ORIGINAL ARTICLE

The Relationship of Social Support and Self-Efficacy with Mental Health and Life Satisfaction

Seyed Ramin Ghasemi[1],
Nader Rajabi-Gilan[2],
Sohyla Reshadat[3],
Ali Zakiei[4],
Alireza Zangeneh[5],
Shahram Saedi[5]

[1] MSc in Social Welfare, Center of Excellence for Community-oriented Medical Education, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[2] MSc in Social Research, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[3] MD in Medicine, Associate professor, Center of Excellence for Community-oriented Medicine Education, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[4] PhD in Psychology, Center of Excellence for Community-oriented Medicine Education, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[5] MSc in Geography and Urban Planning, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

(Received July 13, 2016; Accepted October 4, 2016)

Abstract

Background and purpose: Monitoring of health and its determinants in general population is essential for development of societies, promoting health and disease prevention programs. The aim of this study was to investigate the relationship of social support and self-efficacy with mental health and life satisfaction in individuals living in suburbs of Kermanshah, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted in summer of 2015 on 438 residents of Kermanshah suburbs who were selected using multistage cluster sampling. Data was collected using demographic characteristic form, Perceived Social Support Scale, General Self-efficacy Scale (GSE), Satisfaction with Life Scale (SWLS), and general health Questionnaire (GHQ). Data analysis was performed using Pearson correlation and Structural Equation Modeling in SPSS version 18 and Amos software, respectively.

Results: The mean age of the participants was 29.87±11.43 years and 45% were male. The mean age of the participants was no significant difference between the males and females regarding the main variables of the study (P>0.05). The mean scores for perceived social support, self-efficacy, life satisfaction, and GHQ were 38.95, 27.22, 13.41, and 15.58, respectively. According to the results, self-efficacy had a mediating role in the relationship of social support and life satisfaction with mental health.

Conclusion: The mediating role of self-efficacy in the relationship of social support with life satisfaction and general health, suggests that social support can enhance life satisfaction and reduce mental disorders when self-efficacy is high.

Keywords: GHQ, life satisfaction, perceived social support, self-efficacy, suburbans residents

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27(147): 228-239 (Persian).

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره ۱۴۷ فروردین سال ۱۳۹۶ (۲۳۹-۲۲۸)

بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با سطح سلامت روان و رضایت از زندگی

سید رامین قاسمی[۱]
نادر رجبی گیلان[۲]
سهیلا رشادت[۳]
علی زکی‌یی[۴]
علیرضا زنگنه[۵]
شهرام سعیدی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: پایش سلامت و تعیین‌کننده‌های آن در جمعیت عمومی، برای توسعه و همچنین برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت ضروری است. این مطالعه با هدف بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با سطح سلامت روان و رضایت از زندگی در حاشیه‌نشینان شهر کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی در تابستان ۱۳۹۴، ۴۳۸ نفر از ساکنان محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مطالعه را تکمیل کردند. ابزار مطالعه شامل چک‌لیست دموگرافیک و پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی تصوری، خودکارآمدی عمومی و رضایت از زندگی بود. داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS 18 و Amos و با کمک آزمون‌های آماری همبستگی و تحلیل مسیر معادلات ساختاری تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی پاسخگویان ۱۱/۴۳±۲۹/۸۷ بود و ۴۵ درصد از آنان مرد بودند. بین زنان و مردان به‌لحاظ نمره متغیرهای اصلی مطالعه، تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵). میانگین نمرات پاسخگویان در متغیرهای حمایت اجتماعی تصوری، خودکارآمدی، رضایت از زندگی و سلامت روان، به‌ترتیب برابر ۳۸/۹۵، ۲۷/۲۲، ۱۳/۴۱ و ۱۵/۵۸ بود. نتایج نشان داد که خودکارآمدی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و همچنین سلامت روان، در ساکنان محلات حاشیه‌نشین نقش میانجی دارد.

استنتاج: با توجه به تأیید نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و همچنین سلامت روان، می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی زمانی می‌تواند منجر به افزایش رضایت از زندگی و کاهش آسیب‌های روانی شود که میزان خودکارآمدی بالا باشد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی تصوری، خودکارآمدی، رضایت از زندگی، سلامت روان، محلات حاشیه‌نشین

مولف مسئول: نادر رجبی گیلان – کرمانشاه: درمانگاه ثامن‌الائمه، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت Email: rajabi_nader@yahoo.com

۱. کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. کارشناسی ارشد پژوهش اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳. دانشیار، قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۴. دکتری تخصصی روان‌شناسی، قطب علمی پزشکی جامعه‌نگر، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۵. کارشناسی ارشد جغرافیا و برنامه‌ریزی شهری، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۵/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۷/۱۳

مقدمه

پایش سلامت عمومی در جمعیت عمومی و تعیین‌کننده‌های آن، برای توسعه و همچنین برنامه‌های پیشگیری و ارتقای سلامت ضروری است (۱). ازاین‌رو، ارزیابی و پیمایش سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه می‌تواند به هدف یادشده کمک شایان توجهی نماید. سلامت روان، تعیین‌کننده‌ی محوری کیفیت زندگی است (۲) و بی‌گمان نقش برجسته‌ای در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند (۳).

