

فصلنامه روانشناسی زن

بهار ۱۳۹۹، دوره ۱، شماره ۱، صفحه‌های ۶۲-۷۵

پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر اساس سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله با استرس

الناز موسی پور لیل آبادی^۱، اعظم فتاحی اندیل^{۲*}، اصغر جعفری^۳

پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۲۷

اصلاح مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۲/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر اساس سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای بود. طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی در سال ۱۳۹۹ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۶۸ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی منتظری و همکاران (۱۳۸۴)، سرمایه روان‌شناختی لاتنز و همکاران (۲۰۰۷) و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) بود. نتایج حاصل از تحلیل مسیر حاکی از معنی‌دار بودن مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های امیدواری و تاب‌آوری با کیفیت زندگی بود همچنین نتایج حاکی از معنی‌داری نقش سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار در رابطه بین امیدواری، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بود. ولی مسیر غیرمستقیم خودکارآمدی و خوش‌بینی به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار و همچنین، تمامی مسیرهای غیرمستقیم سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) و حمایت اجتماعی به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس هیچان‌مدار معنی‌دار نبودند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله با استرس

۱. کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. * نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

مقدمه

زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند و مسئولیت اداره اقتصادی و اجتماعی و تربیت خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی زندگی به عهده ایشان است (افراسیابی و جهانگیری، ۱۳۹۵). این زنان علاوه بر وظیفه سرپرستی خانواده و کسب درآمد برای تأمین معاش، وظیفه خطیر مادری را عهده‌دار هستند. تعدد نقش‌های مضاعف، نگرانی درباره‌ی مسائل اقتصادی و دغدغه از آینده بر مشکلات آنان می‌افزاید و فشارهای زیادی را به آن‌ها تحمیل می‌کند. روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی نسبت به زنان متأهل و کسانی که به تنهایی زندگی می‌کنند دارای مشکلات بیشتری بوده و استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (کانل و برازیر، ۲۰۱۲). مشکلات و فشارهای تحمیل شده بر این زنان بر کارکرد اجتماعی و اقتصادی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و باعث افت کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (صلحی، شعبانی همدان و صالحی، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی شرایطی است که خوب زیستن را امکان‌پذیر می‌سازد به نحوی که فرد در یک وضعیت مناسب جسمی، روانی و اجتماعی قادر به انجام فعالیت‌های روزمره باشد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان «ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، معیارها و دل‌مشغولی‌ها» تعریف کرده است (آقایوسفی، شقاقی، دهستانی و برقی ایرانی، ۱۳۹۱).

در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی (نوربرگ، کالانری، کوهن و ریمان^۳، ۲۰۰۹) و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند، از اهمیت اساسی برخوردار است. در اغلب مطالعات این ابعاد

شامل سلامت جسمانی، روانی، هیجانی، اجتماعی، احساس ذهنی سلامتی و توانایی کار کردن است (آلبرت^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی سرمایه روان‌شناختی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود، سرمایه روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرایی است که شال مؤلفه‌های امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خود کارآمدی است (امیرخانی و عارف نژاد، ۱۳۹۱) و با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسناد مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (لاتانز، لاتانز و لاتانز^۵، ۲۰۰۴). مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم داده و او را برای ورود به صحنه عمل آماده می‌کند (بونو^۶، ۲۰۱۰). از این رو داشتن سرمایه روان‌شناختی بالا، فرد را قادر می‌سازد علاوه بر مقابله بهتر در موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر تحت تأثیر وقایع استرس‌زای روزانه قرار بگیرد؛ بنابراین این‌گونه افراد سلامت روان‌شناختی بیشتری نیز دارند، سرمایه روان‌شناختی شامل درک شخص از خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات می‌شود (جعفری و حسام پور، ۱۳۹۶).

یکی دیگر از عوامل مهمی که در سال‌های اخیر توجه زیادی به آن شده است حمایت اجتماعی است که به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه نگر دارای قدرت تأثیرگذاری بر کیفیت زندگی است (ارسوی، کارت و گلدو^۷، ۲۰۰۵). به نظر کوهن (۲۰۰۴) حمایت اجتماعی، یک شبکه اجتماعی است که برای افراد منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند حمایت اجتماعی به این مسئله می‌پردازد

4 Albert
5 Luthans, uthans, Luthans
6 Bono,
7 Ersoy, Kart & Guldo

1 Female-Headed Households
2 Brazier & Conne
3 Norberg, Calanari, Cohen, & Riemann

دفاعی را برای محافظت از من به کار می‌برند و نتایج تحقیقات مختلف بیانگر این است که سبک‌های دفاعی با جنبه‌های مختلف زندگی افراد ارتباط دارند (ابوالقاسمی، ابراهیم اردی، نریمانی و اسدی، ۱۳۹۳). راهبرد مقابله‌ای افراد مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد است که در جهت تغییر، تفسیر و اصلاح موقعیت تنش‌زا به کار می‌رود تا رنج ناشی از آن کاسته شود. راهبردها فرایند پویا و مداوم هستند و به طور کلی به دو نوع تقسیم می‌شوند: ۹- راهبرد مسئله مدار ۹- راهبرد هیجان مدار. راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار بیانگر اعمالی هستند که هدفشان تغییر یا کاهش موقعیت‌های فشارزاست.

راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار شامل تنظیم پاسخ‌های هیجانی فرد در برابر مسئله است، در صورتی که موقعیت یا رویداد، غیرقابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصویری داشته باشد در این حالت از راهبرد هیجان مدار استفاده می‌نماید (مارساک، فانک و نلسون، ۲۰۰۷). لذا با عنایت به مطالب ذکر شده و مسائل و مشکلاتی که زندگی زنان سرپرست خانوار را تحت الشعاع قرار می‌دهد و به دنبال آن کیفیت زندگی آن‌ها افت پیدا می‌کند و نه تنها زنان که فرزندان آن‌ها نیز تحت تأثیر منفی این شرایط قرار می‌گیرند و دچار آسیب‌های روانی، جسمی و اجتماعی می‌شوند بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این زنان دارای اهمیت است و از آنجا یک فرضیه واسطه‌ای می‌کوشد تا مکانیسمی را که در زیربنای رابطه مشاهده شده بین دو متغیر قرار گرفته است، مورد شناسایی قرار دهد هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده به طور مستقیم و با نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله با استرس پیش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را پیش‌بینی می‌کنند؟

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه‌های پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش

که فرد در زندگی خود و هنگام مشکلات از هم‌فکری و مساعدت‌های اطرافیان خود (خانواده و دوستان و...) بهره‌مند شود و بتواند با آن‌ها احساس نزدیکی کند. حمایت دربرگیرنده کارکردهای حمایتی؛ یعنی شکل‌های متفاوت کمک و یاری است که فرد در صورت داشتن روابط اجتماعی در سطوح مختلف منابع ساختاری حمایت اجتماعی مانند پیوند قوی، شبکه‌های اجتماعی و عضویت گروهی می‌تواند از انواع مساعدت‌ها و کمک‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی برخوردار شود (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱). وجود حمایت اجتماعی به اطمینان و خود شایستگی‌ها برای آزمودن تجارب جدید می‌افزاید (عسکری و نکل‌زاده، ۱۳۸۹) و در رضایت از زندگی افراد بسیار مؤثر است، اما درک حمایت از دریافت آن بسیار مهم‌تر است؛ به عبارت دیگر درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده به وی است (کوهن، ۲۰۰۴).

