



دانشگاه هرمزگان
Homageen University

دهمین همایش ملی



موسسه ملی پیشرفت و توسعه
روانشناسی و رفتار
شناسی ملی، ۱۳۸۵-۷۳۳۰

تازه های روانشناسی مثبت



عنوان: رابطه حمایت اجتماعی و درماندگی روانشناختی با امید به زندگی در دانش آموزان

نام و نام خانوادگی نویسنده: نجم السادات موسوی بفرئی

مشخصات شغلی، تحصیلی و درجه علمی: دکتری تخصصی زیست شناسی (Ph.D)، دانشیار معلم، آموزش و پرورش استان قم

ایمیل نویسنده: roya.mosavi11@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۱۲۳۵۳۵۱۹۷

رابطه حمایت اجتماعی و درماندگی روانشناختی با امید به زندگی در دانش‌آموزان

نام و نام خانوادگی نویسنده مسوول نجم السادات موسوی بفرئی
دکتری تخصصی زیست‌شناسی (Ph.D)، دانشیار معلم، آموزش و پرورش استان قم

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه حمایت اجتماعی و درماندگی روانشناختی با امید به زندگی در دانش‌آموزان بود. روش پژوهش از نوع توصیفی و از نظر ماهیت همبستگی می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش‌آموزان شهر قم در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود که تعداد بیش از ۲۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در نهایت تعداد ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان براساس معیارهای ورود و خروج در پژوهش شرکت کردند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از سه پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس و همکاران (۱۹۸۶)، پرسشنامه درماندگی روانشناختی لویبوند و لویبوند (۱۹۹۵) و پرسشنامه امید به زندگی اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) انجام شد. نتایج نشان داد که امید به زندگی در دانش‌آموزان به وسیله دو متغیر حمایت اجتماعی و درماندگی شناختی به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌شود. به‌گونه‌ای که حمایت اجتماعی با ضریب بتا استاندارد سهم (۲۸ درصدی) را در تبیین امید به زندگی دانش‌آموزان دارد ($p < 0.01$)، همچنین درماندگی شناختی با ضریب بتا استاندارد، ۳۲ درصد سهم از تبیین امید به زندگی دانش‌آموزان دارد. بنابراین لازم است به مولفه‌های روانشناختی در راستای افزایش امید به زندگی بخصوص در دانش‌آموزان توجه شایانی شود.

کلید واژگان: حمایت اجتماعی، درماندگی روانشناختی، امید به زندگی، دانش‌آموزان

۱- مقدمه

حمایت اجتماعی به عنوان اطلاعات یک شخص در مورد اینکه دوست داشته می‌شود، مورد مراقبت و توجه دیگران قرار دارد، محترم و با ارزش است و بخشی از شبکه ارتباطی است یا نه تعریف می‌شود (شجاعی‌مهر، مومنی و کرمی، ۱۳۹۹). پژوهشگران انواع حمایت اجتماعی را در ابعاد زیر طبقه‌بندی می‌کنند: حمایت عاطفی^۱ که اشاره به ابراز توجه، علاقه و همدلی نسبت به یک شخص و دلداری دادن، قوت قلب دادن و ابراز محبت کردن به او دارد؛ حمایت ابزاری یا مادی^۲ که به معنای فراهم نمودن کمک عینی همچون مساعدت مالی، منابع مادی و یا خدمات مورد نیاز می‌باشد؛ حمایت اطلاعاتی یا ارزیابی^۳ که اشاره به توصیه و راهنمایی در مورد نحوه مقابله با یک

^۱Support Emotional

^۲Support Instrumental

^۳Support Informational or appraisal

مشکل خاص دارد؛ حمایت ارزشی و تأییدی که به شخص این بازخورد را می‌دهد که از دید دیگران محترم و ارزشمند می‌باشد (سندرسون، ۲۰۱۲).