رضایت از زندگی نیز یکی از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی است که نگرش و ارزیابی عمومی فرد نسبت به کل زندگی یا برخی از جنبه‌های آن را بررسی می‌کند و در سال‌های اخیر موضوع مطالعه‌های زیادی بوده است (۴،۵). رضایت از زندگی با تأمین سلامت روانی و جسمانی، افزایش طول عمر، شادکامی و شاخص کیفیت زندگی در کنار شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی مانند میزان سلامت و جرم، رابطه دارد (۶)؛ بنابراین، مطالعه در این حوزه همچنان برای محققان جذابیت بسیاری دارد. ازاین‌رو، می‌توان تحقیقات درخصوص رضایت از زندگی را در بازه‌های زمانی گوناگون و متفاوت انجام داد.

میزان آسیب‌پذیری از مشکلات و بیماری‌های روانی از یک‌سو و رضایت از زندگی از سوی دیگر، اگرچه ممکن است متأثر از تفاوت‌های زیستی و فردی باشد، تأثیر موقعیت اجتماعی و حتی مهم‌تر از آن، برداشتی که افراد از آن موقعیت دارند، به‌مراتب بیشتر است (۷)؛ به‌عبارت‌دیگر، زمینه‌های اجتماعی دربرگیرنده‌ی افراد، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت و بهزیستی آن‌ها می‌باشد (۸). ازاین‌رو، تدوین یک صورت‌بندی واقعی از وضعیت سلامتی در جامعه، نیازمند توجه به شرایط اقتصادی- اجتماعی خواهد بود (۹)؛ بنابراین، توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بیش از پیش اهمیت می‌یابد.

از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، حمایت اجتماعی را می‌توان نام برد که به آن دسته از منابع مادی و عاطفی اشاره دارد که به‌وسیله روابط بین فردی، در دسترس یک شخص قرار می‌گیرد (۱۰،۱۱). اغلب، حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل مرتبط با تنش‌های دیرپای زندگی شناخته می‌شود که ارتباط وسیعی با پیامدهای سلامت و کاهش خطر در حوزه‌های جسمی، روانی و مرگ‌ومیر دارد (۱۲). Sarason (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی را مفهومی چندبعدی می‌داند که دارای دو بعد واقعی و تصوری است (۱۳). حمایت اجتماعی تصوری، سازه‌ای متفاوت از حمایت اجتماعی دریافت شده (واقعی) است (۱۴) و در عمل، به‌صورت مدلی چندوجهی شامل حمایت‌های اجتماعی ارائه‌شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم (مثل معلمان، همکلاسی‌ها) سنجش می‌شود (۱۵). از شواهد چنین برمی‌آید که حمایت اجتماعی، به‌ویژه از سوی خانواده در تحول احساس خودکارآمدی سهیم است. همچنین، این دو سازه نقش برجسته‌ای در سلامت، پیشرفت و ارتقای بهزیستی ذهنی دارند (۱۶). نظریه‌ی خودکارآمدی بر این فرض مبتنی است که باور افراد درباره توانایی‌ها و استعدادهای آنان، تأثیرات مطلوبی بر اعمال آن‌ها دارد و مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار است (۱۷). طبق نظریه‌ی Bandura، خودکارآمدی نقش مهمی در سازگاری روان‌شناختی، سلامت روانی و جسمانی و نیز راهبردهای تغییر رفتار دارد (۱۸).

در مطالعه‌های قبلی، رابطه خودکارآمدی با متغیرهای سلامت روان (۱۹)، رضایت از زندگی (۲۰) و حمایت اجتماعی (۲۱) به‌صورت روابط دومتغیره، مورد توجه قرار گرفته است؛ اما بررسی روابط چندمتغیره و

چگونگی تعامل این متغیرها در یک تحلیل چندوجهی مغفول مانده است. همچنین، در تحقیقات گذشته نقش خودکارآمدی به‌عنوان یک متغیر میانجی مهم در رابطه بین متغیرهای گوناگون تأیید شده است (۲۳،۲۲)؛ اما در نظر محققان، تاکنون کمتر به بررسی این نقش در رابطه بین حمایت اجتماعی با سلامت روان و رضایت از زندگی پرداخته شده است.

