Explaining the Mediating Role of Social Happiness and Quality of Life in the Impact of Social Support on the Social Health of Physically-Disabled People in Tehran

Hamid Reza Karimi Dermani: Ph.D. student of Islamic Azad University, Dehaghan branch, department of cultural sociology, Isfahan, Iran. karimidermani@gmail.com

Mansour Haghighatian*: Associate professor, department of cultural sociology, Islamic Azad University, Dehaghan branch, Isfahan, Iran. mansour_haghighatian@yahoo.com

Ehsan Rahmani Khalili: Assistant professor, department of sociology, Islamic Azad University, central Tehran Branch, Tehran, Iran. ehs.rahmanikhalili@iauctb.ac.ir.

Abstract

Introduction: In the medical model, it is the job of the disabled person to adapt to society, but unlike it in the social model, the community is responsible for adapting the needs of the disabled to the situation. Accordingly, the foremost question of the research is this: According to the importance and status of social support, can it be used as a factor affecting the social health of persons with disabilities? And what is the impact of social support on social health mediated by social support variables and social happiness?

Methods: This is descriptive-explanatory research with a descriptive-explanatory approach and the survey method has been used. In measuring the variables, social health based on Keyes indices, social support based on Wellman and Fisher indices, social well-being based on Lindbergh indices, and quality of life were operationalized with the World Health Organization questionnaire. After validity and reliability, the questionnaire was administered among three-hundred ninety physically handicapped persons in Tehran province in 2019 by combining the simple stratified and random sampling method with the estimation of sample size through the Cochran formula.

Results: The findings of the research in structural equation modeling with Smart Pls indicate that the direct effect of social support variable on quality of life and social well-being has a stronger and weaker effect on social health.

Conclusions: Social vitality is evident, and on the other hand the impact of social vitality and quality of life on social health is strong and acceptable. Finally, the direct and indirect effects of three variables of social support, social happiness, and quality of life on social health were R^2=0.33.

Keywords

Social Health

Social Support

Social Happiness

Quality of Life

People with Disabilities

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 29 Dec 2019
Accepted: 14 Aug 2020

Please cite this article as follows: Karimi Dermani H, Haghighatian M, and Rahmani Khalili E. Explaining the mediating role of social happiness and quality of life in the impact of social support on the social health of physically-disabled people in Tehran. Quarterly journal of social work. 2019; 9 (4); 33-40

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.4.4.3]

تبیین نقش میانجیگری شادابی اجتماعی و کیفیت زندگی در تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی معلولان جسمی-حرکتی شهر تهران

حمیدرضا کریمی درمنی: دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان، گروه جامعه‌شناسی فرهنگی، اصفهان، ایران. karimidermani@gmail.com
منصور حقیقتیان*: دانشیار، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان، تهران، ایران. mansour_haghighatian@yahoo.com
احسان رحمانی خلیلی: استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران. ehs.rahmanikhalili@iauctb.ac.ir

واژگان کلیدی

سلامت اجتماعی

حمایت اجتماعی

شادابی اجتماعی

کیفیت زندگی

معلولان

چکیده

مقدمه: در مدل پزشکی، وظیفه شخص معلول تطبیق خود با جامعه است اما بر خلاف آن در مدل اجتماعی، اجتماع مسوول تطبیق دادن نیازهای فرد معلول با شرایط می‌باشند. بر این اساس سوال اصلی پژوهش بنا به اهمیت و جایگاه حمایت اجتماعی این‌گونه شکل گرفت؛ آیا می‌توان از حمایت اجتماعی به‌عنوان عاملی اثرگذار بر سلامت اجتماعی افراد معلول سود جست؟ بنابراین مطالعه پیشرو به‌منظور تبیین تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی با میانجیگری متغیرهای کیفیت زندگی و شادابی اجتماعی انجام گردید.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی-تبیینی است و از روش پیمایش استفاده شده است. در اندازه‌گیری متغیرها، سلامت اجتماعی براساس شاخص‌های کییز، حمایت اجتماعی بر اساس شاخص‌های ولمن و فیشر، شادابی اجتماعی بر اساس شاخص‌های لیندنبرگ و کیفیت زندگی با پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی عملیاتی شده‌اند. پرسشنامه پس از بررسی روایی و پایایی، با تلفیق روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی و تصادفی ساده، با برآورد حجم نمونه از طریق فرمول کوکران، در بین سیصد و نود معلول جسمی-حرکتی در استان تهران در سال ۱۳۹۸ اجرا گردید.

