

تأثیر بهزیستی فضیلت‌گرا بر کیفیت زندگی والیبالیست‌های تیم‌های جانبازان و معلولین با نقش میانجی حمایت اجتماعی

عاطفه ابطحی نیا^۱، سمانه راستگو^۲

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه ولایت، ایرانشهر، ایران (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی دکتری مدیریت ورزشی دانشگاه صنعتی شاهرود

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۲۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بر بهزیستی فضیلت‌گرای ورزشکاران جانباز و معلول شرکت‌کننده در مسابقات والیبال قهرمانی کشور انجام شد. پژوهش انجام شده توصیفی و طرح آن از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه ورزشکاران جانباز و معلول شرکت‌کننده در مسابقات قهرمانی کشور در سال ۱۳۹۸ بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس، ۹۹ نفر از میان آن‌ها انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (۱۹۹۶)، بهزیستی فضیلت‌گرا (واترمن و همکاران، ۲۰۱۰) و حمایت اجتماعی (واکس و همکاران، ۱۹۸۶) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده گردید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی تأثیر مستقیم و معناداری داشت. کیفیت زندگی نیز بر بهزیستی فضیلت‌گرا اثر مستقیم و معناداری داشت. همچنین حمایت اجتماعی بر بهزیستی فضیلت‌گرا تأثیر مستقیم و معناداری داشت. نتایج بیانگر تأثیر غیرمستقیم و معنادار حمایت اجتماعی بر بهزیستی فضیلت‌گرا به واسطه کیفیت زندگی بود. یافته‌ها بیانگر اهمیت نقش کیفیت زندگی به عنوان میانجی در ارتقاء بهزیستی فضیلت‌گرای ورزشکاران جانباز و معلول بود. بنابراین ضمن تقویت کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی می‌توان بهزیستی فضیلت‌گرای ورزشکاران را توسعه داد. از این‌رو سازمان‌های بهزیستی و امور جانبازان و ایثارگران و نهادهای ورزشی به عنوان متولیان حمایت از ورزشکاران معلول و جانباز می‌توانند در بهبود تعاملات اجتماعی و در نهایت بهزیستی فضیلت‌گرای این افراد نقش آفرینی کنند.

واژگان کلیدی: بهزیستی فضیلت‌گرا، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، جانباز، معلول

1. Email: a.abtahinia@velayat.ac.ir

2. Email: rastgoo.samaneh@yahoo.com

مقدمه

معلولیت اختلال ناشی از نقص و ناتوانی یک فرد است و مانع از انجام نقشی می‌شود که با توجه به شرایط سنی، جنسیتی، اجتماعی، فرهنگی و طبیعی برای فرد در نظر گرفته شده است (باربوته، گیلمین و چان^۱، ۲۰۰۱، ۱۰۴۹). در سال‌های اخیر، بروز عواملی چون بلایای طبیعی، جنگ‌ها، تصادفات، بیماری‌ها و عوامل مادرزادی موجب افزایش رو به رشد تعداد افراد معلول در سراسر جهان شده است، به نحوی که معلولان حدود ۱۰ الی ۱۵ درصد جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. آمارهای موجود در ایران با در نظر گرفتن جانبازان، در حدود ۴ درصد جمعیت کشور را افراد دارای معلولیت نشان می‌دهند (ستاری، امیدوار و یعقوبی، ۲۰۰۵، ۲۶). مشکلات روحی و روانی از شایع‌ترین پیامدهای معلولیت محسوب می‌گردد. بروز این مشکلات در میان معلولان در کشورهای در حال توسعه به ویژه در ایران دامنه وسیع‌تری دارد و دائماً رو به افزایش است (سپاسی، نوربخش و آقایی، ۲۰۱۲، ۱۱۲). ورزش نقش مهمی در سلامت جسم، روح و زندگی فردی و اجتماعی جانبازان و معلولین ایفا می‌کند (آقاجانی، مجیدی و عسکری، ۲۰۱۳، ۲۲۹). از جمله عرصه‌هایی که کمتر مورد توجه قرار گرفته است ورزش قهرمانی جانبازان و معلولین کشور است؛ علی‌رغم آنکه این ورزشکاران در مسابقات قهرمانی بیشتر از سایر رشته‌های ورزشی مدال و نشان کسب کرده‌اند. متأسفانه آن‌طور که باید و شاید به متغیرهای روان‌شناختی که می‌تواند باعث بهبود وضعیت روحی ورزشکاران شود، توجه نشده است. بنابراین، به نظر می‌رسد بررسی و شناخت عوامل روان‌شناختی مؤثر در فعالیت بدنی معلولین و جانبازان اثرات کاربردی مؤثری داشته باشد.

موضوع بهزیستی اگر چه از مفاهیم و سازه‌های دانش روان‌شناسی به شمار می‌رود، ولی پیشینه‌ای به قدمت تاریخ فلسفه یونان قدیم دارد (رحیمی نژاد و رحیمی جعفری، ۲۰۱۶، ۸۴). بهزیستی شامل احساس مثبت و احساس رضایت‌مندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده، شغل و ... است. بنابراین افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. از سوی دیگر افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (بهادری خسروشاهی، ۲۰۱۲، به نقل از حسینی‌نیا و حاتمی، ۲۰۱۹، ۸۲). از دیدگاه رایان و دسی^۲ (۲۰۰۱)، دو رویکرد اصلی در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت‌گرایی^۳ و فضیلت‌گرایی^۴. شاخص‌های بهزیستی لذت‌گرا بیشتر بر افزایش شادکامی از طریق وجود

1. Barbotte, Guillemin & Chau
2. Ryan & Deci
3. Hedonism
4. Eudaimonism

عواطف مثبت و حذف عاطفه منفی و رضایت از زندگی تمرکز کرده است. در مقابل، تعدادی از روان‌شناسان از جمله ریفا^۱ (۱۹۸۹) با وجود ماهیت جذاب بهزیستی لذت‌گرا، مخالف این نوع بهزیستی بودند و بر روی بهزیستی فضیلت‌گرا تأکید دارند. دیدگاه فضیلت‌گرایی بیانگر آن است که زندگی آرمانی به معنای شکوفاسازی توانمندی‌های انسانی است. در این دیدگاه، هر آنچه برای فرد، بالارزش و مطابق با اهداف واقعی او باشد، مهم است. به رغم ایجاد لذت، ارضاً میل‌ها همیشه بهزیستی را در پی ندارد و در نتیجه، بهزیستی نمی‌تواند صرفاً به معنای تجربه لذت باشد (نقل از احمدی و نمازی‌زاده و بهزادنیا، ۲۰۱۳، ۹۷). واترمن^۲ (۱۹۹۳) خودشکوفایی را مؤلفه اصلی بهزیستی فضیلت‌گرا و آن را عمل کردن به شیوه‌ای هماهنگ با توانایی‌های بالقوه فردی، شامل شناسایی و پرورش بهترین توانایی‌ها، همراه با احساس بیانگر فردی می‌داند و بهزیستی لذت‌گرایانه را پیامد فضیلت‌طلبی می‌داند (رحیمی نژاد و رحیمی جعفری، ۲۰۱۶، ۸۵). تعدادی از روان‌شناسان در تعریف بهزیستی این موضع-گیری، یعنی بهزیستی فضیلت‌گرا را برگزیده‌اند و در حال اجرای پژوهش‌هایی در حوزه بهزیستی بر اساس آموزه‌های سنت فضیلت‌گرایی هستند که شامل درک کامل‌تری از سلامت روان‌شناختی مثبت است (بهزادنیا، احمدی و کشتی‌دار، ۲۰۱۳، ۹۴).

