



## The role of self-confidence and social support in confronting the moral crisis of female heads of households in Islamic society

Faranak Bahmani <sup>1\*</sup>, Ali Taghvai Nia <sup>2</sup>

\*1- Corresponding Author, Assistant Professor of Philosophy and Islamic Theology, Department of Islamic Studies, Faculty of Literature and Humanities, Yasuj University, Yasuj, Iran, Email: [fbahmani@mail.yu.ac.ir](mailto:fbahmani@mail.yu.ac.ir)

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Yasuj University, Yasuj, Iran, Email: [taghvaei.ali2@gmail.com](mailto:taghvaei.ali2@gmail.com)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**  
Received  
September 11, 2024  
Accepted  
November 22, 2024

**Keywords:**  
Self-confidence,  
social support,  
psychological well-being,  
female heads of households,  
moral crisis

### ABSTRACT

Widowhood of women has numerous negative consequences, including reduced financial support, playing the role of father to children, becoming the head of the household, ignoring one's own emotional, physical and sexual needs, and sacrificing for children. The narrowing of social spheres, psychological pressures, and the lack of access of widows to justice and judicial bodies have caused widows to be in a bad human condition, and the grounds for suicide and sexual corruption have increased among them; this reality has faced some Islamic societies with a serious crisis; therefore, the present study aimed to investigate the role of self-confidence and social support in the psychological well-being of this group of women as one of the strategies for confronting their moral crisis in Islamic society. In this study, in addition to the documentary-analytical method that was carried out in moral sources; a descriptive correlational study was conducted using path analysis in regression. The statistical population was female heads of households covered by the welfare of the province of K.B. The findings showed that self-confidence and social support, both in religious sources and in statistical analysis, positively contribute to the psychological well-being of female heads of families; as a result, by strengthening self-confidence and encouraging society to provide social support to female heads of families, psychological well-being can be improved and part of the corruption and suicide crisis in Islamic society can be resolved.



## نقش خودباوری و حمایت اجتماعی در تقابل با بحران اخلاقی زنان سرپرست خانوار جامعه اسلامی

فرانک بهمنی\*<sup>۱</sup>، علی تقوایی نیا<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار فلسفه و کلام اسلامی، گروه معارف اسلامی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران، ایمیل:

[fbahmani@mail.yu.ac.ir](mailto:fbahmani@mail.yu.ac.ir)

<sup>۲</sup> دانشجویار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران، ایمیل: [taghvaei.ali2@gmail.com](mailto:taghvaei.ali2@gmail.com)

### اطلاعات مقاله

### چکیده

دریافت مقاله:

۱۴۰۳/۰۶/۲۰

پذیرش نهایی:

۱۴۰۳/۰۹/۰۱

واژگان کلیدی:

خودباوری، حمایت اجتماعی،

بهبودی روانشناختی، زنان

سرپرست خانوار، بحران

اخلاقی

بیوه شدن زنان، پیامدهای منفی پرشماری دارد از جمله کاهش حمایت‌های مالی، ایفای نقش پدری برای فرزندان، سرپرست خانوار شدن، نادیده گرفتن نیازهای عاطفی، جسمی و جنسی خویش و ایثار برای فرزندان است. تنگ شدن عرصه‌های اجتماعی، فشارهای روانی و دسترسی نداشتن زنان بیوه به ارگان‌های عدلی و قضایی سبب شده زنان بیوه در حالت بد بشری قرارگیرند و زمینه خودکشی و روی آوری به فساد جنسی میان آنان افزایشی گردد؛ این واقعیت برخی جوامع اسلامی با بحرانی جدی مواجه نموده است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش خودباوری و حمایت اجتماعی در بهزیستی روانشناختی این گروه از زنان به عنوان یکی از راهکارهای تقابل با بحران اخلاقی آنان در جامعه اسلامی صورت پذیرفته است. در این پژوهش علاوه بر روش اسنادی-تحلیلی که در منابع اخلاقی صورت گرفته است؛ مطالعه توصیفی از نوع همبستگی با استفاده از تحلیل مسیر به شیوه رگرسیون انجام گرفت. جامعه آماری، زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی استان ک.ب. بود. یافته‌ها نشان داد خودباوری و حمایت اجتماعی هم در منابع دینی و هم در تحلیل آماری به صورت مثبت موجب بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده می‌گردد؛ در نتیجه با تقویت خودباوری و ترغیب جامعه به حمایت اجتماعی زنان سرپرست خانواده می‌توان بهزیستی روانشناختی را ارتقاء بخشید و بخشی از بحران فساد و خودکشی در جامعه اسلامی را رفع نمود.

## ۱- مقدمه

در سراسر جهان، بیش از ۲۵۸ میلیون زن بیوه وجود دارد که عموماً با موضوعات مهم فقر، خشونت و سلامت درگیرند. طبق آمار رسمی حدود پنج میلیون زن سرپرست خانوار در ایران وجود دارد. ۵۲٪ از این زنان فاقد بیمه و مستمری هستند و ۱۹٪ یا بیش از یک میلیون نفر از آنها تحت هیچگونه پوشش حمایتی قرار ندارند. ۵۴٪ از زنان سرپرست خانوار بی‌سواد هستند و تنها ۱۴٪ از آنان شاغل هستند (درآهکی و نوبخت، ۱۴۰۰). در جامعه ما تبعیض جنسیتی و نگرش منفی برخی اقشار جامعه به زنان سرپرست خانوار، باعث شده است این زنان از حقوق کمتری برخوردار شوند. آنان به دلیل داشتن چند نقش مختلف به طور همزمان مانند اداره امورخانه، تربیت و مراقبت از فرزندان به تنهایی و کار خارج از خانه و گاهی با دستمزد کمتر، استرس و مشکلات روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در مقایسه با دیگر زنان از سطح زندگی و سلامت روانی پایین‌تری برخوردار می‌باشند (Herbst, 2010).

با توجه به اینکه در فرهنگ ایران، ازدواج مجدد زن بیوه پسندیده نیست؛ به ویژه اگر همسر زن فوت کرده باشد نوعی بی‌وفایی به همسر درگذشته و نادیده گرفتن نقش مادری محسوب می‌شود. این شرایط باعث سرخوردگی و از دست رفتن اعتماد به نفس زنان بیوه می‌گردد. سرخوردگی زنان که چرخه سوءتغذیه، تکدی‌گری، اعتیاد، کارتن‌خوابی، فساد جنسی، کودکان کار و هزار بلای اجتماعی را در جامعه اسلامی رواج می‌دهد.

از سوی دیگر بسیاری از بانوان به دلایل مختلف از همراهی و دوستی با زنان مطلقه یا بیوه اجتناب می‌ورزند بنابراین حمایت اجتماعی آنان نیز کاهش می‌یابد. از آنجا که پدیده خانوادگی‌های زن سرپرست به دلایل مختلف رو به افزایش است، به گونه‌ای که فزونی این گروه و پیامدهای آن به صورت بحرانی اجتماعی درآمده است (Khosravi, 2008)، و شواهد پژوهشی بیانگر آن است که زنان سرپرست خانوار با شرایطی پرنوسان و خطرآفرین مواجه هستند لذا نسبت به توانمندی‌ها، قابلیت‌ها و مهارت‌های خود تردید می‌کنند (Tabatabaei & Hossinian, 2006) و برای رهایی از آسیب‌ها و شرایط سخت خود، از هر موقعیتی که اندکی از مشکلات آنان بکاهد استقبال می‌کنند.

بنابراین بررسی مشکلات و رسیدگی به زنان سرپرست خانوار از ضروریات است و لازم است پژوهش‌های متعددی به این مشکلات و ارائه راه‌حل‌های موثر برای آن‌ها پردازند. پژوهش حاضر نیز با هدف رسیدن به راهبردی که موجب شود این قشر از بانوان بتوانند به درستی با مشکلات خویش مواجه شوند و در پی راه‌حلهای منطقی و شرعی برای آنها باشند در پی پاسخ به این سوال است که آیا با افزایش خودباوری یا حمایت اجتماعی می‌توان سلامت روانی را به آنان بازگرداند و آیا این دو مولفه در بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار موثر است؟

فرضیه پژوهش حاضر این است که خودباوری و حمایت اجتماعی موجبات بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار را فراهم می‌آورند و آنان را قادر می‌سازد نه تنها بر مشکلات فائق آیند بلکه با آرامشی که بدست می‌آورند زمینه خودشکوفایی و رشد خود را فراهم آورند.