نتایج: یافته‌های تحقیق در بررسی مدل معادلات ساختاری با نرم‌افزار Smart Pls نشان داد، میزان تاثیر مستقیم متغیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی و شادابی اجتماعی تاثیری قوی و بر سلامت اجتماعی تاثیر آن ضعیفتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با این نتایج نقش میانجی بودن دو متغیر کیفیت زندگی و شادابی اجتماعی مشهود است و از طرف دیگر تاثیر شادابی اجتماعی و کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی قوی و قابل قبول می‌باشد. در نهایت میزان تاثیر مستقیم و غیر مستقیم سه متغیر حمایت اجتماعی، شادابی اجتماعی و کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی به میزان R^2=۰/۳۳ می‌باشد.

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۲۴

نحوه استناد به مقاله:
حمیدرضا کریمی درمنی، منصور حقیقتیان و احسان رحمانی خلیلی. تبیین نقش میانجیگری شادابی اجتماعی و کیفیت زندگی در تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی معلولان جسمی-حرکتی شهر تهران. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۹؛ ۹ (٤): ٤٠-۳۳

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.4.4.3]

مقدمه

معلول جسمی-حرکتی به افرادی گفته می‌شود که به هر علت دچار ضعف یا اختلال یا ناتوانی در سیستم حرکتی باشند، یا برای تحرک نیاز به پاره‌ای وسایل کمکی نظیر کراچ، واکر و ویلچر داشته باشند. به‌طور کلی افرادی که دچار نارسایی جسمی-حرکتی هستند، در سه دسته قرار می‌گیرند: ۱-افرادی که دچار قطع عضو شده‌اند. ۲-افرادی که در عملکرد اعضای بدن دچار نقصند ۳-افرادی که دچار تغییر شکل در اندام حرکتی هستند.[۱]

بر اساس تخمین سازمان جهانی بهداشت شیوع معلولیت در جهانپ نج دو دهم درصد کل جمعیت است. طبق این تخمین از حدود هفت و هفت دهم میلیارد نفر جمعیت جهان، در سال ۲۰۱۹ کمی بیش از چهارصد میلیون نفر دچار معلولیت متوسط و شدید هستند که حدود یک سوم آنان در کشورهای توسعه یافته و دو سوم آنان در کشورهای کمتر توسعه یافته زندگی می‌کنند.[۲] بر همین اساس با توجه به جمعیت هشتاد و یک میلیون نفری ایران و میزان معلولیت در کشورهای در حال رشد چهار و پنج دهم درصد افراد مبتلا به معلولیت در ایران بیش از سه و شش دهم درصد یا به‌عبارتی سه میلیون و ششصد هزار نفر تخمین زده می‌شود. ناتوانی و معلولیت می‌تواند منجر به فشارهای روان‌شناختی، افسردگی، از دست دادن حقوق و مزایا و نیز حمایت اجتماعی، تغییرات سبک زندگی و قطع روابط و انزوای اجتماعی شود.[۳] طبق گزارش سازمان ملل متحد افراد مبتلا به معلولیت جسمی مشارکت کمتری در اجتماع دارند؛ درآمد کمتر، شرایط سکونت بدتر و تحصیلات کمتری داشته و در مقایسه با اکثر مردم تعداد کمتری از آن‌ها شاغلند.[٤]

شایعترین بیماری‌ها و آسیب‌هایی که عوارض آن به شکل معلولیت‌های جسمی-حرکتی نمایان می‌شود عبارت است از هشت نوع فلج اطفال، فلج مغزی، دیستروفی‌های عضلانی، سکته مغزی، بیماری MS، ضایعات نخاعی که در این میان بیشترین مشکلات را دارند. بر اساس تجربیات نویسنده مقاله که بیش از چهل سال در قلمرو نظری و عملی در این زمینه کار کرده است معلولان جسمی-حرکتی که بیشترین گروه معلولان را تشکیل می‌دهند. این افراد در کلان شهرها با مساله‌های پیش‌رو مواجه هستند. ۱-دسترسی نامناسب به امکانات بهداشتی و درمانی. ۲-کمبود وسایل کمکی مناسب و کارآمد و مراکز توانبخشی روزانه. ۳-مشکل اشتغال و پذیرش آنان از طرف کارفرمایان و برخی از سازمان‌های دولتی. ٤-مشکل مسکن از نظر مناسب‌سازی محیط مسکونی با نوع معلولیت. ٥- مشکل تردد در سطح شهر، مناسب سازی نکردن محیط شهر از طرف مسوولان شهری.[۱]

