

بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام

سارا آزادی^{۱*}، حسین آزاد^۲

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی، کارشناس مسئول مرکز مشاوره دانشگاه ایلام، دکترای روان‌شناسی، استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه علامه تهران

* نویسنده پاسخگو: آدرس: ایلام- ایوان غرب- خیابان شهید باهنر- کوچه هفت تیر- پلاک ۱۲- منزل شهید مصطفی آزادی
Email: aram_tak_2006@yahoo.com

چکیده

مقدمه: سلامت روان به عنوان یکی از دو رکن سلامتی، لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت بخش فردی است و سلامت روان افراد یک جامعه، خصوصاً اقشار موثر و سازنده آن، لازمه پویایی، بالندگی و اعتدالی آن جامعه است. نقش برجسته و منحصر به فرد دانشجویان به عنوان مدیران و سازندگان آینده هر جامعه، ضرورت تأمین سلامت روانی آن‌ها و نیز شناسایی و حذف عوامل منفی مؤثر بر سلامت روانی آن‌ها را ضروری می‌نماید.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را ۱۲۳۳ دانشجوی شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام (کاردانی ۳۳۸ نفر؛ ۲۷.۴۱ درصد و کارشناسی ۸۹۵ نفر، ۷۲.۵۸ درصد) تشکیل می‌دهد. به همین منظور با بهره‌گیری از جدول کرجسی و مورگان ۲۹۷ نفر (کاردانی ۸۲ نفر و کارشناسی ۲۱۵ نفر) به روش تصادفی ساده انتخاب و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی فیلیپس مورد سنجش قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌های بدست آمده علاوه بر شاخص‌های توصیفی از آزمون‌های استنباطی تحلیل واریانس یک‌راهه، آزمون تی، و مدل معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی با سلامت روان (۰.۳۳۳)، حمایت اجتماعی با تاب‌آوری (۰.۳۳۱) و تاب‌آوری با سلامت روان (۰.۳۲۳) همبستگی معنی‌داری وجود دارد؛ که به ترتیب حمایت اجتماعی سایر افراد مهم زندگی (۰.۶۷)، حمایت اجتماعی خانواده (۰.۵۶)، حمایت اجتماعی دوستان (۰.۴۲) بیشترین ارتباط را با سلامت روان دارند. در مدل رگرسیون گام به گام، حمایت اجتماعی ۰.۱۱۴ و حمایت اجتماعی و تاب‌آوری ۰.۱۶۴ از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند. در مدل معادلات ساختاری نیز تأثیر مستقیم حمایت بر روی سلامت ۰.۴۱، تأثیر غیرمستقیم حمایت بر روی سلامت ۰.۴۲ و تأثیر مستقیم تاب‌آوری بر سلامت ۰.۱۵ می‌باشد. مدل برگرفته از رویکردهای نظریه‌ها نیز برازش مطلوبی از داده‌های به دست آمده ارائه می‌دهد (نیکویی برازش ۰.۹۸)، نیکویی برازش تعدیل‌شده (۰.۹۶) شاخص‌های نرم‌شده برازندگی (۰.۹۷) معیار اندازه‌گیری متوسط باقیمانده‌ها (۰.۱۰) متوسط باقیمانده‌های استاندارد شده (۰.۰۹۸).

بحث و نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی می‌باشد، به‌صورتی که هر چه شبکه حمایت اجتماعی فرد بهتر و گسترده‌تر باشد، میزان سلامت روانی نیز بیشتر می‌باشد. حمایت اجتماعی با واکنش‌کردن فرد علیه تجربه‌کردن فشارها قبل از اینکه رخ‌دهند، فشار روانی را کاهش می‌دهد. تاب‌آوری نیز به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است. یافته‌های این پژوهش همگام با دیگر پژوهش‌ها گویای این هستند که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روانشناختی هستند.

کلید واژه: سلامت روان، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، شاهد و ایثارگر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۳/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۶

مقدمه

موضوع «سلامتی»^I از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمدادی، مهم و همواره مطرح بوده‌است. اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده، عموماً بعد جسمانی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به بعد روانی آن توجه شده‌است. سازمان بهداشت جهانی ضمن توجه دادن مسئولان کشورها به تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه، همواره بر این نکته تأکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد. طبق برآوردهای این سازمان میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه رو به افزایش است. این در حالی است که در برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی، پایین‌ترین اولویت به آن‌ها داده می‌شود. بدون شک، سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه اهمیت بسزایی دارد و یکی از مسائل مهم جهان امروز است و تأمین سلامتی اقبال جامعه یکی از مسائل اساسی هر کشوری است که باید آن را از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی مدنظر قرارداد. تاکنون تعاریف متفاوت از سلامت روانی ارائه شده‌است: فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت خود و محیط و بسیاری تعاریف دیگر. برخی از نظریه‌پردازان مانند آلپورت، اریک فروم، راجرز، مازلو، اریکسون، یونگ و فرانکل به جنبه سالم طبیعت آدمی می‌پردازند و در تلاش‌اند با غنا بخشیدن به شخصیت انسان نگرشی منحصر به فرد در مورد رشد روانی و کمال انسانی عرضه‌کنند، به اعتقاد آنان سلامت روانی بسیار بیش از روان‌نژندی و یا روان‌پریش‌نبودن است (حسینی، ۱۳۸۷). در مقابل، گروهی دیگر از روان‌شناسان در تعریف سلامت روان به تعریف رفتار ناهنجار یا بیماری روانی می‌پردازند و سپس نتیجه می‌گیرند که سلامت روان در واقع مساوی با عدم بیماری روانی است (همان منبع). سازمان جهانی بهداشت، بهداشت روانی را به عنوان یک اولویت جهانی مشخص کرده‌است. سلامت روان تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به صورتی قابل‌انعطاف و معنی‌دار است. تعریف اخیر بهداشت روانی چنین است: حالت توازن بین شخص و دنیای اطراف او، سازگاری شخص با خود و دیگران، همزیستی بین فرد و

