

Focal Analysis of the Relationship between Resilience and Psychosocial Security Based on the Dimensions of Social Support of Women in Headless Families

Ayatollah Fathi¹, Saeed Sharifi Rahnemo², Mohammad Esmailzadeh³,
Hassan Abbasi⁴

Received: 7/08/2021 Accepted: 9/10/2021

Abstract

Background and Aim: Women, half of the human resources in societies, are considered as effective elements in advancing the goals of society. Studies show that women are more vulnerable to poverty and discrimination than men. Homeless women face excessive social responsibility, unfamiliarity with certain social skills and lack of access to resources, as well as the loss of a network of relationships exposed to a variety of social and psychological harms, resulting in reduced sense of security. Therefore, the present study was conducted with the aim of focal analysis of the relationship between resilience and psychosocial security based on the dimensions of social support among women in headless families.

Method: This research is applied in terms of purpose and descriptive in terms of nature and method. The statistical population of the study was all women covered by the welfare of East Azerbaijan province, which is 3000 people, according to Krejcie and Morgan table, 345 people were randomly selected. The research instruments included Zare and Aminpour (2011) psychological security questionnaires, Zimet et al. (1998) perceived social support, and Connor and Davidson (2003) resilience. Data were analyzed using canonical correlation test.

Results: The results showed that there was a significant relationship between the dimensions of social support and the components of resilience and the components of psychological security of homeless women $p < 0.05$. The results also showed that the variables of resilience with coefficients (24.4) and psychological security with coefficients (22.5) can be predicted through the variable of social support dimensions.

Conclusion: The dimensions of social support have affected the resilience and psychological security of women in the family. According to the research findings, it can be said that the responsible institutions should provide the conditions for free psychological interventions with appropriate economic, educational and cultural support for these families so that homeless women have a positive assessment in understanding their social status and have favorable conditions in terms of security.

Keywords: social support, resilience, psychological security, homeless women.

1. A) Cognitive and Behavioral Sciences Research Center in Police, NAJA Deputy of Health, Relief and Treatment, Tehran, Iran b) NAJA Institute of Law Enforcement and Social Studies
2. PhD Student in Curriculum Studies, Bu Ali Sina University, Iran, Hamadan (Corresponding Author)
3. MA in Educational Psychology, Charkhe Nouloufari Higher Education Institute, Iran, Tabriz
4. MA in Curriculum Studies, University of Tehran, Iran, Tehran

دو فصلنامه پژوهش‌های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده/ دوره نهم، پیاپی ۱۷، شماره دوم- پاییز و زمستان ۱۴۰۰

تحلیل کانونی رابطه تاب‌آوری و امنیت روانی اجتماعی براساس ابعاد حمایت اجتماعی در زنان بی‌سرپرست خانواده

آیت‌اله فتحی^۱، سعید شریفی رهنمو^۲، محمد اسمعیل‌زاده^۳، حسن عباسی^۴

۱. مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، نیروی انتظامی، تهران،

ایران ۲- پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا a.fathi64@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری مطالعات برنامه‌درسی، دانشگاه بوعلی‌سینا، ایران، همدان (نویسنده مسئول)

rahnmo.70sh@gmail.com

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری، ایران، تبریز n.safari@gmail.com

۴. کارشناسی ارشد مطالعات برنامه‌درسی، دانشگاه تهران، ایران، تهران h.abbasi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: زنان، یعنی نیمی از منابع انسانی در جوامع، عامل مؤثری در پیشبرد اهداف جامعه به‌شمار می‌روند. مطالعات نشان می‌دهند زنان بیش از مردان در معرض فقر و تبعیض قرار دارند. زنان بی‌سرپرست خانواده به‌واسطه مسئولیت بیش‌ازحد، ناآشنایی با برخی از مهارت‌های اجتماعی و عدم دسترسی به منابع و نیز با از دست دادن شبکه روابط در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی و روانی و در نتیجه با کاهش احساس امنیت روبرو هستند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تحلیل کانونی رابطه تاب‌آوری و امنیت روانی اجتماعی براساس ابعاد حمایت اجتماعی در بین زنان بی‌سرپرست خانواده انجام پذیرفت.

روش: این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، همه زنان بی‌سرپرست تحت پوشش بهزیستی استان آذربایجان شرقی بود که ۳۰۰۰ نفر است که بر اساس جدول کرجسی و مورگان، ۳۴۵ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های **امنیت روانی** زارع و امین‌پور (۱۳۹۰)، **حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی** زیمت و همکاران (۱۹۹۸) و **تاب‌آوری** کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بود و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی کانونیک انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین ابعاد حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های تاب‌آوری و مؤلفه‌های امنیت روانی زنان بی‌سرپرست خانواده، رابطه معناداری وجود دارد $p < 0.05$. همچنین نتایج نشان داد که متغیرهای تاب‌آوری با ضرایب (۲۴/۴) و امنیت روانی با ضرایب (۲۲/۵) از طریق متغیر ابعاد حمایت اجتماعی قابل پیش‌بینی هستند.

نتیجه‌گیری: بنابراین نتیجه گرفته می‌شود؛ ابعاد حمایت اجتماعی بر تاب‌آوری و امنیت روانی زنان خانواده مؤثر بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت، نهادهای مسئول باید شرایط مداخله‌های روان‌شناختی رایگان همراه با حمایت‌های اقتصادی، آموزشی و فرهنگی مناسب را برای این خانواده‌ها فراهم آورند تا زنان بی‌سرپرست در ادراک وضعیت اجتماعی خود، ارزیابی مثبتی داشته و شرایط مطلوبی به لحاظ امنیتی داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، امنیت روانی، زنان بی‌سرپرست خانواده.

➤ استناد (به شیوه APA ویرایش ۷)، فتحی، آیت‌اله؛ شریفی رهنمو، سعید؛ اسمعیل‌زاده، محمد؛ عباسی، حسن

(پاییز و زمستان ۱۴۰۰). تحلیل کانونی رابطه تاب‌آوری و امنیت روانی اجتماعی براساس ابعاد حمایت اجتماعی

در زنان بی‌سرپرست خانواده. دو فصلنامه پژوهش‌های انتظامی زنان و خانواده، ۹ (۲)، ۶۶۱-۶۶۸

<https://dorl.net/dor/20.1001.1.23224274.1400.9.2.10.4>

مقدمه

امروزه یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه‌یافتگی در تمامی کشورها، سطح بهداشت و سلامت جامعه است. سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را در درون مفهوم کلی بهداشت جای داده و آن را حالت سلامتی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است (جایاسوندر^۱، ۲۰۲۱، ۵۶). وجود یک جامعه سالم از نظر بهداشت روان وابسته به سلامت اجزای کوچک‌تر مانند گروه‌ها و خانواده‌های موجود در آن است و وجود خانواده سالم و دارای سلامت روان می‌تواند تأثیر بسزایی در سلامت آن جامعه داشته باشد که چنین امری منوط به سلامت روانی زنان آن جامعه است (برومند، ۱۳۹۰، ۳۱). در این میان، زنانی که دارای مسئولیت‌های اقتصادی و فرهنگی در خانواده بوده و به عبارتی بی‌سرپرست هستند، مسائل بیشتری نیز دارند (گیلن و همکاران^۲، ۲۰۲۱، ۱۰۸). این زنان به دلایل مختلف همسرانشان را از دست داده یا از آن‌ها جدا شده و با مشکلات عدیده‌ای مواجه هستند (دغاقله و کلهر، ۱۳۹۰، ۸۳) و براساس گزارش سازمان بهزیستی حدود ۹۳۰۰۰ زن بی‌سرپرست وجود دارد که بهزیستی ۱۱/۷٪ و کمیته امداد ۸۸/۳٪ از آن‌ها را تحت حمایت قرار داده است (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۸، ۶).