در نهایت از آنجا که هر عهده‌دار شدن سرپرستی خانوار در زندگی زنان نوعی تغییر محسوب می‌شود و هر گونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است، انسان در پاسخ به استرس با واکنش‌هایی سعی در سازگاری با تغییرات به وجود آمده دارند و آنچه که در این بین مایه امیدواری است شیوه‌های مقابله است که می‌تواند واسطه قدرتمندی برای پیامدهای هیجانی استرس باشد (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۸۶)؛ و پژوهش‌های اخیر نقش مهم و واسطه‌ای سبک‌های مقابله‌ای در سازگاری تأیید کرده‌اند (امیر تیموری، سهرابی شگفتی، سامانی و رضوی، ۱۳۹۱). سبک‌های مقابله‌ای نوعی فرایند ذهنی هستند که واکنش‌های روان‌شناختی خودکار را در فرد ایجاد و از شخص در برابر اضطراب حمایت می‌کنند (دزیگلیوسکی^۱، ۲۰۱۰). مکانیسم‌های دفاعی یک‌راه حل خاص برای حل مشکلات نیستند ولی می‌توان از آن‌ها برای رفع تعارض روانی و کاهش احساسات ناخوشایند اضطراب، ترس و تنش به کاربرد (مظفری، ۱۳۹۲). افراد سبک‌های

2. Marsac, Funk, Nelson

1. Dziegielewski

مورد ارزیابی قرار می‌دهد (عبارت شماره ۲ در هیچ‌یک از زیرمقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط با نمره‌ی کل جمع می‌شود). پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است؛ امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می‌شود (اورلی، ۱۹۹۲) اعتبار و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است میزان روایی بین ۰/۷ تا ۰/۹ برآورد شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴)؛ اعتبار این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ است (مجرمی، ۱۳۸۸).

۲. پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی: برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لاتنز و همکاران (۲۰۰۸) استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده‌مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. سؤال‌های ۱ تا ۶ مربوط به خرده‌مقیاس خودکارآمدی، سؤال‌های ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده‌مقیاس امیدواری، سؤال‌های ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده‌مقیاس تاب‌آوری و سؤال‌های ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده‌مقیاس خوش‌بینی است. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی، ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس به صورت جداگانه به دست آمد و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب شد. نسبت کای دو این آزمون برابر با ۲۴/۶ است و آماره‌های CFI و RMSEA در این مدل به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۸ است

۳. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده: برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) استفاده خواهد شد. این مقیاس، مشتمل بر ۱۲ ماده است که سه مؤلفه: حمایت ادراک شده از سوی خانواده (۴ ماده)، حمایت ادراک شده از سوی افراد مهم (۴ ماده) و حمایت ادراک شده از سوی دوستان (۴ ماده) را سنجش می‌کند. همه ماده‌های این مقیاس، بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً

حاضر شامل تمامی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی در سال ۱۳۹۹ بود. با توجه به ماهیت تحقیق که از نوع همبستگی است. با استناد به نظر هویت و کرامر (۲۰۰۴)، ترجمه پاشا شریفی، نجفی زند، احقر، میر هاشمی، دوکانه‌ای فرد و شریفی، (۱۳۸۹) مبنی بر انتخاب ۲۰-۴۰ نفر برای هر متغیر و با توجه به اینکه پژوهش حاضر دارای ۴ متغیر است نمونه انتخابی ۱۶۰ نفر برآورد شد و با احتمال افت به ۱۸۰ نفر افزایش پیدا کرد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. بدین صورت که با تماس تلفنی با مددجویان بهزیستی و کمیته امداد زن سرپرست خانوار و توضیح اهداف پژوهش برای آن‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش جهت تکمیل در اختیار مددجویانی که داوطلب همکاری با پژوهشگر شدند قرار داده شد.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه کیفیت زندگی: فرم ۳۶ عبارتی کیفیت زندگی توسط واروشربون^۱ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروهی مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. این پرسشنامه که به بررسی وضعیت سلامت افراد می‌پردازد توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) و زیر نظر مؤسسه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی و با استفاده از متدهای مرکز بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی ترجمه شده است هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به‌وسیله‌ی ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت بعد جسمانی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمانی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را

1. Varosherbon

توصیف‌کننده تفکر آرزویی و تلاش‌های رفتاری جهت گریز یا اجتناب از مشکل است، مواد این مقیاس متفاوت از مواد مقیاس دوری‌گزینی که بیانگر گسیختگی است (سؤالات ۱۱-۱۶-۳۳-۴۰-۴۷-۵۰-۵۸-۵۹). مواد ۲-۳-۴-۵-۱۹-۲۴-۲۷-۳۲-۳۷-۵۳-۵۵-۵۷-۶۱-۶۴-۶۵-۶۶ اضافی بوده و در زمره هیچ‌یک از سبک‌های مقابله‌ای هشتگانه قرار ندارد. اعتبار پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای از طریق آزمایش ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای که به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ به دست می‌آید، ارزیابی شده است. برآورد ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای عموماً در کران پائینی دامنه قابل قبول رایج قرار می‌گیرد لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده‌اند.

روش اجرای پژوهش. ابتدا با کسب مجوزهای لازم از مددکاری کمیته امداد امام و بهزیستی شهر تهران، ضمن انعقاد تعهد مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات و ارائه یافته‌ها و نتایج به سازمان‌های مذکور در جلسه‌ای توجیهی از زنان سرپرست خانوار دعوت به عمل آمد و در جلسه ضمن توضیح اهداف پژوهش و رعایت موازین اخلاقی از افراد حاضر در جلسه درخواست شد در صورت امکان همکاری‌های لازم را با پژوهشگر انجام دهند و به پرسشنامه‌ها با صداقت پاسخ بدهند و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند و یادآوری شد که نوشتن نام و نام خانوادگی ضرورتی ندارد. لازم به ذکر است که محدودیت زمانی برای تکمیل پرسشنامه‌ها وجود نداشت در نهایت از ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شده تعداد ۱۷۰ پرسشنامه تکمیل شده دریافت شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، میزان تحصیلات، مدت زمان ازدواج، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی) نمونه مورد مطالعه در جدول ۱. نشان داده شده است.

