأثیر می‌گذارند که عواطف و احساسات و حالات فرد را کنترل می‌کند. برای مثال زنان مخصوصاً بعد از زایمان در معرض مبتلا به افسردگی هستند. بسیاری از مادرها دوره‌ی سریع حزن و اندوه را تجربه می‌کنند. اما بعضی‌ها به افسردگی شدیدتر توسعه پیدا می‌کنند. در شرایط کمی جدی‌تر، نیاز به شروع درمان و حمایت احساسی برای مادر است. بسیاری از زنان در کار و وظایف خانه با استرس اضافی مواجه می‌شوند اما این موضوع همچنان مبهم باقی مانده که چرا بعضی از زنان دچار چالش‌های بزرگی می‌شوند که افسردگی را افزایش می‌دهد در صورتیکه بعضی دیگر با همان چالش‌ها دچار افسردگی نمی‌شوند (رابینوف و همکاران، ۱۹۹۸).



تحقیقات نشان می‌دهد که افسردگی‌های دوران نوجوانی سخت، پایدار و ادامه دار است و حتی تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند مخصوصاً اگر درمان نشود. وجود افسردگی در دوران کودکی متمایلاً بیماریهای شدیدی را در سن بزرگسالی پیش بینی می‌کند (ویس من و همکاران، ۱۹۹۹).

قبل از بلوغ، دختران و پسران کاملاً احتمال مبتلا شدن به اختلالات افسرده کننده را دارند اگرچه در دختران در سن ۱۵ سالگی بیشتر از پسران (دو برابر) احتمال رویدادهای افسرده کننده وجود دارد (کرانوسکی و همکاران، ۲۰۰۰).

افسردگی در نوجوانان در زمان تغییرات بزرگ شخصی رخ می‌دهد. زمانی که پسران و دختران در حال شکل دادن یک شخصیت متمایز از والدینشان هستند. یا زمانی که با مسائل جنسی روبرو می‌شوند و زمانی که برای اولین بار در زندگی برای خود تصمیم بگیرند (شافر و همکاران، ۱۹۹۶).

پیشینه تحقیق

حسینی و مهدی زاده اشرفی (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی افسردگی و عوامل آن در بین دانشجویان دانشگاه فیروزکوه پرداخته اند نتایج پژوهش آنان نشان داد که بین میزان افسردگی و سطح نمرات دانشجویان رابطه معکوس وجود داشته است و همچنین میزان افسردگی در زنان، دانشجویان مجرد و دانشجویان بیکار بیشتر از گروه های مشابه بوده است. بنابراین عواملی مثل جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و رشته تحصیلی بر میزان افسردگی دانشجویان تأثیر گذار بوده است.

ملکی پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰)، پژوهشی با هدف مشخص کردن نقش واسطه ای خودکارآمدی در رابطه بین منابع حمایت اجتماعی و علایم افسردگی در دانشجویان دانشگاههای شهر تهران انجام داده اند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی از جانب دوستان به طور مستقیم و حمایت خانواده به طور غیرمستقیم بر علایم افسردگی دانشجویان اثرگذار بوده است. همچنین خودکارآمدی نقش واسطه‌ای در رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی و بیشترین تأثیر را بر علایم افسردگی دانشجویان داشته‌است.

سلیمی و شعبانی (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی در پیش بینی نشانگان خلق و اضطراب (فقدان احساس لذت، اضطراب برانگیخته و افسردگی عمومی) دانشجویان ایرانی و خارجی انجام داده‌اند. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میان دو گروه دانشجویان خارجی و ایرانی در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و مطلوب و نشانگان خلق و اضطراب (فقدان احساس لذت، اضطراب برانگیخته و افسردگی عمومی) تفاوت معناداری وجود نداشته است. از سوی دیگر یافته ها نشان دادند که در دانشجویان ایرانی



افسردگی عمومی از طریق متغیر حمایت اجتماعی قابل پیش بینی بوده است. سایر یافته‌های پژوهش نیز نشان داد که از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در بین دانشجویان ایرانی مؤلفه حمایت عاطفی مساله مدار می تواند نشانگان خلق و اضطراب را پیش بینی نماید. همچنین سایر نتایج این پژوهش نشانگر آن است که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین تر افسردگی و اضطراب مرتبط بوده و تصور می شود که حمایت اجتماعی به عنوان سپری ضربه گیر در مقابل استرس عمل می کند.