از سوی دیگر دریافت حمایت، از جمله نیازهای اساسی بشر و یکی از مفاهیم اساسی در روان‌شناسی اجتماعی است که مطالعات مربوط به آن به‌طور آشکار از سال‌های حدود ۱۹۷۰ میلادی آغاز شده است. حمایت اجتماعی ریشه در نظریه دلبستگی بالبی و راتر^۳ دارد که بر وجود ارتباط میان کودک و اطرافیان وی در طی تحول تأکید می‌کند (کاسیدی^۴، ۱۹۹۴). به نقل از تمنائی فر و منصوره نیک، ۲۰۱۳ (۷۴) و به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه به فرد ارزانی می‌دارند گفته می‌شود (حسین‌زاده و سپاه منصور، ۲۰۱۱، ۷۶). حمایت اجتماعی به عنوان حمایتی تعریف می‌شود که فرد از خانواده، دوستان، سازمان‌ها و سایر افراد دریافت می‌کند. تعاملات فرد با خانواده و حمایتی که او از محیط و سایرین دریافت می‌کند، اثرات مثبتی بر وی دارد و سبب می‌شود پویایی روان‌شناختی او افزایش یابد و به وی در جنبه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی کمک کند (گیولاکتی^۵، ۲۰۱۰، ۳۸۴۵). معتمدی، برجعلی و صادقپور (۲۰۱۸) بیان نمودند حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط مستقیم دارد. نتایج مرادی، شیخ‌الاسلامی، احمدزاده و چراغی (۲۰۱۴) نیز بیانگر اثرات مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی، از طریق نیاز به ارتباط و نیاز به صلاحیت، بر بهزیستی

-
1. Ryff
 2. Waterman
 3. Balby & Rutter
 4. Cassidy
 5. Gülaçti

روان‌شناختی زنان شاغل است. همچنین نتایج پژوهش واکولایکوا و سوکاپ^۱ (۲۰۱۹) در بیماران مبتلا به افسردگی نشان داد حمایت اجتماعی و مقابله فعال پیشگیرانه به طور مستقیم در افزایش بهزیستی نقش دارد. همان‌طور که در بالا اشاره شد پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد یکی از عوامل مؤثر بر افزایش بهزیستی، حمایت اجتماعی^۲ است. با دریافت حمایت اجتماعی، منابع روان-شناختی محسوسی برای افراد فراهم می‌شود تا بتوانند بر شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه غلبه کنند (گودرز، فروغان، مکارم و راشدی، ۲۰۱۵، ۱۱۶). در این میان جانبازان و معلولان یکی از اقشار جامعه‌اند که به لحاظ موقعیت خود بیشترین نیاز را به حمایت اجتماعی دارند (نباتیان، قمرانی، ذاکریان و مهدی زاده، ۲۰۱۲، ۳۵).

بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی و جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است و به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه‌های رفتاری، هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است. علاوه بر این بهزیستی روان‌شناختی انعکاس‌دهنده کیفیت زندگی ذهنی افراد نیز می‌باشد که پوشش‌دهنده خلق مثبت، سرزندگی و علاقه به محیط است؛ بنابراین یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی افراد، بحث بهزیستی آنان بوده و کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب به‌کارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد و افزایش تنش در آنان شده که افزایش تنش خود در ارتباط با عوامل فیزیکی و جسمی بوده (پارسایی، ۲۰۱۲) و این امر بیماری را در فرد افزایش و بهزیستی روان‌شناختی و نهایتاً به دنبال آن کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (کارمن و وینگرهوست^۳، ۲۰۱۲، نقل از حسینی نیا و حاتمی، ۲۰۱۹، ۸۷-۸۹). مفهوم کیفیت زندگی ابتدا به حوزه‌های بهداشتی و بیماری‌های روانی محدود می‌شد. اما در طی دو دهه گذشته، این مفهوم از زمینه‌های بهداشتی، زیست محیطی و روان‌شناختی صرف به مفهومی چند بعدی ارتقا یافت (عنبری، ۲۰۱۰، ۱۵۲) و مورد توجه تعداد زیادی از حوزه‌های مطالعاتی قرار گرفت. این سازه بعد از طرح اولیه در دهه ۱۹۳۰ تاکنون تحولات بسیاری یافت و برای اندازه‌گیری میزان پیشرفت و ترقی جوامع از آن استفاده روز افزونی می‌شود. از اواخر دهه ۱۹۷۰ علاقه به مفهوم کیفیت زندگی به شکل معناداری افزایش یافت. از این تاریخ به بعد بحث‌های کیفیت زندگی بیشتر در سه حوزه پزشکی، روان‌شناسی و علوم اجتماعی متمرکز شد. در واقع از دهه ۱۹۳۰ تا به امروز بر تعداد حوزه‌های مطالعه این سازه افزوده شده است (غفاری، کریمی و نوذری، ۲۰۱۲، ۱۰۸). کیفیت زندگی به عنوان مفهومی برای نشان دادن میزان رضایت‌مندی فرد از زندگی و به عبارتی معیاری برای تعیین رضایت و عدم رضایت افراد و گروه‌ها، از ابعاد مختلف زندگی است (باستانیان شاهگلی، پناهی و عبدالله زاده، ۲۰۱۸، ۷۳). بنا

-
1. Vaculikova & Soukup
 2. Social Support
 3. Karreman & Vingerhoest

به تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی است و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است. سازمان جهانی بهداشت چهار بعد سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است (گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). کینگ و هیندس^۲ (۲۰۰۴) بر اساس این تعریف مؤلفه‌های کیفیت زندگی را بدین‌گونه توضیح داده است؛ کیفیت زندگی فیزیکی^۳ یا سلامت جسمانی دربرگیرنده فعالیت‌های روزمره، وابستگی دارویی، داشتن انرژی، احساس خستگی، وضعیت تحرک، درد، خواب، استراحت و ظرفیت‌های کاری است. کیفیت زندگی روحی^۴ و روانی جنبه روانی را ارزیابی می‌کند و در برگیرنده تصور فرد از جسم و ظاهر خود، میزان لذت بردن از زندگی، معنادار بودن زندگی، میزان رضایتمندی از خود و بررسی حالت روحی نظیر افسردگی، ناامیدی، خلق غمگین، میزان تمرکز و حافظه است. کیفیت زندگی اجتماعی^۵ دربرگیرنده ارتباطات شخصی، حالت‌های اجتماعی و فعالیت‌های جنسی است. کیفیت زندگی محیطی^۶ نیز عوامل تأثیرگذار محیطی را بررسی می‌کند و دربرگیرنده منابع مالی، امنیت جسمی و آزادی، مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، محیط فیزیکی خانه، فرصت‌های کسب مهارت و اطلاعات، فعالیت‌های خلاقانه و اوقات فراغت، حمل و نقل و محیط زیست فیزیکی است (نقل از محمدی گوجانی و صباغ، ۲۰۱۶، ۹۵-۹۳). در این راستا حسینی نیا و حاتمی (۲۰۱۹) در پژوهشی دریافتند بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بازنشستگان است. نتایج پژوهش بکائیان، منظوری، لطفی و عرب نرمی (۲۰۱۴) نشان داد بین شادکامی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه معناداری وجود دارد و نتایج رگرسیون نشان داد کیفیت و شادکامی ۵۴ درصد از بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. از خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی سه خرده مقیاس روان‌شناختی، اجتماعی و جسمانی ۵۴ درصد پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی است. خرده مقیاس محیط و وضعیت زندگی پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی نیست. به‌طورکلی نتیجه گرفتند با افزایش کیفیت زندگی و شادکامی می‌توان بهزیستی روان‌شناختی افراد را بهبود بخشید. ایوبی، تیموری و نیری (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود بیان نمودند بین سرسختی، کیفیت زندگی و بهزیستی مدیران همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد.