پژوهشگران، حمایت اجتماعی را یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمی و روان‌شناختی افراد از کودکی تا بزرگسالی می‌دانند. افزون بر این، مشخص شده که سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب مرتبط است و تصور می‌شود که حمایت اجتماعی به عنوان سپری ضربه‌گیر در برابر استرس عمل می‌کند. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده که برخورداری از حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی و سلامت روان افراد تأثیرگذار است و استرس و احساس تنهایی را در آن‌ها کاهش می‌دهد (جدیدی و همکاران، ۲۰۱۶). دلیلی و لاندیس^۳ (۲۰۰۵) نشان دادند که حمایت اجتماعی موجب فائق آمدن بر مشکلات زندگی شده و افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند رضایت بالاتری دارند.

در مقابل حمایت اجتماعی، درماندگی روان‌شناختی می‌تواند بر اساس دیدگاه‌های منفی از محیط زیست، دیگران و خود ایجاد شود. غم و اندوه، اضطراب، حواس پرتی و نشانه‌های بیماری‌های روانی، تظاهرات درماندگی روان‌شناختی است. بنابراین درماندگی روان‌شناختی یک اصطلاح کلی برای توصیف احساسات ناخوشایند است (ظهروپرونده و پاسبان، ۱۳۹۸). به عبارت دیگر، یک ناراحتی روانی است که با فعالیت‌های فرد یا زندگی روزانه تداخل دارد. در این میان یکی از عواملی که سبب کاهش درماندگی روانی می‌شود، حمایت اجتماعی و امید است چراکه حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر بر کیفیت زندگی تأثیر دارد (حق شناس و همکاران، ۱۳۹۶). پس با کاهش درماندگی روان‌شناختی، امید و کیفیت زندگی در افراد افزایش می‌یابد (کانگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۸).

در همین راستا یکی از مهمترین مباحث مورد بررسی در روانشناسی مثبت‌گرا^۶ ایجاد امید به زندگی^۷ است. روان‌شناسان مثبت‌گرا معتقدند امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند (اسنایدر و یامهوره^۸، ۲۰۲۰). امید شامل ادراکات شخص درباره توانایی‌هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرح‌هایی برای رسیدن به این اهداف (مسیرهای تفکر)، یافتن و حفظ انرژی و انگیزش مورد نیاز برای رفتن به دنبال آن اهداف و پیگیری آن‌ها (عامل تفکر) است (ماگیر-مو^۹، ۲۰۰۹). موحدی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، موجب ارتقای سلامت عمومی آن‌ها می‌شود. بنابراین امید، عامل حمایت روانی در شرایط سخت و بحرانی است. امید یک مکانیسم سازگاری خیلی مهم است که از نظر عاطفی به افراد کمک می‌کند تا بتوانند بحران را تحمل کنند. حمایت اجتماعی بر امید تأثیر دارد و با افزایش حمایت اجتماعی امید نیز افزایش می‌یابد (ایلویت و اوره^{۱۰}، ۲۰۰۷). در نتیجه، امید یکی از پایه‌های اصولی توازن و قدرت روانی است که با نیروی نافذ خود، سیستم‌های فعالیتی را تحریک می‌نماید تا سیستم بتواند تجارب جدید را کسب کرده و نیروی تازه را در اجزا و پیکره ایجاد نماید؛ بنابراین، امید انسان را به سطح بالایی از عملکردهای روانی و رفتاری نزدیک می‌کند (آدامز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶).