بنابراین «حمایت اجتماعی»^۳ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌های رفتار بهداشتی مورد توجه است. حمایت اجتماعی، نیرومندترین و قوی‌ترین نیروی مقابله‌ای برای مواجهه موفقیت‌آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زاست و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می‌کند (آقایوسفی و همکاران، ۱۳۹۵، ۳۴۳). حمایت اجتماعی بر ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود، تمرکز دارد و این مفهوم ترکیبی از سه عنصر عاطفه، یاری و تصدیق است. عاطفه به معنای ابراز عشق و محبت، یاری یعنی کمک کردن در انجام کارها و تصدیق به معنی آگاهی از رفتار و بازخوردهای مناسب است (مارتینز و

-
1. Jayasundera
 2. Guillén & et al
 3. Social support

همکاران^۱، ۲۰۱۴، ۸۵). در پژوهش برون^۲ (۲۰۰۸) مشخص شد اجتماعی شدن نژادی و حمایت اجتماعی، تاب آوری را پیش‌بینی می‌کند. تاب آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل روانی فرد در شرایط خطرناک است (نولت و همکاران^۳، ۲۰۱۸). بنابراین یکی از عوامل و متغیرهای مرتبط با زندگی اجتماعی زنان، میزان تاب آوری در افراد است که به‌طور کلی به عوامل و فرایندهایی اطلاق می‌شود که علی‌رغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه مثبت منتهی می‌شوند. از همین رو بندورا^۴ (۱۹۹۹) معتقد است افراد تاب آور از طریق فرایندهای چهارگانه شناختی، عاطفی، انگیزشی و انتخابی رفتار می‌کنند. این افراد به چالش‌ها به‌عنوان فرصتی برای رشد (شناختی) با حداقل تنیدگی (عاطفی)، حداکثر برپایی (انگیزشی) و جهت‌ساماندهی مجدد زندگی (انتخابی) نگاه می‌کنند؛ بدین ترتیب، افراد تاب آور در مواجهه با شرایط زندگی، پویا، انعطاف‌پذیر و منتظم هستند (جعفری و همکاران، ۱۳۹۳، ۷۶). ورنر و گارمزی^۵ (۱۹۷۰) نیز تاب آوری را یکی از موضوعات کلیدی روان‌شناسی مثبت‌نگر در جهت رسیدن به سلامت و امنیت اجتماعی قلمداد کرده‌اند. در واقع آن‌ها تاب آوری را به‌منزله فقدان پیامدهای منفی علی‌رغم مواجهه با خطر تعریف کرده و تأکید دارند که افراد تاب آور از نقاط قوت و ضعف‌های خود، آگاهی دارند (صدری‌دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۶، ۱۲۲).

علاوه بر این، حضور در جامعه برای اشتغال و فعالیت، ارتباط مستقیمی با احساس امنیت روانی - اجتماعی زنان دارد؛ مانند هر فرد دیگری در جامعه، زنان بی‌سرپرست نیز برای فعالیت اجتماعی و اقتصادی، اشتغال و امرارمعاش به امنیت روانی - اجتماعی نیاز دارند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد بررسی چالش‌های این گروه به‌ویژه امنیت روانی - اجتماعی به‌عنوان مؤلفه‌ای تأثیرگذار بر زندگی این افراد که اغلب جزو آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند، از مسائل قابل تأمل و حائز اهمیت است (خسروی، ۷۷، ۱۳۸۰). امنیت روانی -

-
1. Martins & et al
 2. Brown
 3. Noullet & et al
 7. Bandura
 - 5 Varner and Gramsci

اجتماعی ناظر بر تدارک سلامت افراد جامعه در مقابل اقدامات خشونت‌آمیز و رفع دغدغه‌های ذهنی زنان است. امنیت روانی یعنی آسایش خاطر ناشی از اطمینان شخص به ارضای نیازمندی‌ها و خواهش‌های خود و اطمینان از اینکه هیچ کس او را تهدید نمی‌کند؛ از این رو بر اساس روند رو به رشد آسیب‌های مختلف روان‌شناختی و اجتماعی در بین زنان بی‌سرپرست که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نقش مداخلات حمایت‌گراانه اهمیت خاصی پیدا می‌کند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۷، ۸۶). به هر تقدیر یکی از نهادهای مهم اجتماعی به لحاظ اهمیت و کارکردهای مختلف، نهاد خانواده است و همچنین به دلیل نقش کلیدی زنان در استحکام و پایداری این نهاد که همواره مورد توجه متخصصان امر سلامت قرار گرفته است، اهمیت شناخت و بررسی عواملی که بر قوام این نهاد تأثیرگذار است، می‌تواند گامی مهم در جهت ارتقای سلامت خانواده باشد. در این راستا، زنان بی‌سرپرست دچار مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی هستند و محدودیت روابط اجتماعی و ناکارآمدی و سایر مشکلات نیاز به مداخله‌های حمایتی را برای کاهش مشکلات آن‌ها ضروری ساخته است. همچنین با توجه به افزایش آمار این گروه از جامعه و آسیب‌پذیر بودن آن‌ها از یک‌سو و لزوم انتخاب و به‌کارگیری روش‌هایی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی آن‌ها از سوی دیگر، اهمیت انجام پژوهش حاضر مشخص می‌شود؛ بنابراین سؤال اصلی پژوهش این است که آیا بین تاب‌آوری و امنیت روانی اجتماعی با ابعاد حمایت اجتماعی در زنان بی‌سرپرست خانواده رابطه کانونی برقرار است؟

ادبیات پژوهش: پیشینه و مبانی نظری

شجاعی مهر و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان «رابطه امنیت روانی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با بروز اختلال تنیدگی پس از سانحه» نتیجه گرفتند که بین امنیت روانی با اختلال تنیدگی پس از سانحه، بین حمایت اجتماعی با اختلال تنیدگی پس از سانحه و همچنین بین تاب‌آوری با اختلال تنیدگی پس از سانحه رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. قرائت و محمدی (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان «رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان افراد جویای تغییر جنسیت» نشان دادند؛ سلامت روانی با

حمایت اجتماعی ادراک شده ارتباط معناداری دارد. افراد مورد مطالعه دارای نمرات بیشتر در سلامت روانی، از نظر حمایت اجتماعی در وضعیت نامطلوبی قرار داشته و عدم دریافت حمایت اجتماعی مساوی با کسب نمره بالا در سلامت روانی بوده و ارتباط بین این دو متغیر معکوس است. همتی و رحیمی علی‌آبادی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی پرداختند که نتایج نشان داد؛ رابطه مستقیم و مثبتی بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت روانی زنان وجود دارد. خباز و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی با عنوان «رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله، با تاب‌آوری در پسران نوجوان» دریافتند که همبستگی بین حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله با تاب‌آوری در نوجوانان مثبت و معنادار است. همچنین حمایت اجتماعی و سبک مقابله مسئله‌محور قادر به پیش‌بینی تاب‌آوری است. آزادی و آزاد (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه شهر ایلام» نشان دادند؛ بین حمایت اجتماعی با سلامت روان؛ حمایت اجتماعی با تاب‌آوری و تاب‌آوری با سلامت روان همبستگی معنی‌داری وجود دارد.

لوک و بدمیل^۱ (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری روان‌شناختی در مراقبین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداختند که نتایج نشان داد بین حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری روان‌شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. تولایک کلینج و اسلی سیس چلیک^۲ (۲۰۲۰) در پژوهش خود با عنوان «رابطه بین حمایت اجتماعی و روان‌شناختی سطح تاب‌آوری پرستاران در طول کووید ۱۹» نشان دادند سطح حمایت اجتماعی که توسط پرستاران در طی بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ درک شده بود، بسیار خوب بود و سطح تاب‌آوری روان‌شناختی درک شده نسبتاً خوب بود. هوو همکاران^۳ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی رابطه بین تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و همچنین اضطراب / افسردگی بیماران مبتلا به سرطان ریه پرداختند و تصریح کردند؛

1.Lok, Bademli

2.Tülay Kılınç, Aslı Sis Çelik

3.Hu and et al

تاب‌آوری روانی با حمایت ذهنی، استفاده از پشتیبانی همراه با حمایت عینی رابطه مثبت داشت. مایرین^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی استرس آسیب‌زای ثانویه و رشد پس از سانحه: حمایت اجتماعی به‌عنوان ناظر پرداخت و نتیجه گرفت که سالمندانی که حمایت اجتماعی مناسبی دارند نسبت به افرادی که فاقد آن هستند استرس کمتری دارند و از نظر سلامتی در وضعیت بهتری هستند. فیوری و همکاران^۲ (۲۰۱۲) در پژوهشی با عنوان «حمایت اجتماعی و سلامت روانی» به این نتیجه رسیدند دریافت حمایت عاطفی فقط با سلامت روانی زنان رابطه مستقیمی دارد، در حالی که حمایت ابزاری و احساسی با سلامت روانی زنان و مردان با الگوهای مختلف رابطه داشته است.

در همین زمینه، نظریه‌ها و تعاریف متعددی به بحث و بررسی درباره موضوع حاضر پرداخته‌اند، اما در پژوهش حاضر هدف، آن نظریه‌ها و تعاریفی هستند که با قدرت تمییز مناسب‌تری در مقایسه با بقیه این مهم را به انجام رسانده باشند؛ بنابراین ابتدا حمایت اجتماعی، تاب‌آوری، امنیت روانی - اجتماعی و شادکامی با نگاهی عمیق‌تر تشریح می‌شوند.