با این حال بر خلاف مشکلات بر شمرده شده در کلان شهرها، فرصت‌های مناسبی نیز فراهم شده است. تا این گروه از معلولان بتوانند توانمندی‌های بالقوه خود در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، هنری، حرفه‌ای و آموزشی به منصه ظهور برسانند. البته با حمایت سازمان بهزیستی در راستای تقویت این فرصت‌ها، توجه و تمرکز بر سلامت اجتماعی معلولان جسمی-حرکتی در اولویت قرار دارد. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد و شامل عناصری است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند. این عناصر شامل شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی می‌باشد.[٥] گفتنی است مفهوم سلامت اجتماعی، کمتر از سلامت جسمی و روانی شناخته شده است و در عین حال به همراه سلامت جسمی و روانی یکی از سه پایه اساسی سلامت به معنای جامع به‌شمار می‌آید. مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی تاثیر مستقیم و مهمی بر سلامت اجتماعی دارد. به‌طوری که حمایت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی با نتایج کیفیت زندگی به‌طور خاص و سلامت به‌طور عام مانند کاهش احتمال ایجاد شرایط بیماری ارتباط دارند. حمایت اجتماعی انواع گوناگونی دارد که شامل: حمایت‌های اطلاعاتی، مبادله‌ای، عاطفی، ابزاری، مادی می‌باشد.[٦] همچنین تحقیقات بسیاری نیز حاکی از آن است که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی هدایت می‌کند.[7] هوگان، لیندن و ناجارین۲۰۰۲ و رودز۲۰۰٤ معتقدند که افراد با حمایت اجتماعی بیشتر از سوی خانواده یا دوستان از نظر سلامت، حل و فصل مشکلات مرتبط با سلامتی در مقایسه با افرادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند، وضعیت بهتری دارند.[۸] که این شرایط می‌تواند به شادابی و کیفیت زندگی معلولان کمک کند. شادابی اجتماعی را می‌توان ارزیابی مثبت افراد از کلیت زندگی یا بخش‌های متعدد آن، بروز عواطف خوشایند روانی و ظهور علایق و علایم مثبت اجتماعی در افراد دانست. شادابی اجتماعی معطوف به

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.4.4.3]

درک افـراد از زندگی خود در حال حاضر و همچنین گذشـته اسـت. [۹] به گفته لیندنبرگ شـادابی اجتماعی شـامل دو بعد بهبود اجتماعی شـامل عواطف، بهبود رفتاری و شان؛ و بهبود فیزیکی شامل آسایش و انگیزش می‌باشـد.[۱۰] در تعریف کیفیت زندگـی، اغلب بین کیفیت زندگی عینی و ذهنی تمایز قایل می‌شـوند. کیفیت زندگی ذهنی شامل داشـتن حال خوب، لذت جویی، رضایتمندی، هدفداری در زندگی و مشـارکت گسـترده در فعالیت‌های اجتماعی است. و بعد عینی کیفت زندگی شـامل ویژگی‌هایی هسـتند که قابل سنجش و مربوط به محیط زندگی و شـرایط زندگی که خود در دو دسـته فـردی و اجتماعی قرار می‌گیرند. در بعد فردی مواردی چون هوای سـالم، آب سالم، دسترسی به طبیعت، امنیت فیزیکی، دسترسی به امکانات ارتباطی مدرن و در بعد اجتماعی شامل زندگی خانوادگی سالم و راحت، زندگی سازمانی سالم و پربار، امنیت سیاسـی و حقوق اساسـی مطرح می‌شود.[۱۱] همچنین تحقیق روسـوو همکاران۲۰۰۸ نشـان داد کیفیت زندگی و خود پنداره بدنـی کودکان مبتلا به فلج مغزی همی پلژی در مقایسـه با همسـالان بدون معلولیت پایینتر است و با افزایش کیفیت زندگی، خودپنداره آن‌ها نیز نسبت به جسمشـان مثبت‌تر می‌شـود.[۱۲] نتیجه تحقیق فرهمند و همـکاران حاکی از آن اسـت که حمایت اجتماعی ادراک شـده و کیفیـت زندگی با تصویر بدنـی بین معلولین جسمی-حرکتی شهر یزد رابطه مثبت و معنادار دارد.[۱۳]

با توجه به تعارف و محتوای مفاهیم یاد شده بـالا می‌توان اسـتنباط کرد کـه بین حمایت اجتماعی، شادابی اجتماعی، کیفیت زندگی و سـلامت اجتماعی ارتباط وجـود دارد. بر این اسـاس و همچنین نبود تحقیقات لازم در این زمینه درباره معلولان جسـمی-حرکتی و اهمیـت توجه به این گروه آسـیب‌پذیر مقاله حاضر با هدف بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به خلا مطالعات در این حوزه پرداخته شـود و با بررسـی و شناسایی عوامـل فرهنگی-اجتماعی موثـر در تقویت سـلامت اجتماعی معلولان جسمی-حرکتی گامـی موثر در راه پژوهش جامعه انسـانی و توسعه پایدار برداشته شود.

