

رابطه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی در دانشجویان: نقش

تعدیلی خوددلسوزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۱۶

سمیه غنچه*^۱، رضا گل‌پور^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت، مورد توجه قرار گرفته است. ارتقاء سلامت اجتماعی در برگیرنده‌ی زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است؛ لذا هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی با نقش تعدیلی خوددلسوزی در دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب بود.

روش: طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که بر اساس جدول مورگان ۳۶۴ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با خوشه‌بندی دانشگاه بر اساس رشته و سپس انتخاب رشته به صورت تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو (۲۰۰۴)، مقیاس خوددلسوزی نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه حمایت اجتماعی زیمت و همکاران (۱۹۹۸) مورد نظر به صورت آنلاین پاسخ دادند.

یافته‌ها: تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد، مؤلفه‌ی تاب‌آوری ۳۴ درصد و حمایت اجتماعی ۲۷ درصد از واریانس سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین تاب‌آوری و حمایت اجتماعی به صورت غیرمستقیم و با نقش تعدیلی خوددلسوزی به ترتیب ۲۴ و ۴ درصد از واریانس سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند. خوددلسوزی نیز به میزان ۳۹ درصد در تبیین سلامت اجتماعی به صورت مثبت تأثیر دارد.

نتیجه‌گیری: سلامت اجتماعی را می‌توان از طریق عواملی مانند تاب‌آوری و حمایت اجتماعی افزایش داد و در این بین هر قدر میزان خوددلسوزی افراد بیشتر باشد، این امر می‌تواند، مناسبتر انجام پذیرد.

کلمات کلیدی: تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، سلامت اجتماعی، خوددلسوزی

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: Rezagolpour@pnu.ac.ir

^۳این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور می باشد.



The Relationship between Resilience and Social Support with Social Health in Students: The Moderating role of Self-compassion

Somayeh Ghonche^{1*}

Reza Golpour²

Original Article

Abstract

Introduction: The concept of social health is a concept that has been considered along with the physical and mental dimensions of health. Promoting social health includes areas of social action to develop the level of health. Therefore, the aim of this study was to investigate the relationship between resilience and social support with social health with the moderating role of self-compassion in students of Payame Noor University, South Tehran Branch.

Method: The design of the present study was descriptive and correlational. The statistical population of the study was all students of Payame Noor University, South Tehran Branch in the academic year 2016-2017. And responded online to the Keys and Shapiro (2004) Social Health Questionnaire, the Neff Self-Compassion Scale (2003), the Connor & Davidson (2003) Resilience Questionnaire, and the Zimet et al.'s Social Support Questionnaire (1988).

Results: multiple regression analysis showed that the resilience component predicts 34% and social support 27% of the variance of social health. Also, resilience and social support indirectly and with their modulating role, compassion predicts 24% and 4% of the variance of social health, respectively. Self-compassion also has a 39% positive effect on explaining social health.

Conclusion: Social health can be enhanced through factors such as resilience and social support, and in the meantime, the more self-compassion people have, the more desirable it can be.

Keywords: resilience, social support, social health, self-compassion

1 M.A., Department of psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Rezagolpour@pnu.ac.ir

مقدمه

سلامت^۱ در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی به یک هدف جهانی مبدل گشته و تحقق آن منوط به تأمین سطح مناسبی از کیفیت زندگی شده است (بلانکو و دیاز^۲، ۲۰۱۷). فقدان یا نقصان سلامت اعضای یک جامعه، از دیدگاه اجتماعی سبب ناتوانی افراد در ایفای نقش‌های اجتماعی، اختلال در نظم اجتماعی و ناتوانی جامعه در دستیابی به سطح معینی می‌شود (شربتیان، ۱۳۹۷). سلامت اجتماعی از اساسی‌ترین معیارهای رفاه اجتماعی هر جامعه‌ای است و در ارتقای کیفیت زندگی هر جامعه‌ای مؤثر است و به نوعی بهزیستن و خوب نگرستن به زندگی و معیشت جمعی را برای فرد فراهم می‌کند (قربانی، جهانی‌زاده، میربد و امید، ۱۳۹۹). مفهوم سلامت اجتماعی^۳، به عنوان توانایی فرد در برقراری روابط معنادار با افراد دیگر و تعامل به روش‌های سالم و مثبت تعریف می‌شود (اسلام^۴، ۲۰۱۹). نحوه برقراری ارتباط با افراد پیرامون خود، تطبیق با موقعیت‌های مختلف اجتماعی و احساس تعلق خاطر، همه به سلامت اجتماعی فرد کمک می‌کند. همچنین سلامت اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت نقش مهمی در حصول اطمینان از پویایی و کارآیی هر جامعه ایفا می‌کند و یکی از معیارهای ارزیابی سلامت در جوامع مختلف به حساب می‌آید (ووگت و داروس^۵، ۲۰۱۷). این ویژگی اجتماعی در واقع مستلزم مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با افراد دیگر، ایجاد روابط مثبت با سایر افراد جامعه و داشتن روابط سالم است (بوس، بلومل، نیپس و بارنیگوسن^۶، ۲۰۱۷). با این حال عوامل مختلفی وجود دارد که با سلامت اجتماعی افراد مرتبط بوده و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند.

از جمله عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی دانشجویان می‌توان به تاب‌آوری^۷ اشاره کرد. راتر (۱۹۸۷)؛ به نقل از سپهوند و بیات، ۱۴۰۰) تاب‌آوری را مکانیزمی حمایت‌کننده تعریف کرده است که پاسخ فرد به موقعیت پرمخاطره را تعدیل می‌کند. در واقع تاب‌آوری، ویژگی شخصیتی است که شامل منابع درونی یا صفات توسعه یافته توسط یک فرد برای زنده ماندن در شرایط دشوار زندگی است و نشان می‌دهد فرد چه میزان می‌تواند با تغییر شرایط مقابله کند و در برخورد با مسائل راه‌کارهای خلاقانه و جدید ارائه دهد (پنا، جونز، اورانجی، سیمیئو و مارکوئیز^۸، ۲۰۱۸). مطالعات تحلیل عاملی چندی برای بررسی رابطه بین تاب‌آوری و پیامدهای سلامت

1. health
2. Blanco & Diaz
3. Social health
4. Islam
5. Vugt & Dröes
6. Busse, Blümel, Knieps & Bärnighausen
7. Resilience
8. Ratter

روان (آویلا، لوچتی و لوچتی، ۲۰۱۷) و شناسایی عوامل تعدیل‌کننده (هو، ژانگ و وانگ، ۲۰۱۵) انجام شده و مشخص شده است که تاب‌آوری روان‌شناختی قویاً با سطوح آشفتگی روان‌شناختی (ریس، برین، کوساک و هگنی، ۲۰۱۵) مرتبط است.

