

پیش‌بینی به‌زیستی روان‌شناختی بر اساس امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان سرپرست خانوار

علی پروندی^۱ مختار عارفی^۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی به‌زیستی روان‌شناختی بر اساس امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان سرپرست خانوار بود. روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) شهرستان سنقر بود که از میان آن‌ها تعداد ۱۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها، از مقیاس به‌زیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵)، مقیاس امیدواری بزرگسالان اشنايدر (۱۹۹۱) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان استفاده شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که میان امیدواری و به‌زیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مستقیم و معناداری وجود دارد ($r=0/531$ ، $P<0/01$). همچنین، میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و به‌زیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مستقیم و معناداری وجود دارد ($r=0/751$ ، $P<0/01$). تحلیل رگرسیون نیز نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امیدواری، ۶۰٪ از تغییرات به‌زیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان گفت که امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، فاکتورهای مهمی در پیش‌بینی به‌زیستی روان‌شناختی می‌باشند. لذا، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات درمانی، این دو فاکتور مهم مورد توجه قرار گیرند.

واژگان کلیدی: امیدواری، به‌زیستی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، زنان سرپرست خانوار

^۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

Email: parvandi.ali65@yahoo.com

^۲. استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران نویسنده مسئول: m.arefi@iauaksh.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۲۷

DOI: 10.22051/jwfs.2018.17288.1562

مقدمه و بیان مسئله

بی‌شک، خانواده و به‌ویژه والدین، مهم‌ترین نقش را در تأمین سلامت روانی فرزندان ایفا می‌کنند. خانواده معمولاً مرکب از پدر و مادر و فرزند یا فرزندان است (قارونی، ۱۳۹۵). اما در بسیاری از خانواده‌ها، دلایلی من‌جمله فوت همسر، طلاق، اعتیاد، زندانی شدن و ازکارافتادگی همسر یا پدر، رها شدن توسط مردان مهاجر و سایر نابسامانی‌های خانوادگی، موجب سرپرستی زنان بر خانواده شده است (آزاده و تافته، ۱۳۹۴). این زنان بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند. انتقال سرپرستی از مرد به زن، باعث به وجود آمدن رشته‌ای از ناامنی‌ها و وظایف مضاعف مثل از دست دادن درآمد و ایفای نقش چندگانه و متعارض می‌شود (قارونی، ۱۳۹۵). داده‌های آماری در ایران از روند افزایش‌یابنده تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در دهه اخیر خبر می‌دهد. بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ تعداد خانوارهای با سرپرستی زن، بیش از دو میلیون و پانصد و شصت‌وسه هزار خانوار است. در واقع بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، این گروه از زنان، سرپرستی ۱۲ درصد خانواده‌های ایرانی را بر عهده دارند (آزاده و تافته، ۱۳۹۴).

در خانواده‌هایی که مادر سرپرست خانوار است، مسئولیت و تصمیم‌گیری نهایی در امور اقتصادی، آموزشی و پرورشی فرزندان خانواده و همچنین مسائل اجتماعی چون ازدواج، مهاجرت، جابه‌جایی و نظایر آن‌ها بر عهده اوست (حسینی، ستاره‌فروزان و امیرفریار، ۱۳۸۸). سرپرستی خانوار، مشکلات عمده و آسیب‌زایی را پیش روی زنان سرپرست خانوار قرار می‌دهد از جمله: فقر، بیکاری و نداشتن مهارت‌های لازم برای اشتغال و درآمدزایی، تنهایی، فقدان حمایت اجتماعی، نگرش منفی و آزاردهنده مواجهه با این شرایط مخرب، مشکلات عاطفی و احساسی زیادی مثل افسردگی، اضطراب و احساس بی‌ارزشی را در زندگی روزمره برای آن‌ها ایجاد می‌کند (جمالی، سپاه‌منصور و فلاحیان، ۱۳۹۲، زارع و مهمان نوازان، ۱۳۹۴). این امر به‌نوبه خود، تأثیر مخربی بر به‌زیستی روان‌شناختی^۱ زنان می‌گذارد (قارونی، ۱۳۹۵).

^۱. psychological well-being



به‌زیستی روان‌شناختی یکی از موضوعات روان‌شناسی مثبت^۱ است. روان‌شناسی مثبت، مطالعه‌ی علمی عملکرد بهینه و مطلوب انسانی است که به‌جای توجه به ناتوانی‌ها، ناهنجاری‌ها و اختلالات روانی، روی توانایی‌های مثبت انسان مثل شادی و خوش‌بینی، تمرکز دارد. این رویکرد، سلامت روانی را معادل «کارکرد مثبت روان‌شناختی» مطرح نموده و آن را در قالب به‌زیستی روان‌شناختی بیان می‌کند (مگیار موه^۲، ۱۳۹۶). دسی و رایان^۳ (۲۰۰۸) معتقدند به‌زیستی روان‌شناختی، معمولاً به‌عنوان ترکیبی از حالات عاطفی مثبت مانند شادی (دیدگاه لذت‌گرایانه) و عملکرد با اثر مطلوب در زندگی فردی و اجتماعی (دیدگاه فضیلت‌گرا) تعریف شده است (حجت‌خواه و فرحناک، ۱۳۹۵).

ریف^۴ (۱۹۹۸) به‌زیستی روان‌شناختی را «تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی» فرد می‌داند که شامل شش مؤلفه‌ی خودمختاری^۵ (احساس استقلال، شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد و تصمیم‌گیری بر اساس افکار، احساسات و باورهای خود و توانایی مقابله با فشارهای اجتماعی)؛ رشد شخصی^۶ (داشتن احساس رشد مداوم، پذیرا بودن نسبت به تجارب جدید و احساس کارآمدی)؛ داشتن ارتباط مثبت با دیگران^۷؛ هدفمندی در زندگی^۸ (دارا بودن اهداف درازمدت و کوتاه‌مدت در زندگی و معنادار شمردن آن‌ها)؛ پذیرش خود^۹ (داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش) و تسلط بر محیط^{۱۰} (توانایی انتخاب، ایجاد و تغییر محیطی) است (فایرکلوز^{۱۱}، ۲۰۱۷).

^۱ . positive psychology

^۲ . Magyar-Moe

^۳ . Deci and Ryan

^۴ . Ryff

^۵ . autonomy

^۶ . personal growth

^۷ . positive relation with others

^۸ . purpose in life

^۹ . self- acceptance

^{۱۰} . environmental mastery

^{۱۱} . Faircloth

به‌زیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک سپر دفاعی، نقش مهمی در حفاظت از افراد در برابر عوامل آسیب‌زا ایفا می‌کند. افراد با به‌زیستی روان‌شناختی بالا، احساس شادی، توانمندی، ادراک حمایت خوب، رضایت از زندگی و سلامت جسمانی خوب را گزارش می‌دهند (وینفیلد، جیل، تایلر و پیلگینگتون^۱، ۲۰۱۲).