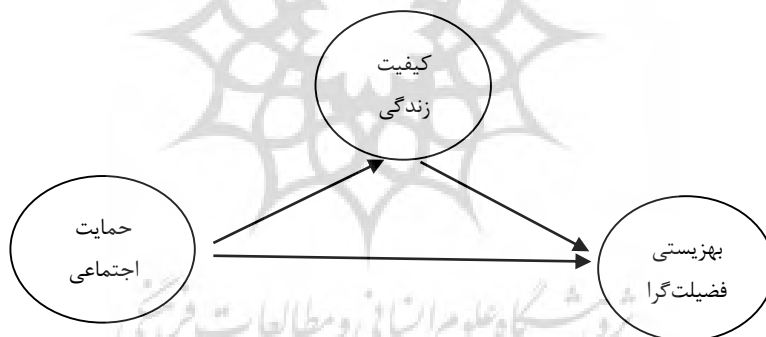
1. The World Health Organization
2. King & Hinds
3. Physical Quality of Life
4. Quality of Life, Psychological
5. Quality of Social Life
6. Environmental Quality of Life

از طرف دیگر شواهدی که از مطالعات مختلف به دست آمده نشان می‌دهد حمایت اجتماعی نقش مهمی در سلامتی افراد بازی می‌کند و از طریق کاهش آثار منفی ناشی از استرس‌هایی که از محیط و جامعه کسب می‌شود، بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (صابر و نصرت‌آبادی، ۲۰۱۴، ۱۹۱). هلقیسون^۱ (۲۰۰۳) معتقد است حمایت اجتماعی باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود. در ضمن او درباره این موضوع که حمایت اجتماعی چگونه کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد توضیح می‌دهد که حمایت اجتماعی علاوه بر این که باعث بهبود خلق می‌شود، باعث تشویق افراد به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی نیز می‌شود (نقل از چراغی، داوری دولت آبادی، صلواتی و مقیم بیگی، ۲۰۱۲، ۲۷). در این راستا پژوهش مقصودی و صالحی نژاد (۲۰۱۸) بیانگر رابطه آماری معنادار بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد جنبه عاطفی (مهربانی و همدلی) حمایت اجتماعی قادر است به طور مستقیم کیفیت زندگی را پیش‌بینی کند. آقاییاری‌هیر، قاسم زاده و ابراهیمی اورنگ (۲۰۱۷) در پژوهش خود بیان نمودند حمایت اجتماعی رابطه مثبت و معناداری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان داشت. پژوهش حاجتی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی همسران جانبازان افزایش پیدا می‌کند. نتایج پژوهش حسینی امین، سیدمیرزایی و ادیسی (۲۰۱۶) نیز بیان کرد شادمانی اجتماعی بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی دارد. پس از آن تحصیلات و در آخر حمایت اجتماعی متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی بودند. صابر و نصرت آبادی (۲۰۱۴) به این نتیجه رسیدند حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سالمندان در نظر گرفته شود. آلسوبای، استین، وبستر و وادمن^۲ (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند بعد روانی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی خانواده و دوستان و بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی از افراد و دوستان قابل پیش‌بینی بود. نتایج پژوهش امال صبحی، عابراسلاید و ثمرعتیا^۳ (۲۰۱۷) بیانگر وجود همبستگی مثبت و معنادار بین حمایت اجتماعی از بیماران روانی و کیفیت زندگی بود.

در ایران پس از پیروزی انقلاب اسلامی توجه ویژه‌ای به ورزش جانبازان و معلولین شده است. این ورزشکاران تاکنون توانسته‌اند افتخارات بسیاری را در سطح جهانی کسب کنند. به طوری که امروزه ورزشکاران جانباز و معلول ایران از رقبای سرسخت میادین ورزشی جهان هستند. با توجه به این که ورزش در زندگی معلولین و جانبازان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و موفقیت‌های این ورزشکاران در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که این گروه از پتانسیل بسیار بالایی برخوردارند؛ نیاز است که توجه بیشتری به این مقوله معطوف شود. علاوه بر این، در حوزه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی و

-
1. Helgeson
 2. Alsubaie, Stain, Webster & Wadman
 3. Amal Sobhy, Abeer Elsayed & Samar Atiya

بهزیستی جانبازان و معلولین پژوهش‌های بسیار اندکی انجام گرفته است. از طرفی پژوهش‌های انجام گرفته به بررسی روابط جداگانه متغیرها پرداخته‌اند و بر روی جامعه مورد بررسی نیز مطالعات اندکی صورت گرفته است. لذا لزوم پژوهشی با محوریت مطالعه روابط چندگانه متغیرها بر روی جامعه جانبازان و معلولین ورزشکار به شدت احساس می‌شود. همچنین با توجه به این قشر از جامعه در ایران، ضرورت و اهمیت توجه به آنها را بیش از پیش کرده است. بنابراین پژوهش حاضر درصدد است تا با بررسی تأثیر حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بر بهزیستی فضیلت‌گرای معلولین و جانبازان گامی هر چند کوچک در زمینه ارتقاء دانش و اطلاعات مدیران و دست‌اندرکاران جهت جذب و حفظ و حضور بیشتر جانبازان و معلولین در فعالیت‌های ورزشی به منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی آنان بردارد. لذا در این تحقیق بهزیستی فضیلت‌گرا، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای تحقیق معرفی شد. سعی بر آن است تا تأثیر حمایت اجتماعی بر بهزیستی فضیلت‌گرا با نقش میانجی کیفیت زندگی در ورزشکاران جانباز و معلول شرکت‌کننده در مسابقات قهرمانی کشور در قالب مدل مفهومی ذیل (شکل ۱) تعیین گردد.



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه جانبازان و معلولین شرکت‌کننده در مسابقات والیبال قهرمانی کشور در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. این مسابقات با حضور ۳۳ تیم در هشت منطقه کشور برگزار گردید. پس از تشریح هدف، از بین آنها تعداد ۱۲۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. در مرحله بعد، پرسش‌نامه‌ها توسط محقق در زمان استراحت تیم‌های شرکت‌کننده بین پاسخ‌دهندگان توزیع شد. لازم به ذکر است، محقق به منظور ارائه توضیحات لازم برای اطمینان بخشیدن به پاسخ‌دهندگان

مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات، تشریح اهمیت موضوع و پاسخ هر کدام از آنان و رفع ابهامات احتمالی آنان هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها حضور داشت. در نهایت پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۲۱ پرسش-نامه ناقص و بدون پاسخ کنار گذاشته شد. تعداد ۹۹ پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه ذیل استفاده گردید:

پرسشنامه بهزیستی فضیلت‌گرا: برای سنجش بهزیستی فضیلت‌گرا از پرسشنامه بهزیستی فضیلت‌گرا (واترمن و همکاران^۱، ۲۰۱۰) استفاده شد. این پرسشنامه ۲۱ سؤال است و گزینه‌های آن به صورت مقیاس هفت ارزشی لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) است. امتیاز بالاتر کسب شده بیانگر بهزیستی فضیلت‌گرای بالا است. واترمن و همکاران (۲۰۱۰) اعتبار و پایایی قابل قبولی را برای این پرسشنامه نشان دادند. در پژوهش احمدی و همکاران (۲۰۱۳) نیز پس از ترجمه نسخه انگلیسی، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه، با نظرخواهی از متخصصان روان‌شناسی عمومی و روان‌شناسی ورزشی تأیید شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی (واکس و همکاران^۲، ۱۹۸۶): برای اندازه‌گیری میزان حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران (۱۹۸۶) استفاده شد. این مقیاس ۲۳ سؤال دارد و سه حیطه خانواده، دوستان و آشنایان را در بر می‌گیرد. از ۲۳ سؤال این مقیاس، ۸ سؤال به خرده مقیاس خانواده، ۸ سؤال به خرده مقیاس دوستان و ۷ سؤال به خرده مقیاس آشنایان اختصاص یافته و بر اساس مقیاس پنج ارزشی لیکرت است. ابراهیمی قوام (۱۹۹۳) در پژوهش خود پایایی و روایی این ابزار را مورد بررسی قرار داد و ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش کرد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه^۳: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) تدوین شد و شامل ۲۶ ماده است که کیفیت زندگی را در چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی می‌سنجند. پاسخ‌ها بر روی طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره فرد از ۲۶ تا ۱۳۰ است. روایی و اعتبار این پرسشنامه در تحقیقات خارجی تأیید شده است (اسکوینگتون، لطفی و اوکنل^۴، ۲۰۰۴). همچنین، ضرایب روایی و اعتبار به دست آمده حاکی از مناسب بودن این مقیاس برای کیفیت زندگی در نمونه‌های ایرانی بود (نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، مجمد و مجدزاده، ۲۰۰۶). در این پژوهش برای توصیف داده‌ها، از

-
1. Waterman & et.al
 2. Vaux & et.al
 3. World Health Organization Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)
 4. Skevington, Lotfy & O'Connel

آمار توصیفی و برای تحلیل استنباطی و معادلات ساختاری، از نرم افزارهای اس‌پی‌اس‌اس^۱ و پی‌ال‌اس^۲ استفاده گردید.