محیط زیست (گزارش سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۱؛ به نقل از محمدخانی، سلیمانی‌نیا و جزایری، ۱۳۸۴). فرهنگ بزرگ روان‌شناسی لاروس^{II}، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: "استعداد برای هماهنگی، خوشایند و موثر کارکردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بودن و توانایی جهت ایجاد تعادل خود (گنجی، ۱۳۸۲). دانشگاه‌ها بنابر ماهیت سازمانی خود در کنار تولید و انتقال دانش، موظف به توجه به سلامت روانی و حل مشکلات رفتاری و روانی دانشجویان هستند. این درحالی است که پژوهش‌های متعددی از وجود مشکلات سلامتی در جهان بویژه در بین دانشجویان حکایت دارد. سازمان بهداشت جهانی مشکلات سلامت روانی جهان را ۱۱.۵ درصد در سال ۱۹۹۸ عنوان کرده‌است، آمارها نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۰ این اختلالات به ۱۵ درصد خواهد رسید؛ به این معنی که وجود انسان‌های مضطرب، و ناامید بار سنگینی بر دوش جوامع خواهد گذاشت و نشانگر این است که اجتماع جهانی برای بهبود زندگی فردی و اجتماعی کارها و راه‌های ناپیموده فراوانی پیش‌رو دارد (کاترین^{III}، ۲۰۰۷). در سال‌های اخیر افزایش پیش‌رونده شمار دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشجویی، افزایش شیوع (زی‌وین^{IV} و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از برودر، ۲۰۰۹) و شدت مشکلات مربوط به سلامتی روانی آن‌ها (آندروز، هجنبرگ و ویدینگ^V، ۲۰۰۶؛ زی وین و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از همان منبع) سبب افزایش نگرانی متخصصان درباره سلامت روانی دانشجویان شده‌است (چلمینسکی و زیمرمن^{VI}، ۲۰۰۳ و ورکوئیل، بروسکالت و تایگر^{VII}، ۲۰۰۷؛ به نقل از کاترین، ۲۰۰۷). پژوهش‌های متعدد در ایران نیز حاکی از آن است که در بین دانشجویان نیز مشکلات روانی متعددی وجود دارد. گزارش‌های متعدد از سال ۱۳۸۰-۱۳۴۲ نشان می‌دهد، طیف اختلالات روانی در دانشجویان از ۱۱.۷ تا ۵۴ درصد در نوسان بوده‌است (پورشریفی، ۱۳۸۳). بررسی سلامت روانی گروه‌های دانشجویی در کشور که توسط سازمان ملی جوانان (۱۳۸۰) انجام شده‌است، نشان می‌دهد که در مجموع ۵۳.۴ درصد یعنی بیش از نیمی از دانشجویان در زمره

^{II} - Laros

^{III} - Catherin, A.L

^{IV} - Zinvin, K

^V - Andrews, B & Hejdenberg, J & Wilding, J

^{VI} - Chelminski, J & Zimmerman, M

^{VII} - Verkuil, B & Brosschot, J.F & Thaygor, J.F

^I - Health

است (باس و فایر^{III}، ۱۹۷۷؛ کروس^{IV}، ۱۹۹۱؛ و ماتیل^V، ۱۹۸۹؛ کتل^{VI}، ۱۹۹۸ و لیانگ^{VII} و همکاران، همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از پاشا، صفرزاده و مشاک، ۱۳۸۶). اشخاصی که از سطوح بالای حمایت اجتماعی برخوردارند، علائم روانشناختی کمتری احساس می‌کنند و از استرس‌های زندگی کمتر تأثیر می‌پذیرند (لین، ۲۰۰۴؛ به نقل از فتحی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۶ و استرازدنیز و بروم، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که فقدان حمایت اجتماعی به خودی‌خود یک منبع استرس محسوب می‌شود (تیلور، ۲۰۰۲؛ به نقل از میرسمیعی، ۱۳۸۵) همچنین حمایت اجتماعی خانواده، سلامت روانی افراد را پیش‌بینی می‌کند و اثرات مستقیمی بر میزان افسردگی، اضطراب، کنش‌وری اجتماعی، مهارت حل‌مسأله و جلوگیری از سرطان و بیماری‌های قلبی و استرس دارد (کیل پاتریک، ۲۰۰۵). استرازدنیز و بروم (۲۰۰۸) حمایت را بطور طبیعی سودمند دانستند و بیان‌کردند که حمایت اجتماعی موجب سلامت روان افراد می‌شود. افرادی که حمایت بالاتری دارند، از سلامت بهتری نیز برخوردارند (بوویو، چموت و پرنگر، ۲۰۰۴ به نقل از محمدی، ۱۳۸۴). میرسمیعی (۱۳۸۵) نیز پژوهش خود در زمینه رابطه خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روان دانشجویان دختر و پسر بدین نتیجه دست‌یافت که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان رابطه مثبت وجود دارد، اما بین دوجنس از لحاظ حمایت اجتماعی تفاوت معناداری یافت‌نشده. پژوهش نوری‌مقدم و روشن (۱۳۸۵) نیز نشان‌داد که حمایت اجتماعی با سلامت روانی رابطه‌ای مستقیم دارد. نتایج پژوهش ثمری و همکاران (۱۳۸۵) حاکی از وجود رابطه منفی معنی‌دار بین ادراک از حمایت اجتماعی و میزان استرس در بین دانشجویان می‌باشد حمایت اجتماعی بصورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت روان و جسم انسان‌ها اثر می‌گذارد. یکی از راه‌های تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان، تأثیر آن بر تاب‌آوری است. تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر استرس، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، عزت‌نفس، ثبات عاطفی و