از آنجا که زن سرپرست خانوار، الگو و حامی اصلی فرزندان و خانواده برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، خانوادگی، تحصیلی و رفتاری در آینده است و اوست که باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود و از ایجاد حداقل تنش‌ها در خانواده جلوگیری نماید و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند، لذا موفقیت در انجام این وظایف خطیر، مستلزم برخورداری مادر از به‌زیستی روان‌شناختی است (حسینی و همکاران، ۱۳۸۸). لذا در خانواده‌هایی که مادر سرپرست خانوار است، به‌زیستی روان‌شناختی او، نقش بسزایی در سلامت روانی و اجتماعی فرزندان دارد. هرچند نیازهای اقتصادی و معیشتی زنان سرپرست خانوار، کمابیش مدنظر قرار گرفته است، اما وضعیت سلامت جسمانی و روانی آنان به‌ندرت مورد بحث واقع شده است (صادقی، ۱۳۸۸). مطالعات نشان می‌دهند که زنان سرپرست خانوار، به دلیل حساسیت‌های روحی و عاطفی و تجربه مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی و شرایط ناگوار بیشتر، در مقایسه با مردان سرپرست خانوار، از به‌زیستی روان‌شناختی پایینی برخوردارند (جمالی و همکاران، ۱۳۹۲). با کاهش سطح به‌زیستی روان‌شناختی، آسیب‌پذیری در برابر رخدادها و ضعف و ناتوانی در انجام وظایف مهم، فشار مضاعفی را بر سلامت روان فرزندان و حفظ کانون خانواده این زنان تحمیل می‌کند (قارونی، ۱۳۹۵).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که عوامل مختلفی با به‌زیستی روان‌شناختی در ارتباط هستند. یکی از این عوامل، امیدواری^۲ است. امیدواری یکی از چهار مؤلفه‌ی سرمایه روان‌شناختی^۳ است که اشنايدر^۴ (۲۰۰۶)، آن را به‌عنوان «اعتقاد به این امر که هدفان هر

1. Winefield, Gill, Taylor and Pilkington

2. hope

3. psychological capita

4. Snyder



چه باشد، هم انگیزه دستیابی به آن را دارید و هم راه آن مقابل شما گشوده است» تعریف کرده است. او امیدواری را متشکل از سه سازه می‌داند: «اهداف» شامل اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت، «تفکر راهبردی» یعنی توانایی در نظر گرفتن مسیرهای متنوع برای رسیدن به هدف و «تفکر عاملی» به معنای توانایی ایجاد انگیزه و پایدار نگه‌داشتن آن تا رسیدن به هدف. امیدواری ترکیبی از عزم درونی در برابر رویدادهای بیرونی است که ما آرزو داریم رخ بدهند (گل پرور، ۱۳۹۳). به نظر اریکسون^۱ (۱۹۸۲)، امیدواری یعنی این انتظار که باوجود ناکامی‌ها، سختی‌ها و ناملایمات، در آینده اتفاقات خوشایندی به وقوع خواهد پیوست. او امید را تحت عنوان کلی «انتظار مثبت برای دست یافتن به هدف» می‌داند (کرین، ۱۳۹۵).

امیدواری ماهیتی آینده‌نگر دارد و فرد امیدوار کسی است که خود را در آینده احساس می‌کند. امیدواری تنها چیزی است که ما را در شرایط دشوار به سمت هدف اصلی «زندگی به معنای وسیع آن» راهبری می‌کند. از نظر روان‌شناسان، قطع امید با مرگ برابری می‌کند. انسان بدون امید، مرده متحرکی بیش نیست. امیدواری، پل زدن به سوی اهدافی است که اکنون در رؤیا داشته و در آینده به آن خواهیم رسید. در روان‌شناسی مثبت‌نگر، امیدواری یکی از مفاهیم بسیار نزدیک به خوش‌بینی است که افراد را به جستجوی فردای بهتر وامی‌دارد. امیدواری یعنی انتظار موفقیت و آینده‌ی بهتر، یعنی دلیلی برای زیستن. وقتی امید در دل و ذهن وجود داشته باشد، اشتیاق زندگی نیز وجود خواهد داشت. باور و انتظار، دو مؤلفه‌ی اصلی امیدواری هستند؛ این دو با آزادسازی اندورفین و انکفالین‌های مغز، قادرند مانع درد شوند. امیدواری به‌عنوان یکی از منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری و برخورد با مشکلات و حتی شفابخشی در بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود (بهاری، ۱۳۹۳). اعتقاد بر این است که یکی از زمینه‌های اصلی و مهم در به وجود آمدن عواطف مثبت مثل احساس نشاط و شادی، وجود امیدواری نسبت به خود، زندگی و آینده است و احساس اضطراب، نگرانی و افسردگی، با فقدان امیدواری رابطه مستقیم دارد (کرین، ۱۳۹۵).

^۱. Erikson

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که بین امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد. بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت‌آباد (۱۳۹۰) در «رابطه‌ی امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان»، نشان دادند که بین امیدواری و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد.

دانستان، فالکونر و پرایس^۱ (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان «رابطه‌ی بین امید و بهزیستی روانی در افرادی که از اختلال روانی بهبودیافته‌اند»، نشان دادند که امید، بهزیستی روانی را در گروه نمونه پیش‌بینی می‌کند.

ناک^۲، ۲۰۱۷ در پژوهشی با عنوان «امید به‌عنوان یک عامل مهم برای سلامت روان در افراد گمنام وابسته به الکل به مشروبات الکلی (الکلی‌های گمنام)» به این نتیجه رسید که امید یک عامل مرتبط با سلامت روان در الکلی‌های گمنام است. همچنین سطح بالایی از امید با ارزیابی از زندگی رابطه‌ی مثبت دارد و میزان استرس را در این افراد بین می‌برد.

نابی، احمد و خان^۳ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان «امید و بهزیستی روان‌شناختی در میان بیماران دیابتی: یک مطالعه همبستگی» نشان دادند که رابطه‌ی بین امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی به‌طور معناداری مثبت است.

کاتو و اشنايدر^۴ (۲۰۰۵) در پژوهش خود با عنوان «رابطه بین امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی» نشان دادند که تمایل به امیدواری، همبستگی منفی با پاسخ استرس، ناامیدی، افسردگی و اضطراب روانی و رابطه‌ی مثبت با احساس شادی دارد.

متغیر روان‌شناختی دیگری که می‌تواند با بهزیستی روان‌شناختی در ارتباط باشد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده^۵ است که به‌عنوان «ادراک فرد از وجود محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و دیگران مهم مثل سازمان‌های اجتماعی و حمایتی به‌هنگام مواجهه با مشکل و مقابله با عوامل تنیدگی‌زا مثل اختلالات روان‌شناختی» تعریف شده است (صدری‌دمیرچی، فیاضی و محمدی، ۱۳۹۵).

1. Dunstan, Falconer, and Price

2. Wnuk

3. Nabi, Ahmad and Khan

4. Kato T Snyder

5. perceived social support (PSS)



وجود حمایت اجتماعی ادراک‌شده، باعث می‌شود فرد احساس کند کسانی هستند که دوستش دارد، به او اهمیت می‌دهند و در مواقع پریشانی و مواجهه با مشکلات، در کنار او هستند، او را یاری کنند و می‌توانند در آرام کردن او کمک کنند (سارافینو و اسمیت^۱، ۲۰۱۶). حمایت اجتماعی به به‌زیستی روان‌شناختی افراد، حتی با وجود سطح بالایی از فشار روانی کمک می‌کند. این مهم، باعث ایجاد حسی از خود ارزشمندی و عاطفه مثبت می‌شود (سوود و بخشی^۲، ۲۰۱۲). پژوهشگران، حمایت اجتماعی را به‌عنوان منبعی که افراد را قادر به مقابله با فشارهای روانی و مشکلات زندگی می‌سازد و به‌عنوان یک سد حمایتی در مقابل فشار روانی عمل می‌کند، قلمداد می‌کنند که با انواع پیامدهای اجتماعی، روان‌شناختی و جسمانی مثبت همراه است (مارگارت‌سنتلر^۳، ۲۰۱۵). حمایت اجتماعی، نیرومندترین نیروی مقابله‌ای، برای رویارویی موفقیت‌آمیز افراد در زمان درگیری با بیماری-های مزمن و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند، باعث کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می‌شود، می‌گردد و به‌تبع آن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و مثبت خواهد داشت (به‌نام‌مقدم، یاریان، به‌نام‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش‌ها، نشان می‌دهد که افرادی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً به‌زیستی روان‌شناختی بالاتری نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند (سارافینو و اسمیت، ۲۰۱۱)؛ و سطوح پایین حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی سطوح پایین به‌زیستی روان‌شناختی مؤثر بوده است (کاکابرایی، ارجمندنیا و افروز، ۱۳۹۱).

نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و به‌زیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. گودرز، فروغان، مکارم و راشدی (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان «رابطه حمایت اجتماعی و به‌زیستی روانی در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی روزانه» به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و به‌زیستی روانی، رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. نتایج پژوهش

¹. Sarafino, and Smith

². Sood and Bakhshi

³. Margarite Schnettler

رنجبر، تسبیح‌سازان و لطفی کاشانی (۱۳۹۴) که با هدف بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده با بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به سرطان انجام شد نشان دادند در زنانی که بهزیستی روان‌شناختی بیشتری دارند، از حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالایی برخوردار بودند. شعبانی، بلوکی و مام شریفی (۱۳۹۱) در بررسی روابط خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و خوش‌بینی در پیش‌بینی کنندگی بهزیستی ذهنی در دانشجویان، نشان دادند با افزایش سطح حمایت اجتماعی دانشجویان، احساس بهزیستی ذهنی در آن‌ها افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش زائری، خواجه و تمیمی (۱۳۹۵)، با عنوان رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک‌شده با مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار، نشان داد که همبستگی مثبت معنی‌داری میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی کلی را نشان داد.

کالپانا^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان «حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی» در هند انجام داده است نشان داد در افرادی که حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالایی وجود دارد، از بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردارند. نتایج پژوهش‌های دیگری مثل سانیا، فرناندز و اینفیمات^۲، ۲۰۱۶؛ دی یو، لی، چی و دیگران^۳، ۲۰۱۵؛ سوود و بخشی، ۲۰۱۲؛ اوکاوا، یاسوکا، ایشی‌کاوا و همکاران^۴، ۲۰۱۱) رابطه‌ی مثبت و معنادار حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهند. همچنین نتایج پژوهش کاتی و سیسیلیا^۵ (۲۰۱۶) اثربخشی بالای میانجیگری حمایت اجتماعی را در رابطه‌ی بین بهزیستی روان‌شناختی و رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامتی نشان داد.

همان‌گونه که ذکر گردید، بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک سپر دفاعی، نقش مهمی در حفاظت از افراد در برابر عوامل آسیب‌زا و افزایش کیفیت زندگی ایفاء می‌کند و افراد با بهزیستی روان‌شناختی بالا، احساس شادی، توانمندی، ادراک حمایت خوب، رضایت از زندگی و سلامت جسمانی خوب را گزارش می‌دهند (وینفیلد و دیگران، ۲۰۱۲) و زنان

1. Kalpana Rani

2. Sanyal, Fernandes and Infimate

3. Du, Li, Chi, Zhao and Zhao

4. Okawa, Yasuoka, Ishikawa & et al

5. Catie and Cecilia



سرپرست خانوار به دلایل مختلفی چون ایفای نقش‌های متعدد و متعارض، تنهایی به دوش کشیدن مسئولیت زندگی، فقر و ناتوانی در اداره امور اقتصادی، تنهایی و واکنش‌های نامناسب اجتماعی، فشار روانی، اضطراب، افسردگی و مشکلات جسمانی و اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند (آزاده و تافته، ۱۳۹۴) و نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دیگر، از به‌زیستی روان‌شناختی و امیدواری پایینی برخوردارند (نصیری، غفاری، جهانگیری و دیگران، ۱۳۹۵؛ رزمی سوها، ۱۳۹۴). همچنین، تعداد زیادی از زنان سرپرست خانوار را، زنان تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) تشکیل می‌دهند که جزو اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند و در معرض انواع مشکلات و فشارهای روانی هستند. با توجه به مطالب ذکر شده و نیز فقدان پژوهش کافی در این زمینه، این مسئله احساس شد که آیا امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، به‌زیستی روان‌شناختی را در زنان سرپرست خانوار پیش‌بینی می‌کنند؟ چراکه اگر عوامل مؤثر در پیش‌بینی به‌زیستی روان‌شناختی آنان شناسایی شود می‌توان راهکارها و مداخله‌های مناسب جهت افزایش به‌زیستی روان‌شناختی آنان پیدا کرد در غیر این صورت، دیگر نمی‌توانند انسان بانشاط، نیرومند و توانا در انجام مسئولیت‌های مهم خود مثل فرزند پروری سالم باشند لذا، باید شاهد آسیب دیدن و ازهم‌پاشیده شدن کانون گرم خانواده‌های بسیاری از آن‌ها و در نتیجه مشکلات بیشتر در جامعه باشیم که جبران این آسیب‌ها، نیازمند صرف هزینه‌های زیاد درمانی، اقتصادی و اجتماعی است. لذا، هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی به‌زیستی روان-شناختی بر اساس امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) است.

روش پژوهش

روش پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه ۱،۲۵۰ نفر زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) در سال ۱۳۹۶ شهرستان سنقر است. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل داشتن حداقل سطح تحصیلات پنجم ابتدایی و حداقل مدت یک سال سرپرست خانوار بودن و؛ ملاک‌های خروج شامل سن شرکت‌کننده بیشتر از ۵۰ سال و کمتر از ۲۰ سال نباشد و تحت حمایت خانواده پدری

خود یا خانواده شوهر نباشند، بود. جهت انتخاب گروه نمونه، از میان جامعه آماری، تعداد ۱۵۰ نفر، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، بعد از احساس مسئله اصلی پژوهش، کسب مجوز پژوهش از اداره کل کمیته امداد امام (ره) استان کرمانشاه و مطالعه‌ی کافی در مورد متغیرهای پژوهش، ابزارهای معتبر سنجش متغیرها تهیه شد. جهت اجرای پژوهش، با مراجعه به کمیته امداد امام (ره) شهرستان سنقر، هدف از اجرای پژوهش و رعایت اصول اخلاقی برای مدیریت، حراست و مشاور و مددکار شرح داده شد. بعد از موافقت آنان، به مدت یک ماه، برای زنان سرپرست خانواری که در کارگاه‌های آموزشی شرکت می‌کردند یا به کمیته امداد مراجعه می‌کردند، هدف از اجرای پژوهش برای آن‌ها بیان می‌شد. سپس، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش، از میان افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، در اتاق مشاوره، توضیح کامل در مورد پرسشنامه‌ها و نحوه‌ی تکمیل آن‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شد. سپس پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار داده و به آن‌ها وقت کافی جهت پاسخ دادن داده می‌شد. بعد از جمع‌آوری و تصحیح پرسشنامه‌ها، به کمک متخصص آمار، نمرات خام به نمره بهنجار تبدیل شد. در این پژوهش اصول اخلاقی پژوهش از جمله رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش؛ رازداری و محرمانه بودن هویت و اطلاعات آزمودنی‌ها؛ رعایت صداقت و امانت علمی؛ آگاهی آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش؛ اطمینان از بی‌خطر بودن پژوهش برای آزمودنی‌ها؛ تکریم شخصیت و شأن و منزلت انسانی آزمودنی‌ها و قدردانی از همکاری آن‌ها رعایت گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان و نرم‌افزار SPSS ۲۰ استفاده شد. جهت سنجش متغیرها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه به‌زیستی روان‌شناختی^۱: یک ابزار خودگزارشی ۸۴ سؤالی است که توسط ریف (۱۹۹۵) برای سنجش ۶ بعد به‌زیستی روان‌شناختی شامل: پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، داشتن هدف در زندگی، رشد فردی و تسلط بر محیط تهیه شده