## ۲- چارچوب نظری

## ۱-۲- بهزیستی روانشناختی

دین و برنامه‌های آن بر تمام ساحت‌های زندگی بشر، فردی و اجتماعی احاطه دارد؛ حفاظت و ارتقاء بهداشت جسمانی و روانی نه فقط امری توصیه‌ای بلکه یکی از مهمترین الزامات دینی است. «وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» (بقره: ۱۹۵)، سلامت انسان نیز منحصر در سلامت جسم نمی‌باشد، سلامت روح و روان به عنوان یکی از اساسی‌ترین تعالیم اسلام، مهمترین وظیفه بشر است. سلامت نفس و روح، جهان‌بینی و الگوهای فکری افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بر چگونگی ارتباطات و استنباط‌های وی از عملکرد دیگران و بهزیستی شخص تاثیر بسزایی دارد. به عنوان نمونه «الْحَسَوُدُ كَثِيرُ الْحَسَرَاتِ؛ حَسُودٌ، بَسِيرٌ اَفْسُوسٌ مِی خُورِد.» یا «أَنَّمَا يَفْتَرِي الْكَذِبَ الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ» (نحل: ۱۰۵).

امروزه برخی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی با الهام از روانشناسی مثبت‌نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه مفهوم سلامت روانی برگزیده‌اند. «روانشناسی مثبت‌نگر، تبلور یک تغییر در روان‌شناسی است که از پرداختن به ترمیم آسیب‌ها به سمت بهینه‌سازی کیفیت زندگی تغییر هدف داده است» (Snyder & Lopez, 2002, Seligman, 2002, Shoshani, Steinmetz and Kanat-Maymon, 2016). سلامت روانی از منظر این گروه معادل کارکرد مثبت روانشناختی است و با اصطلاح «بهزیستی روانشناختی» مفهوم سازی شده است (Langer, 2002). این دیدگاه مانند دیدگاه اسلام، نداشتن بیماری جسمی را برای سلامت کافی نمی‌داند و انسان سالم را کسی می‌داند که علاوه بر سلامت جسم از سلامت روان برخوردار باشد.

بهزیستی در اسلام با هدف رستگاری و سعادت او تعریف شده است چنان که خداوند متعال در قرآن کریم می‌فرماید: «قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا» (شمس: ۹) بنابراین مولفه‌های آن نیز در راستای دستیابی به آن پیش‌بینی شده است. هشت مولفه زیر در فرهنگ اسلام از مهمترین مولفه‌هایی هستند که بهزیستی و سلامت روان افراد را پشتیبانی می‌کند. البته این مولفه‌ها استقصایی هستند و محتمل است پژوهشگران مولفه‌های دیگری را نیز به آن بیافزایند؛

۱. خودشناسی: اسلام تاکید می‌کند که انسان «خود» را کشف کند. لذا به انحاء مختلف اهمیت خودشناسی را به وی متذکر می‌شود تا آن اندازه که پیامبر اکرم ایمان را با خودشناسی پیوند می‌دهد: «با ایمان‌ترین شما با شناخت‌ترین شماست.» (مصباح یزدی، ۱۳۸۲: ۸) خودشناسی در اصطلاح یعنی شناختن استعدادها و نیروهایی خویش که بهره‌گیری از آنها ضامن بهزیستی و تکامل است. انسان با شناخت مقام والای خویش و فهم امانت‌دار الهی بودن درمی‌یابد، می‌تواند بر فرشتگان پیشی گیرد، آزاد و مختار است و نه تنها در برابر خویش بلکه نسبت به سایرین و تمام هستی مسؤول است (مطهری، بی‌تا، ج ۲: ۲۸۳، ۲۸۴).

۲. ارتباط با خداوند: یکی از بهترین و صادقانه‌ترین مصادیق ارتباط با خداوند، دعا و نیایش است که زمینه‌ساز حضور خداوند در تمام ابعاد زندگی و تقرب به او است. خداوند در قرآن کریم می‌فرماید: «... ادعونی استجب لکم...» (غافر/ ۶۰) نیایش موجب تقویت رابطه میان انسان و خداوند می‌گردد. طلب از خداوند و ایجاد ارتباط با قادر معتال، احساس عزت نفس می‌دهد در حالی که طلب از دیگران حس لذت و خواری به همراه دارد. مطابق پژوهش‌های صورت گرفته احساس امنیت، عزت و لذت با خدا بودن بر سلامت روان و بهزیستی تأثیر بسیار دارد (کونینگ، ۱۳۸۶: ۱۲۶؛ راشدی، ۱۳۸۰، ج ۲: ۶۷).

۳. ارتباط و تعامل با دیگران: امام صادق (ع) ارتباط و تعامل با دیگران را تأمین کننده سلامت و عافیت تمام امور انسانی معرفی کرده است (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۷۴: ۲۷۷).

۴. حمایت اجتماعی: از عواملی که نقش بسیاری در افزایش بهزیستی ایفای کند، «حمایت های اجتماعی» است. حمایت های اجتماعی یاریگری انسان ها نسبت به یکدیگر است. حمایتگری علاوه بر تقویت افراد در برابر مشکلات، موجبات رشد و کمال را نیز فراهم می آورد. یک نمونه از حمایت اجتماعی در اسلام ارتباط با خویشان است. «به خویشاوندان خود نیکی کن و بردباران ایشان را تعظیم کن، در مقابل بی خردان آنان بردباری نشان بده و برگرفتاران آنان آسان گیر، زیرا آنان بهترین حامیان تو به هنگام سختی ها، مشکلات و حتی خوشی ها و ها خواهند بود.» (تمیمی آمدی، ۱۳۶۰ق، ج ۲: ح ۲۴۵۸)

۵. هدفمندی و تلاشگری: اغلب دانشمندان یکی از مهمترین مولفه های موفقیت و بهزیستی را هدفمندی برمی شمردند؛ در فرهنگ وبستر، موفقیت به مفهوم «نیل رضایت بخش به هدف» تعریف شده است (کیهان نیا، ۱۳۸۲: ۱۶). مطهری در تعریف سعادت و موفقیت، می گوید: «سعادت و موفقیت عبارت است از: لذت همه جانبه و نیل همه جانبه به همه کمالات، به طوری که حداکثر کمالات و حظوظ فطری و طبیعی استیفا گردد» (مطهری، بی تا، ج: ۷۱). تلاشگری نتیجه هدفمندی است زیرا انسان هدفمند مایل است به اهداف خویش دست یابد و دستیابی به اهداف بدون تلاش ممکن نیست در نتیجه انسان هدفمند انسانی تلاشگر است، و تلاشگری نیز پیامدهای مضاعفی در سلامت روانی دارد؛ امام کاظم (ع) در بیان آثار تربیتی و روان شناختی کار گفته اند: «انسان مؤمنی که از مردم قطع امید کند و از ثروتشان چشم پوشد و به کار و شخص خود قانع باشد، روح جوانمردی و عزت دینی را در خود تقویت نموده است. چنین انسانی در نظر مردم بزرگ و بین خویشاوندان خود محترم و در محیط خانوادگی دارای هیبت و عظمت خواهد بود» (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۲: ۱۰۸)

۶. صبر و رضایت از زندگی: از موثرترین راهکارهای مقابله با مشکلات در سختی ها و مصائب و پیامدهای آن، صبر هدفمند است، قرآن موفقیت انسان را مرهون صبر و شکیبایی می داند «بَلَىٰ إِنْ تَصْبِرُوا وَتَتَّقُوا وَيَأْتُوكُم مِّنْ فَوْرِهِمْ هَذَا يُمَدِّدْكُمْ رَبُّكُمْ بِخَمْسَةِ آلَافٍ مِّنَ الْمَلَائِكَةِ مُسَوِّمِينَ» (آل عمران: ۱۲۵). عالمان اخلاق صبر را دروازه ورود به مقام رضایت به مقدرات الهی و مقام رضا را باب رسیدن به وادی محبت پروردگار برشمرده اند (نراقی، ۱۴۲۲ق، ج ۳: ۲۸۳). امیرالمومنین (ع) نیز فرمودند: «لَا يَعْدُمُ الصَّبْرُ الظَّفَرَ وَإِنْ طَالَ بِهِ الزَّمَانُ: پیروزی از انسان شکیبا و بردبار، جدا نمی شود؛ هر چند روزگار به درازا بکشد» (نهج البلاغه: ۱۶۳).