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود. این حمایت منابع گوناگونی دارد: همسر، خانواده، اقوام، دوستان و همکاران، پزشکان، سازمان‌های اجتماعی و غیره (اسکيسو^۳، ۲۰۱۴، ۴۹۲). دیویسون و نیل (۲۰۰۱) عقیده دارند که حمایت اجتماعی یعنی درک و احساس اینکه فرد مورد مراقبت و مورد احترام شبکه اجتماعی قرار دارد که به او علاقه دارند. «حمایت اجتماعی» سازه‌ای چندوجهی است که با فراهم آوردن خدماتی، نتایج منفی موقعیت‌های و حوادث استرس‌زا را کاهش می‌دهد و توان انطباق افراد را در زندگی اجتماعی افزایش می‌دهد (دوگان و همکاران^۴، ۲۰۱۵، ۱۸۰۱). اساساً پنج نوع

1. Mäirean

2. Fiori Katherine & Denckla Christy

3. Eskisu

4. Duga, Lachine & Total

حمایت اجتماعی وجود دارد که شامل موارد زیر است: **حمایت عاطفی**^۱: شامل ابراز همدردی، توجه، محبت و علاقه به فرد است که فرد در زمان استرس احساس آرامش و آسایش می‌کند؛ **حمایت ارزشی**^۲: از طریق ابراز احترام، تشویق یا موافقت با نظرها یا احساسات فرد و ارزیابی مثبت وی از بیماری‌اش صورت می‌گیرد که ارتباط مستقیمی با سلامت فرد دارند؛ **حمایت عملی و مادی**^۳: شامل کمک‌های مستقیم به فرد است؛ **حمایت اطلاعاتی**^۴: شامل توصیه کردن، دادن پیشنهاد، یا دادن جهت و پسخوراند به فرد است و **حمایت شبکه‌ای**^۵: به فرد، احساس عضویت در گروهی با علایق و فعالیت‌های اجتماعی مشترک می‌دهد (اسکیسو، ۲۰۱۴، ۴۹۳).

آلووی^۶ و بینگتن^۷ (۲۰۰۷) بر این باورند که حمایت اجتماعی سازه‌ای است که از دو بُعد مهم ساختاری و عملکردی تشکیل شده است. بُعد ساختاری حمایت اجتماعی عبارت‌اند از: ویژگی‌های کمی و عینی حمایت و بُعد عملکردی عبارت‌اند از: ویژگی‌های کیفی و ذهنی حمایت اجتماعی. به اعتقاد این پژوهشگران در این شکل سازه‌ای، حمایت اجتماعی دارای دو شکل عاطفی و ابزاری است؛ حمایت اجتماعی عاطفی را می‌توان ایجاد نوعی رابطه صمیمی و با محبت با افراد دانست و مراد از حمایت ابزاری، ارائه خدمات، کمک در فعالیت‌ها، دادن پول و سایر کمک‌هایی است که در اختیار فرد قرار می‌گیرند.

تاب‌آوری: در فرهنگ لغات، کشسانی و خاصیت فنری و ارتجاعی ترجمه شده است که البته این واژه‌ها رسایی و گویایی لازم را برای انتقال مفهوم این واژه در حوزه پیشگیری از رفتارهای نامناسب نداشته و به همین دلیل تاب‌آوری به‌عنوان معادل مناسب برگزیده، اصطلاح بهتر و مناسب‌تری است. واژه تاب‌آوری را می‌توان به‌صورت توانایی بیرون آمدن از شرایط سخت یا تعدیل آن تعریف کرد. در واقع تاب‌آوری، ظرفیت افراد برای سالم

-
1. Emotional support
 2. Esteem support
 3. Tangible or instrumental
 4. Informational support
 5. Network support
 6. Alloway
 7. Bebbington

ماندن و مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پرخطر است که فرد نه تنها بر آن شرایط دشوار فائق می‌شود بلکه طی آن و با وجود آن قوی‌تر نیز می‌گردد (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۱، ۱۲۴). در همین زمینه اسمیت^۱ (۲۰۱۳) «تاب‌آوری را به‌عنوان فرایندی که به آگاهی قوی و محکم» منجر می‌شود تعریف کرده است، اما تاب‌آوری روان‌شناختی ممکن است به صورت عملیاتی به‌عنوان آگاهی قوی و محکم تعریف شود؛ یعنی این باور که فرد می‌تواند با استقامت تکالیف مربوط به هدف را در میان چالش‌های متغیر و موقعیت‌های دشوار و ناگوار پیگیری کند و انجام دهد.

مدل‌های چند سطحی و بوم‌شناختی تاب‌آوری: مستن^۲ (۲۰۰۳) سه مدل مهم تاب‌آوری را از هم متمایز کرده است. وی مدل‌های سه سطحی بوم‌شناختی، ساختاری و سازمانی را مدل سه سطحی بیان می‌کند، که فرایندهای حفاظتی و آسیب‌پذیری در سه سطح اجتماع (همسایه‌ها، حمایت‌های اجتماعی) عمل می‌کند. مدل بوم‌شناختی، تبادل زمینه مانند فرهنگ و خانواده را در سطح نزدیک به فرد سازمان می‌دهد. این سطح در طول زمان با یکدیگر تبادل و تعامل دارند و به تحول پیوسته و انطباق با محیط کمک می‌کند. مدل ساختاری سازمانی بر این نظریه متکی است که شایستگی و کفایت به‌طور پیوسته و منسجم در طول زمان آشکار می‌شود و تاب‌آوری در این بافت نتیجه انتخاب فرد، خودسازماندهی و کاهش آسیب است (مستن، ۲۰۰۳، ۳).

مدل‌های کنش‌وری انطباقی تاب‌آوری: نظریه‌ها درباره تاب‌آوری به‌عنوان یک سازه انطباقی از نظر مفهومی می‌تواند به صورت دو الگوی نسبتاً متمایز تقسیم شوند؛ اول الگوی مبتنی بر دیدگاه روان‌تحلیل‌گری درباره کنش‌وری شخصیت است که اساساً بریگمن و کمپل^۳ (۲۰۰۳) مطرح کردند و بعدها در تعریف‌شان از رابطه بین تاب‌آوری و هوش درزمینه تاب‌آوری و خودتنظیم‌گری در بزرگسالان و کودکان به تشریح و تبیین بیشتر این مفهوم پرداختند. به این صورت که بر تحلیل نظرات از یک‌سو و تعیین و تشخیص

1.Smit

2.Masten

3.Brigman, & Campbell

متغیرهای شخصی (مانند شایستگی) از سوی دیگر متمرکز شده است. ویژگی‌های اصلی این الگو، شناسایی و تعیین انواع نظام‌های انطباقی و حفاظتی حائل واسطه‌ای است که به‌عنوان واسطه‌ها و تعدیل‌کننده بالقوه در روابط بین مواهب یا توانمندی‌ها، خطرها و نتایج یا پیامدهای شخصی نقش اساسی ایفا می‌کند، بر این اساس این الگو به‌عنوان الگوی توانمندی (محافظت‌کننده) تاب‌آوری مطرح است (سلیگمن^۱، ۱۵۶، ۲۰۰۵).

امنیت روانی - اجتماعی: از جمله نیازهای اساسی بشر که در بیشتر نظریه‌های روان‌شناسان و جامعه‌شناسی معاصر و نیز پژوهش‌های آنان درباره خصوصیات انسان مشاهده می‌شود، نیاز به امنیت در هر دو بُعد روانی - اجتماعی است. امنیت در معنای لغوی، ایمن شدن، در امان بودن و آرامش خاطر داشتن را می‌رساند (فرهنگ فارسی معین، ذیل امنیت). امنیت عبارت است از: آزادی نسبی از خطر، به‌عبارت دیگر امنیت؛ حالتی است که در آن، ارضای احتیاجات و خواسته‌های شخصی انجام می‌یابند که نتیجه چنین پدیده‌ای در جامعه و بین افراد عبارت است از: احساس ارزش شخصی، اطمینان خاطر، اعتماد به نفس و پذیرش از طرف گروه‌های مختلف که در آن آسایش خاطر و امنیت شخصی نیز به ارمغان می‌آید (ولمن^۲، ۲۸۴، ۱۸، ۲۰۱۸). یکی از افرادی که در این حوزه به نظریه پردازی پرداخته باری بوزان (۱۹۹۸) است که در ادامه دیدگاه وی به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

دیدگاه باری بوزان: بوزان^۳ (۱۹۹۸) نقطه آغازین امنیت را ذهنی و مبتنی بر تصمیم بازیگران معرفی می‌کند. وی نخستین بار اصطلاح امنیت اجتماعی را در کتاب «مردم، دولت‌ها و هراس» به کار برد. این مفهوم تنها یکی از ابعاد رویکرد پنج بعدی او به مقوله امنیت است. دیگر بخش‌های رویکرد وی عبارت‌اند از: امنیت نظامی، سیاسی، اقتصادی و زیست‌محیطی. تمام این ابعاد و از جمله امنیت اجتماعی، همگی بخش‌هایی از امنیت اجتماعی از نظر بوزان به حساب می‌آید که بر اساس آن، افراد خود را به‌عنوان عضو

1. Seligman
2. Wollman
3. Buzan

یک گروه اجتماعی قلمداد می‌کنند؛ یا به عبارتی، با جنبه‌هایی از زندگی فرد ارتباط پیدا می‌کند که هویت گروهی او را شکل می‌دهد. به عقیده بوزان، عواملی که می‌توانند هویت یک جامعه را تهدید کنند، ممکن است از سرکوب آزادی بیان تا مداخله در قابلیت‌های آن برای ابراز هویت خود، متغیر باشند. در هر حال، براساس دیدگاه بوزان تهدیدات تأثیرگذار بر امنیت اجتماعی زمانی روی می‌دهند که جوامع به این نتیجه می‌رسند که در شرایطی کنونی، هویت «ما» مورد تهدید و تعرض واقع شده است (ابراهیمی، ۱۳۸۶، ۴۴۲).

