

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به نشریه جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه دانشگاه تبریز می‌باشد.  
این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY: 4 است.

## بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس خودکارآمدی با سلامت اجتماعی جانبازان انقلاب اسلامی استان آذربایجان شرقی

شناسه دیجیتال: <https://sociology.tabrizu.ac.ir> DOI:10.22034/JEDS.2022.51010.1635

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۷/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۷

عباس پورحسن<sup>۱</sup>  
محمود علمی\*<sup>۲</sup>  
داود ابراهیم‌پور<sup>۳</sup>

### چکیده

سلامت اجتماعی، تصویری است که افراد درباره خود، تعاملات و ارتباطات اجتماعی، سودمندی، نقش اجتماعی و مثبت بودن در اجتماع دارند. در این میان، سلامت اجتماعی جانبازان بعنوان یکی از اقشار اجتماعی جامعه، یکی از مسایل قابل توجه در حوزه جامعه‌شناسی سلامت می‌باشد. هدف اصلی پژوهش حاضر، تحلیل جامعه‌شناختی حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس خودکارآمدی با سلامت اجتماعی جانبازان انقلاب اسلامی استان آذربایجان شرقی بود. جامعه آماری، جانبازان استان آذربایجان شرقی به تعداد ۲۴۳۴۰ بود و ۲۹۴ جانباز به شیوه نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. بر اساس یافته‌ها، میانگین سلامت اجتماعی آنها ۵۶/۴۵ درصد و حمایت اجتماعی ادراک شده ۷۲/۸ درصد بود. نتیجه آزمون رگرسیون چند متغیره نشان داد که بین متغیرهای احساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده جانبازان استان آذربایجان شرقی با میزان سلامت اجتماعی آنان و مولفه‌های پذیرش، مشارکت و خودشکوفایی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد بین سلامت اجتماعی و درصد جانبازی، سن، مدت حضور جانبازان در جنگ رابطه معنادار وجود نداشت، اما تفاوت معناداری بین سلامت اجتماعی جانبازان برحسب سواد آنها وجود داشت بطوریکه جانبازان دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، بیشترین تفاوت میانگین با سایر گروه‌ها را داشتند.

**واژگان کلیدی:** حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت اجتماعی، احساس خودکارآمدی، جانبازان انقلاب اسلامی استان آذربایجان شرقی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران  
۲. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی (نویسنده مسئول)، تبریز، ایران  
۳. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران  
elmim@iaut.ac.ir  
da.ebrahimpoor@gmail.com

## مقدمه

سلامت، قابلیت افراد و اجتماعات برای کنترل زندگی خود و بهبود بخشیدن به آن با استفاده از راهبردهایی اعم از تقویت تاب‌آوری فردی، حمایت‌های محیطی و اجتماعی با توجه به فرهنگ، تعاملات سازمان یافته، اجتماعی شدن غیررسمی، برابری، عدالت اجتماعی، مشارکت اجتماعی و احترام به شرافت فردی است. کاهش بیماری‌های روانی و پرورش سلامت در ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی، ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی لازم است را افزایش می‌دهد. سلامت یکی از مهمترین عوامل مؤثر در ارتقاء و تکامل انسان‌ها محسوب می‌شود، به طوری که اهمیت آن در رشد و شکوفایی انسان بر کسی پوشیده نیست (قادری و همکاران، ۱۳۹۳: ۹۵۱). یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، سلامت اجتماعی آن جامعه است. سلامت اجتماعی نقش مهمی در پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آنجا که سلامت اجتماعی نقش عمده‌ای در کارکرد تمام زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد، بدیهی است برنامه‌ریزی جامع در تأمین سلامت اجتماعی افراد و بررسی رابطه آن با برخی متغیرها از جمله حمایت اجتماعی و احساس کارآمدی ضروری به نظر می‌رسد. خودکارآمدی که به عنوان یکی از ابعاد سرمایه روانشناختی مورد بررسی قرار می‌گیرد، بخش اساسی و حیاتی سیستم خود را تشکیل می‌دهد. خودکارآمدی به باور فرد به توانایی‌های خود در انجام کارها (همچون سازماندهی، مدیریت و اجرا امور مختلف)، توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزندگی الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی مربوط می‌شود (کریمی طریقه و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۸۴). مفهوم خودکارآمدی دارای اثرات مثبت بر حوزه‌های مختلف زندگی افراد می‌باشند و به عنوان یک مکانیسم مهم در درمان ناراحتی‌های روانی و اجتماعی کاربرد دارد. متغیر دیگر مرتبط با سلامت اجتماعی، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی به معنای درک محبت‌ها و حمایت‌های دیگران و برخورداری از یک شبکه‌ی قابل اعتماد در شرایط مورد نیاز و بویژه در شرایط بحرانی می‌باشد. هرچقدر میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دیگران بیشتر باشد، به همان میزان افراد از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار می‌شوند. بحث مربوط به سلامت افراد جامعه همچنین مورد توجه سازمان‌های جهانی از جمله سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> قرار گرفته است و به لحاظ روانی زندگی کنشگران را تحت تأثیر قرار داده است. توجه برنامه‌ریزان اجتماعی به این موارد می‌تواند نقش اساسی در فراهم آوردن سلامت افراد جامعه داشته باشد. سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بایستی بتوانند بر اساس ابزار و امکانات موجود به ارتقا و کیفیت زندگی قشرهای مختلف جامعه و سلامت آنان بویژه جانبازان جامعه عمل ببوشاند و نوعی یکپارچگی و تعادل فعال در جامعه به وجود آورند (کوبو رندون<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰: ۲).

---

1. World Health Organization (WHO)

2. Cobo-Rendón

بدیهی است که تمامی اقشار جامعه مستلزم برخورداری از سلامت اجتماعی می‌باشند، اما جانبازان و آسیب دیدگان ناشی از جنگ تحمیلی بنا به شرایط و وضعیت خاص و چالش‌های مختلف (مشکلات اعصاب و روان، ضایعه‌ی نخاعی، شیمیایی چشم و ریه، قطع هر دو اندام تحتانی) که دارند، لازم است توجه مضاعفی به این افراد در سطح جامعه صورت بگیرد. بطوریکه تقویت کانال‌های حمایت اجتماعی و همچنین تقویت سرمایه روانشناختی جانبازان می‌تواند در بالا رفتن درصد سلامت اجتماعی آنها تاثیر زیادی داشته باشد. بنابراین، با توجه به مباحث مذکور ضروری است که مساله سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی به عنوان یک قشر مهم مورد بررسی جامعه‌شناختی قرار گیرد. از ضرورت‌های انجام این پژوهش، خلاء تئوریک موجود در منابع علمی در ایران و استان از بعد جامعه‌شناختی و نیاز به تئوریزه کردن واقعیت‌های مربوط به آن می‌باشد. هدف اصلی پژوهش حاضر، تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سلامت اجتماعی با حمایت اجتماعی و احساس خودکارآمدی در جانبازان استان آذربایجان شرقی می‌باشد. نظر به جایگاه و اهمیت ویژه جانبازان استان آذربایجان شرقی، تحقیق حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین متغیرهای حمایت اجتماعی، احساس خودکارآمدی (متغیرهای مستقل) و میزان سلامت اجتماعی (متغیر وابسته) جانبازان در استان آذربایجان شرقی رابطه وجود دارد؟

