

ارزیابی مدل کیفیت زندگی بر اساس مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی در زنان سرپرست خانوار¹

تاریخ دریافت مقاله: 1403/5/30 تاریخ پذیرش نهایی: 1403/9/18

ابراهیم نامنی²، ملیحه صالحی گرمجان³

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تحولات زیستی و اجتماعی انسان، افزایش آمار طلاق، افزایش مصرف مواد و عوامل دیگر، روند صعودی سرپرستی زنان را گسترش داده است؛ در نتیجه مطالعه مؤلفه‌هایی همچون کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی در بین زنان سرپرست خانوار حائز اهمیت است. همچنین، با توجه به آنکه مؤلفه‌هایی همچون حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی به عنوان یک عامل محافظت‌کننده و حمایتی عمل می‌کند، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و باورهای مذهبی در رابطه مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف جزء تحقیقات بنیادی و از منظر روش‌شناسی، توصیفی و از نوع همبستگی بود که با استفاده از معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد مشهد در پاییز و زمستان 1402 بود. از جامعه مذکور 200 زن سرپرست خانوار به روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های سرمایه روان‌شناختی لوتانز (2007)، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (1996)، باورهای مذهبی جورج (1998) و حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (1988) بود. در سطح استنباطی از روش همبستگی پیرسون و همچنین تحلیل مسیر با نرم افزار آموس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که اثر مستقیم سرمایه روان‌شناختی ($\beta=0/18$) بر کیفیت زندگی معنادار نیست ($p\text{-value}>0/05$)؛ همچنین اثر مستقیم سرمایه روان‌شناختی ($\beta=0/23$) بر باورهای مذهبی و باورهای مذهبی ($\beta=0/08$) بر کیفیت زندگی نیز معنادار نیست ($p\text{-value}>0/05$). اثر مستقیم سرمایه روان‌شناختی ($\beta=0/94$) بر حمایت اجتماعی و نیز اثر مستقیم حمایت اجتماعی ($\beta=0/81$) بر کیفیت زندگی معنادار است ($p\text{-value}<0/01$). یافته‌ها نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش میانجی در رابطه بین سرمایه روان‌شناختی ($\beta=0/76$) با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار دارد ($p\text{-value}<0/01$)؛ ولیکن، باورهای مذهبی نقش میانجی در رابطه بین سرمایه روان‌شناختی ($\beta=0/018$) با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار ندارد ($p\text{-value}>0/05$).

نتیجه‌گیری: با استفاده از نتایج حاصل می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که گروه‌های حمایتی و انجمن‌هایی برای حمایت از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد می‌تواند منجر به ارتقاء مؤلفه‌های امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی شده و در نهایت کیفیت زندگی زنان را ارتقاء دهد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی ادراک شده، باورهای مذهبی، زنان سرپرست خانوار.

1. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد ملیحه صالحی گرمجان به راهنمایی دکتر ابراهیم نامنی است.

2. دانشیار مشاوره، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران.

*نویسنده مسئول: a.namami@hsu.ac.ir

3. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مؤسسه آموزش عالی بیهق، سبزوار، ایران.



The Influence of Psychological Capital on Quality of Life in Women Heads of Households: The Mediating Roles of Perceived Social Support and Religious Beliefs

Received: 2024/08/20

Accepted: 2024/12/08

Ebrahim Nameni^{1*}, Malihe Salehi Garmjan²

Original Article

Abstract

Introduction: The increasing prevalence of female-headed households, influenced by factors such as changing social structures, rising divorce rates, and substance use, underscores the importance of understanding factors that contribute to their well-being. This study examined the mediating roles of perceived social support and religious beliefs in the relationship between psychological capital and quality of life in women heads of households.

Methods: This correlational study employed structural equation modeling to analyze data collected from women heads of households supported by the Mashhad Relief Committee during the fall and winter of 2023. Participants completed the Psychological Capital Questionnaire (Luthans, 2007), the World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL, 1996), the Religious Beliefs Scale (Jorje, 1998), and the Perceived Social Support Scale (Zimmet, Dalm, Zimmet, & Farley, 1988). Data were analyzed using Pearson correlation and path analysis with SPSS 22 and AMOS 22.