مخالف) درجه‌بندی شده‌اند. دامنه نمرات این مقیاس، ۱۲ الی ۶۰ است. ادواردز و همکارانش در سال ۲۰۰۴، پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۹۰ تا ۸۶ درصد برای خرده مقیاس‌های این ابزار و ۸۶ درصد برای کل ابزار گزارش نموده‌اند. سلیمی و همکارانش (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۸۹ درصد، ۸۶ درصد و ۸۲ درصد ذکر نموده‌اند.

۴. پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس-فولکمن: پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای که توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۵) تهیه شده است شامل ۶۶ ماده است. این ماده‌ها هشت روش مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار امور اندازه‌گیری قرار می‌دهند. الف- روش‌های مساله‌مدار (جستجوی حمایت اجتماعی: تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که در جستجوی حمایت اطلاعاتی و هیجانی هستند (سؤالات ۸-۱۸-۲۲-۳۱-۴۲-۴۵)؛ مسئولیت‌پذیری: پذیرش نقش خویش در مشکل که همواره با تلاش در جهت قرار دادن هر چیز در جای درست همراه است (سؤالات ۹-۲۵-۲۹-۵۱)؛ حل مدیرانه مسئله: توصیف‌کننده تلاش‌های اندیشمندانه مشکل‌مدار جهت تغییر موقعیت است که با روی‌آوری تحلیل به حل مسئله همراه است (سؤالات ۱-۲۶-۳۹-۴۸-۴۹-۵۲)؛ ارزیابی مجدد مثبت: تلاش‌هایی است که با تمرکز بر شد شخصی معنای مثبت می‌آفریند. این مقیاس معنایی مذهبی نیز دارد (سؤالات ۲۰-۲۳-۳۰-۳۶-۳۸-۵۶-۶۰). ب- روش‌های هیجان‌مدار (مقابله‌ای رویارویی‌گر: توصیف‌کننده تلاش‌های پرخاشگرانه جهت تغییر موقعیت بوده و درجاتی از خصومت و خطر طلبی را ارائه می‌دهد (سؤالات ۶-۷-۱۷-۲۸-۳۴-۴۶)؛ دوری‌گزینی: تلاش‌های شناختی برای جدار کردن خویش و به حداقل رسانیدن اهمیت موقعیت است (سؤالات ۱۲-۱۳-۱۵-۲۱-۴۱-۴۴)؛ خویش‌داری (خودمهارگری): تلاش‌هایی را توصیف می‌کند که احساسات و اعمال فرد را تنظیم می‌کنند (سؤالات ۱۰-۱۴-۳۵-۴۳-۵۴-۶۲-۶۳)؛ گریز-اجتناب:

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه (n= ۱۶۸)

| ویژگی | فراوانی | درصد فراوانی | |
|-----------------------|------------------|--------------|-------|
| سن | بین ۲۰ از ۲۵ سال | ۱ | ۰,۶۰ |
| | بین ۲۵ تا ۳۵ سال | ۲۵ | ۱۴,۸۸ |
| | بین ۳۵ تا ۴۵ سال | ۴۹ | ۲۹,۱۷ |
| | بین ۴۵ تا ۵۵ سال | ۹۳ | ۵۵,۳۶ |
| | زیر دیپلم | ۷۰ | ۴۱,۶۷ |
| تحصیلات | دیپلم | ۶۱ | ۳۶,۳۱ |
| | فوق دیپلم | ۱۵ | ۸,۹۳ |
| | لیسانس | ۱۴ | ۸,۳۳ |
| | فوق لیسانس | ۸ | ۴,۷۶ |
| | دکتری | ۰ | ۰ |
| طول مدت زمان ازدواج | بین ۱ تا ۵ سال | ۲۸ | ۱۶,۶۷ |
| | بین ۵ تا ۱۰ سال | ۱۰۶ | ۶۳,۰۹ |
| | بیشتر از ۱۰ سال | ۳۴ | ۲۰,۲۴ |
| | تک فرزند | ۵۷ | ۳۳,۹۳ |
| تعداد فرزندان | بین ۱ تا ۳ فرزند | ۸۰ | ۴۷,۶۲ |
| | بیشتر از ۳ فرزند | ۳۱ | ۱۸,۴۵ |
| وضعیت اقتصادی خانواده | خوب | ۱۰ | ۵,۹۵ |
| | ضعیف | ۷۸ | ۴۶,۴۳ |
| | متوسط | ۸۰ | ۴۷,۶۲ |

سرپرست خانوار گروه نمونه گزارش نمودند که بین ۱ تا ۳ فرزند دارند (۴۷,۶۲ درصد). در نهایت اکثریت زنان سرپرست خانوار گروه نمونه گزارش نمودند که وضعیت اقتصادی خانواده آنان ضعیف است (۴۷,۶۲ درصد). در جدول ۲ یافته‌های توصیفی متغیرهای سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده، سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی در گروه نمونه گزارش شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد درصد بیشتر از زنان سرپرست خانوار گروه نمونه در دامنه سنی ۴۵ تا ۵۵ سال قرار داشتند (۵۵,۳۶ درصد). از نظر تحصیلات درصد بیشتری از زنان سرپرست خانوار گروه نمونه دارای زیر دیپلم بودند (۴۱,۶۷ درصد). بین ۵ تا ۱۰ سال از زمان ازدواج اکثریت زنان سرپرست خانوار گروه نمونه گذشته بود (۶۳,۰۹ درصد). همچنین درصد بیشتری از زنان

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | حداقل نمره | حداکثر نمره |
|--------------------|---------|--------------|------------|-------------|
| سرمایه روان‌شناختی | ۱۱۲/۳۳ | ۱۳/۳۰ | ۷۵ | ۱۴۴ |
| خودکارآمدی | ۲۸/۶۸ | ۴/۴۸ | ۱۵ | ۳۶ |
| امیدواری | ۲۹/۵۶ | ۴/۳۵ | ۱۷ | ۳۶ |
| تاب‌آوری | ۲۸/۰۴ | ۳/۸۹ | ۱۳ | ۳۶ |
| خوش‌بینی | ۲۶/۰۴ | ۴/۱۶ | ۱۷ | ۳۶ |
| حمایت اجتماعی | ۳۶/۱۱ | ۵/۶۲ | ۱۲ | ۵۵ |