هو، زایئو، پنگ، کانگ و هی^۴ (۲۰۱۹) نیز به این نتیجه رسیدند که بین تاب‌آوری و سلامت اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان کبد رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به عبارتی می‌توان گفت، تاب‌آوری یکی از مهارت‌های تفکر است که به توانایی‌های فردی برای انطباق با محیط جدید، بکارگیری و تغییر استراتژی‌ها، چالش‌ها و راهکارها اشاره دارد (کویک، بوی، رین و کام فانگ سو، ۲۰۱۳).

از دیگر عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی افراد، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده آن‌ها است. حمایت اجتماعی^۷ را می‌توان به‌عنوان مجموعه‌ی گسترده‌ای از عوامل حمایتی (برای مثال، احساس تعلق داشتن، مورد عشق و علاقه قرار گرفتن) که به روابط اجتماعی با دیگران منجر می‌شود، تعریف نمود (وانگ، من، لیولد-ایوانس، ما و جانسون، ۲۰۱۸). به عبارتی دیگر، حمایت اجتماعی، اشاره به سیستم حمایتی دارد که فرد کمک‌های عاطفی، مالی، اجتماعی و شناختی را از محیط اطراف خود دریافت می‌کند (کوماگیز و ساهین، ۲۰۱۷). حمایت اجتماعی به کاهش فشار روان‌شناختی در دوره‌های بحران کمک می‌کند و سلامت روان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پاک نهاد و مداحی، ۱۳۹۶). مطالعات نشان داده هرچه میزان حمایت اجتماعی بیشتر باشد افراد از لحاظ سلامت روان وضعیت بهتری دارند (ابراهیمی پریگو، عابدی و عریضی؛ ۱۳۹۲ و علیپور، صحرائیان، علی اکبری و حاجی آقابابایی، ۱۳۹۰؛ و حبیب‌اللهی، بنی جمالی، سوداگر و صبحی قراملکی، ۱۳۹۷). گیلیمور، ماچین، برونلو و جفرایس^{۱۰} (۲۰۲۰) نیز در پژوهشی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد پرداختند؛ نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد وجود دارد. افراد بهره‌مند از حمایت اجتماعی در مقایسه با افراد بی‌بهره، از نظر سلامتی در شرایط مناسب‌تری قرار می‌گیرند و با بالا رفتن آن، میزان سلامت روانی نیز افزایش و ابتلا به نشانه‌ها و اختلالات بالینی جدی، کاهش می‌یابد (میشرا، ۲۰۲۰؛ به نقل از امیدیان، اسماعیل‌پور اشکفتکی، ۱۳۹۹). در تحقیق جمالی، نوروزی و طهماسبی (۱۳۹۳) دانشجویان برخوردار از حمایت اجتماعی بالا، در نشان

1. Ávila, Lucchetti & Lucchetti
2. Hu, Zhang & Wang
3. Rees, Breen, Cusack & Hegney
4. Hu, Xiao, Peng, Kuang & He
5. Kwek, Bui, Rynne & Kam Fung So
6. Perceived Social Support
7. social support
8. Wang, Mann, Lloyd-Evans, Ma & Johnson
۶. Kumcagiz & Sahin
10. Gilmour, Machin, Brownlow & Jeffries

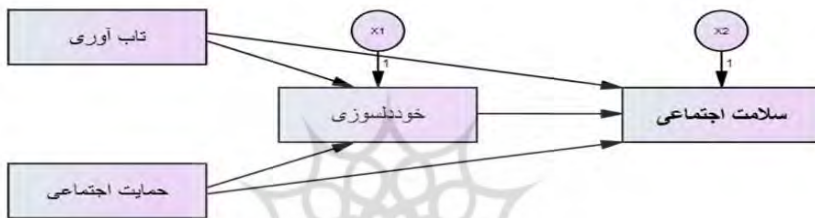
دادن شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی موفق‌ترند و در نهایت از سلامت روان بهتری سود می‌برند. در نتیجه سلامت روانی دانشجویان با افزایش ادراک آنان از میزان حمایت اجتماعی، وضعیت مطلوب‌تری پیدا می‌کند و با کاهش منابع حمایتی، سلامت روان آنها به خطر می‌افتد (اباذری، لکزایی، جهانی، منصوری و صوری؛ ۱۳۹۴).

متغیر دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، خوددلسوزی بود. خوددلسوزی، شامل در ارتباط بودن با درد و رنج خود به جای اجتناب و یا قطع ارتباط با آن، ایجاد تمایل به رفع آن رنج و مهربانی کردن با خود است و قضاوت‌های غیرواقعی نسبت به درد، بی‌کفایتی و شکست‌ها را شامل می‌گردد (پایرس، لاکردا و بالاردین، ۲۰۱۸). خوددلسوزی، توجه به خود با همان مهربانی، نگرانی و حمایتی که نسبت به یک دوست خوب نشان می‌دهیم، است. هنگام مواجهه با کشمکش‌های زندگی و یا مقابله با اشتباهات و نقص‌ها، خوددلسوزی به جای قضاوت نابجا با مهربانی به این عوامل پاسخ می‌دهد، به رسمیت شناختن این ناتکاملی بخشی از تجربه مشترک انسانی است (نف و گرمر، ۲۰۱۷). بنابراین خوددلسوزی شامل احساس تجربه رنج همراه با تمایل عمیق برای از بین بردن آن رنج می‌باشد (گوئرتز، کلتنر و سیمون تورناس، ۲۰۱۰). نف (۲۰۰۳) خوددلسوزی را به سه عامل خودمهربانی، اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی تفکیک کرده است. اصل خودمهربانی^۴، اشاره به تمایل به حمایت و دلسوزی نسبت به خودمان به هنگام نقص‌های شخصی به جای قضاوت کردن خود دارد؛ اشتراکات انسانی^۵، بدین معناست که رنج‌های شخصی خود را به عنوان تجارب مشترک انسانی در نظر بگیریم و تشخیص دهیم که عوامل خارجی همچون پیشینه‌ی والدین ممکن است بر رفتارهای ما تأثیرگذار باشد. همچنین با پذیرش اینکه رنج‌ها و دشواری‌ها تنها به من محدود نیستند و نمی‌توانند بر تمام شرایط زندگی کنترل داشته باشند، افراد شکست‌ها و نقص‌های خود را راحت‌تر پذیرفته و آن‌ها را منحصر به خود نمی‌دانند؛ و ذهن‌آگاهی^۶، به معنای آگاه بودن از تجارب زمان حال به صورت واضح و متعادل است (لوپز، ساندرمن و شروورز، ۲۰۱۶).