کسانی هستند که نیاز به کمک مشاوره‌ای دارند تا بتوانند به عنوان یک جوان نیرومند و قوی مسائل خود و جامعه را حل‌کنند (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۰). بحرینیان (۱۳۸۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ۳۱.۶ درصد دانشجویان دانشگاه تهران مشکوک به اختلال در سلامت روانی هستند؛ نریمانی (۱۳۷۸)؛ به نقل از غضنفری، (۱۳۸۵) در نتایج خود گزارش می‌کند که ۲۴.۵ درصد از دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی از اضطراب بالا رنج می‌برند و ۱۶ درصد دانشجویان جدیدالورود در سال ۸۰-۷۹ به نوعی از عدم سلامت روانی در رنج هستند (مرادی و علیلو، ۱۳۸۰). همچنین ۳۱.۶ درصد دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی مشکوک به وجود اختلال هستند (دیباچ نیا، ۱۳۸۱) پژوهشگران در تحقیقات متعددی از میان متغیرهای روانی اجتماعی مختلف، رابطه قوی و اساسی بین حمایت اجتماعی با سلامت روانی گزارش کردند (بخشی پور و همکاران، ۱۳۸۴؛ پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۳؛ غضنفری، ۱۳۸۵؛ چین آوه و همکاران، ۱۳۸۳؛ استریت و ایریس، ۲۰۰۲؛ تیلور و همکاران، ۲۰۰۲؛ سارافینو^I، ۲۰۰۲؛ دیلی و لاندز^{II}، ۲۰۰۵؛ گلاس و گلاس و همکاران، ۲۰۰۲؛ بی‌لیس و برایت، ۲۰۰۵؛ پیرس و همکاران، ۲۰۰۷ و سیمپسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از برودر، ۲۰۰۹). حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده‌است (علیپور، ۱۳۸۵). کوب (۱۹۷۶)؛ به نقل از حاجبی و فریدنیا، ۱۳۸۷) حمایت اجتماعی را به عنوان اطلاعاتی می‌داند که افراد را به باورکردن این مطلب می‌رساند که آن‌ها مورد علاقه اطرافیان بوده، دوست‌داشتنی، قابل احترام و ارزشمند هستند و همچنین از محبت، مساعدت و توجه اعضا خانواده و دوستان و سایر افراد برخوردارند و از طرفی در یک شبکه ارتباطی دوجانبه سهیم می‌باشند. سارافینو (۲۰۰۲) اعتقاد دارد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایرین منجر به کاهش فشار روانی در افراد شده و از این طریق بر سلامت روانی افراد تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌های متعدد نشان‌دادند که حمایت اجتماعی با انزوای اجتماعی، عوامل استرس‌زا، اختلالات روانی، نشانه‌های افسردگی، ارتباطات زناشویی صمیمی، میزان اقدام به خودکشی و مقدار تعامل اجتماعی در ارتباط

III - Buss&Feier

IV - Kraus,N

V - Salocnks&Matila

VI - Kattl

VII - Liang

I - Sarafino,E.P

II - Dehle,C & Landers,J.E

در دوره‌های کارشناسی در یکی از این دانشگاه‌ها مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه نیز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و با استفاده از جدول کرجسی و مورگان ۲۹۷ نفر برآورد شد. که برای گروه کاردانی ۸۲ نفر و برای گروه کارشناسی ۲۱۵ نفر می‌باشد.

برای سنجش سلامت روانی از پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلیر^{XI} (۱۹۷۹) استفاده شد. این پرسشنامه شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که برای شناسایی اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود و همچنین به پیش‌بینی بروز اختلال کمک می‌کند (پلوبیدوس، آبوت و هایپرت^{XII}، ۲۰۰۷). دارای چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. الف) علائم جسمانی^{XIII} (سوالات ۱-۷)، ب) اضطراب^{XIV} و بی‌خوابی (سوالات ۱۴-۱۸)، ج) نارضاکنش وری اجتماعی^{XV} (سوالات ۲۱-۱۵)، د) افسردگی^{XVI} شدید و گرایش به خودکشی (سوالات ۲۸-۲۲). گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) در تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۸۴ درصد و ویژگی آن را ۸۲ درصد گزارش نمودند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۸۶ درصد و ویژگی ۸۲ درصد را گزارش نمودند. پایایی فرم ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه توسط پالاهانگ، نصرافهانی و براهنی (۱۳۷۵)؛ به نقل از رحیمیان بوگر و فرید، (۱۳۸۹) ۰.۹۱ محاسبه شده است و با بهترین نقطه برش این پرسش‌نامه (۲۳)، حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۸۸ درصد، ۷۹ درصد و ۱۶ درصد گزارش نمودند. چونگ و اسپرز (۱۹۹۴) ضرایب پایایی کلی این پرسشنامه را ۰.۵۵ و ضرایب پایایی خرده مقیاس‌ها را بدین ترتیب ۰.۴۲ تا ۰.۴۷ گزارش کرده‌اند. ضریب پایایی بازمیابی و آلفای کرونباخ در بررسی یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) برابر با ۰.۸۸ به دست آمد. در این پژوهش برای تعیین پایایی پرسشنامه سلامت عمومی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است که به ترتیب برابر با ۰.۹۵ و ۰.۸۹ می‌باشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۲) ضرایب پایایی مقیاس سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در پژوهش حاضر برای هر یک از زیر

ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است (پینکوارت^I، ۲۰۰۸). پژوهش‌های بیشماری نشان می‌دهند که تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز بسیاری از اختلال‌های روانپزشکی از خود نشان می‌دهد (می‌لنت^{II} و همکاران، ۲۰۰۲؛ لی و کرانفورد^{III}، ۲۰۰۸). تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است (سی‌چنتی و گرامزی^{IV}، ۱۹۹۳؛ به نقل از کولایی، نصیری و مصطفایی، ۱۳۸۹). همچنین چنین ذکر شده است که تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین و ارتقا دهد (پینکوارت، ۲۰۰۸) و ممکن است در صورت وجود عوامل حمایتی در فرد یا محیط، افزایش پیدا کند (هارتر^V، ۲۰۰۰). در زمینه پیامدهای تاب‌آوری، می‌توان به افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی در پژوهش‌های لازاروس^{VI}، ۲۰۰۴ و آنتونوسکی^{VII}، ۱۹۸۷؛ ۱۹۸۷؛ سیلیمان^{VIII}، ۱۹۹۴؛ به نقل از باسو، ۲۰۰۴ و بر سلامت روان یا کاهش مشکلات هیجانی و رضایت از زندگی در پژوهش‌های هامارات^{IX} و همکاران، ۲۰۰۱؛ فورو هوالد^X و همکاران، ۲۰۰۱؛ باسو؛ ۲۰۰۴؛ به نقل از از سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۹ اشاره نمود. لذا مساله اصلی این پژوهش "بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی در بین دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام" است.

بنابراین جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان شاهد و ایثارگری تشکیل می‌دهد که در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ در یکی از دانشگاه‌های دولتی (روزانه یا شبانه)، آزاد اسلامی یا پیام نور شهر ایلام مشغول به تحصیل بوده‌اند. که برابر اعلام بنیاد شهید و ایثارگران استان ایلام برابر با ۱۲۳۳ نفر می‌باشند که از این تعداد ۳۳۸ نفر (۲۷.۴۱ درصد) در دوره‌های کاردانی و ۸۹۵ نفر (۷۲.۵۸ درصد)

- I- Pinquart, M
 II- Mylant, M,
 III- Lee, H. H &, Cranford, J.A
 IV- Cicchetti, D& Gramzy, N
 V- Harter, S.L
 VI- Lazarus
 VII- Antonovsky, A
 VIII- Siliman, B
 IX- Hamarat, E
 X- Fruhawald, S

- XI- General health Questionair
 XII- Ploubids, G& Abbootte& Haper, T.F
 XIII - Somatic symption
 XIV - Anexity
 XV - Social Disfunction
 XVI - Depression

است (نقل از باوی، ۱۳۸۳). ضریب پایایی بدست آمده در تحقیق پاشا، صفرزاده و مشاک (۱۳۸۶) با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف، به ترتیب برابر ۰.۸۴ و ۰.۸۲ بوده که نشان می‌دهد پرسشنامه حاضر برای انجام پژوهش‌های روان‌شناختی از درجه مطلوبیت مناسبی برخوردار است (به نقل از هومن، ۱۳۸۴).