روش پژوهش

با توجه به هدف پژوهش و ماهیت مسأله مورد مطالعه، روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه تحقیق حاضر را دانشجویان دختر و پسر رشته های علوم انسانی در مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نقده در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل می دهند که به صورت نمونه گیری تصادفی انجام شده است که به تعداد ۸۰ نفر می باشند. جهت مشخص نمودن نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، از آزمون کولموگراف - اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به غیر نرمال بودن متغیرهای پژوهش، برای تعیین چگونگی ارتباط سازه ها از همبستگی اسپیرمن استفاده شد

جدول (۱). آزمون کولموگراف - اسمیرنوف

	حمایت اجتماعی	افسردگی
تعداد	۸۰	۸۰
پارامترهای عادی		
میانگین	۳۰.۷۱۲۵۵	۱۶.۷۳۲۶
انحراف استاندارد	۶.۰۶۵۴	۱۱.۵۶۴۳
تفاوت ها		
کلی	۰.۰۶۵	۰/۱۱۵
مثبت	۰.۰۹۴۳	۰/۱۱۵
منفی	-۰.۰۸۴	-۰.۰۹۶
آمار آزمون	۰.۰۹۴	۰.۱۱۵

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک (Beck's Depression Inventory): پرسشنامه افسردگی بک یک درجه بندی خود گزارشی ۲۱ سوالی است که نشانه ها و نگرش های خاص افسردگی را اندازه گیری می کند. بالاترین نمره در هریک از ۲۱ سوال، عدد ۳ و بالاترین نمره کل ممکن



برای کل پرسشنامه ۶۳ و پایین‌ترین نمره کل ممکن است صفر است. نمرات ۵-۹ بهنجاری، ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۳۰-۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (اندلیب، رضایی، عریضی، شفیع و بلوچی، ۲۰۰۶). از آنجا که پرسشنامه افسردگی بک یک پرسشنامه استاندارد بوده بنابراین از روایی کامل برخوردار می‌باشد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹۶ به دست آمد.

پرسشنامه، شاخص حمایت اجتماعی دوک بود. این پرسشنامه حمایت اجتماعی را با ۱۱ سؤال در دو بعد تعاملات اجتماعی (۴ سؤال) و رضایت اجتماعی (۷ سؤال) اندازه‌گیری می‌کند هر سؤال دارای نمره یک تا ۳ به صورت به ندرت/بسیار ناراضی (امتیاز ۱)، گاهی اوقات/ناراضی (امتیاز ۲) و اکثر اوقات/راضی (امتیاز ۳) است. دامنه نمرات حمایت اجتماعی کل ۱۱-۳۳ است. هر چه نمره کسب شده بالاتر باشد، نشانه سطح بالاتری از حمایت اجتماعی است. با توجه به این که پرسشنامه حمایت اجتماعی دوک یک پرسشنامه استاندارد بوده لذا از روایی کامل برخوردار است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۴۳ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

فرضیه پژوهش: بین حمایت اجتماعی دانشجویان با افسردگی آنان رابطه‌ای وجود دارد.

جهت مشخص نمودن نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش، از آزمون کولموگراف - اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به غیر نرمال بودن متغیرهای پژوهش، جهت آزمون رابطه بین حمایت اجتماعی دانشجویان با افسردگی آنان از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. با توجه به اطلاعات جدول زیر، سطح معناداری ۰/۰۰ با ضریب همبستگی ۰/۶۸۳- به دست آمد. بنابراین بین حمایت اجتماعی و افسردگی دانشجویان دانشگاه پیام نور نرده رابطه معنادار و منفی وجود دارد و با افزایش حمایت اجتماعی، افسردگی دانشجویان کاهش می‌یابد.

جدول (۲). رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی دانشجویان

افسردگی	حمایت اجتماعی	
**۰.۶۳۸-	۱.۰۰۰	ضریب همبستگی
۰.۰۰۰	۰	سطح معناداری
۸۰	۸۰	تعداد



