

تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده در زنان سرپرست خانوار شهر سنندج

فخرالسادات نصیری ولیک‌بنی، دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

شوبو عبدالملکی، دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران *

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده زنان سرپرست خانوار شهر سنندج انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان شاغل سرپرست خانوار شهر سنندج در سال ۱۳۹۳ به تعداد ۴۲۰ نفر است که از بین آنان ۲۰۰ نفر بر اساس جدول مورگان با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های: حمایت اجتماعی ادراک شده (Zimet و همکاران (1988)، استرس ادراک شده (Kohlen و همکاران (1983) و کیفیت زندگی (SF-36) است. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش با استفاده از روش الگویابی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که در الگوی نهایی بازنگری شده پژوهش، در میان رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده (خانواده و افراد مهم) و ابعاد کیفیت زندگی (معطوف به سلامت جسم و روان)، کاهش استرس تنها رابطه بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی معطوف به سلامت جسمی و روانی را میانجی‌گری می‌کند.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی، استرس، زنان سرپرست خانوار

مقدمه و بیان مسأله

زنان سرپرست خانوار یکی از گروه‌های جامعه هستند که به دلیل مسائل و مشکلات پیش رونده‌ای که دچار آن هستند، به عنوان یکی از اقشار آسیب دیده جامعه، نیازمند بررسی و مطالعه هستند. در جوامع جهان سوم که زن بودن خود به تنهایی تبعات و مسائلی را در پی دارد، سرپرست خانوار بودن زنان می‌تواند مشکلات پیچیده‌تری ایجاد کند (نجم عراقی، ۱۳۸۷).

زنان سرپرست خانواده از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماع هستند که عواملی چون طلاق، اعتیاد یا از کارافتادگی همسر، رها شدن توسط مردان مهاجر و بی‌مبالاتی موجب آسیب‌پذیرتر شدن این طیف وسیع از خانواده‌های ایرانی می‌شود. بر اساس تعریف سازمان بهزیستی، زنان سرپرست خانواده، زنانی هستند که عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانواده‌شان هستند (خسروی، ۱۳۸۰). از نظر جامعه‌شناسان واژه سرپرست خانوار^۱ یک اصطلاح توصیفی است و سرپرست خانواده به کسی اطلاق می‌شود که قدرت قابل ملاحظه‌ای در مقایسه با سایر اعضای خانواده دارد و معمولاً مسن‌ترین فرد خانواده است و مسئولیت‌های اقتصادی خانواده به عهده وی است (Mc Gowan, 2006).

عوامل متعددی از جمله جنگ، شهرنشینی، طلاق، اعتیاد همسر، مرگ همسر و نظایر آن سبب تغییر ساختار خانواده و افزایش تعداد خانواده‌های تک‌والدی با سرپرستی زنان در سراسر جهان است. در مواردی که سرپرستی خانواده به صورت ناگهانی از مرد به زن منتقل می‌شود شرایط ناامنی شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزند، ایفای نقش دوگانه پدر و مادری برای زنان فراهم می‌شود که این شرایط موجب شکل‌گیری استرس‌ها و فشارهای شخصی، روانی و اجتماعی بر دوش زن می‌شوند، که می‌توانند سلامت روانی و خانوادگی زن را به خطر بیندازند (حسینی و همکاران، ۱۳۸۸).

بر اساس بررسی‌های انجام شده، نگرانی، اضطراب و

استرس بیشترین دغدغه زنان سرپرست خانوار نسبت به آینده خود و فرزندان‌شان است که این عوامل می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی زنان تأثیر بسزایی داشته است. بنا به تعریف گروه کیفیت سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خودش در زندگی، با توجه به بافت فرهنگی جامعه و اهداف، معیارها و نگرانی‌های فرد اشاره دارد و از متغیرهایی مثل سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، استقلال و روابط اجتماعی ناشی می‌شود (هادی و همکاران، ۱۳۸۹).

تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد، امروزه ۶۰ درصد از زنان جهان، نان‌آور خانواده هستند، ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (تاتینا بلداجی و همکاران، ۱۳۸۹). بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، میزان سهم زنان در سرپرستی خانواده‌های ایرانی، ۹/۴ است که این میزان در سال ۱۳۷۵، ۸/۴ درصد است و طی یک دهه از رشد یک درصدی برخوردار است. بنابراین به طور متوسط سالانه ۶۰ هزار زن در کشور بی‌سرپرست می‌شوند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵). انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن سبب به وجود آمدن رشته‌ای از ناامنی و وظایف مضاعف از جمله: از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش‌های مختلف برای زنان می‌شود. در نتیجه اثر معکوس بر سلامت روان این زنان گذاشته و مسائل بهداشتی جدیدی را به بار می‌آورد (حسینی و همکاران، ۱۳۸۸). در این راستا، هرماندز، آندرا و گونزالس^۲ (2009) بیان می‌دارند که زنان سرپرست خانوار از کیفیت زندگی پایین‌تر و استرس بیشتری در مقایسه با سایر زنان برخوردار هستند. به واقع زنان، با سرپرست شدن، به علت تعدد و تعارض نقش‌ها، آرامش روانی خود را از دست می‌دهند، احساس تنهایی می‌کنند و دچار استرس و افسردگی می‌شوند. به بیانی دیگر نیز، مشکلات عاطفی - روانی این زنان، به قربانی شدن آنان و آسیب‌های روانی چون اختلالات پس از حادثه، اضطراب، افسردگی و سوء مصرف مواد مخدر،

² Hernandez, Aranda & Gonzalez

¹ head of household

موقعیت‌ها و شرایط تنش‌زا است. در این دیدگاه جدا از شناخت منابع استرس و توصیه صرف به کاهش منابع فشار روانی، تجهیز افراد و گروه‌ها به ظرفیت‌های فردی روانی و شخصیتی است که در تجربه موقعیت‌های تنش‌زا مشکل آفرین کمک کننده است، چرا که هر اندازه تلاش بر کاهش منابع استرس صورت پذیرد، می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی مؤثر است. بنابراین توجه به ظرفیت‌های فردی روانی که فرد به کمک آن‌ها بتواند در شرایط دشوار مقاومت نماید و دچار آسیب‌دیدگی نگردد و حتی در تجربه چنین شرایط مشکل آفرین یا بحرانی خود را از لحاظ شخصیتی ارتقاء بخشد، اخیراً مورد توجه روان‌شناسان مثبت‌نگر قرار گرفته است، مفهومی که با عنوان رشد پس از ضربه^۱ نام‌گذاری شده است (Linley & Joseph, 2004).

سرپرست خانوار بودن زنان یک پدیده جهانی است که زنان در همه کشورهای جهان به شکل و سیاق‌های مختلف با آن سر و کار دارند ولی مسأله به آن دلیل موضوعیت آسیب‌شناسی می‌یابد که یک پدیده در حال رشد است و متأسفانه در کشور در حال توسعه ما که در حال گذار به موقعیتی جدید است با حمایت و همیاری درخور توجهی از سوی مسؤولان روبه رو نمی‌شوند و در عرف جامعه هم این زنان با مشکلات عدیده‌ای درباره اثبات مشروعیت خود مواجه‌اند، که همه این موارد نیاز به بررسی اجتماعی این موضوع را تشدید می‌کند. سلامت افراد در جامعه تحت تأثیر متغیرهای محیطی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرد. بر این مبنا، توجه به آگاهی‌های بهداشتی افراد، سواد سلامتی، حمایت‌های اجتماعی و سبک زندگی در کنار مؤلفه‌هایی، مانند: سواد، وضعیت اقتصادی، نوع اشتغال، شرایط محیطی زندگی و بسیاری مؤلفه‌های اقتصادی - اجتماعی دیگر در تبیین وضعیت سلامتی افراد جامعه مورد توجه قرار گرفته است (بنی‌فاطمه و همکاران، ۱۳۹۳).

امروزه به لحاظ تئوریک و عملیاتی، مهم‌ترین سازه

منجر می‌شود (Solomon et al., 1996)؛ به نقل از حسینی و همکاران، ۱۳۸۸).