با توجه به اینکه مناطق حاشیه‌نشین شهری به‌عنوان محیط‌هایی نسبتاً بسته از نظر روابط اجتماعی و تعاملات تعمیم‌یافته شناخته می‌شوند و به لحاظ توسعه امکانات زیرساختی و نیز سطح بهداشت عمومی در شرایط نابسامانی به‌سر می‌برند (۲۴)، می‌توان انتظار داشت که سطح رضایت از زندگی در این مناطق نسبتاً پایین باشد. این مطالعه با هدف بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با سطح سلامت روان و رضایت از زندگی در حاشیه‌نشینان شهر کرمانشاه انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در تابستان ۱۳۹۴ در دو محله بزرگ حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه (دولت‌آباد و جعفرآباد) صورت گرفت. شرط ورود به مطالعه، داشتن سن بالای ۱۵ سال، سابقه سکونت حداقل ۳ سال در محله مورد نظر و مبتلانبودن به اختلالات حاد روانی بود. جامعه آماری مطالعه، زنان و مردان بالای ۱۵ سال بودند. حجم نمونه به‌وسیله فرمول کوکران با p و q برابر ۰/۰۵، ۳۸۴ نفر محاسبه گردید که برای بالابردن توان مطالعه، تعداد ۴۵۰ پرسشنامه توزیع شد و درنهایت، ۴۳۸ پرسشنامه که به‌درستی تکمیل شده بودند، مبنای تحلیل قرار گرفت. روش نمونه‌گیری، خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود؛ بدین‌صورت‌که، در ابتدا از بین ۱۳ محله حاشیه‌نشین (۱۳ خوشه) شامل محلات: باغ ابریشم، دولت‌آباد، حکمت‌آباد، صادقیه، جعفرآباد، شاطرآباد، چغامیرزا، چغاگلان، چغاکبود، شهرک مهدیه، شهرک آناهیتا، شهرک زین‌العابدین و شهرک نوکان، ۲ خوشه (محلات دولت‌آباد و جعفرآباد) به‌طور تصادفی انتخاب شد. سپس، به نسبت حجم جمعیتی این دو منطقه، تعداد نمونه‌های هر محله مشخص گردید. در مرحله بعد، برای انتخاب نمونه‌ها بدین‌صورت عمل شد که در هر یک از محلات، از شمال شرقی هر محله، نخستین منزل انتخاب شد. سپس، با فاصله‌های مساوی ۱۰ موردی، خانه ۱۱، ۲۱، ۳۱ و الی آخر انتخاب شدند. در هر مورد، یکی از افراد بالای ۱۵ سال که در منزل حضور داشت و دارای معیارهای مورد نظر بود، با کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شد. درصورت همکاری‌نکردن هر یک از منازل منتخب، یکی از منازل قبل یا بعد از خانه مورد نظر جایگزین گردید.

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای و چهار پرسشنامه اصلی است. چک‌لیست دموگرافیک شامل پرسش‌هایی درباره سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و سابقه بیماری مزمن بود.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی تصوری که توسط Zemen و همکاران در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و شامل ۱۲ ماده است، حمایت تصوری خانواده (چهار ماده)، دوستان (چهار ماده) و دیگران مهم را (چهار ماده)، اندازه‌گیری می‌کند (۲۵). گویه‌ها در یک مقیاس ۵ گزینه‌ای از نوع لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) سنجش می‌شوند که حداکثر و حداقل نمره بین صفر تا ۶۰ متغیر است. نمره بالا بیانگر حمایت اجتماعی تصوری بالاتر فرد می‌باشد. در بررسی ساختار عاملی اکتشافی با روش چرخش پروماکس در مقیاس حمایت اجتماعی تصوری، سه عامل (دوستان، خانواده و دیگران) به‌دست آمد که این سه عامل با یکدیگر ۷۰/۴۸ درصد واریانس مقیاس را تبیین کردند (۲۵). همچنین، در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای

این ابزار برابر ۰/۸۸ به‌دست آمد.

ابزار اندازه‌گیری خودکارآمدی، پرسشنامه باورهای خودکارآمدی عمومی است (GSE-10: General Self-efficacy Scale) که در سال ۱۹۸۱ توسط Schwarz و Jeruselem ساخته شد (۲۶). ویرایش فارسی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی توسط رجبی (۱۳۸۵) اعتبارسنجی شد که ضریب آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۸۳ درصد به‌دست آمد (۲۶). همچنین، در مطالعه شمس و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۱ درصد، و ضریب همسانی درونی آن نیز بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۱ درصد گزارش گردیده است (۲۳). این مقیاس دارای ۱۰ گویه چهارگزینه‌ای با دامنه‌ی ۱ تا ۴ است که حداقل و حداکثر نمره آن ۱۰ و ۴۰ خواهد بود. این مقیاس برای پیش‌بینی سازگاری پس از دگرگونی‌های زندگی یا همچون نمایه‌ای از چگونگی زندگی در هر مرحله رشدی برای کارهای بالینی و دگرگون‌سازی رفتار به‌کار می‌رود (۲۶). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار در مطالعه حاضر برابر ۰/۸۵ به‌دست آمد.

رضایت از زندگی با استفاده از مقیاس رضایت از زندگی (Satisfaction with Life Scale: SWLS) ساخته‌شده توسط Diener و همکاران (۱۹۸۵) (۲۷) سنجش شد. این پرسشنامه یک مقیاس پنج گویه‌ای می‌باشد که هر گویه روی طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری شده است. دامنه ممکن نمره‌ی کلی پرسشنامه از ۵ (رضایت پایین) تا ۳۵ (رضایت بالا) در نوسان خواهد بود. این ابزار در مطالعه واحدی و اسکندری (۱۳۸۹) اعتبارسنجی شده است. نتایج ضرایب آلفای کرونباخ SWLS نشان داد که از پایایی قابل‌قبولی برخوردار است. روایی هم‌زمان مقیاس به‌وسیله همبستگی بین مقیاس رضایت از زندگی، با پرسشنامه کیفیت از زندگی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization: WHO) بررسی شد و بین چهار زیرمقیاس آن (شامل سلامت روانی، سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط) و SWLS همبستگی معناداری وجود داشت (به‌ترتیب: ۰/۶۴، ۰/۴۹، ۰/۵۶، ۰/۴۶) (۲۸). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه حاضر برابر ۰/۷۷ درصد بود.