به طور کلی، خوددلسوزی سبب می‌شود افراد هر یک از سیستم‌های منفی را به خوبی مدیریت کرده و مهارت‌های خود را برای مقابله با مسائل و سازگاری بیشتر توسعه بخشد. خوددلسوزی با کاهش افکار منفی و تقویت افکار مثبت نقش مهمی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی دارد. موریس، اوتگارد و میسترز^۸ (۲۰۱۹) در این زمینه بیان داشتند که رابطه مثبت و

1. Pires, Lacerda & Balardin
2. Neff & Germer
3. Goetz, Keltner & Simon-Thomas
4. Self-sacrifice
5. human Subscriptions
6. mindfulness
7. Lopez, Sanderman & Schroevers
8. Muris, Otgaar & Meesters

معناداری بین خوددلسوزی و سلامت اجتماعی نوجوانان وجود دارد. نتایج تحقیق سایروس^۱ (۲۰۱۹) نیز بیانگر رابطه معنادار بین خوددلسوزی و سلامت اجتماعی افراد بود. در این زمینه، رابطه بین تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی با سلامت اجتماعی در پژوهش‌های رایت^۲ (۲۰۱۶)، مک‌کری، پالمر و چیمیل^۳ (۲۰۱۶) تأیید شده است. با توجه به مطالب گفته شده با اینکه ارتباط سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در پژوهش‌های دیگری مورد بررسی قرار گرفته است اما روابط مطرح شده از طریق متغیر میانجی از اهداف اصلی این پژوهش بود تا مشخص شود بین تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی با نقش تعدیلی خوددلسوزی رابطه معنا دار وجود دارد. در واقع بر اساس خلأ موجود در پژوهش‌ها، پژوهش حاضر در پی تعیین رابطه سلامت اجتماعی بر مبنای تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با نقش تعدیلی خوددلسوزی است. مدل این پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.



روش

مطالعه حاضر بر مبنای طرح همبستگی است و از مطالعه پیش‌بینی استفاده شد. از بین دانشجویان مشغول به تحصیل دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به تعداد ۶۸۵۰ نفر، بر اساس جدول مورگان تعداد ۳۶۴ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بود از: (۱) دانشجویی در حال تحصیل باشند، (۲) مایل به شرکت در پژوهش باشند؛ و (۳) هیچگونه بیماری یا معلولیت شناخته‌شده و ناتوان‌کننده‌ای در سابقه آنها گزارش نشده باشد. معیارهای خروج هم این بود که پرسشنامه‌های تکمیل‌شده ناقص باشد یا معیارهای ورود ذکر شده در مورد آنها صدق نکند. برای رعایت اصول اخلاقی در این مطالعه، ضمن بیان هدف کلی پژوهش و آزادی مشارکت در آن، به آزمودنی‌ها از لحاظ محرمانه ماندن اطلاعات نیز اطمینان داده شد تا حداقل اصول اخلاقی اجرای پژوهش نیز در نظر گرفته شود. نتایج این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-23 جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات و جهت آزمون مدل از نرم افزار AMOS-21 استفاده گردید. به طوری که در بخش توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار یافته‌ها نمایش

1. Sirois
2. Wright
3. McCray, Palmer & Chmiel

داده شد و در سطح استنباطی، ابتدا جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهشی از آزمون کلموگرف-اسمیرنوف و آماره مردیا بر اساس فاصله ماهالانابیس استفاده گردید، سپس فرضیه‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل مسیر و با استفاده از نرم‌افزار AMOS-21 مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

(الف) مقیاس سلامت اجتماعی: این پرسشنامه توسط کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) بر اساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی طراحی شده است که معمولاً به عنوان مقیاسی عمومی در روان‌شناسی سلامت اجتماعی جهت تعیین میزان بهزیستی اجتماعی به کار می‌رود. فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است و ۵ زیر مقیاس (شکوفایی اجتماعی، همستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) را سنجش می‌کند (ریموند و کار، ۲۰۰۴). به نقل از صمدی و دلیر، (۱۳۹۹) پرسشنامه سلامت اجتماعی به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از خیلی کم: ۱ و خیلی زیاد: ۵) پاسخ داده می‌شود. سؤالات (۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات از ۲۰ تا ۱۰۰ است. فرزی، زردشتیان و عیدی پور (۱۳۹۴): به نقل از علی اکبری دهکردی و دهخدايي، (۱۳۹۹) در پژوهشی همسانی درونی مؤلفه‌های پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ را در مقیاس شکوفایی برابر ۰/۸۰، انسجام برابر با ۰/۷۹، یکپارچگی برابر با ۰/۷۵، پذیرش برابر با ۰/۷۸ و مشارکت برابر ۰/۷۲ گزارش دادند. شربتیان (۱۳۹۷) در بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سلامت اجتماعی، بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، میزان آلفای کرونباخ در متغیر سلامت اجتماعی را برابر ۰/۹۰ به دست آورد. جوشن لو، نصرت آبادی و رستمی (۱۳۸۵): به نقل از قربانی، جهانی‌زاده، میربد و امیدی، (۱۳۹۹) مطالعه‌ای با عنوان بررسی ساختار عاملی مقیاس سلامت جامع، روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت جامع کیز را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استاندارد نمود و نشان داد که مدل پنج عاملی بهترین برازش از تبیین داده‌های حاضر است. رستمی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پژوهش را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش نموده بودند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

(ب) مقیاس خوددلسوزی: این پرسشنامه توسط نف (۲۰۰۳) تنظیم گردیده است و دارای ۲۶ سؤال می‌باشد که به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از تقریباً هرگز: ۱ تا تقریباً همیشه: ۵) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس سه مؤلفه دو قطبی را در قالب ۶ خرده مقیاس: خودمهربانی در مقابل خودقضوتی (معکوس)، حس اشتراکات انسانی در مقابل انزوا (معکوس) و (توجه‌آگاهی) ذهن‌آگاهی در مقابل بیش‌هماندسازی (معکوس) اندازه‌گیری می‌نماید. سؤالات (۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این

مقیاس بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. نف(۲۰۰۳) ضرایب پایایی شش خرده مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرده است و ضریب پایایی کل آزمون از طریق بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش میکائیلی، آقاجانی، فایزی، رحمتی و سوری (۱۳۹۸) برای بررسی پایایی این ابزار ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه است و برای روایی این ابزار یک سؤال که معرف کل سؤالات است با نمره کل آزمون استفاده گردید، که مقدار آن ۰/۶۹ به دست آمد. در پژوهشی دیگر تحت عنوان ویژگی‌های مقیاس خوددلسوزی در بین دانشجویان، ضرایب پایایی شش خرده مقیاس را ۰/۸۹ گزارش شد و تحلیل عاملی این ابزار با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس در مجموع ۷۵/۱۱ درصد واریانس کل مقیاس را تبیین کرد(کرد، ۱۳۹۵). در مطالعه خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) بر نمونه‌ای به حجم 619 دانشجوی، علاوه بر تأیید ساختار عاملی مقیاس در نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب برای مهربانی با خود(۰/۸۱)، قضاوت در مورد خود (۰/۷۹)، احساس مشترکات انسانی (۰/۸۴)، انزوا (۰/۸۵)، ذهن‌آگاهی (۰/۸۰)، فزون‌هماندسازی (۰/۸۳) و نمره کل خوددلسوزی (۰/۷۶) به دست آمد. در بررسی پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