۷. توکل: توکل اعتماد کامل به خداوند است، از عوامل اضطراب و نگرانی انسان، جهل او به نتیجه تصمیمات و کارهایی است که انجام می دهد. راهبرد اسلام در مواضع ترس و تردید پس از انجام کار از مواضع صحیح توکل به خداوند است «... فاذا عزم فتوکل علی الله ان الله يحب المتوكلين» (آل عمران: ۱۵۹) زیرا تردید و دلهره، فشار بسیاری بر روح و روان انسان وارد می کند و سلامت روانی او را به مخاطره می افکند. شرط ایمان راستین نیز توکل است زیرا مومن با توکل به خداوند آرامش و سلامت روانی دست می یابد. «لا یصدق ایمانُ عبدٍ حتی یكونَ بما فی یدِ اللهِ اوثقَ منه بما فی یدِهِ» (نهج البلاغه، ح ۳۱۰: ۷۰۲)

۸. امید و احساس مثبت: امید به زندگی معنا و مفهوم می بخشد و هنگام بروز مشکلات، ناامیلات، غم و اندوه مانع فروپاشی روانی انسان می گردد. خداوند مهربان در قرآن کریم بر این مهم تاکید نموده، می فرماید: «قل یا عبادِ الذین اسرفوا علی انفسهم لاتقنطوا من رحمة الله» (زمر/ ۵۳) امیدواری به خداوند موجب اصلاح رفتار «فَمَنْ كَانَ يَرْجُو لِقَاءَ رَبِّهِ فَلْيَعْمَلْ عَمَلًا صَالِحًا» (کهف: ۱۱۰) و تلاش در جهت صحیح می گردد (غاشیة: ۹).

رهاورد روانشناسی نیز نتایجی مشابه با حقایق دینی است. داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با مجموعه هستی، توانایی، خلاقیت و ایجاد رابطه مطلوب با سایرین، ویژگی‌هایی است که افراد سالم باید واجد آنها باشند تا بتوان گفت از سلامت برخوردارند (Lent, 2004). شش مولفه بهزیستی روانشناختی از منظر روانشناسی نیز عبارتند از: احساس استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و خویشن پذیر است (Ryff & Keyes, 1995, 1998). مؤلفه استقلال به احساس خودمختاری، خودکفایی، اثرگذاری در رویدادهای زندگی و آزادی از هنجارها اطلاق می‌گردد. این مولفه بیانگر توانایی فرد در مدیریت مشکلات و فشارهای زندگی است. افرادی که در این مولفه ضعیف هستند اغلب بجای تاکید بر انجام عمل درست، نگران ارزیابی دیگران در مورد خویش هستند. مولفه تسلط بر محیط، بیانگر توانایی فرد برای اداره محیط است. افرادی که مسلط بر محیط هستند احساس می‌کنند واجد توانایی هدایت شایسته محیط و فعالیت‌های خویش هستند، مولفه رشد شخصی با احساس فرد از رشد پیوسته خود معنادار می‌گردد. این افراد پیوسته در طول زندگی برای رشد و شکوفایی خود در تلاشند، و در ارزشیابی شخصی از میزان استعدادها، توانایی‌ها و در مجموع داشته‌ها و فعالیت‌های خود احساس رضایت کرده بر آنها واقف هستند. در حالی که افراد بدون احساس رشد و بالندگی، مبتلا به احساساتی از قبیل خستگی، عدم علاقه یا رکود در زندگی هستند.

داشتن ارتباط مثبت با دیگران، به معنی داشتن رابطه با کیفیت و رضاکننده با دیگران است. افراد با این ویژگی عمدتاً انسانهایی مطبوع، نوع دوست و توانا در دوست داشتن دیگران هستند و می‌کوشند رابطه‌ای گرم بر اساس اعتماد متقابل با دیگران، ایجاد کنند (Park and et.al, 2019). مؤلفه هدفمندی در زندگی، به مفهوم دارا بودن اهداف بلند مدت و کوتاه مدت در زندگی و معنادار شمردن آن است. فرد هدفمند نسبت به فعالیت‌ها و رویدادهای زندگی علاقه نشان می‌دهد و به شکل مؤثر با آنها، تعامل دارد. هدفمندی موجب یافتن معنی برای تلاش‌ها و چالش‌های زندگی می‌گردد. (Ateşr, 2016, Ryff, Signer & Love, 1998) تسلط بر محیط نیز به معنای حس توانایی کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامون می‌باشد.

(Singh & Udainiya, 2009, Ryff & Keyes, 1995) مؤلفه پذیرش خود به معنی داشتن نگرش مثبت به خود و زندگی گذشته خویش است. اگر فرد در ارزشیابی، استعدادها توانایی‌ها و فعالیت‌های خود در کل احساس رضایت کند و در رجوع به گذشته خود احساس خشنودی کند، کارکرد روانی مطلوبی خواهد داشت (Ateşr, 2016).

بنابراین رویکرد بهزیستی روانشناختی؛ به بررسی رشد و تحول در برابر چالش‌های وجودی زندگی می‌پردازد و بر توسعه توانایی‌های انسانی تاکید دارد. به عنوان مثال دنبال نمودن اهداف معنادار، تحول و پیشرفت فردی و ارتقاء توانایی برای ارتباط مطلوب با سایرین را می‌توان از اهداف رویکرد بهزیستی روانشناختی برشمرد (Ryff & Keyes, 1995).

## ۲-۲- خودباوری

خودباوری<sup>۲</sup>، درک توانایی‌ها و اعتقاد به برخورداری از مهارت‌های گوناگون فردی، نوآورانه و خلاق است (شعاری، ۱۳۷۵: ۳۷۳). بدین جهت که خودباوری بر خودشناسی واقع بینانه در ساحت بینش‌ها، گرایش‌ها و نیازهای بشر مبتنی است (فجرى، ۱۳۸۶: ۱۷۳) می‌توان درک توانمندی‌ها، استعدادها و احساس مثبت حاصل از آن را با سازه‌های دیگر مشتق‌شده از خود مانند «خودکارآمدی»، «عزت نفس» و «خودتکایی» مرتبط دانست (فعالی، ۱۳۹۴: ۵۳) روانشناسان خودباوری را ویژگی‌ای می‌دانند متأثر از تجربه‌های

<sup>2</sup>. Self-Belife

پیشین که موجب می‌شود شخص به توانایی و کارآمدی خود در انجام درست امور باور داشته‌باشد (Ukessays, 2018) چنانچه افراد تعریف درستی از حقیقت انسان و جایگاه او در هستی نداشته‌باشند، قادر نیستند درک درستی از توانایی‌ها و استعداد‌های کارآمد خویش داشته‌باشند.

در یک دسته‌بندی کلی افراد به سه گروه تقسیم می‌شوند: افراد خودباخته، افراد خودشیفته یا دیگر شیفته، افراد خودباور. احساسات و ذهنیات نادرست افراد خودباخته و دیگر شیفته مبتنی بر احساس حقارت، ناتوانی و تنهایی است لذا اغلب احساس شکست، ناکارآمدی داشته و توجه افراطی به الگوهای کاذب پر زرق و برق دارند. باورهای نادرست افراد خودشیفته مبتنی بر تکبر و غرور بوده اغلب در حال عیبجویی و سرزنش دیگران هستند. امام باقر(ع) می‌فرماید: «در عیب آدمی همین بس که در مورد (عیوب) خود کور باشد» (کلینی، ۱۳۶۹، ج ۲: ۴۶۰). هر سه گروه مبتلا به جهل و فقر معرفتی بوده خودشناس هستند؛ در حالی که استعداد و توانایی هر فرد ویژگی خاص اوست که کشف و استفاده از آن موجب تعالی وی می‌گردد (علیزاده و قطبی، ۱۴۰۲: ۳۴).