بخش چهارم پرسشنامه در این مطالعه، آزمون استانداردشده Goldberg (General Health Questionnaire: GHQ-12) به‌منظور سنجش سلامت روانی بود. نمره‌گذاری به شیوه نمره‌گذاری ساده لیکرت و به‌صورت صفر، ۱، ۲، ۳ است و درنتیجه، نمره کلی فرد از صفر تا ۳۶ متغیر خواهد بود. نمره‌ی کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. براساس مطالعه عبادی و همکاران (۱۳۸۱) که به‌منظور روایی و پایایی پرسشنامه GHQ-12 صورت گرفت، پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۷ درصد محاسبه شد. آنان نتیجه گرفتند که این پرسشنامه اعتبار و پایایی مناسب برای سنجش سلامت عمومی در بین جوانان و اقشار گوناگون در جامعه را دارد (۲۹). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار برابر ۰/۶۷ درصد محاسبه شد.

داده‌ها پس از گردآوری با نرم‌افزارهای SPSS 18 و Amos تجزیه و تحلیل شدند. از آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آماره‌های تحلیلی (همبستگی و تحلیل مسیر معادلات ساختاری) استفاده شد.

یافته‌ها

در این تحقیق، مشارکت‌کنندگان ۴۳۸ نفر بودند که تعداد ۱۹۷ نفر (۴۵ درصد) از آنان را مردان و مابقی را زنان تشکیل دادند. میانگین و انحراف معیار سن پاسخ‌دهندگان ۱۱/۴۳±۲۹/۸۷ بود. بیشتر پاسخ‌دهندگان را متأهلان (۵۶/۱ درصد) و مجردان (۳۷/۹ درصد) تشکیل دادند. بیشترین فراوانی درخصوص وضعیت

جدول شماره ۱: آمار توصیفی و همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

	متغیرها	انحراف معیار ± میانگین	۱	۲	۳	۴
۱	حمایت اجتماعی تصوری	۳۸/۹۵ ± ۸/۵۱	*			
۲	خودکارآمدی	۲۷/۲۲ ± ۴/۸۵	۰/۵۳۲	*		
۳	رضایت از زندگی	۱۳/۴۱ ± ۳/۶۷	۰/۴۲۵	۰/۴۲۱	*	
۴	سلامت روان	۱۵/۵۸ ± ۶/۲۰	−۰/۴۸۴	−۰/۵۱۱	−۰/۵۳۲	*

تحصیلات مشارکت‌کنندگان، سطح تحصیلی دیپلم (۳۱/۶ درصد) بود. ۴۱ درصد در سطح زیر دیپلم تحصیل کرده بودند. ۲۰/۲ درصد نیز تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند و ۷/۱ درصد نیز بی‌سواد بودند. ۲۷/۲ درصد شاغل و ۳۵/۲ درصد خانه‌دار بودند. ۱۸/۶ درصد سابقه بیماری مزمن داشتند که در این میان، بیماری فشارخون با ۲/۶ درصد، دیابت با ۲/۱ درصد و بیماری‌های قلبی با ۰/۹ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص دادند.

نتایج آزمون t بیانگر این بود که بین زنان و مردان به لحاظ نمره متغیرهای حمایت اجتماعی تصوری، خودکارآمدی، رضایت از زندگی و سلامت روان، تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیرهای اصلی تحقیق، همبستگی معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. بیشترین عدد همبستگی بین حمایت اجتماعی با خودکارآمدی و سلامت روان مشاهده شد (جدول شماره ۱).

مدل سنجش از چهار متغیر پنهان (حمایت اجتماعی تصوری، خودکارآمدی، رضایت از زندگی و سلامت روان) و ۱۲ متغیر قابل‌مشاهده (Observed Variables) تشکیل شد. نتایج اولیه بررسی مدل، نشان‌دهنده برازش بسیار مناسب آن بود: (x2 (N= ۴۳۸ ،۴۸)=۱۰۱/۵۷، P<۰/۰۰۱، RMSEA= ۰/۰۵۱ و CFI=۰/۹۷).

همه فاکتورهای بارگذاری‌شده برای نشانگرهای قرارگرفته بر متغیرهای پنهان به‌غیر از (LS-5) معنادار بودند (P<۰/۰۰۱)؛ یعنی اینکه همه متغیرهای پنهان به‌خوبی به‌وسیله نشانگرهای مورد انتظارشان بازنمایی شده‌اند. افزون‌براین، همان‌طورکه در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، همه متغیرهای پنهان موجود در مدل سنجش به‌طور معناداری همبسته می‌باشند (P<۰/۰۱).

برای تعیین اعتبار عامل‌های نهفته مدل، شاخص اعتبار همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و اعتبار مرکب محاسبه شد. جدول شماره ۲، ضرایب آلفای کرونباخ و شاخص اعتبار مرکب را برای عامل‌های مکنون مطالعه نشان می‌دهد (جدول شماره ۲).