نتایج

بررسی توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ورزشکاران جانباز و معلول قهرمان کشور نشان داد حدود ۲۴ درصد ورزشکاران در رده سنی ۳۶ تا ۴۰ سال قرار دارند و بخش اعظم آنها (۷۱/۷ درصد) دارای وضعیت جسمی معلول بوده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	طبقات متغیر	فراوانی	درصد
سن	از ۲۰ تا ۲۵ سال	۹	۹/۱
	از ۲۶ تا ۳۰ سال	۲۱	۲۱/۲
	از ۳۱ تا ۳۵ سال	۱۹	۱۹/۲
	از ۳۶ تا ۴۰ سال	۲۴	۲۴/۲
	از ۴۱ تا ۴۵ سال	۱۹	۱۹/۲
	از ۴۶ تا ۵۰ سال	۷	۷/۱
	جمع	۹۹	۱۰۰
وضعیت جسمی	جانباز	۲۸	۲۸/۳
	معلول	۷۱	۷۱/۷
	جمع	۹۹	۱۰۰

جهت سنجش مطلوبیت مدل اندازه‌گیری از روایی همگرا، روایی واگرا و پایایی شاخص که شامل سه معیار ضرایب بار عاملی، ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی است، استفاده شد.

آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی همگرا: در این پژوهش به منظور سنجش بهتر پایایی از هر دوی این معیارها استفاده شد. روایی همگرا معیار دیگری است که برای برازش مدل اندازه‌گیری در روش مدل‌سازی معادلات ساختاری به کار برده می‌شود. میانگین واریانس استخراج شده^۳ میزان همبستگی یک سازه با شاخص‌های خود را نشان می‌دهد. هر چه این همبستگی بیشتر باشد مطلوبیت

1. Statistical Package for the Social Science (SPSS)
2. Partial Least Squares (PLS)
3. Average Variance Extracted (AVE)

نیز بیشتر است. فورنل و لارکر^۱ (۱۹۸۱) معیار AVE را برای سنجش روایی همگرا معرفی کردند و بیان داشتند که مقدار AVE بالای ۰/۵ روایی همگرای قابل قبول را نشان می‌دهند (محسنین و اسفیدانی، ۲۰۱۴).

جدول ۲- گزارش معیارهای آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی همگرای متغیرهای پژوهش

متغیرهای مکنون	ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha \geq$) (0/7)	ضریب آلفای کرونباخ ابعاد	ضریب پایایی ترکیبی (CR \geq 0/7)	میانگین واریانس استخراج شده (AVE \geq 0/5)
۱- کیفیت زندگی	۰/۹۳	سلامت جسمی ۰/۹۴ سلامت روان ۰/۸۶ سلامت محیط ۰/۷ رابط اجتماعی ۰/۷۱	۰/۹۳	۰/۵۹
۲- حمایت اجتماعی	۰/۹۴	حمایت آشنایان ۰/۷۲ حمایت دوستان ۰/۹۱ حمایت خانواده ۰/۸۹	۰/۹۱	۰/۸۷
۳- بهزیستی فضیلت‌گرا	۰/۸۳	-	۰/۸۱	۰/۵۷

همان‌گونه که در جدول (۲) نشان داده شده است، متغیر پنهان بهزیستی فضیلت‌گرا، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی پژوهش دارای مقدار آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی بالای ۰/۷ و روایی همگرای بالای ۰/۵ است. از این رو می‌توان مناسب بودن وضعیت پایایی و روایی همگرای متغیرهای پژوهش حاضر را تأیید نمود.

سنجش روایی واگرا و بارهای عاملی سنجه‌ها: بارهای عاملی از طریق محاسبه مقدار همبستگی شاخص‌های یک سازه با آن سازه است. مقدار ملاک برای مناسب بودن ضرایب بارهای عاملی ۰/۵ است. بارهای عاملی حاصل از اجرای مدل در این پژوهش بالاتر از ۰/۴ بود و نشان از مناسب بودن این معیار را دارد. جهت بررسی روایی واگرای مدل اندازه‌گیری از معیار فورنل و لارکر استفاده شد. بر اساس این معیار، روایی واگرای قابل قبول یک مدل حاکی از آن است که یک سازه در مدل نسبت به سازه‌های دیگر تعامل بیشتری با شاخص‌هایش دارد. فورنل و لارکر بیان می‌کنند روایی واگرا وقتی در سطح قابل قبولی است که میزان AVE برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر در مدل باشد. بررسی این امر در PLS به وسیله ماتریسی حاصل می‌شود (جدول ۳)

1. Fornell & Larcker

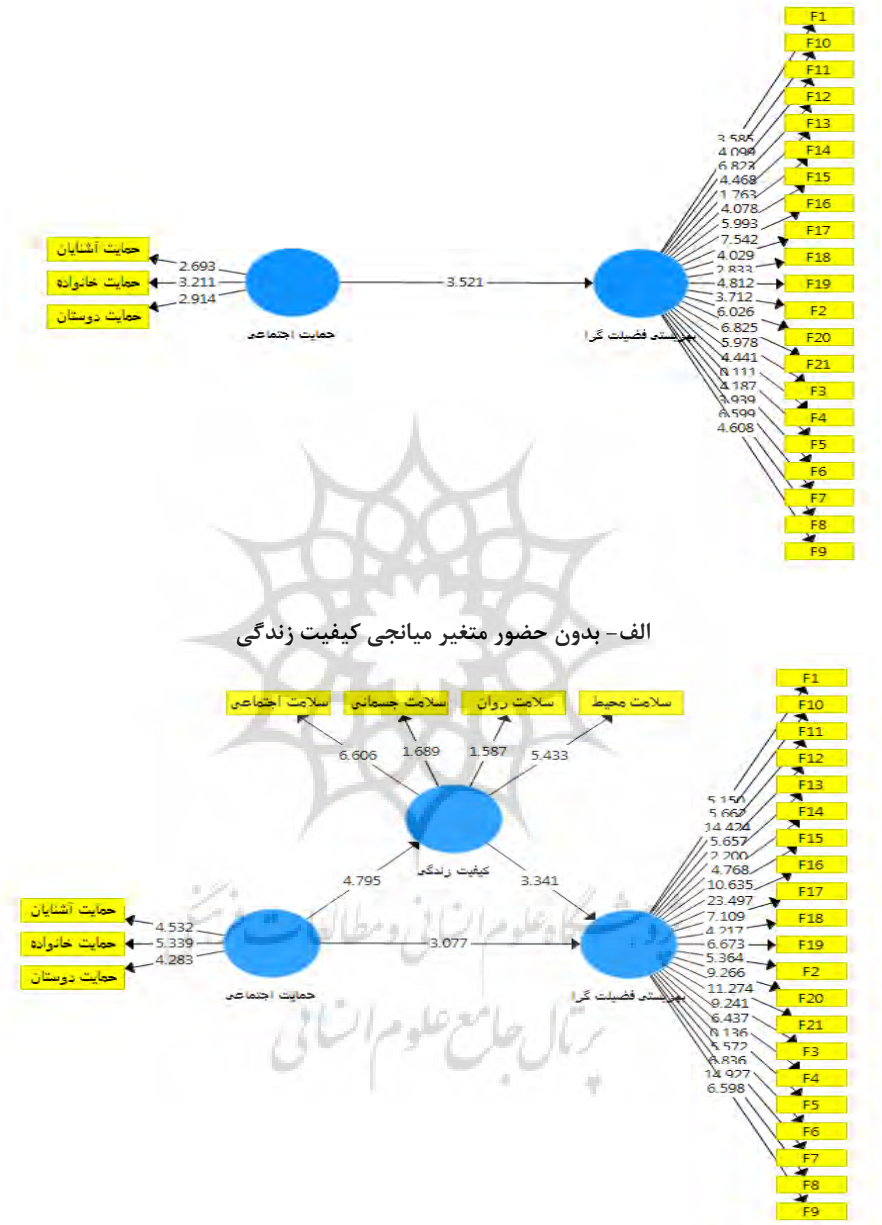
که خانه‌های این ماتریس حاوی مقادیر ضرایب همبستگی بین سازه‌ها و جذر مقادیر AVE مربوط به هر سازه است.