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، توصیفی از نوع همبستگی است که برای تدوین مبانی و الگوی نظری پژوهش از مطالعات کتابخانه‌ای و در جهت آزمون فرضیه‌ها از روش همبستگی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش همه زنان بی‌سرپرست تحت پوشش بهزیستی استان آذربایجان شرقی (به تعداد ۳۰۰۰ نفر) بود که بر اساس جدول کرجسی و مورگان ۳۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدای پژوهش با توضیح صادقانه اهداف طرح، رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در پژوهش جلب شد و با برقراری ارتباط مؤثر با آزمودنی‌ها، آن‌ها از لحاظ مشکلات احتمالی مانند اضطراب ناشی از پاسخ دادن و... مورد حمایت قرار گرفتند. رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات از جانب پژوهشگران کاملاً حفظ شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها نیز از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسش‌نامه امنیت روانی زارع و امین‌پور (۱۳۹۰): پرسش‌نامه امنیت روانی را زارع و امین‌پور در سال ۱۳۹۰ در ایران هنجاریابی کردند. پرسش‌نامه مذکور دارای ۶۲ گویه بوده و طیف پاسخ‌دهی آن از نوع لیکرت و شیوه امتیازدهی به مؤلفه‌ها به صورت بلی (پاسخ ۱) و خیر (پاسخ صفر) است این پرسش‌نامه پانزده مؤلفه دارد و این ابعاد عبارت‌اند از: ناسازگاری محیطی، پارانوئیا، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، افسردگی، احساس سعادتمندی، امنیت اجتماعی، خودآگاهی، اعتماد به نفس، احساس عصبانیت، یاس و

نامیدی، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران، احساس سلامت و احساس حقارت. روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات استادان راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تأیید شده است. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه شد. آلفای این پرسش‌نامه ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه است (زارع و امین‌پور، ۱۳۹۰، ۱۳۵).

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی (MSHpd aPSS): یک ابزار خود گزارش‌دهی ۱۲ سؤالی است که زیمت^۲ و همکاران (۱۹۹۸) طراحی کرده‌اند؛ و براساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ نمره‌دهی شده است و این مقیاس، علاوه بر نمره کل آزمودنی ۳ نمره دیگری نیز برای حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت فراد مهم در زندگی فرد به دست می‌دهد. زیمت و همکاران ضریب اعتبار آلفای آن را در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و با روش باز آزمایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ به دست آوردند. سلیمی و همکاران روایی و پایایی این مقیاس را در ایران به دست آورده‌اند، به طوری که ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ و روایی آن را به روش تحلیل عاملی مناسب بوده است.

پرسش‌نامه تاب‌آوری: این پرسش‌نامه را کانر و دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کرده‌اند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلالات اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این عقیده‌اند که این پرسش‌نامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (محمدی، ۱۳۸۴). نمره‌گذاری این مقیاس در طیف لیکرتی بین صفر

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

2. Zimet

3. Conner, Davidson

(کاملاً نادرست) و ۴ (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری ۲۵، حداکثر نمره ۱۲۵ و میانگین متوسط ۷۵ می‌باشد. تهیه کنندگان معتقدند این پرسش‌نامه قادر است به‌خوبی افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور را از هم تفکیک کند. در پژوهشی که محمدی (۱۳۸۴) انجام داد، روایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد که قابل قبول است. در پژوهش حق رنجبر و همکاران پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسش‌نامه به‌دست آمد.

بعد از اتمام نمونه‌گیری داده‌های به‌دست آمده، تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام پذیرفت. در آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در قسمت آمار استنباطی با رعایت پیش‌فرض‌ها از همبستگی کانونی در نرم‌افزار spss ورژن ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه آماری پژوهش نشان می‌دهد که بازه سنی زنان سرپرست خانوار بین ۲۵ الی ۵۵ سال گزارش شده است و میانگین سنی آن‌ها ۳۵/۵ می‌باشد. سطح تحصیلات ۲۰ درصد زیر دیپلم، ۵۰ درصد دیپلم و ۲۵ درصد در مقطع کاردانی و ۲۵ درصد بالاتر از لیسانس بوده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای تاب‌آوری، امنيت رواني و ابعاد حمايت اجتماعي (N=345)

کشیدگی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	
-۰/۳۴۳	۰/۲۶۰	۳/۴۹	۱۲/۸۶	تصور از شایستگی فردی
۰/۱۷۳	۰/۵۱۳	۳/۵۰	۱۰/۶۸	اعتماد به‌غرایز فردی تحمل عاطفه منفی
۰/۱۷۲	۰/۲۹۰	۲/۶۲	۷/۸۶	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
۰/۷۴۷	۰/۸۳۶	۲/۶۷	۵/۴۱	کنترل
-۰/۸۲۸	۰/۲۲۱	۱/۸۴	۳/۹۳	تأثیرات معنوی
۰/۳۷۲	۰/۵۴۶	۷/۴۷	۴۰/۷۳	تاب‌آوری
-۰/۸۳۵	-۰/۲۴۳	۱/۶۷	۳/۳۵	ناسازگاری محیطی
-۱/۰۲	۰/۰۳۴	۱/۷۰	۲/۸۵	پارانویا

۰/۳۷۱	۰/۵۹۴	۱/۴۹	۲/۱۴	اعتقاد به خود
۰/۷۸۴	۰/۳۳۸	۱/۴۸	۲/۰۹	اشتیاق به زندگی
-۱/۰۳۸	-۰/۰۳۱	۱/۲۲	۲/۰۶	افسردگی
-۰/۹۵۵	۰/۲۹۱	۱/۵۲	۲/۳۵	احساس سعادتمندی
-۰/۴۶۹	۰/۶۶۱	۱/۲۱	۱/۴۵	امنیت اجتماعی
-۰/۹۰۰	۰/۳۹۲	۰/۹۹۹	۱/۲۱	خودآگاهی
-۰/۷۳۶	۰/۵۳۹	۱/۲۸۹	۱/۶۲	اعتماد به نفس
-۱/۱۰	-۰/۱۲۵	۱/۰۱	۱/۶۶	احساس عصبانیت
-۰/۲۵۲	۰/۶۹۰	۱/۴۴	۱/۹۵	یأس و ناامیدی
-۱/۰۰۵	۰/۲۳۷	۱/۲۳	۱/۹۲	علاقه به زندگی
-۱/۲۳۹	-۰/۰۰۹	۱/۰۶	۱/۵۴	سازگاری با دیگران
-۰/۹۰۹	۰/۲۸۲	۱/۲۳۲	۱/۷۸	احساس سلامت
-۱/۰۴	۰/۰۳۶	۱/۲۵	۲/۱۴	احساس حقارت
۱/۲۹	۰/۶۰۶	۷/۸۷	۳۰/۱۱	امنیت روانی
-۰/۳۶۶	۰/۱۷۵	۳/۷۵	۱۰/۶۳	حمایت خانواده
-۰/۰۲۹	۰/۳۷۰	۳/۵۹	۹/۸۶	حمایت دوستان
-۰/۰۴۵	۰/۲۶۲	۳/۷۵	۱۰/۱۹	حمایت دیگران
۰/۵۱۳	۰/۴۷۱	۹/۰۸	۳۰/۶۷	حمایت کل

بر اساس جدول ۱، آزمون میانگین نمرات مؤلفه‌های تاب‌آوری؛ تصور از شایستگی فردی ۱۲/۸۶، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی ۱۰/۶۸، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ۷/۸۶، کنترل ۵/۴۱، تأثیرات معنوی ۳/۹۳ و تاب‌آوری ۴۰/۷۳ بوده است و میانگین متوسط پرسش‌نامه تاب‌آوری نیز ۷۵ بوده است که میانگین به دست آمده از میانگین متوسط کمتر می‌باشد. همچنین میانگین نمرات مؤلفه‌های امنیت روانی؛ ناسازگاری محیطی ۳/۳۵، پارانوئیا ۲/۸۵، اعتقاد به خود ۲/۱۴، اشتیاق به زندگی ۲/۰۹، افسردگی ۲/۰۶، احساس سعادتمندی ۲/۳۵، امنیت اجتماعی ۱/۴۵، خودآگاهی ۱/۲۱، اعتماد به نفس ۱/۶۲، احساس عصبانیت ۱/۶۶، یأس و ناامیدی ۱/۹۵، علاقه به زندگی ۱/۹۲، سازگاری با دیگران ۱/۵۴، احساس سلامت ۱/۷۸، احساس حقارت ۲/۱۴ و امنیت روانی ۳۰/۱۱ بوده است و میانگین متوسط پرسش‌نامه

امنیت روانی ۳۱ می‌باشد که میانگین به‌دست آمده کمتر بوده است. میانگین نمرات ابعاد حمایت اجتماعی؛ حمایت خانواده ۱۰/۶۳، حمایت دوستان ۹/۸۶، حمایت دیگران ۱۹/۱۰ و حمایت کل ۳۰/۶۷ می‌باشد و میانگین متوسط پرسش‌نامه ابعاد حمایت اجتماعی ۳۰ می‌باشد که به میانگین متوسط به‌دست آمده نزدیک‌تر است.