Results: While the direct effect of psychological capital on quality of life was not statistically significant ($\beta = 0.18, p > .05$), the direct effect of psychological capital on perceived social support was significant ($\beta = 0.94, p < .01$), as was the direct effect of perceived social support on quality of life ($\beta = 0.81, p < .01$). Perceived social support significantly mediated the relationship between psychological capital and quality of life ($\beta = 0.76, p < .01$). However, neither the direct effect of psychological capital on religious beliefs ($\beta = 0.23, p > .05$) nor the direct effect of religious beliefs on quality of life ($\beta = 0.08, p > .05$) was significant. Consequently, religious beliefs did not mediate the relationship between psychological capital and quality of life ($\beta = 0.018, p > .05$).

Conclusion: These findings suggest that interventions aimed at strengthening psychological capital in women heads of households may improve their quality of life by enhancing their perceived social support. Support groups and organizations serving these women could focus on fostering hope, optimism, resilience, and self-efficacy to bolster perceived social support and, ultimately, improve quality of life. Future research could explore additional factors influencing the quality of life of women heads of households.

Keywords: Quality of Life, Psychological Capital, Perceived Social Support, Religious Beliefs, Women Heads of Households.

1 Associate Professor of Counseling, Department of Educational Sciences, Faculty of Literature and Humanities, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran

*Corresponding author: a.namami@hsu.ac.ir

2 Master of Family Counseling, Beihaq Institute of Higher Education, Sabzevar, Iran

مقدمه

تحولات زیستی و اجتماعی انسان، افزایش آمار طلاق، افزایش مصرف مواد و عوامل دیگر، روند صعودی سرپرستی زنان را گسترش داده است. زنان سرپرست خانوار از آسیب پذیرترین اقشار جامعه هستند و زندگی شخصی آنها به دلیل نبود یا ضعف نظارت مردانه با چالش‌هایی مواجه است (احمدی، امیرمظاهری و صفاری نیا، 2022). بنابراین، سرپرست خانواده شدن برای زنان یک چالش اساسی محسوب می‌گردد که منجر به آشفتگی عاطفی آنان می‌شود؛ چراکه مدیریت شرایط پرتنش در زنان سرپرست خانوار که شامل واهمه از هزینه‌های اقتصادی و از دست دادن معنای زندگی و نیز تغییرات اساسی رفتاری و اجتماعی می‌باشد، آنان را از لحاظ عاطفی دچار ناآرامی می‌کند (هونگ، شین و جونگ¹، 2020؛ پروونتی، کاستینو، مریسیو و برتا²، 2020). مرور مطالعات نشان می‌دهد، زنان با سرپرست شدن، به دلیل گوناگونی و ناهمخوانی نقش‌ها با یکدیگر، سلامت روانی خود را از دست می‌دهند و در نهایت احساس اضطراب و افسردگی می‌کنند (کوان و کیم³، 2020) و در نتیجه کیفیت زندگی اشان تنزل می‌یابد. کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار را می‌توان به سه سطح فردی، خانواده و گروه اجتماعی تقسیم کرد. شاخص‌های کیفیت زندگی فردی در دو شاخص ذهنی و عینی طبقه بندی شدند. شاخص‌های عینی بر اساس فراوانی یا کمیت جسمانی مانند درآمد و شاخص‌های ذهنی بر اساس پاسخ‌های روان‌شناختی مانند رضایت شغلی و شادکامی محاسبه می‌شوند. شاخص‌های ذهنی بینش تا رضایت شخصی است (زاگری، 2020). کیفیت زندگی فراتر از سلامت و شامل دو بخش توانایی اجرای فعالیت‌های روزمره که همان سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و رضایت از سطوح عملکرد در زندگی است (کوئنز⁴ و همکاران، 2020).