مدل ساختاری: ضریب مسیر مستقیم از متغیر پیش‌بینی‌کننده (حمایت) به سنجه (رضایت از زندگی: P<۰/۰۰۱، β=۰/۴۲ و سلامت روان: P<۰/۰۰۱، β=−۰/۴۸) در غیاب متغیر میانجی، معنادار بود. در مدل پیشنهادی مطالعه (مدل ۱)، بررسی شاخص‌های برازش حاکی از برازش نسبتاً خوب مدل بود؛ اما برای ارتقای شاخص‌های نیکویی برازش، شاخص‌های اصلاح مدل به‌کار گرفته شدند (مدل ۲). نتایج نشان

جدول شماره ۲: مقادیر اعتبار همگونی درونی و اعتبار مرکب برای عامل‌های پنهان

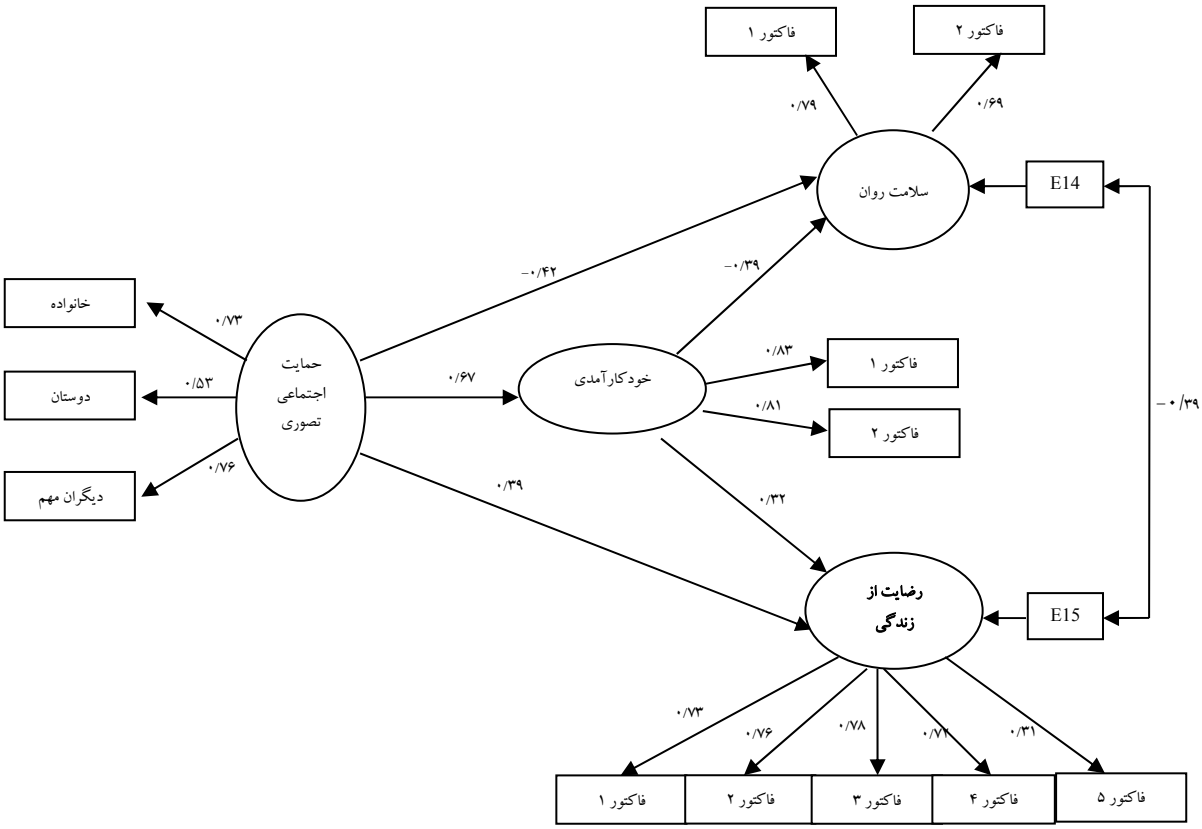
عامل	تعداد سؤال	آلفای کرونباخ	اعتبار مرکب	وضعیت
رضایت از زندگی	۵	۰/۷۷	۰/۷۹	مطلوب
سلامت روان	۱۲	۰/۸۰	۰/۸۴	مطلوب
خودکارآمدی	۱۰	۰/۸۵	۰/۸۵	مطلوب
حمایت اجتماعی	۱۲	۰/۸۸	۰/۸۸	مطلوب

جدول شماره ۳: بررسی شاخص‌های برازش مدل

	X^2	df	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	SRMR	NFI	TLI	AIC	ECVI
مدل ۱	۱۳۸/۷۱	۴۹	۰/۰۶۵	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۵۲	۰/۹۳	۰/۹۴	۱۹۶/۷۱	۰/۴۵
مدل ۲	۱۰۱/۵۷	۴۸	۰/۰۵۱	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۰۴	۰/۹۴	۰/۹۶	۱۶۱/۵۷	۰/۳۷

دادند که مدل دوم، برازش خوبی داشت (جدول شماره ۳). هنگامی‌که مدل ۱ و ۲ با یکدیگر مقایسه می‌شود (Δx^2(۱، n=۴۳۸)=۳۷/۱۴، P<۰/۰۱)، در کنار کوچک‌تر بودن AIC، نشان می‌دهد مدل ۲ از برازش بهتری برخوردار است؛ بنابراین، مدل ۲ به‌عنوان بهترین مدل انتخاب گردید (نمودار شماره ۱).