در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است که به ترتیب برابر با ۰.۸۴ و ۰.۸۲ می‌باشد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه حمایت اجتماعی است. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌ها به تناسب سطوح سنجش متغیرها از روش‌های آمار استنباطی ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی rho اسپیرمن، تحلیل رگرسیون، تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون تی و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

تحلیل دو متغیره و بررسی فرضیات تحقیق

مقیاس‌های نشانگان جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، افسردگی، کل سلامت عمومی و حمایت اجتماعی به روش آلفای کرونباخ ۰.۸۰، ۰.۸۵، ۰.۸۷، ۰.۹۵ و ۰.۸۴ و به روش تنصیف ۰.۵۷، ۰.۷۸، ۰.۹۰، ۰.۸۹ و ۰.۸۲ محاسبه گردید. همان‌طور که مشاهده می‌شود ضرایب پایایی پرسشنامه بین ۰.۵۷ تا ۰.۹۵ نوسان دارد که به طور کلی پایایی مطلوب پرسشنامه را نشان می‌دهد.

مقیاس حمایت اجتماعی فیلپس:

این مقیاس دارای ۲۳ آیت است که سه خرده مقیاس، حمایت اجتماعی از طرف خانواده (۸ سوال)، دوستان (۸ سوال) و سایرین (۷ سوال) را براساس یک مقیاس چهار درجه‌ای کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف می‌سنجد. ناخذاناک (۱۳۷۷) ضرایب پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی را در سه روش آلفا کرونباخ ۰.۷۶، تنصیف ۰.۵۵ و گاتمن ۰.۸۴ محاسبه نموده است. در نمونه دانشجویان ایرانی ضرایب پایایی خرده مقیاس‌های خانواده، دوستان و دیگران به ترتیب ۰.۵۵، ۰.۶۴، ۰.۵۴ است. ضرایب اعتبار کل مقیاس حمایت اجتماعی ۰.۷۰

جدول ۱: رابطه بین حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر

نتیجه	سطح معنی‌داری	حجم نمونه	ضریب همبستگی	متغیرها
پذیرش H1	۰,۰۰۰	۲۹۷	۰,۳۳۸	حمایت اجتماعی و سلامت روان
پذیرش H1	۰,۰۰۰	۲۹۷	۰,۳۳۳	تاب‌آوری و سلامت روان
پذیرش H1	۰,۰۰۰	۲۹۷	۰,۳۳۱	حمایت اجتماعی و تاب‌آوری

جدول ۲: متغیرهای مستقل باقیمانده در مدل رگرسیونی برای

متغیر سلامت

سطح معنی‌داری	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده	انواع مدل	
		Beta	B	مقدار ثابت	مدل (۱)
۰,۰۲۱	۰,۲۲۷	-----	۱,۸۷۰	مقدار ثابت	مدل (۱)
۰,۰۰۰	۶,۱۶۲	۰,۳۳۸	۱,۶۷۳	حمایت اجتماعی	
۰,۰۰۴	۲,۸۷۵	-----	۳۰,۰۸۱	مقدار ثابت	مدل (۲)
۰,۰۰۰	۴,۵۸۷	۰,۲۵۹	۱,۲۸۴	حمایت اجتماعی	
۰,۰۰۰	۴,۱۹۵	۰,۲۳۷	۰,۲۰۸	تاب‌آوری	

نتایج و تحلیل مدل رگرسیونی

پس از ورود متغیرهای مستقل در تحلیل رگرسیونی، براساس روش پیش‌رونده^I، طی دو مرحله متغیرهای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری معنی‌دار بوده‌اند.

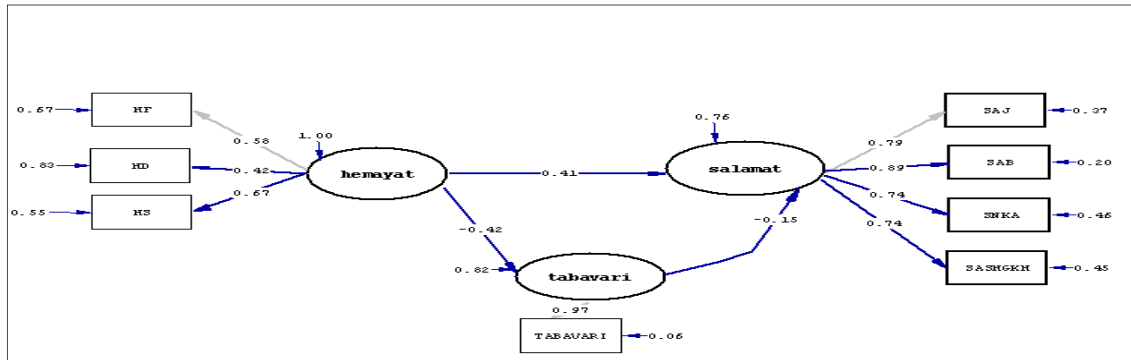
پس از ورود متغیرها و استفاده از روش پیش‌رونده، دو مدل به صورت مرحله به مرحله ایجاد شده‌اند. در مدل شماره یک، متغیر مستقل حمایت اجتماعی معنی‌دار بوده است. در مدل دوم، متغیرهای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری معنی‌دار بوده‌اند. جدول شماره ۲ ضریب همبستگی چندگانه و ضریب تعیین مدل‌های مختلف را نشان می‌دهد. مدل دوم توانسته است ۱۶.۴ درصد تغییرات متغیر وابسته را تبیین نماید.

جدول ۳: ضریب همبستگی چندگانه، ضریب تعیین و تعدیل یافته مدل‌های مختلف

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعدیل یافته
مدل (۱)	۰,۳۳۸	۰,۱۱۴	۰,۱۱۱
مدل (۲)	۰,۴۰۵	۰,۱۶۴	۰,۱۵۸

معادله استاندارد شده با دو متغیر به صورت زیر است: سلامت دانشجویان = حمایت اجتماعی (۰.۲۵۹) - تاب‌آوری (۰.۲۳۷)

همچنین در مطالعه حاضر سعی شده است تا ارتباط بین متغیرهای مکنون و مشاهده پذیر به طور ساختاری بررسی گردد. پس از انتقال داده‌ها از نرم‌افزار Spss به نرم‌افزار Lisrel و با توجه به چارچوب نظری تحقیق، مدلی بدست آمده که شرح کامل آن در زیر آمده است.