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------------|-------------------|
| ۶۵ | ۱۲ | ۹/۲۳ | ۳۸/۲۳ | هیجان‌مدار | سبک‌های مقابله با |
| ۶۰ | ۱۳ | ۶/۸۸ | ۳۴/۴۸ | مسئله‌مدار | استرس |
| ۷۱/۴۴ | ۲۰/۸۴ | ۱۲/۱۸ | ۴۸/۴۹ | کیفیت زندگی | |

انحراف معیار سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار زنان سرپرست خانوار گروه نمونه به ترتیب ۳۸/۲۳ (۹/۲۳) و سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار این زنان به ترتیب ۳۴/۴۸ (۶/۸۸) است. در نهایت، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار گروه نمونه به ترتیب ۳۶/۱۱ (۵/۶۲) به دست آمد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار سرمایه روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار گروه نمونه به ترتیب ۱۱۲/۳۳ (۱۳/۳۰) است؛ بیشترین میانگین از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی مربوط به متغیر امیدواری با میانگین ۲۹/۵۶ است. همچنین، میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی ادراک شده زنان سرپرست خانوار گروه نمونه به ترتیب ۳۶/۱۱ (۵/۶۲) است. میانگین و

جدول ۳ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| ۸ | ۷ | ۶ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
|---|--------|---------|---------|--------|--------|--------|---------|
| | | | | | | | ۱ |
| | | | | | | ۱ | ۰/۲۳** |
| | | | | | ۱ | ۰/۲۰** | ۰/۴۹** |
| | | | | ۱ | ۰/۱۸** | ۰/۳۱** | ۰/۱۴* |
| | | | ۱ | ۰/۲۰** | ۰/۴۴** | ۰/۲۰** | ۰/۵۵** |
| | | ۱ | -۰/۱۸** | -۰/۱۴* | - | -۰/۰۳ | -۰/۲۲** |
| | ۱ | -۰/۲۶** | ۰/۱۴* | ۰/۱۳ | ۰/۳۱** | ۰/۲۱** | ۰/۲۰** |
| ۱ | ۰/۵۳** | -۰/۳۲** | ۰/۵۱** | ۰/۲۲** | ۰/۲۲** | ۰/۳۱** | ۰/۱۵* |

P < 0/05*, P < 0/01**

خانوار گروه نمونه و سایر متغیرهای پژوهش در سطوح $P < 0/01$ و $P < 0/05$ معنی‌دار است.

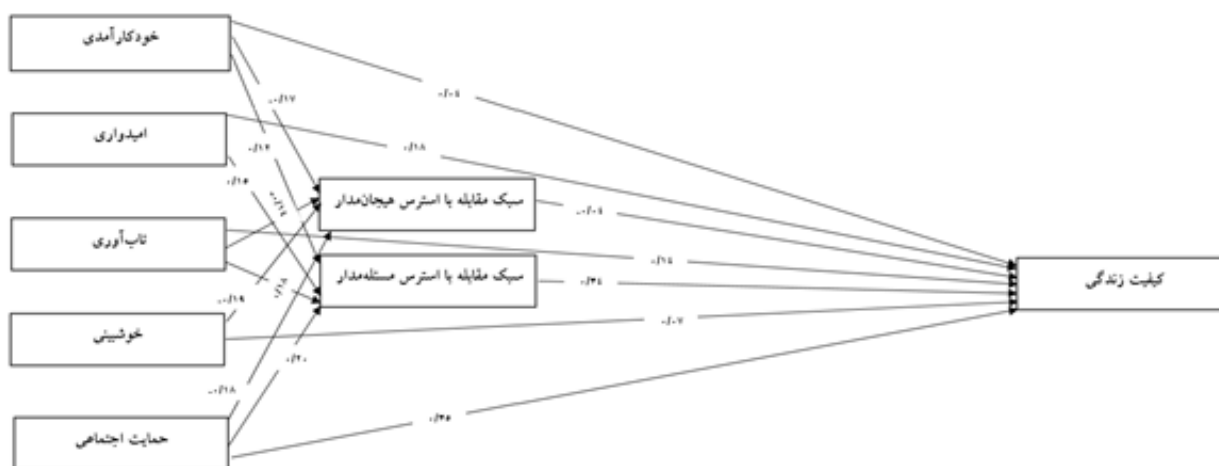
همان‌طور که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، کلیه ضرایب همبستگی به دست آمده بین کیفیت زندگی زنان سرپرست

جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش

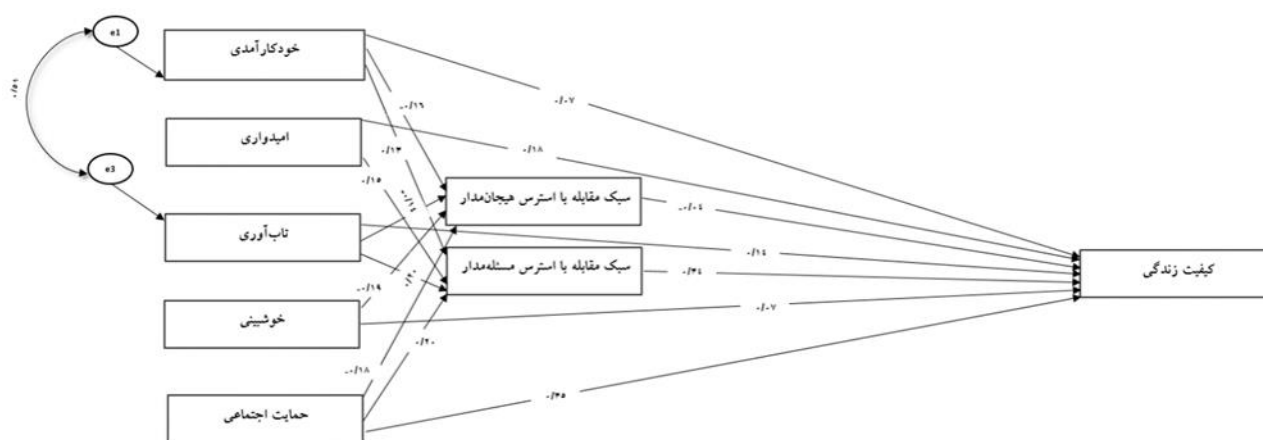
| شاخص‌ها | RMSE A | TL I | IFI | CF I | NF I | AGF I | GF I | P | $\chi^2/d f$ | d f | χ^2 | ی برازندگی |
|---------------|--------|------|-----|------|------|-------|------|------|--------------|-----|----------|------------|
| مدل اولیه | ۰,۱۷ | ۰,۴۴ | ۰,۸ | ۰,۸۱ | ۰,۸۰ | ۰,۶۷ | ۰,۹۱ | ۰,۰۰ | ۷,۱۲ | ۱۵ | ۱۰۶,۸ | ۱ |
| مدل اصلاح شده | ۰,۰۹۸ | ۰,۸۱ | ۰,۹ | ۰,۹۴ | ۰,۹۲ | ۰,۸۶ | ۰,۹۶ | ۰,۰۰ | ۳,۱۰ | ۱۴ | ۴۳,۴۴ | ۴ |

همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مدل پیشنهادی با توجه به شاخص‌های برازندگی از برازش مطلوبی برخوردار نیست و شاخص‌های برازندگی بیانگر لزوم انجام اصلاحاتی در مدل هستند. به منظور ارتقای برازندگی الگوی اولیه، یک اصلاح در مدل (از طریق همبسته کردن خطای دو متغیر تاب‌آوری و خودکارآمدی) به کمک شاخص‌های اصلاحی (MI) پیشنهادی صورت گرفت. بعد از اعمال تغییرات، مدل مجدداً مورد آزمون قرار گرفت. بر اساس نتایج جدول ۴ در مدل اصلاح شده مجذور کای بر درجات آزادی (10/3) χ^2/df نشان می‌دهد که حاکمی از برازش خوب مدل است و مقدار درجات AGFI، GFI،

همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مدل پیشنهادی با توجه به شاخص‌های برازندگی از برازش مطلوبی برخوردار نیست و شاخص‌های برازندگی بیانگر لزوم انجام اصلاحاتی در مدل هستند. به منظور ارتقای برازندگی الگوی اولیه، یک اصلاح در مدل (از طریق همبسته کردن خطای دو متغیر تاب‌آوری و خودکارآمدی) به کمک شاخص‌های اصلاحی (MI) پیشنهادی صورت گرفت. بعد از اعمال تغییرات، مدل مجدداً مورد آزمون قرار گرفت. بر اساس نتایج جدول ۴ در مدل اصلاح شده مجذور کای بر درجات آزادی (10/3) χ^2/df نشان می‌دهد که حاکمی از برازش خوب مدل است و مقدار درجات AGFI، GFI،



شکل ۱. مدل اولیه الگوی ساختاری



شکل ۱. مدل نهایی و اصلاح شده الگوی ساختاری

جدول ۵. پارامترهای مربوط به مسیرهای مستقیم الگوی نهایی آزمون شده

| مسیر | ضریب غیراستاندارد (B) | خطای معیار | ضریب استاندارد (β) | حد پایین | حد بالا | P |
|---|-----------------------|------------|--------------------|----------|---------|-------|
| خودکارآمدی به کیفیت زندگی | ۰,۳۱ | ۰,۲۹ | ۰,۰۷ | -۰,۰۷۸ | ۰,۱۸۴ | ۰,۳۶۷ |
| امیدواری به کیفیت زندگی | ۰,۹۷ | ۰,۳۶ | ۰,۱۸ | ۰,۳۰۲ | ۰,۰۱۶ | ۰,۰۲۵ |
| تاب‌آوری به کیفیت زندگی | ۰,۸۳ | ۰,۳۲ | ۰,۱۴ | -۰,۲۴۸ | -۰,۰۴۱ | ۰,۰۰۵ |
| خوش‌بینی به کیفیت زندگی | ۰,۳۰ | ۰,۲۳ | ۰,۰۷ | -۰,۰۷۹ | ۰,۱۷۷ | ۰,۳۴۹ |
| حمایت اجتماعی به کیفیت زندگی | ۰,۶۲ | ۰,۱۰ | ۰,۳۵ | ۰,۲۳۴ | ۰,۴۵۳ | ۰,۰۰۱ |
| سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار به کیفیت زندگی | -۰,۲۲ | ۰,۳۱ | -۰,۰۴ | -۰,۱۶۴ | ۰,۰۷۱ | ۰,۴۶۴ |
| سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار به کیفیت زندگی | ۰,۶۷ | ۰,۱۲ | ۰,۳۴ | ۰,۲۱۷ | ۰,۴۵۴ | ۰,۰۰۱ |

اندازه ۳۵٪ تغییر کند. همچنین از بین سبک‌های مقابله با استرس، ضرایب مسیر سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار به کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۱$ و $\beta = ۰/۳۴$) معنی‌دار است. همچنین حد بالا و پایین این مسیر صفر را در بر نمی‌گیرند که این نیز حاکی از معنی‌دار بودن مسیر مستقیم بین این دو متغیر به کیفیت زندگی است. این ضرایب مسیر یا ضرایب بتا بیان می‌کنند که یک واحد تغییر در انحراف معیار سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار باعث می‌شود تا انحراف معیار صمیمیت زناشویی نیز متناسب با ضریب مسیر به اندازه ۳۴٪ تغییر کند. ولی ضریب مسیر سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار به کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار معنی‌دار نیست ($p > ۰/۰۵$ و $\beta = -۰/۰۴$). برای برآورد و تعیین معناداری مسیر غیرمستقیم از دستور بوت استرپ در نرم افزار AMOS24 استفاده گردید. بوت استرپ یکی از روش‌های باز نمونه‌گیری است که به طور گسترده به کار می‌رود. بوت استرپ نوعی نمونه‌گیری است که با جایگزینی از یک نمونه به دست می‌آید؛ به عبارت دیگر نمونه‌گیری از یک نمونه است. همچنین از این روش می‌توان هم در زمانی که توزیع نمونه از لحاظ نرمال بودن مشخص است و هم در زمانی که نرمال بودن توزیع نمونه مشخص نیست استفاده کرد (تکنومو، ۲۰۰۶). در جدول ۶

همان‌گونه که نتایج شکل ۱ و جدول ۵ نشان می‌دهد از بین سرمایه‌های روان‌شناختی فقط ضرایب مسیر امیدواری به کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۵$ و $\beta = ۰/۱۸$) و تاب‌آوری به کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۱$ و $\beta = ۰/۱۴$) معنی‌دار هستند. همچنین حد بالا و پایین این دو مسیر صفر را در بر نمی‌گیرند که این نیز حاکی از معنی‌دار بودن مسیر مستقیم بین این دو متغیر به کیفیت زندگی است. این ضرایب مسیر یا ضرایب بتا بیان می‌کنند که یک واحد تغییر در انحراف معیار امیدواری و تاب‌آوری باعث می‌شود تا انحراف معیار کیفیت زندگی نیز متناسب با ضریب مسیر هر یک از این متغیرهای پیش‌بین به ترتیب به اندازه ۱۸٪ و ۱۴٪ تغییر کند. همچنین، ضرایب مسیر خودکارآمدی ($\beta = -۰/۰۷$) و خوش‌بینی ($\beta = ۰/۰۷$) به کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار معنی‌دار نیستند ($p > ۰/۰۵$). علاوه بر این، نتایج نشان داد (نتایج شکل و جدول ۵) که ضریب مسیر حمایت اجتماعی به کیفیت زندگی ($p < ۰/۰۱$ و $\beta = ۰/۳۵$) معنی‌دار است. همچنین حد بالا و پایین این مسیر صفر را در بر نمی‌گیرند که این نیز حاکی از معنی‌دار بودن مسیر مستقیم بین این متغیر به کیفیت زندگی است. این ضرایب مسیر یا ضرایب بتا بیان می‌کنند که یک واحد تغییر در انحراف معیار حمایت اجتماعی باعث می‌شود تا انحراف معیار کیفیت زندگی نیز متناسب با ضریب مسیر این متغیر پیش‌بین به

نتایج بوت استراپ مربوط به معنی داری رابطه غیرمستقیم سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی از طریق میانجی‌گری سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار گزارش شده است.