مطابق پژوهش‌های صورت‌گرفته خودباوری از عوامل مهم و مؤثر بر بهزیستی افراد، به ویژه زنان است (Bar & Jarus, 2015, Leahy-Warren, Singh & Udainiya, 2009) زیرا خودباوری، باور راسخ و اطمینان فرد به توانایی‌های خویش در انجام موفقیت‌آمیز افعال و رفتار با کسب نتایج مطلوب است (Momoh, Imhond & Omagbe, 2008). خودباوری چگونگی مواجهه فرد، میزان صبر و تلاش وی را هنگام رو به رو شدن با موانع و میزان تسلط بر فرد را بر رفتار و کنش و واکنش‌هایش تعیین می‌کند. خودباوری با تاثیر بر تفکر، بسیاری از کارکردهای شخصی را تحت تاثیر قرار می‌دهد لذا افرادی که در سطح بالایی از خودباوری قرار دارند، قدرت بیشتری در تاثیر بر محیط و کنترل بر رفتارشان دارند (Caban, 2004). پیشینه تجربی بیانگر آن است که خودباوری و خودکارآمدی منتج از آن از مهم‌ترین عوامل تنظیم رفتار انسان‌ها است (Bandura, 1977).

احساس ناکارآمدی در افراد، نقشی محوری در افسردگی، اضطراب، فشار روانی، روان‌آزرده‌گرایی و دیگر حالت‌های عاطفی شخصی دارد. افراد خودنا‌باور احساس خودکارآمدی پایینی دارند و تفکراتی بدبینانه راجع به توانایی‌های خویش دارند. بنابراین، این افراد از هر موقعیتی که طبق نظر آنها از توانایی‌هایشان فراتر باشد، اجتناب می‌کنند، در حالی که افراد خودباور احساس خودکارآمدی بالایی دارند، تکالیف سخت را به عنوان چالش‌هایی که می‌توانند بر آنها مسلط شوند، می‌بینند؛ و در صورت مواجهه با مشکلات، صبر و تلاش خویش را حفظ می‌کنند (Karabiyik & Korumaz, 2014). خودباوری از سنخ مهارت نیست، بلکه اعتقادی است که تحت شرایط مختلف مهارت آفرین است.

## ۲-۳- حمایت اجتماعی

منظور از حمایت اجتماعی در پژوهش حاضر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده است، که از دیگر متغیرهای مؤثر بر بهزیستی روانشناختی است و در پژوهش‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته‌است، (Sarriera, Bedin, Abs, Calza, Jarus & Bar, 2011), و به سه صورت انجام می‌پذیرد: حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی. اسلام با استفاده از تعبیر «برادری» میان مسلمانان (حجرات: ۱۰)، حقوق و وظایفی را برای آحاد جامعه برمی‌شمرد و بر این مسأله تاکید می‌نماید که افراد نسبت به یکدیگر مسئولند (مجلسی، ۱۴۰۳: ۲۳۴). «اگر مسلمانی سیر بخورد و برادرش گرسنه باشد ایمان ندارد» (شهید ثانی، ۱۳۹۰: ۹۲)

علاوه بر این متفاوت بودن استعدادهاي انساني، منزلت‌هاي اجتماعي و ماهيت زيست اجتماعي (تقسيم کار و اشغال به شغل‌هاي مختلف) اقتضا مي‌کند که افراد جامعه به يکديگر نيازمنند باشند. رسيدگي به نيازهاي ديگران و ياريگري، لازمه اجتماعي زيستن و از مهمترين وظايف انساني و ديني است. «ابذل معروفک للناس كافة فان فضيلة فعل المعروف لا يعدها عبدالله سبحانه شيء: کارهاي نيك خود را براي همه مردم به کار بر و برآستي که هيچ چيز نزد خدای سبحان، با فضيلت کارهاي نيك، برابري نمی‌کند» (خوانساري، ۱۳۶۰، ج ۲: ۲۳۶) حمايت و کمک به ديگران، مفهوم گسترده‌اي دارد و بسياري از شؤون زندگي را دربرمي‌گيرد. از نظر اسلام، حمايت و کمک تنها مشمول مؤمن يا مسلمان نمی‌گردد؛ بلکه شامل نوع بشر می‌شود. «راس العقل بعد الدين التودد الى الناس و اصطناع المعروف الى كل بر و فاجر: پس از دين (ايمان به خداوند)، بشر دوستي و نيکي به مردم، اعم از درستکار و گناهکار، سرآمد تمام کارهاي عاقلانه است» (نوري، ۱۳۶۸، ج ۸: ۳۵۳). البته بايد دقت داشت برای کمک به ديگران همچنان که اميرالمومنين فرموده- اند از حدود دين خارج نشد. «احسن الصنائع ما وافق الشرايع: بهترين احسان‌ها و خدمات، آن است که موافق با شريعت‌ها (و طبق شرايط و موازين ديني) باشد» (خوانساري، ۱۳۶۰، ج ۲: ۳۸۹)

انجام امور نيك به‌عنوان يک وظيفه اجتماعي، با حفظ شان و هويت ايشان، منجر به استحکام روابط بين انسان‌ها شده و آنها را به يکديگر نزديک و موجب صميمت می‌گردد؛ مشکلات بزرگ شکسته شده به مشکلات کوچک تبديل می‌گردد. همچنين در جوامع اسلامي موجب اتحاد و همدلي می‌گردد. همدلي، با مفاهيم مواسات، جود و سخا، انفاق، احسان و ايثار که هر يک نوعی از حمايت اجتماعي است ارتباط معنایی دارد (سيدمحرمي و غفاري، ۱۴۰۱: ۸۲).

يکي از مهم‌ترين مفاهيم مرتبط با همدلي، ايثار است که بالاترين شکل از حمايت اجتماعي می‌باشد. حمايت از ديگران علاوه بر تاثير بهزيستي در فرد حمايت‌شده و کمک به سلامت رواني وی، بر خود فرد ياريگر نيز تاثيرگذاشته و مطابق قرآن موجب سلامت روان آرامش او نيز می‌گردد. «الَّذِينَ يُتَّقُونَ أَمْوَالَهُمْ بِاللَّيْلِ وَالنَّهَارِ سِرًّا وَعَلاَنِيَةً فَلَهُمْ أَجْرُهُمْ عِنْدَ رَبِّهِمْ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ» (بقره: ۲۷۴)

در مطالعات روانشناسي، اتحاد و همدلي ميان افراد جامعه به نظريه «انسجام اجتماعي» معروف است، حضور افراد در جامعه متحد و منسجم، موجب احساس حمايت در برابر مشکلات مختل‌کننده و آشفته می‌شود (Thoits, 1995). طبق نظريه «تعامل نمادين» نيز مشارکت در روابط اجتماعي، به ويژه مشارکت در روابط نزديک و قوي، با فراهم آوردن بستر لازم براي شکل‌گيري هويت‌هاي ثابت و ادراک مثبت از خویش، بر سلامت رواني اثرگذار است. شوارزر و کنول<sup>۳</sup> (2007)، با استناد به برخي شواهد پژوهشي و ديدگاه‌هاي نظري، تاکيد کردند حمايت ديگران در فرآيند تنيدگي و مقابله، داراي اهميتي حياتي است. در اين مطالعه، شوارزر و کنول اقدام به طرح «فرضيه توانمندسازي» کردند. در فرضيه توانمندسازي، تاکيدي مي‌گردد که حمايت ديگران از طريق تقويت باورهاي خودکارآمدي در پيش‌بيني تجارب استرس‌زاي افراد، نقشي مثبت دارد. بر اساس ديدگاه «عامليت پيش‌گستر»<sup>۴</sup> تجربه حمايت در برابر مطالبات موقعيتي، به عنوان يک عامل حفاظتي احتمالي برشمرده می‌شود (Benight & Bandura, 2004). همچنين، حمايت ديگران، موجب افزايش توانمندی و قابليت‌هاي انطباقی افراد در مواجهه با چالش‌ها و غلبه بر مشکلات می‌گردد بنابراین خودکنترلي را افزايش مي‌دهد (Leahy-Warren, McCarthy, Corcoran, 2012).