عوامل متعددی در کاهش یا افزایش میزان کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌توانند دخیل باشند و آن را دچار نوسان کنند که یکی از این عوامل سرمایه روان‌شناختی است؛ آنچنانکه شیونگ، های، وانگ، لی و جیانگ⁵ (2020)، بخشعی پور و میاندهی رودسری (1401)، صابرفرزاد، رشادت جو و قورچیان، نادرقلی (1401)، قربانی، جهانی زاده، میربد و امیدی (1399)، در تحقیقات خود عنوان نمودند بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه معناداری دارد. همچنین، کینر، هال، وانگ، هاسلی و پیامجاریاکول⁶ (2021) و سنتیسی، لودی، ماگانو، زاربو و زامیتی⁷ (2020) نیز بین مؤلفه تاب آوری سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه مشاهده نمودند. سازه سرمایه روان‌شناختی به عنوان ادراک شخص از خود و داشتن هدف جهت رسیدن به موفقیت و پایداری در مقابل مشکلات یاد می‌شود (لوتانز، لوتانز و آوی⁸، 2014). سرمایه روان‌شناختی، یک منبع شناختی مثبت است و شامل چهار بعد امیدواری، خوش بینی، تاب آوری و خودکارآمدی است که مثبت بینی روان‌شناسی را پیش‌بینی می‌کند (سابوت و هیکس⁹، 2020). اولین مؤلفه سرمایه روان‌شناختی، خوش بینی است و به معنای توانایی بهتر نگرستن به دنیا و وقایعی که در آن اتفاق می‌افتد و توانایی برخورد درست با واقعیات زندگی است (احمد و گبیر¹⁰، 2019). به عبارت دیگر خوش بینی، انجام اقدامات مثبت و یافتن پاسخ مناسب در موقعیت‌های چالش برانگیز و سخت می‌باشد (کویتانوویچ و هابدی¹¹، 2018). خودکارآمدی یکی از سازه‌هایی است که بیانگر قضاوت‌های شخصی در مورد شایستگی خود در قبال یک کار است (چن، لین، لین و لو¹²، 2023). به عبارتی دیگر، خودکارآمدی بیانگر باورها و افکار مثبت در مورد توانایی‌های شخصی فرد برای دست

1. Hong, Shin & Jung

2. Pruneti, Cosentino, Merisio & Berretta

3. Kwon & Kim

4. Coens

5. Xiong, Hai, Wang, Li & Jiang

6. Keener, Hall, Wang, Hulsey & Piamjariyakul

7. Santisi, Lodi, Magnano, Zarbo & Zammitti

8. Luthans, Luthans & Avey

9. Sabot & Hicks

10. Ahmad & Gaber

11. Cvitanovic & Hobday

12. Chen, Lin, Lin & Lo

یابی به موفقیت در وظایف چالش برانگیز است (لیائو و لیو¹، 2016). امید، نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می‌کند (وسترهوف، ویتبورن و فریمن²، 2012) و عبارت است از احساس اختیار که افراد بتوانند به اهداف خود برسند و مسیرهای جایگزین را برای دستیابی به اهداف تعیین شده، تعیین کنند (هرمس، کراسیکوا و لوتانز³، 2018). سازه تاب‌آوری، توانایی روان‌شناختی مثبتی است که به افراد اجازه می‌دهد با ناملایمات، خطر یا شکست مواجه شوند یا به طور مثبت از پس آن برآیند (لوتانز و همکاران، 2014).