### چارچوب نظری

جامعه‌شناسان بر این باورند که سلامتی و بیماری روانی، صرفاً واقعیاتی زیست شناختی و یا روانشناختی نیستند، بلکه به طور هم زمان، دارای ابعاد و ماهیت اجتماعی نیز می‌باشند. بطور کلی، چارچوب نظری این پژوهش، بر گرفته از جنبه جامعه‌شناختی رویکرد سبب شناختی است که معتقد است، نشانه‌ها و حالات روانی، از موقعیت‌های افراد در ساختار اجتماعی ناشی می‌شوند. این رویکرد بر نقش سبب شناختی فشارهای مزمن، حوادث حاد زندگی، جنبه‌هایی از نقش‌های اجتماعی نظیر تعارض نقش، گرانباری نقش یا فشار نقش و میزان حمایت اجتماعی به هنگام درگیری با عوامل تنش‌زا تأکید دارد. مطالعات جامعه‌شناختی، به دنبال بررسی میزان‌های متفاوت اختلال روانی در میان مکان‌ها (ملت‌ها، شهرها، مناطق) یا گروه‌های اجتماعی متفاوت (طبقه اجتماعی، جنسیت و سن) هستند، تا این که چرا افراد خاص، نشانه‌های بیماری‌های روانی را تجربه می‌کنند.

### سلامت اجتماعی

سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی، یعنی افراد باید از نظر اجتماعی و روانی نیز در سلامت کامل قرار داشته باشند. سلامت اجتماعی

به عنوان درک فرد از کیفیت روابط خود با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف شده است. مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشانگر رضایت و خشنودی یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) نسبت به محیط پیرامونی او است (لارسن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶: ۱۸۳). تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است. در واقع، در کنار سلامتی به معنای پزشکی آن، جامعه نیازمند سلامت اجتماعی به عنوان ساز و کار ارتباطی است که دارای ویژگی‌هایی از جمله یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم داشت یا مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی می‌باشد که باعث می‌شود مردم و نظام سلامت به نوعی با یکدیگر پیوند بخورند (امیدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۷۲).

یکی از هدف‌های مهم نظام سلامت در هر کشور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی تمام افراد جامعه بویژه افراد معلول و جانباز است. برای تحقق این امر مهیا سازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان در کلیه مراحل زندگی از جمله حقوق اولیه به شمار می‌رود. مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در آن ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است و جنبه اجتماعی آن با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌گیرد. سلامت اجتماعی شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر کس از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ به حساب می‌آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه شخصی در رابطه با شبکه اجتماعی توجه می‌شود. در واقع سلامت اجتماعی رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل شخصی و سازگاری میان فرد و محیط است.

### حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی که به عنوان امنیت اجتماعی نیز شناخته می‌شود، تا این اواخر به عنوان یک عامل توسعه اجتماعی مورد شناسایی قرار نگرفته بود. حمایت اجتماعی مفهومی چند بعدی است که به طرق مختلف تعریف شده است. برای مثال، می‌توان آن را به عنوان یک منبع فراهم شده توسط دیگران، به عنوان امکاناتی برای مقابله با استرس، یا یک مبادله‌ای از منابع تعریف نمود. برخی از پژوهشگران، حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه، و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر اعضای خانواده، دوستان و دیگران مهم تعریف کرده‌اند. برخی، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و برخی

دیگر، آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند. ساراسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بعدی می‌داند که هر دو بعد واقعی و تصویری را در بر می‌گیرد. در مجموع، شاید بتوان گفت که حمایت اجتماعی یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و این که او به یک شبکه اجتماعی متعلق است (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹: ۴). رایج‌ترین انواع حمایت اجتماعی که توسط پژوهشگران معرفی شده و در تحقیقات متعدد مورد استفاده قرار گرفته‌اند، شامل سه مقوله حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی می‌باشد.

**حمایت اجتماعی عاطفی:** حمایت اجتماعی به معنای در دسترس داشتن فردی برای تکیه کردن و اعتماد داشتن به وی، به هنگام نیاز است. حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده‌ی احساس همدلی، مراقبت و توجه و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می‌تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان، تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز نماید.

**حمایت اجتماعی ابزاری:** حمایت ابزاری به کمک‌های مادی، عینی و واقعی دریافت شده توسط یک فرد از سوی دیگران اطلاق می‌شود. این نوع حمایت به افراد کمک می‌کند تا نیازهای روزانه‌ی خود را تامین کند و شامل عنصری از کمک‌های مادی و عینی نظیر قرض دادن پول، کمک کردن در نظافت خانه، جابجایی و حرکت کردن، حمام رفتن و رانندگی کردن است.

**حمایت اجتماعی اطلاعاتی:** بدست آوردن اطلاعات ضروری از طریق تعامل‌های اجتماعی با دیگران را حمایت اطلاعاتی تعریف کرده‌اند. به عبارتی دیگر، حمایت اطلاعاتی، شامل دادن توصیه، جهت‌گیری‌ها، پیشنهادات، یا بازخوردها به یک فرد راجع به چگونگی عملکردش می‌باشد (همان، ۸۹).

پیش از این حمایت اجتماعی ارتباط محدودی با برنامه‌های دولتی حفظ درآمد همانند بیمه اجتماعی و کمک‌های اجتماعی داشت و اعتقاد بر این بود که نوعی از مصرف را مشخص می‌کند و رویکردی رفاهی است که منابع را به افراد نیازمند می‌رساند بدون آنکه آنان را درگیر فرایند توسعه نماید. گنجانیدن حمایت اجتماعی در توسعه اجتماعی از طریق مشارکت رو به رشد سازمان‌های غیردولتی، گروه‌های جامعه محلی، کمک کنندگان بین‌المللی و حتی شرکت‌های تجاری موجود در این حیطه رونق یافته است. اتخاذ حمایت اجتماعی به عنوان یک استراتژی توسعه اجتماعی همچنین به خاطر تصدیق بارزتر نقش آن در کاهش فقر می‌باشد و برخی دولت‌ها در سال‌های اخیر برنامه‌های نوآورانه حمایت اجتماعی را به منظور افزایش درآمد

خانوارهای تهیدست معرفی کرده‌اند. حمایت اجتماعی علاوه بر ایفای نقش مهم در کاهش فقر، همچنین به عنوان یک استراتژی توسعه اجتماعی در نظر گرفته می‌شود زیرا سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی را به یکدیگر مرتبط می‌سازد و مشارکت و کارکردها را به عنوان یک سرمایه‌گذاری اجتماعی افزایش می‌دهد. سازمان‌های غیردولتی، انجمن‌های مردمی و سازمان‌های بین‌المللی نیز در حمایت اجتماعی مشارکت دارند و این عقیده را که حمایت اجتماعی مختص دولت است را بیش از پیش کم رنگ کرده‌اند.