<sup>۳</sup>- Schwarzer & Knoll

<sup>۴</sup>- proactive agentic perspective



حمایت دیگران در مواجهه با یک عامل تنش‌زا فرصت استفاده از تجارب جانشینی را برای افراد فراهم می‌آورد؛ این موضوع بیشتر زمانی پدیدار می‌شود که اشخاص حمایت‌کننده، خود به دلیل برخورداری از شایستگی لازم در مواجهه با مسائل مشابه، تجارب موفقیت‌آمیزی کسب کرده باشند. حمایت اجتماعی میان اعضای جامعه شبکه‌ای ارتباطی ایجاد می‌کند و اعتماد و اطمینان را گسترش می‌دهد (Benight & Bandura, 2004). حمایت کردن دیگران موجب ایجاد حس پذیرفته شدن در فرد می‌گردد بنابراین به عزت نفس و خودکنترلی افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و ارتقاء بهزیستی روانشناختی کمک می‌کند (Calvete, E., & Connor-Smith, 2005). حمایت دیگران به ویژه در بانوان که احساسات لطیفی دارند، اثر مثبتی بر عواطف آنان می‌گذارد و منجر به افزایش سلامت جسمانی و روانی آنها می‌گردد. سیره امیرالمومنین (ع) کاملاً مؤید این حقیقت است (مازندرانی، ۱۳۷۹ق، ج ۲: ۱۱۵؛ مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۴۱: ۵۲). حمایت در محیط کسب و کار در بهبود موقعیت‌های شغلی افراد نیز نقشی اساسی دارد و بهبود موقعیت شغلی، افزایش شایستگی اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و سلامت روانی را به دنبال دارد (Townsend & Polatajko, 2013).

#### پیشینه

بررسی‌ها نشان داد پژوهشی که به نقش خودباوری و حمایت اجتماعی در تقابل با بحران اخلاقی زنان سرپرست خانوار جامعه اسلامی بپردازد انجام نگرفته است لکن مطالعات بسیاری در حوزه خودباوری یا حمایت اجتماعی یا بهزیستی صورت گرفته است. از جمله: مطالعه کارادماس<sup>۵</sup> (2006) که با هدف آزمون نقش میانجی‌گر سازه خوش‌بینی<sup>۶</sup> در رابطه بین باورهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با افسردگی و رضایت از زندگی انجام شد، نشان داد که میان خودباوری در تاب‌آوری<sup>۷</sup>، هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی-زا، و خودباوری در حل مسئله<sup>۸</sup> هنگام رویارویی با رخدادهای پرفشار، و میان خودباوری در حل مسئله، هنگام مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا، و حمایت هیجانی و ابزاری با عامل رضایت از زندگی و بهزیستی رابطه‌ای معنادار وجود دارد. پژوهش دلونگیز و هلتزمن<sup>۹</sup> (2005) مشخص ساخت فقدان تجارب حمایتی از طریق ترغیب افراد به استفاده از برخی راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه، مانند مقابله نشخوارکننده و تفکر آرزومندانه در پیش‌بینی تجارب هیجانی بعدی، مؤثر می‌باشد. کالوت و کونوراسمیت<sup>۱۰</sup> (2006) نقش میانجی‌گر پاسخ‌های مقابله‌ای را در بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و نشانه‌های بیماری در دانشجویان آمریکایی و اسپانیایی مطالعه کردند، نتایج بیانگر این بود که افراد با تجارب حمایتی بالا به دلیل عدم استفاده از راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه نشانه‌های وابسته به بیماری را کمتر گزارش کردند. از دیدگاه رایان و دسی (2001) یکی از پیامدهای حمایت اجتماعی ادراک شده بهزیستی روانشناختی است. آنها به رابطه حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانشناختی هدایت می‌کند. پورسید و خرمایی (۱۳۹۷) نیز نتیجه گرفتند، ویژگی‌های شخصیتی و حمایت اجتماعی، استرس تحصیلی افراد را کاهش داده و افراد کم استرس در مقابله با مشکلات

5- Karademas

6- optimism

7- resilience self-efficacy

8- problem solving self-efficacy

9- DeLongis, A., & Holtzman

10- Calvete & Connor-Smith

تحصیلی خودکارآمدتر می‌شوند. نتایج مطالعه (Jackson, Tucker & Herman, 2007) نشان دادند که باورهای خودکارآمدی نیز در پیش‌بینی سطوح متمایز الگوهای تسهیل‌کننده رفتارهای وابسته به سلامت مؤثرند.

در مجموع مطالعات انجام‌شده به نقش عوامل درونی و بیرونی بسیاری بر میزان بهزیستی روانشناختی پرداخته‌اند. لکن آنچه پژوهش حاضر را از سایر پژوهش‌ها متمایز می‌سازد این است که پژوهش از منظر دین و روانشناسی توامان صورت گرفته است و از میان عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روانشناختی، متغیرهای خودباوری (عامل درونی) و حمایت اجتماعی (عامل بیرونی) انتخاب و نقش آنها در بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار برای مقابله با بحران اخلاقی زنان سرپرست خانوار جامعه اسلامی مشخص گردیده است.

### روش پژوهش

پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. به منظور آزمون پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی، بر اساس خودباوری و حمایت اجتماعی از طرح تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی استان ک.ب بودند. آمار جامعه حدود ۸۵۰ نفر است که با استفاده از جدول مورگان و کرجسی تعداد ۲۵۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی - سهمیه‌ای انتخاب شدند. بررسی دیدگاه اسلام نیز به روش اسنادی - تحلیلی صورت گرفت؛ جامعه تحقیق قرآن، روایات و منابع ناظر به تبیین گزاره‌های آنان بود.

### ابزارهای پژوهش

#### پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی (خودباوری)

پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی برای اولین بار توسط شرر و همکاران در سال 1972 ساخته شد، و به طور گسترده در پژوهش‌های گوناگونی مورد استفاده قرار گرفت. پرسش‌نامه دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود و خودباوری افراد را می‌سنجد. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. فردی که در این آزمون نمره‌ای کمتر از ۴۴ کسب کند، خودباوری پایین و فردی که نمره بالاتر از ۶۹ به دست آورد خودباوری بالایی دارد. روایی و پایایی این مقیاس، در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است (Mirsameei & Ebrahimi Ghavam, 2009). در پژوهش نبوی و همکاران (2017) پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش شده است و در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

### مقیاس بهزیستی روانشناختی

جهت سنجش بهزیستی روانشناختی از مقیاس ریف که در سال 1989 تدوین شده استفاده شد. فرم اصلی این مقیاس ۱۲۰ سؤال دارد، اما در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴، ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد شده است. در پژوهش حاضر از فرم ۱۸ سؤالی آن استفاده شد. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، هدف و جهت‌گیری در زندگی، رشد شخصی، تسلط

بر محیط، خودپیروی و روابط مثبت با دیگران است. ریف (1989) در پژوهشی برای بررسی پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ بهره گرفت. آلفای به دست آمده برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودپیروی (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی از زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است که بر این اساس برای اهداف پژوهشی و بالینی وسیله مناسبی به شمار می‌رود. همبستگی نسخه کوتاه بهزیستی روانشناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (Ryff & Singer, 2008). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌های پذیرش خود (۰/۷۸)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۸۲)، خودپیروی (۰/۸۰)، تسلط بر محیط (۰/۸۸)، هدفمندی از زندگی (۰/۹۱) و رشد شخصی (۰/۸۶) بدست آمد.

### مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)

مقیاس چندبُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده به وسیله زیمت و همکاران (1988) طراحی شد. مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی، به عنوان یک ابزار خود تبیینی برای مواقعی که شرکت کنندگان با محدودیت زمانی مواجه بوده و یا وقتی که محقق در صدد است در یک زمان مشخص مقیاس‌های متعددی برای پاسخگویی در اختیار افراد قرار دهد، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس، شامل ۱۲ ماده است که هر ماده بر روی یک طیف پنج درجه‌ای، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵)، درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس، هر چهار ماده، بر اساس منابع حمایت اجتماعی به یکی از گروه‌های عامل، خانواده، دوستان و دیگران مهم، نسبت داده شده است.