جدول ۶. برآورد مسیرهای غیرمستقیم مدل با استفاده بوت استراپ

| p | حد بالا | حد پایین | خطای معیار | ضریب استاندارد غیرمستقیم | ضریب غیر استاندارد غیرمستقیم | مسیر غیرمستقیم |
|-------|---------|----------|------------|--------------------------|------------------------------|---|
| ۰,۰۸۷ | ۰,۰۹۵ | ۰,۰۰۵ | ۰,۰۳ | ۰,۰۴ | ۰,۲۱ | خودکارآمدی به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار |
| ۰,۰۰۲ | -۰,۰۲۴ | ۰,۱۲۵ | ۰,۰۳ | ۰,۰۷ | -۰,۴۴ | امیدواری به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار |
| ۰,۰۱۰ | ۰,۱۱۶ | ۰,۰۱۲ | ۰,۰۳ | ۰,۰۶ | ۰,۳۰ | تاب‌آوری به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار |
| ۰,۴۸۴ | ۰,۰۱۰ | ۰,۰۲۵ | ۰,۰۰۸ | ۰,۰۰۴ | -۰,۰۲ | خوش‌بینی به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار |
| ۰,۰۰۱ | ۰,۱۵۷ | ۰,۰۲۸ | ۰,۰۳ | ۰,۰۸ | ۰,۱۳ | حمایت اجتماعی به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار |
| ۰,۶۰۰ | ۰,۰۳۴ | -۰,۰۱۹ | ۰,۰۱ | ۰,۰۰۷ | ۰,۰۱ | خودکارآمدی به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار |
| ۰,۱۲۹ | ۰,۰۰۱ | -۰,۰۴۶ | ۰,۰۱ | -۰,۰۱ | -۰,۱۱ | امیدواری به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار |
| ۰,۰۹۹ | ۰,۰۹۸ | -۰,۰۰۶ | ۰,۰۷ | -۰,۰۳ | ۰,۲۲ | تاب‌آوری به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار |
| ۰,۰۷۹ | ۰,۰۸۸ | -۰,۰۳۲ | ۰,۰۱ | -۰,۰۱۷ | ۰,۱۱ | خوش‌بینی به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار |
| ۰,۴۹۲ | ۰,۱۱۰ | ۰,۰۴۴ | ۰,۰۱۸ | -۰,۰۰۴ | ۰,۰۱ | حمایت اجتماعی به کیفیت زندگی از طریق سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار |

حمایت اجتماعی به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار معنی‌دار نبودند.

نتایج همسو با پژوهش‌های مقصودی و صالحی نژاد (۱۳۹۷)، جعفری و حسام پور (۱۳۹۶)، رضایی و همکاران (۱۳۹۶)، آقایاری هیر و همکاران (۱۳۹۵)، میرمحمدعلی (۱۳۹۵)، پناهی و فاتحی زاده (۱۳۹۳)، میکائیلی و همکاران (۱۳۹۱)، آقا یوسفی و همکاران (۱۳۹۱)، ملیسا و همکاران (۲۰۱۹)، پینار و همکاران (۲۰۱۸)، چانگ گان و همکاران (۲۰۱۵)، تام و همکاران (۲۰۱۵) است.

در تبیین رابطه امیدواری و کیفیت زندگی می‌توان چنین گفت که امید با عملکردهای سازگارانه نظیر سازگاری روان‌شناختی، سلامت جسمی و مهارت حل مسئله رابطه مستقیم دارد همچنین امیدواری به عنوان یک نیروی درونی به زنان سرپرست خانوار کمک می‌کند تا با شرایط استرس‌زای زندگی خود مقابله کرده و سطح بهزیستی‌شان را افزایش دهند و در مقابله با موقعیت‌های چالش‌برانگیز زندگی از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده کنند چرا که امیدواری میزان سازگاری افراد را بالا برده در نتیجه در شرایط چالش‌برانگیز و استرس‌زا به صورت هیجانی عمل نمی‌کنند. در تبیین رابطه تاب‌آوری با کیفیت زندگی می‌توان گفت تاب‌آوری فردی می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زایی که زنان سرپرست خانواده در زندگی با آن‌ها روبه‌رو هستند به عنوان یک ضربه‌گیر قوی عمل کند و زنانی که از این توانمندی بیشتر بهره‌مند باشند، بهتر می‌توانند در برابر عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کنند؛ و از آنجایی که تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی است. بهبود کیفیت زندگی تأثیر زیادی دارد و افراد تاب‌آور در مواجهه با شرایط سخت به جای استفاده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده خواهند کرد (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱).

در تبیین رابطه کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده می‌توان گفت امروزه به لحاظ تئوریک و عملیاتی،

همان‌گونه که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد مسیر غیرمستقیم امیدواری به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار (با ضریب استاندارد غیرمستقیم $\beta = 0.07$)، تاب‌آوری به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار (با ضریب استاندارد غیرمستقیم $\beta = 0.06$) و حمایت اجتماعی به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار (با ضریب استاندارد غیرمستقیم $\beta = 0.08$) زندگی معنی‌دار می‌باشند ($p < 0.01$). حد بالا و پایین این مسیرها در روش بوت استرپ صفر را در برنمی‌گیرد که این نیز حاکی از معنی‌دار بودن مسیر غیرمستقیم بین متغیرها است. این نتیجه حاکی از معنی‌داری نقش سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار در رابطه بین امیدواری، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی است. ولی مسیر غیرمستقیم خودکارآمدی و خوش‌بینی به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار و همچنین تمامی مسیرهای غیرمستقیم سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) و حمایت اجتماعی به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس هیجان‌مدار معنی‌دار نیست ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر اساس سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی سبک‌های مقابله‌ای بود. نتایج حاصل از شکل ۲ و جدول ۵ حاکی از معنی‌دار بودن مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های امیدواری و تاب‌آوری به کیفیت زندگی است. همچنین نتایج حاکی از معنی‌داری نقش سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار در رابطه بین امیدواری، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی است. ولی مسیر غیرمستقیم خودکارآمدی و خوش‌بینی به کیفیت زندگی با میانجی‌گری سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار و همچنین تمامی مسیرهای غیرمستقیم سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوش‌بینی) و