از آنجا که یکی از شروط استفاده از آزمون‌های پارامتریک، نرمال بودن توزیع داده‌هاست؛ برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتیجه این آزمون در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۲. آزمون کولموگراف اسمیرنوف Z مؤلفه‌های تاب‌آوری، امنیت روانی و ابعاد حمایت اجتماعی

سطح معنی‌داری	آماره Z	
۰/۰۶۸	۰/۰۴۷	تصور از شایستگی فردی
۰/۴۴۰	۰/۸۶۷	اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی
۰/۲۰۴	۱/۰۶	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
۰/۲۷۸	۰/۹۹۳	کنترل
۰/۳۹۰	۰/۹۰۲	تأثیرات معنوی
۰/۵۵۹	۰/۷۹۱	ناسازگاری محیطی
۰/۷۷۰	۰/۶۶۴	پارانویا
۰/۰۵۵	۱/۲۳۶	اعتقاد به خود
۰/۵۴۲	۰/۸۰۱	اشتیاق به زندگی
۰/۵۷۳	۰/۷۸۲	افسردگی
۰/۲۰۰	۰/۰۳۰	احساس سعادت‌مندی
۰/۲۰۰	۰/۰۴۰	امنیت اجتماعی
۰/۰۸۱	۰/۰۴۵	خودآگاهی
۰/۰۸۳	۰/۰۴۵	اعتماد به نفس
۰/۱۹۴	۰/۰۴۳	احساس عصبانیت
۰/۰۸۵	۰/۰۴۵	یأس و ناامیدی
۰/۵۵۸	۰/۷۹۰	علاقه به زندگی
۰/۷۶۹	۰/۶۶۰	سازگاری با دیگران
۰/۰۵۴	۱/۲۳۰	احساس سلامت

۰/۵۴۰	۰/۸۰۰	احساس حقارت	
۰/۵۷۰	۰/۷۸۰	حمایت خانواده	
۰/۲۰۰	۰/۰۳۱	حمایت دوستان	
۰/۲۰۰	۰/۰۳۵	حمایت دیگران	

در جدول ۲ آزمون کولموگراف برای بررسی نرمال بودن مؤلفه‌های تاب‌آوری، شادکامی، امنیت روانی و ابعاد حمایت اجتماعی به کار برده شد و نتایج حاصل از آزمون در سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ نشان داد که داده‌ها نرمال هستند.

جدول ۳. نتایج تحلیل همبستگی کانونی رابطه مجموعه ابعاد حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های تاب‌آوری

معنی‌داری	DFI	F	لامبدا و پلکز	مجذور همبستگی	همبستگی کانونی	مقدار ویژه	توابع کانونی
۰/۰۰۰	۹۳۰/۷۱۰	۱۱/۶۵۵	۰/۶۲۲	۰/۳۴۳	۰/۵۸۶	۰/۶۰۸	۱
۰/۷۸۵	۶۷۶/۰۰۰	۰/۵۹۲	۰/۹۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۱۱	۰/۱۰۴	۲
۰/۷۸۴	۳۳۹/۰۰۰	۰/۳۵۶	۰/۹۹۷	۰/۰۰۰۰۰۹	۰/۰۰۳	۰/۰۵۶	۳

جدول ۳ نشان می‌دهد که همبستگی میان متغیرهای کانونی (متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک) ۰/۵۸۶ است و مجذور همبستگی (۰/۳۴۳) است. نشان می‌دهد که واریانس مشترک میان این دو مجموعه (ترکیب خطی) ۳۴/۳ در سطح معنی‌دار ۰/۰۰۰ معنادار است؛ بدین معنی که با آگاهی از متغیر کانونی ابعاد حمایت اجتماعی، ۳۴/۳ درصد از تغییرات متغیر کانونی مؤلفه‌های تاب‌آوری قابل پیش‌بینی است. همچنین مجموعه ۲ و ۳ در سطح معنی‌داری به ترتیب ۰/۷۸۵ و ۰/۷۸۴ معنادار نیست. ضرایب و بار کانونی در تابع کانونی متغیرهای پیش‌بین و ملاک در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. ضرایب استاندارد W1 و V1 اجزا در توابع متغیرهای ملاک و پیش‌بین

بار کانونی	ضرایب ۱	اجزای تابع	توابع کانونی
-۰/۷۷۱	-۰/۳۳۶	حمایت خانواده	متغیرهای پیش‌بین W1
-۰/۷۹۶	-۰/۳۳۷	حمایت دوستان	
-۰/۸۷۰	-۰/۵۴۳	حمایت دیگران	

تصور از شایستگی فردی	-۰/۶۴۲	-۰/۷۳۱	متغیرهای ملاک ۱۷
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	-۰/۳۵۳	-۰/۴۶۸	
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	-۰/۲۱۶	-۰/۴۳۶	
کنترل	-۰/۴۲۳	-۰/۵۳۹	
تأثیرات معنوی	-۰/۱۷۶	-۰/۲۴۶	

براساس جدول ۴، ضرایب استاندارد برای اولین جفت از متغیرها تابع اول که در جدول ۵ آمده است. بزرگی مقادیر هر یک از ضرایب استاندارد بیانگر اهمیت آن متغیر در تبیین تغییرات است، چنانچه مشاهده می‌کنید ضرایب استاندارد ابعاد حمایت دیگران $-۰/۵۴۳$ و بار کانونی $-۰/۸۷۰$ ، حمایت دوستان $-۰/۳۳۷$ و بار کانونی $-۰/۷۹۶$ و حمایت خانواده $-۰/۳۳۶$ و بار کانونی $-۰/۷۷۱$ با ترتیب مراتب از بزرگ به کوچک بودند و در بین متغیرهای ملاک‌های تصور از شایستگی فرد $-۰/۶۴$ و بار کانونی $-۰/۷۳۱$ ، کنترل $-۰/۴۲۳$ و بار کانونی $-۰/۵۳۹$ ، اعتماد به غرایز فردی $-۰/۳۵۳$ و بار کانونی $-۰/۴۶۸$ ، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن $-۰/۲۱۶$ و بار کانونی $-۰/۴۳۶$ ، تأثیرات معنوی $-۰/۱۷۶$ و بار کانونی $-۰/۲۴۶$ به ترتیب مراتب بعدی از بزرگ به کوچک بوده است. این مطلب به این معنا است که با پایین آمدن ابعاد حمایت اجتماعی، تاب‌آوری زنان سرپرست خانوارها نیز کاهش می‌یابد و برعکس.

$W1$ = حمایت دیگران $-۰/۵۴۳$ - حمایت دوستان $-۰/۳۳۷$ و حمایت خانواده $-۰/۳۳۶$ -
 $V1$ = تصور از شایستگی فردی $-۰/۲۶۴$ ، کنترل $-۰/۴۲۳$ ، اعتماد به غرایز فردی $-۰/۳۵۳$ ،
 پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن $-۰/۲۱۶$ ، تأثیرات معنوی $-۰/۱۷۶$ -
 با مطالعه جفت اول معادله و با توجه به همبستگی بالا آن‌ها مشاهده می‌شود که در معادله $W1$ مقدار ضریب حمایت دیگران ($-۰/۵۴۳$) از همه بالاتر و مقدار ضریب حمایت خانواده ($-۰/۳۳۶$) از همه پایین‌تر و در معادله $V1$ مقدار ضریب تصور از شایستگی فردی ($-۰/۲۶۴$) از همه بالاتر و مقدار ضریب مؤلفه تأثیرات معنوی ($-۰/۱۷۶$) از همه پایین‌تر بوده است.

دومین جفت معادله کانونی مجذور همبستگی $0/0001$ بوده است، که بسیار ضعیف است. سومین جفت معادله کانونی مجذور همبستگی $0/00009$ بوده است که بازهم بسیار ضعیف است.