نتایج مطالعه زیمت و همکاران (1988) با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی نشان داد که این ابزار برای بررسی حمایت اجتماعی ادراک شده روا و پایا است. نتایج مطالعه براور، امسلی، کید، لوچنر و سیدات (2008)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی با استفاده از تحلیل عامل تأییدی نشان داد، ساختار سه عاملی مقیاس چند بُعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (دیگران مهم، خانواده و دوستان) برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد. در پژوهش براور و همکاران (2008) پایایی کل این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شده. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

### یافته‌های پژوهش

دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۲۷ تا ۵۵ سال است و میانگین سنی آنها ۴۳/۲۰ سال با انحراف معیار ۴/۲۹ بود. جدول (۱) شاخص‌های توصیفی میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در زنان سرپرست خانواده را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	انحراف معیار	میانگین ن	
۱													۷/۱۵	۶۴/۷۳	۱
۲													۸/۴۹	۳۶/۶۲	۰/۴۸*
۳													۵/۱۸	۳۸/۶۹	۰/۴۲* ۰/۵۴*

								۱	۰/۳۹*	۰/۵۸*	۰/۶۶*	۵/۵۷	۴۱/۵۷	۴								
								۱	۰/۴۷*	۰/۷۷*	۰/۶۱*	۶/۷۳	۴۴/۶۶	۵								
								۱	۰/۲۵*	۰/۱۰	۰/۳۸*	۰/۲۴*	۴/۳۰	۱۱/۲۲	۶							
								۱	۰/۳۴*	۰/۲۹*	۰/۱۰	۰/۱۷*	۰/۱۳	۰/۰۸	۳/۱۲	۱۳/۴۱	۷					
								۱	۰/۴۵*	۰/۳۸*	۰/۲۳*	۰/۲۲*	۰/۱۹*	۰/۱۲	۴/۵۵	۱۲/۴۰	۸					
								۱	۰/۴۳*	۰/۵۱*	۰/۴۵*	۰/۱۶*	۰/۲۳*	۰/۲۳*	۰/۲۸*	۰/۱۰	۳/۲۸	۱۳/۳۸	۹			
								۱	۰/۳۵*	۰/۳۱*	۰/۱۹*	۰/۱۸*	۰/۴۱*	۰/۳۴*	۰/۳۹**	۰/۲۲*	۰/۴۵*	۲/۷۴	۱۲/۳۰	۱۰		
								۱	۰/۶۱*	۰/۳۳*	۰/۳۰*	۰/۳۵*	۰/۳۳*	۰/۴۵*	۰/۳۴*	۰/۳۹*	۰/۴۹*	۰/۴۵*	۳/۴۵	۱۲/۵۰	۱۱	
								۱	۰/۶۱*	۰/۵۳*	۰/۲۳*	۰/۲۲*	۰/۱۹*	۰/۲۶*	۰/۵۴*	۰/۳۹*	۰/۳۸*	۰/۳۳*	۰/۴۴*	۳/۱۵	۱۵/۸۴	۱
								۱	۰/۶۱*	۰/۵۳*	۰/۲۳*	۰/۲۲*	۰/۱۹*	۰/۲۶*	۰/۵۴*	۰/۳۹*	۰/۳۸*	۰/۳۳*	۰/۴۴*	۳/۱۵	۱۵/۸۴	۲

\*p < ۰/۰۱

نکته ۲: ۱= خودکارآمدی= خانواده، ۳= دوستان، ۴= دیگران مهم، ۵= نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده ۶= استقلال ۷= تسلط بر محیط، ۸= رشد فردی، ۹= رابطه مثبت بادیگران، ۱۰= هدف ۱۱= پذیرش خود و ۱۲- نمره کل بهزیستی روانشناختی

مندرجات جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش و خرده مقیاس‌های آنها را نشان می‌دهد. موارد معنی‌دار با علامت \* مشخص شده‌است. ضریب همبستگی به دست آمده نشان دهنده ارتباط قوی بین خودباوری، حمایت اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن با مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی می‌باشد. در این مطالعه پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون توزیع داده‌ها با بررسی شاخص‌های رعایت مفروضه‌ها و عدم تخطی از شیب خط رگرسیون، نظیر هم خطی چندگانه به کمک آماره تولرانس، داده‌های پرت، نمودارهای مانده، و داده‌های مفقود بررسی شد و مشخص گردید که داده‌ها شرایط استفاده از تحلیل رگرسیون را دارند. برای بررسی متغیرهای خودباوری و حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و بهزیستی روانشناختی در زنان سرپرست خانواده به عنوان متغیر ملاک، تحلیل رگرسیون همزمان انجام شد که نتایج آن در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون خودکارآمدی و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی

بهزیستی روانشناختی	متغیرهای مستقل	B	Beta	t	P
تسلط بر محیط	خودکارآمدی	۰/۶۱	۰/۲۴	۳/۹۷	۰/۰۰۱
	خانواده	۰/۱۴	۰/۴۲	۲/۱۶	۰/۰۰۱
	دوستان	۰/۵۳	۰/۲۱	۲/۸۱	۰/۰۰۱
	دیگران مهم	۰/۴۸	۰/۲۴	۳/۲۰	۰/۰۰۱
استقلال	خودکارآمدی	۰/۸۶	۰/۵۴	۵/۳۵	۰/۰۰۱
	خانواده	۰/۳۵	۰/۲۳	۷/۰۳	۰/۰۰۱
	دوستان	۰/۱۵	۰/۲۸	۱/۵۲	۰/۰۰۱
	دیگران مهم	۰/۵۶	۰/۶۸	۲/۲۸	۰/۰۰۱
روابط مثبت	خودکارآمدی	۰/۵۴	۰/۳۳	۴/۲۶	۰/۰۰۱
	خانواده	۰/۳۱	۰/۳۸	۳/۸۵	۰/۰۰۱
	دوستان	۰/۲۶	۰/۳۱	۳/۹۸	۰/۰۰۱
	دیگران مهم	۰/۲۸	۰/۲۴	۴/۲۰	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۳/۸۱	۰/۳۳	۰/۷۲	خودکارآمدی	
۰/۰۰۱	۴/۷۳	۰/۲۷	۰/۷۳	خانواده	پذیرش خود
۰/۰۰۱	۵/۲۱	۰/۲۵	۰/۴۵	دوستان	
۰/۰۰۱	۶۴/۱۱۳	۰/۳۲	۰/۴۷	دیگران مهم	
۰/۰۰۱	۴/۳۴	۰/۲۷	۰/۳۶	خودکارآمدی	
۰/۰۰۱	۵/۷۳	۰/۳۷	۰/۷۲	خانواده	رشد فردی
۰/۰۰۱	۴/۷۴	۰/۳۰	۰/۴۸	دوستان	
۰/۰۰۱	۶/۹۵	۰/۴۳	۰/۸۷	دیگران مهم	
۰/۰۰۱	۱۰/۳۰	۰/۶۷	۰/۱۴	خودکارآمدی	
۰/۰۰۱	۳/۷۰	۰/۳۶	۰/۶۸	خانواده	هدفمندی
۰/۰۰۱	۴/۱۹	۰/۲۱	۰/۳۶	دوستان	
۰/۰۰۱	۲/۶۲	۴۹۰	۰/۲۹	دیگران مهم	

با توجه به نتایج جدول ۲، خودباوری به صورت مثبت مولفه‌های استقلال، رشد فردی، روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود را پیش‌بینی می‌کند و در سطح  $p < 0.01$  معنادار است.

هر کدام از خرده مقیاس‌های دوستان، خانواده و دیگران مهم نیز به صورت مثبت، مولفه‌های استقلال، هدفمندی، تسلط محیطی، رشد فردی، روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود را پیش‌بینی می‌کنند و در سطح  $p < 0.01$  معنادار هستند.

## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش خودباوری و حمایت اجتماعی در تقابل با بحران اخلاقی زنان سرپرست خانوار جامعه اسلامی انجام شده است لذا نقش خودباوری و حمایت اجتماعی در بهزیستی روانشناختی زنان بررسی شده است تا راهبردی برای مقابله با انتشار فساد در جامعه اسلامی و ناسلامتی زنان سرپرست خانوار بدست آید. نتایج ماتریس همبستگی در پژوهش نشان می‌دهد بین متغیر خودباوری و حمایت اجتماعی با مولفه‌های بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره حاکی از آن است که مولفه خودباوری و حمایت اجتماعی، مولفه‌های بهزیستی روانشناختی را به صورت مثبت پیش‌بینی می‌کنند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر، همسو با نصوص دینی است که خودباوری و حمایت اجتماعی انسان‌ها از یکدیگر را موجب بهزیستی در نتیجه رسیدن به کمال و تعالی تمام افراد از جمله زنان برمی‌شمارد. زنان با واکاوی نصوص دینی به شناختی همه جانبه از خویش می‌رسند و جایگاه خود را در هستی می‌یابند (بقره/۳۰؛ اسراء/۷۰؛ جاثیه/۴۵؛ حجر/۲۹) درمی‌یابند که با مشکلات چگونه مواجهه کردند و خداوند همواره با آنهاست. (انشراح/۵ و ۶؛ شعراء/۶۲؛ مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۷۸: ۲۰؛ نهج البلاغه: ۱۶۳؛ حویزی، ۱۳۸۳ق: ۶۰۴) در نتیجه با کسب اعتماد به خویشتن و فهم هدفمندی (آل-عمران: ۲۷؛ دخان: ۳۸؛ ذاریات: ۵۶؛ روم: ۲۹؛ هود: ۱۱۹) به بالاترین سطح از خودکارآمدی می‌رسند و خود را در مواجهه با مشکلات توانا می‌بینند. همچنین نتایج تحقیق با پژوهش Singh & Udainiya, 2009, Mccarthy & Corcoran, 2014 و Karademas, 2006 که نشان دادند میان خودباوری و بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار رابطه مثبت وجود دارد، همسو می‌باشد زیرا متغیر خودباوری از طریق اثرگذاری بر تفسیر از رویدادهای محیطی، تاکید بر رفتارهای وابسته به سلامت و بهزیستی مانند روابط مثبت، پذیرش خود، هدفمندی و رضایت از زندگی، نگرش مثبت نسبت به زندگی، بهبود عملکرد، احساس ارزشمندی

و رشدیافتگی قابل تبیین است. زنان با خودباوری بالا مثبت‌اندیش‌تر بوده، با احساس رضایت از خود، علاقمندی بیشتری به استفاده بهینه از وقایع برای رسیدن به اهداف خویش دارند. علاوه بر این، آنها به توانمندی خود باور دارند و پشتکار آنها به نتایج بهتری می‌رسد.

خودباوری نتیجه این باور است که «می‌توانم از عهده موفقیت‌آمیز کار برآیم». زنانی که خودباوری ضعیفی دارند معتقدند قادر به انجام درست و موفقیت‌آمیز وظایف خویش نیستند. پیامد این باور تجربه فشار، نگرانی و احساس بی‌کفایتی است. خودباوری بر مدارا با افراد نیز مؤثر است. بنابراین زنان خودباور، مشکلات سازگاری، فشار روانی و اضطراب کمتری دارند و قادر به مواجهه مؤثر با فشارهای زندگی هستند. هنگامی که افراد با مطالبات گوناگون مواجه می‌شوند و در معرض رویدادهای محیط بیرونی قرار می‌گیرند، خودباوری به آنها کمک می‌کند که آن رویدادها را به عنوان چالش در نظر بگیرند نه تهدید، لذا فرد تجربه عامل خطر را به صورت فرصتی برای تأیید خود، پیش‌بینی پیشرفت و تسلط و رشد فردی تلقی می‌کند (Abraham, 2012). مطابق پژوهش‌های به عمل آمده چنانچه موقعیت سخت به صورت خوشایند، مهیج و برانگیزاننده ارزیابی شود فرد در مواجهه با آنها، امیدوار و مطمئن اس، Bandura (2002). در نتیجه خودباوری در شکل‌گیری تفکر، نگرش، انگیزش، کنش ورزی، چگونگی انتخاب فعالیت‌ها و در نظر گرفتن موقعیت‌ها و شرایط مواجهه بسیار موثر است. هر کدام از این عوامل نیز در افزایش رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی اثرگذار خواهد بود. ضمن آنکه خودباوری صحیح با کنترل استرس، عزت نفس بالا و سلامت نیز رابطه مثبت دارد. در مقابل، خودباوری پایین با نشانه‌های هیجانی منفی، مانند اضطراب، افسردگی و سطوح پایین بهزیستی، رابطه دارد (Singh & Udainiya, 2009).

حمایت اجتماعی ادراک شده نیز بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده را به صورت مثبت پیش‌بینی نمود. زیرا حمایت اجتماعی توانایی مقابله با مشکلات و مواجهه موفقیت‌آمیز با شرایط تنش‌زا و بحرانی زندگی و تحمل مشکلات را افزایش می‌دهد و نقش موثری در کاهش تنش فرد از طریق اخذ اطلاعات و یاری از دیگران دارد (Leahy-Warren & et, al, 2012). این نتیجه با نصوص دینی همسو است (بقره: ۲۷۴؛ سید محرمی و غفاری، ۱۴۰۱: ۸۲). همچنین با یافته‌های مطالعاتی دولینگیز و هلترم (2005)، ساریرا<sup>۱۱</sup> و همکاران (2015) و بارو و جاروس (2011) همسو می‌باشد. حمایت اجتماعی در سه ساحت، عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی به افراد کمک می‌کند تا حالت‌های عاطفی و هیجانی خویش را ترمیم‌کنند و خودکنترلی بهتری را تجربه کنند. از سوی دیگر، از آنجا که بهزیستی روانشناختی پایین تأثیر منفی بر خودباوری، تعامل و هیجان‌ات زنان سرپرست خانواده دارد، حمایت اجتماعی می‌تواند این اثرات را کاهش داده و آنها را در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی یاری نماید. به این ترتیب، حمایت اجتماعی موجب ادراک مثبت افراد از حوادث در نتیجه خودکنترلی می‌گردد این امر موجب تسلط فرد بر حوادث پیرامونی و مدیریت آنها نیز می‌گردد.

احکام متعددی مشمول حمایت اجتماعی در اسلام هستند مانند انفاق، خمس، زکات، جهاد و تعاون می‌گردد و علاوه بر آن به تعاون، همکاری، استمداد نیازمندان و مظلومین، ایجاد صلح و دوستی نیز توصیه موکد شده است (حجرات: ۹؛ مائده: ۱۰؛ آل عمران: ۱۰۴، طباطبایی، ۱۴۱۷ق، ج ۴: ۹۵). البته حمایت نباید در هر کاری و برای هر چیزی صورت بگیرد و بایسته است محدودیت‌های عقلانی و شرعی در آن لحاظ گردد (مائده: ۲؛ آل عمران: ۱۰۴؛ مکارم شیرازی، ۱۳۸۰، ج ۴: ۲۵۴-۲۵۳)

اسلام رستگاری را به دلالت التزامی وابسته به روابط حمایتگرانه و صبر در برابر یکدیگر برمی شمرد (آل عمران/۲۰۰). چرا که حمایت اجتماعی موجب می‌گردد افراد نیروها و امکانات مختلف را از طریق روابط متقابل مبادله‌کنند و ضریب بهره‌مندی به شکل قابل توجهی افزایش می‌یابد. حمایت اطلاعاتی و عاطفی خانواده، دوستان و افراد تاثیرگذار، بر شیوه واکنش فرد در برابر موقعیت‌های فشارزا تأثیر می‌گذارد (طباطبایی، ۱۴۱۷ق، ج ۴: ۱۴۳-۱۴۴)، زیرا حمایت اجتماعی سبب می‌شود افراد رخدادهای را به صورت منفی ادراک نکنند بلکه آنها را فعالانه تحت تأثیر قرار دهند و نیروها و امکانات مختلف را از طریق روابط متقابل مبادله کنند.