### خودکارآمدی اجتماعی

مفهوم خودکارآمدی حول نظریه‌ی شناختی اجتماعی متعلق به آلبرت باندورا<sup>۱</sup> شکل گرفته است که در آن بر نقش یادگیری دیداری، تجربه اجتماعی و جبرگرایی متقابل در رشد شخصیت تاکید می‌شود. خودکارآمدی یکی از اجزای اساسی و حیاتی سیستم خود - نظام را تشکیل می‌دهد. خودکارآمدی به باور فرد به توانائی‌های او در انجام کارها (همچون سازماندهی، مدیریت و اجرا امور مختلف)، توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی مربوط می‌شود (کریمی طرقله و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۸۴). باندورا بر این باور است که خودکارآمدی نقش مهمی در عملکردهای فردی بازی می‌کند، چون نه تنها بصورت مستقیم بر رفتار آدمی تأثیر می‌گذارد، بلکه از طریق تأثیر تعیین‌کننده‌هایی همچون اهداف، آرزوها و فرصت‌های مختلف در محیط اجتماعی، رفتار آدمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باورهای خودکارآمدی بر نوع نگرش افراد (خوش‌بینانه یا بدبینانه، منظم یا نامنظم) کاملاً تأثیر می‌گذارند. افراد در شرایط مختلف دارای خودکارآمدی بالا یا پائینی می‌باشند که این بستگی به صلاحیت و شایستگی افراد دارد. افرادی که دارای خودکارآمدی بالایی هستند، در شرایط و موقعیت‌های جدید به راحتی و با اطمینان ظاهر می‌شوند و در کارهای خود پافشاری می‌کنند، چون بر این باورند که احتمال موفقیت آنها وجود دارد، این در حالی است که افراد دارای حس خودکارآمدی پائین، احساس می‌کنند که شکست می‌خورند و لذا از هر چالشی ممانعت به عمل می‌آورند. در واقع، خودکارآمدی به معنای اعتماد فرد در تفکر، یادگیری، اخذ تصمیمات درست و واکنش مناسب و مؤثر به تغییرات می‌باشد. باندورا بر این باور است که خودکارآمدی بر نحوه‌ی تفکر، احساسات، رفتارها و حرکات فرد تأثیر می‌گذارد. وی تئوری خودکارآمدی را با عملکردهای مختلف انسانی

مرتبط دانسته و می‌گوید خودکارآمدی نقش مهمی در ایفای نقش پدر و مادری، پیشرفت ذهنی، شغلی، سلامتی و سیستم‌های اجتماعی فردی و جمعی بازی می‌کند (فیلیپس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵: ۲۶).

## پیشینه تحقیق

بررسی‌ها نشان داد که در مورد موضوع مورد مطالعه، تاکنون تحقیقی انجام نگرفته است اما برخی تحقیقات مرتبط با موضوع به شرح زیر می‌باشند:

حاتمیان و همکاران (۱۳۹۶) تحقیقی با عنوان «رابطه مؤلفه‌های ادراک حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم» با گرایش به مصرف مواد روان‌گردان در میان پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمانشاه» انجام دادند. این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. نتایج یافته‌های پژوهش نشان داد که رابطه معناداری بین مؤلفه‌های ادراک حمایت اجتماعی با نمره کلی وجود داشت. نصیری و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده در میان زنان سرپرست خانوار شهر سمنجان پرداختند. نتایج بدست آمده نشان داد که در الگوی نهایی بازنگری شده پژوهش، در میان رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده، خانواده و افراد مهم (و ابعاد کیفیت زندگی) معطوف به سمت جسم و روان، کاهش استرس تنها رابطه بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی معطوف به سمت جسمی و روانی را میانجی‌گری می‌کند. زاهدی اصل و صلاح‌الدین (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان «حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران» به این یافته رسیدند که هرچه همسران جانبازان از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار باشند، از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردارند. خانواده، مهمترین منبع کسب حمایت اجتماعی از نظر همسران جانبازان محسوب می‌شوند. رستمی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان «رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تهران» نشان دادند که خودکارآمدی با کلیه مؤلفه‌های هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد. هوش هیجانی و حمایت اجتماعی به ترتیب حدود ۲۳ درصد و ۱۵ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین کردند و همبستگی مشترک مؤلفه‌های هوش هیجانی و حمایت اجتماعی با خودکارآمدی برابر ۰/۳۷ بود. از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی، ادراک هیجانی توانست به تنهایی حدود ۴۰ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین کند. مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت خانواده و دوستان روی هم ۱۵ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین کردند و حمایت خانواده بالاترین ضریب همبستگی را با خودکارآمدی

داشت. با کنترل اثر مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، رابطه بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و خودکارآمدی همچنان معنی‌دار ماند. پس از کنترل ادراک هیجانی، دیگر رابطه‌ای بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکارآمدی مشاهده نشد. یافته‌ها مبین آن بود که از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی، ادراک هیجانی نقش مهمتری در تبیین پراکندگی خودکارآمدی دارد و خودکارآمدی، هوش هیجانی و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌دار و متقابل دارند. سام آرام (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور می‌پردازد. یافته‌های این پژوهش نشان داده است که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. قائدی و یعقوبی (۱۳۸۷) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران و علامه طباطبایی انجام دادند. یافته‌ها نشان دادند که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی‌کننده‌های بهتری برای رضایت‌مندی از زندگی و بالانس عاطفی در دختران نسبت به پسران هستند و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی در دختران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از خانواده و در پسران بیشتر به وسیله حمایت اجتماعی از دوستان پیش‌بینی می‌شود. همچنین حمایت ادراک شده از فرد خاص و از افراد گروه در دانشکده اثری بر روی ابعاد مختلف بهزیستی فرد ندارد. بخشی‌پور رودسری و همکاران (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه بین رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه تهران پرداخته و نشان دادند که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین تأهل به شکل معناداری با بهداشت روانی بالاتر، رضایت از زندگی و احساس حمایت اجتماعی بیشتر، همبسته بود و بطور کلی آسیب‌پذیری دانشجویان غیربومی بالاتر بود.