براساس تحقیقات انجام شده در ایران، زنان سرپرست خانواده در مقایسه با زنان عادی، اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، انزوا، شکایت جسمانی و اضطراب) بیشتری را تجربه می‌کنند (تاتینا بلداجی و همکاران، ۱۳۸۹). شیوه‌های مقابله مبتنی بر بازداری هیجانی (که اختلالات جسمانی سازی را در پی دارند)، احساس ناتوانی در برآوردن خواسته‌های فرزندان، احساس تنهایی و بی‌کسی، فقدان افراد هم‌دل برای در میان گذاشتن مشکلات فرزندان، و نبود فرصت برای پیگیری مسائل تحصیلی فرزندان؛ از مشکلات زنان سرپرست خانواده هستند که در پیش بینی افسردگی، استرس و سایر اختلالات روان‌شناختی، سهم قابل ملاحظه‌ای دارند (خسروی، ۱۳۸۰).

روانشناسان معتقدند یکی از عمده‌ترین منابع استرس برای زنان، به‌ویژه زنان سرپرست خانواده ایفای نقش‌های متعدد در زمان واحد است. عمده‌ترین نقش پذیرفته شده برای مردان نقش نان‌آوری خانواده است و استرس‌های مربوط به نقش در مردان معمولاً وابسته به نقش‌های شغلی آنان است. زنان سرپرست خانواده هم باید اداره امور اقتصادی را بر عهده داشته و استرس‌های مربوط به شغل و حرفه و تنظیم درآمد را تجربه کنند و هم استرس‌های نقش والدینی، تربیتی و حمایتی از فرزندان (Blanon, 2008). سام‌آرام و امیری یخدایی (۱۳۸۸) در تحقیق خود، متذکر شدند؛ زنان سرپرست خانواده، نسبت به سایر زنان، از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی پایین‌تری برخوردارند. ایروانی (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان داد، میزان افسردگی زنان شاغل سرپرست خانواده از زنان شاغل عادی بیشتر است. همچنین تاتینا بلداجی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده پایین است.

تحولی که در دهه‌های اخیر با توجه به طرح رویکردهای مثبت‌نگر در حوزه روان‌شناسی سلامت صورت گرفته است در چگونگی نگرش و نگرستن به استرس و فشار روانی در

¹ Post traumatic growth

دارد رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده را در زنان سرپرست خانوار شاغل شهر سنندج بررسی نمایند.

تحقیقات پیشین

ربانی خوراسگانی و کیانپور (۱۳۸۶) در مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه موردی شهر اصفهان دریافتند که کیفیت زندگی افراد متأهل بالاتر از کیفیت زندگی افراد مجرد است.

احمدی و اسلام (۱۳۸۸) در «بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی مردم بیرجند» میزان بهره‌مندی از شبکه‌های حمایت اجتماعی را یکی از عوامل اجتماعی مؤثر بر کیفیت زندگی مردم معرفی کردند.

گروسی و آدینه‌زاد (۱۳۸۹) دریافتند که میزان حمایت خانواده و حمایت در محل کار با تعارضات نقش رابطه داشته و حمایت اجتماعی سبب کاهش تعارضات شده است.

ریماز و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران، نشان دادند که در میان حیطه‌های ۴ گانه کیفیت زندگی، حیطه سلامت محیط و رابطه اجتماعی به ترتیب کم‌ترین (۹/۸۷) و بیش‌ترین (۱۲/۶۱) نمره را از بین متغیرهای تأثیرگذار روی شاخص کلی کیفیت زندگی به خود اختصاص دادند.

شعبان‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) در «بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران» به این نتیجه رسیدند که از بین مؤلفه‌های مقابله با استرس، سبک‌های اجتنابی و مسأله‌مداری با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری دارد، اما مؤلفه هیجان‌مداری با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد. مؤلفه‌های حمایت اجتماعی به جز مؤلفه دوستان با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بنی‌فاطمه و همکاران (۱۳۹۳) در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده

کیفیت زندگی، رویکرد اجتماعی است. این رویکرد به دلیل وجود دو هدف؛ یعنی بهبود همبستگی اجتماعی و مبارزه با مطروذیت اجتماعی، شبیه رویکرد کیفیت فراگیر زندگی است. این رویکرد را می‌توان به عنوان یک بازنگری انسانی در مطلوبیت‌گرایی و ارزیابی کیفیت زندگی بر اساس درآمد و ثروت به شمار آورد که درون مایه اصلی آن امکانات و توانایی‌های مالی و روابط اجتماعی است (مختاری و نظری، ۱۳۸۹).

امروزه توجه به ظرفیت‌های معطوف شده است که در کیفیت زندگی نقش زیادی دارند. یکی از این مؤلفه‌ها، کاهش استرس است. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد. به نظر کوهن^۱ (۲۰۰۴) حمایت اجتماعی، یک شبکه اجتماعی است که برای افراد منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار بیایند پژوهش‌ها از جمله فلمینگ، مک‌گوان، رابینسون و اسپیتز^۲ (۱۹۸۲) به طور ثابت بر نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی بر استرس تأکید داشته‌اند. استروبی و همکاران (۲۰۰۵) اشاره کردند که حمایت اجتماعی به مثابه یک تعدیل‌کننده تجربه سوگ عمل می‌کند. افرادی که فقدان را تجربه می‌کنند وقتی از حمایت اجتماعی برخوردارند بهتر با آن کنار می‌آیند و بهبودی از تجربه سوگ با سهولت بیشتری صورت می‌گیرد. کوین^۳ (۲۰۰۳) نشان داد حمایت اجتماعی به گونه‌ای مثبت با کیفیت زندگی زنان سرپرست مرتبط است. با توجه به گستردگی مشکلات و مسائل زنان سرپرست خانوار، توجه به دغدغه‌های آنان و بررسی همه جانبه و دقیق این مشکلات و ارائه راهکارهای اصولی و کاربردی به منظور حمایت از این قشر، از جمله وظایف سازمان‌ها و ارگان‌های خدمات اجتماعی هر کشوری است. لذا این تحقیق در نظر

^۱ Cohen

^۲ Fleming, MacGowan, Robinson, Spitz

^۳ Coyne

مراقبت پرستاران از کیفیت زندگی بلند مدت بیماران نتایج نشان داد که پرستاران به اندازه کافی قادر به تخمین کیفیت زندگی بیماران خود نیستند. همچنین پرستاران می‌توانند با آموزش هدفمند بررسی کیفیت زندگی بیماران، آن‌ها را در بهینه‌سازی کیفیت زندگی خود حمایت کنند.

ملیسا و همکاران^۷ (2015) در استرس و کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم آمریکایی اثرات طولی محافظت و حمایت اجتماعی از کودکان اقلیت مبتلا به آسم را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند افرادی که از حمایت اجتماعی کم‌تر و مراقبت کم‌تر برخوردارند دارای استرس بیشتر و در نتیجه کیفیت زندگی پایین‌تر هستند.

با توجه به تحقیقات انجام شده از جمله ربانی خوراسگانی و کیانپور (۱۳۸۶) کیفیت زندگی را در افراد مجرد و متأهل مورد مقایسه قرار داده‌اند. در دسته‌ای دیگر از تحقیقات از جمله احمدی (۱۳۸۸) و ریماز (۱۳۹۲) عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، در تحقیقاتی دیگر همچون لطیف‌ا و مؤید (2015) تأثیر سبک‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی بررسی شده است. بیشترین وجه تشابه این تحقیق با مطالعه شعبان‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) است که سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی را بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران مورد بررسی قرار داده، وجه تمایز این مطالعه در این است که کاهش استرس را به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته و سعی بر آن دارد با ارائه یک الگوی مفهومی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی را با در نظر گرفتن متغیر میانجی استرس ادراک شده مورد بررسی قرار دهد.

در راستای اهداف پژوهش فرضیه‌های زیر مطرح می‌شود:

- ۱- بین ادراک از حمایت خانواده و کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت روانی) رابطه مثبت معنادار وجود دارد.
- ۲- بین ادراک از حمایت افراد مهم و کیفیت زندگی (سلامت

آن: مطالعه‌ای بر روی نابرابری‌های سطوح سلامت بین شهروندان تبریزی مطالعه به نتایج متقنی در زمینه تأثیر آگاهی‌های بهداشتی، سواد سلامتی، سبک زندگی و حمایت اجتماعی بر سطح سلامت شهروندان دست یافتند.