نمودار ۱: مدل معادلات ساختاری متغیرهای پژوهش

در نمودار فوق، مستطیل‌ها نشان دهنده متغیرهای مشاهده پذیر و بیضی نشان دهنده متغیرهای پنهان یا مکنون است. در مستطیل‌ها به طور مثال سلامت جسمانی، ۰.۳۷ نشان دهنده میزان خطا و ۰.۷۹ نشان دهنده همبستگی بین سلامت روان و سلامت جسمانی است. عدد ۰.۴۱ مقدار بتا استاندارد شده است (بین حمایت و سلامت). متغیر حمایت برون زا است و تحت تاثیر هیچ متغیری نیست. متغیر سلامت و تاب‌آوری درون زا هستند. تاثیر مستقیم حمایت بر روی سلامت ۰.۴۱، تاثیر غیر مستقیم حمایت بر روی سلامت ۰.۱۵* و تاثیر مستقیم تاب‌آوری بر سلامت ۰.۱۵ می باشد.

در نمودار فوق، مستطیل‌ها نشان دهنده متغیرهای مشاهده پذیر و بیضی نشان دهنده متغیرهای پنهان یا مکنون است. در مستطیل‌ها به طور مثال سلامت جسمانی، ۰.۳۷ نشان دهنده میزان خطا و ۰.۷۹ نشان دهنده همبستگی بین سلامت روان و سلامت جسمانی است. عدد ۰.۴۱ مقدار بتا استاندارد شده است (بین حمایت و سلامت). متغیر حمایت برون زا است و تحت تاثیر هیچ متغیری نیست. متغیر سلامت و تاب‌آوری درون زا هستند. تاثیر مستقیم حمایت بر روی سلامت ۰.۴۱، تاثیر غیر مستقیم حمایت بر روی سلامت ۰.۱۵* و تاثیر مستقیم تاب‌آوری بر سلامت ۰.۱۵ می باشد.

جدول ۴: شاخص‌های نیکویی برازش مدل معادلات ساختاری سلامت روانی

Path	مدل متغیرهای مکنون								
	مقدار t	بررسی رابطه	Standardized path estimates						
γ_{21}	۱,۹۶	معنی‌دار است.	-۰,۱۵						
γ_{31}	۴,۰۹	معنی‌دار است.	*۰,۴۱						
γ_{32}	۴,۷۵	معنی‌دار است.	*-۰,۴۲						
شاخص‌های نیکویی برازش مدل معادلات ساختاری	X2	df	GFI	AGFI	RMR	SRMR	NFI	IFI	P-Value
	۶۵,۱۸	۱۷	۰,۹۸	۰,۹۶	۰,۱۰	۰,۰۹۸	۰,۹۷	۰,۹۹	۰,۰۰۰

(هومن، ۱۳۸۰). در اینجا فقط لانداها (۷) محاسبه شده برای χ^2_{21} کوچکتر از ۲ می‌باشد. در اینجا مجذور کای (X2) در سطح ۰,۰۰۰ معنادار است. که خود می‌تواند دلیلی بر رد فرض صفر و موجه بودن مدل برای جامعه

در مدل معادلات ساختاری علاوه بر برآورد میزان همبستگی بین متغیرها، مضافاً برای هر پارامتر آزاد یا برآورد شده در مدل یک مقدار t محاسبه شده است. مقادیر t اگر کوچکتر از ۲ باشد بی‌معنا در نظر گرفته می‌شود

اجتماعی و تاب‌آوری با سلامت روانی رابطه معنی‌داری برقرار است.

فرضیه اول: بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شاهد و ایثارگر رابطه آماری معنی‌داری وجود دارد.

رابطه بین حمایت اجتماعی، بهداشت و اثر سودمند آن بر سلامت روانی و جسمانی در سال‌های اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌است. حمایت اجتماعی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روانی می‌باشد، به‌صورتی که هر چه شبکه حمایت اجتماعی فرد بهتر و گسترده‌تر باشد، میزان سلامت روانی نیز بیشتر می‌باشد. در حقیقت حمایت اجتماعی به عنوان یک حایل یا میانجی بین استرس‌های زندگی و اختلال در تندرستی عمل می‌کند. (تیلور، ۲۰۰۲؛ به نقل از میرسمیعی، ۱۳۸۴). سارافینو (۲۰۰۲) اعتقاد دارد که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی در افراد شده و از این طریق بر سلامت روان افراد تأثیر می‌گذارد. همچنین لو (۱۹۷۷؛ به نقل از سهرابی و نجفی، ۱۳۸۷) نیز بر این اعتقاد است که حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرس‌زا را تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد. استروبی و همکاران (۲۰۰۵) گزارش کردند هر چه دریافت شخص از میزان حمایتی که از سوی دیگران دریافت می‌کند بالاتر باشد به همان نسبت سلامت روان بالاتری دارد. حمایت اجتماعی همچنین به عنوان یک سپر در مقابل استرس عمل می‌کند (ویلز و کیلری، ۱۹۹۶؛ به نقل از سهرابی و نجفی، ۱۳۸۷). این حمایت می‌تواند به‌طور ویژه‌ای برای افرادی که در زندگی استرس را تجربه می‌کنند، مهم باشد. با عنایت به نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های دیگر می‌توان اظهار داشت که حمایت غیررسمی و ادراک و کارایی خانواده و دوستان به عنوان منابع حمایت می‌تواند در مهار و کاهش استرس، نقش اساسی ایفا کند، بدین ترتیب چتر حمایتی خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی دانشجویان و نیز روابط و تعاملات قوی اجتماعی می‌تواند فرد را در مواجهه و سازگاری بهتر با مسایل زندگی یاری دهد. البته ذکر این نکته حایز اهمیت است که در این بین دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده، تأثیر بسزایی در کاهش استرس، سازگاری و عملکرد مطلوب تر دارد.

باشد؛ اما ما برای کاهش برخی وابستگی‌ها از جمله حجم نمونه به سایر شاخص‌ها و تفاسیر آن می‌پردازیم.