معتدی شلمزاری و همکارانش (۱۳۸۱) مطالعه خود را تحت عنوان بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت‌مندی از زندگی سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان در شهرکرد انجام داده‌اند. آنها در مطالعه خود در پی پاسخ دادن به این پرسش بودند که آیا سالمندانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند، رضایت‌مندی بیشتری از زندگی داشته و همچنین احساس تنهایی کمتری می‌کنند؟ یافته‌های آزمون که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به دست آمده بود نشان داد که اولاً حمایت اجتماعی تأثیر معناداری بر احساس تنهایی و سلامت عمومی و رضایت‌مندی سالمندان از زندگی دارد. ثانیاً حمایت عاطفی نقش با اهمیت‌تری نسبت به حمایت ابزاری داشته است و این نقش به ویژه در میان زنان نسبت به مردان نمود بیشتری داشته است. در حالی که میزان همبستگی حمایت ابزاری با رضایت‌مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی برای



زنان معنی‌دار نبوده است. نتایج مربوط به تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون نشان داد که رابطه سلامت عمومی با حمایت اجتماعی از سطح معناداری برخوردار بوده است. در این پژوهش بین حمایت عاطفی و سلامت عمومی نیز رابطه از سطح معناداری برخوردار بوده است. اما بین حمایت ابزاری و سلامت عمومی رابطه معناداری مشاهده نمی‌شود. صادقی و همکارانش (۱۳۷۸) در تحقیقی با عنوان تاثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی در افسردگی سالمندان کانادایی به بررسی نقش روابط اجتماعی بر روی سلامت سالمندان پرداختند. نتایج به دست آمده نشان داد که بین وضعیت فشار روانی و افسردگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. علاوه بر این، در هنگام فشار روانی دسترسی به حمایت اجتماعی به طور اعم و رضایتمندی از حمایت خانواده به طور اخص با افسردگی رابطه معنادار و معکوس دارد. ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که اولاً بین منابع مختلف دسترسی به حمایت اجتماعی و نیز رضایتمندی از این حمایت همبستگی‌های مثبت و قوی وجود دارد. ثانياً بین دسترسی کلی به حمایت اجتماعی و نیز رضایتمندی کلی از حمایت اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. ثالثاً رضایتمندی از حمایت اجتماعی تاثیر مستقیم اما معکوس بر افسردگی دارد که این موضوع البته به نحو معنادار نیز در ارتباط با رضایتمندی از حمایت خانواده است. نتایج همچنین نشان داد که رابطه بین دسترسی به حمایت اجتماعی و وضعیت فشار روانی و نیز بین رضایتمندی از حمایت اجتماعی و وضعیت فشار روانی از نوع مستقیم اما معکوس است. دو منبع حمایت اجتماعی خانواده و هم‌تایان این همبستگی را نشان می‌دهد. همچنین نتایج که به وضوح نشان می‌داد که رضایتمندی از حمایت اجتماعی، نقش اصلی در پیشگیری از افسردگی دارد که این ارتباط منتج از الگوی تاثیر مستقیم است.

حسن‌پور و همکاران (۲۰۲۱) با تاکید بر این مساله که سلامت اجتماعی بخشی از سلامت یک شخص است که می‌تواند بر فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی او تاثیر بگذارد، تحقیقی را در شهر یاسوج انجام دادند. یافته‌های بدست آمده از این تحقیق نشان می‌دهد که بین سلامت اجتماعی و حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان رابطه معنی داری وجود دارد.

چارلز و آروخیم<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) مقاله‌ای را تحت عنوان حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی را در میان بازنشستگان انجام دادند. یافته‌ها حاکی از این است که اکثر بازنشستگان به طور مشترک با خانواده خود زندگی می‌کنند و از سطح بالایی از حمایت اجتماعی درک شده و در نتیجه کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی از سالمندان با سلامت روحی و جسمی آنها ارتباط معناداری دارد.

کوبو رندون و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و تاثیر آن بر سلامت روانی دانشجویان شیلی پرداختند. حمایت اجتماعی ادراک شده دانشجویان با گذشت زمان تغییر نکرد. از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در نمرات بهزیستی و سلامت روان دانشجویان مشاهده شد. آدامسیزک و سگرین<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) به بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی در بین بزرگسالان جوان لهستانی مجرد و متاهل پرداختند. نتایج نشان داد که افراد مجرد از سلامت روانی کمتری نسبت به افراد متاهل برخوردار هستند. همچنین هیچ تفاوتی بین افراد مجرد و متاهل در رابطه با علائم جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی، افسردگی شدید و مشکلات سلامت روان دیده نشد. بلانکو و دیزا<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت‌نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند.

### فرضیه‌ها

- ۱- بین احساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده جانبازان استان آذربایجان شرقی با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
- ۲- بین احساس خودکارآمدی جانبازان استان آذربایجان شرقی و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
- ۳- بین حمایت اجتماعی ادراک شده جانبازان استان آذربایجان شرقی و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.
- ۴- میزان سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی برحسب سواد آنها متفاوت است.

### تعریف متغیرها

#### سلامت اجتماعی (متغیر وابسته یا ملاک)

این بعد از سلامت به «تصورى که افراد درباره خودشان، تعاملات و ارتباطات اجتماعى‌شان، سودمندی، نقش اجتماعى و مثبت بودن در اجتماع دارند، مربوط است (لیچ، ۲۰۰۳: ۱۰). سلامت

---

1. Adamczyk & Segrin  
2. Blanco & Dize

اجتماعی مولفه‌ای از مفهوم سلامتی می‌باشد که به معنی توانایی ایفای نقش‌های اجتماعی است، بدون این که به طور عینی یا ذهنی قصد آسیب رساندن به دیگری در کار باشد.

### تعریف عملیاتی

نمره‌ای است که فرد در پرسش‌نامه سی و سه گویه‌ای سلامت اجتماعی کبیز کسب می‌کند.

### همبستگی اجتماعی

**تعریف مفهومی:** همبستگی اجتماعی به معنای ارزیابی کیفیت رابطه فرد با جامعه است. یکپارچگی اجتماعی کمیتی است که فرد احساس می‌کند فرد تا آن حد با دیگران وجوه مشترک دارد (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵).

**تعریف عملیاتی:** انسجام اجتماعی با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز و گویه‌های زیر سنجیده شد:

- ۱- من فکر می‌کنم متعلق به مجموعه‌ای به نام جامعه هستم.
- ۲- من فکر می‌کنم که بخش مهمی از اجتماعم هستم.
- ۳- من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم، سایر افراد به من توجه می‌کردند.
- ۴- جامعه من منبع آرامش و راحتی من است.
- ۵- من فکر می‌کنم اگر خواسته یا ایده‌ای برای گفتن داشتم جامعه مرا جدی نمی‌گرفت.
- ۶- سایر افراد اجتماع برای من به عنوان یک شخص ارزش قائلند.
- ۷- من نسبت به سایر افراد اجتماعم احساس نزدیکی می‌کنم.

### مشارکت اجتماعی

**تعریف مفهومی:** سهم داشت (مشارکت) اجتماعی یعنی ارزیابی‌های اجتماعی یک فرد. این شاخص بر این باور استوار است که فرد یک عضو حیاتی از جامعه است و با خود ارزشی به همراه دارد که آن را به جهان تزریق می‌کند (امیدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۷۷).

**تعریف عملیاتی:** مشارکت اجتماعی با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز و گویه‌های زیر سنجیده شد:

- ۱- من فکر می‌کنم می‌توانم کار ارزشمندی به دنیا عرضه کنم.

۲- فعالیت‌های روزانه من هیچ نتیجه ارزنده‌ای برای جامعه ندارد.

۳- من زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه‌ام عرضه کنم.

۴- من فکر می‌کنم کار من نتیجه مهمی برای جامعه ندارد.