فونداکارو و موس^۱ (1987) دریافته‌اند افزایش حمایت خانواده موجب استفاده بیشتر زنان از مقابله مسأله مدار شده و همچنین حمایت دیگران در محیط کار سبب افزایش سلامت روان در آنان خواهد شد.

کرنی، بویل، آفرد و راسین^۲ (2003) در بررسی میزان استرس و حمایت اجتماعی مادران متأهل و مجرد دریافته‌اند مادران مجرد نسبت به مادران متأهل استرس بیشتر و حمایت اجتماعی ادراک شده کم‌تری نشان دادند. همچنین مادران مجرد از مشکلات جسمانی و روانی بیشتری رنج می‌بردند.

فیلازوگلو و گریو^۳ (2008) در بررسی سبک‌های مقابله با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه دریافته‌اند سبک مقابله‌ای مسأله مدار با کیفیت زندگی رابطه مثبتی داشت.

هرناندز، آراندا و رامیرز^۴ (2009) در پژوهشی بر روی کیفیت زندگی زنان تک‌والد نسبت به خانواده‌های هسته‌ای دریافته‌اند زنان سرپرست خانوار بدون همسر نسبت به زنانی که همسر دارند کیفیت زندگی پایین‌تری داشته‌اند. لطیف‌ا و مؤید^۵ (2015) در بررسی تأثیر راهبردهای مقابله‌ای بر استرس فرزندپروری و کیفیت زندگی پدران فرزندان مبتلا به اوتیسم یافتند می‌توان با تحت تأثیر قرار دادن ماهیت استرس پدران، ویژگی‌های فردی، محیط زیست و خواسته‌ها و منابع آن، راه درک و اعمال پاسخ‌های مقابله‌ای آن‌ها را نسبت به استرس بالا برده و کیفیت زندگی را افزایش داد.

سندرا، یونی و برنند^۶ (2015) در بررسی چگونگی

¹ Fondacaro & Moos

² Cairney, Boyle, Offord & Racine

³ Filazoglu & Griva

⁴ Hernández.Aranda.Ramírez.

⁵ Latefa, Muayyad

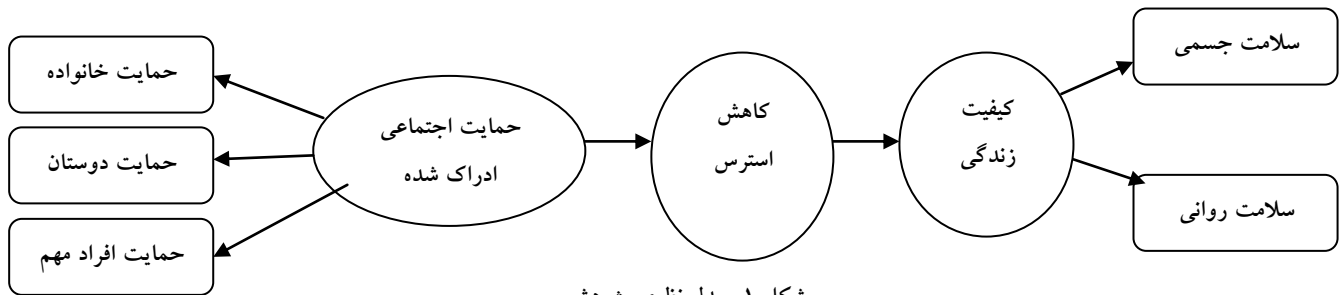
⁶ Sandra, Yvonne, Berend

⁷ Melissa, Bellin, Philip Osteen, Joan Kub, Mary, Mona, Arlene. Butz

۵- کاهش استرس نقش متغیر میانجی را بین ادراک از حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت روانی) ایفا می‌کند.

۳- بین ادراک از حمایت اجتماعی و استرس رابطه منفی معناداری وجود دارد.

۴- بین استرس و کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت روانی) رابطه منفی معناداری وجود دارد.



شکل ۱- مدل نظری پژوهش

جامعه زمینه‌ساز و بستر شکل‌گیری روابطی است که فرد می‌تواند داشته باشد. لذا برای داشتن رابطه می‌باید با جامعه ارتباط برقرار کرد، یکی از طریق روابط اجتماعی با دیگران و دیگری از طریق عضویت اجتماعی در اجتماعات که این دو نحوه ارتباط با جامعه، دامنه روابط اجتماعی فرد را برای به دست آوردن حمایت اجتماعی تعیین می‌کند (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱). ساراسون و دیگران حمایت اجتماعی را دارای ابعاد پنج‌گانه می‌دانند: (۱) حمایت عاطفی؛ داشتن مهارت لازم در کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با دشواری‌ها است؛ (۲) حمایت شبکه اجتماعی؛ به معنای دسترسی به عضویت در شبکه‌های اجتماعی است؛ (۳) حمایت خود ارزشمندی؛ این که دیگران در دشواری‌ها یا فشارهای روانی به وی بفهمانند که او فردی ارزشمند است و می‌تواند با به کارگیری توانایی‌های ویژه خود بر دشواری‌ها چیره شود؛ (۴) حمایت ابزاری؛ دسترسی داشتن به منابع مالی و خدماتی در سختی‌ها و دشواری‌ها گفته می‌شود؛ (۵) حمایت اطلاعاتی؛ می‌تواند اطلاعات مورد نیاز خود را برای درک موقعیت به دست آورد.

استرس

چارچوب نظری

حمایت اجتماعی ادراک شده

کوب حمایت اجتماعی را به میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضاء خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف کرده است (به نقل از صدق‌پور و همکاران، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی به این مسأله می‌پردازد که فرد در زندگی خود و هنگام مشکلات از هم‌فکری و مساعدت‌های اطرفیان خود (خانواده و دوستان و...) بهره‌مند شود و بتواند با آنها احساس نزدیکی کند. در این تحقیق حمایت در برگزیده کارکردهای حمایتی؛ یعنی شکل‌های متفاوت کمک و یاری است که فرد در صورت داشتن روابط اجتماعی در سطوح مختلف منابع ساختاری حمایت اجتماعی مانند پیوند قوی، شبکه‌های اجتماعی و عضویت گروهی می‌تواند از انواع مساعدت‌ها و کمک‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی برخوردار شود. حمایت عاطفی کمک گرفتن از دیگران هنگام برخورد با دشواری‌ها است. با بررسی این شاخص به تأثیرگذاری حمایت عاطفی در توانمندی زنان توجه می‌شود. حمایت اجتماعی و میزان آن تابع روابط اجتماعی است فرد در قالب پیوند با دیگران یا عضویت در گروه‌ها و اجتماعات دارد. بستری که این روابط را برای فرد فراهم می‌کند جامعه است.

کیفیت زندگی عبارت است از برداشت افراد از موقعیت‌شان در زندگی که باتوجه به زمینه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف و انتظارات و استانداردهای فرد است (Kaplan & Sadok, 2007). تعریف سازمان بهداشت جهانی (1999) از کیفیت زندگی چنین است: درک فرد از موقعیت زندگی خویش، که تحت تأثیر سیستم فرهنگی و ارزشی موقعیتی است که فرد در آن زندگی می‌کند. بر همین اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی متأثر از وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات اوست (میرخانی، ۱۳۷۸).

پژوهشگران بر سه ویژگی کیفیت زندگی اتفاق نظر دارند: یکی از مشخصات اصلی و بنیادی کیفیت زندگی چند بعدی بودن آن است. از گذشته سه بعد اساسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی در نظر می‌گرفتند. ولی با توجه به تأکید زیادی که روی بعد معنوی سلامت روان شده امروزه اکثر متخصصان معتقدند که کیفیت زندگی ۴ الی ۵ بعد دارد که هر یک دارای زیر مجموعه‌هایی است که عبارتند از: الف) بعد جسمانی: به دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌های روزانه که نیاز به مصرف انرژی دارد اشاره می‌کند که می‌تواند در برگزیده مقیاس‌هایی مانند تحرک، توان، انرژی، درد و ناراحتی، خواب و استراحت و ظرفیت توان کار است. ب) بعد روحی و روانی: جنبه‌های روحی و احساسی سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می‌گیرد. بعضی از زیر رده‌های این بعد عبارتند از: تصویر از خود، احساس مثبت و منفی، اعتقادات مذهبی، فکر کردن و یادگیری، حافظه و تمرکز حواس (اوتق، ۱۳۸۴). ج) بعد اجتماعی: به توانایی فرد در برقرار کردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی، وضعیت شغلی و شرایط اقتصادی کلی مربوط می‌شود. د) بعد معنوی: به چگونگی درک فرد از معنی و مفهوم و هدف زندگی دلالت دارد.