روش

جامعه مورد مطالعه این پژوهش توصیفی-تبیینی را معلولان جسمی-حرکتی ساکن شهر تهران در سال۱۳۹۸ تشکیل داده‌اند. حجم نمونه بر اسـاس فرمول کوکران سـی صد و نود نفر برآورد شده است. نمونه‌گیری با تلفیق روش طبقه‌بندی و تصادفی ساده در مراکز تحت سازمان بهزیستی تهران انجام گرفت.

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود: معلولان تحت پوشـش سـازمان بهزیستی، خدمات حرفه‌ای به‌منظور اشـتغال دریافت کرده، سن بالای هجده سال، رضایت از شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه.

ملاک‌های خروج: داشـتن معلولیت‌های دیگر به جز جسـمی-حرکتی، اعتیاد به مواد مخدر، تمایل نداشتن به مشارکت.

ابزارهای پژوهش

مقیاس سـلامت اجتماعی: در سنجش سـلامت اجتماعی از پرسشـنامه کییز-فرم کوتاه که در سال۲۰۰٤ ساخته شده و شـامل پانزده گویه در پنج زیر مقیاس انسـجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم داشـت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شـکوفایی اجتماعی که هر زیر مقایس سـه گویه دارد، استفاده شده اسـت.[۵] نمره‌دهی در مقیاس لیکرت از صفر تا پنج انجام شـده اسـت که نمره بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بیشتر است. دامنه نمرات قابل اکتساب صفر تا هفتاد و پنج می‌باشد. علاوه بر این نمرات در شش طبقه برابر خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم و اصلا دسته‌بندی شده است. در ایران جوشن‌لو در سال۱۳۸۵ با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی این پرسشنامه را استاندارد نموده است.[۱٤]

مقیاس حمایت اجتماعی: پرسشنامه حمایت اجتماعی با اقتباس از نظرات ولمن و فیشر۱۹۹۹ تدوین شده است. و دارای چهار بعد حمایت عملی شـامل حمایت مالی و اقتصادی، حمایت عاطفی و مشـورتی شـامل بحث در مورد مشکلات و مسـاله‌های، مشاوره و نصیحت، حمایت مصاحبتی و معاشرتی شـامل فعالیت‌های اجتماعی و سرگرمی، حمایت اطلاعاتی شامل مبادله اطلاعات در زمینه‌های علمی، آموزشی و تحصیلی است و در مجموع دارای چهارده گویه است.[٦] نمره‌دهی در مقیاس لیکرت از صفر تا پنج انجام شـده اسـت که نمره بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی بیشتر است. دامنه نمرات

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.4.4.3]

قابل اکتساب از صفر تا هفتاد می‌باشد. علاوه بر این نمرات در شش طبقه برابر خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم و اصلا دسته‌بندی شده است.

مقیاس کیفیت زندگی: به‌منظور سنجش متغیر کیفیت زندگی از مقیاس(پرسشنامه) فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که فرم کوتاه شده و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی یکصد سوالی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL-100 می‌باشد، استفاده شده است. کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی: الف-حیطه سلامت جسمانی یا فیزیکی؛ ب-حیطه روان‌شناختی؛ ج-حیطه روابط اجتماعی؛ د-حیطه محیط زندگی؛ مورد بررسی قرار می‌دهد که حاوی بیست وشش سوال است.[۱۱] نمره‌دهی در مقیاس لیکرت از صفر تا پنج انجام شده است که نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. دامنه نمرات قابل اکتساب از صفر تا صد و سی است. علاوه بر این نمرات در شش طبقه برابر خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم و اصلا دسته‌بندی شده است.

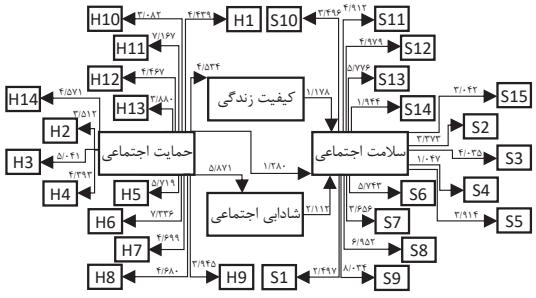
مقیاس شادابی اجتماعی: به‌منظور سنجش شادابی اجتماعی از پرسشنامه لیندنبرگ ساخته شده در سال۲۰۰۰ استفاده شده است که شامل دو بعد بهبود اجتماعی شامل عواطف، بهبود رفتاری و شان؛ و بهبود فیزیکی شامل آسایش و انگیزش می‌باشد نیز استفاده شده است.[۱۰] نمره‌دهی در مقیاس لیکرت از صفر تا پنج انجام شده است که نمره بالاتر نشان دهنده شادابی اجتماعی بیشتر است. دامنه نمرات قابل اکتساب از صفر تا صد و پانزده است. علاوه بر این نمرات در شش طبقه برابر خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم و اصلا دسته‌بندی شده است. لازم به توضیح است که به‌منظور تعیین اعتبار سازه مدل مفهومی تحقیق قبل از نهایی شدن، از اعتبار محتوایی استفاده شده است که به تایید خبرگان دانشگاهی رسیده است. سپس با استفاده از روش معمول اعتبار همگرا به کمک نرم‌افزار Smart PLS، نسبت به سنجش روایی ابزار اندازه‌گیری اقدام گردید که در تمامی موارد میزان بالای پنج دهم می‌باشد و مورد قبول است. همچنین به‌منظور سنجش پایایی از آلفای کرونباخ و پایایی مرکبCR با استفاده از نرم‌افزار، استفاده شد که در تمامی متغیرها در هر دو شاخص بالای هفتاد صدم و قابل قبول می‌باشد.