جدول ۵. شاخص‌های افزونگی کانونی برای اولین و دومین تابع کانونی

ضریب افزونگی متغیرهای متقابل کانونی دوم	ضریب افزونگی متغیرهای متقابل کانونی اول	تابع کانونی
$0/002$	$0/244$	ابعاد حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های تاب‌آوری
$0/002$	$0/096$	مؤلفه‌های تاب‌آوری با ابعاد حمایت اجتماعی

برای تعیین ارتباط میزان ابعاد حمایت اجتماعی جهت افزایش مؤلفه‌های تاب‌آوری زنان از ضرایب افزونگی استفاده شده است که در آن، درجه هم‌پوشانی بین دو مجموعه از متغیرها مشخص می‌شود. میزان افزونگی بالای ضرایب کانونی نشان از توانایی بالای آن‌ها در پیش‌بینی متغیرهای وابسته دارد. ضریب شاخص افزونگی همانند R^2 در رگرسیون است که براساس نتایج جدول ۶، نسبت واریانس‌های توضیح داده‌شده متغیر ابعاد حمایت اجتماعی توسط مؤلفه‌های تاب‌آوری $24/4$ درصد و نسبت واریانس‌های توضیح داده‌شده مؤلفه‌های تاب‌آوری توسط ابعاد حمایت اجتماعی $9/6$ درصد ارزیابی شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل همبستگی کانونی رابطه مجموعه ابعاد حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های امنیت

روانی

معنی‌داری	DF1	F	لامبدا ویلکز	مجذور همبستگی	همبستگی کانونی	مقدار ویژه	توابع کانونی
$0/000$	$972/214$	$3/768$	$0/620$	$0/262$	$0/512$	$0/582$	۱
$0/811$	$656/000$	$0/759$	$0/938$	$0/002$	$0/054$	$0/227$	۲
$0/994$	$329/000$	$0/283$	$0/989$	$0/001$	$0/011$	$0/105$	۳

جدول ۹، نشان می‌دهد که همبستگی میان متغیرهای کانونی (متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک) $0/512$ است و مجذور همبستگی ($0/262$) است. نشان می‌دهد که واریانس مشترک میان این دو مجموعه (ترکیب خطی) $26/2$ در سطح معنی‌دار $0/000$ معنادار است.

بدین معنی که با آگاهی از متغیر کانونی ابعاد حمایت اجتماعی، ۲/۲۶ درصد از تغییرات متغیر کانونی مؤلفه‌های امنیت روانی قابل پیش‌بینی است. همچنین مجموعه ۲ و ۳ در سطح معنی‌داری به ترتیب ۰/۸۱۱ و ۰/۹۹۴ معنادار نیست. ضرایب و بار کانونی در تابع کانونی متغیرهای پیش‌بین و ملاک در جدول ۱۰ آورده شده است.

جدول ۷. ضرایب استاندارد W1 و V1 اجزا در توابع متغیرهای ملاک و پیش‌بین

توابع کانونی	اجزای تابع	ضرایب ۱	بار کانونی
متغیرهای پیش‌بین W1	حمایت خانواده	-۰/۵۴۲	-۰/۸۸۰
	حمایت دوستان	-۰/۳۴۶	-۰/۸۰۶
	حمایت دیگران	-۰/۳۲۵	-۰/۷۵۱
متغیرهای ملاک V1	ناسازگاری محیطی	۰/۳۰۰	۰/۵۱۱
	پارانویا	۰/۲۴۳	۰/۴۷۳
	اعتقاد به خود	-۰/۱۹۹	-۰/۳۸۶
	اشتیاق به زندگی	-۰/۱۰۵	-۰/۴۱۷
	افسردگی	۰/۱۷۶	۰/۳۹۷
	احساس سعادتمندی	-۰/۱۲۵	-۰/۳۴۲
	امنیت اجتماعی	-۰/۱۴۷	-۰/۳۱۶
	خودآگاهی	-۰/۲۶۶	-۰/۳۸۳
	اعتماد به نفس	-۰/۲۴۷	-۰/۴۴۷
	احساس عصبانیت	۰/۱۹۰	۰/۳۴۸
	یأس و ناامیدی	۰/۱۲۷	۰/۳۱۷
	علاقه به زندگی	-۰/۰۷۲	-۰/۳۳۶
	سازگاری با دیگران	-۰/۱۰۹	-۰/۳۴۴
	احساس سلامت	-۰/۱۱۰	۰/۴۱۳
	احساس حقارت	۰/۰۹۷	۰/۲۶۹

براساس ضرایب استاندارد برای اولین جفت از متغیرها تابع اول که در جدول ۴-۱۳ آمده است. بزرگی مقادیر هر یک از ضرایب استاندارد بیانگر اهمیت آن متغیر در تبیین تغییرات است، چنانچه مشاهده می‌کنید ضرایب استاندارد ابعاد حمایت خانواده ۰/۵۴۲- و

بار کانونی ۰/۸۸۰-، حمایت دوستان ۰/۳۴۶- و بار کانونی ۰/۸۰۶- و حمایت دیگران ۰/۳۲۵- و بار کانونی ۰/۷۵۱- با ترتیب مراتب از بزرگ به کوچک بودند؛ و در بین متغیرهای ملاک‌های مؤلفه‌های امنیت روانی از جمله؛ ناسازگاری محیطی ۰/۳۰۰ و بار کانونی ۰/۵۱۱، خودآگاهی ۰/۲۶۶- و بار کانونی ۰/۳۸۳-، اعتمادبه‌نفس ۰/۲۴۷- و بار کانونی ۰/۴۴۷-، پارانویا ۰/۲۴۳ و بار کانونی ۰/۴۷۳، اعتقاد به خود ۰/۱۹۹- و بار کانونی ۰/۳۸۶-، احساس عصبانیت ۰/۱۹۰ و بار کانونی ۰/۳۴۸، افسردگی ۰/۱۷۶ و بار کانونی ۰/۳۹۷، امنیت اجتماعی ۰/۱۴۷- و بار کانونی ۰/۳۱۶-، یاس و ناامیدی ۰/۱۲۷ و بار کانونی ۰/۳۱۷، احساس سعادتمندی ۰/۱۲۵- و بار کانونی ۰/۳۴۲-، احساس سلامت ۰/۱۱۰- و بار کانونی ۰/۴۱۳، سازگاری با دیگران ۰/۱۰۹- و بار کانونی ۰/۳۴۴-، اشتیاق به زندگی ۰/۱۰۵- و بار کانونی ۰/۴۱۷-، احساس حقارت ۰/۰۹۷ و بار کانونی ۰/۲۶۹ و علاقه به زندگی ۰/۰۷۲- و بار کانونی ۰/۳۳۶- به ترتیب مراتب بعدی از بزرگ به کوچک بوده است.

این مطلب به این معنا است که با پایین آمدن ابعاد حمایت اجتماعی، امنیت روانی (اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، احساس سعادتمندی، امنیت اجتماعی، خودآگاهی، اعتمادبه‌نفس، علاقه به زندگی، احساس سلامت و سازگاری با دیگران) زنان سرپرست خانوار نیز کاهش می‌یابد و برعکس.

و همچنین با پایین آمدن ابعاد حمایت اجتماعی، برخی مؤلفه‌های امنیت روانی از جمله (یاس و ناامیدی، پارانویا، احساس عصبانیت، احساس حقارت، افسردگی و ناسازگاری محیطی) زنان سرپرست خانوار نیز افزایش می‌یابد و برعکس

W1= حمایت دیگران ۰/۵۶۵- حمایت دوستان ۰/۴۵۱- و حمایت خانواده ۰/۱۸۳-

V1= سر ذوق بودن ۰/۴۹۹-، آمادگی روانی ۰/۲۶۰-، خودپنداره ۰/۲۵۹-، احساس

زیبایی‌شناختی ۰/۲۵۱-

امیدواری ۰/۲۴۴-، خود کارآمدی ۰/۱۹۴- و رضایت از زندگی ۰/۱۶۲-

با مطالعه جفت اول معادله و با توجه به همبستگی بالا آن‌ها مشاهده می‌شود که در معادله W1 مقدار ضریب حمایت خانواده‌ها (-۰/۵۴۲) از همه بالاتر و مقدار ضریب حمایت دیگران (-۰/۳۲۵) از همه پایین‌تر و در معادله V1 مقدار ضریب ناسازگاری محیطی (-۰/۳۰۰) از همه بالاتر و مقدار ضریب مؤلفه علاقه به زندگی (-۰/۰۷۲) از همه پایین‌تر بوده است.

دومین جفت معادله کانونی مجذور همبستگی ۰/۰۰۲ بوده است، که بسیار ضعیف است. سومین جفت معادله کانونی مجذور همبستگی ۰/۰۰۱ بوده است که باز هم بسیار ضعیف است.