^۱Support Esteem or Validation

^۲Sanderson

^۳Dehle & Landers

^۴Psychological Distress

^۵Kang

^۶Positive Psychology

^۷Life Expectancy

^۸Snyder & Yamhure

^۹Magyar-Moe

^{۱۰}Elliott & Olver

^{۱۱}Adams

بنابراین می توان نتیجه گرفت برداشت فرد از نوع حمایت ها می تواند با تسکین آلام جسمانی و اصلاح مشکلات شناختی، نگرشی و یا عاطفی او منجر به بهبود شرایط زندگی وی گردد. از آنجاکه در بررسی پیشینه پژوهشی متغیرهای حمایت اجتماعی و درماندگی روانشناختی بر امید به زندگی دانش آموزان مشاهده نشد، لذا این پژوهش در پاسخ به این سوال است که آیا بین حمایت اجتماعی و درماندگی روانشناختی با امید به زندگی در دانش آموزان رابطه وجود دارد؟

۲- روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی است که به بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و درماندگی روانشناختی با امید به زندگی در دانش آموزان می پردازد. لذا روش پژوهش از نوع توصیفی و از نظر ماهیت همبستگی می باشد. در روش همبستگی محقق به صورت منظم به دستکاری متغیر مستقل جهت مشاهده تأثیر آن بر متغیر وابسته نمی پردازد، بلکه دو متغیر را انتخاب می کند و چگونگی اثر یکی بر دیگری را در یک گروه نمونه مورد بررسی قرار می دهد. هم چنین این پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی است زیرا از نتایج یافته های آن در جامعه مورد نظر استفاده می شود.

جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش آموزان شهر قم در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ است. در رابطه با نمونه در پژوهش حاضر پیشنهاد شده است که در پژوهش های همبستگی تعداد نمونه باید حداقل ۳۰ نفر و ۱۰ برابر تعداد متغیرهای پیش بین باشد. در نتیجه تعداد بیش از ۲۵۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند که در نهایت تعداد ۲۰۰ نفر از دانش آموزان براساس معیارهای ورود و خروج در پژوهش شرکت کردند. این دانش آموزان براساس اطلاعیه هایی که در مدارس شهر قم و شبکه های اجتماعی پخش شده بود، از این پژوهش آگاهی پیدا کردند. همچنین اخلاق در این مطالعه رعایت شد. به گونه ای که به شرکت کنندگان در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر خواهد داده شد و آن ها با رضایت کامل پرسشنامه ها را تکمیل کردند. به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه ها تنها در راستای اهداف علمی بررسی می گردد و به صورت فردی تفسیر نخواهد شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: دانش آموزان، ساکن شهر قم، نداشتن ناتوانی ذهنی و برخوردار از توانایی خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ابتلا به افسردگی، اضطراب، ناتوانی های ذهنی و نداشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم همکاری شرکت کنندگان جهت ادامه مطالعه بود.

۳- ابزار پژوهش

۳-۱ پرسشنامه حمایت اجتماعی^۱

این پرسشنامه توسط واکس^۲ و همکاران در سال ۱۹۸۶ بر مبنای تعریف کوب از حمایت های اجتماعی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳ گویه است و سه حیطه خانواده، دوستان و دیگران را در برمی گیرد. پاسخ های این پرسشنامه در یک پیوستار لیکرت پنج درجه ای (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد = ۵) تنظیم شده است. پایایی پرسشنامه در مطالعه چرخیان در مقیاس کل با ضریب همبستگی ۰/۷۷ تأیید شد.

۳-۲ پرسشنامه درماندگی روانشناختی^۳

^۱Social Support Questionnaire

^۲Vaux

^۳Psychological Distress Questionnaire

پرسشنامه درماندگی روانشناختی لویبوند و لویبوند در سال ۱۹۹۵ نسخه نهایی آن را عرضه کردند. این مقیاس ۴۲ گویه‌ای برای سنجش افسردگی، اضطراب، و تنیدگی طراحی شده است و بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (۱=بسیار زیاد در مورد من درست است، ۴=هیچ وجه در مورد من درست نیست) نمره‌گذاری می‌شود. هر کدام از سه خرده‌مقیاس این ابزار ۱۰ گویه دارند. لویبوند و لویبوند این تست را به ترتیب برای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی ۰/۹۱، ۰/۸۱، و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز این مقیاس توسط اصغری، ساند و دیباج‌نیا هنجاریابی شدند و آلفای کرونباخ را در حیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲، و تنیدگی ۰/۸۲ گزارش کردند و همچنین روایی آن را نیز تأیید کردند.