داده‌های تحقیق پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار پیشرفته SPSS26 با استفاده از آماره‌های توصیفی و آزمون‌های آماری پیرسون، رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر با نرم افزار Smart Pls انجام گرفت.

یافته‌ها

با توجه به یافته‌های جدول شماره یک، سلامت اجتماعی سی و سه و یک دهم درصد معلولان جسمی-حرکتی متوسط می‌باشد و در حمایت اجتماعی تقریبا چهل درصد افراد کم و خیلی کم و تنها هفده درصد ابراز داشته‌اند که حمایت از آن‌ها زیاد و خیلی زیاد می‌باشد. شادابی چهل و نه و هشت دهم درصد از افراد زیاد و خیلی زیاد می‌باشد که میزان قابل توجهی است ولی در مقابل کیفیت زندگی چهل و پنج و یک دهم درصد افراد زیاد و خیلی زیاد است. و نتایج آزمون ویلک و سیمرنف در جدول شماره دو توزیع متقارن و نرمال متغیر سلامت اجتماعی را تایید می‌کند. همچنین نتایج جدول شماره سه نشان می‌دهد که بین متغیرهای سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و شادابی اجتماعی به میزان‌های مندرج در جدول همبستگی وجود دارد و باتوجه به تایید نتایج این جدول در جدول شماره چهار با استفاده از آزمون رگرسیون خطی به روش اینتر تاثیر همزمانی حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و شادابی اجتماعی بر سلامت اجتماعی معلولان جسمی-حرکتی ساکن شهر تهران در سال۱۳۹۸ بررسی شده است که مقدار ضریب تبیین به‌دست آمده برای تبیین سلامت

نمودار(۱) مدل معادلات ساختاری با استفاده از روش Bootstrap



جدول(۱) توزیع فراوانی و درصدی متغیرهای مستقل و وابسته

	حمایت اجتماعی		شادابی اجتماعی		کیفیت زندگی		سلامت اجتماعی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خیلی کم	۲۴	۶/۲	۱۸	۴/۶	۲۷	۶/۹	۳۳	۸/۵
کم	۱۲۹	۳۳/۱	۵۸	۱۴/۹	۵۰	۱۲/۸	۹۴	۲۴/۱
متوسط	۱۷۰	۴۳/۶	۱۲۰	۳۰/۸	۱۳۷	۳۵/۱	۱۲۹	۳۳/۱
زیاد	۴۳	۱۱/۰	۱۴۳	۳۶/۷	۱۳۰	۳۳/۳	۱۰۹	۲۷/۹
خیلی زیاد	۲۴	۶/۲	۵۱	۱۳/۱	۴۶	۱۱/۸	۲۵	۶/۴
مجموع	۳۹۰	۱۰۰	۳۹۰	۱۰۰	۳۹۰	۱۰۰	۳۹۰	۱۰۰

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.4.4.3]

اجتماعیR^2= ۰/۲۳ می‌باشد و در پی پاسخ به این سوال که بین این سه متغیر مستقل بیشترین تاثیر مربوط به کدام متغیر است، از معادله رگرسیونی استاندارد استفاده شده است که حمایت اجتماعی با ضریب B=۰/۲۵ بیشترین تاثیر و بعد از آن شادابی اجتماعی با B=۰/۱۹ و کیفیت زندگی با B=۰/۱٤ بر سلامت اجتماعی تاثیر داشته‌اند.