سازمان بهداشت جهانی (1993) کیفیت زندگی را

هر چیزی که در تمامیت زیست‌شناختی ارگانیسم اختلال به وجود آورد و شرایطی ایجاد کند که ارگانیسم طبیعتاً از آن پرهیز کند استرس شمرده می‌شود (Kaplan & Sadok, 2007). استرس شرایطی است که در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می‌آید و موجب ایجاد ناهماهنگی چه واقعی و چه غیر واقعی میان ملزومات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود (شفیعی و همکاران، ۱۳۹۱). توماس هولمز (1979) استرس را واقعه محرکی که لازم است فرد با آن سازگار شود تعریف می‌کند. استرس، فشار یا تنش فیزیکی، روانی یا هیجانی است که بر اثر الزامات و مطالبات محیطی، موقعیتی یا فردی ایجاد می‌شود. رویدادهای پیش‌بینی ناپذیر و غیر قابل کنترل بیشتر از رویدادهایی که فرد کنترل بیشتر بر روی آن دارد، سبب استرس می‌شوند (رایس، ۱۳۸۳).

استرس مجموع واکنش‌های جسمی، روحی و روانی، ذهنی و رفتاری است که ارگانیسم^۱ در برابر عوامل درونی و یا بیرونی بر هم زنده ثبات و تعادل طبیعی و درونی بدن نشان می‌دهد. به طور خلاصه، استرس یا فشار روانی را می‌توان حاصل محرک‌هایی دانست که عکس‌العمل فرد را برای سازگاری بر می‌انگیزد. استرس جزئی ضروری از زندگی است و همه ما به خوبی می‌دانیم که زندگی بدون محرک‌های مختلف، یکنواخت و کسل کننده می‌شود. ولی باید توجه داشت که در صورت افزایش استرس و یا فشارهای عصبی، باید منتظر عواقب بسیار خطرناک آن در ابعاد فردی و اجتماعی است. افراد، برای آن که به طور بهنجار فعالیت کنند، باید کمی استرس داشته‌اند. اصولاً برانگیختگی ملایم، فرد را در جریان اجرای کاری که بر عهده دارد، هشیار نگه می‌دارد. به نظر می‌رسد که دستگاه عصبی برای درست کار کردن به میزان معینی تحریک نیاز دارد. اما استرس شدید و طولانی مدت، آثار مخرب جسمی و روانی به دنبال دارد (ساعتچی، ۱۳۸۸).

کیفیت زندگی

¹ organism

مورد توجه و اهمیت قرار گرفت و در سال ۱۹۵۵ با تاسیس جامعه بین‌المللی برای تحقیق درباره کیفیت زندگی، این گونه تحقیقات نهادینه شدند و در طی ربع قرن آخر قرن بیستم تاکنون پژوهشگران متعددی در مورد کیفیت زندگی و تعادل آن با ویژگی‌های گوناگون انسان‌ها اظهار نظر کرده‌اند. به عنوان مثال از اوایل گسترش مفهوم کیفیت زندگی، برخی صاحب‌نظران توسعه آتی در مراقبت از سلامت جسمانی و روانی را در گرو توجه روزافزون به راهبردهای پیشگیری اولیه با هدف توسعه کیفیت زندگی افراد دانستند (مختاری و نظری، ۱۳۸۹). رویکرد کیفیت اجتماعی نسبت به سایر رویکردها واقع بینانه‌تر است و حتی اگر ساختار آن را هم نادیده بگیریم، کنار هم آمدن امنیت اجتماعی - اقتصادی، ادغام اجتماعی، همبستگی اجتماعی و توانمندسازی (عناصر چهارگانه کیفیت اجتماعی) به عنوان مراحل در توانمند ساختن شهروندان برای مشارکت، تحت شرایطی که به ارتقاء سطح رفاه و توانایی فردی آن‌ها منجر می‌شود، نوعی اعتماد در رابطه با فهم عمومی از کیفیت زندگی را هم برای افراد و هم برای جوامع به همراه خواهد داشت (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

روش

از آن جایی که هدف تحقیق تعیین روابط علی میان ابعاد حمایت اجتماعی، کاهش استرس، کیفیت زندگی است در قالب مدل مفهومی شماره یک است، پس تحقیق از نظر هدف کاربردی - کمی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات توصیفی و از نوع رابطه‌ای و به طور مشخص مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری است. در مدل تحلیلی تحقیق، ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده متغیرهای مستقل، استرس ادراک شده متغیر میانجی، کیفیت زندگی متغیر وابسته هستند. جامعه آماری این پژوهش، را کلیه زنان سرپرست خانوار شاغل شهر سنندج در سال ۱۳۹۴ به تعداد ۴۲۰ نفر تشکیل می‌دادند که بر اساس جدول مورگان و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، نمونه‌ای با حجم ۲۰۰ نفر انتخاب شد. میانگین سنی آن‌ها ۴۰/۷۵ با انحراف معیار ۹/۳۷ و دامنه سنی آن‌ها بین ۲۲ تا ۶۰

پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می‌کند، در رابطه با اهداف، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر و نگرانی‌های آن‌ها می‌داند. آبرامز (۱۹۷۳) اصطلاح کیفیت زندگی را درجه‌ای از رضایت یا نارضایتی‌ای تعریف می‌کند که افراد در ابعاد مختلف زندگی‌شان آن‌را احساس می‌کنند. یا به شکل ساده‌تر، کیفیت زندگی، تدارک شرایط لازم برای شادی و رضایت است. لیو (۱۹۷۶) سه رویکرد را در بررسی مفهوم کیفیت زندگی ارائه می‌دهد: ۱- تعریف کیفیت زندگی بر اساس عناصر تشکیل دهنده آن مانند شادکامی، رضایتمندی، ثروت و ... ۲- تعریف کیفیت زندگی از طریق به کارگیری شاخص‌های عینی و ذهنی اجتماعی مانند تولید ناخالص داخلی، بهداشت، شاخص رفاه و ... ۳- تعریف کیفیت زندگی بر اساس تعیین متغیرها یا عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و توجه به زمینه‌ها و شرایطی که در آن، سطح کیفیت زندگی تعیین می‌شود. کاتر (۱۹۸۵) نیز کیفیت زندگی را به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامونی تعریف می‌کند که نیازها، خواست‌ها، ترجیحات سبک زندگی و سایر عوامل ملموس و غیر ملموس را که بر بهزیستی همه جانبه فرد تأثیر دارند، در بر می‌گیرد (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

بعد اجتماعی از جمله عوامل کلیدی در شکل دادن کیفیت زندگی است که تأثیر قابل توجهی بر احساسات اساساً اجتماعی مردم دارد. این بعد در سطح میانه مورد سنجش قرار می‌گیرد و شاخص‌های آن تلفیقی از شاخص‌های ذهنی و عینی کیفیت زندگی هستند (اونو، ۱۳۸۴). شبکه‌های حمایتی خانواده و اجتماع به عنوان یکی از جنبه‌های بنیادی محیط اجتماعی چه در جوامع اولیه و چه تا به امروز وجود داشته است. این موضوع نه تنها اهمیت شبکه‌های اجتماعی و خانوادگی را در ساختار اجتماعی ما نشان می‌دهد بلکه توجه سیاستگذاران مراقبت‌های اجتماعی را نیز جلب کرده است.

کیفیت زندگی در حدود ۴۰ سال پیش در آمریکا معرفی شد و علوم اجتماعی پرچمدار روح و سنجش آن شد. در اواخر قرن ۲۰ موضوع کیفیت زندگی در علوم اجتماعی بیشتر

۱ آمده است.