جدول ۸. شاخص‌های افزونگی کانونی برای اولین و دومین تابع کانونی

ضریب افزونگی متغیرهای متقابل کانونی	ضریب افزونگی متغیرهای متقابل کانونی اول	تابع کانونی
دوم		
۰/۰۰۹	۰/۲۲۵	ابعاد حمایت اجتماعی با مؤلفه‌های امنیت روانی
۰/۰۰۳	۰/۰۵۰	مؤلفه‌های امنیت روانی با ابعاد حمایت اجتماعی

برای تعیین ارتباط میزان ابعاد حمایت اجتماعی جهت افزایش مؤلفه‌های امنیت روانی زنان از ضرایب افزونگی استفاده شده است که در آن، درجه هم‌پوشانی بین دو مجموعه از متغیرها مشخص می‌شود. میزان افزونگی بالای ضرایب کانونی نشان از توانایی بالای آن‌ها در پیش‌بینی متغیرهای وابسته دارد. ضریب شاخص افزونگی همانند R2 در رگرسیون است که براساس نتایج ۱۱. نسبت واریانس‌های توضیح داده شده متغیر ابعاد حمایت اجتماعی توسط مؤلفه‌های امنیت روانی ۲۲/۵ درصد و نسبت واریانس‌های توضیح داده شده مؤلفه‌های امنیت روانی با ابعاد حمایت اجتماعی ۵/۰ درصد ارزیابی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر تحلیل کانونی رابطه تاب‌آوری و امنیت روانی اجتماعی براساس ابعاد حمایت اجتماعی در زنان بی‌سرپرست خانواده بود. نتایج نشان داد که بین ابعاد حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در زنان سرپرست خانواده رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی هرچه ابعاد حمایت اجتماعی افزایش یابد، تاب‌آوری در زنان

سرپرست خانواده افزایش می‌یابد و برعکس. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهشگرانی از جمله شجاعی مهر و همکاران (۱۳۹۹)، خباز و همکاران (۱۳۹۰)، آزادی و آزاد (۱۳۹۰)، لوک و بدمیل (۲۰۲۱)، تولایک کلینج و اسلی سیس جلیک (۲۰۲۰) و هو و همکاران (۲۰۱۸) همسو بوده است؛ برای مثال آزادی و آزاد (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان داد که بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری همبستگی معنی‌داری وجود دارد. لوک و بدمیل (۲۰۲۱) دریافتند که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری روان‌شناختی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. تولایک کلینج و اسلی سیس جلیک (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان داد سطح حمایت اجتماعی که توسط پرستاران در طی بیماری همه‌گیر کووید ۱۹ انجام شده بود بسیار خوب بود و سطح تاب‌آوری روان‌شناختی نیز در بین آن‌ها نسبتاً خوب بود. علاوه بر این، مشخص شد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها با افزایش حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد.

در تبیین فرضیه حاضر می‌توان گفت که حمایت اجتماعی سبب افزایش تاب‌آوری زنان سرپرست خانواده می‌شود، افرادی که خانواده و دوست صمیمی دارند می‌توانند مشکلات خود را با آن‌ها در میان بگذرانند و از آن‌ها راهنمایی بخواهند. حتی اگر نتوانند آن‌ها را راهنمایی کنند، حمایت عاطفی آن‌ها می‌تواند سبب کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری زنان می‌شود. فقدان حمایت خانواده به‌عنوان متغیرهای سیستم محیطی، فرد را برای پیامدهای روان‌شناختی مانند استرس و تاب‌آوری پایین و غیرمنطقی آسیب‌پذیر می‌سازد؛ اما حمایت خانواده به‌عنوان متغیر مهمی از سیستم اجتماعی در شرایط بحرانی، فرد را در کاهش استرس کم کرده، به‌گونه‌ای که فقدان حمایت خانواده در این شرایط استرس‌زا، فشار روانی زیادی را بر فرد وارد می‌کند، می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی مانند استرس را به دنبال داشته و فرد را به شدت در برابر استرس و انحرافات آسیب‌پذیر سازد. حمایت خانواده و تنها نگذاشتن فرد و همچنین درک‌اندوه و شرایط آنان، سبب می‌شود که این افراد راحت‌تر بتوانند با مشکل خود مقابله کرده و شرایط خود را بپذیرند. این پذیرش و درک شدن از سوی خانواده، سبب کاهش افکار منفی، انزوا و نشخوارهای ذهنی

شده و پیشروی به سوی استرس را کاهش می‌دهد. خانواده‌هایی که اعضاء آن به‌طور آزاد و مکرر بدون هیچ محدودیتی با هم ارتباط دارند و احساساتشان را راحت با دیگر اعضای خانواده بیان می‌کنند و در تصمیم‌گیری با یکدیگر مشورت کرده و در انتخاب عقاید و تصمیمات آزاد هستند، میزان ارتباطات و تعاملات در اوج خود قرار داشته و میزان بالاتری از تاب‌آوری و مقابله مؤثر و انعطاف‌پذیری در برابر حوادث و آسیب‌ها را دارا خواهند بود. حمایت اجتماعی در واقع سبب می‌شود که فرد توانایی سازگاری موفق با چالش‌ها و شرایط تهدیدکننده را بهبود می‌بخشد (ناعمی، ۱۳۹۴).

نتایج در رابطه با فرضیه بعدی نیز نشان داد که بین ابعاد حمایت اجتماعی با امنیت روانی اجتماعی در زنان سرپرست خانواده رابطه معنی‌داری وجود دارد که این نتیجه با یافته‌های پژوهشگرانی از جمله قرائت و محمدی (۱۳۹۳)، همتی و رحیمی علی‌آبادی (۱۳۹۲)، آزادی و آزاد (۱۳۹۰) هو و همکاران (۲۰۱۸)، مایرین (۲۰۱۶)، مندیتا و همکاران (۲۰۱۳) و فیوری کترینه و دنکلا چیرستی (۲۰۱۲) همسو بوده است؛ برای مثال قرائت و محمدی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد که سلامت روانی با حمایت اجتماعی ادراک‌شده ارتباط معناداری وجود دارد. افراد مورد مطالعه با کسب نمرات بیشتر در سلامت روانی، در وضعیت نامطلوبی قرار داشته و عدم دریافت حمایت اجتماعی مساوی با کسب نمره بالا در سلامت روانی بوده و ارتباط بین این دو متغیر معکوس است. همتی و رحیمی علی‌آبادی (۱۳۹۲) در مطالعاتی دریافتند رابطه مستقیم و مثبتی بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت روانی زنان وجود دارد. مندیتا و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی دریافتند از بین سه نوع حمایت تحلیل‌شده (عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری)، حمایت عاطفی به‌طور معنی‌داری در کاهش تنهایی (خانوادگی، عاشقانه و اجتماعی) و افزایش رفاه مؤثرتر بود. تنهایی تا حدی به‌عنوان یک متغیر میانجی عمل می‌کند، اگرچه تحت تأثیر حمایت اجتماعی است، اما درعین حال اثرات حمایت اجتماعی بر بهزیستی ذهنی مؤثر است. در تبیین فرضیه حاضر می‌توان گفت که حمایت اجتماعی سبب می‌شود که زنان سرپرست خانواده از لحاظ امنیت روانی در وضعیت بهتری باشند، ایشان برای تأمین مخارج زندگی به شغل‌های کاذب

و بی‌بندوباری روی نیاورند. حمایت عاطفی خانواده‌ها و دوستان سبب می‌شود که زنان سرپرست خانواده از بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، پارانویا و خودکشی دوری کرده و هر لحظه مردم و خداوند را حامی و پشتیبان خود بدانند. زنانی که احساس امنیت روانی دارد، یعنی اعتماد به نفس، احساس سلامت، احساس سعادت‌مندی و خودآگاهی دارد، این افراد به کمک حمایت‌های اجتماعی می‌تواند احساس حقارت، یأس و ناامیدی و افسردگی را از بین ببرد و به امنیت روانی دست پیدا کند و می‌توان گفت اعتقاد به اینکه حمایت خانواده‌ها، دوستان و دیگران و از همه مهم‌تر خدایی هست که ناظر بر امور است و در همه حال انسان را یاری می‌کند، اضطراب و نگرانی را کاهش می‌دهد. در واقع افرادی که از عضویت گروهی، حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی و تراکم بالای شبکه اجتماع شخصی و پیوند قوی با شبکه اجتماعی شخصی خود داشتند از امنیت روانی بالاتری نسبت به افرادی که حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی، تراکم شبکه اجتماع شخصی، پیوند کمتری با شبکه اجتماع شخصی خود داشتند، برخوردار بودند. همچنین زنانی که از پایگاه اجتماعی و اقتصادی بالاتری برخوردار بودند، امنیت روانی مطلوب‌تری داشتند. بنابر نظریه دورکیم، هر چه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی‌تر باشد، احتمال به خطر افتادن امنیت روانی فرد کاهش می‌یابد. پیوندهای بین اشخاص که افراد را به جمع متصل می‌کند، در جهت حفظ آنان از خودگرایی افراطی، عمل می‌کند. تا زمانی که فرد با جمع بزرگ‌تر و اهداف آنان متصل نشده‌اند، آنان خودگرا و خودمحور می‌شوند. به طرزى که نسبت به بهداشت روانی‌شان تخریب‌کننده است. دورکیم پریشانی روانی را به فقدان همبستگی اجتماعی نسبت می‌دهد (همتی و رحیمی علی‌آباد، ۱۳۹۳).