جهت بررسی میزان تاثیر متغیرها و تبیین متغیر وابسته یا سلامت اجتماعی از نرم‌افزار SmartPLS در جدول پنج استفاده شده است که علاوه بر تبیین ضرایب عاملی شاخص‌های سنجش در هر متغیر و ضرایب تاثیر متغیرهای مستقل درونزا و برونزا را نیز بررسی می‌کند. مهمترین شاخص برازش مدل در تکنیک حداقل مجذورات جزیی شاخص GOF است. سه مقدار یک صدم، بیست و پنج صدم و سی و شش صدم را به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی نموده‌اند. طبق این شاخص با استفاده از میانگین هندسی شاخصR^2 و میانگین شاخص‌های افزونگی قابل محاسبه است (GOF=√avrage(Comunalitie)*R^2) که در مقاله حاضر این مقدار GOF=۰/۲۸ می‌باشد و مدل قابل تایید است. جهت بررسی دقیقتر رابط فوق از روش Bootstrap یا خودگردان‌سازی نیز استفاده شده است. با توجه به نتایج نمودار شماره یک می‌توان گفت، در صورتی که میزان تاثیر روابط و ضرایب عاملی بیشتر از دو باشند یعنی رابطه خوب می‌باشد و هر چه بزرگتر از دو باشد یعنی شدت رابطه و تاثیر بیشتر است. همچنین میزان تاثیر متغیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی و شادابی اجتماعی تاثیری قوی و بر سلامت اجتماعی ضعیفتر می‌باشد که با این نتایج نقش میانجی بودن دو متغیر کیفیت زندگی و شادابی اجتماعی مشهود است و از طرف دیگر تاثیر شادابی اجتماعی بر سلامت اجتماعی، قوی و کیفیت زندگی نیز قابل قبول می‌باشد. در نهایت میزان ضریب تبیین سلامت اجتماعی توسط متغیرهای مستقل R=۰/۳۳ می‌باشد.

جدول(۲) آزمون کولموگورف – سمیرنف

متغیر	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
سلامت اجتماعی	۰/۰۴۰	۳۹۰	۰/۱۲۴	۰/۹۹۱	۳۹۰	۰/۰۵۸

جدول(۳) ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

متغیر	آماره	سلامت اجتماعی	حمایت اجتماعی	کیفیت زندگی	شادابی اجتماعی
سلامت اجتماعی	r	۱	۰/۳۸۹**	۰/۳۶۰**	۰/۴۰۶**
	Sig		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی	r	۰/۳۸۹**	۱	۰/۳۲۳**	۰/۴۴۶**
	Sig	۰/۰۰۰		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی	r	۰/۳۶۰**	۰/۳۲۳**	۱	۰/۶۸۹**
	Sig	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰		۰/۰۰۰
شادابی اجتماعی	r	۰/۴۰۶**	۰/۴۴۶**	۰/۶۸۹**	۱
	Sig	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	

جدول(٤) ضرایب رگرسیونی مربوط به مدل‌های پیش‌بینی شده

ضریب تعیین (R^2)	میزان و معناداری F (ANOVA)		ضرایب رگرسیونی استاندارد نشده		ضرایب رگرسیونی استاندارد شده	t	Sig
			B	Std. Error	Beta		
۰/۲۳	F= ۳۸/۴۸ Sig= ۰/۰۰۰	مقدار ثابت	۱۶/۵۷	۲/۶۲		۶/۳۱	۰/۰۰۰
		حمایت اجتماعی	۰/۲۳۷	۰/۰۴۶	۰/۲۵۷	۵/۱۴	۰/۰۰۰
		شادابی اجتماعی	۰/۱۴۸	۰/۰۵۰	۰/۱۹۲	۲/۹۵	۰/۰۰۳
		کیفیت زندگی	۰/۰۸۳	۰/۰۳۵	۰/۱۴۵	۲/۳۴	۰/۰۱۹

جدول(۵) بررسی نیکویی برازش با شاخص GOF

متغیرها	R Square	communality	GOF
سلامت اجتماعی(وابسته)	۰/۳۳۶	۰/۲۶۴	۰/۲۸
شادابی اجتماعی(درونزا)	۰/۲۹۲	۰/۳۲۷	
کیفیت زندگی(درونزا)	۰/۱۷۷	۰/۳۰۵	
حمایت اجتماعی(برونزا)		۰/۲۹۷	

$$GOF = \sqrt{\overline{communality} \times \overline{R^2}}$$

میزان GOF=۰/۲۸، متوسط و قابل قبول می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مقاله حاضر نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی که به‌عنوان بیرونی‌ترین متغیر مدل تحقیق که بر متغیر وابسته و دو متغیر میانجی شادابی اجتماعی و کیفیت زندگی موثر بوده را می‌توان این‌گونه تعریف کرد که، حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد گفته می‌شود. برخی حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی دیگر آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند.[۱۵] نتایج تحقیق خواجویی‌نژاد[۱٦] و اسلامیان چراغبدال[۱۷] نشان می‌دهد که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای حمایت عاطفی، حمایت خدماتی-عملی، اطلاعاتی و مالی و علت بیماری رابطه معنی‌داری وجود دارد.