جدول ۳- ماتریس اشتراکات بین مؤلفه‌ها و مقادیر AVE (قطر اصلی)

متغیرها	بهزیستی فضیلت‌گرا	حمایت اجتماعی	کیفیت زندگی
بهزیستی فضیلت‌گرا	۰/۷۵		
حمایت اجتماعی	۰/۶۷	۰/۹۳	
کیفیت زندگی	۰/۶۸	۰/۹۱	۰/۷۶

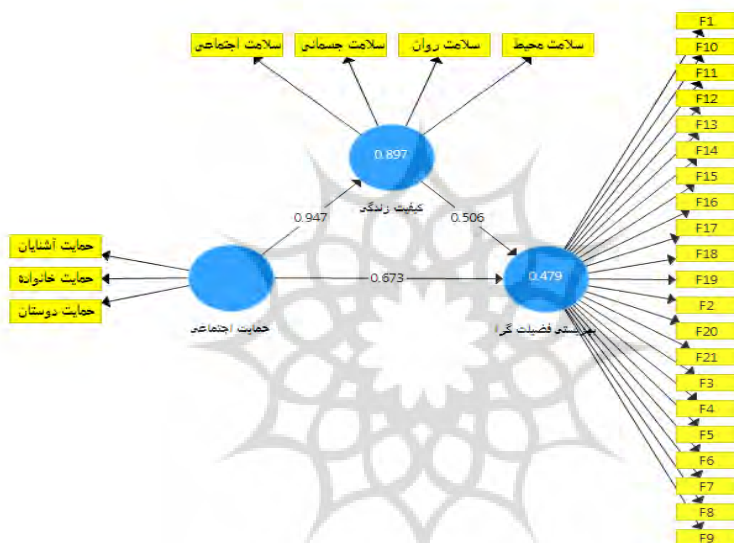
همان‌گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، مقدار جذر AVE متغیرهای مکنون در پژوهش حاضر که در خانه‌های موجود در قطر اصلی قرار گرفته‌اند، از مقدار همبستگی میان آنها در خانه‌های زیرین و راست قطر اصلی ترتیب داده شده‌اند، بیشتر است. از این‌رو می‌توان اظهار داشت در پژوهش حاضر سازه‌ها (متغیرهای مکنون) در مدل تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارند تا با سازه‌های دیگر. به عبارتی روایی واگرایی مدل در حد مناسبی بوده است. پس از بررسی مطلوبیت مدل‌های اندازه‌گیری، به بررسی مطلوبیت مدل ساختاری پژوهش می‌پردازیم. در پژوهش حاضر از سه معیار ضریب معناداری (T-values)، ضریب تعیین (R^2) و ضریب قدرت پیش‌بینی (Q^2) استفاده شد. همچنین به منظور تعیین شدت اثر غیر مستقیم از آماره VAF بهره گرفته شد.

ضریب معناداری (T-values): اولین و اساسی‌ترین معیار مطلوبیت مدل ساختاری، ضریب معناداری است. مقدار ضرایب معناداری باید معادل یا بیشتر از شاخص معناداری ۱/۹۶ باشد. در صورتی که مقدار این اعداد از ۱/۹۶ بیشتر شود، نشان از صحت رابطه بین سازه‌ها و در نتیجه تأیید فرضیه‌های پژوهش است (وینزی و همکاران^۱، ۲۰۱۰؛ به نقل از محسنین و اسفیدانی). ضرایب مسیر مدل‌های اجرا شده (بدون حضور متغیر میانجی و با حضور متغیر میانجی) در شکل (۲) نشان داده شده است.



شکل ۲- برازش مدل ساختاری با استفاده از ضرایب معناداری T

همان‌طور که در شکل (۲) مشاهده می‌شود بر اساس مقدار t ، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثر متغیر حمایت اجتماعی بر بهزیستی فضیلت‌گرا (شکل ۲- الف) و اثر کیفیت زندگی بر بهزیستی فضیلت‌گرا و تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی (شکل ۲- ب) تأیید می‌شود. ضرایب R^2 متغیرهای پنهان: R^2 معیاری است که نشان از تأثیر یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا دارد. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی R^2 در نظر گرفته می‌شود (کوهن^۱، ۱۹۸۸؛ به نقل از داوری و رضازاده، ۲۰۱۴).



شکل ۳- برازش مدل ساختاری با استفاده از مقادیر R^2

همانگونه که در شکل (۳) مشاهده می‌شود، مقدار R^2 برای متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی فضیلت‌گرا به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۴۷ محاسبه شده است. با توجه به سه مقدار ملاک، R^2 برای متغیر کیفیت زندگی و بهزیستی فضیلت‌گرا در سطح قوی و متوسط ارزیابی می‌شود که مطلوبیت مناسب مدل ساختاری را تأیید می‌کند.

به منظور بررسی اثر غیرمستقیم متغیر میانجی (کیفیت زندگی) از آزمون سوپل استفاده شد. در آزمون سوپل، یک مقدار t از طریق فرمول زیر محاسبه می‌شود. در صورت بیشتر شدن این مقدار از ۱/۹۶ می‌توان در سطح ۹۵ درصد معنادار بودن تأثیر یک متغیر میانجی را تأیید نمود.

$$t_{\text{سوبل}} = \frac{a \times b}{\sqrt{(b^2 \times S_a^2) + (a^2 \times S_b^2) + (s_b^2 \times S_a^2)}}$$

مفروضات فرمول سوبل:

a: مقدار ضریب مسیر میان متغیر مستقل و میانجی (۰/۹۴)

b: مقدار ضریب مسیر میان متغیر میانجی و وابسته (۰/۵۰)

sa: خطای استاندارد مربوط به مسیر میان متغیر مستقل و میانجی (۰/۰۸)

sb: خطای استاندارد مربوط به مسیر میان متغیر میانجی و وابسته (۰/۰۹)

با توجه به مقدار $t = ۵/۰۲$ که بیشتر از $۱/۹۶$ است میانجی‌گری متغیر کیفیت زندگی با این روش تأیید شد.

شدت اثر غیرمستقیم با استفاده از آماره^۱ (VAF): در ادامه در خصوص اثر غیرمستقیم متغیر میانجی (کیفیت زندگی)، می‌توان بیان کرد ضرایب ۰/۹۴ و ۰/۵۰ نشان می‌دهند متغیر حمایت اجتماعی به طور غیرمستقیم از طریق متغیر میانجی کیفیت زندگی به میزان $(۰/۹۴ \times ۰/۵۰) = ۰/۴۷$ بر بهزیستی فضیلت‌گرا تأثیر دارد (داوری و رضازاده، ۲۰۱۴). به منظور تعیین شدت اثر غیرمستقیم از طریق متغیر میانجی، از آماره VAF استفاده شد. این آماره به کمک رابطه زیر تعیین می‌شود:

$$VAF = \frac{a \times b}{(a \times b) + c}$$

که در آن c اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی فضیلت‌گرا (۰/۴۱) است. VAF مقداری بین ۰ و ۱ را اختیار می‌کند و هر چه این مقدار به ۱ نزدیک‌تر باشد قوی بودن تأثیر متغیر میانجی را نشان می‌دهد. شدت تأثیر متغیر میانجی در این پژوهش ۰/۴۱ محاسبه شد. به عبارتی ۴۱ درصد از اثر کل حمایت اجتماعی بر بهزیستی فضیلت‌گرا به طور غیرمستقیم و به واسطه متغیر میانجی کیفیت زندگی قابل تبیین است.