^۱. Psychological Wellbeing Inventory



است. این آزمون در یک پیوستار 6 درجه‌ای از (کاملاً مخالفم؛ نمره ۱ تا کاملاً موافقم؛ نمره ۶) پاسخ داده می‌شود. دامنه نمره هر بعد از مقیاس از ۱۴ تا ۸۴ در تغییر است. مجموع نمرات این 6 عامل به‌عنوان نمره کلی به‌زیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. نمره‌ی بالاتر بیانگر به‌زیستی روان‌شناختی بالاتر است. ارزیابی روان‌سنجی از پرسش‌نامه به‌زیستی روان‌شناختی ریف، همسانی درونی عالی از ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ را برای شش حوزه نشان داده است. به‌علاوه، تمام حوزه‌های اعتبار سازه خوب با ضریب همبستگی ۰/۲۵ تا ۰/۷۳ نشان دادند (فایرکلوز، ۲۰۱۷). در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی، ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۱ و ۰/۷۸ به‌دست‌آمده است.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده: این مقیاس یک ابزار ۱۲ سؤالی با سه خرده مقیاس (هرکدام دارای ۴ سؤال) است که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده‌ی فرد را از سه منبع «خانواده»، «دوستان» و «دیگران مهم در زندگی» در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت، از به‌شدت مخالف (نمره ۱) تا به‌شدت موافق (نمره ۷) می‌سنجد که توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۱ (۱۹۸۸) تهیه شده است. دامنه نمره کل مقیاس از ۱۲ تا ۸۴ در تغییر است. برای به دست آوردن نمره‌ی کل این مقیاس، نمره‌ی همه‌ی سؤال‌ها باهم جمع شده و بر تعداد آن‌ها (۱۲) تقسیم می‌شود. نمره کل بالا، میزان بالای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و نمره پایین، ضعف در حمایت اجتماعی ادراک‌شده را نشان می‌دهد (ایکسو، زاهو، ایکسو و همکاران^۲، ۲۰۱۷).

ایکسو و همکاران (۲۰۱۷) ضریب اعتبار این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ گزارش کردند. پاتکی^۳ (۲۰۱۶) ضریب اعتبار زیر مقیاس‌های خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۹۱ گزارش کرده است.

1. multidimensional scale of perceived social Support (MSPSS)

2. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

3. Xu, Zhao, Xue et al

4. Patki

در ایران، عدل، شفیع آبادی و پیرانی (۱۳۹۵) در پژوهش خود، ضریب اعتبار را با روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۹۲ به دست آوردند. همچنین آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۵) ضریب اعتبار را با روش آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه برای نمره کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و هر سه بعد حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۸۸ و برای سه بعد حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۸، ۰/۸۶ به دست آمد.

پژوهش‌های مختلف، روایی مناسب مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را مورد تأیید قرار داده‌اند (ایکسو و همکاران، ۲۰۱۷؛ وونگ‌پاکاران، وونگ‌پاکاران و راکتراکول^۱، ۲۰۱۱).

مقیاس امیدواری بزرگسالان^۲: این پرسشنامه یک مقیاس ۱۲ سؤالی است که برای ارزیابی میزان امیدواری در افراد بالای ۱۵ سال توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) تهیه شده است. از ۱۲ سؤال پرسشنامه، ۴ سؤال برای سنجش تفکر عاملی، ۴ سؤال برای سنجش تفکر راهبردی است و ۴ سؤال هم انحرافی است. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۸ درجه‌ای (از کاملاً مخالف نمره ۱ تا کاملاً موافق نمره ۸) است. نمره‌گذاری سؤالات انحرافی (۳، ۵، ۷ و ۱۱) که برای افزایش دقت آزمون است حذف می‌شود، بنابراین دامنه‌ی نمرات بین ۸ تا ۶۴ است (کرمانی، خداپناهی و حیدری، ۱۳۹۰).

لوپز و اشنایدر^۳ (۲۰۰۹)، ضریب اعتبار این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهشی که گلزاری (۱۳۸۶) بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در تهران انجام داد، پایایی مقیاس امید اشنایدر با روش همسانی درونی موردبررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (بیجاری،

۱. Wongpakaran, Wongpakaran & Ruktrakul

۲. adult hope scale

۳. Lopez and Snyder



قنبری‌هاشم‌آبادی و آقامحمدیان‌شعرباف، ۱۳۸۸). کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اشنایدر، ضریب اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آوردند.

در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی مقیاس امیدواری بزرگسالان با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ به دست آمد.

هماهنگی سؤالات این مقیاس با نظریه امید اشنایدر، نشان‌دهنده روایی محتوایی^۱ خوب آن است. در روایی هم‌زمان، اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- گزارش کرده‌اند. بررسی روایی هم‌زمان با محاسبه‌ی همبستگی این مقیاس با مقیاس افکار خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و معنا، بیانگر رابطه‌ی منفی بین نمرات مقیاس امید با نمرات مقیاس افکار خودکشی و رابطه مثبت با نمرات مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و معنا در زندگی بود (کرمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

یافته‌ها

داده‌های توصیفی

بررسی توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی به شرح زیر است:

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) در سال ۱۳۹۶ شهرستان سنقر بود که تعداد آن‌ها برابر ۱،۲۵۰ نفر است. حجم نمونه آماری برابر با ۱۵۰ نفر بود. دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۰ و ۵۰ سال بود. تحصیلات آن‌ها از پنجم ابتدایی تا کارشناسی را شامل می‌شد. افراد نمونه تحت حمایت خانواده پدری خود یا خانواده شوهر نبودند.

متغیر	نمره کل و زیر مقیاس‌ها	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل	۱۵۰	۱۸	۷۱	۴۲/۲۶	۱۳/۴۳	
تسلط بر محیط	۱۵۰	۲۰	۷۶	۴۴/۲۲	۱۳/۹۵	
به‌زیستی پذیرش خود	۱۵۰	۱۶	۷۲	۴۱/۲۶	۱۳/۱۶	

^۱. content validity

۱۳/۲۸	۳۹/۰۸	۷۲	۱۶	۱۵۰	روان- هدفمندی در شناختی زندگی
۱۴/۵۲	۴۶/۲۷	۷۸	۱۸	۱۵۰	روابط مثبت با دیگران
۱۴/۰۰	۴۴/۲۴	۷۶	۲۰	۱۵۰	خودمختاری
۱۳/۰۹	۳۶/۲۰	۷۰	۱۶	۱۵۰	رشد فردی
۱۱/۹۶	۳۷/۷۶	۶۸	۱۶	۱۵۰	حمایت نمره کل
۱۴/۵۳	۴۱/۳۰	۷۷	۱۲	۱۵۰	اجتماعی خانواده
۱۱/۵۸	۳۳/۴۲	۷۵	۱۶	۱۵۰	ادراک شده دوستان
۱۱/۷۰	۳۸/۳۴	۷۱	۱۸	۱۵۰	افراد مهم
۹/۷۵	۳۱/۵۸	۶۱	۱۵	۱۵۰	امیدواری

همان‌طور که مشاهده می‌شود نمره کمینه و بیشینه و میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان در متغیر به‌زیستی روان‌شناختی به ترتیب ۱۸، ۷۱، ۴۲/۲۶ و ۱۳/۴۳ در حمایت اجتماعی ادراک شده، ۱۶، ۶۸، ۳۷/۷۶ و ۱۱/۹۶ و در امیدواری ۱۶، ۶۱، ۳۱/۵۸ و ۹/۷۵ بود. میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس روابط مثبت با دیگران در به‌زیستی روان‌شناختی و زیرمقیاس خانواده در حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر از سایر متغیرهاست.