با توجه به رابطه بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، در این پژوهش محقق به دنبال عاملی است که بتواند روابط بین عوامل مذکور را میانجی‌گری کند؛ با توجه به اینکه حمایت اجتماعی اعتماد به نفس افراد را نسبت به در دسترس بودن حمایت کافی مورد نیاز ارتقاء می‌دهد (ایگل، هیلز و پروسشولد-بل⁴، 2019) و منبع مهمی برای ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار (شادابی، سایه، قربانی، بهرامی باباحیدری و محمودی، 2021) به حساب می‌آید، از این مؤلفه به عنوان میانجی استفاده گردید. نتایج مطالعات ژاو، نینگ، وانگ، وانگ، هان و لی⁵ (2022)، کالو، شیرزادی، پوررضوی، بابازاده و رنجبران⁶ (2022)، کاهوئاس⁷ و همکاران (2023) و قربان پور لقمجانی، یاقوتی و رضائی (1398) نشان داد رابطه مثبت و معنادار بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی وجود دارد. مطالعات حیوانی و کرمی (1401)، سیهاق⁸ (2021)، تانگ، وانگ، ژاو، وانگ، ژانگ و لو⁹ (2023)، ما، ژاو، هوآنگ، ژانگ، تان و لو¹⁰ (2023)، رن¹¹ و همکاران (2024) نشان داد که حمایت سازمانی ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی رابطه تنگاتنگی با هم دارند. علاوه بر این، میر غضنفری و خوش اخلاق (1400)، شکر پورشفیعی، خلعتبری و قربان شیروودی (1400)، قربانی، جهانی زاده، میرید و امید (1399)، پروندی و عارفی (1398)، کائو¹² و همکاران (2022)، آلسوبای، استاین، وبستر و وادمن¹³ (2019)، به نقش میانجی حمایت اجتماعی در ارتباط با مؤلفه‌های مذکور در تحقیقات خود دست یافتند. حمایت اجتماعی یک عامل محافظت کننده و حمایتی است که یقیناً برای فاکتورهای سلامتی حائز اهمیت است (اوه¹⁴ و همکاران، 2020)؛ آنچنانکه گرسون¹⁵ (2018) عنوان نمود اهمیت ارتباطات اجتماعی برای سلامت انسان همواره شایان توجه بوده است. حمایت اجتماعی به تحقق نیازهای اجتماعی افراد کمک می‌کند، عزت نفس را پرورش می‌دهد و حمایت معنوی را برای فرد فراهم می‌کند (جمیل، پاناتیک، نابیل، سارور، یاسین و جوکرست¹⁶، 2020). حمایت اجتماعی به عنوان مفروضات و ادراکات خاص فرد در زمینه میزان احساس علاقه، احترام و تحسین دیگران نسبت به خودش و احساس تعلق وی به یک حلقه ارتباطی و پاسخگوی جمعی اشاره دارد (برگلوند، لیتسی و وسترلینگ¹⁷، 2019).

علاوه بر مؤلفه حمایت اجتماعی، به نظر می‌رسد باورهای مذهبی نیز در رابطه سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نقش میانجی ایفا نماید. از آنجایی که باورهای مذهبی قوی به فرد کمک می‌کنند که سلامت و بهزیستی فرد

1. Liao & Liu
2. Westerhof., Whitbourne, & Freeman
3. Harms, Krasikova & Luthans
4. Eagle, Hybels & Proeschold-Bell
5. Zhou, Ning, Wang, Wang, Han & Li
6. Chollou, Shirzadi, Pourrazavi, Babazadeh & Ranjbaran
7. Cahuas
8. Sihag
9. Tang, Wang, Zhou, Wang, Zhang & Lu
10. Ma, Zhu, Huang, Zhang, Tan & Luo
11. Ren
12. Cao
13. Alsubaie, Stain, Webster & Wadman
14. Oh
15. Gerson
16. Jameel, Panatik, Nabeel, Sarwar, Yaseen & Jokerst
17. Berglund, Lytsy, & Westerling

در سطح مطلوبی حفظ گردد (فرزانه جاجرمی، ستوده اصل، کهساری و جهان، 1400) و فرد احساسات مثبت تری را تجربه کند و هرچه فرد احساسات مثبت تری را تجربه نماید از زندگی رضایت بیشتری خواهد داشت (حیدری، عارفی و امیری، 2020) و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کند (باده شموشکی، میر بهبهانی، آریا خواه، لطیفی زاده و جهانشاهی، 1399)، از این مؤلفه به عنوان میانجی استفاده گردید. در همین راستا، اومارا و هاربی¹ (2023)، لین، چن، کائو و چن² (2024) و آلوی، حسین، افضل و رحمان³ (2023) عنوان نمودند که کیفیت زندگی در افراد مذهبی در سطح بالایی قرار دارد و بین باورهای مذهبی و سرمایه روان‌شناختی رابطه معناداری وجود دارد (نارسا و ویجایانتی⁴، 2021 و وو و لی⁵، 2020). در تأیید این یافته می‌توان گفت، معناداری در زندگی که به واسطه باورهای مذهبی به دست می‌آید، زمینه دست یابی به بهزیستی روان که از فاکتورهای کیفیت زندگی است (پرز و رودی⁶، 2022) را فراهم می‌آورد. در خصوص تعریف باورهای مذهبی می‌توان گفت، باورهای مذهبی به معنای خاص، همیشه باورهای مشترک جماعت معینی هستند که از گرایش خویش به آن باورها و عمل کردن به مناسک همراه با آنها، به خود می‌بالند (دورکیم⁷، 1912؛ ترجمه پرهام، 1400).