۵- من محصول ارزشمندی برای سهمی شدن در اجتماع ندارم.

۶- به نظر من مردم این روزها بیشتر متقلب شده‌اند.

### پذیرش اجتماعی

**تعریف مفهومی:** پذیرش اجتماعی به معنای تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران و زیربنای اجتماعی از طریق شخصیت و کیفیت مردم دیگر به عنوان یک مقوله‌ی تعمیم یافته است (امیدی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۷۷).

**تعریف عملیاتی:** متغیر پذیرش اجتماعی با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز و گویه‌های زیر سنجیده شد:

۱- رفتار من روی سایر افراد اجتماعم اثر می‌گذارد.

۲- من فکر می‌کنم افراد دیگر قابل اعتماد هستند.

۳- به نظر من مردم مهربانند.

۴- به نظر من مردم خودمحورند.

۵- من احساس می‌کنم که مردم قابل اعتماد نیستند.

۶- من فکر می‌کنم که مردم فقط برای خودشان زندگی می‌کنند.

۷- من فکر می‌کنم مردم به مشکلات افراد دیگر اهمیت می‌دهند.

### انطباق اجتماعی

**تعریف مفهومی:** درک کیفیت، سازمان و عملیات دنیای اجتماعی است. این بعد در برگیرنده علاقه به دانش درباره دنیا است. افراد سالم نه تنها دراندیشه دنیایی که در آن زندگی می‌کنند هستند، بلکه سعی می‌کنند بفهمند که در اطرافشان چه می‌گذرد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۷).

**تعریف عملیاتی:** انطباق اجتماعی با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز و گویه‌های زیر سنجیده شد:

۱- دنیا برای من خیلی پیچیده است.

۲- محققین تنها افرادی هستند که می‌توانند آنچه پیرامون دنیای اطرافشان رخ می‌دهد درک نمایند.

۳- من نمی‌توانم بفهمم که در دنیا چه پیش خواهد آمد.

۴- اغلب فرهنگ‌ها آنقدر عجیب و بیگانه هستند که من از آنها سر در نمی‌آورم.

۵- به نظر من دنیایی که در آن زندگی می‌کنیم ارزش درک کردن دارد.

۶- به نظر من پیش‌بینی آنچه در اجتماع آینده اتفاق خواهد افتاد کار سختی است.

### شکوفایی اجتماعی

**تعریف مفهومی:** شکوفایی اجتماعی به معنای ارزیابی پتانسیل و خط سیر اجتماع است. این احساس که جامعه پتانسیل از قوه به فعل رسیدن را از طریق شهروندان و نهادهای اجتماعی دارد (کییز، ۱۹۹۸).

**تعریف عملیاتی:** شکوفایی اجتماعی با استفاده از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز و گویه‌های زیر سنجیده شد:

۱- من معتقدم که اجتماع مانع پیشرفت من است.

۲- من معتقدم که اجتماع در جهت تحقق خواسته‌های من تغییر نمی‌کند.

۳- من فکر نمی‌کنم که تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من موثر باشند.

۴- من اجتماع را به صورت یک تحول دائمی می‌بینم.

۵- به نظر من جامعه مکانی پربار و مفید برای افراد آن است.

۶- به نظر من پیشرفت اجتماعی مفهومی ندارد.

۷- به نظر من دنیا برای هر فرد دارای مکان بهتری می‌باشد.

### حمایت اجتماعی ادراک شده

**تعریف مفهومی:** حمایت اجتماعی ادراک شده قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگرانی است که منابعی را در هنگام نیاز فراهم می‌کنند (فتحی، ۱۳۷۶: ۲۵).

**تعریف عملیاتی:** مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی، دوازده گویه دارد که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی فرد را در هر یک از سه حیطة‌ی مذکور در طیف هفت‌گزینه‌ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم‌ها با هم می‌سنجد. رستمی ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۷۶/۰ تا ۸۹/۰ به دست آورده‌اند.

### احساس خودکارآمدی

**تعریف مفهومی:** خودکارآمدی عبارت است از باور فرد، در این خصوص که توانایی انجام تکالیف را دارد یا خیر. باور به توانایی‌های ذاتی به معنی ارزش‌گذاری مجموعه خاصی از نقاط قوت شناختی است. همچنان شامل عزم و پشتکار برای غلبه بر موانعی است که در مسیر استفاده از آن توانایی‌های ذاتی، برای رسیدن به اهداف، قرار می‌گیرند. ویژگی افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند:

- مشکلات و مسائل چالش برانگیز را به چشم تمرینی برای کسب مهارت می‌بینند.
- به فعالیت‌هایی که در آن‌ها شرکت می‌کنند علاقه‌ی بیشتری پیدا می‌کنند.
- در برابر علاقه‌مندی‌ها و فعالیت‌های خود احساس تعهد و وظیفه‌شناسی می‌کنند.
- موانع و شکست‌ها دلسردشان نمی‌کند و خیلی زود آنها را پشت سر می‌گذارند (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۹).

**تعریف عملیاتی:** برای سنجش خودکارآمدی از مقیاس خودکارآمدی شرر استفاده شد (۱۹۸۲). مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران دارای ۱۷ گویه است. نمره گذاری پرسشنامه خودکارآمدی بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای انجام گرفت. بیشترین امتیاز این پرسشنامه ۸۵ و کمترین امتیاز آن ۱۷ می‌باشد. نمره‌گذاری سوال ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶ به صورت معکوس می‌باشد. در پژوهش شرر و همکاران میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است. اعتبار ابزارهای اندازه‌گیری نیز، بر اساس اعتبار صوری تعیین شد.

### روش شناسی

روش تحقیق حاضر پیمایشی بوده و از نظر هدف کاربردی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق، شامل جانبازان استان آذربایجان شرقی می‌باشد که بر اساس آمار مستند سال ۱۴۰۰، ۲۴۳۴۰ می‌باشد. برای انتخاب حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شد و تعداد ۲۹۴ جانباز به شیوه نمونه‌گیری

تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد بوده است. به منظور تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزار SPSS 21 استفاده شد. آزمون‌های مورد استفاده برای سنجش داده‌ها متناسب با سطوح متغیرها انتخاب شده و در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند.

### یافته‌های تحقیق

میانگین سنی نمونه‌های تحقیق از نظر سنی ۵۵ سال بود. جوان‌ترین نمونه ۴۰ و مسن‌ترین آنها ۷۳ ساله بودند. نمونه‌های تحقیق از نظر تحصیلی در سطح دیپلم بالاترین فراوانی را داشتند. طبق اطلاعات، میانگین نمونه‌های تحقیق از نظر درصد جانبازی، ۲۷ درصد بود. کمترین درصد جانبازی ۴ درصد و بیشترین ۷۰ درصد بود. از نظر سابقه حضور در جبهه میانگین ۱۶ ماه را به دست آوردند و بیشترین مدت حضور ۷۲ ماه بوده است. نمونه‌های تحقیق از نظر وضعیت سلامت اجتماعی میانگین ۵۶/۴ درصد را به دست آوردند. کمترین میزان سلامت اجتماعی ۳۱/۰۶ درصد و بالاترین میزان ۸۴/۸ درصد بوده است. از نظر وضعیت احساس خودکارآمدی میانگین ۶۶/۷ درصد را به دست آوردند. کمترین میزان احساس خودکارآمدی ۲۰/۵ درصد و بالاترین میزان ۱۰۰ درصد بوده است. نمونه‌های تحقیق از نظر وضعیت حمایت اجتماعی ادراک شده میانگین ۷۲/۸ درصد را به دست آوردند. کمترین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده ۶/۲ درصد و بالاترین میزان ۱۰۰ درصد بوده است.