افسردگی	ضریب همبستگی	۰.۶۸۳**	۱.۰۰۰
	ضریب همبستگی	۰.۰۰۰	.
	تعداد	۸۰	۸۰

همبستگی در سطح ۰.۰۱ (۲ دنباله) معنی دار است. **

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین حمایت اجتماعی دانشجویان و افسردگی آنان در دانشگاه پیام نور نقده رابطه معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش با تحقیقات ملکی پیربازاری و همکاران (۱۳۹۰)، جلیلیان و همکاران (۱۳۹۰)، شاهینی و ثناگو (۱۳۹۲)، جوادی علمی و اسدزاده (۱۳۹۹) و پور محمدرضا تجریشی (۱۳۸۶) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت با توجه به این که حمایت اجتماعی مجموعه‌ای از رفتارهای عمومی و اختصاصی است، سبب تعدیل فشارهای روانی وارده بر فرد می‌شود و تحقیقات نشان داده است که این مقوله بر سلامت روانی، اجتماعی و جسمی افراد اثر می‌گذارد (شاهینی و ثناگو، ۱۳۹۲). همچنین حمایت اجتماعی علی‌رغم مواجه نشدن با یک موقعیت استرس‌زا در تقویت سلامت روانی و جسمانی نقش مستقیمی دارد. این امر دلایلی دارد. اولاً حمایت اجتماعی، روابط اجتماعی مهمی را در بر می‌گیرد و انزوا را کاهش می‌دهد. افرادی که دوستان صمیمی در زندگی دارند رضایت خاطرشان از زندگی خیلی بالاست. آنها احساس ارزشمندی می‌کنند. این نوع حمایت، اگر از جانب دوستان و همسایگان، اعضای گروه‌هایی صورت گیرد که شروط فامیل را برای مورد محبت قرار گرفتن ندارند، ارزشمندتر است. ثانیاً، حضور فردی مهربان و آشنا به همه منابع مهم نظیر محبت، اطلاعات، انتقال، کمک غذایی، حمایت مالی و توجه به سلامتی را فراهم می‌کند (استیفر و برنشتاین، ۱۹۸۴، به نقل از احمدی، ۱۳۸۰). افزایش طول عمر و حمایت اجتماعی نیز از مواردی که مورد بررسی قرار گرفته شده و در مطالعه‌ای که وایتز و فیشر (۱۹۷۹) انجام داده‌اند، حمایت اجتماعی را به عنوان درمان و روش درمانی قرار داده و حمایت اجتماعی به عنوان یک روش مناسب درمانی مورد تأیید واقع شد و فقدان روابط اجتماعی منجر به حالات روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب می‌شود. از طرف دیگر افزایش روابط اجتماعی به گونه‌ایی که شخص ادراک کند که مورد حمایت واقع شده است، در مقاومت در برابر انواع بیماری مؤثر است، به خصوص در برابر عفونت. علاوه بر این وجود سیستم حمایتی، تأثیرات استرس‌زاها را می‌کاهد و فرد را از بعضی پیامدهای منفی‌شان نظیر بیماری خطرناک و افسردگی حفاظت می‌کند (مورل و نوریس، ۱۹۹۱، به نقل از احمدی، ۱۳۸۰). بنابراین حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک حمایت متمرکز بر مسئله (دریافت



اطلاعات ملموس که به حل مسئله کمک می‌کند) و تمرکز احساسات، بر استراتژی مقابله‌ای (تنظیم پاسخ‌های عاطفی ناشی از رویدادهای استرس‌زا) عمل کند (بانگرت، ۲۰۱۴) و نقش بسزایی در سلامت اجتماعی افراد داشته باشد. حمایت اجتماعی مانند یک ضربه گیر در مقابل استرس عمل می‌نماید و به عنوان یک منبع محافظتی در نظر گرفته می‌شود که مردم را قادر به مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی می‌کند و موجب تعادل احساسی می‌شود (جوادی علمی و اسدزاده، ۱۳۹۹). وقتی افراد می‌دانند از طرف اجتماع خود حمایت می‌شوند، احساس خشنودی بیشتری دارند. بدیهی است که همه انسانها در هنگام مشکلات به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند؛ در واقع حمایت اجتماعی با واکسینه کردن افراد علیه تجربه‌ی فشارها قبل از اینکه رخ دهند، فشار روانی را کاهش و سازگاری را افزایش می‌دهد. دریافت میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرتمند بیرونی محسوب می‌گردد که نقشی مؤثر بر سلامت روانی داشته و موجب افزایش سازگاری این افراد می‌شود (صدری دمیرچی، فیاضی و محمدی، ۱۳۹۵).