داده‌های استنباطی

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی بین امیدواری و مؤلفه‌های به‌زیستی روان‌شناختی

به‌زیستی روان‌شناختی							
رشد فردی	خودمختاری	روابط مثبت با دیگران	هدفمندی در زندگی	پن‌پن‌پن خرد	تسلط بر محیط	به‌زیستی روان-شناختی	امیدواری ضریب همبستگی
۰/۴۵۵	۰/۴۸۸	۰/۵۴۷	۰/۵۴۱	۰/۵۰۱	۰/۴۸۹	۰/۵۳۱	



معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تعداد	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰

جدول ۲ ضریب همبستگی بین امیدواری و به‌زیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین امیدواری، مقیاس کل به‌زیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن یعنی تسلط بر محیط، پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری و رشد فردی به ترتیب برابر است با ۰/۵۳۱، ۰/۴۸۹، ۰/۵۰۱، ۰/۵۴۱، ۰/۰۴۷، ۰/۵۴۷، ۰/۴۸۸ و ۰/۴۵۵ بوده و این مقادیر در سطح $P < 0/01$ معنادار می‌باشند، لذا فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین امیدواری و مؤلفه‌های به‌زیستی روان‌شناختی رد و فرض پژوهش پذیرفته می‌شود؛ یعنی بین امیدواری و به‌زیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و به‌زیستی روان‌شناختی

متغیر	شناختی روان-به‌زیستی محیط-تسلط بر	پذیرش خود	در زندگی هدفمندی	روابط مثبت با دیگران	خودمختاری	رشد فردی
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰/۷۵۰	۰/۷۲۶	۰/۷۵۱	۰/۷۱۱	۰/۷۰۰	۰/۷۲۹
خانواده	۰/۷۴۳	۰/۷۳۰	۰/۷۵۷	۰/۷۰۱	۰/۷۰۶	۰/۷۱۶
دوستان	۰/۶۷۹	۰/۶۶۶	۰/۶۷۴	۰/۶۴۴	۰/۶۴۷	۰/۶۸۳
افراد مهم	۰/۶۸۰	۰/۶۵۸	۰/۶۸۴	۰/۶۵۰	۰/۶۴۹	۰/۶۵۵
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تعداد	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰	۱۵۰

جدول ۳. ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و به‌زیستی روان-شناختی را نشان می‌دهد همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقدار ضریب همبستگی بین مقیاس کل حمایت اجتماعی ادراک شده و زیرمقیاس‌های خانواده، دوستان و افراد مهم با به‌زیستی روان‌شناختی به ترتیب برابر است با ۰/۷۵۰، ۰/۷۴۳، ۰/۶۷۹، ۰/۶۸۰ بوده و این مقادیر در سطح $P < 0/01$ معنادار می‌باشند، لذا فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و به‌زیستی روان‌شناختی رد و فرض پژوهش پذیرفته می‌شود؛ یعنی بین حمایت اجتماعی ادراک شده و به‌زیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای به‌زیستی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده و امیدواری

مدل								
F	R ²	R	P	t	β	SE	B	
۱۰۸/۴۶۶	۰/۵۹۶	۰/۷۷۲	۰/۰۰۱				به‌زیستی روان‌شناختی	
			۰/۰۳۴	۲/۱۳۹		۲/۶۹۳	۵/۷۶۰	ثابت مدل
			۰/۰۰۱	۳/۴۷۲	۰/۲۱۰	۰/۰۸۳	۰/۲۹۰	امیدواری
			۰/۰۰۰۱	۱۰/۶۴۶	۰/۶۴۵	۰/۰۶۸	۰/۷۲۴	حمایت اجتماعی ادراک شده

جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای به‌زیستی روان‌شناختی، امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک شده را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه میان متغیرهای پیش‌بین با به‌زیستی روان‌شناختی برابر ۰/۷۷۲ بوده و امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۵۹۶ از تغییرات به‌زیستی روان‌شناختی را تبیین می‌کنند.



بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی به‌زیستی روان‌شناختی بر اساس امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام (ره) شهرستان سنقر انجام شد. زنان سرپرست خانوار، به دلیل محرومیت‌ها و محدودیت‌های فراوانی همچون محرومیت از نیازهای اقتصادی (خوراک، پوشاک، مسکن...)، محرومیت از نیازهای فرهنگی (داشتن توانایی، مهارت یا فرصت شغلی، تحصیلات...)، محرومیت از نیازهای اجتماعی (داشتن اعتبار و نفوذ در بین دیگران، ارتباط با اطرافیان و اعتماد به آن‌ها) و محرومیت از نیازهای سیاسی (احساس عدالت و امنیت) جزو اقشار آسیب‌پذیر جامعه‌اند و بیشتر از سایر گروه‌ها در معرض آسیب‌های روانی هستند (آزاده و تافته، ۱۹۴). نتایج تحلیل داده‌ها به روش همبستگی و تحلیل رگرسیون نشان داد که میان امیدواری و به‌زیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش امیدواری، به‌زیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های بهادری و همکاران (۱۳۹۰)؛ دانستان و همکاران (۲۰۱۷)؛ ناک (۲۰۱۷)؛ نابی و همکاران (۲۰۱۶) و کاتو و اشنایدر^۱ (۲۰۰۵) هماهنگ است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که امید نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می‌کند، به انسان‌ها انرژی می‌دهد، آن‌ها را مجهز می‌کند تا برای کار و فعالیت آماده شوند، به ما انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی می‌دهد که زندگی به ما تحمیل می‌کند و باعث افزایش رضایت از زندگی و تاب‌آوری می‌شود. لذا، کارکرد امید در زندگی به‌عنوان یک مکانیسم حمایتی است؛ بنابراین برخورداری زنان سرپرست خانوار از امیدواری، سبب کاهش ناامیدی، افسردگی و اضطراب و درنهایت افزایش به‌زیستی روان‌شناختی در زنان می‌شود و فقدان آن، تاب‌آوری فرد را کاهش داده و او را در برابر ناملایمات زندگی آسیب‌پذیر می‌کند (بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت‌آباد، ۱۳۹۰؛ بهاری، ۱۳۹۳).

^۱. Kato T Snyder

همچنین، میان حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های انجام شده داخلی مثل گودرز و همکاران، ۱۳۹۴؛ رنجبر و همکاران، ۱۳۹۴؛ شعبانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ زائری و همکاران، ۱۳۹۵؛ کاکابری و همکاران، ۱۳۹۱ و پژوهش‌های خارجی انجام شده مثل کالپانا، ۲۰۱۶؛ سانیا و همکاران، ۲۰۱۶؛ کاتی و سیسیلیا^۱، ۲۰۱۶؛ دی یو و دیگران^۲، ۲۰۱۵؛ سوود و بخشی، ۲۰۱۲؛ اوکاو و همکاران، ۲۰۱۱؛ هماهنگ است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند احساس می‌کنند که کسی دوستشان دارد، به آن‌ها اهمیت داده می‌شود، دیگران آن‌ها را افراد محترم، باارزش و باعزت به شمار می‌آورند و خود را بخشی از شبکه اجتماعی نظیر خانواده یا سازمان‌های اجتماعی می‌دانند که می‌تواند منبع کمک‌های مادی و معنوی و خدمات دوجانبه به هنگام نیاز باشد (سارافینو و اسمیت^۳، ۲۰۱۶). حمایت اجتماعی نه تنها هنگام فشار روانی بسیار یاری کننده است، بلکه به هنگام آرامش نسبی نیز مفید واقع می‌شود. حمایت اجتماعی به فرد احساس امنیت و اعتماد به نفس می‌دهد تا رویکردهای جدید را بسنجد و مهارت‌های مقابله‌ای بیشتری را کسب کند. نتایج پژوهش‌ها، نشان می‌دهد که زنانی که در شبکه‌های حمایتی قرار دارند، کمتر افسرده‌اند و عمدتاً سلامت روانی بهتری نسبت به افراد فاقد چنین شبکه‌های حمایتی نشان می‌دهند. اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی از جانب دوستان، خانواده و سایر افراد منجر به کاهش فشار روانی در افراد می‌شود و توانایی آن‌ها را برای مقابله با مشکلات افزایش می‌دهد. لذا، آسیب‌پذیری جسمانی و روان‌شناختی این زنان، به موازات افزایش حمایت اجتماعی کاهش می‌یابد؛ به این معنا که حمایت اجتماعی سپری است برای آن‌ها در مقابل آشفتگی‌های زندگی در دنیایی پیچیده (سارافینو و اسمیت، ۲۰۱۶).