### فرضیه اول: بین حمایت اجتماعی ادراک شده جانبازان استان آذربایجان شرقی با میانگین سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

جهت آزمون رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده جانبازان استان آذربایجان شرقی با میانگین سلامت اجتماعی آنان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. با توجه به اطلاعات جدول ۱، سطح معناداری ۰/۰۰۰ با ضریب همبستگی ۰/۳۸ به دست آمد. بنابراین بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد و با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، سلامت اجتماعی جانبازان نیز افزایش می‌یابد.

جدول شماره ۱: ضریب همبستگی پیرسون و سطح معناداری رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با

#### سلامت اجتماعی

حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیر

ضریب همبستگی ۰/۳۸۷

سلامت اجتماعی سطح معناداری ۰/۰۰۰

تعداد پاسخگویان ۲۹۴

### فرضیه دوم: بین احساس خودکارآمدی جانبازان استان آذربایجان شرقی با میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

جهت آزمون رابطه بین احساس خودکارآمدی جانبازان استان آذربایجان شرقی با میزان سلامت اجتماعی آنان از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. با توجه به اطلاعات جدول ۲. سطح معناداری ۰/۰۰۰ با ضریب همبستگی ۰/۳۶ به دست آمد. بنابراین بین احساس خودکارآمدی با میانگین سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد و با افزایش احساس خودکارآمدی در جانبازان، میزان سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد.

جدول شماره ۲: ضریب همبستگی پیرسون و سطح معناداری رابطه احساس خودکارآمدی با میانگین سلامت اجتماعی

متغیر	خودکارآمدی
ضریب همبستگی ۰/۳۶	
سطح معناداری ۰/۰۰۰	
تعداد پاسخگویان ۲۹۴	

### فرضیه سوم: بین احساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده جانبازان استان آذربایجان شرقی با میانگین سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

جهت تعیین رابطه متغیرهای احساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده جانبازان استان آذربایجان شرقی با میزان سلامت اجتماعی و مولفه‌های آن از آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شد. یکی از پیش فرض‌های رگرسیون این است که بین خطاهای مدل، همبستگی وجود نداشته باشد (خطاها استقلال داشته باشند). ارزیابی استقلال خطاها بوسیله آزمون دوربین-واتسون<sup>۱</sup> نشان داد که این شاخص برابر با ۲/۰۴۶ می‌باشد و نشانگر این است که باقیمانده‌ها برای مدل رگرسیونی مستقل از هم می‌باشند. آماره تحمل یا تولرانس نشان دهنده هم خطی بین متغیرهای مستقل نیز نشان می‌دهد مقدار تولرانس بدست آمده بین ۰/۴۳۳

1. Durbin-Watson



بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس خودکارآمدی با سلامت اجتماعی ... ۱۱۳

تا ۰/۷ محاسبه شده و مقدار VIF نیز بین ۱/۴۲۹ تا ۲/۳۱۰ است. لذا می‌توان گفت میزان هم - خطی بین متغیرهای مستقل نگران کننده نیست. با توجه به اطلاعات بدست آمده، سطح معناداری ۰/۰۰۰ نشان می‌دهد که بین احساس خودکارآمدی با میانگین سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد و با افزایش احساس خودکارآمدی در جانبازان، میزان سلامت اجتماعی آنان نیز افزایش می‌یابد. و مولفه انسجام اجتماعی فقط با حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنادار و مثبت دارد.

جدول شماره ۳: رابطه متغیرهای مستقل با سلامت اجتماعی

Sig	T	Beta	B	
۰/۰۰۰	۶/۰۱	۰/۳۲	۰/۱۸	حمایت اجتماعی ادراک شده
	۵/۳۲	۰/۲۸	۰/۱۹	احساس خودکارآمدی

جدول شماره ۴: رابطه متغیرهای مستقل با پذیرش اجتماعی

Sig	T	Beta	B	
۰/۰۰۰	۶/۶۳	۰/۳۵	۰/۳۶	احساس خودکارآمدی
	۴/۹۶	۰/۲۶	۰/۲۳	حمایت اجتماعی ادراک شده

جدول شماره ۵: رابطه متغیرهای مستقل با مشارکت اجتماعی

Sig	T	Beta	B	
۰/۰۰۰	۸/۱۸	۰/۴۲	۰/۵۵	احساس خودکارآمدی
	۰/۴۶	۰/۲۳	۰/۲۵	حمایت اجتماعی ادراک شده

جدول شماره ۶: رابطه متغیرهای مستقل با انسجام اجتماعی

Sig	T	Beta	B	
۰/۰۰۰	۳/۷۶	۰/۲۱	۰/۱۷	حمایت اجتماعی ادراک شده

جدول شماره ۷: رابطه متغیرهای مستقل با خودشکوفایی اجتماعی

Sig	T	Beta	B	
۰/۰۰۰	۴/۰۸	۰/۲۳	۰/۲۱	حمایت اجتماعی ادراک شده

احساس خودکارآمدی	۰/۱۲	۰/۱۱	۲/۰۱
------------------	------	------	------

**فرضیه چهارم: میزان سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی برحسب سواد آنها متفاوت است.**

جهت آزمون میزان سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی برحسب سواد آنها، از آزمون تحلیل واریانس استفاده گردید. با توجه به سطح معناداری ۰/۰۰۳، تفاوت معناداری بین میانگین سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی برحسب سواد آنها وجود دارد.

جدول شماره ۸: آزمون آنالیز واریانس سلامت اجتماعی برحسب سطح تحصیلات

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۲۷۳/۶۳۴	۲	۶۳۶/۸۱۷	۵/۸۴۵	۰/۰۰۳
درون گروه‌ها	۳۱۳۸۰/۰۳۹	۲۸۸	۱۰۸/۹۵۸		
کل	۳۲۶۵۳/۶۷۳	۲۹۰			

جدول شماره ۹: آماره‌های توصیفی سلامت اجتماعی بر حسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
زیر دیپلم	۵۳/۳۸	۸/۲۸۱	۳۵/۶۵	۸۴/۰۹
دیپلم	۵۷/۹۶	۱۲/۱۶۷	۳۱/۰۶	۸۲/۵۸
دانشگاهی	۵۷/۶۸	۱۰/۳۷۹	۳۵/۶	۸۴/۸۵

با توجه به معناداری آزمون F برای پیگیری تفاوت‌های معناداری در تجزیه و تحلیل‌های چندگروهی، از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. نتایج نشان داد که جانبازان دارای تحصیلات زیر دیپلم بیشترین تفاوت میانگین را با سایر گروه‌ها دارند.