برای بررسی مطلوبیت مدل کلی پژوهش از شاخص نیکویی برازش^۲ بهره گرفته شد. با توجه به مقادیر AVE و ضرایب تعیین (R^2) که در خروجی آورده شده است این شاخص به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$GOF = \sqrt{AVE \text{ میانگین} \times R^2 \text{ میانگین}}$$

-
1. Variance Accounted for
 2. Goodness of Fit Tes (GOF)

در مدل این تحقیق مقدار GoF برابر ۰/۶۸ حاصل شد. بنابراین با توجه به بیشتر بودن مقدار GoF از ۰/۶۶ برآزش بسیار مناسب مدل کلی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

افراد جانباز و معلول می‌توانند با شرکت در فعالیت‌های ورزشی از مزایای جسمانی و روانی این فعالیت‌ها سود برند و کیفیت زندگی خود را افزایش دهند. به عبارتی ورزشکاران جانباز و معلول به دلیل داشتن اوقات فراغت بسیار و انگیزه بالا جهت اثبات توانایی‌های خود به ورزش روی می‌آورند و سال‌های متمادی به ورزش مورد علاقه خود می‌پردازند. در این فرآیند حمایت خانواده و تشویق آنان بسیار سازنده و مؤثر است (آقاجانی و همکاران، ۲۰۱۳: ۲۴۳). توجه به حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی به عنوان عوامل مؤثر در ارتقاء وضعیت روحی و روان‌شناختی این گروه از ورزشکاران از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است. از این‌رو با توجه به اهمیت متغیرهای روان‌شناختی به خصوص برای جانبازان و معلولین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر بهزیستی فضیلت‌گرای ورزشکاران جانباز و معلول مسابقات والیبال قهرمانی کشور با نقش میانجی کیفیت زندگی انجام گرفت. با توجه به نتایج حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و معنادار دارد. تمامی انسان‌ها در تکاپوی یک زندگی آرام هستند و داشتن یک زندگی مطلوب جزء آرمان‌های هر بشری است. جانبازان و معلولین نیز از آن دسته از اقشاری هستند که علاوه بر نیاز به حمایت اجتماعی، خواهان یک زندگی مطلوب هستند. بنابراین، توجه به حمایت اجتماعی به عنوان یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی جانبازان از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است و می‌توان با ایجاد سیستم حمایت‌های اجتماعی کیفیت زندگی جانبازان و معلولین را ارتقاء داد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مقصودی و صالحی نژاد (۲۰۱۸)، آقایاری‌هیر و همکاران (۲۰۱۷)، حجتی و همکاران (۲۰۱۷)، حسینی امین و همکاران (۲۰۱۶)، صابر و نصرت آبادی (۲۰۱۴)، آلسوبای و همکاران (۲۰۱۹) و امال صبحی و همکاران (۲۰۱۷) هم‌راستا است. در این راستا هلقیسون (۲۰۰۳) بر این باور است که حمایت اجتماعی باعث کیفیت زندگی می‌شود. وی درباره این‌که حمایت اجتماعی چگونه کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد توضیح می‌دهد که حمایت اجتماعی علاوه بر این‌که باعث بهبود خلق می‌شود، باعث تشویق افراد به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود (چراغی و همکاران، ۲۰۱۲: ۲۷). بنابراین تدوین یک برنامه جامع همراه با توسعه و افزایش حمایت اجتماعی برای ارتقاء کیفیت زندگی جانبازان و معلولین پیشنهاد می‌گردد. همچنین توصیه می‌شود این گروه‌ها و اطرافیان آنها (به‌ویژه اعضای خانواده آنان) از نقش حمایت اجتماعی و تأثیرات آن بر کیفیت زندگی آگاه‌تر شوند. لذا بایستی اقدامات حمایتی به شکلی جهت‌دهی شود که اثرگذاری آن بر کیفیت زندگی افراد جانباز و معلول مشهود باشد. از طرف دیگر بر

منابع حمایتی که در قالب اقدامات سازمان‌های بهزیستی و امور جانبازان و ایثارگران و نهادهای ورزشی ارائه می‌شود با دیدی عمیق‌تر نگریسته شود؛ زیرا این مطالعه و سایر مطالعات نشان داد که حمایت اجتماعی در ارتقا کیفیت زندگی ورزشکاران جانباز و معلول مؤثر است.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر تأثیر مستقیم و معنادار کیفیت زندگی بر بهزیستی فضیلت‌گرا تأیید گردید که با نتایج پژوهش بکائیان و همکاران (۲۰۱۴) و ایوبی و همکاران (۲۰۱۰) همسو بود و با نتایج پژوهش حسینی‌نیا و حاتمی (۲۰۱۹) ناهمسو است. از آنجا که یکی از بعدهای کیفیت زندگی را بعد روان‌شناختی دانسته‌اند پس این که کیفیت زندگی با بهزیستی ارتباط دارد کاملاً قابل توجیه است. همچنین بهزیستی انعکاس‌دهنده کیفیت زندگی افراد نیز هست. از طرف دیگر کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب ناسازگاری در افراد و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان شود. افزایش تنش خود می‌تواند بهزیستی و به دنبال آن کیفیت زندگی را کاهش دهد. از این‌رو لزوم توجه بیشتر به مؤلفه کیفیت زندگی برای ارتقا بهزیستی احساس می‌گردد.

یافته‌های پژوهش مبتنی بر اثر مستقیم و معنادار متغیر حمایت اجتماعی بر بهزیستی فضیلت‌گرا است. نتایج یافته‌های ما در راستای تأیید نتایج مطالعاتی است که در این زمینه صورت گرفته است. از جمله این مطالعات می‌توان به پژوهش معتمدی و همکاران (۲۰۱۸)، مرادی و همکاران (۲۰۱۴) و واکولایکوا و سوکاپ (۲۰۱۹) اشاره نمود. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد جانبازان و معلولین به لحاظ شرایط خاص‌شان بیشترین نیاز را به حمایت اجتماعی دارند و کنار آمدن با این شرایط برای بیشتر آنها دشوار است. از این‌رو حمایت اجتماعی برای ادامه زندگی جانبازان و معلولین به ویژه در مقوله بهزیستی فضیلت‌گرا ضروری است و از طریق حمایت اجتماعی است که جانبازان می‌توانند فشارهای روانی خود را تحمل کرده و از این طریق روی کمک دیگران حساب باز کنند. بنابراین حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل مهم می‌تواند به بهزیستی جانبازان و معلولین کمک کند. همچنین حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته شده است و تحمل مشکلات را مخصوصاً برای این گروه از جامعه تسهیل می‌کند. در واقع دریافت حمایت اجتماعی به عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرتمند بیرونی محسوب می‌شود که نقشی مؤثر بر بهزیستی فضیلت‌گرای جانبازان و معلولین دارد و موجب افزایش سازگاری آنان می‌شود.

نتایج همچنین بیانگر تأثیر غیرمستقیم و معنادار حمایت اجتماعی از طریق کیفیت زندگی بر بهزیستی فضیلت‌گرای ورزشکاران جانباز و معلول شرکت‌کننده در مسابقات قهرمانی کشور است. این نتیجه ممکن است به این دلیل باشد که معمولاً افرادی که دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند، نسبت به

مسائل روان‌شناختی خود حساس هستند و از موقعیت‌های تنش‌زا دوری می‌کنند و از طریق ورزش تلاش می‌نمایند که موجبات زندگی بهتر را برای خود فراهم آورند.