بنابراین از آنجا که ابعاد حمایت اجتماعی قادر به پیش‌بینی هر سه متغیر تاب‌آوری، شادکامی و امنیت روانی زنان سرپرست خانواده شهر تبریز بود، ارتقای هر سه متغیر با برنامه‌ریزی‌ها و حمایت گسترده توسط خانواده‌ها و مسئولین در راستای ارتقای امنیت اجتماعی، عاطفی و هیجانی زنان شهر تبریز شدیداً تأکید می‌شود؛ بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش در بخش وضعیت سلامت و شادکامی زنان پیشنهاد می‌شود؛ نهادهای

مسئول شرایط مداخله‌های حمایتی و روان‌شناختی رایگان از جمله درمان پذیرش و تعهد همراه با حمایت‌های اقتصادی، آموزشی، فرهنگی مناسب را برای این خانواده‌ها فراهم آورند تا زنان بی‌سرپرست در ادراک وضعیت اجتماعی خود، ارزیابی مثبتی داشته و از امنیت مطلوب روانی برخوردار باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و مددکاری برنامه‌های آموزشی مناسبی در جهت توانمندسازی، افزایش مهارت‌های زندگی و افزایش امنیت روانی - اجتماعی تدارک بینند تا ضمن افزایش سطح سلامتی و کاهش نگرانی، قدرت مقابله مؤثر آنان در برابر تنش‌ها و فشارهای روانی بهبود یابد؛ بنابراین چنین اقداماتی می‌توانند موجب رشد ابعاد امنیت و امنیت اجتماعی را فراهم کنند به همین جهت پیشنهاد می‌شود این اقدامات به صورت مستمر انجام پذیرد. لذا در یک نگاه عملیاتی نیز به دست‌اندرکاران پیشنهاد می‌شود در جلسات درمان واقعی صرف نظر از دیدگاه نظری یا سبک مشاوره‌ای و درمانی اتخاذ شده به منظور بهینه‌سازی میزان سلامت روان، طرحی برای افزایش پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش مراجعان مدنظر قرار گیرد. لذا به سازمان‌هایی از قبیل سازمان بهزیستی، کمیته امداد، پیشنهاد می‌شود که به منظور بهبود وضعیت زندگی بهتر و شادکامی در زنان سرپرست خانواده، آموزش راهبرد مقابله‌ای مؤثر در برابر حوادث فشارزا و آموزش تاب‌آوری را در برنامه‌های خود بگنجانند.

سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر از زحمات سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی، شرکت کنندگان در پژوهش، تمامی استادان و بزرگوارانی که در جهت به ثمر رسیدن فعالیت علمی فوق، به هر نحوی یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

- ابراهیمی، نبی‌اله. (۱۳۸۶). تأملی بر مبانی و فرهنگ مکتب کپنهاگ، فصلنامه سیاست خارجی، ۲۱ (۲)، ۴۵۸-۴۳۹.

<http://ensani.ir/file/download/article/20101207151642-775.pdf>

- آزادی، سارا؛ آزاد، حسین. (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاد و ایثارگر دانشگاه شهر ایلام، مجله علمی - پژوهشی طب جانباز، ۱۲(۲)، ۴۸-۵۸.
<http://ijwph.ir/article-1-135-en.html>
- 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. مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۸ (۵)، ۳۳۴-۳۴۲.
<http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-2113-fa.html>
- برومند، نرمین. (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی، سرمایه روان‌شناختی و خودافشایی هیجانی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- جعفری، سیمین؛ امان‌اله‌نژاد کلخوران، مجتبی؛ طالبی، روح‌الله. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش کنترل خشم بر پرخاشگری دختران تکواندوکار نوجوان مبتدی. مطالعات روان‌شناسی ورزشی، ۸(۸)، ۷۷-۸۸.
https://spsyj.ssric.ac.ir/article_95.html
- خباز، محمود؛ بهجتی، زهرا و ناصری، محمد. (۱۳۹۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله، با تاب‌آوری در پسران نوجوان، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱(۵)، ۱۰۸-۱۲۳.
https://apsy.sbu.ac.ir/article_95519.html
- خسروی، زهره. (۱۳۸۰). بررسی آسیب‌های روانی - اجتماعی زنان سرپرست خانواده. مجله علوم انسانی الزهراء، ۱۱(۳۹)، ۷۱-۹۴.
<https://www.sid.ir/Fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=8617>
- دغاقله، عقیل؛ کلهر، سمیرا. (۱۳۹۰). آسیب‌های شهری در تهران: وندالیسم، دختران فراری، زنان سرپرست خانوار و تکدی‌گری. تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- زارع، حسین و امین‌پور، حسن. (۱۳۹۰). آزمون‌های روان‌شناختی. تهران: انتشارات آبیژ.
- سهرابی، فرامرز؛ خانجانی، مهدی؛ اعظمی، یوسف؛ خانجانی، اسماعیل؛ مام‌شریفی، پیمان و فروغی‌نژاد، الهه. (۱۳۹۸). آموزش برنامه ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سبک مواجهه با استرس، تنظیم هیجان و سلامت روانی زنان بی‌سرپرست. مجله علوم پزشکی سبزوار، ۲۶(۴)، ۴۳۱-۴۴۳.
http://jsums.medsab.ac.ir/article_1211.html

• شجاعی مهر، پروانه؛ مؤمنی، خدامراد و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۹). بررسی رابطه امنیت روانی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با بروز اختلال تنیدگی پس از سانحه، مجله روان‌شناسی، ۲۴(۲)، ۱۸۵-۱۹۹.

• صدری‌دمیرچی، اسماعیل؛ بشرپور، سجاده؛ رضانی، شکوفه؛ یانپور، کریم. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش برنامه تاب‌آوری بر خشم و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تکانشور. مجله روان‌شناسی مدرسه، ۶(۴)، ۱۲۰-۱۳۴.

http://jsp.uma.ac.ir/article_607.html

• قرائت، مرضیه؛ محمدی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سلامت روان افراد جویای تغییر جنسیت. فصلنامه مددکار اجتماعی، ۳(۲ و ۸)، ۲۱-۳۲.

<https://socialworkmag.ir/article-1-27-fa.html&sw>

• محمدی، زهرا؛ برجلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۵(۱)، ۸۱-۹۱.

<https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-538-fa.html&sw>

• ناعمی، علی‌محمد. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان، خوش‌بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار. پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت، ۱(۳)، ۳۳-۴۴.

https://ppls.ui.ac.ir/article_20707.html

• همتی، رضا؛ رحیمی‌علی‌آبادی، اباذر. (۱۳۹۲). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روانی، تغییرات اجتماعی فرهنگی، ۱۱(۳)، ۱۰۵-۱۱۸.

http://journal.aukh.ac.ir/article_527991.html

- Doğan, B. G., Laçın, E., & Tural, N. (2015). Predicatives of the workers' burnout level: Life satisfaction and social support. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 191, 1801-1806. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.705>
- Eşkisü M. (2014). The Relationship between Bullying, Family Functions and Perceived Social Support Among High School Students. *Social and Behavioral Sciences*, 23, 492-496. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.412>
- Fiori Katherine L, Denckla Christy A(2012). Social Support and Mental Health in Middle-Aged Men and Women. *Journal of AgingandHealth*, 24(3), 407-438. <https://doi.org/10.1177/0898264311425087>

- Guillén, A. I., Panadero, S., & Vázquez, J. J. (2021). Disability, health, and quality of life among homeless women: A follow-up study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 91(4), 569-577. doi: 10.1037/ort0000559.
- Jayasundera, M. G. (2021). *Mental Health Surveys in Ceylon* (pp. 54-65). University of Hawaii Press.
- Lok, N., Bademli, K. (2021). The Relationship Between the Perceived Social Support and Psychological Resilience in Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 57, 387-391.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-020-00665-w>
- Măirean C. (2016). Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: Social support as a moderator. *Soc Sci J*. 53(1), 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.socij.2015.11.007>
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29(1), 83-89.
<https://doi.org/10.1093/humrep/det403>
- Noullet, C.J., Lating, K.M., Kirkhart, M.W., Dewey, R. (2018). Effect of pastoral crisis intervention training on resilience and compassion fatigue in clergy: A pilot study. *Spirituality in Clinical Practice*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/scp0000158>
- Tülay Kılınç, R. N., Aslı Sis Çelik, R.N. (2020). Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID-19 pandemic: A study from Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*. 1(1), 109. <https://doi.org/10.1111/ppc.12648>