ج) پرسشنامه تاب‌آوری: پرسشنامه حاضر توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی گردید. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت بین صفر (هرگز) و ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره کلی آن بین ۰ تا ۱۰۰ است و هرچه نمره فرد بیشتر باشد، بیانگر تاب‌آوری بیشتر است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. دارای ۵ عامل است. ماده‌های زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۱۰؛ زیر مقیاس اعتماد به عزایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷، ۶؛ زیر مقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸، ۵، ۴، ۲، ۱؛ زیر مقیاس کنترل ۲۲، ۲۱، ۱۳ و زیر مقیاس تأثیرات معنوی: ۹، ۳ است. پرسشنامه تاب‌آوری اگرچه سطوح مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، ولی یک نمره کل دارد. این پرسشنامه با ثبات درونی ۰/۸۹ روایی قابل قبولی را نشان داده است. نقطه برش آزمون ۷۵ است. در پژوهشی که توسط سامانی جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش نمودند و روایی (به روش تحلیل عاملی و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران ۲۰۰۶). نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید نموده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). علی‌پور (۱۳۹۴) با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب همسانی آن را ۰/۸۹ به دست آورد. در پژوهش محمدی (۱۳۸۴) پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

د) پرسشنامه حمایت اجتماعی: این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران^۱ (۱۹۸۸) تهیه شد. این ابزار ۱۲ گویه را شامل است که هر گویه در مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۵ برای کاملاً موافقم^۲ قرار دارد. این مقیاس در ایران توسط اسدی مجره (۱۳۹۰؛ به نقل از محمودپور، دهقانپور، ایجاد و یوسفی، ۱۳۹۹) ترجمه شده است. تمامی گویه‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و پرسشنامه یک نمره کل کسب می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ است. نمره کل مقیاس از جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید. کسب نمره بالا نشان‌دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی است. در پژوهش زیمت و همکاران (۱۹۸۸) پایایی مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به روش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های، دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ گزارش شده است. مؤلفان این ابزار و محققان بسیاری (از جمله ادواردز^۲، ۲۰۰۴) از پایایی و روایی این ابزار حمایت کرده‌اند. همچنین در پژوهش سلیمی، جوکار و نیک پور (۱۳۸۸) به منظور تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای سه بُعد ادراک حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است. افشاری (۱۳۸۶؛ به نقل از زمانی زارچی، صیادی و صفروپور، ۱۳۹۹) رابطه مثبت و معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن با رضایت از زندگی به دست آورد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد همگرا و واگرایی این مقیاس است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد گروه بررسی شده از نظر سنی ۲۳/۴ افراد بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۴۱/۵ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۶/۹ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۶/۶ درصد افراد ۵۰ سال و بیشتر بود. لازم به ذکر است ۱/۶ درصد افراد به این سؤال پاسخ ندادند. از نظر سطح تحصیلات نیز ۳/۸ درصد افراد دیپلم، ۲/۵ درصد افراد فوق دیپلم، ۴۲/۶ درصد لیسانس، ۴۹/۵ درصد فوق لیسانس و ۱/۴ درصد دکتری بودند. ۰/۳ درصد افراد نیز به این سؤال پاسخ ندادند. از نظر وضعیت تأهل هم، ۳۲/۱ درصد افراد مجرد و ۶۶/۵ درصد متأهل بودند. ۱/۴ درصد افراد نیز به این سؤال پاسخ ندادند. در ادامه و در جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی نمرات متغیرهای مورد پژوهش

منبع متغیر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت اجتماعی	۳۶۴	۴۴	۸۹	۶۷/۷۹	۸/۸۳

1. Questionnaire of social support of Zimet et al
2. Edwards

خوددلسوزی	۳۶۴	۴۲	۱۱۸	۸۰/۷۶	۱۴/۱۹
تاب‌آوری	۳۶۴	۶۰	۱۲۱	۹۴/۸۲	۱۲/۹۴
حمایت اجتماعی	۳۶۴	۱۳	۶۰	۳۹/۸۴	۹/۸۹

با توجه جدول ۱، میانگین و انحراف معیار برای سلامت اجتماعی برابر با $(۶۷/۷۹ \pm ۸/۸۳)$ ، برای خوددلسوزی $(۱۴/۱۹ \pm ۸۰/۷۶)$ ، برای تاب‌آوری $(۱۲/۹۴ \pm ۹۴/۸۲)$ و برای حمایت اجتماعی $(۳۹/۸۴ \pm ۹/۸۹)$ محاسبه شده است. در ادامه به بررسی هدف پژوهش از طریق آزمون‌های استنباطی پرداخته می‌شود. در ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون اشاره می‌شود.

جدول ۲. نرمالیتی چندمتغیری بر اساس فاصله میهالانویس و توزیع مردیا

منبع متغیر	کمترین	بیشترین	چولگی	حد کشیدگی	حد بحرانی
حمایت اجتماعی	۱۳	۶۰	-۰/۰۸۹	-۰/۶۹۰	-۰/۷۹۲
تاب‌آوری	۶۰	۱۲۱	-۰/۶۰۰	-۱/۶۷۶	۰/۱۷۹
خوددلسوزی	۴۲	۱۱۸	-۰/۳۴۴	-۱/۶۷۸	-۰/۸۰۶
سلامت اجتماعی	۴۴	۸۹	-۰/۰۷۷	-۰/۶۰۳	-۰/۷۷۹
آماره مردیا	-	-	-	-	۲/۲۶۶

با توجه به میزان قدرمطلق حد بحرانی آماره مردیا از حد بحرانی $۲/۵۶$ پایین‌تر است، بنابراین توزیع چندمتغیری بر اساس آماره مردیا با اطمینان ۹۵ درصد تأیید می‌شود ($p=۰/۰۵$). همین‌طور آماره مردیا تمام متغیرهای مورد مطالعه کمتر از مقدار $۱/۹۶$ محاسبه شده است. بنابراین توزیع چندمتغیری بر اساس آماره مردیا در گروه آزمایش با اطمینان ۹۹ درصد تأیید می‌شود ($p=۰/۰۱$). همین‌طور نمودار پراکندگی نیز حاکی از نرمال بودن داده‌ها دارد. در جدول (۳) همبستگی پیرسون بین متغیرهای وابسته پژوهش گزارش شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. همبستگی سایر مؤلفه‌ها با یکدیگر نیز در جدول (۳) گزارش شده است.