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر باید گفت، زنان سرپرست خانوار به دلیل مسائلی مانند طلاق، بار مسئولیت‌ها و نقش‌های مختلف متعدد، با کمبود عناصر سرمایه اجتماعی و شبکه اجتماعی محدود مواجه هستند. در نتیجه این قشر آسیب پذیر با موانع و مشکلات متعدد دیگری مواجه می‌شوند؛ مثلاً برای رفع نیازهای خود مرتکب جنایات و اعمال غیرقانونی می‌شوند و در تربیت کودکان انحراف و اختلال ایجاد می‌کنند. چنین اقداماتی می‌تواند باعث افزایش تعداد خانواده‌های ناپایدار، ایجاد اختلالات روانی در اعضای خانواده، منجر به فقر مادی و فرهنگی در جامعه و در نهایت کاهش کیفیت زندگی زنان شود (لوئیس، دی جیاکومو، لوکت، دیویدسون و کورو⁸، 2013). با توجه به آن که زنان سرپرست خانوار با مشکلات بسیاری مواجه اند و کیفیت زندگی آنان به علت پذیرش نقش‌های متعدد اقتصادی و اجتماعی و کاهش توجه به سلامت خود در وضعیت نامطلوبی قرار دارد (امراهه مجدآبادی، نیک پیم، حضرتی گنبد، نوری و نوعی، 1398)، مطالعه کیفیت زندگی این زنان و عوامل مؤثر بر آن از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به این مطالب محقق بر آن تا تأثیر هر یک از مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده را بررسی نموده و به این سؤال پاسخ دهد که آیا باورهای مذهبی و حمایت اجتماعی می‌تواند در رابطه بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نقش میانجی ایفا نماید؟

روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف در زمره ی پژوهش‌های بنیادی محسوب می‌شود و به لحاظ روش توصیفی و از نوع همبستگی و بر اساس مدل معادلات ساختاری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد مشهد در پاییز و زمستان 1402 بودند. به دلیل نامشخص بودن حجم جامعه از فرمول پیشنهادی ناباتیک و فیدل⁹ (2007) استفاده شد که بر اساس آن برای برآورد حجم نمونه نیازی به داشتن حجم جامعه نیست و تنها دانستن تعداد متغیر مستقل کفایت می‌کند. بر اساس این فرمول در مطالعات همبستگی از طریق فرمول $N > 50 + 8M$ حجم نمونه محاسبه می‌شود

1. Omara & Harby
2. Lin, Chen, Lin, Cao & Chen
3. Alvi, Hussain, Afzal & Rahman
4. Narsa & Wijayanti
5. Wu & Lee
6. Pérez & Rohde
7. Durkheim
8. Lewis, DiGiacomo, Luckett, Davidson & Currow
9. Tabachnick & Fidell