منابع داخلی و خارجی برای مقابله با چالش‌ها استفاده می‌کنند و از فرآیند پویای درگیر شدن با سختی‌ها به منظور بهینه ساختن سازگاری و افزایش کیفیت زندگی استفاده می‌نمایند در این رابطه باید توجه داشت که تاب‌آوری صرفاً مقاومت و ایستادگی در برابر شرایط فشارزا و تهدیدآمیز نیست، بلکه شرکت فعال در محیط است و هنگامی که این وجه از تاب‌آوری در کنار مفاهیمی هم چون ارتباط، تعلق عاطفی، پاسخ‌گویی عاطفی و کارکرد کلی خانواده قرار می‌گیرد، ارتباط آن با این مفاهیم بهتر روشن می‌شود (رضایی و محمودی، ۱۳۹۸).

بنابراین زنان با تاب‌آوری، امیدواری بالاتر فرد با به‌کارگیری راهبردهای مسئله مدار به تناسب موقعیت و واقع‌بینی از توانایی‌های خود و طلب حمایت اجتماعی و پردازش شناختی جهت حل مطلوب مسئله، نتیجه نسبتاً دلخواهی را تجربه می‌کنند که این موجب تداوم و تقویت هیجانات مثبت و تنظیم مقتدرانه و آگاهانه آن را به دنبال دارد. این فرایند پس‌خوراندی مثبت حوزه‌های اساسی زندگی زنان سرپرست خانوار را غنی‌تر می‌کند و کیفیت زندگی فرد را بالا می‌برد. افراد با سرمایه اجتماعی بالاتر از راهبرد مقابله‌ای مؤثر استفاده می‌کنند که افزایش کیفیت زندگی را به دنبال دارد چرا که فرد در موقعیت‌های استرس‌زا و فشارزای زندگی با استفاده از راهبردهای مؤثر و حل مسائل می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد. در نقطه مقابل راهبردهای هیجان مدار به همین روال با ایجاد بد نظمی‌های هیجانی مکرر موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شود. مثال زمانی که فرد از نظر خودش نمی‌تواند پاسخ مطلوبی به خواسته‌های پیرامون خود بدهد، هیجان ناکامی را تجربه می‌کند که منجر به خود سرزنشگری و هیجانات ناخوشایند متعدد می‌شود. به احتمال زیاد فرد مکرراً دست به راهبردهای هیجان مدار میزند تا از مسیر تسکین فوری (رک موقعیت‌های مکرر، مصرف سیگار، الکل، ورود به روابط مخرب ولی هیجانی) استفاده کن در نتیجه کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (افراسیابی و جهانگیری، ۱۳۹۴).

مهم‌ترین سازه کیفیت زندگی، رویکرد اجتماعی است. این رویکرد با دلیل وجود دو هدف؛ یعنی بهبود همبستگی اجتماعی و مبارزه با مطروذیت اجتماعی، شبیه رویکرد کیفیت فراگیر زندگی است. این رویکرد را می‌توان به عنوان یا بازنگری انسانی در مطلوبیت‌گرایی و ارزیابی کیفیت زندگی بر اساس درآمد و ثروت به شمار آورد که درون‌مایه اصلی آن امکانات و توانایی‌های مالی و روابط اجتماعی است، به نظر کوهن (۲۰۰۴) حمایت اجتماعی، یک شبکه اجتماعی است که برای افراد منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند

یکی از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی تاب‌آوری است؛ در تبیین این فرضیه می‌توان گفت در ارتباط با تاب‌آوری و کیفیت زندگی می‌توان گفت از آنجایی که تاب‌آوری بیشتر ویژه شرایط سخت و ناگوار است و سرپرست بودن خانوار برای زنان همراه با سختی‌های زیادی است، برخوردار بودن بیشتر از این قابلیت، تاب و تحمل افراد در برابر مشکلات اجتماعی، عاطفی و جسمانی را افزایش می‌دهد و در نتیجه کیفیت زندگی نیز حفظ می‌شود و حتی ممکن است بهبود یابد. از طریق تاب‌آوری بالا، افراد احساسات خود را تشخیص می‌دهند و معنی ضمنی آن را درک می‌کنند و به گونه مؤثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم می‌کنند، در سازش یافتگی با تجربه‌های منفی زندگی موفقیت بیشتری خواهند داشت و در مقایسه با افرادی که از تاب‌آوری پایینی برخوردار هستند، مشکلات بین فردی کمتری را تجربه می‌کنند، ضمن این که مهارت بیشتر در ادراک درست، فهم و همدلی با هیجانات دیگران، شبکه حمایت اجتماعی قوی‌تری را برای آنان ایجاد می‌کند (صلحی و همکاران، ۱۳۹۴). به نظر می‌رسد زنان سرپرست خانواری که از راهبردهای همچون حل مسئله، ارتباط، پاسخ‌دهی عاطفی و تعلق عاطفی استفاده می‌کنند و از تاب‌آوری بالاتری برخوردار هستند، هنگامی که با چالش‌ها و سختی‌هایی عمده و بالقوه که عملکرد خانواده را بر هم می‌زند روبه‌رو می‌شوند؛ از توانایی خانواده در به‌کارگیری

طرف سازمان‌های ذی‌ربط صورت پذیرد زمینه برای حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار از طرف اطرافیان و جامعه صورت پذیرد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به محرمانه بودن فرایند نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش و انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها مختار بودند.

سپاسگزاری

از همه زنان شرکت‌کننده در پژوهش که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

آقایوسفی، علیرضا، شقاقی، فرهاد، دهستانی، مهدی، و برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام-اس، علوم تربیتی و روانشناسی، فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱۱(۱): ۴۱-۲۹.

آقایاری هیر، توکل، قاسم زاده، داوود، و ابراهیمی اورنگ، اکبر (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سالمندان شهر تبریز، نشریه سالمندشناسی، ۲۸-۲۰: (۱)۲

ابوالقاسمی، عباس، تقی پور، مریم، و نریمانی، محمد. (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی D، خوددلسوزی و حمایت اجتماعی در بیماران کرونر قلبی. مجله روانشناسی سلامت، ۳(۱): ۱-۱۳.