جدول ۳. آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای وابسته پژوهش

منبع متغیر	خوددلسوزی	تاب‌آوری	حمایت اجتماعی
سلامت اجتماعی	ضریب همبستگی ۰/۵۲۳**	۰/۴۲۹**	۰/۳۷۸**
	سطح معناداری ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	ضریب همبستگی ۰/۳۰۷**	۰/۳۳۰**	-
	سطح معناداری ۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-
تاب‌آوری	ضریب همبستگی ۰/۶۵۹**	-	-
	سطح معناداری ۰/۰۰۱	-	-

کلید متغیرهای پیش‌بین در مدل در نظر گرفته شده یعنی تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و خوددلسوزی در مجموع توانایی پیش‌بینی $۰/۳۳$ ($p < ۰/۰۵$) از واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت

اجتماعی را داشته‌است. همچنین متغیرهای پیش‌بین یعنی تاب‌آوری و حمایت اجتماعی توانایی پیش‌بینی ۰/۴۴ ($p < ۰/۰۱$) از واریانس متغیر میانجی یعنی خوددلسوزی را داشته است که این ضرایب هردو مثبت و مستقیم هستند. در ادامه به بررسی و ایجاد مدل بین متغیرها اشاره می‌شود.

جدول ۴. خلاصه ضرایب کل و غیر مستقیم مدل اصلاح شده تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی با نقش تعدیلی خوددلسوزی در دانشجویان

مسیر	اثر کل	حدود استاندارد	اثر غیر مستقیم	حدود استاندارد
تاب‌آوری بر سلامت اجتماعی	۰/۳۳۳**	بالا پایین استاندارد	۰/۳۳۳**	۰/۳۳۳**
حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی	۰/۳۳۸*	بالا پایین استاندارد	۰/۳۳۸*	۰/۳۳۸*
مستقیم تاب‌آوری بر سلامت اجتماعی	۰/۰۶۷	بالا پایین استاندارد	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷
مستقیم حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی	۰/۰۳۰**	بالا پایین استاندارد	۰/۰۳۰**	۰/۰۳۰**
مستقیم خوددلسوزی بر سلامت اجتماعی	۰/۴۴۳**	بالا پایین استاندارد	۰/۴۴۳**	۰/۴۴۳**

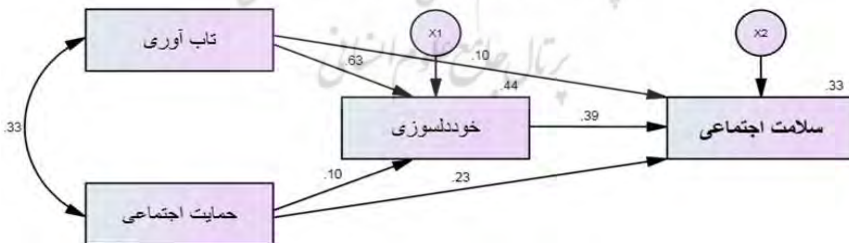
نتایج حاصل از برآورد مدل پژوهش نشان داد تاب‌آوری به صورت کل (یعنی تأثیر مستقیم و غیرمستقیم) و در حالت استاندارد به میزان ۰/۳۴ واحد ($p < ۰/۰۱$) و حمایت اجتماعی ۰/۲۷ واحد ($p < ۰/۰۵$) در تبیین واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت اجتماعی تأثیر مثبت دارد. همچنین نتایج برآورد استاندارد نشان داد تاب‌آوری به صورت غیرمستقیم و در حالت استاندارد به میزان ۰/۲۴ واحد ($p < ۰/۰۱$) و حمایت اجتماعی ۰/۰۴ واحد در تبیین واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت

اجتماعی به صورت مثبت تأثیر دارد. بر این اساس بین تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی با نقش تعدیلی خوددلسوزی در دانشجویان رابطه وجود دارد ($p < 0.05$). تاب‌آوری بر سلامت اجتماعی اثر غیرمستقیم و کل دارد ($p < 0.01$) اما تاب‌آوری بر سلامت اجتماعی اثر مستقیم ندارد و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی اثر غیرمستقیم، اثر مستقیم و اثر کل دارد ($p < 0.05$). در ادامه به بررسی نوع و نحوه رابطه بین متغیرهای وابسته پرداخته می‌شود.

جدول ۵. خلاصه ضرایب مستقیم متغیرهای مورد بررسی

نسبت بحرانی غیر استاندارد	انحراف استاندارد	حدود استاندارد ۹۵ درصد		بتا		مسیر مستقیم
		حد پایین	حد بالا	استاندارد	غیر استاندارد	
۱/۶۹۰	۰/۰۴۰	۰/۱۶۹	۰/۰۰۵	۰/۰۹۸	۰/۰۶۷	تاب‌آوری بر سلامت اجتماعی
۴/۹۳۳	۰/۰۴۱	۰/۲۹۰	۰/۱۵۱	۰/۲۲۶*	۰/۲۰۲**	حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی
۶/۷۶۰	۰/۰۳۶	۰/۴۹۹	۰/۲۹۵	۰/۳۸۹**	۰/۲۴۲**	خوددلسوزی بر سلامت اجتماعی

نتایج حاصل از برآورد مدل پژوهش نشان می‌دهد که تاب‌آوری در تبیین واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت اجتماعی تأثیر مستقیم ندارد. همچنین حمایت اجتماعی در حالت استاندارد به میزان ۰/۲۳ واحد در تبیین واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت اجتماعی به صورت مثبت و مستقیم تأثیر دارد ($p < 0.05$). همین‌طور خوددلسوزی در حالت استاندارد به میزان ۰/۳۹ واحد در تبیین واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت اجتماعی به صورت مثبت و مستقیم تأثیر دارند ($p < 0.01$). در نتیجه مدل به دست آمده از قرار زیر است.



نمودار ۱. مدل استاندارد رابطه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی با نقش تعدیلی خوددلسوزی در دانشجویان

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی با نقش تعدیلی خوددلسوزی در دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب بود. نتایج نشان داد که تاب‌آوری ۳۴ درصد و حمایت اجتماعی ۲۷ درصد از واریانس سلامت اجتماعی را به صورت مثبت پیش‌بینی کرد. تاب‌آوری با سلامت اجتماعی رابطه‌ی مستقیم ندارد اما به صورت غیرمستقیم و با نقش تعدیلی خوددلسوزی ۲۴ درصد از واریانس سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کرد. حمایت اجتماعی با تبیین ۲۳ درصدی، اثر مستقیم و به صورت غیرمستقیم با نقش تعدیلی خوددلسوزی ۴ درصد در تبیین واریانس سلامت اجتماعی به صورت مثبت تأثیر داشت. خوددلسوزی نیز ۳۹ درصد از واریانس سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کرد.