نیکویی برازش (۰.۹۸)، نیکویی برازش تعدیل‌شده (۰.۹۶) شاخص‌های نرم‌شده برازندگی (۰.۹۷) معیار اندازه‌گیری متوسط باقیمانده‌ها (۰.۱۰) متوسط باقیمانده‌های استاندارد شده (۰.۰۹۸).

فرضیه‌های پژوهش اعلام می‌داشت که بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با سلامت روان رابطه معنی‌دار آماری برقرار است. برای آزمون این فرضیه از روش رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد. در این تحلیل سلامت روانی که از طریق پرسشنامه سلامت عمومی سنجیده می‌شود، به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری که به ترتیب با آزمون حمایت اجتماعی و تاب‌آوری سنجیده می‌شود به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد. همان‌طور که از جدول شماره ۴ معلوم می‌شود هر دو متغیر (حمایت اجتماعی و تاب‌آوری) به نحوه معنی‌داری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0.001$). این یافته‌ها، فرضیه‌های پژوهش را تأیید می‌کند. از میان دو متغیر پیش‌بینی‌کننده حمایت اجتماعی متغیر پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری است. مجذور همبستگی این متغیر ۰.۱۱۴ است، یعنی ۰.۱۱۴ از واریانس میان حمایت اجتماعی و سلامت روان مشترک است. وقتی مقیاس تاب‌آوری به معادله اضافه می‌گردد، این میزان به ۰.۱۶۴ افزایش می‌یابد.

با توجه به اینکه حمایت اجتماعی از سه خرده مقیاس حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و سایرین تشکیل شده‌است به منظور تحلیلی دقیق‌تر داده‌ها یک بار دیگر تحلیلی رگرسیون چندگانه با روش گام‌به‌گام انجام گرفت. در این تحلیل بجای حمایت اجتماعی کلی، سه خرده مقیاس این آزمون به همراه مقیاس تاب‌آوری به عنوان پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی در نظر گرفته شدند، و مشخص شد که هر چهار متغیر مستقل به ترتیب حمایت اجتماعی سایر افراد مهم زندگی (۰.۶۷)، حمایت اجتماعی خانواده (۰.۵۶)، حمایت اجتماعی دوستان (۰.۴۲) بیشترین ارتباط را با سلامت روان دارند ($p < 0.001$). اما متغیر حمایت اجتماعی سایر افراد مهم، قدرتمندترین پیش‌بینی‌کننده سلامت است (۰.۶۷) و ۰.۴۴ درصد از واریانس سلامت روانی را توضیح می‌دهد. بطور خلاصه بر مبنای جدول شماره ۴ فرضیه تأیید می‌شود، یعنی، میان حمایت اجتماعی بویژه حمایت

دانشجویان دختر که نسبت به پسران دور از خانواده آسیب‌پذیری بالاتری را نشان می‌دهند بتوانند در کنار خانواده خود به زندگی و تحصیل بپردازند و از محبت و توجه در محیط امن خانواده به میزان بیشتری برخوردار باشند، احساس تنهایی و ابهام موقعیتی کمتری داشته‌باشند و سالمتر زندگی کنند.

نتایج پژوهش‌های پورشریفی و همکاران (۱۳۸۴)، حاجبی و همکاران (۱۳۸۴) و بخشی‌پور رودسری و همکاران (۱۳۸۲) مؤید این نکته‌است که عامل محل سکونت دانشجویان، تفاوت‌هایی را در حمایت اجتماعی و سلامت روان آن‌ها در پی داشته و به عبارت دیگر، دانشجویان بومی در مقایسه با دانشجویان غیربومی، از حمایت اجتماعی و سلامت روان بالاتری برخوردارند. گرت (۱۹۹۰؛ به نقل از پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۴) نیز در پژوهش خود نشان داد که دانشجویانی که از طرف خانواده حمایت می‌شوند، از سلامت روان بهتر برخوردار هستند.

فرضیه دوم: بین تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر شهر ایلام رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد.

یافته‌های پژوهشی حاضر در زمینه رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان با پژوهش‌های توگادو و فردریکسون، ۲۰۰۴؛ انزلیچت و همکاران، ۲۰۰۶؛ بیسلی و همکاران، ۲۰۰۳؛ ماستن، ۲۰۰۱؛ فرایبورگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ هجمدال و همکاران، ۲۰۰۶؛ بیسلی، تامپسون و دیویدسون، ۲۰۰۳؛ کینگ و همکاران، ۱۹۹۸؛ لینلی و ژوزف، ۲۰۰۴؛ فلورین و همکاران، ۲۰۰۵؛ حقیقی و همکاران، ۱۳۷۸؛ همسو است.

این پژوهش‌ها گویای این هستند که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روانشناختی هستند.

تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر استرس، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده‌است (پینکووارت^۱، ۲۰۰۸). پژوهش‌های بیشماری نشان می‌دهند که تاب‌آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز بسیاری از اختلال‌های روانپزشکی از

تیبین احتمالی در این رابطه، این است که حمایت اجتماعی ممکن است به دو طریق اثرات زیان‌بخش فشارها را کاهش دهد اولاً حمایت اجتماعی با واکنش‌کردن فرد علیه تجربه‌کردن فشارها قبل از این که رخ دهند، فشار روانی را کاهش می‌دهد. اگر کسی یک شبکه اجتماعی غنی از نظر مشاوره، منابع و امکانات و کمک مالی داشته‌باشد، فشارهای بالقوه علتی برای نگرانی و تشویش خاطر او نخواهد بود. ثانیاً شبکه‌هایی حمایت اجتماعی، به عنوان سپری در مقابل فشار روانی عمل می‌کند. دانش و اطمینان از این که شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به شبکه اجتماعی پناه ببرد، این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند. در نهایت حمایت اجتماعی می‌تواند مقاومت افراد در مقابل اثرات منفی عوامل فشارزا را افزایش می‌دهد و به این وسیله سلامت روانی فرد بیش از پیش حفاظت و بهبود می‌یابد.