افراسیابی، حسین، و جهانگیری، سارا. (۱۳۹۵). آسیب‌شناسی تعاملات اجتماعی زنان سرپرست خانوار؛ مطالعه کیفی

در تبیین این یافته می‌توان گفت حمایت اجتماعی 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 کیفیت زندگی افراد می‌شود (پینار و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند. درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس فرد را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و به‌طور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود. حمایت اجتماعی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی، مدت بقا و نتایج مراقبت‌های حرفه‌ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، تسهیل خود ارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی شود (صلحی و همکاران، ۱۳۹۴). هر پژوهش دارای محدودیت‌ها و مشکلاتی است و پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنا نبوده است. عدم همسان‌سازی افراد نمونه بر اساس متغیرهایی همچون سن، وضعیت اشتغال میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی-اجتماعی یکی از محدودیت‌های این پژوهش است که در همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی می‌تواند تأثیر گذار باشند؛ همچنین با توجه به نمونه انتخابی که محدود به زنان سرپرست خانوار تحت حمایت بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی تهران است، در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به وجود رابطه بین مؤلفه‌ی امیدواری و افزایش کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود مشاوران و روانشناسانی که در حوزه توانمندسازی زنان سرپرست خانوار فعالیت می‌نمایند از رویکردهای مثبت نگر و مبتنی بر امید در مداخلات و آموزش‌های خود استفاده نمایند. همچنین با توجه به رابطه حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم جهت آگاه‌سازی عمومی از

- شهرستان شاهین شهر، فصلنامه زن در توسعه و سیاست (پژوهش زن)، ۱۴(۴): ۴۵۰-۴۳۱.
- امیرخانی، طیبه، و عارف نژاد، محسن. (۱۳۹۱). تحلیل تأثیر رفتار شهروندی سازمانی و سرمایه روان شناختی بر سرمایه اجتماعی. فصلنامه علوم مدیریت ایران، ۷(۲): ۸۹-۱۱۲.
- امیر تیموری، رضا، سهرابی شگفتی، نادره، سمائی، سیامک، و رضوی، ویدا. (۱۳۹۱). نقش واسطه گری راهبردهای مقابله با استرس برای هوش هیجانی و نشانگان استرس. چهارمین کنگره بین المللی روان تنی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان
- پناهی، احسان، و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۹۳). پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین مولفه های سرمایه روان شناختی و کیفیت زندگی زناشویی در بین زوجین شهر اصفهان، زن و جامعه (جامعه شناسی زنان)، ۱(۵): ۱۵۵-۱۳۹
- جعفری اصغر، و حسام پور فاطمه. (۱۳۹۶). پیش بینی رضایت از زندگی بر اساس ابعاد هوش معنوی و سرمایه روان شناختی در سالمندان. سالمند: مجله سالمندی ایران. ۱۲(۱): ۹۰-۱۰۳
- رضایی، مهدی، و محمودی، فاطمه. (۱۳۹۸). بازسازی معنایی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در کردستان: یک مطالعه کیفی، روانشناسی کاربردی، ۳۰(۱): ۱۶۶-۱۴۳.
- صلحی، مهناز، شعبانی همدان، مرضیه، و صالحی، مسعود (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بهزیستی استان تهران، مجله ره آورد سلامت، ۱(۱): ۱-۱۰.
- عسگری، پرویز، و نکل زاده، مریم. (۱۳۸۹). رابطه استرس شغلی و حمایت اجتماعی با خشنودی شغلی در کارکنان شرکت ملی حفاری. یافته های نو در روانشناسی، ۵(۴): ۳-۵۲.
- کلدی، علیرضا، و سلحشوری، پروانه. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر توانمندسازی زنان. مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۴(۴): ۲۲-۷
- میرمحمدعلی، مرجان. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به ام. اس. دو فصلنامه پژوهش نامه روانشناسی عدالت، ۱(۲): ۱۲۹-۱۰۸.
- مقصودی، سوده، و صالحی نژاد، زهرا (۱۳۹۷). رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان شهر کرمان. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۷(۲): ۱۵-۲۲
- مظفری، فاطمه (۱۳۹۲). نقش تشخیصی تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی در معنادان گمنام و معنادان تحت درمان نگهدارنده متادون، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی، تهران
- میکائیلی، نیلوفر، مختار پور حبشی، الهام، و میسمی، سهیلا (۱۳۹۱). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس، یافته های نو در روان شناسی (روان شناسی اجتماعی)، ۷(۲۳): ۱۷-۵.
- Albert, U.; mania, G.; Bogetto, F.; Chiorle, A.; Matain-Cols, D. (2010), Clinical predictors of health-related quality of life psychiatry, 51: 193-200
- Bono, J. (2010). Relationship of Core Self-Evaluations Traits – Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability – With Job Satisfaction and Job Performance: A Meta-Analysis. Journal of Applied Psychology, 86(4):80-92
- Cohen, S. (2004) "Social Relationships and Health". American Psychologist, 59:676-684.
- Chong Guan. Ng. and Et.Al.(2015). Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a one-year prospective study. Journal of health and quality of life outcomes. 2015;13: P.205-215. 11-Pinar G, Okdem
- Connell J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S.(2012) Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. Health Qual Life Outcomes. 2012;22(10):138.
- Dziegielewski, S. F. (2010). DSM-IV-TR in action. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Fayers, P.M. Machin.D. (2010). Suality of life Assessment, Analysis and Interoretation, Jhon willy, new York
- Ersoy- Kart, M.,& Guldo, O. (2005). Vulnerability to stress, perceived social support and coping styles among chronic Hemodialysis patient. Dial Transplant, 34(10), 662-667
- Luthans F, Luthans KW, Luthans BC.(2004). Positive psychological capital: Beyond

- human and social capital. *Business Horizons*. 2004; 47(1):45–50. doi: 10.1016/j.bushor.2003.11.00
- Luthans, F., youssef, c., & Avoio, B. (2008). “psychological capital: Developing the human competitive edge”. Oxford, England: Oxford University Press.
- Marsac ML, Funk JB, Nelson L. (2007). Coping Styles Psychological Function and Quality of Life Children with Asthma. *Child care health dev*. 2007; 33(4): 360-7. 29- Pakenham
- Melissa, H. Bellin, P. Joan, K. Mary, E. B. Mona, T. Laurie, C. Arlene, M. (2019) Stress and Quality of Life in Urban Caregivers of Children With Poorly Controlled Asthma: A Longitudinal Analysis. *Journal of Pediatric Health Care*, In Press, Corrected Proof, Available online 30 May.
- Norberg, M.M.; Calanari, J. E.; Cohen, R.J. & Riemann, B.C. (2009), Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment, *Depression and Anxiety*, 25: 248-259.
- Pinar G, Okdem S, Buyukgonenc L, Ayhan A. The relationship between social support and level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Journal of cancer nurs*. 2018; 35(3): P.229-235