از این‌رو با توجه به اهمیت این دو متغیر (حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی) در بهزیستی فضیلت‌گرا، می‌توان توجه ویژه‌ای به آن برای ارتقاء وضعیت روان‌شناختی این قشر از جامعه نمود. با توجه به موارد مذکور و با استفاده از یافته‌های پژوهش می‌توان برنامه‌ریزی مناسب با ویژگی‌های خاص جانبازان و معلولین داشت تا با برطرف نمودن چالش‌های موجود، در کنار نیازهای مادی این قشر از جامعه نیازهای روانی آنها نیز به بهترین شکل ممکن برآورده گردد. زیرا در صورتی که بتوان حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی را در این گروه‌ها بالا برد می‌توان بهزیستی فضیلت‌گرای آنها را ارتقاء داد. لذا یافته‌های این پژوهش را می‌توان در تدوین برنامه‌هایی جهت افزایش حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی جانبازان و معلولین به کار برد تا با ناملایمات زندگی با توان بیشتری کنار بیایند. در این راستا می‌توان دوره‌های آموزشی برای افزایش حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی برای آنها برگزار نمود. همچنین با توجه به وضعیت جسمانی افراد جانباز و معلول و تأثیر این وضعیت بر روحیه این افراد، مسئولین باید به دنبال راهکارهایی برای ارتقاء وضعیت روان‌شناختی افراد جانباز و معلول برآیند. علاوه بر آن با توجه به تأثیری که حمایت اجتماعی به واسطه کیفیت زندگی بر بهزیستی فضیلت‌گرا دارد، به مدیران و مسئولان ورزشی و امور جانبازان و ایثارگران و معلولین توصیه می‌گردد که زمینه‌ای برای هر چه بیشتر شدن توجه به کیفیت زندگی در بین ورزشکاران جانباز و معلول فراهم کنند تا همراه با حمایت‌های کسب شده از سمت خانواده به وضعیت روحی و روان‌شناختی مطلوب دست یابند و زمینه شرکت این افراد را در فعالیت‌های ورزشی (همگانی و قهرمانی) محیا شود و برای این عزیزان سرمایه‌گذاری کنند و این افراد را به سوی فعالیت بدنی تشویق و ترغیب نمایند.

یافته‌های پژوهش حاضر از نظر کاربردی می‌تواند مورد توجه مربیان، روان‌شناسان، مسئولان سازمان‌های بهزیستی و امور جانبازان و ایثارگران و مسئولان امر فعالیت بدنی و ورزش افراد جانباز و معلول قرار گیرد. لازم است شورایی مرکب از مدیران و مسئولان سازمان‌های فوق، برنامه‌ریزی و مدیریت پژوهش‌های مرتبط در این زمینه را به صورت بانک اطلاعاتی فراهم کنند تا محققان و پژوهشگران به آسانی به آنها دسترسی داشته باشند و بهره‌برند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران و محققان این حوزه در تشکلی از قبیل انجمن و ... گرد هم آیند و به طور ادواری در مورد یافته‌ها، پژوهش‌ها و نیز نیازهای این قشر از جامعه تبادل نظر نمایند و با استفاده از نظر دیگر خبرگان، سیاست‌ها، راهبردها و برنامه‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت در حوزه جانبازان و معلولان ورزشکار تدوین نمایند. به منظور ارتقاء سلامت روان‌شناختی جامعه مورد مطالعه پیشنهاد می‌گردد سازمان‌ها و مؤسسات درمانی از طرح‌های آموزشی روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی استفاده نمایند تا از این طریق

بتوانند در وضعیت بهزیستی جانبازان و معلولان تأثیر بگذارند. به مسئولان و نهادهای اجتماعی-درمانی نیز پیشنهاد می‌گردد در امر آموزش این قشر از جامعه و خانواده‌هایشان، به منظور پیشگیری از ایجاد و گسترش آسیب‌های روان‌شناختی، نسبت به طراحی و اجرای دوره‌های مهارت‌های روانی و اجتماعی که نقش اساسی در تعیین اهداف واقع‌بینانه و دستیابی به موفقیت در زندگی آنها دارد، توجه و اقدام نمایند. در کنار همه موارد ذکر شده، لازم است خانواده‌های دارای فرد جانباز و معلول نیز توجه بیشتری نسبت به این افراد به عمل آورند. همین امر افزایش سلامت روانی این قشر را در موقعیت‌های مختلف زندگی در پی خواهد شد. می‌توان حمایت خانواده را در کنار سایر حمایت‌هایی که از سازمان‌های مرتبط دریافت می‌شود به عنوان مهمترین مؤلفه جهت بهبود سلامت روان‌شناختی جانبازان و معلولان ورزشکار در نظر گرفت.

در پایان لازم است در تعبیر و تفسیر نتایج به محدودیت‌های پژوهش نیز اشاره شود. محدودیت اول این‌که داده‌های پژوهش از طریق خودگزارش‌دهی آزمودنی‌ها جمع‌آوری شدند. این شیوه همیشه تحت تأثیر عوامل متعددی چون گرایش پاسخ‌دهندگان به ارائه پاسخ‌های جامعه‌پسند است. محدودیت بعدی این‌که جامعه آماری محدود به مردان ورزشکار جانباز و معلول جسمی-حرکتی بود و بنابراین نتایج قابل تعمیم به زنان ورزشکار جانباز و معلول و سایر جانبازان و معلولین نیست.

منابع

1. Aghajani N, Majidi N, Askari Kachowski J. (2013). Investigating the role of iranian sports media in promoting sport in the society of veterans and disabled. *Journal of communication culture*, 3(10), 227-249. (Persian)
2. Aghayari Hir T, Ghasemzadeh D, Ebrahimi Orang A. (2017). The relationship between social support and quality of life related to the health of the elderly of tabriz city 2016 year. *Journal of aging*, 2(1), 20-28. (Persian)
3. Ahmadi M, Namazizadeh M, Behzadnia B. (2013). The relationship between basic psychological needs and well-being indicators (virtualistic and delightful) in physical-disabled physical activity. *Studies sport psychology*, 6, 95-104. (Persian)
4. Alsubaie MM, Stain HJ, Webster LAD, Wadman R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International journal of adolescence and youth*, 1-13.
5. Amal Sobhy M, Abeer Elsayed B, Samar Atiya ASG. (2017). Relationship between social support and the quality of life among psychiatric patients. *Journal of psychiatry and psychiatric disorders*, 1(2), 57-75.
6. Anbari M. (2010). A survey of quality of life developments in iran (1986 to 2006). *Journal of rural development*, 2, 149-181. (Persian)
7. Ayoubi S, Taymouri S, Nayeri M. (2010). Hardiness, quality of life and sense of well-being. *Transformational psychology: Iranian Psychologists*, 6(24), 353-360. (Persian)