در مجموع، نتایج حاکی از آن است که علاوه بر نصوص دینی، تحقیقات تجربی نیز نقش خودباوری و حمایت اجتماعی درک‌شده را در پیش‌بینی و تبیین بهزیستی روانشناختی اثبات می‌نماید. خودباوری اولین معرفت لازم برای بهزیستی است و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانواده موثر است. خودشناسی و خودباوری زمینه عزت نفس را فراهم می‌کند و عامل مهمی در پیشگیری از اقدام به رفتار و اعمال ناشایست می‌گردد.



## منابع و ماخذ

۱. قرآن
۲. نهج البلاغه، ترجمه محمد دشتی.
۳. ایزوتسو، توشی هیکو (۱۹۹۷)، خدا و انسان در قرآن، ترجمه احمد آرام، تهران: شرکت سهامی انتشار.
۴. تمیمی آمدی، عبد الواحد (۱۳۶۰ق)، غرر الحکم و دررالکلم، ترجمه محمدعلی انصاری، شرح جمال‌الدین محمد خوانساری، تهران: دانشگاه تهران.
۵. خرمائی، فرهاد؛ آرزو فرخ تقی آبادی و سید مهدی پورسید (۱۴۰۲)، «اثربخشی آموزش حل مسئله و آموزش صبر بر راهبردهای یادگیری دانش‌آموزان»، راهبردهای شناختی در یادگیری، ۶(۱۰)،
۶. حویزی، عبدعلی بن جمعه (۱۳۸۳ق)، تفسیر نور الثقلین، قم: مطبعة العلمية.
۷. دراهکی، احمد و رضا نوبخت (۱۴۰۰)، «بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار ایرانی: یک آنالیز ثانویه» پیش، ۲۰(۴)، ۴۲۷-۴۳۷.
۸. راشدی، حسن (۱۳۸۰)، نمازشناسی، تهران: ستاد اقامه نماز و احیای زکات.
۹. سیدمحرمی، ایمان و ابوالفضل غفاری (۱۴۰۱)، «تحلیل مفهوم‌شناسی همدلی در قرآن کریم»، آموزه‌های قرآنی، ۱۹(۳۵)،
۱۰. علیزاده، فرشته و ثریا قطبی (۱۴۰۲)، «خودباوری در روایات امام علی (علیه‌السلام)»، مشکوه، ۴۲(۱۵۸)، ۳۳-۶۳.
۱۱. کلینی، محمد بن یعقوب (۱۳۶۹)، أصول الکافی، ترجمه مصطفوی، قم: دارالحدیث.
۱۲. کونینگ، هارولد جورج (۱۳۸۶)، آیا دین برای سلامتی شما سودمند است؟ آثار دین بر بهداشت جسم و روان، ترجمه بتول نجفی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات.
۱۳. کیهان‌نیا، اصغر (۱۳۸۲)، راز موفقیت در بازار کار، تهران: انتشارات مادر.
۱۴. مازندرانی، ابن شهر آشوب (۱۳۷۹ق)، مناقب آل ابی طالب (ع)، قم: علامه.
۱۵. مجلسی، محمد باقر (۱۴۰۳ق)، بحار الانوار، بیروت: دار احیاء التراث العربی.
۱۶. مصباح یزدی، محمدتقی (۱۳۸۲)، خودشناسی برای خودسازی، قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (قدس سره).
۱۷. مطهری، مرتضی، (بی‌تا)، مجموعه آثار، ج ۲ و ج ۷، تهران: انتشارات صدرا.
۱۸. مکارم شیرازی، ناصر و جمعی از نویسندگان (۱۳۸۰)، تفسیر نمونه، تهران: دارالکتب الاسلامیه.
۱۹. نراقی، محمد مهدی (۱۴۲۲ق)، جامع السعادات، بیروت: اعلمی.
۲۰. نوری، حسین بن محمدتقی، (۱۳۶۸)، مستدرک الوسائل و مستنبط المسائل، قم: موسسه آل‌البیت (ع) الاحیاء التراث.

21. Abraham, S. (2012). Relationship between stress and perceived self-efficacy among nurses in India. International Conference on Technology and Business Management.

22. Atesr, B. (2016). Perceived social support and assertiveness as a predictor of candidates psychological counselor's psychological well-being contributes. *International Education Studies*, 9(5)





23. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
24. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
25. Bandura, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied Psychology: An International Review*, 51(2), 269-290.
26. Bar, A., & Jarus, T. (2015). Occupational performance, social support and life satisfaction in single mothers compared with married mothers.. *Journal of Occupational Therapy*., 20, 195-218.
27. Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1129-1148.
28. Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 195-201.
29. Caban, A. R. (2004). Effect of hypnosis on the academic self-efficacy of first generation college studies: An M.A. (Ed.) thesis submitted to the Department of Educational Leadership and Counseling Psychology. Washington State University.
30. Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress and Coping*, 19(1), 47-65.
31. DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, 73(6), 1-24.
32. Herbst, C. (2010). Footloose and Fancy Free? Two Decades of Single Mothers. Subjective Well-Being. Working Paper.
33. Jackson, E. S., Tucker, C. M., & Herman, K. C. (2007). Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting life style. *Journal of American College Health*, 56(1), 69-74.
34. Karabiyik, B., & Korumaz, M. (2014). Relationship between teacher's self-efficacy perceptions and job satisfaction level. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 116, 826-830.
35. Karademas, E. C. (2006). Self-efficacy, social support and well-being the mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281-1290.
36. Khosravi, Z. (2008). The study emotional, psycho-social problems in Head House Holder Women.



37. Langer, E. (2002). Well-being (mind-fullness versus positive evolution). *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 280-287.
38. Leahy-Warren, P.; McCarthy, G.; Corcoran, P. (2012). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical. Nurs*, 21, 388-397.
39. Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical perspective on well-being and psychosocial research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509.
40. MirSamii, M., and Ebrahimi ghavam, S. (2009). The relationship between self-efficacy, social support and test anxiety and mental health of male and female students of Allameh Tabatabai University. *Quarterly of Psychology and ducation, Allameh Tabatabai University*, 7, 56-73. [Persian]
41. Momoh, S. O., Imhond, H. O., & Omagbe, E. (2008). The role of gender, self-efficacy, age and extrroversion on Smoking behavior among Ambrose Alli University students , Ekpoma, Nigeria. *Journal of International Womens Studi-Es*, 10- 320-331.
42. Nabavi, S., Sohrabi, F., Afrooz, GH., Delavar, A., Hosseinian, S. (2017). Relationship between self-efficacy and mental health among teachers: the role of perceived social support. *Research in psychological Health*, 11 (2), 50-69.
43. Park, J., Tolea, M., Arcay, V., Lopes, Y., & Galvin, J. (2019). Self-efficacy and social support for psychological well-being of family caregivers of care recipients with dementia with lewy bodies, parkinsons disease dementia, or alzheimers disease. *Social work in mental health*, 17, 3, 248, 261.
44. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
45. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
46. Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
47. Ryff, C.D. & Keyes, C.L.M (1995). The Structure of Psychological Well-being Revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 719-727.
48. Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D., (1998). Positive health: Connecting Well- being With Biology, *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359: 1383-1394.
49. Sarriera, J. C., Bedin, L., Abs, D., Calza, T., & Casas, F (2015). Relationship between social support, life satisfaction and subjective well-being in Brazilian adolescents. *Social Indicators Research*,



196 (3), 545-561.

50. Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.
51. Sherbourne, C. D., Hays, R. D., & Wells, K. B. (1995). Personal and psychosocial risk factors for physical and mental health outcomes and course of depression among depressed patients. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 63(3), 345-355.
52. Shoshani, A., Steinmetz, S., and Kanat-Maymon, Y. (2016). Effects of the positive psychology school program on early adolescents' well-being, engagement, and achievement. *Journal School Psychology*. 57, 73-92.
53. Singh, B., & Udainiya, R. (2009). Self-efficacy and well-being of adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 2, 227-232.
54. Snyder CR., (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.
55. Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53-79.
56. Townsend, E.A.; Polatajko, H. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and Justice through occupation*, 2nd ed.; CAOT Publications ACE: Ottawa, ON, Canada.
57. 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(1), 30-41.