اکثر پژوهش‌های انجام شده تأثیر آشکار حمایت اجتماعی ادراک شده بر سلامتی و آسایش روانی را تأیید نموده‌اند (کورنمان و همکاران، ۲۰۰۳). بخش اعظم این تلاش‌های پژوهشی بر این فرض متمرکز شده‌اند که سطح پایین‌تر حمایت اجتماعی خطر ابتلا به نشانه‌های افسردگی را افزایش می‌دهد. هندرسون (۱۹۹۲) با انجام یک‌فرا تحلیل به این نتیجه رسید که علی‌رغم به کارگیری مقیاس‌های متفاوت برای سنجش میزان حمایت اجتماعی و افسردگی در تمام پژوهش‌های انجام شده نتایج ثابتی راجع به اثرات مثبت حمایت اجتماعی در کاهش به ابتلای به افسردگی مشاهده شده است (ترنر و ترنر، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی به عنوان سپری ضربه‌گیر در مقابل استرس عمل می‌کند (لاندمن پیتز و همکاران، ۲۰۰۵).

از سوی دیگر در پژوهش پور محمدرضا تجربی (۱۳۸۶) در خصوص ارتباط بین سیستم‌های مغز - رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی مشخص شده است که بین حمایت اجتماعی و افسردگی رابطه منفی معناداری وجود دارد و بیانگر آن است که با افزایش میزان حمایت اجتماعی گرایش به افسردگی کاهش می‌یابد و نشان می‌دهد که شبکه گسترده ارتباط‌های اجتماعی و متعاقب آن حمایت اجتماعی عامل مهمی برای فراهم شدن تجربه‌های مثبت و پاداش‌دهنده برای افراد به شمار می‌رود، در نتیجه افزایش احساس خود ارزشمندی افراد و کاهش احتمال ابتلا به اختلالات روانشناختی را در پی خواهد داشت.



به طور کلی بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که تمرکز بر حمایت اجتماعی ممکن است در پیشگیری از اختلالات روانشناختی سودمند باشد. با توجه به شرایط زندگی دانشجویان (دوری از خانواده و کمبود منابع حمایتی) در این زمینه می‌توان با شناسایی منابع استرس، چگونگی رویارویی با آنها را به افراد آموزش داد، هم چنین آموزش به افراد در زمینه مهارت‌های مقابله‌ای و پیوستن به منابع حمایتی ممکن است توانایی آنها را در دست یابی به منابع اجتماعی مورد نیاز برای حفظ سلامت روانی و مقاومت در برابر آسیب‌های ناشی از رویدادهای استرس زا را افزایش دهد. همچنین فعال کردن نظام حمایتی (خانواده، دوستان) و مربوط کردن افراد با گروه‌های اجتماعی و گروه‌هایی که دارای مشکل مشابه هستند می‌تواند موجب افزایش رفتارهای حمایت‌گر اجتماعی شود.

منابع

- آزاد مرزآبادی، اسفندیار. (۱۳۸۳). بررسی نقش استرس‌های فرهنگی در بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه بقیه الله، مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه تربیت مدرس. ص ۱.
- احمدی، علی اصغر. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت خودپنداره در دانش آموزان دوره متوسطه و رابطه آن با حمایت اجتماعی ادراک شده در مدرسه، پژوهشکده تعلیم و تربیت، شورای تحقیقات اداره کل آموزش پرورش شهرستان های تهران.
- احمری طهران، هدی؛ حیدری، اکرم؛ کجویی، احمد؛ مقیسه، مریم و ایرانی، آزاد. (۱۳۸۷). همبستگی بین نگرش نسبت به امور مذهبی و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم، مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. ۳(۳): ۵۶-۵۱.
- افشاری، سمانه. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده، عزت نفس و عوامل شخصیتی با رضایت مندی از زندگی دانشجویان، کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- بهمنی، لیلا. (۱۳۸۱). نقش حمایت‌های اجتماعی در فرسودگی شغلی مدیران شهرستان رامهرمز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- پاک نهاد، زهرا و مداحی، محمد ابراهیم. (۱۳۹۶). رابطه رشد اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب آوری در دانشجویان، پژوهش های روان شناسی اجتماعی، ۷(۲۷): ۶۶-۴۹.
- پور محمدرضا تجریشی، معصومه، میر زمانی بافقی، سید محمود. (۱۳۸۶). ارتباط بین سیستم های مغزی - رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۷(۲۶).