معناداری تأثیر میانجی خودکارآمدی با استفاده از آزمون بوت استرپ با کمک نرم‌افزار Amos مورد بررسی قرار گرفت (یک نمونه بوت استرپ ۵۰۰۰ نفری تعیین شد). اصل اساسی در رویکرد بوت استرپ این است که برآوردهای تأثیرات غیرمستقیم توزیع نرمال ندارند. Kong و همکاران (۲۰۰۴) پیشنهاد کردند که روش بوت استرپ دقیق‌ترین دامنه اطمینان را برای تأثیرات غیرمستقیم فراهم می‌کند (۳۰). بوت استرپ روشی است که در آن تعدادی نمونه (به‌عنوان مثال ۵۰۰۰) از داده اصلی، به روش نمونه‌گیری تصادفی با جای‌گذاری انتخاب می‌شود، سپس اثر غیرمستقیم در هریک از نمونه‌ها محاسبه می‌شود. در این مطالعه، ۵۰۰۰



نمودار شماره ۱: مدل ساختاری مطالعه (تعداد ۴۳۸)

توضیح: خودکارآمدی شامل فاکتور ۱ (سؤالات ۵-۱ پرسشنامه) و فاکتور ۲ (سؤالات ۱۰-۶ پرسشنامه) است. متغیر رضایت از زندگی شامل ۵ فاکتور می‌باشد که هر فاکتور، یکی از سؤالات پرسشنامه است. متغیر سلامت روان نیز شامل فاکتور ۱ (سؤالات ۶-۱) و فاکتور ۲ (سؤالات ۱۲-۷ پرسشنامه) می‌باشد.

جدول شماره ۴: تأثیرات ضرایب استاندارد غیرمستقیم در سطح معنی‌داری ۹۵ درصد

مسیرهای مدل	برآورد	CI ۹۵ درصد	
		کمترین	بیشترین
حمایت اجتماعی تصوری ← خودکارآمدی ← سلامت روان	-۰/۲۶	-۰/۳۸	-۰/۱۵
حمایت اجتماعی تصوری ← خودکارآمدی ← رضایت از زندگی	۰/۲۲	۰/۱۱	۰/۳۳

نمونه از داده‌های اصلی مطالعه (N=۴۳۸) انتخاب گردید. جدول شماره ۴، تأثیرات غیرمستقیم و دامنه اطمینان ۹۵ درصد آن‌ها را نشان می‌دهد. همان‌طورکه در جدول شماره ۳ قابل‌مشاهده است، حمایت اجتماعی تصوری تأثیرات غیرمستقیم معناداری بر رضایت از زندگی و سلامت روان به‌وسیله خودکارآمدی اعمال می‌نماید.

بحث

این تحقیق با هدف سنجش رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان و رضایت از زندگی و بررسی نقش میانجی خود کارآمدی در این رابطه، در محلات حاشیه‌نشین شهر کرمانشاه، انجام شد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که حمایت اجتماعی، همبستگی مثبتی با رضایت از زندگی و همبستگی معکوسی با مشکلات سلامت روان دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج تحقیقات Aquino و همکاران (۱۹۹۶)، Sarriera و همکاران (۲۰۱۵)، Heintzelman و همکاران (۲۰۱۵) و Kong و همکاران (۲۰۱۵) بود که به رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی و سلامت روان دست یافته بودند (۳۴-۳۰). درواقع، حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از قوی‌ترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان مواجهه با شرایط تنش‌زا شناخته شده که سبب آسان‌شدن بسیاری از مشکلات و کاهش آسیب‌ها در افراد می‌شود (۳۷-۳۵). همچنین، مطالعه‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی در کنترل عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی، تقویت شناخت افراد، کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد نقش مثبت دارد (۳۹،۳۸،۳۵).

نتایج درخصوص همبستگی بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی نیز حاکی از یک رابطه مثبت و معنادار بود؛ به‌عبارت‌دیگر، افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری از دیگران ادراک نموده‌اند، از خودکارآمدی بالاتری برخوردار هستند. این یافته با نتایج مطالعات ریاحی و همکاران (۲۰۱۱) و بخشی پور رودسری (۲۰۰۵) همسو است (۴۱،۴۰).

همچنین، نتایج مطالعه نشان داد که خودکارآمدی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و همچنین سلامت روان در ساکنان محلات حاشیه‌نشین نقش میانجی دارد؛ یعنی اینکه حمایت اجتماعی زمانی می‌تواند منجر به افزایش رضایت از زندگی و کاهش آسیب‌های روانی شود که میزان خودکارآمدی بالا باشد. همچنین، عکس این قضیه نیز صادق است؛ بدین‌صورت‌که، نبود حمایت اجتماعی زمانی سبب کاهش رضایت از زندگی و افزایش آسیب‌های روانی می‌شود که سطح خودکارآمدی پایین باشد. مطالعه‌ها بر اهمیت حمایت اجتماعی برای رضایت از زندگی توافق نظر دارند؛ اما نقشی که خودکارآمدی در این رابطه ایفا می‌کند، تاکنون کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در این رابطه فولادوند و همکاران (۲۰۰۹) نیز به نقش میانجی خودکارآمدی تحصیلی در رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان دست یافتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۴۲).