۳-۳ پرسشنامه امید به زندگی^۲

این مقیاس را اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) به منظور سنجش امیدواری تهیه کردند. مقیاس حاضر دارای ۱۲ عبارت در طیف پنج درجه ای لیکرت (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، چهار عبارت برای سنجش تفکر عاملی (عبارات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲)، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی (عبارات ۱، ۴، ۶ و ۸) و چهار عبارت انحرافی (عبارات ۳، ۵، ۷ و ۱۱) است. بنابراین، این مقیاس دو زیرمقیاس دارد که عبارت است از: تفکر عاملی و تفکر راهبردی. به هر عبارت، نمره ای بین ۰ تا ۴ اختصاص داده می‌شود؛ با توجه به اینکه چهار عبارت انحرافی در نمره گذاری محاسبه نمی‌شوند، دامنه نمره افراد بین ۰ تا ۳۲ می‌باشد و نمره بالاتر به معنی امید به زندگی بیشتر است. تحقیقات بسیاری، از روایی و پایایی این مقیاس، به عنوان مقیاس اندازه‌گیری حمایت می‌کنند. همسانی درونی کل آزمون، بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است. پایایی بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیش از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا یافته‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان در پژوهش در ارتباط با هر یک از متغیرهای پژوهش شامل حمایت اجتماعی، درماندگی روانشناختی و امید به زندگی گزارش شد. در ادامه به منظور بررسی فرضیه‌های مطالعه و وجود رابطه معنادار بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS استفاده شد. در انتها برای تعیین چگونگی ارتباط بین متغیرها و میزان تاثیرپذیری آن‌ها نسبت به یکدیگر تحلیل رگرسیون چندمتغیره مورد استفاده قرار گرفت.

۴- یافته‌ها

در ابتدا داده‌ها از لحاظ داده‌های گمشده و پرت بررسی شدند که ازین نظر داده‌ها بدون مشکل بود. در ادامه بررسی متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که دامنه سنی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش بین ۱۵ تا ۱۸ سال و میانگین ۱۶/۵ بوده و همگی در زمان تحقیق دانش‌آموزان بودند.

به منظور بررسی متغیرهای پژوهش از همبستگی پیرسون، میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ قابل مشاهده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی میان متغیرهای پژوهش (N=200)

متغیرها	۱	۲	۳
۱. حمایت اجتماعی	۱		
۲. درماندگی روانشناختی	-۰.۴۹**	۱	

^۱Lovibond & Lovibond

^۲Life Expectancy Questionnaire

۱	-۰.۳۰**	۰.۶۶**	۳. امید به زندگی
۴۰.۶۷	۱۲۴.۷۱	۷۳.۴۲	میانگین
۹.۷۲	۷.۳۹	۱۸.۵۴	انحراف معیار
-۰.۱۳	-۰.۲۶	-۰.۴۹	کجی
-۰.۹۷	-۰.۳۳	۰.۳۷	کشیدگی

**همبستگی در سطح ۰,۰۱ معنی دار است.

با توجه به جدول ۱ و نظر کلاین (۲۰۱۵) که قدر مطلق کجی کمتر از ۳ و کشیدگی کمتر از ۱۰ را نشان نرمال بودن داده‌ها می‌داند، می‌توان نتیجه گرفت که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. همچنین معنی دار بودن همبستگی متغیرها بایکدیگر نشان دهنده برقرار بودن این پیش فرض برای انجام تحلیل رگرسیون است. سایر پیش فرض‌ها از جمله خطی بودن و یکسانی پراکندگی، نبود هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها بررسی شد. بررسی داده‌های پرت چندمتغیره بیانگر رعایت این پیش فرض بود. بررسی استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون انجام شد و نشان داد که این پیش فرض رعایت شده است (مقدار دوربین-واتسون = ۱,۲۹). مقادیر پارامتر تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (VIF) در جدول ۳ نیز بیانگر این است که مفروضه هم‌خطی چندگانه رعایت شده است. با توجه به رعایت پیش فرض‌ها رگرسیون چند متغیره اجرا شد تا موفقیت مدل در پیش‌بینی سنجیده شود. نتایج در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: خلاصه مدل پیش‌بینی متغیر ملاک