پژوهش‌های انجام‌گرفته بر روی دانشجویان ایرانی نیز حاکی از آن است که دانشجویانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند دارای سلامت عمومی بیشتری بوده و رضایت بیشتری از زندگی داشته‌اند. همچنین مشخص شده‌است که دانشجویانی بومی از حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به دانشجویان غیربومی برخوردار بوده و دختران از حمایت اجتماعی بهتری نسبت به پسران دانشجو بهره‌مند بوده‌اند (پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۳). در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان این چنین استنباط کرد که برای دانشجویان غیربومی مخصوصاً دانشجویان خوابگاهی، عدم فضای مناسب مطالعه، تغذیه نامناسب، زندگی در اتاق‌های پر جمعیت و با فرهنگ‌های متفاوت، مشکلات دوری از خانواده، ناتوانی در برقراری ارتباط صمیمی از یک سو، و مشکلات شخصی و مسائل خانوادگی و دانشجویی، عدم توانایی تحصیلی، ایجاد مشکلات از جانب همکلاسی‌ها و وجود افراد با اختلالات رفتاری در خوابگاه از سوی دیگر، منجر به تجربیات منفی در زندگی خود می‌شود. این تجربیات منفی با بی‌قراری بیشتر، سلامت عمومی و تندرستی کمتر و احساس تنهایی و کاهش احساس کارایی ارتباط دارد. در مجموع، چنین عواملی کیفیت زندگی دانشجویان غیربومی را در مقایسه با دانشجویان بومی که از امکانات مختلف رفاهی برخوردارند، کاهش می‌دهد. پس به نظر می‌رسد در عالی‌ترین شرایط، به‌تراست که دانشجویان مخصوصاً

پیشنهادهای

رابطه نظام‌دار بین متغیرهای حمایت اجتماعی و سلامت روانی می‌تواند بر شناسایی عوامل پرخطر و تخصیص بهینه امکانات بهداشت روانی دانشجویان پرتو افکند. بنابراین، به منظور بالابردن شادابی و سلامت دانشجویان، باید شبکه‌های قوی از حمایت اجتماعی و ارتباطات بین فردی از طریق برنامه‌های مختلف دانشگاهی ایجاد شود.

مراکز مشاوره در بنیاد شهید و دانشگاه‌ها می‌توانند با برگزاری جلسات آموزشی ویژه خانواده‌ها یا ارسال بروشورهای آموزشی، آنان را نسبت به جایگزین‌ناپذیر بودن وظایف حمایتی‌شان در دوران دانشجویی فرزندانشان آگاه سازند و بر اهمیت حیاتی تداوم روابط خانواده و فرزندان تاکید و راهکارهای عملی جهت غنا بخشیدن به روابط ارایه نمایند.

پژوهش‌هایی از نوع مقایسه‌ای دانشجویان شاهد با فاقد پدر و عادی؛ دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی و دانشجویان تحت حمایت دیگر نهادهای حمایتی چون سازمان بهزیستی و کمیته امداد می‌تواند نقش حمایت اجتماعی این‌گونه نهادهای حمایتی را در تامین سلامت روان دانشجویان بهتر نشان دهد.

تهیه یک ابزار ملی برای سنجش سلامت روانی دانشجویان با مقتضیات فرهنگی و بومی جامعه دانشگاهی ایران بیش از پیش ضروری می‌نماید. در آن صورت با تهیه نیم رخ‌های روانشناختی فردی، رشته‌ای، دانشکده‌ای، دانشگاهی و کشوری می‌توان مقایسه‌های دقیق‌تری در مورد وضعیت سلامت روانی دانشجویان انجام داد. هم چنین پیشنهاد می‌شود که با تهیه نیم‌رخ روانشناختی فردی و پیگیری وضعیت روانشناختی فرد در طول دوران تحصیلی می‌توان روند رسیدگی به مسایل و مشکلات دانشجویان را سریعتر پیگیری کرد.

مراکز مشاوره می‌توانند به دانشجویان راهکارهای عملی کسب حمایت اجتماعی از سوی دوستان را آموزش دهند تا از این طریق سلامت روانی آنان را ارتقاء بخشند و نیز از بوجود آمدن مشکلات روان‌شناختی و سایر اختلالات رفتاری و ناسازگاری‌های عاطفی پیشگیری به عمل آورند و برای این مهم برگزاری کارگاه‌های آموزشی بسیار اساسی است.

خود نشان می‌دهد (میلنت^I و همکاران، ۲۰۰۲؛ لی و کرانفورد^{II}، ۲۰۰۸). تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روان رضایت بیشتر از زندگی را در پی دارد و به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر استرس و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده‌است (سی‌چنتی و گرامزی^{III}، ۱۹۹۳؛ به نقل از کولایی، نصیری و مصطفایی، ۱۳۸۹). همچنین چنین ذکر شده‌است که تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی افراد را تضمین و ارتقا دهد (پینکورارت، ۲۰۰۸) و ممکن‌است در صورت وجود عوامل حمایتی در فرد یا محیط، افزایش پیدا کند (هارتر^{IV}، ۲۰۰۰). در زمینه پیامدهای تاب‌آوری، می‌توان به افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی در پژوهش‌های لازاروس^V، ۲۰۰۴ و آنتونوسکی^{VI}، ۱۹۸۷؛ سیلیمان^{VII}، ۱۹۹۴؛ به نقل از باسو، ۲۰۰۴ و تأثیر بر سلامت روان یا کاهش مشکلات هیجانی و رضایت از زندگی در پژوهش‌های هامارات^{VIII} و همکاران، ۲۰۰۱؛ فورو هوالد^{IX} و همکاران، ۲۰۰۱؛ باسو، ۲۰۰۴؛ به نقل از سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۹ اشاره نمود.

محدودیت‌های پژوهش :

پژوهش حاضر، مانند دیگر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی به شرح زیر همراه بود.

زیادبودن شمار پرسش‌های پرسشنامه‌ها به طولانی‌شدن زمان اجرای آن انجامید که می‌توانست بر میزان دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان اثر بگذارد.

اندک‌بودن بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه در ایران و جهان و نیز محدودیت دسترسی به این منابع، یافتن منابع لازم برای مقایسه یافته‌های این پژوهش را دشوار ساخت.

گسترده‌بودن دامنه متغیرهای جمعیت شناختی نیز می‌تواند تفسیر نتایج را نیز دشوار نماید.

در برخی موارد عدم‌همکاری دانشجویان یا امتناع از تکمیل‌کردن پرسشنامه‌ها نیز از مشکلات این پژوهش بود.