¹. Catie and Cecilia

². Du , Li , Chi , Zhao and Zhao

³. Sarafino and Smith



در پاسخ به مسئله‌ی پژوهش که آیا حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امیدواری، به‌زیستی روان‌شناختی را در زنان سرپرست خانوار پیش‌بینی می‌کنند؟ با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون می‌توان گفت که این دو متغیر می‌توانند ۶۰٪ از تغییرات به‌زیستی روان‌شناختی را تبیین کنند.

در تبیین کلی از یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت زنانی که از امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتری برخوردار هستند، دارای به‌زیستی روان‌شناختی بالاتری می‌باشند؛ این عامل مهم باعث می‌شود آن‌ها احساس استقلال، شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون خود کنند، بر اساس افکار، احساسات و باورهای خود تصمیم بگیرند و توانایی مقابله با فشارهای اجتماعی داشته باشند، احساس رشد مداوم و خودکارآمدی داشته و نسبت به تجارب جدید پذیرا باشند، روابط گرم، رضایت‌بخش و قابل‌اعتماد با دیگران برقرار کنند، قادر به همدلی، دریافت و ارائه محبت و ایجاد صمیمیت باشند، برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی خود، معنا و هدفی پیدا کنند، نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش داشته باشند و احساس تسلط و شایستگی در مدیریت محیط پیرامون و تغییر آن داشته باشند (جمالی و همکاران، ۱۳۹۲).

ولی زنانی که از امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده کمتری برخوردار هستند، دارای به‌زیستی روان‌شناختی پایین‌تری می‌باشند، بنابراین، در مورد انتظارات و ارزیابی دیگران نگران هستند، در تصمیم‌گیری‌های مهم، بر قضاوت‌های دیگران تکیه کرده و با فشارهای اجتماعی جهت تفکر و عمل به روش‌های خاصی هم‌نوایی می‌کنند. آن‌ها احساس رکود شخصی، بی‌حوصلگی و بی‌علاقگی به زندگی دارند، روابط نزدیک و قابل‌اعتماد کمی با دیگران دارند. این زنان، گرم بودن، پذیرا بودن و اهمیت دادن به دیگران را مشکل می‌بینند، در روابط میان فردی منزوی و ناامید هستند و تمایلی به توافق برای حفظ روابط عاطفی مهم با دیگران ندارند، فاقد حس معنا در زندگی هستند، اهداف یا مقاصد کمی در زندگی گذشته یا آینده خود می‌بینند و چشم‌انداز و یا باورهایی که معنای زندگی ایجاد کنند ندارند، از خود احساس نارضایتی می‌کنند و نسبت به آنچه در زندگی گذشته خود رخ داده است ناامیدند، در مدیریت امور روزمره مشکل دارند، احساس عدم

توانایی برای تغییر و یا بهبود زمینه‌های جانبی دارند، از فرصت‌های موجود ناآگاه‌اند و فاقد حس کنترل بر جهان بیرونی هستند (جمالی و همکاران، ۱۳۹۲).

لذا می‌توان گفت که امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، می‌تواند به‌زیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند و فاکتورهای مهمی در مقابله مثبت و مؤثر با مشکلات زندگی و حفظ و بهبود به‌زیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) باشند. لذا شایسته است نهادهایی مثل کمیته امداد امام (ره) که با زنان سرپرست خانوار در ارتباط هستند، سعی در فراهم نمودن و تقویت حمایت اجتماعی و امیدواری این زنان داشته باشند. امید است در مداخلات درمانی، این دو عامل مهم، مورد توجه درمانگران قرار گیرد.

پژوهش حاضر علی‌رغم نتایج به‌دست‌آمده، دارای محدودیت‌هایی بود از جمله؛ این‌که فقط بر روی زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد امام (ره) شهرستان سنقر صورت گرفته است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه‌ها باید احتیاط شود. اکثریت افراد شرکت‌کننده، دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم بودند. این عامل در فهم دقیق سؤالات و میزان دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است. جمع‌آوری اطلاعات در یک محدوده‌ی زمانی و به‌طور مقطعی، در نتایج پژوهش بی‌تأثیر نبوده است و از آنجاکه روش پژوهش از نوع همبستگی است، نتیجه‌گیری علی‌ممكن نیست.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و نیز بر اساس محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده سعی شود در جامعه زنان سرپرست خانوار، رابطه‌ی متغیرهای دیگری مثل سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با به‌زیستی روان‌شناختی بررسی شود. اثربخشی امید درمانی یا معنا درمانی گروهی روی زنان سرپرست خانوار بررسی شود تا شاهد میزان اثربخشی این مداخلات درمانی بر به‌زیستی روان‌شناختی آن‌ها بود؛ و نیز نقش امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی به‌زیستی روان‌شناختی جوامع آماری دیگر مثل بیماران صعب‌العلاج بررسی شود.



منابع فارسی

۱. آزاده، منصوره اعظم و تافته، مریم (۱۳۹۴). روایت زنان سرپرست خانوار از موانع شادمانی (مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار تهران). دو فصل‌نامه مطالعات زن و خانواده. مقاله ۲، دوره ۳، شماره ۲ - شماره پیاپی ۶، صفحه ۳۳-۶۰.
۲. آقاییوسفی علیرضا؛ امینی، فاطمه؛ دهستانی، مهدی؛ سالاری، سوسن (۱۳۹۵). بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران. ۱۸ (۵): ۳۳۴-۳۴۲.
۳. بهادری خسروشاهی، جعفر و هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۹۰). رابطه‌ی امیدواری و تاب‌آوری با به‌زیستی روان‌شناختی در دانشجویان. اندیشه و رفتار روان‌شناسی بالینی. دوره ۶، شماره ۲۲؛ صفحه ۴۱ الی ۵۰.
۴. بهاری، فرشاد (۱۳۹۳). مبانی امید و امید درمانی: راهنمای امیدآفرینی، چاپ اول، تهران، نشر دانژه.
۵. بهنام مقدم، محمد؛ بهنام مقدم، عزیز؛ یاریان، سجاد و همکاران (۱۳۹۳). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بیماران قلبی عروقی شهر یاسوج. مجله ارمدان دانش، دوره ۱۹، شماره ۷، شماره پی‌درپی ۹۰.
۶. بیانی علی‌اصغر، محمدکوکچی عاشور، بیانی علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به‌زیستی روان‌شناختی ریف. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۴ (۲): ۱۵۱-۱۴۶.
۷. بیجاری، هانیه؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه مطالعات تربیتی و روانشناسی. دوره ۱۰، شماره ۱، ص ۱۷۲ الی ۱۸۴.
۸. جمالی، محمود؛ سپاه منصور، مؤگان؛ فلاحیان، معصومه (۱۳۹۲). مقایسه به‌زیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست. مجله زن در توسعه و سیاست. دوره ۱۱، شماره ۴، صفحه ۵۳۱-۵۴۲.
۹. حجت خواه محسن و فرحناک، معصومه (۱۳۹۵). نقش باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی به‌زیستی روان‌شناختی نوجوانان تحت پوشش کمیته امداد. پایان‌نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد.
۱۰. حسینی، سیداحمد؛ ستاره فروزان، آمنه؛ امیرفریاد، معصومه (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان به‌زیستی شهر تهران - فصلنامه‌ی پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره سوم. صفحه ۱۱۷ تا صفحه ۱۳۷.
۱۱. رزمی سوها، مهران (۱۳۹۴). مقایسه امید به زندگی و تاب‌آوری در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی. فصلنامه علمی پژوهشی خانواده و بهداشت، شماره‌های چهارم و اول.