مدل اثر میانجی، حمایت اجتماعی را به‌عنوان متغیری که به‌طور غیرمستقیم (در این تحقیق به‌وسیله

خودکارآمدی) بر سلامت اثر می‌گذارد، در نظر می‌گیرد. براساس مدل اثر میانجی ارتباطات اجتماعی به‌طور غیرمستقیم به‌وسیله تقویت مثبت انجام تکلیف، فراهم‌کردن تجارب جانشینی و یادگیری مشاهده‌ای به‌وسیله الگوگیری نقش، فراهم‌کردن فرصت‌هایی برای مقایسه‌های اجتماعی آموزش راهبردهای کنارآمدن و تفسیر مثبت فرد درباره توانایی‌اش، تفسیر مثبت برانگیختگی هیجانی و تشویق بازسازی شناختی به‌وسیله راهنمایی مشارکتی، بر سلامت اثر می‌گذارد (۴۶-۴۳).

با توجه به نتایج مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که خودکارآمدی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی و سلامت روان، نقش میانجی دارد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و متصدیان نقش خودکارآمدی را در سلامت روان در نظر داشته باشند. از سوی دیگر، خودکارآمدی قابلیت تغییر و آموزش را دارد که روان‌شناسان می‌توانند با مداخلات روانی سطح آن را ارتقا دهند.

مقطعی‌بودن مطالعه از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. یکی از مفروضات مدل میانجی، وجود رابطه علی بین متغیر مستقل با متغیرهای میانجی و وابسته است که در مطالعات مقطعی نمی‌توان رابطه علیتی را آزمون کرد؛ بنابراین، تفسیر مدل میانجی در مطالعات مقطعی باید با احتیاط صورت گیرد؛ درنتیجه، پیشنهاد می‌شود برای تأیید قطعی روابط علی بین متغیرها در مطالعات آتی، از روش‌های آینده‌نگر استفاده شود. همچنین، با توجه به خودگزارشی‌بودن داده‌های این مطالعه، ممکن است نتایج به‌دست آمده تحت تأثیر شرایط روانی و محیطی فرد در زمان پاسخگویی قرار گرفته باشد. از سویی با وجود محدودیت‌ها، این مطالعه چندین نقطه قوت دارد. اول اینکه به‌وسیله آزمون نقش خودکارآمدی در رابطه بین حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی و سلامت روان، چارچوبی تجربی را در اختیار محققان قرار می‌دهد و به گسترش بینش محققان در تبیین روابط پیچیده بین متغیرهای مورد مطالعه در بین ساکنان سکونت‌گاه‌های غیررسمی کمک می‌کند. همچنین، مدل پیشنهادی مطالعه می‌تواند به‌عنوان راهنمایی برای این موضوع باشد که چگونه می‌توان مداخلات روان‌شناسی مثبت را برای افزایش بهزیستی افراد به‌کار گرفت.

سپاسگزاری

از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به‌واسطه حمایت مالی از این طرح به شماره ۹۵۰۸۱ و همه پرسشگرانی که گروه تحقیق را در انجام گردآوری داده‌ها یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Kirmayer LJ, Paul KW, Rochette L, Dupont M, Papineau É, Anctil M. Qanuippitaa?: How are We?: Mental Health, Social Support and Community Wellness: Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik; 2007.
2. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. Qual Life Res. 2004;13(1):161-170.
3. Beshlideh K, Zakiei A, Sahraei Z, RajabiGilan N, Mohammadi O. The Simple, Multiple, and canonical Relationship between Alexithymia and Perceived Stress with General Health. Journal of Personality & Individual Differences. 2015;4(7):149-166.

4. Khosravi S, Neshad Doost H, Molavi H, Kalantari M. The effect of teaching communicative patterns of pluralistic family on life satisfaction of couples. Hmj. 2011;15(1):40-48.
5. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. Annu Rev Psychol. 2003;54(1):403-425.
6. Diener E, Scollon CN, Lucas RE. The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. Advances in cell aging and gerontology. 2003;15:187-219.
7. Cochrane R. The social creation of mental illness: Addison-Wesley .Essex:Longman Ltd; 1983.
8. Herian MN, Tay L, Hamm JA, Diener E. Social capital, ideology, and health in the United States. Soc Sci Med. 2014;105:30-37.
9. Rajabi Gilan N, Ghasemi S, Reshadat S, Rajabi S. The Relationship between Social Capital and Health-Related Quality of Life among Teachers. Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 2013;21(88):95-107.
10. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. J Urban Health. 2001; 78(3):458-467.
11. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. J Health Soc Behav. 2011;52(2):145-161.
12. Aslund C, Larm P, Starrin B, Nilsson KW. The buffering effect of tangible social support on financial stress: influence on psychological well-being and psychosomatic symptoms in a large sample of the adult general population. Int J Equity Health. 2014;13(1): 85.
13. Alipour A. The Relationship of Social Support with Immune Parameters in Healthy Individuals: Assessment of the Main Effect Model. IJPCP. 2006;12(2):134-139.
14. Adler-Constantinescu C, Beşu E-C, Negovan V. Perceived Social Support and Perceived Self-efficacy During Adolescence. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2013;78: 275-279.
15. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess. 1988;52(1): 30-41.
16. Maddux JE. Self-Efficacy : The Power of Believing You Can. In. Snyder CR, Lopez S J (Eds.). Handbook of Positive Psychology. New York. Oxford University Press.2002. pp:277-287.
17. Maddux J. The power of believing you can. Handbook of positive psychology. Oxf Uni press; 2002.
18. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York. Worth Publishers; 1997.
19. Parto M, Besharat MA. The direct and indirect effects of self-efficacy and problem solving on mental health in adolescents: Assessing the role of coping strategies as mediating mechanism. Proc Int Congr Ecol. 2011;30:639-643.
20. Azizli N, Atkinson BE, Baughman HM, Giammarco EA. Relationships between general self-efficacy, planning for the future, and life satisfaction. Pers Individ Dif.2015;82:58-60.
21. Gao LL, Sun K, Chan SW. Social support and parenting self-efficacy among Chinese women in the perinatal period. Midwifery. 2014;30(5):532-538.
22. Santos M, Pizarro A, Ribeiro J, Mota J, Cazuza J. Social support and adolescents'