- I- Mylant, M,
- II- Lee, H. H &, Cranford, J.A
- III- Cicchetti, D& Gramzy, N
- IV- Harter, S.L
- V- Lazarus
- VI- Antonovsky,A
- VII- Siliman,B
- VIII- Hamarat,E
- IX- Fruhawald,S

منابع

1. Bahreinian&etal.(1381).studying state of Tehran university students mental helth, entrance year 1379-80
2. Bawi, S.(1383). The relationship between hypochondriasis and social support between men and women in Ahwaz city. M.Sc. Thesis, Islamic Azad University, Iran.
3. Bakhshipour roodsari, abbas; hamid and abedian, Ahmad (1384). Evaluation of life satisfaction and social support among students. Journal of principles of Mental Health 7 Th year-1384-no. 27& 28- page 145-
4. Pasha, GHolamreza; Safarzadeh sahar and Mashak, roya (1386). Public health and social support among elderly residents of nursing homes and elderly residents in family. FAMILY RESEARCH, magazine. Third year, no. 9, Spring1386.
5. Poor Sharifi, Hamid; Taremyan, Farhad. Zarani, Fariba; Waqhar, Masoumeh (1383). University student's mental health entering in 1383-84 in universities of ministry of science, research, and technology. Research scheme of advisory central office of ministry of science, research, and technology.
6. Chin Aweh, M.; roustaei, A. Ghasemi, N (1383). The relation between social support and happiness and its impact on university students. The second seminar of student's mental health.
7. Hosseini, Rashid (1374). Prevalence of psychiatric disorder in young people 15-25 years in taleghan rural areas of Tehran. Thesis of specialized, medical of Iran medical science university.
8. Hosseini, Syyed abolqasem (1387). Principles of mental health.shahd Publications, fourth edition.
9. Hajebi, Ahmed; Faridinia, Peiman (1388). The relationship between mental health and social support in health care workers in oil industry city of Bushehr. 2fslnamh South Medical Research Institute of Biology - Medical Persian Gulf.
10. Dibaj Nia, Parwin; Bakhtiari, Maryam (1381). College student mental health rehabilitation martyr Beheshti University. Journal of Ardabil University of Medical Sciences, 1-4, 27-31.
11. Rhimian Bougar. A.asgharnezhad faridali, , Asghr(1387). Tenacity and resiliency of the psychological and mental health in young and adult survivors of earthquake in Bam city. Journal of Iran Medical Psychology and Clinical Psychology, the 14 th year, from62-170.
12. Sohrabi, Faramarz et al(1386). The final report on mental health status of the entering class of 85-86 universities under the Ministry of Science , Research and Technology, University of jihad martyr Beheshti University, 40-41-43-44.
13. Sohrabi, Faramarz; taraghi jah, Sedigheh and Najafi, Mahmoud (1386). The final report on mental health STUDENTS 1385-86 Universities under the Ministry of Science degree in 1383-84.
14. Nazztional Organization of Youth (1380). Status and attitudes of Iranian youth. Tehran: National Youth Agency.
15. Sarah Fino, Edward (1387). Health Psychology. A group of translators to translate; under Goddess Mirzaei, Tehran: Rstd
16. Samani, Siamak; Jokar, and Sahragard Bahram, N. (1386). Resiliency, mental health and life satisfaction. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Year XIII, No. 3, autumn 290-1386-295.
17. Alipour (1385). The relationship between personality traits, social support or vulnerability to psychosomatic stress among university students in Tehran.
18. Ghazanfari, firouzeh (1385). Freshness and its relationship with perceived social support and self-esteem. Proceedings of the Third Seminar Student mental health; Counseling office. Ministry of Science, Research and Technology
19. Ganji, Hamza (1383). Mental Health, Tehran, publisher.
20. Mohammadkhani, parwaneh; Soleimani-Nia, and Laila Jazayeri, Alireza (1384). The advent of high-risk behaviors in adolescent mental health. Journal of Social Welfare, 1384,No 9.
21. Moradi, Alireza, and Mohammadalilou, Majid (1380). General health of university students (entries79-80). Proceedings of the first seminar on mental health from 144-148 students.
22. Mir-Samii, Marzieh (1385). Examine the relationship between self-efficacy, social support and mental health of male and female students with test anxiety Allameh Tabatabai University. Allameh Tabatabai University psychology graduate thesis.
23. Mohammadi, M. (1384). Masr on resiliency factors in individuals at risk for substance abuse P.H.D dissertation. Tehran: Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation.
24. Nouri moghadam, zana and Rawshan, Rasoul (1385). Family relationships, social support and mental health of students. Proceedings of the third seminar on student mental health. Advisory Office, Ministry of Science, Research and Technology.

25. Homan, Heidar Ali (1385). Statistical inference in behavioral research, publications, and courier culture Tehran.
26. Yaghoubi Hamid (1374). Epidemiology of mental disorders in urban and rural areas some & 39; esara - Gilan. Thesis of the Master of Clinical Medical Sciences, Iran.
27. Brodeur, M.D (2009). Assessment of Resilience and its protective factors in outreach volunteers. B.A, Saint Anselm Colleg, 2004. M.A, Antioch University New England, 2009.
28. Basu, D. (2004). Quality-of-life issues in mental health care: Past, present future Journal of Psy-chiatry, 7, 35-43
29. Catherin, Ann. Lesion. (2007). Accountability for mental Health Counseling in schools. Thesis the degree of mis Rochester: New York.
30. Cobb s. social support as a moderator of life stress. Psychosom med 1976; 38:300-14.
31. Catherin, Ann. Lesion. (2007). Accountability for mental Health Counseling in schools. Thesis the degree of mis Rochester: New York.
32. Dehle, C, Landers, J E.(2005). You cant always get whate you want but can you get what you need? Personalty traits and social support in marriage. Journal of social and clinican Psychology .24(7), 1051-1076.
33. Lazarus, a. (2004). Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. The emory center for myth and ritual in American life. Available on: www.marila.Emory.edu/faculty/lazarus.htm.
34. Pinquart. M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and Psychological distress. Journal of applied Developmental Psychology 30.p, 53-60.
35. Sarafino, E.P. (2002). Health Psychology Biopsychosocial Interactions. John wiley& sons Inc. Strobe W, Zech E, Strobems, abkoumkong.(2005).Dose social support help in bereavement? Journal of social and clinical Psychology, 24(7), 1030-1050.
36. Seligman, M. E. (2002). Using the new positive psychology to realize your potential for lasting Fulfillment: Authentic Happiness. New York: Free Press.
37. Stroebe w, zech e, stroebe ms, et al. Does social support help in bereavement? J soc clin psycho 2005; 24: 1030-50.
38. Strazdin, Lyndall & Broom, Dorothy (2008). The mental health costs and benefits of giving social support International. Journal of Stress Management. 14 (4), 370-385.
39. Harter, S.L. Psychological Adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature. Clinical Psychology review. 2000; 20: 311-337.
40. Kilpatric, R (2005). Support, social, relationships and mental health. Phssycal medicine and rehabilitation. 364-349.