که N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای مستقل است. در این پژوهش تعداد متغیرهای مستقل 9 عدد و بنابراین تعداد نمونه حداقل 122 نفر محاسبه می‌شود که حجم نمونه جمع‌آوری شده 200 نفر است. لازم به ذکر است، ابتدا نمونه 217 نفری برای پژوهش حاضر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و از این تعداد تنها 200 نفر به طور کامل به پرسش‌نامه پاسخ دادند. ملاکهای ورود این زنان، داشتن حداقل سطح سواد دیپلم، گذشتن حداقل یک سال از سرپرستی آنان و عدم شرکت در کارگاه‌های گروه درمانی، مهم‌ترین معیار خروج شامل کنار گذاشتن افرادی بود که پرسش‌نامه مربوط به خود را بصورت کامل تکمیل نکرده بودند (حتی به یک سوال هم پاسخ نداده بودند) و یا پاسخ مشابه به تمام سوالات داده بودند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که پاسخ‌های آنها به صورت محرمانه و تنها جهت استفاده در این پژوهش ثبت خواهد شد و پر کردن پرسش‌نامه کاملاً به اختیار شرکت‌کنندگان است. داده‌های به دست آمده از نمرات این تحقیق توسط نرم‌افزار آماری Amos22 و SPSS22 در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل می‌گردد. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی همچون میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی از روش همبستگی پیرسون و همچنین تحلیل مسیر با نرم‌افزار آموس استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی¹: پرسش‌نامه کیفیت زندگی یک پرسش‌نامه 26 سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال 1996 توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم 100 سوالی این پرسش‌نامه ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای 4 زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. زیرمقیاس سلامت جسمی: جمع نمرات سوالات 3- 4- 10- 15- 16- 17- 18 در پرسش‌نامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین 7 تا 35 خواهد بود و تفاضل این دو 28 است. زیرمقیاس سلامت روان: جمع نمرات سوالات 5- 6- 7- 11- 19- 26 در پرسش‌نامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین 6 تا 30 خواهد بود و تفاضل این دو 24 است. زیرمقیاس روابط اجتماعی: جمع نمرات سوالات 20- 21- 22 در پرسش‌نامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین 3 تا 15 خواهد بود و تفاضل این دو 12 است. زیرمقیاس سلامت محیط: جمع نمرات سوالات 8- 9- 12- 13- 14- 23- 24- 25 در پرسش‌نامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین 8 تا 40 خواهد بود و تفاضل این دو 32 است. کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی: جمع نمرات سوالات 1 و 2 در پرسش‌نامه. دامنه نمرات این زیرمقیاس بین 2 تا 10 خواهد بود و تفاضل این دو 8 است. لازم به ذکر است ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین 0 تا 100 تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. توجه: سوالات 3 و 4 و 26 به صورت وارونه نمره گذاری می‌شوند. نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (1385) برای بررسی روایی و پایایی این پرسش‌نامه، پژوهشی بر روی 1167 نفر از مردم تهران انجام دادند. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. روایی پرسش‌نامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری پرسش‌نامه از ماتریس همبستگی سوالات با حیطه‌ها استفاده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای 0/70 به دست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ 0/55 بود که می‌تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. از طرفی در 83 درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنادار داشتند. نتایج به دست آمده حاکی از

1. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار می‌باشد. نتایج مطالعه المرابی¹ و همکاران (2023) در خصوص روایی و پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی نشان داد که پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای همه حوزه‌ها (سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی) به ترتیب 0/83، 0/72، 0/67 و 0/76 بود. به جز حوزه روابط اجتماعی، ضرایب سه حیطه بالاتر از مقدار قابل قبول 0/70 بود که همسانی درونی خوب این ابزار را تایید کرد. روایی سازه پرسش‌نامه مذکور با استفاده از تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی، چهار عامل را با مقادیر ویژه بیش از یک نشان داد که 52 درصد واریانس تجمعی را در 24 گویه توضیح می‌دهد. روایی همگرایی این آزمون نیز با محاسبه همبستگی بین حوزه‌های کیفیت زندگی (0/39 تا 0/62) مورد تأیید قرار گرفت.