جدول ۱- نتایج تحلیل عاملی مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده

حمایت دوستان	حمایت افراد مهم	حمایت خانواده	حمایت گویه‌ها
		۰/۸۲	۳
		۰/۷۹	۴
		۰/۷۳	۸
		۰/۷۳	۱۱
	۰/۷۱		۱
	۰/۷۳		۲
	۰/۸۱		۵
	۰/۸۴		۱۰
/۸۰			۶
	۰		۷
/۸۵			۹
	۰		۱۲
/۸۰			
	۰		
/۸۰			
	۰		
	۵/۰۸	۱/۸۲	۱/۴۰
	۲۳/۶۹	۲۳/۶۷	۲۱/۹۳
		۶۹/۲۸	
			مقدار ارزش ویژه
			درصد واریانس
			واریانس کل

پرسشنامه استرس ادراک شده^۲

مقیاس استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن^۳ و همکاران تهیه شده و دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طی یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این مقیاس برای گروهی از جامعه طراحی شده است که حداقل دارای تحصیلات دیپلم هستند. در این تحقیق از نسخه ۱۴ ماده‌ای استفاده می‌شود (بهریزی، شهنی بیلاق و پورس پایایی

سال است. بیشترین درصد فراوانی در سطح تحصیلی مربوط به مقطع فوق دیپلم (۳۶/۵ درصد) است. از لحاظ وضعیت استخدام تعداد ۱۱۲ نفر استخدام رسمی (۷۷/۸ درصد) و ۲۲ نفر استخدام قراردادی (۲۲/۲ درصد) هستند. سابقه کار کارکنان در دامنه ۴ ماه تا ۳۷ سال و با میانگین ۱۸ سال و انحراف معیار برابر با ۱۰/۲۱ است. ابزارهای زیر برای سنجش متغیرهای پژوهش استفاده شده است.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده

برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) استفاده گردید. این مقیاس، مشتمل بر ۱۲ ماده است که سه مؤلفه: حمایت ادراک شده از سوی خانواده (۴ ماده)، حمایت ادراک شده از سوی افراد مهم (۴ ماده)، و حمایت ادراک شده از سوی دوستان (۴ ماده) را سنجش می‌کند. همه ماده‌های این مقیاس، بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف) درجه‌بندی شده‌اند. دامنه نمرات این مقیاس، ۱۲ الی ۶۰ است. این مقیاس با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی بر روی ۱۲ ماده در این پژوهش انجام شد. در این پژوهش با توجه به اهداف تحقیق تنها از خرده مقیاس‌های حمایت خانواده و حمایت افراد مهم که مجموع ۸ سؤال می‌شود، استفاده شد. با استفاده از روش چرخش واریماکس و مقدار ویژه، دو مؤلفه استخراج شدند این مؤلفه‌ها با استفاده از پیشینه نظری با عناوین حمایت از سوی خانواده، حمایت از سوی افراد مهم نام‌گذاری شدند. مقدار $KMO = ۰/۸۳$ یعنی تعداد نمونه‌ها برای تحلیل عامل بسیار مطلوب است، آزمون بارتلت برابر $(p < ۰/۰۰۱)$ ، $\chi^2(66) = ۹۶۱/۷۱۲$ است. ادواردز^۱ (۲۰۰۴) از پایایی و روایی این ابزار حمایت کرده است. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب حمایت خانواده ۰/۷۴، حمایت افراد مهم ۰/۷۶ است. نتایج تحلیل عاملی مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده در جدول

^۲ Perceived Stress Scale

^۳ Cohen

^۱ Edwards

آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن برای استفاده در این تحقیق است. در این تحقیق از مدل معادلات ساختاری استفاده شده است، بدین ترتیب که روابط علی حمایت اجتماعی، استرس و کیفیت زندگی از طریق ضریب استاندارد و عدد معناداری با نرم‌افزار AMOS18 مورد سنجش قرار گرفته و بر اساس آن نسبت به تأیید یا رد فرضیات تصمیم‌گیری شده است. در مجموع از تحلیل عاملی مرتبه اول و مرتبه دوم (مدل‌های اندازه‌گیری) و همچنین تحلیل مسیر (مدل ساختاری) استفاده شده است. بدین ترتیب که ابتدا تحلیل عاملی برای مفهوم حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی و استرس برای صحت (روایی) سؤالات انجام گرفته سپس، از طریق تحلیل مسیر، رابطه علی میان حمایت اجتماعی، استرس و کیفیت زندگی مورد سنجش قرار گرفته است. در کل نرم‌افزار ایموس سه کاربرد اساسی دارد: ۱- تحلیل عاملی تأییدی؛ ۲- تحلیل مسیر و ۳- برآزش (تناسب) مدل که در این تحقیق از هر سه کاربرد استفاده شده است. در عین حال برای تعیین معناداری اثرات غیر مستقیم دو بعد حمایت اجتماعی از طریق کاهش استرس بر کیفیت زندگی از آزمون بوت استراپ استفاده شد.

جدول ۲- نتایج پایایی آزمون‌های پژوهش

متغیر	ضریب آلفای کرونباخ
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۷۹
حمایت خانواده	۰/۷۴
حمایت افراد مهم	۰/۷۶
استرس	۰/۸۴
کیفیت زندگی	۰/۸۲

یافته‌های پژوهش

جدول ۳- وضعیت تحصیلات زنان شاغل سرپرست خانوار

وضعیت تحصیلات	تعداد	درصد
دیپلم	۶۵	۳۲/۵
فوق دیپلم	۷۳	۳۶/۵
لیسانس	۵۴	۲۷
فوق لیسانس	۸	۴
جمع کل	۲۰۰	۱۰۰

این مقیاس توسط باستانی و همکاران با روش همسانی درونی محاسبه شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ به دست آمده است و همچنین محمدی یگانه و همکاران نیز طی تحقیقی پایایی این مقیاس را تأیید کرده‌اند (حسن‌زاده لیف شاگرد و همکاران، ۱۳۹۲). روش نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، خیلی کم (۱)، متوسط (۲)، نسبتاً زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) نمره‌گذاری می‌شود. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری شده و از هرگز (۰) تا نسبتاً زیاد (۴) را شامل می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر ۵۶ است. نمره برش ۲۱ و نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر است (حسن‌زاده لیف شاگرد و همکاران، ۱۳۹۲).

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)^۱

این پرسشنامه که به بررسی وضعیت سلامت افراد می‌پردازد توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) و زیر نظر مؤسسه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی و با استفاده از متدهای مرکز بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی ترجمه شده است. پرسشنامه مذکور دارای ۳۶ سؤال و هشت بعد است و ابعاد آن شامل عملکرد فیزیکی^۲، محدودیت نقش ناشی از سلامت فیزیکی^۳، محدودیت نقش ناشی از مشکلات احساسی^۴، احساس حیات^۵، سلامت روانی^۶، عملکرد اجتماعی^۷، درد بدنی^۸ و سلامت عمومی^۹ است که تمام ابعاد به دو جزء جسمانی و روانی خلاصه می‌شوند در این پژوهش برای سنجش کیفیت زندگی نمرات دو بعد کلی جسمانی و روانی بررسی شده‌اند. به منظور تعیین پایایی این پرسشنامه در جامعه آماری تحقیق در یک مطالعه مقدماتی روی ۳۰ نفر از افراد جامعه تحقیق

^۱ Medical outcomes study short form – 36 (SF-36)

^۲ Physical functioning

^۳ Role Limitation due to physical health

^۴ Role Limitation due to Emotional problems

^۵ Vitality

^۶ Mental Health

^۷ Social functioning

^۸ Bodily pain

^۹ General health

در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است

بر اساس جدول ۱ وضعیت تحصیلات زنان شاغل سرپرست خانوار به ترتیب ۳۲/۵ درصد دیپلم، ۳۶/۵ درصد فوق‌دیپلم، ۲۷ درصد لیسانس و ۴ درصد فوق لیسانس است.