لیو حمایت اجتماعی را به‌عنوان ارتباطات مفید بین افراد در نظر گرفته است. به‌عبارت دیگر، منظور از حمایت اجتماعی، تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه به‌صورت دوسویه، غیررسمی و معمولا خود به خودی و سودمند است.[۱۸] یافته‌های حاصل از پژوهش صالح[۱۹] نیز حاکی از آن است که هرچه همسران جانبازان از میزان حمایت اجتماعی بالاتری

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.4.4.3]

برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند.

در راستای رابطه حمایت اجتماعی و شادابی اجتماعی می‌توان اشاره کرد که، لو معتقد است حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرسزا را تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد. حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد.[۲۰] هندرسون مطرح کرد که حمایت نیاز اصلی انسان است و افراد باید از حمایت دریافتی رضایت کامل داشته باشند این حمایت باید در آن‌ها شادابی ایجاد کند تا باعث ایجاد سلامتی و ارتقا آن و لذت بردن از سلامتی گردد.[۱۸] نیک‌ورز به این نتیجه دست یافت که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رضایت کلی از زندگی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، ارزیابی فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده، با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند.[۲۱] رضایت نداشتن از زندگی، شاداب نبودن با وضعیت سلامتی ضعیفتر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است.[۲۲] یافته‌های پژوهش با نظریه گافمن هم‌خوانی دارد. بر طبق این نظریه، وقتی که یک فرد دارای معلولیت جسمانی با یک غریبه مواجه می‌شود، غریبه بی‌درنگ متوجه خصیصه او، یعنی آسیب دیدگی جسمانیش می‌شود و خصیصه‌های دیگر زیادی را نسبت به فرد بر اساس این خصیصه وی ترسیم می‌کند. داغ ننگ یک آسیب اجتماعی یا زیستی است که تصویر ذهنی دیگران را نسبت به هویت انسان مخدوش و متزلزل می‌کند و احتمالا باعث انگشت‌نما شدن فرد می‌شود و تصور، خودپنداره فرد را از هویتش متزلزل می‌سازد هویت ذاتی و موجود فرد را دچار گسست و شکاف می‌کند که بر روی تمام خصوصیات شخصی مانند عزت نفس، مهارت‌ها و توانمندی‌های دیگر تاثیر می‌گذارد[۲۳] نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که وجود ارتباط مثبت بین سلامت اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی حاکی از اهمیت مساله‌های روحی و روانی و احساس رضایتمندی یا شادابی در بالا بردن سطح سلامت اجتماعی می‌باشد به‌طوری‌که که با افزایش فرهمندی و شادابی خاطر در بین افراد جامعه، آن‌ها از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهند بود.

محدودیت‌ها: با توجه به ابزار جمع‌آوری داده که پرسشنامه بوده است و شرایط پاسخ‌دهندگان که معلولیت جسمانی و حرکتی داشته‌اند. روند جمع‌آوری داده‌ها سخت بوده و همچنین برای دسترسی به نمونه‌ها نیاز به اجازه سازمان بهزیستی و مراکز نگهداری معلولین بوده که دسترسی به نمونه‌ها کمی مشکل بوده است.

پیشنهادها: در آخر نیاز به تاکید این موضوع است که متاسفانه در جامعه ایران حمایت‌های اجتماعی رسمی از معلولان بسیار ضعیف است، بنابراین باید تلاش کرد که حمایت‌های اجتماعی غیررسمی حفظ شود. یکی از منابع مهم حمایت‌های اجتماعی غیررسمی خانواده است. اعضای خانواده باید در مقابل فرد معلول خانواده احساس مسوولیت کنند. در گام بعدی نیاز است به این موضوع توجه داشت که افراد معمولا با دوستان خود اشتراکات بیشتری دارند و یکدیگر را بهتر درک می‌کنند و همین امر موجب حمایت‌های عاطفی و روانی در معلولین می‌شود. ایجاد حس اعتماد به دوستان موجب افزایش درد دل کردن و حمایت‌طلبیدن می‌شود. پس با آموزش شاخص‌های اعتماد مانند صداقت و صراحت و همکاری باید زمینه‌های ایجاد حمایت‌های اجتماعی غیررسمی از معلولین را افزایش داد تا سلامت اجتماعی آن‌ها تقویت شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از روش‌های کیفی جهت بررسی دقیقتر و عمیقتر مساله‌های مربوط به معلولان نیز استفاده شود.