physical activity participation: The mediating effect of self-efficacy. J Sci Med Sport . 2012;15(supp1):S279-S280.

23. Shams F, Mooghali AR, Soleimanpour N. The mediating role of academic self-efficacy in the relationship between personality traits and mathematics performance. Procedia Soc Behav Sci. 2011;29:1689-1692.
24. Ghasemi SR, RajabiGilan N, Reshadat S, Tavangar F, Saedi S, Soofi M. Quality of Leisure Time in Women Resident in Marginal Neighborhoods and its Relation with Health Related Quality of Life. Mazandaran Univ Med Sci . 2015;24(120):14-24.
25. Rajabi G, Hashemi-Shabani S-E. The study of psychometric properties of the Multidimensional Scale Perceived Social Support. Journal of Behavioral Sciences. 2011;5(4):19-20.
26. Rajabi G. Validity and reliability of general self-efficacy beliefs (GSE-10) psychology students of Education and Psychology Faculty, Shahid Chamran and Marvdasht Azad University University. Quarterly Journal of New Thoughts in Education. 2006;2(1-2): 111-22.
27. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. J Pers Assess. 1985;49(1):71-75.
28. Vahedi S, Eskandari F. The validation and multi-group confirmatory factor analysis of the Satisfaction with Life Scale in nurse and midwife undergraduate students. IJNR. 2010;5(17):68-79.
29. Ebadi M, Harirchi A, Shariati M, Garmaroudi G, Fateh A, Manzari A. Validity and reliability of general health questionnaire (GHQ-12). Payesh. 2002;1(3):39-46.
30. Kong F, Zhao J, You X. Social support mediates the impact of emotional intelligence on mental distress and life satisfaction in Chinese young adults. Pers Individ Dif. 2012;53(4):513-517.
31. Aquino JA, Russell DW, Cutrona CE, Altmaier EM. Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. J Couns Psychol. 1996;43(4):480-489.
32. Sarriera JC, Bedin L, Abs D, Casas F, Calza T. Relationship between Social Support, Life Satisfaction and Subjective Well-Being in Brazilian Adolescents. Univ Psychol. 2015;14(2):459-474.
33. Heintzelman SJ, Bacon PL. Relational self-construal moderates the effect of social support on life satisfaction. Pers Individ Dif 2015;73:72-77.
34. Kong F, Ding K, Zhao J. The relationships among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students. J Happiness Stud. 2015;16(2): 477-489.
35. Courtens A, Stevens F, Crebolder H, Philipsen H. Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. Cancer Nurs. 1996;19(3):162-169.
36. Lee EH, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. J Pain Symptom Manage. 2004;27(5):425-433.
37. Chan CW, Molassiotis A, Yam BM, Chan S, Lam CS. Traveling through the Cancer Trajectory: Social Support perceived by Womenwith Gynecological Cancer in Hong Kong. Cancer Nurs. 2001;24(5):387-394.
38. Eaton L. World cancer rates set to double by

2020. BMJ. 2003;326(7392):728.
39. Kolahdoozan Sh, Sadjadi A, Radmard AR, Khademi H. Five common cancers in Iran. Archives of Iranian medicine. 2010;13(2): 143-147.
40. Riahi M, Aliverdinia A, Pourhossein Z. Relationship between Social Support and Mental Health. Social Welfare Quarterly. 2011;10(39):85-121.
41. BakhshiPour RA, Peyrovi H, Abedian A. Investigating relationship between satisfaction with life and social support with mental health among freshman students of Tehran university. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2005;7(28):145-152.
42. Fooladvand K, Farzad V, Shahraray M, Sangari AA. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. Contemporary psychology. 2009;4(2):81-93.
43. Benight CC, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. Behav Res Ther. 2004;42(10):1129-1148.
44. Au A, Lai MK, Lau KM, Pan PC, Lam L, Thompson L, et al. Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. Aging Ment Health.. 2009;13(5):761-768.
45. Dennis C-L. Peer support within a health care context: a concept analysis. Int J Nurs Stud. 2003;40(3):321-332.
46. Saltzman KM, Holahan CJ. Social support, self-efficacy, and depressive symptoms: An integrative model. J Soc Clin Psychol. 2002;21(3):309-322.