جدول ۴ - شاخص‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حمایت خانواده	حمایت افراد مهم	استرس	سلامت جسمی	سلامت روانی
حمایت خانواده	۱۲/۱۹	۳/۰۳	-				
حمایت افراد مهم	۱۸/۳۴	۵/۰۲	۰/۸۳**	-			
استرس	۷/۳۵	۹/۶۹	-۰/۲۷**	-۰/۱۸*	-		
کیفیت (سلامت جسمی)	۵/۶۹	۰/۶۷	۰/۲۱*	-۰/۱۴	-۰/۲۱**	-	
کیفیت (سلامت روانی)	۵/۳۶	۰/۵۷	۰/۲۹**	۰/۲۴**	-۰/۲۹**	۰/۵۸**	-

* $p < 0/05$

** $p < 0/01$

مشاهده می‌شود شاخص‌های اصلی برازش کلیه متغیرهای مدل در دامنه قابل قبولی قرار دارد.

مدل‌یابی معادلات ساختاری

بعد از اطمینان یافتن از صحت مدل‌های اندازه‌گیری (تحلیل عاملی تأییدی مفاهیم حمایت اجتماعی، استرس و کیفیت زندگی در این بخش، ارتباط بین متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. نتایج الگوی معادلات ساختاری به منظور آزمون روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهشی و بررسی الگوی ۱، (الگوی نظری اولیه بین متغیرهای پژوهش) حاکی از آن است که الگوی مذکور نیاز به اصلاح و بازنگری دارد. زیرا حمایت افراد مهم، نه به طور مستقیم و نه غیر مستقیم رابطه معناداری با کیفیت زندگی نداشت. همچنین حمایت خانواده با کیفیت معطوف به سلامت جسمی رابطه معناداری نداشت. بنابراین اثر آن‌ها در الگو حذف شد. ضرایب مطرح برای هر یک از مسیرهای الگوی بازنگری شده در جدول ۴ و الگوی نهایی و بازنگری شده در شکل ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین حمایت خانواده و حمایت افراد مهم ($r=0/83$)، کیفیت زندگی معطوف به سلامت جسمی ($r=0/21$) و معطوف به سلامت روانی ($r=0/29$) رابطه مثبت معناداری وجود دارد. استرس نیز با حمایت خانواده ($r=-0/27$)، حمایت افراد مهم ($r=-0/18$)، کیفیت معطوف به سلامت جسمی ($r=-0/21$) و معطوف به سلامت روانی ($r=-0/29$) رابطه منفی معناداری دارد. حمایت افراد مهم نیز تنها با کیفیت معطوف به سلامت روانی ($r=0/24$) رابطه مثبت و معناداری دارد.

برازش کلی (مدل اندازه‌گیری)

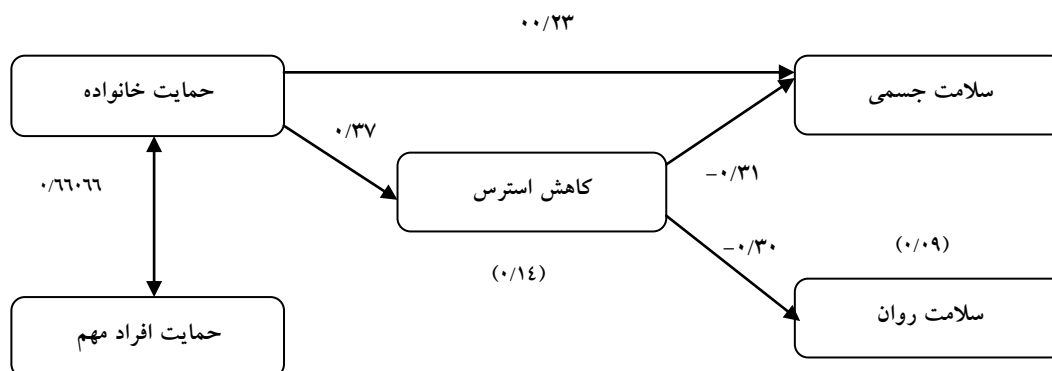
شاخص‌های برازش در مدل اندازه‌گیری برای متغیرهای این تحقیق در قالب جدول ۳ ارائه شده است، برای برازندگی الگوها از شاخص مجذور کای بر درجه آزادی، ریشه میانگین مربعات باقیمانده (RMR)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) استفاده شد. همچنان که

جدول ۵- شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

نام مدل اندازه‌گیری	متغیر	RMSEA	PCFI	CFI	RMR	X2/df
تحلیل عاملی مرتبه دوم	کیفیت و ابعاد آن	۰/۰۶۳	۰/۷۴	۰/۸۵	۰/۰۵۱	۱/۰۳۴
تحلیل عاملی مرتبه دوم	حمایت اجتماعی و ابعاد آن	۰/۰۶۱	۰/۷۰	۰/۹۴	۰/۰۴۹	۱/۸۹
تحلیل عاملی مرتبه اول	استرس (فراوانی)	۰/۰۵	۰/۶۱	۰/۹۶	۰/۰۸۱	۲/۵۱

جدول ۶- ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی بازنگری شده

ردیف	مسیر	ضریب استاندارد	ضریب t	معنا داری	R ²
β					
۱	حمایت خانواده ← استرس	-۰/۳۷	-۳/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۱۴
۲	حمایت خانواده ← سلامت روان	۰/۲۳	۲/۱۸	۰/۰۲۹	۰/۲۰
۳	استرس ← سلامت جسمی	-۰/۳۱	-۲/۴۳	۰/۰۱۵	۰/۰۹
۴	استرس ← سلامت روان	-۰/۳۰	-۲/۶۱	۰/۰۰۹	۰/۰۹



شکل ۲- الگوی نهایی بازنگری شده پژوهش

چنانچه در جدول ۴ و شکل ۲ ملاحظه می‌شود، حمایت خانواده، ۱۴ درصد از واریانس کاهش استرس و کاهش استرس و حمایت خانواده، ۲۰ درصد از واریانس کیفیت معطوف به سلامت روان را تبیین می‌کند. علاوه بر این کاهش استرس به تنهایی حدود ۹ درصد واریانس کیفیت معطوف به سلامت جسمی را نیز تبیین می‌کند. الگوی بازنگری شده و نهایی از لحاظ شاخص‌های برازش و تناسب از شرایط نسبتاً مناسبی برخوردار است. به ترتیبی که کای اسکوئر به هنجار

چنانچه در جدول ۴ و شکل ۲ ملاحظه می‌شود، حمایت خانواده، ۱۴ درصد از واریانس کاهش استرس و کاهش استرس و حمایت خانواده، ۲۰ درصد از واریانس کیفیت معطوف به سلامت روان را تبیین می‌کند. علاوه بر این کاهش استرس به تنهایی حدود ۹ درصد واریانس کیفیت معطوف به سلامت جسمی را نیز تبیین می‌کند. الگوی بازنگری شده و نهایی از لحاظ شاخص‌های برازش و تناسب از شرایط نسبتاً مناسبی برخوردار است. به ترتیبی که کای اسکوئر به هنجار

یا اثر میانجی (a. b) منفی است که در این حالت به آن میانجی رقیب^۴ می‌گویند (Zhao et al., 2010). چنانچه در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج آزمون بوت استراپ برای معناداری اثرات غیر مستقیم حاکی از معناداری تمام اثرات غیر مستقیم برای مدل نهایی است. نتایج آزمون حاکی از آن است که به احتمال ۹۹ درصد اطمینان اثرات غیر مستقیم حمایت خانواده بر کیفیت زندگی جسمی و روانی از طریق کاهش استرس در حد $P < 0.01$ است.