نتایج به دست آمده با پژوهش‌های گیل‌مور، ماچین، برونلو و جفرایس (۲۰۲۰)؛ موریس و همکاران (۲۰۱۹)، سایروس (۲۰۱۹)، رایت (۲۰۱۶)، مک‌کری، پالمر و چیمیل (۲۰۱۶)؛ وطن دوست، باقریان و شکری (۱۳۹۸)، اباذری و همکاران (۱۳۹۴)؛ ابراهیمی‌پرگو، عابدی و عریضی (۱۳۹۲) همسو است.

در تبیین نتایج آمده به دست می‌توان گفت با توجه به اینکه حمایت اجتماعی مجموعه‌ای از رفتارهای عمومی و اختصاصی است، سبب تعدیل فشارهای روانی وارده بر فرد می‌شود و تحقیقات نشان داده است، این مقوله بر سلامت روانی، اجتماعی و جسمی افراد اثر می‌گذارد (شاهینی و ثناگو، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک حمایت متمرکز بر مسئله (دریافت اطلاعات ملموس که به حل مسئله کمک می‌کند) و تمرکز احساسات، بر استراتژی مقابله‌ای (تنظیم پاسخ‌های عاطفی ناشی از رویدادهای استرس‌زا) عمل کند (بانگرتز، ۲۰۱۴) و نقش بسزایی در سلامت اجتماعی افراد داشته باشد. حمایت اجتماعی مانند یک ضربه گیر در مقابل استرس عمل می‌نماید و به عنوان یک منبع محافظتی در نظر گرفته می‌شود که مردم را قادر به مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی می‌کند و موجب تعادل احساسی می‌شود (جوادی علمی و اسدزاده، ۱۳۹۹). وقتی افراد می‌دانند از طرف اجتماع خود حمایت می‌شوند، احساس خشنودی بیشتری دارند. بدیهی است که همه انسان‌ها در هنگام مشکلات به حمایت اطرافیان و دوستان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند؛ در واقع حمایت اجتماعی با واکسینه کردن افراد علیه تجربه‌ی فشارها قبل از اینکه رخ دهند، فشار روانی را کاهش و سازگاری را افزایش می‌دهد. دریافت میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرتمند بیرونی محسوب می‌گردد که نقشی مؤثر بر سلامت روانی داشته و موجب افزایش سازگاری این افراد می‌شود (صدری دمیرچی، فیاضی و محمدی، ۱۳۹۵). سلامت اجتماعی، افراد را در سه قسمت سلامت عمومی، بیماری‌های روانی و بهزیستی تحت تأثیر قرار می‌دهد و به

راحتی سلامت روانی و فیزیکی افراد را بهبود بخشیده، افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی را کاهش داده و از این طریق سلامت اجتماعی افراد را تقویت نماید (گیلمور و همکاران^۱، ۲۰۲۰). همچنین دانشجویان دارای تاب‌آوری نیز برای مقابله با استرس‌ورهایی که دائماً در اجتماع دارای تغییر هستند بهتر از دیگر افراد عمل می‌کنند و در مقابل پذیرش تجربیات جدید و نیازهای در حال تغییر آماده هستند (کوهن^۲، ۲۰۱۷). هو، زایئو، پنگ، کانگ و هی^۳ (۲۰۱۸) در پژوهشی بر روی ۲۸۹ نفر نشان دادند بین تاب‌آوری و سلامت اجتماعی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل‌های میانجی نیز نشان داد وجود تاب‌آوری در افراد، منجر به کاهش اضطراب و افسردگی آنها در مواجهه با مشکلات شده و از این طریق میزان سلامت اجتماعی آنها را افزایش می‌دهد.

در تبیین نقش تعدیلی خوددلسوزی در رابطه بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با سلامت اجتماعی بایستس عنوان نمود هیچ انسانی در گذر زندگی از آسیب‌پذیری روانی مصونیت ندارد. عوامل استرس‌زای شدید که معمولاً غیر قابل پیش‌بینی‌اند تهدیدکننده سلامت روانی می‌باشند و انسان‌ها در شرایط استرس‌زای مشابه واکنش یکسانی نشان نمی‌دهند که یکی از دلایل این واکنش‌های متفاوت مفهوم خوددلسوزی است. این مؤلفه توجه به خود یا همان مهربانی، نگرانی و حمایتی که نسبت به یک دوست خوب نشان می‌دهیم، است. هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی و یا مقابله با اشتباهات و نقص‌ها، خوددلسوزی به جای قضاوت نابجا با مهربانی به این عوامل پاسخ می‌دهد (نف و گرمر^۴، ۲۰۱۷). خوددلسوزی در افراد با تقویت خودمهربانی، انسانیت مشترک، هوشیاری و کاهش خودقضاوتی و انزوای بیش از حد می‌تواند سلامت اجتماعی را افزایش دهد (موریس و همکاران^۵، ۲۰۱۹). بسیاری از انسان‌ها که در معرض آسیب قرار گرفته‌اند می‌توانند به سلامت از آن بگذرند و حتی به سلامت اجتماعی بیش از پیش دست یابند. بر این اساس خوددلسوزی یک کمک دوجانبه است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایت‌مندی می‌گردد. همچنین می‌توان گفت که مؤلفه‌ی مهربانی با خود موجب می‌شود که فرد در مواجهه با مشکلات اجتماعی غیر قابل اجتناب زندگی اجتماعی که می‌تواند سلامت اجتماعی را کاهش دهد به جای قضاوت نسبت به خود، خودانتقادی، احساس شرم و یا احساس گناه سعی کند خود را تسلی دهد. بنابراین خوددلسوزی شامل احساس تجربه رنج همراه با تمایل عمیق برای از بین بردن آن رنج می‌باشد (گوئرتر، کلتنر و سیمون تورناس^۶، ۲۰۱۰).