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای استاندارد
همزمان	۰,۴۹	۰,۲۴	۰,۲۴	۶,۸۷

همبستگی چندگانه بین مقادیر پیش‌بینی کننده و ملاک را مقدار R در جدول ۲ نشان می‌دهد که برابر با ۰,۴۹ شده است. ضریب R² نیز بیانگر این است که ۰,۲۴ از واریانس متغیر ملاک به وسیله ترکیب ۲ متغیر پیش‌بین تبیین می‌شود. با توجه به معنی دار شدن رگرسیون در ادامه برای بررسی سهم هر یک از متغیرهای پیش بین در پیش‌بینی متغیر ملاک، از تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول ۳: تحلیل واریانس تغییرات متغیر ملاک بر مبنای تغییرات متغیرهای پیش‌بین

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	Sig
رگرسیون	۸۲۴۹,۳۶	۲	۷۱۲۴,۶۸	۷۶,۹۷	۰,۰۰۰۱
باقی‌مانده	۱۰۵۵۶,۸۵	۱۹۷	۵۳,۵۸		
کل	۱۸۸۰۶,۲۲	۱۹۹			

با توجه به جدول ۳، امید به زندگی در دانش‌آموزان به وسیله دو متغیر حمایت اجتماعی و درماندگی شناختی به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌شود (F(۱۹۷,۲)=۷۶,۹۷ و p<0.01). در جدول ۴ سهم هر یک از متغیرهای حمایت اجتماعی و درماندگی شناختی در پیش‌بینی متغیر امید به زندگی گزارش شده است.

جدول ۴: خلاصه ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی تمایل به خودکشی

مدل	T	Sig	آماره‌های هم‌خطی
-----	---	-----	------------------

VIF	Tolerance	ضرایب β استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب β غیر استاندارد	مقدار ثابت
		۰,۰۰۰	۲۷,۷۵	۰,۲۵	۶,۹۳
۲,۳۱	۰,۴۳	۰,۰۰۲	۳,۱۶	۰,۲۸	۰,۳۹
۲,۳۱	۰,۴۳	۰,۰۰۰	-۳,۶۹	-۰,۳۲	-۰,۲۸

با توجه به جدول ۴، حمایت اجتماعی با ضریب بتا استاندارد ($\beta = -0,28$) سهم (۲۸ درصدی) را در تبیین امید به زندگی دانش‌آموزان دارد ($p < 0.01$)، همچنین درماندگی شناختی با ضریب بتا استاندارد ($\beta = -0,32$)، ۳۲ درصد سهم از تبیین امید به زندگی دانش‌آموزان دارد ($p < 0.01$).