(۴ و ۵) و شکل (۲) ارائه شد، نتایج مربوط به فرضیه‌های پژوهش به این شرح است:

فرضیه اول پژوهش مبنی بر این که ادراک از حمایت خانواده و کیفیت زندگی رابطه مثبت وجود دارد تنها مورد کیفیت معطوف به سلامت روان مورد تأیید قرار گرفت. فرضیه دوم که طی آن رابطه مثبتی بین ادراک از حمایت دیگران و کیفیت زندگی فرض شده است مورد تأیید قرار نگرفت. فرضیه سوم مبنی بر این که بین ادراک از حمایت اجتماعی با استرس رابطه منفی وجود دارد، تنها رابطه بین حمایت خانواده و کاهش استرس مورد تأیید قرار گرفت، ولی در مورد حمایت دیگران تأیید نشد. بالاخره فرضیه چهارم پژوهش که در آن رابطه منفی بین استرس و کیفیت زندگی فرض شده است نیز مورد تأیید قرار گرفت. فرضیه پنجم که به بررسی میانجی‌گری کاهش استرس در ارتباط بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی می‌پردازد، از روش بوت استراپ^۱ نرم‌افزار ایموس استفاده گردید که طی آن با توجه به معنادار شدن اثر غیر مستقیم حمایت خانواده بر کیفیت جسمی به واسطه حضور متغیر کاهش استرس می‌توان نتیجه گرفت که با احتمال ۹۹ درصد، نقش میانجی‌گری کاهش استرس در ارتباط میان حمایت خانواده و کیفیت جسمی مورد تأیید قرار می‌گیرد. کاهش استرس برای رابطه ادراک از حمایت خانواده با کیفیت جسمی نقش متغیر میانجی کامل ولی برای رابطه ادراک از حمایت خانواده با سلامت روان نقش یک متغیر میانجی مکمل را ایفا می‌کند. نیرومندترین حالت میانجی زمانی است که با حذف میانجی، اثر متغیر مستقل بر وابسته، تقریباً صفر شود (یعنی در شکل ۱، $c' = 0$). در این حالت میانجی کامل^۲ اتفاق می‌افتد. زمانی که اثر متغیر مستقل بر وابسته با حذف متغیر میانجی کاهش می‌یابد اما به صفر نمی‌رسد، دو حالت اتفاق می‌افتد یا اثر میانجی (a. b) مثبت است که در این حالت به آن میانجی مکمل^۳ می‌گویند.

¹ Bootstrap

² Full mediation

³ Complementary mediation

⁴ Complementary mediation

جدول ۷- اثرات مستقیم و غیر مستقیم استاندارد شده متغیرهای مدل نهایی بر استرس و کیفیت زندگی

متغیرهای پژوهش	کیفیت زندگی						استرس		
	کیفیت روانی			کیفیت جسمی					
	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	شاخص	
استرس	-۰/۳۱	-	-۰/۳۱	-۰/۳۰	-	-۰/۳۰	۰	۰	۰
حمایت خانواده	۰/۳۴	۰/۱۱۵	۰/۲۳	۰/۱۱۱	۰/۱۱۱	-	-۰/۳۷	-	-۰/۳۷

جدول ۸- نتایج آزمون بوت استراپ برای اثر غیر مستقیم حمایت خانواده بر سلامت جسمی و روان از طریق کاهش استرس (مسیر a, b)

اثر غیر مستقیم حمایت خانواده	خطای استاندارد	کران بالا	کران پایین
سلامت جسمی	۰/۱۱۱	۰/۲۹۷	۰/۰۱۶
سلامت روان	۰/۱۱۵	۰/۲۸۳	۰/۰۰۷

بحث و نتیجه

یافته‌های حاصل از پژوهش، از الگوی نظری روابط بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و استرس با کیفیت زندگی با اصلاح و بازنگری (حذف اثر حمایت افراد مهم بر کیفیت زندگی و کاهش استرس) حمایت لازم را به عمل می‌آورد. از لحاظ نظری در الگوی اولیه چنین فرض گردید که کاهش استرس علاوه بر این که به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد، میانجی اثرات دو متغیر حمایت خانواده و حمایت افراد مهم بر کیفیت زندگی هستند. این الگوی فرضی در قسمت تأثیر کاهش استرس بر کیفیت زندگی معطوف به سلامت روان به طور کامل مورد تأیید قرار گرفت. به عبارتی، زنان سرپرست خانواری که از حمایت خانواده در رویارویی با مشکلات برخوردار هستند با مشورت افراد خانواده و همدری و همچنین سبک مسأله مداری توانسته‌اند با استرس ناشی از خلأهای موجود دست و پنجه نرم کرده و از سلامت روان و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی برخوردار شوند. در رابطه حمایت خانواده با کیفیت زندگی نتایج حاکی از رابطه مثبت و معنادار حمایت خانواده با کیفیت زندگی معطوف به سلامت روان زنان سرپرست است که با نتایج پژوهش

احمدی و اسلام (۱۳۸۸)، شعبان‌زاده و همکاران (۱۳۹۲)، فونداکارو و موس (۱۹۸۷)، ملیسا و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی دارد. افزایش حمایت خانواده همچنان که نتایج مطالعات نشان داد، موجب استفاده بیشتر زنان از مقابله مسأله مدار شده و سبب افزایش سلامت روان و همچنین بهبود کیفیت زندگی شده است. همان‌گونه که ملیسا و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند حمایت اجتماعی سبب افزایش سلامت روان و همچنین بهبود کیفیت زندگی می‌شود. افرادی که خانواده صمیمی دارند می‌توانند مشکلات خود را با آن‌ها در میان بگذارند و از آن‌ها راهنمایی بخواهند. حتی اگر نتوانند آن‌ها را راهنمایی کنند، حمایت عاطفی آن‌ها می‌تواند سبب کاهش استرس شود. در شرایط بحران، سیستم محیطی و سیستم فردی در کنار هم می‌توانند بر نتایج سلامت تأثیرگذار هستند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، فقدان حمایت خانواده به عنوان متغیرهای سیستم محیطی، فرد را برای پیامدهای روان‌شناختی مانند استرس آسیب‌پذیر می‌سازد. اما حمایت خانواده به عنوان متغیر مهمی از سیستم اجتماعی در شرایط بحرانی، فرد را در کاهش استرس کمک کرده، به گونه‌ای که فقدان حمایت خانواده در این شرایط استرس‌زا، فشار روانی

زندگی متوسطی داشتند و نیز ادراک زنان سرپرست خانوار نسبت به حمایت اجتماعی افراد مهم در سطح متوسطی است پیشنهاد می‌شود مسئولان جامعه، آموزش‌هایی در زمینه چگونگی راه‌های حمایت از این افراد توسط نهادهای اجتماعی ارائه دهند. همچنین متولیان سلامت با آموزش مستمر مهارت‌های زندگی از جمله حل مسأله و سبک مقابله با استرس و هیجان، این افراد را در رفع مشکلات یاری داده و به آنان در بهبود کیفیت زندگی یاری نمایند.

منابع

- احمدی، ح. و اسلام، ع. (۱۳۸۸). «بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مرتبط با کیفیت زندگی مردم بیرجند»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ش ۲۰(۳)، ص ۱۱۱-۱۳۴.
- ایروانی، م. (۱۳۹۰). «بررسی مقایسه‌ای سلامت روان زنان سرپرست خانواده شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری در سال ۱۳۸۸»، *فصلنامه فرهنگی-دفاعی زنان و خانواده*، ش ۵ (۱۷)، ص ۱۱۷-۱۴۵.
- اونق، ن. (۱۳۸۴). *بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی*، رساله کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی تهران.
- بنی فاطمه، ح؛ علیزاده اقدم، م؛ شهام‌فر، ج. و عبدی، ب. (۱۳۹۳). «سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن: مطالعه‌ای بر روی نابرابری‌های سطوح سلامت بین شهروندان تبریزی»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۵(۴)، ص ۷۳-۸۹.
- تاتینا بلداجی، ا؛ فرزوان، آ. و رفیعی، ح. (۱۳۸۹). «کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی»، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ش ۱۱(۴۰)، ص ۹-۲۸.