1. Gilmour, Machin, Brownlow & Jeffries
2. Cohen
3. Hu, Xiao, Peng, Kuang & He
4. Neff & Germer
5. Muris, Otgaar & Meesters
6. Goetz, Keltner & Simon-Thomas

همچنین خوددلسوزی به افراد کمک خواهد کرد که خود را جدای از دیگران، و مشکلاتشان را فراتر از دیگران در نظر بگیرند. به رسمیت شناختن اشتراکات انسانی معنای خود بودن را اصلاح می‌کند. هنگامی که ما خود را برای ناکافی بودن خود محکوم می‌کنیم، فرض می‌کنیم که در واقع یک نهاد جداگانه و به وضوح محدود به نام «من» وجود دارد که می‌تواند به خاطر ناکامی‌های مشخص، متهم شود. ما همیشه در لحظه موجود هستیم و طیف وسیعی از پاسخ‌های رفتاری ما توسط پیشینه فردی ما شکل می‌گیرد (نف و گرمر، ۲۰۱۷). اگر رنج‌های شخصی خود را به عنوان تجارب مشترک انسانی در نظر بگیریم و تشخیص دهیم که عوامل خارجی همچون پیشینه‌ی والدین ممکن است بر رفتارهای ما تأثیرگذار باشد. با پذیرش اینکه رنج‌ها و دشواری‌ها تنها به من محدود نیستند و نمی‌توانند بر تمام شرایط زندگی کنترل داشته باشند، افراد شکست‌ها و نقص‌های خود را راحت‌تر پذیرفته و آن‌ها را منحصر به خود نمی‌دانند (لوپز، ساندرمن و شروورز، ۲۰۱۶). فرد خودمهربان، درحالی‌که حمایت و درک بهتری نسبت به خود پیدا خواهد کرد، گفتگوهای درونی او به جای خشن و تنبیه‌وار بودن، ملموس و دلگرم‌کننده است. این بدان معنا است که به جای اینکه به طور مداوم خود برای کامل نبودن مجازات کند، با مهربانی می‌پذیرد که می‌تواند بهترین کار را انجام دهد (نف و گرمر، ۲۰۱۷). در مجموع خوددلسوزی در هنگام در نظر گرفتن ناتوانی‌های شخصی، اشتباهات و شکست‌ها، و نیز در مواجهه با شرایط دردناک زندگی که خارج از کنترل فرد است؛ می‌تواند موجبات سلامت افراد را فراهم سازد (کاستا و پینتو گویا، ۲۰۱۱). فرد خوددلسوز با ملایمت، خود را برای تغییرات زندگی ترعیب نموده و الگوهای مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌نماید، به گونه‌ای که از تجربه هیجانات آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شوند. لذا به علت دیدگاه حمایتی که این افراد نسبت به خود دارند، این افراد درد و نقص کمتری را نسبت به سایرین تجربه می‌نمایند که باعث کمتر شدن احساس افسردگی، اضطراب و همچنین افزایش رضایت آنها از زندگی می‌شود (میکائیلی و هدایت، ۱۳۹۹).

هر پژوهشی طبیعتاً دارای محدودیت‌هایی است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان کنترل کامل سطح اقتصادی- اجتماعی آزمودنی‌ها، محدود بودن جامعه آماری به دانشجویان دانشگاه پیام نور واحد تهران جنوب که باعث کاهش تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود، اشاره کرد. بر این اساس به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها به‌خصوص تفاوت‌های مربوط به سطح اقتصادی- اجتماعی، محیط تربیتی و اجتماعی و متغیرهای دیگری که بر روی وضعیت سلامت اجتماعی نمونه مؤثر هستند

1. Lopez, Sanderman & Schroevers
2. Costa & Pinto-Gouveia

مورد بررسی و کنترل قرار گیرد. همینطور چنین پژوهشی در جوامع دیگر با شرایط سنی، اجتماعی و تحصیلی دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین از مصاحبه و مشاهده نیز در کنار پرسشنامه استفاده شود. بنابراین نتایج به‌دست آمده را می‌توان در راستای بهبود الگوهای درمانی و آموزشی، به منظور بهبود سلامت اجتماعی در سنین مختلف خصوصا دانشجویان، توسط درمانگران و مشاوران و مراکز مشاوره دانشگاهی مورد استفاده قرار داد. همچنین پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌های آموزشی به منظور ارتقاء سلامت اجتماعی، در زمینه‌ی افزایش تاب‌آوری و حمایت اجتماعی از طرف والدین و همچنین آموزش خوددلسوزی به دانشجویان و افراد جوان برگزار گردد.

تقدیر و تشکر

از تمامی دانشجویانی که محققین را در امر جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز این مطالعه یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- ابادزی، فرح؛ لکزایی، حسین؛ جهانی، یونس؛ منصور، علی؛ و صبوری، علیرضا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله طب و ترکیه*. ۲۴(۲)، ۹-۱۸.
- ابراهیمی پرگو، الهام؛ عابدی، احمد؛ و عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). فراتحلیل رابطه حمایت اجتماعی بر سلامت روان. *دومین کنگره روانشناسی اجتماعی ایران*. ۴۲۹-۴۳۴.
- امیدیان، مهدی و اسماعیل‌پور اشکفتکی، محمود. (۱۳۹۹). پیش‌بینی حمایت اجتماعی دانشجویان بر اساس مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی در بحران همه‌گیری کرونا. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*. ۱۰(۳۹)، ۱۶۳-۱۸۰.
- پاک‌نهاد، زهرا؛ و مداحی، محمد ابراهیم. (۱۳۹۶). رابطه رشد اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در دانشجویان پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۷(۲۷)، ۴۹-۶۷.
- جمالی، مکیه؛ نوروزی، آریتا؛ و طهماسبی، رحیم. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط خودکارآمدی و سلامت روان و نقش پیشگویی‌کننده حمایت اجتماعی. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*. *مجله آموزش در علوم پزشکی*. ۱۱۳(۹)، ۵۶۷-۵۷۷.
- جوادی علمی، لیلیا و اسدزاده، حسن (۱۳۹۹). تدریس تحول‌آفرین، حمایت اجتماعی با میانجیگری نقش سرزندگی تحصیلی مدل یابی روابط ساختاری اشتیاق تحصیلی بر اساس کمک طلبی تحصیلی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*. ۱۰(۳۷)، ۱۰۱-۱۲۲.