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه حمایت اجتماعی و درماندگی روانشناختی با امید به زندگی در دانش‌آموزان بود. همسان با نتایج پژوهش اخیر، بسیاری از محققان در تحقیقات خود نشان دادند که حمایت اجتماعی در سطح مطلوب، موجب افزایش امید به زندگی نیز می‌گردد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که حمایت اجتماعی نقش مهمی در تسکین تأثیرات منفی سبک زندگی بر بعد روانی افراد دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتماد به نفس، کاهش تأثیرات حوادث منفی بر زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می‌باشد. حمایت اجتماعی، قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در شرایط تنش‌زا شناخته شده است و تحمل مشکلات را تسهیل می‌کند و از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود وضعیت‌های بهداشتی و در پایان سازگاری این افراد با بیماری می‌شود (بندیکت، ۲۰۱۷). رابرت^۲ (۲۰۱۹) معتقد است که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند. حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد، ارتقای کیفیت زندگی، مدت بقا و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، تسهیل خودارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می‌گردد (کورتنس^۳، ۲۰۱۶). بنابراین اکثر مطالعات علت بالا بودن حمایت اجتماعی در افراد را به این دلیل می‌دانند که آن‌ها از هر نوع کمکی از سوی دیگران ارائه می‌شود، استفاده می‌کنند تا بتوانند بوسیله آن در رویارویی با تنش‌ها مقابله کنند (گکوا^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). در مطالعه کیس^۵ و همکاران (۲۰۰۵) مشخص شد که حمایت اجتماعی بخصوص حمایت عاطفی ارتباط معنی‌دار و مستقیم با فاکتورهایی چون سازگاری، امید و کیفیت زندگی داشت. با افزایش حمایت عاطفی، فرد با تکیه بر خانواده احساس می‌کند کسانی هستند که پشتیبان او در شرایط سخت و بحرانی باشند. بنابراین فرد با بحران موجود بهتر مقابله کرده و با آن سازگاری می‌یابد و از انزوا و گوشه‌نشینی دوری می‌کند.

همچنین از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درماندگی شناختی، ۳۲ درصد سهم از تبیین امید به زندگی دانش‌آموزان را دارد. هم‌سان با نتایج پژوهش اخیر، در تحقیقات گوناگون به اثبات رسیده است که از جمله آن می‌توان به تحقیقات جانی و همکاران (۲۰۱۷)

^۱Benedict
^۲Roberts
^۳Courtens
^۴Gecková
^۵Keyes

و رحیمی و همکاران (۲۰۱۷) اشاره کرد. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت که همان طور که کاهش سلامت روان و افزایش درماندگی روانشناختی موجب میزان استرس ادراک شده بالا، خودکارآمدی پایین، امید به زندگی پایین، علائم جسمانی شدید، افسردگی و اضطراب بالا و عملکرد اجتماعی پایین می شود؛ ارتقای سلامت روان نیز می تواند از طریق ایجاد احساس خودکارآمدی بالا، امید به زندگی بالا، کاهش علائم جسمانی تجربه شده، کاهش افسردگی و اضطراب و به طور کلی حالات روانی منفی و همچنین ارتقای سطح عملکرد و روابط اجتماعی موجب افزایش امید به زندگی گردد؛ لذا درماندگی روانشناختی قابلیت پیش بینی میزان امید به زندگی را دارا است (صفاری نیا و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین امید نمادی از سلامت روحی و توانایی باور داشتن به احساس بهتر در آینده است. اما ناامیدی، نقطه مخالف امید و از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی و سایر مشکلات روانشناختی است (اسنایدر و لوپز؛ ۲۰۰۱). با توجه به یافته های پژوهش توانمند ساختن دانش آموزان از طریق آموزش و برگزاری کارگاه ها در جهت افزایش امید به زندگی، اولین پیشنهاد کاربردی قابل طرح برای پژوهش حاضر است. همچنین به منظور افزایش حمایت اجتماعی و کاهش درماندگی روانشناختی، آموزش در سطح خانواده نیز ضروری به نظر می رسد. از جمله محدودیت های پژوهش این بود که نمونه پژوهش را دانش آموزان متاهل شهر قم تشکیل دادند، از این رو در تعمیم نتایج به دیگر شهرها باید احتیاط شود. محدودیت بعدی مربوط به روش پژوهش است که امکان نتیجه گیری علت و معلولی را با محدودیت روبه رو می کند. این نتایج می تواند در بررسی وضعیت روانی دانش آموزان کاربردهای مهمی داشته باشد.