سپاسگزاری: در آخر از تمام معلولانی که با صبر و حوصله همکاری نموده‌اند تا پرسشنامه‌ها گردآوری شود و از مدیران و مسوولان اداره بهزیستی و توانبخشی استان تهران جهت هماهنگی‌های لازم برای دسترسی به معلولان گرامی بسیار سپاسگزاریم. همچنین از دوست صبور و گراسنگ مان جناب آقای جعفر نوایی در ویراستاری مقاله بسیار سپاسگزار و قدردان هستیم.

منابع

References:

1. Karimidermani H. Rehabilitation of certain groups. Tehran: Roshd Publications, Fourth Edition;2017. [Persian]

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.4.4.3]

2. Mirkhani M. Fundamentals of rehabilitation. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Publications, second edition . 2000[Persian]
3. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Survey of mental health of adult population in Tehran in 2009, 2011; Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16(4): 479-483. [Persian]
4. Honey A, Honey V, Llewellyn G, Kariuki M. Mental health and disability. In: International Encyclopedia of Rehabilitation. 2010; Australia: University of Sydney.
5. Keyes C.L.M, Shapiro A. Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology. Orville Brim, Carol, D., Ryff & Ronald, C. Kessler(eds.), How healthy are you? A national study of well-being of midlife. 2004; Chicago: University of Chicago Press.
6. Wellman B. The network community: An introduction, 1-48 in networks in the global village, B. Wellman(ed). 1999; Boulder, Co: Westwood.
7. Gheadi G.H, Yaghoobi H. The study of the relationship between perceived social support dimensions and dimensions of well-being in male and female students. Journal of Armaghan Danesh. 2008 (50):69-81. [Persian]
8. Karademas EC, Kalantzi-Azizi A. The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. Personality and Individual Differences.2004;37(5):1033-34.
9. Yousefi A. Standardization of the scale (questionnaire) of the quality of life of the World Health Organization - a short form in the Islamic Republic of Iran. 2010; Assistance of Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services.[Persian]
10. Lindenberg S. "It takes both trust and lack of mistrust: The workings of solidarity and relational signaling in contractual relationships". 2000; Journal of Management and Governance, No. 4, pp. 11-33.
11. Nieboer A, Lindenberg S, Boomsma A, Van Bruggen A.C. "Dimensions of well-being and their measurement: The SPF-IL Scale". 2005; Social Indicators Research, No. 73, pp. 313-353.
12. Russo RN,Goodwin EJ, Miller MD, Haan EA, Connell TM, Crotty M. Self- esteem and quality of life in children with hemiplegic cerebal palsy. The Journal of Pediatrics. 2008;153(4):473-477.e2.
13. Farahmand M, Jiriai R, Salehzadeh M. The role of perceived social support and quality of life in predicting the body image of physical disabilities in Yazd. Quarterly Journal of Social Work. 2019; 8 (3); 41-48.[Persian]
14. Joshanlo M. Nosratabadi M, Rostami R. "Investigating the operating structure of the Comprehensive Welfare Scale";2006, Transformational Psychology. No. 9, pp. 35-51.[Persian]
15. Alipour A. The Relationship between social support and body immunity indicators in healthy individuals: A study of the general effect model. 2006; Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior) Summer, 12 (consecutive 45), pp. 134-139.[Persian]
16. Khajuyinezhad Z. (Dissertation). Investigating the relationship between social support and social health of hemodialysis patients in Kerman;2016 Shahid Bahonar University of Kerman, Faculty of Literature and Humanities.[Persian]
17. Islamian Cheraghbadal A. (Dissertation). Investigating the relationship between social support and social health: people with HIV. 2014; Allameh Tabatabai University, Faculty of Social Sciences.[Persian]
18. Heidari S. (Dissertation). Investigating the relationship between social support and quality of life in cancer patients visiting selected hospitals of Iran and Tehran University of Medical Sciences in 2005. 2006; School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran.[Persian]
19. Saleh S. (Dissertation). Study of the effect of social support on the social health of spouses neurological and psychiatric veterans of Tehran,2009; Allameh Tabatabai University.[Persian]
20. Lu L. "Social support, reciprocity and well-being". 1997; The Journal of Social Psychology, Vol. 137, No. 5, pp. 618-628.
21. Nikvarz T. (Dissertation). Investigating the factors affecting the social health of male and female students of Shahid Bahonar University of Kerman.2010; Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman.[Persian]
22. Maltaby J, Day L, Mccutcheon L.E., Gillett R, Houran J, Ashe DD. "Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental healty". 2004; British Journal of Psychology, No. 95, pp. 411-428.
23. Gaffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York, Touchstone; Reissue edition, 2007. [Persian]

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-10]

DOR: 20.1001.1.1735451.1399.9.4.4.3]