زیادی را بر فرد وارد می‌کند، می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی مانند استرس را به دنبال داشته و فرد را به شدت در برابر استرس آسیب‌پذیر سازد. حمایت خانواده و تنها نگذاشتن فرد و همچنین درک اندوه 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 به طور 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. لطیف‌ا و مؤید^۱ (۲۰۱۵) یافتند می‌توان با تحت تأثیر قرار دادن ماهیت استرس پدران، ویژگی‌های فردی، محیط زیست و خواسته‌ها و منابع آن، راه درک و اعمال پاسخ‌های مقابله‌ای آن‌ها را نسبت به استرس بالا برده و کیفیت زندگی را افزایش داد. اما در ارتباط حمایت افراد مهم با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود نداشت و نتایج مطالعه شعبانی و همکاران (۱۳۹۲) را رد می‌کند. شاید باتوجه به نتایج پژوهش و همچنین الگوی ارائه شده این گونه این مورد را تبیین نمود که در حضور همزمان حمایت خانواده و افراد مهم در الگو، حمایت خانواده پیش‌بینی‌کننده بهتری هم به طور غیر مستقیم از طریق کاهش استرس و هم به طور مستقیم برای کیفیت زندگی است. با توجه به این که جامعه آماری و نمونه مورد بررسی در شهر سنندج انتخاب شده است، لذا تعمیم نتایج به سایر استان‌ها باید با کمی احتیاط انجام گیرد. در راستای نتایج پژوهش و با توجه به این که حمایت اجتماعی تأثیر بسزایی در بهبود کیفیت زندگی افراد دارد و از آن جایی که اکثر واحدهای این پژوهش کیفیت

¹ Latefa, Muayyad

- حسن‌زاده لیف شاگرد، م؛ ترخان، م. و تقی‌زاده، م. (۱۳۹۲). «اثر بخشی ایمن سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری»، *مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ش ۷۰، ص ۲۷-۳۴.
- حسینی، ا؛ ستاره فروزان، آ. و امیرفریاد، م. (۱۳۸۸). «بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی شهر تهران»، *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، ش ۲ (۳)، ص ۱۱۹-۱۳۹.
- خسروی، ز. (۱۳۸۰). *بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل*، مرکز امور مشارکت زنان نهاد ریاست جمهوری.
- رایس، ک. (۱۳۸۳). *زنان ایرانی و راه و رسم آنان*، ترجمه: اسدالله آزاد، تهران: نشر کتابدار.
- ربانی‌خوراسگانی، ع. و کیانپور، م. (۱۳۸۶). «مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی: مطالعه موردی شهر اصفهان»، *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی*، ش ۱۵ (۵۹-۵۸)، ص ۶۷-۱۰۸.
- ریماز، ش؛ دستورپور، م؛ وصالی آذر شریانی، س؛ ساعی‌پور، ن؛ بیگی، ز. و نجات، س. (۱۳۹۳). «بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران»، *اپیدمیولوژی ایران*، ش ۱۰ (۲)، ص ۴۸-۵۵.
- سام‌آرام، ع. و امیری یخدانی، م. (۱۳۸۸). «بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی قم»، *فصلنامه علمی-ترویجی بانوان شیعه*، ش ۶ (۲۱)، ص ۱۳۳-۱۶۰.
- ساعتچی، م. (۱۳۸۸). *بهداشت روانی در محیط کار با تأکید بر فشار روانی و فرسودگی شغلی*، تهران: نشر ویرایش.
- شعبان‌زاده، ا؛ زارع بهرام‌آبادی، م؛ حاتمی، ح. و زهراکار، ک. (۱۳۹۲). «بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران»، *زن و جامعه*، ش ۴ (۴)، ص ۱-۲۰.
- شفیعی، ف؛ هلاکوئی، م، عبدلی، ف. و شفیعی، م. (۱۳۹۱). «عوامل استرس‌زای آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان»، *مجله سلامت جامعه*، ش ۱ (۷)، ص ۲۸-۳۴.
- صالح‌صدق‌پور، ب؛ اسدی، م. و میرنادر، م. (۱۳۸۹). «رابطه نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری آموزشی، اجتماعی و عاطفی دانش آموزان»، *مجله روان‌شناسی*، ش ۱۴ (۴)، ص ۴۰۱-۴۱۶.
- غفاری، غ. و امید، ر. (۱۳۸۸). *کیفیت زندگی، شاخص توسعه توسعه اجتماعی*، تهران: نشر شیرازه.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۵). *نتایج سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵*.
- کلدی، ع. و سلحشوری، پ. (۱۳۹۱). «بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر توانمندسازی زنان»، *مجله مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، ش ۴ (۴)، ص ۷-۲۲.
- گروسی، س. و آدینه‌نژاد، ر. (۱۳۸۹). «بررسی رابطه عوامل اجتماعی با تعارض نقش‌های خانوادگی و شغلی در بین زنان شهر کرمان»، *علوم اجتماعی*، ش ۳۵ (۳)، ص ۱۲۱-۱۳۹.
- نجم‌عراقی، م. (۱۳۸۷). *جامعه‌شناسی زنان*، تهران: نشر نی.
- مختاری، م. و نظری، ج. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی کیفیت زندگی*، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- میرخانی، م. (۱۳۷۸). *مبانی توانبخشی*، تهران: انتشارات سازمان بهزیستی.

- Hernández, L. R. E. Aranda, B. G. Ramírez, M.T. (2009) "Depression and Quality of Life for Women in Single-parent and Nuclear Families", *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1): 171-183.
- Latefa, A. Dardas, Muayyad M. (2015) "For Fathers Raising Children with Autism, Do Coping Strategies Mediate or Moderate the Relationship between Parenting Stress and Quality of Life", *Research in Developmental Disabilities*, (36): 620-629.
- Linley, P.A. Joseph, S. (2004) "Positive Change Following Trauma and Adversity: a Review", *Journal of Traumatic Stress*, 17(1):11-21.
- McGowan, L. (2006) *The determinat and conseauences of female-headed households*. Population council and international center for Research on women.
- Melissa, H. Bellin, P. Joan, K. Mary, E. B. Mona, T. Laurie, C. Arlene, M. (2015) Stress and Quality of Life in Urban Caregivers of Children With Poorly Controlled Asthma: A Longitudinal Analysis. *Journal of Pediatric Health Care, In Press, Corrected Proof, Available online 30 May*.
- Sandra, S. Yvonne, B. Berend, B. (2015) "Quality of Life in Long-Term Forensic Psychiatric Care: Comparison of Self-Report and Proxy Assessments". *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (3): 162-167.
- Stroebe, W. Zech, E. Stroebe, MS. Abakoumkin, G. (2005) "Does Social Support Help in Bereavement?" *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7): 1030-1050.
- Zhao, X. John, G. Lynch, J., Qimei, C. (2010) "Reconsidering Baron and Kenny: Myths and Truths about Mediation Analysis," *Journal of Consumer Research*, (37):197-206.
- Zimet, G.D. Dahlem, N.W. Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988) "The Multidimensional Scale of Perceived Social Support". *Journal of Personality Assessment*, (52):30-41.
- منتظری، ع.؛ گشتاسبی، آ. و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۴). «تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36»، *پایش*، ش ۱۵ (۱)، ص ۴۹-۵۶.
- هادی، ن.؛ منتظری، ع. و بهبودی، ا. (۱۳۸۹). «کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن کبدی»، *فصلنامه پایش*، ش ۹ (۲)، ص ۱۶۵-۱۷۲.
- Blanon, L. (2008) *Gender, psychological perspective. Allan and Bacon*, Boston.
- Cairney, J. Boyle, B. Offord, D.R. Racine, Y. (2003) «Stress, Social Support and Depression in Single and Married Mothers», *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 442-449.
- Cohen, S. (2004) "Social Relationships and Health". *American Psychologist*, 59:676-684.
- Kaplan, S. (2007) *Synopsis of Psychiatry (Behavioral Sciences / Clinical sychiatry)*. Translation: Farzin foster. Volume II. Esteemed publication.
- Coyne, G. (2003) "An Investigation of Coping Skills and Quality of Life Among Single Sole Ssupporting Mothers", *International Journal of Anthropology*, 18(3): 127-138.
- Edwards, L.M. (2004) "Measuring Perceived Social Supportin Mexican American Youth: Pschometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support Hispanic", *Journal of Behavioral Sciences*, 26(2):187-194.
- Filazoglu, G. Griva, K. (2008) "Coping and Social Support and Health Related Quality of Life in Women with Breast Cancer in Turkey", *Psychology, Health & Medicine*, 13(5):559-73.
- Fleming, MZ. MacGowan, BR. Robinson, L. Spitz, J. Salt, P. (1982) "The Body Image of the postoperative Female- to- Male Transsexual". *Journal of Cconsulting and Clinical Psycholog*, (50):461-462.
- Fondacaro, M.R. Moos, R.H. (1987) "«Social Support and Coping: A Longitudinal Analysis", *American Journal of Community Psychology*, 15(5): 653-73.