منابع

- حق شناس، مریم؛ سوداگر، شیدا و بهرامی هیدجی، مریم (۱۳۹۶). نقش میانجی گری حمایت ادراک شده در پیش بینی درماندگی روان شناختی بر اساس کنترل هیجانی و سبک های مقابله ای در مادران کودکان مبتلا به تالاسمی. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۱۱۷-۹۲، (۳)۶
- شجاعی مهر، پروانه؛ مومنی، خدامراد و کرمی، جهانگیر (۱۳۹۹). رابطه امنیت روانی، حمایت اجتماعی و تاب آوری با بروز اختلال تنیدگی پس از سانحه، *مجله روانشناسی*، ۱۹۹-۱۸۴، (۲)۲۴
- صفاری نیا، محید؛ عیسی زاده، فاطمه و حمزئی، زهرا (۱۴۰۰). پیش بینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۸(۱)، ۹-۱
- ظهورپرونده، وجیهه و پاسبان، سعیده (۱۳۹۸). رابطه حمایت اجتماعی و تاب آوری با اضطراب اجتماعی و درماندگی روانشناختی مادران کودکان استثنایی، *خانواده پژوهی*، ۱۵(۵۸)، ۳۰۱-۲۸۳
- Adams TR, Rabin LA, Da Silva VG, Katz MJ, Fogel J, Lipton RB. (2016). Social support buffers the impact of depressive symptoms on life satisfaction in old age. *Clin Gerontol*. 39(2):139-57.
- Asghari A, Saed F, Dibajnia P. (2008). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales-21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. *Int J Psychol*. 2(2): 82-102
- Benedict R H B. (2017). Predicting quality of life in multiple sclerosis: For physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of Neurological Science*. 231(1): 29- 34.
- Courtens A M. (2016). Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nurs*; 3: 162- 169.
- Dehle C, Landers JE. (2005). you can't always get what you want, but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *J soc clin psycho*; 24: 1051- 76.
- Elliott JA, Olver IN. (2007). Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Soc Sci Med*. 64(1):138-49.

- Gecková A, van Dijk JP, Stewart R, Groothoff JW, Post D. (2003). Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *The Eur J Public Health*. 13(1):44-50
- Jadidi, M, Safari, S., Faramarzi, S., & Jamali, S. (2016). Comparison of social anxiety and social support mothers of children with special needs and mothers of healthy children. *Knowledge and Research in Applied Neuroscience*, 3(16), 43-52.
- Jani M, Jamilian H, Aramoon A. (2017). Comparing Perceived Stress, Self-efficacy and Mental Health in Patients With HIV and Hepatitis C. *J Arak Uni Med Sci*, 20 (9): 12- 21.
- Kang HW, Park M, Wallace JP. (2018). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *J Sport Health Sci*. 7(2):237-44
- Keyes CL, Michalec B, Kobau R, Zahran H, Zack MM, Simoes EJ. (2005). Social support and health-related quality of life among older adults—Missouri, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 54(17):433-7.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. New York: McGraw Hill.
- Lovibond PF, Lovibond SH. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behave Res Ther*. 33(3): 335-343.
- Magyar-Moe J. (2009). Therapist's guide to positive psychological interventions.
- Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. (2017). Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *Journal of HOLISTIC NURSING AND MIDWIFERY*, 25(76): 84-92.
- Sanderson CA. (2012). *Health psychology*. 2nd ed. New York: Wiley Global Education.
- Snyder C R, Yamhure L C. (2020). Heartland Forgiveness Scale. Unpublished manuscript, University Kansas, Lawrence.
- Snyder CR, Lopez SJ. (2001). *Handbook of positive psychology*: Oxford university press.
- Rahimi E, Abyar Z, Homam Zakeri langroudi A, Zamani N. (2017). Comparison of General Health, Mental Health and Coping Strategies among Patients with Diabetes Type 1, 2 and Patients with Multiple Sclerosis. *hrjbaq*. 2 (1) :33- 41.
- Roberts J E. (2019). *Social support and personality in depression: Implications from quantitative genetics*. In: Pierce GR, Lakey B, Sarason IG, Sarason BR (editors). *Sourcebook of social support and personality*. New York: Plenum. 29: 187- 214.
- Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*. 14(2):195-218.