جدول شماره ۱۰: آزمون LSD

سطح تحصیلات	دانشگاهی	دیپلم	زیر دیپلم
زیر دیپلم	*	*	
دیپلم			*

**بحث و نتیجه‌گیری**

هدف اصلی پژوهش حاضر تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سلامت اجتماعی با حمایت اجتماعی و احساس خودکارآمدی جانبازان استان آذربایجان شرقی بود. نتایج بدست آمده نشان داد که بین احساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده جانبازان استان آذربایجان شرقی با میزان سلامت اجتماعی آنان و مولفه‌های پذیرش، مشارکت و خودشکوفایی رابطه معنادار و مثبت وجود دارد و فقط مولفه انسجام اجتماعی با حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنادار و مثبت داشت. همچنین تفاوت معناداری بین سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی برحسب سواد آنها وجود داشت، بگونه‌ای که جانبازان دارای تحصیلات زیر دیپلم بیشترین تفاوت میانگین را با سایر گروه‌ها داشتند. مهمترین نتیجه پژوهش حاضر، تأیید رابطه بین سلامت اجتماعی با حمایت اجتماعی و احساس خودکارآمدی جانبازان بود که با پیشینه پژوهشی و نیز مبانی نظری طرح شده راجع به حمایت اجتماعی و ارتباط آن با سلامت اجتماعی همسو می‌باشد. بر اساس ادبیات نظری موجود، می‌توان به دیدگاه‌های کوهن و ولز<sup>۱</sup> و مدل‌های آنها در مورد رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و انواع سلامت و مشخصاً سلامت اجتماعی اشاره کرد. آنها تأکید دارند که حمایت اجتماعی از افراد می‌تواند وضعیت سلامتی آنها را به میزان قابل توجهی بهبود بخشد (امیرسرداری<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷: ۱۵). نتایج تحقیق حسن پور و همکاران (۲۰۲۱)، کوبو رندون و همکاران (۲۰۲۰)، آدامسیزک و سگرین (۲۰۱۵) و امیرسرداری و همکاران (۲۰۱۷) نیز حاکی از همبستگی بین سلامت اجتماعی و حمایت ادراک شده می‌باشد که با نتایج تحقیق حاضر همسو می‌باشند. به این معنا که با افزایش میزان حمایت اجتماعی از افراد، سلامت اجتماعی آنها نیز به مراتب افزایش می‌یابد. همچنین، رستمی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در تحقیق خود نشان داده‌اند که خودکارآمدی با حمایت اجتماعی ادراک شده، رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد و حدود ۱۵ درصد از واریانس خودکارآمدی را تبیین کرده است. لذا هر چه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند. بنابراین، داشتن سلامتی، مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است. در تبیین این یافته و بر اساس نظر نظریه‌پردازان سلامت اجتماعی از جمله بندورا باید گفت باور افراد در مورد توانایی‌ها و استعدادها آنها اثرات مطلوبی بر اعمال آنها دارد و مهم‌ترین عامل تعیین کننده رفتار است. خودکارآمدی، بر انتخاب رفتار، تلاش و پشتکار و پیگیری اهداف مؤثر است و نحوه مواجهه با موانع و چالش‌ها را تعیین می‌کند. طبق نظریه بندورا، خودکارآمدی نقش مهمی در سلامت جسمانی و نیز راهبردهای تغییر رفتار دارد. اینکه تا چه اندازه معیارهای رفتار خود را درست برآورد کنیم، احساس خودکارآمدی ما را تعیین می‌کند. افرادی که احساس خودکارآمدی پایینی دارند، احساس می‌کنند که درمانده هستند و نمی‌توانند رویدادهای زندگی

1. Cohen & Wales

2. Amirsardari

خود را کنترل کنند. بالا رفتن سلامت اجتماعی افراد در جامعه با تکیه بر اصل حمایت اجتماعی ادراک شده و همچنین خودکارآمدی بالا موجبات رضایتمندی افراد را در جامعه فراهم می‌نماید. همانگونه که لارسن (۱۹۹۶) می‌گوید، سلامت اجتماعی فرد نشانگر رضایت و خشنودی وی از زندگی و محیط اجتماعی است و شامل پاسخ‌های دورنی همچون احساس، تفکر و رفتار او نسبت به محیط پیرامونی خود است. در مجموع، می‌توان گفت که سیاست‌گذاران و مجریان حوزه سلامت اجتماعی، باید به سمت طراحی سیاست‌های عملی‌ای بپردازند که به افزایش میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و در نتیجه به ارتقاء سلامت اجتماعی منجر گردد. همچنین، ضروری است تا توجه ویژه به موضوع سلامت در بین جانبازان مبذول گردد تا به منابع ارزشمندی مجهز گردند که بتواند به بهبود و یا ارتقاء سلامت اجتماعی آنان کمک نماید.

### پیشنهادات کاربردی

متناسب با یافته‌های تحقیق موارد زیر به عنوان پیشنهادات کاربردی ارائه می‌شوند:

با توجه به همبستگی مثبت و معنادار بین متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی، پیشنهاد می‌شود در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مرتبط با این قشر از جامعه، بعد حمایت اجتماعی از سوی نهادها و سازمان‌های مرتبط تقویت شود تا زمینه‌ی برخوردار شدن آنها از امکانات و حمایت‌های لازم و متناسب با شرایط جسمی و روحی آنها تامین گردد. حمایت اجتماعی در ابعاد عاطفی، اطلاعاتی هرکدام نیازمند زیرساخت‌های لازم در جامعه می‌باشد. توجه مضاعف به این امر در نهایت موجبات سلامت اجتماعی جانبازان و رضایت‌مندی آنها را در جامعه فراهم می‌نماید.

همچنین یافته‌ها حاکی از رابطه معنادار و مثبت بین احساس خودکارآمدی با سلامت اجتماعی جانبازان استان آذربایجان شرقی است. تلاش برای تقویت سرمایه روانشناختی و مشخصاً احساس خودکارآمدی و احساس توانمندی در جانبازان با بهره‌گیری از حضور روانشناسان و متخصصان مجرب در این زمینه می‌تواند به افزایش میزان سلامت اجتماعی و در نهایت پر رنگ شدن حضور این افراد در جامعه کمک بکند. برگزاری کارگاه‌های توان افزایی و توانمندسازی از سوی نهادهای ذیربط برای خانواده‌های جانبازان و همچنین خود آنها می‌تواند نقش بسزایی در این مسیر داشته باشد.

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهند که بین سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی پاسخگویان همبستگی معنادار وجود دارد. به منظور بالا بردن سلامت اجتماعی جانبازان، می‌توان زمینه‌ی ادامه‌ی تحصیل جانبازان را در مراکز آموزشی مختلف با ارائه تسهیلات ویژه در سطوح مختلف

آموزشی فراهم آورد. تشویق جانبازان به ادامه‌ی تحصیل در مقاطع بالای تحصیلی با برداشتن موانع محیطی و فیزیکی در محیط‌های آموزشی نیز می‌تواند در دستیابی به این مولفه تاثیرگذار بوده باشد.