۱۲. رنجبر، سعیده؛ تسبیح سازان، سیدرضا؛ لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۴). بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده با به‌زیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به سرطان. مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. شماره ۱، صفحه ۱۵۱ تا ۱۷۹.
۱۳. زارع، حسین و مهمان‌نوازان، اشرف (۱۳۹۴). تأثیر آموزش دلگرم‌سازی بر ارتقاء خودکارآمدی عمومی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار. دو فصل‌نامه مطالعات زن و خانواده. دوره ۳، شماره ۱ - شماره پیاپی ۵، صفحه ۳۷ الی ۵۷.
۱۴. زائری، سمیه؛ خواجه، نجمه و تمیمی، مهدی (۱۳۹۵). رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک‌شده با مؤلفه‌های به‌زیستی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار. کرمان؛ ششمین همایش پژوهش‌های نوین در علوم و فناوری.
۱۵. شعبانی، سمیه؛ بلوکی، آزاده؛ مام شریفی، اسماعیل (۱۳۹۱). بررسی روابط خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و خوش‌بینی در پیش‌بینی کنندگی به‌زیستی ذهنی جهت تدوین مدل ساختاری در دانشجویان. مطالعات روان‌شناسی بالینی. دوره ۲، شماره ۸، صفحه ۹۳-۱۱۷.
۱۶. صادقی، علی‌اکبر (۱۳۸۸). زنان سرپرست خانوار و آسیب‌های اجتماعی و فردی پیش روی آن‌ها - دومین همایش توانمندی سازی زنان و توان‌افزایی زنان سرپرست خانوار، صفحات ۲۲۵-۲۵۱.
۱۷. صدری دمیرجی، اسماعیل؛ فیاضی، مینا و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. مجله طب نظامی. دوره ۱۸، شماره ۴. صفحات ۳۱۶ الی ۳۲۴.
۱۸. عدل، حدیث السادات؛ شفیق آبادی، عبدالله و پیرانی، ذبیح (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان ناباور، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، شماره ۳۸، صص ۱۷۵-۱۹۱.
۱۹. قارونی، مریم. (۱۳۹۵). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس امیدواری و جهت‌گیری مذهبی در زنان سرپرست خانوار تحت حمایت کمیته امداد شهرستان سنقر. پایان‌نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه.
۲۰. کاکابرای، کیوان؛ ارجمند نیا، علی‌اکبر و افروز، غلامعلی (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با مقیاس‌های به‌زیستی روانی در بین والدین با کودکان استثنایی و عادی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۹. فصلنامه افراد استثنایی. سال دوم، شماره ۷. صفحات ۱ الی ۲۶.
۲۱. کرین، ویلیام کریستوفر (۱۳۹۵). نظریه‌های رشد: مفاهیم و کاربردها. ترجمه علیرضا رجایی و غلامرضا خوی نژاد، چاپ دوازدهم، تهران، انتشارات رشد.
۲۲. کرمانی زهرا؛ خداپناهی محمدکریم؛ حیدری محمود (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید شناسی. روان‌شناسی کاربردی. دوره ۵، شماره ۳ (پیاپی ۱۹)؛ از صفحه ۷ تا صفحه ۲۳.
۲۳. گل پرور، محسن (۱۳۹۳). تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی دانشجویان دختر. دو فصل‌نامه مطالعات زن و خانواده. دوره ۲، شماره ۱، صفحه ۷۳ الی ۹۱.



۲۴. گودرز مجید، فروغان مهشید، مکارم، اصغر و راشدی، وحید (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی و به‌زیستی روانی در سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی روزانه. مجله سالمندی ایران. ۱۰ (۳): ۱۱۰-۱۱۹.
۲۵. مگیار موئی، جینا ال (۱۳۹۶). مداخلات روان‌شناسی مثبت نگر: راهنمای درمانگر. ترجمه جلیل اصلانی و علی‌اکبر فروغی. چاپ دوم، تهران، انتشارات ارجمند.
۲۶. مولایی یساوولی، هادی، برجعلی، احمد، مولایی یساوولی، مهدی، فداکار، پرویز (۱۳۹۴). پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس مؤلفه‌های به‌زیستی روان‌شناختی ریف: نقش مداخله‌گرایانه رضایت از زندگی. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی، سال چهارم، شماره ۱۳.
۲۷. نصیری، سعید؛ غفاری، ذکریا؛ جهانگیری، رمضانعلی و شریفی خلیل (۱۳۹۵). مقایسه کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و به‌زیستی روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار و زنان غیر سرپرست خانوار شهر تهران. سومین کنگره علمی پژوهشی سراسری توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی، جامعه‌شناسی و علوم فرهنگی اجتماعی ایران.

منابع انگلیسی

1. Adl, H.A., ShafiAbadi, A and Pirani, Z (1395). The Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Quality of Life on Perceived Social Support in Infertile Women, Journal of Applied Psychology; 38: pp 175-191 (Text in Persian).
2. Aghayousefi A, amini F, Dehestani M, Salary S (2017). The Role of Perceived Social Support and Resilience in Predicting the Quality of Life in patients with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism, 18 (5):334-342(Text in Persian).
3. Azadeh, A., and Tafteh, M (2016). The Obstacles of Happiness from the View of Female-headed Households of Tehran. Journal of Woman and Family Studies, 3 (2):33-60(Text in Persian).
4. Bahadori Khosroshahi, J and Hashemi Nosrat Abad, T (2011). Relation of hope and Resiliency with psychological well-being in students. Journal of Thought and behavior of clinical psychology. 6 (6): pp 41-50(Text in Persian).
5. Bahari, F (2014). The Essentials of hope and hope Therapy: A manual for Hope – rising. Tehran: Danzeh publishing; pp 43-60(Text in Persian).
6. Bayani A A, Mohammad Koochekya A, Bayani A (2008). Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology; 14 (2):146-151(Text in Persian).
7. Behnam Moghadam M, Behnam Moghadam A, Yarian S, Hosseini S, Mohammad Hosseini S. Predicting the Quality of Life Based on Public Health, Social Support and Self Efficacy in Cardiovascular Patients. Armaghane danesh. 2014; 19 (7):633-642(Text in Persian).
8. Bijari, H., Ghanbari hashem abadi, B., Aghamohammadian Sherbaf, H.R (2009). Investigate the effectiveness of group therapy based on hope therapy approach on the increase of life expectancy at women with breast cancer. Journal of Psychology and Education Studies; 10 (1):172-184(Text in Persian).