- جلیلیان، فرزاد؛ امدادی، شهره؛ کریمی، مهرداد؛ براتی، مجید و غریب نواز، حسن. (۱۳۹۰). افسردگی در بین دانشجویان؛ بررسی نقش خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی همدان، ۱۸(۴): ۶۶-۶۰.
- حسینی، سیدمهدی و مهدی زاده اشرفی. (۱۳۹۰). افسردگی و عوامل آن، فصلنامه مدیریت، ۸(ویژه نامه): ۱۱۵-۱۰۶.
- رستمی ثانی، لیلا و آراین، خدیجه. (۱۳۸۷). بررسی کاربرد رویکرد روایت درمانی بر کاهش افسردگی دختران دانشجوی خوابگاهی، مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۱۸۴-۱۸۰.
- سلیمی، حسین و شعبانی، سمیه. (۱۳۹۲). نقش حمایت اجتماعی در پیش بینی نشانگان خلق و اضطراب (فقدان احساس لذت، اضطراب برانگیخته و افسردگی عمومی) دانشجویان ایرانی و خارجی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۴(۱۵): ۵۷-۳۵.
- شریفی خدیجه، سوکی زهرا، خادم زهرا، حسینیان معصومه، تقریبی زهرا. (۱۳۷۹). میزان افسردگی و تعیین عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کاشان طی سال تحصیلی ۱۳۷۶-۷۷. مجله علوم پزشکی فیض، ۴(۴): ۵۸-۵۴.
- فروتنی، محمدرضا. (۱۳۸۴). بررسی افسردگی در دانشجویان مراکز آموزش عالی، نشریه پرستاری ایران، ۱۸(۴۲-۴۱): ۱۳۰-۱۲۳.
- ملکی پیربازاری، معصومه؛ نوری، ربابه و صرامی، غلامرضا. (۱۳۹۰). حمایت اجتماعی و علایم افسردگی: نقش واسطه ای خودکارآمدی، مجله روانشناسی معاصر، ۶(۲): ۳۴-۲۶.
- میرزائیان، بهرام؛ باعزت، فرشته و خاکپور، نعیمه (۱۳۹۰). اعتیاد به اینترنت در بین دانشجویان و تأثیر آن بر سلامت روان، فصلنامه فن-آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی. ۲(۱): ۱۶۰-۱۴۱.

- انگلیسی

- Altshuler LL, Hendrich V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59: 29.
- Arthur N. The effect of stress, depression and anxiety on postsecondary students coping strategy. *J Coll Stud Dev* 1998; 39(1):11-22.
- Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *J Adv Nurs* 1993; 18(2): 203-210.
- Cassano P, Fava M. Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53: 849-857.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London: Routledge.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-

2. 314.

Cochran SV, Rabinowitz FE. Men and Depression: clinical and empirical perspectives. San Diego: Academic Press, 2000.

Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 2006 Feb; 67(2): 247-257.

Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2001; 31(Suppl.): 32-47.

Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. Archives of General Psychiatry, 2000; 57: 21-27.

Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ. Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. American Journal of Managed Care, 2005 Oct; 11(Suppl. 12): S344-353.

Fukunishi I, Aoki T, Hosaka T. Correlations for social support with depression in the chronic post stroke period. Percept Mot Skills 1997; 85(3):811-818.

Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. American Family Physician, 1999; 60(3): 820-826.

Kaplan H, Sadock B. [Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry: behavioral science, clinical psychiatry]. Pourafkari N (translator). 9th ed. Tehran: Shahr ab, 2007:534-588.

Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. Journal of Psychosomatic Research, 2002; 53: 859-863.

Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. National Vital Statistics Reports; 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2004.

Kumcagiz, H & Sahin, C. (2017). The relationship between quality of life and social support among adolescent. SHS Web of Conferences, 37, 1-7.

Little JT, Reynolds CF III, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? American Journal of Psychiatry, 1998; 155(8): 1035-1038.

Oritt EJ, Paul SC, Behrman JS. The perceived support network inventory. Am J Community Psychol 1985; 13(5):565-582.

Rathus SA. Psychology. 8rd ed. London: Thomason, 2007: 169-183.

Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schlernitzauer MA, Whyte EM, Gildengers A, Karp J, Lenze E, Szanto



- K, Bensasi S, Kupfer DJ. Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 16; 354(11): 1130-1138.
- Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(1): 39-45.
- Rohan KJ, Lindsey KT, Roecklein KA, Lacy TJ. Cognitive-behavioral therapy, light therapy and their combination in treating seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 80: 273-283.
- Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998; 44(9): 839-850.
- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996; 53(4): 339-348.
- Shalev AY, Freedman S, Perry T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(5): 630-637.
- Taylor, Sh. E. (2002). *Health psychology*. New York: The Mc-Graw Hill Companies, Inc.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28, 522-530.
- Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 2004 June; 3(2): 73-83.
- Tsuang MT, Faraone SV. *The genetics of mood disorders*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.
- Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wichramaratne P. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(18): 1701-1713.