- حبیب‌اللهی، سمیرا؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات؛ سوداگر، شیدا و صبحی قراملکی، ناصر. (۱۳۹۷). نقش متمایز معنویت و حمایت اجتماعی در سلامت روان و اضطراب مرگ سالمندان. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۸(۲۹)، ۱-۲۲.
- خسروی، صدالله؛ صادقی، مجید و یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روان‌سنجی مقیاس شفقت خود (SCS). *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹.
- زمانی زارچی، محمدصادق؛ صیادی، معصومه؛ صفربور، فاطمه. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج-درمانگری هیجان‌مدار بر حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی زوجین ناباور. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۹(۸۷)، ۳۱۳-۳۲۰.
- سپهوند، تورج و بیات، محدثه. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب فراگیر در افراد روان‌رنجور بر مبنای تاب‌آوری. *مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا*، ۲(۲)، ۸۷-۹۴.
- شاهینی، نجمه؛ و ثناگو، اکرم. (۱۳۹۲). بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گلستان. *دومین کنگره روانشناسی اجتماعی ایران*، ۴۷۴-۴۷۸.
- شربتیان، محمدحسن (۱۳۹۴). *سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهرستان قاین و عوامل مؤثر بر آن*. طرح پژوهشی دانشگاه پیام نور.
- صدری دمیرچی، اسماعیل؛ فیاضی، مینا و محمدی، نسیم. (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. *مجله طب نظامی*، ۱۸(۴)، ۳۱۶-۳۲۴.
- صمدی، فاطمه و دلیر، مجتبی (۱۳۹۹). نقش سلامت روانی و اجتماعی در سلامت جنسی زنان سالمند. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۰(۴۰)، ۲۱-۴۲.
- علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ دهخدایی، سهیلا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط بین‌فردی مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر سازگاری روانی-اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتی‌اسکلروزیس. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۰(۳۸)، ۱۰۱-۱۱۶.
- علی‌پور، زینب (۱۳۹۴). *تعیین میزان اثربخشی آموزش‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری افراد مبتلا به میگرن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.
- علیپور، احمد؛ صحرائیان، محمدعلی؛ علی‌اکبری، مهناز و حاجی‌آقابابائی، مرضیه. (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سخت‌رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۱(۳)، ۱۱۰-۱۳۶.

- قربانی، سارا؛ جهانی‌زاده، محمدرضا؛ میربد، سیدمهران؛ و امید، لیلا. (۱۳۹۹). بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۰(۳۸)، ۸۳-۱۰۱.
- کرد، بهمن (۱۳۹۵). پیش‌بینی بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری بر اساس ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی به خود. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۶(۳۴)، ۲۷۳-۲۸۲.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، رساله دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- منصوری، لیلا؛ ویسکرمی، حسنعلی؛ و رضایی، فاطمه. (۱۳۹۸). روان‌شناسی بالینی و رشد دوره، ۱۷(۱)، (پیاپی ۳)، ۱۱۱-۱۲۱.
- میکائیلی، نیلوفر؛ آقاجانی، سیف‌الله؛ فایضی، نوشین؛ رحمتی، مریم و سوری، جمال (۱۳۹۸). *فصلنامه علمی پژوهشی طب توان بخشی*، ۲۴۲-۲۵۱.
- میکائیلی، نیلوفر و هدایت سعیده. (۱۳۹۹). افسردگی در سالمندان: بررسی نقش دلسوزی به خود و خردمندی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲(۲۱)، ۵۴-۶۳.
- وطن دوست، معصومه؛ باقریان، فاطمه و شکری، امید (۱۳۹۸). *نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رفتارهای سلامت در رابطه هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی*. سومین کنفرانس بین‌المللی تاب‌آوری و تحقیق در علم تربیت، م———دیریت و روان‌شناسی، تهران، <https://civilica.com/doc/919920>
- Ávila, M. P. W., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2017). Association between depression and resilience in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 237-246.
- Bangerter L, Kim K., Zarit S.H., Birditt K.S. (2014) Perceptions of giving support and depressive symptoms in late life. *The Gerontologist*, 55(5), 770-779.
- Blanco, A & Diaz, D. (2017) “Social Order and Mental Health: A Social Well-Being Approach”, Autonoma University of Madrid. *Psychology in Spain*, 11(5), 61-71.
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), 882-897.
- Costa, J & Pinto Gouveia, J. (2011). Acceptance of pain, self compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(4), 292-302
- Cohen, H. (2017). What is Resilience? *Psych Central*, 1(2), 5-12.

- Connor, K. M., & Davidson, J. R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Gilmour, J., Machin, T., Brownlow, C., & Jeffries, C. (2020). Facebook-based social support and health: A systematic review. *Psychology of Popular Media*, 9(3), 328-346.
- Goetz, J.L., Keltner, D & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.
- Hu, T., Xiao, J., Peng, J., Kuang, X & He, B. (2018). Relationship between resilience, social health as well as anxiety/ depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. *J Cancer Res Ther*, 14(1),72-77.
- Islam M. M. (2019). Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. *Frontiers in public health*, 7(11), 1-4.
- Keyes Corey, L & Shapiro Adam, D. (2014). *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. In Brim, Orville Gilbert; Ryff, Carol D.; and Kessler, Ronald C. (Eds) *How Healthy Are We? A National Study of Well-Being at Midlife* (pp. 350-372). U.S. University of Chicago Press.
- Kumcagiz, H & Sahin, C. (2017). The relationship between quality of life and social support among adolescent. *SHS Web of Conferences*, 37, 1-7.
- Kwek, A., Bui, H. T., Rynne, J & Kam Fung So, K. (2013). The Impact of Self-Esteem and Resilience on Academic Performance: An Investigation of Domestic and International Hospitality and Tourism Undergraduate Students. *Journal of Hospitality & Tourism Education*, 25(3),110-122.
- López, A., Sanderman, R., & Schroevers, M. J. (2016). Mindfulness and self-compassion as unique and common predictors of affect in the general population. *Mindfulness*, 7(6), 1289-1296.
- McCray, J., Palmer, A & Chmiel, N. (2016) .Building resilience in health and social care teams. *Personnel Review*, 45(6), 1132-1155.
- Muris, P., Otgaar, H., Meesters, C., Heutz, A., & van den Hombergh, M. (2019). Self-compassion and adolescents' positive and negative cognitive reactions to daily life problems. *Journal of Child and Family Studies*, 28(5), 1433-1444.
- Neff, K. D & Germer, C. (2017). *Self-Compassion and Psychological Wellbeing*. In J. Doty (Ed.) *Oxford Handbook of Compassion Science*, Chap. 27. Oxford University Press

- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Peña, C., Jones, L., Orange, A & Simieou, F., & Marquez, J. (2018). Academic success and resiliency factors: A case study of unaccompanied immigrant children. *American Journal of Qualitative Research*, 2(1), 161-181.
- Pires, F. B., Lacerda, S. S., Balardin, J. B., Portes, B., Tobo, P. R., Barrichello, C. R., Amaro Jr, E & Kozasa, E. H. (2018). Self-compassion is associated with less stress and depression and greater attention and brain response to affective stimuli in women managers. *BMC women's health*, 18(1), 195.
- Rees, C. S., Breen, L. J., Cusack, L. & Hegney, D. (2015). Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-7.
- Samani S, Jokar B, Sahragard N. Resiliency, mental health and life satisfaction. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2006; 3(3): 290-295. (Persian)
- Sirois, F.M. (2020). The association between self-compassion and self-rated health in 26 samples. *BMC Public Health*, 20(74), 1-12.
- Vugt, D & Dröes, R. (2017). Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse. *Aging Ment Health*, 21(1), 1-3.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18, (156).
- Wright, K. (2016). Social Networks, Interpersonal Social Support, and Health Outcomes: A Health Communication Perspective. *Front. Commun.* 1, (10).
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.