9. Catie CW Lai and Cecilia MS Ma (2016). The mediating role of social support in the relationship between psychological well-being and health-risk behaviors among Chinese university students. *Health Psychol Open*; 3(2).
10. Crain, W.C (2016). *Theories of Development: Concepts and Applications*. Translated by Alireza Rajaie and Gholamreza Khoynejad, 12th edition, Tehran, Roshd Publishing
11. Du H, Li X, Chi P, Zhao J, Zhao G (2015). Relational self-esteem, psychological well-being, and social support in children affected by HIV. *J Health Psychol*. 20 (12).
12. Dunstan, D A., Falconer, A K & Price, I R. (2017). The Relationship between Hope, Social Inclusion, and Mental Wellbeing in Supported Employment. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 23(1), 37-51.
13. Faircloth, A. L. (2017). Resilience as a mediator of the relationship between negative life events and psychological well-being. *Electronic Theses & Dissertations*. Georgia southern university.
14. Gharooni, M (2016). Prediction of mental health based on hope and religious orientation in women-headed household under support of the Imam Khomeini Relief Foundation sonqor city. Thesis for master's degree trend general psychology M.A. Islamic azad university kermanshsh Branch (Text in Persian).
15. Golparvar, Mohsen (2014). The Effect education of quality of life on components of psychological capital of female students. *Journal of Woman and Family Studies*; 2 (1): 73-91(Text in Persian).
16. Goudarz M, Foroughan M, Makarem A, Rashedi V. (2015). Relationship between Social Support and Subjective Well-Being in Older Adults. *Journal of Ageing Samand*; 10 (3):110-119(Text in Persian).
17. Hojjatkhah, M and Farahnak, M (2016). The role of irrational beliefs and anxiety in predict of psychological well-being, among adolescents under support of the Imam Khomeini Relief Foundation sonqor city. Thesis for master's degree trend general psychology M.A. Islamic azad university, Brojerd Branch (Text in Persian).
18. Hosseini, S.A, Setareh feroozan, A; Amyrfryar, M (2009). Investigate the mental health of women-headed household under protection of welfare organization Tehran. *Journal of social research*; 2(3):117-137(Text in Persian).
19. Jamali, M., Sepahmansor, M, fallahian, masomeh (2014). Comparativestudy of psychological well-being of female heads of house hold & women in male headed households in Tehran. *Journal of Women in development and politics (women's research)*; 11 (4):531-542(Text in Persian).
20. Kakabaraei, K., ArjomandNia, A. A and Afrooz, Gholamali (2012). The relationship between coping styles and perceived social support with psychological well-being scales among parents with exceptional and normal children in Kermanshah in 2010. *Journal of Exceptional Children*; 7: 1-26(Text in Persian).
21. Kalpana, R. E. (2016). Perceived Social Support and Psychological Well-Being: Testing the Unique Association and Gender Differences among Young Working Adults. *Indian psychology*, 3(2),4.
22. Kato, T and Snyder, C.R (2005). Relationship between hope and subjective well-being: reliability and validity of the dispositional Hope Scale, Japanese version . *Shinrigaku Kenkyu.*; 76(3):227-34.
23. Kermani, Z., Khodapanahi, M.K., Heidari, M (2011). Psychometrics features of Schneider's hope scale, *Journal of Applied Psychology*; 5, 3(19): 7-23(Text in Persian).
24. Magyar-Moe, Jina L (2017). *Therapist's Guide to Positive Psychological Interventions*. Translated by Jalil Aslani and Ali Akbar Forooghi. Second edition, Tehran, Arjomand Publication (Text in Persian).



25. Margarite Schnettler, M. (2015). Social support for people with obsessive compulsive disorder: uniting the theory of conversationally-induced reappraisals and the dualprocess theory of supportive communication outcomes. A thesis for the doctor of philosophy degree in communication studies in the graduate.College of the University of Iow.
26. Molaei Yasawli, H., Barajali, A., Molaei Yasawli, M., and Fedakar, P (2015). The prediction of quality of life based on the components of psychological well-being of Reef: Interactive role of life satisfaction. *Journal of Counseling and Psychotherapy*; 4 (13)(Text in Persian).
27. Nabi, A., Ahmad, T., & Khan, I. (2016). Hope and Psychological Well Being among Diabetes Patients : A Correlational Study. *Journal of Indian Psychology*, 3(4), 63.
28. Nasiri, S., Ghaffari, Z., Jahangiri, R.Ali and Sharifi Kh (1395). Comparison of quality of life, social security and psychological well-being among women-headed household and and normal women in Tehran. The 3rd Research-Scientific Conference in the Development and Promotion of Educational Sciences and Psychology, Sociology and Social Sciences of Iran(Text in Persian).
29. Okawa, S., Yasuoka, J., Ishikawa, N., Poudel, K C., Ragi, A., & Jimba, M. (2011). Perceived social support and the psychological well-being of AIDS orphans in urban Kenya *Journal of AIDS Care*, 23(9), 1177-85.
30. Patki, S. M. (2016). Perceived social support and psychological well-being among teenagers: The role of gender and optimism. *Journal of Health and Wellbeing*, 7(7), 691-694.
31. Ranjbar, S., Tasbihsazan, S.R., Lotfi Kashani, F (2015). Investigation of relationship between perceived social support and psychological well-being of women with cancer. *Journal of Psychology and Educational Research*; 1: pp 151 to 179(Text in Persian).
32. Razmi Souha, M (2015). Comparison of life expectancy and resilience among women-headed household and normal women. *Journal of Health*, 4(Text in Persian).
33. Sadeghi, A (2009). Women-headed household and social and personal harm front of them. Second conference of women's empowerment family female-headed; PP 225-251(Text in Persian).
34. Sadri Damirchi E, Fayazi M, Mohammadi N (2017). The Relationship between Self-efficacy and Perceived Social Support with Addiction Tendency among Soldiers. *Journal of Milarity Medicine*; 18 (4):316-324(Text in Persian).
35. Sanyal, N., Fernandes, T., & Infimate, R. (2016). Perceived social support and psychological well-being in north eastern and non-north eastern girl hostellers. *Journal of Positive Psychology*, 7(3), 306-311.
36. Sarafino, E P., & Smith, T W. (2011). *Health psychology (seventh edition)*. New York: Jhon Wiley & Sons, Inc.
37. Shabani, S., Bloki; A., MammSharifi, I (2013). Investigation of relationship between self-efficacy, social support and optimism in the prediction of mental well-being for the Codification of a structural model in students. *Journal of Clinical Psychology Studies*; 2 (8): 93-117(Text in Persian).
38. Snyder, C. & Lopez, J. (2009). *Handbook of Positive Psychology*, Oxford; New York: Oxford University Press.
39. Sood, S., Bakhshi, A. (2012). Perceived social support and psychological well-being of aged Kashmiri migrants. *Research on Humanities and Social Sciences*, 2 (2), 1-6.
40. Winefield, H R., Gill, T K., Taylor, A W., & Pilkington, R M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? . *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 2(3), 1-14.

41. Wnuk, M. (2017). Hope as an important factor for mental health in alcohol-dependent subjects attending Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Use*, 22(2), 182-186.
42. Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 7, 161-166.
43. Xu, N., Zhao, S., Xue, H., Fu, W., Liu, L., Zhang, T., Huang, R., & Zhang, N. (2017). Associations of perceived social support and positive psychological resources with fatigue symptom in patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One*, 12(3).
44. Zaeri, S., Khaje, N and Tamimi, M (2016). Relationship of Perceived Social Support with Components of Psychological Well-being among women-headed household. Kerman; 6th Conference on Modern Research in Science and Technology (Text in Persian).
45. Zare, H and Mehmannavazan, A (2016). The Effectiveness of Encouragement Training on Promotion of General Self-Efficacy and Resiliency of Female-Headed Households. *Journal of Woman and Family Studies*; 3 (1): 37-57(Text in Persian).



Prediction of Psychological Well-Being based on Hope and Perceived Social Support among Women-headed Households

Ali Parvandi¹

Mokhtar Arefi²

Abstract

The purpose of this study was prediction of psychological well-being based on hope and perceived social support among women-headed households. The research method was descriptive and correlative. The statistical population consisted of all women-headed households that are under support of the Imam Khomeini Relief Foundation Songhor city. From among them, 150 women were selected with available sampling. Participants completed the Psychological Well-Being Scale (Ryff, 1995); Adult Hope Scale (Schneider, 1991) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al, 1988). For the analysis of the data, Pearson correlation and multiple regressions were used. The results showed that there is a positive and significant relationship between hope and psychological well-being ($R= 0.531$, $P < 0.01$). Also, there is a positive and significant relationship between perceived social support and psychological well-being ($R= 0.751$, $P < 0.01$). Regression analysis showed that hope and perceived social support, predict %60 of psychological well-being variance. Based on the findings, it can be concluded that hope and perceived social support are important factors in prediction of psychological well-being. Therefore, it is suggested that these factors be seriously considered preventive and therapeutic interventions.

Keywords: hope, psychological well-being, perceived social support, women-headed households

¹ . MA; Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

² . Corresponding author: Associate Professor; Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Submit Date: 2017/9/18

Accept Date: 2018/4/17

DOI: 10.22051/jwfs.2018.17288.1562