8. Bakaian H, Mazhouri S, Lotfi S, Arab Narmi M. (2014). The relationship between happiness and quality of life with psychological well-being in employees, *Second national conference on research and treatment in clinical psychology, Torbat jam*. Retrieved from <https://civilica.com/doc/434444/>. (Persian)
9. Barbotte E, Guillemin F, Chau N. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 1047-1055.
10. Bastanian Shahgoli M, Panahi A, Abdollahzadeh A. (2018). Evaluation of urban quality of life indicators in tabriz's old and new textures (case study: borderlands and garden alley). *Studies sociology*, 10(39),73-89. (Persian)
11. Behzadnia B, Ahmadi. M, Keshtedar M. (2013). The relationship between perceptions of parental independent support and well-being in male athletic students: an approach to self-autonomy theory. *Research in university sports*, 3, 93-108. (Persian)
12. Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Mogim Beigi A. (2012). The relationship between perceived social support and quality of life in congestive heart failure patients. *Journal of nursing care research center of tehran university of medical sciences (iranian journal of nursing)*, 25(75), 21-31. (Persian)
13. Davari A., Rezazadeh, A. (2014). *Modeling structural equations with pls software organization*. Tehran: academic jihad publications. (Persian)
14. Ebrahimi GS. (1993). *Investigate the validity three concepts of control source, self-esteem and social support*. Tehran: Islamic Azad University of Tehran. (Persian)
15. Ghafari GR, Karimi AR, Nozari H. (2012). The process of studying the quality of life in iran. *Journal of social studies and research*,1(3), 107-134. (Persian)
16. Goudarz M, Foroughan M, Makarem A, Rashedi V. (2015). Relationship between Social Support and Subjective Well-being in Older Adults. *Iranian Journal of Ageing*, 10 (3), 110-119. (Persian)
17. Gulaçti F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being, procedia. *social and behavioral sciences*, 2, 3844-3849.
18. Hojati H, Ebadi A, Zare C, Akhundzadeh G, Alvestani J, Noahi E. (2017) The relationship between social support and quality of life in spouses of veterans with post traumatic stress disorder. *Journal of military care sciences*, 4(2), 87-94. (Persian)
19. Hosseini Amin N, Seyedmirzai M, Idrisi A. (2016). A study of quality of life and its affecting factors (case study: citizens of tehrani). *welfare and social development planning quarterly*, 7(27), 33-74. (Persian)
20. Hosseininia N, Hatami HR. (2019). Predicting quality of life based on psychological well-being and resiliency in retirees. *Knowledge and research in applied psychology*, 20(1), 81-91. (Persian)
21. Hosseinzadeh AA, Sepah Mansour M. (2011).The relationship between social support and self-esteem with students' identity styles. *Social psychology research*, 1(1),74-88. (Persian)
22. Maghsoudi S, Salehinejad Z. (2018). The relationship between social support and quality of life in patients with cancer in kerman. *Social work quarterly*, 7(2), 15-22. (Persian)

23. Mohammadi Gojani Z, Sabagh S. (2016) Social factors related to quality of life of students of islamic azad university, tabriz branch. *Sociological studies*. 8 (31), 87-104. (Persian)
24. Mohsenin, S, Esfidani, M. R. (2014). *Structural equations based on partial least squares approach*. Tehran: N+ashr Mehraban. (Persian)
25. Moradi M, Sheikholeslami R, Ahmadzadeh M, Cheraghi A. (2014). Social support, basic psychological needs, and psychological well-being: A causal model for working women. *Transformational psychology: iranian psychologists*. 10(39): 297-309. (Persian)
26. Motamedi A, Borjali A, Sadeghpour M. (2018). Predicting elderly psychological well-being based on stress management capacity and social support. *Elderly*, 13(1),98-109. (Persian)
27. Nabatian E, Ghamrani A, Zakarian M, Mahdizadeh. I. (2012). The relationship between spiritual health and quality of life of veterans and disabled in birjand. *Journal of veterinary medicine*, 5(18), 35-39. (Persian)
28. Nejat S, Montazeri A, Holakoenaini C, Mohammad K, Majdzadeh R. (2006). World health organization quality of life questionnaire standardization: iranian species translation and psychometric. *Journal of the faculty of health and institute of health research*, 1-12. (Persian)
29. Parsa, I. (2012). *A study of the relationship between coping styles and quality of life of blind female students*. Master Thesis, Islamic Azad University, Tehran Branch. (Persian)
30. Rahiminejad A, Rahiminejad M. (2016). The relationship of identity styles with virtual and pleasant well-being with the mediating role of commitment. *Psychological methods and models*, 7(25),83-100. (Persian)
31. Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.
32. Ryff, C.D. (1989). Happiness is every-thing, or is it? Explorations on the mean-ing of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
33. Saber M, Nosratabadi M. (2014). Social support and health related quality of life in elderly people covered by kerman well-being. *Journal of health and development*, 3(3),189-199. (Persian)
34. Satari B, Omidvar KH, Yaghobi V. (2005). Measurement of attitude of rural families with handicapped member (s) towards handicappeds in fields where Community Based Rehabilitation (CBR) has excuted with those who has not. *Archives of Rehabilitation*, 6(3), 25-32. (Persian)
35. Sepasi, H., Nourbakhsh, P., Aghaei H. (2012). A Comparison of Sport Personality Characteristics and Mental Health Dimensions of Disabled and Non-disabled Male Athletes. *International Journal of Health, Wellness & Society*, 2(3),111-118.
36. Skevington SM, Lotfy M, O'Connel KA. (2004) The world health organization's whoqolbref quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial: a report from the whoqol group. *Quality of life research*, 3,299-310.

37. Tamanaeifar MR, Mansouri Nik A. (2013). Predicting life satisfaction based on personality traits, social support, and spiritual well-being. *Journal of modern psychological research*, 8(29),72-92. (Persian)
38. Vaculíková , Soukup P. (2019). Mediation pattern of proactive coping and social support on well-being and depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(1): 39-54.
39. Waterman AS, Schwartz SJ, Zamboanga BL, Ravert RD, Wil-liams, MK, Bede Agocha V. (2010). The questionnaire for eudaimonic well-Being: psychometric properties, demo-graphic comparisons, and evidence of va-lidity. *The journal of positive psychology*, 5, 41-61.
40. WHO Quality of Life Group. (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Adminstration and scoring, Field Trial version, World Health Organization*. Geneva, Switzerland: Author.

ارجاع‌دهی

ابطحی‌نیا، عاطفه؛ راستگو، سمانه. (۱۳۹۹). تأثیر بهزیستی فضیلت‌گرا بر کیفیت زندگی والیبالیست‌های تیم‌های جانبازان و معلولین با نقش میانجی حمایت اجتماعی. پژوهش در ورزش تربیتی، ۸(۲۰): ۹۳-۱۱۴. شناسه دیجیتال: 10.22089/res.2020.8100.1765

Abtahinia, A; Rastgoo, S. (2020). The Impact of Eudaimonic Well-Being on the Quality of Life of Volleyball Players in Veterans and Disabled Teams with the Mediating Role of Social Support. *Research on Educational Sport*, 8(20): 93-114. (Persian). DOI: 10.22089/res.2020.8100.1765

The Impact of Eudaimonic Well-Being on the Quality of Life of Volleyball Players in Veterans and Disabled Teams with the Mediating Role of Social Support

A. Abtahinia¹, S. Rastgoo²

1. Faculty Member of Department of Physical Education, Velayat University, Iranshahr (Corresponding Author)
2. PhD student in sport management at Shahrood University of Technology

Received: 2019/11/12

Accepted: 2020/04/09

Abstract

Aims: The purpose of this study was to investigate the effect of social support and quality of life on the eudaimonic well-being of Veterans and Disabled athletes participating in volleyball championships in Iran.

Methods: The research was descriptive and its design was correlational. The statistical population of the study consisted of all veteran and disabled athletes who participated in the national championship in 2019 and 99 were selected through available sampling. Research tools included the World Health Organization Quality of Life Questionnaire - Short Form (1996), eudaimonic well-being (Waterman et al., 2010), and social support (Wax et al., 1986). Descriptive statistics and structural equation modeling were used to analyze the data.

Results: The findings of this study showed that social support had a direct and significant effect on quality of life, and quality of life had a direct and significant effect on eudaimonic well-being. Social support also had a direct and significant effect on eudaimonic well-being. The results indicated a significant and indirect effect of social support on eudaimonic well-being through quality of life.

Conclusion: The findings indicated the importance of the role quality of life as a mediator in promoting the eudaimonic well-being of veteran and disabled athletes, thus enhancing quality of life and social support can enhance the eudaimonic well-being of athletes. Hence, the welfare and veterans' organizations, the veterans and sports organizations as caretakers of support for disabled and veteran athletes can play a role in improving social interactions and ultimately the eudaimonic well-being of these people.

Keywords: Eudaimonic Well-Being, Social Support, Quality of Life, Veteran, Disabled

1. Email: a.abtahinia@velayat.ac.ir

2. Email: rastgoo.samaneh@yahoo.com