## منابع

- امیدی، مصطفی؛ حقیقیان، منصور، هاشمیان‌فر، علی (۱۳۹۷). تحلیلی بر سلامت اجتماعی در افزایش رضایت از زندگی (مورد مطالعه: استان اصفهان)، *فصلنامه مطالعات توسعه‌ی اجتماعی و فرهنگی*، دوره ۷، شماره ۱، تابستان، صص: ۱۹۴-۱۷۱.
- بخشی‌پور رودسری، عباس، پیروی، حمید و عابدیان، احمد (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال هفتم، شماره ۲۸-۲۷، صص: ۱۴۵-۱۵۲.
- حاتمیان، پیمان؛ جهانگیر، کرمی، خدامراد، مومنی (۱۳۹۶). رابطه مولفه‌های ادراک حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم) با گرایش به مصرف مواد روان گردان در پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمانشاه، *فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، زمستان، صص: ۳۶۷-۳۷۳.
- رستمی، رضا؛ شاه محمدی، خدیجه؛ قادی، غلامحسین؛ بشارت، محمدعلی؛ اکبری زردخانه، سعید و نصرت آبادی مسعود (۱۳۸۹). رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تهران، *فصلنامه افق دانش*، دوره ۱۶، شماره ۳، صص: ۵۴-۴۶.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ علی وردی‌نیا، اکبر؛ پورحسین، سیده زینب (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ۱۰، شماره ۳۹، صص: ۸۵-۱۲۱.
- زاهدی‌اصل، محمد، صلاح‌الدین، صالح (۱۳۹۳). حمایت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان شهر تهران، *فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، دوره، شماره ۱، صص: ۲۴۴-۲۰۷.
- سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، *فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی*، سال اول، شماره ۱، صص: ۲۹-۹.
- صادقی، محمدرضا؛ کاستنگه، سوزان، رجوعی مریم (۱۳۷۸). تاثیر وضعیت فشار روانی و حمایت اجتماعی در افسردگی سالمندان، *نشریه پژوهش‌های روانشناختی*، دوره ۵ شماره ۳ و ۲، صص: ۸-۵.
- عبدالله تبار، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق، کمال حسین؛ ستاره، فروزان امنه؛ صالحی، مسعود؛ (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۳۰ و ۳۱، صص: ۱۹۰-۱۷۱.
- علیپور، احمد (۱۳۸۳). ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص‌های ایمنی بدن در افراد سالم: بررسی تاثیر مدل کلی، *مجله روان‌شناسی*، سال چهارم، شماره ۱۵، صص: ۱۳۹-۱۳۴.
- کریمی طریقه، الهام. شجیع، رضا. عادل قهرمان، مرجان. محمدی، جعفر. (۱۳۸۸). تعیین رابطه بین خودکارآمدی و مراحل تغییر رفتار تمرینی در دانشجویان. *نشریه مدیریت ورزشی*، شماره ۲، پاییز، صص ۲۰۰-۱۸۳.

فتحی، بهروز (۱۳۷۶). ساخت و اعتبار یابی مقیاس حمایت اجتماعی برای سنجش حمایت اجتماعی و بررسی نقش تعدیل کننده حمایت اجتماعی و تیپ شخصیتی A در رابطه بین عوامل فشارزای دانشجویی با عملکرد تحصیلی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پسر چمران اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه چمران.

قادری، مصعب؛ حردانی، فاطمه؛ نصیری، مرتضی؛ فگوری، الهام (۱۳۹۳). بررسی سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان مراکز آموزش عالی شهر جیرفت در سال ۱۳۹۲، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره ۱۳، صص: ۹۶۰-۹۴۹.

قائدی، غلامحسین و یعقوبی، حمید (۱۳۸۷). رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی اجتماعی دانشجویان، *مجله /رمان دانش*، دوره ۱۳، شماره ۲، صص: ۲۴-۳۶.

قدسی، علی محمد (۱۳۸۲). بررسی جامعه‌شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان نامه دکتری رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

معتمدی شلمزاری، عبدالله؛ اژهای، پرویز؛ فلاح، جواد؛ کیامنش، علیرضا (۱۳۸۱). بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایت مندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال شهرکرد، *مجله روان شناسی*، شماره ۲۲، صص ۲۰-۱۸.

نصیری فخرالسادات ولیک بنی، شوبو عبدالملکی (۱۳۹۵). تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده در زنان سرپرست خانوار شهر سنجند، *جامعه شناسی کاربردی*، سال بیست و هفتم، شماره پیاپی (۴۶)، شماره ۴، زمستان، صص: ۱۱۶-۹۹.

ویلیکینسون، ریچارد (۱۳۸۳). تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت. حقایق مسلم، ترجمه فرحناز راهروی، تهران: نشر: سیمین دخت.

Adamczyk K, Segrin C. (2015). Perceived Social Support and Mental Health Among Single vs. Partnered Polish Young Adults. *Curr Psychol*; 34(1):82-96. doi: 10.1007/s12144-014-9242-5. PMID: 25774079; PMCID: PMC4348549.

Amirsardari, Majid; Karimi, Zeynab; Fathizadeh, Shadi; Khatti, Freshteh (2017). Evaluation of the Relationship between Perceived Social Support and Mental Health of Students in Tehran, *Health Education and Health Promotion (HEHP)*, 5 (3), 13-19.

Bandura A. Self-efficacy: **The exercises of control**. 1th ed. New York: HW. freema and company: Co.1997.

Blanco, Amalio & Diaz, Dario. (2007). Social order and mental health: a social well-being approach, *Autonoma university of Madrid, psychology in Spain*, 11(5).

Ciocongni, Elvira & Pirini, Claudia & Keyes, Corey & Joshanloo, Mohsen & Rostami, Reza & Nosratabadi, Masoud. (2007). **Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A study on American, Italian and Iranian University Students**, Springer Science + Business Media B. V. pp 97-112.

- Charles, S. & Arockiam, K. (2020). perceived social support and quality of Life of Pensioners, *Journal of Xi'an University of Architecture & Technology*, XII, III, 1153-1165.
- Cobo-Rendón R, López-Angulo Y, Pérez-Villalobos MV and Díaz-Mujica A (2020) Perceived Social Support and Its Effects on Changes in the Affective and Eudaimonic Well-Being of Chilean University Students. *Front. Psychol.* 11:590513. doi: 10.3389/fpsyg.2020.590513.
- Hassanpour T, Mehrabi S, Poursamad A, ZandiGhashghaie K, Sharifi M. Eosinopenia; (2021) a Predictor of Non Respiratory CO-VID-19. *Iranian Journal of War & Public Health*.
- Keyes, Corey Lee. M & Shapiro, Adam. (2004). *Social well-being in the untied states: A Descriptive Epidemiology*, 61(2). pp 121-190.