ب) پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده²: این پرسش‌نامه توسط زیمت، دهلم، زیمت و فارلی³ (1988) ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل 12 عبارت و 3 زیر مقیاس شامل حمایت خانواده (عبارت‌های 3، 4، 8، 11)؛ حمایت دوستان (عبارت‌های 6، 7، 9، 12) و حمایت افراد مهم (عبارت‌های 1، 2، 5، 10) را می‌سنجد. پاسخ دهی بر اساس طیف 7 درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=1 و کاملاً موافقم=7) نمره گذاری می‌شود. حداکثر نمره برای هر زیر مقیاس 28 و حداقل 4 می‌باشد. حداقل نمره کل 12 و حداکثر آن 84 خواهد بود. کسب نمره بالا نشانگر ادراک بالای فرد از حمایت‌های اجتماعی است. نمره 12 تا 36 نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده پایین، 37 تا 60 نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده متوسط و 61 تا 84 نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بالا است. در پژوهش زیمت و همکاران (1988) تحلیل عاملی تأییدی، وجود سه خرده مقیاس را تأیید نمود و آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه 0/88 و برای خرده مقیاس‌های دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب 0/91، 0/87 و 0/85 به دست آمد. روایی سازه‌ی این ابزار نیز در پژوهش زیمت و همکاران (1988) از طریق همبسته نمودن نمره‌های این ابزار با آزمون‌های افسردگی و اضطراب مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش بیرامی، موحدی و موحدی (1393) روایی همگرایی این پرسش‌نامه از طریق همبستگی آن با پرسش‌نامه رضایت از زندگی به دست آمد که نشانگر روایی همگرا و واگرایی این مقیاس بود. علاوه بر این همسانی درونی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای هر خرده مقیاس خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب، 0/90، 0/92 و 0/87 محاسبه گردید.

ج) پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی⁴ (PCQ): برای سنجش سرمایه روانی از پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی استفاده شد که توسط لوتانز در سال 2007 ساخته شده است. این پرسش‌نامه از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجد مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس‌ها نیز اثبات شده است. این پرسش‌نامه شامل 24 سوال است و آزمودنی به هر گونه در مقیاس 6 درجه‌ای (کاملاً مخالفم=1 تا کاملاً موافقم=6) لیکرت پاسخ می‌دهد. امید شامل مؤلفه‌های 1 الی 6، تاب‌آوری شامل عبارت‌های 7 الی 12، خودکارآمدی شامل عبارت‌های 13 الی 18 و خوشبینی شامل عبارت‌های 19 الی 24 است. در مجموع هر یک از این زیر مقیاس‌ها با 6 عبارت سنجیده می‌شوند. حداقل نمره برای کل پرسش‌نامه 24 و برای هر مؤلفه 6 و حداکثر نمره در این آزمون 134 و حداکثر نمره برای هر مؤلفه 36 می‌باشد. این پرسش‌نامه نمره گذاری معکوس ندارد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی در پژوهش لوتانز⁵ و همکاران (2007) حاکی از این بود که این آزمون دارای عوامل و سازه‌های مورد نظر سازندگان آزمون است. در حقیقت نتایج تحلیل عاملی روایی سازه آزمون را تایید کردند. مدل شش عاملی برازش بهتری با داده‌ها داشته و با مدل نظری هم هماهنگی بیشتری دارد. نسبت خی دو این آزمون برابر با 24/6 است و آماره‌های RMSEA، CFI، در این مدل به ترتیب 0/97 و 0/08 هستند (لوتانز و

1. Almarabeh

2. Scale of Perceived Social Support (SPSS)

3. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

4. Psychological Capital Questionnaire

5. Luthans

همکاران، 2007). در پژوهش قربانی زاده، علیزاده، خانی پردنجانی و محمدی مهمویی (1394) این یافته به دست آمد که پایایی مرکب برای همه سازه‌ها بین 0/81 تا 0/90 و میانگین واریانس استخراج شده بین 0/54 تا 0/82 قرار گرفته است که پایایی همگرایی بالایی را نشان می‌دهد. علاوه بر این، تمام گویه‌ها دارای بارعاملی بین 0/529 تا 0/999 هستند که همبستگی بالایی را نشان می‌دهد و روایی پرسش‌نامه را تأیید می‌نماید.

د) پرسش‌نامه باورهای مذهبی¹: این پرسش‌نامه طبق ادعای جورج² (1998)، بدون هیچگونه جهت‌گیری فرقه‌ای و براساس هیچ آئین و مذهبی ساخته شده و صرفاً محتوای آن بیان رابطه با خداوند است و هیچگونه تغییر محتوایی براساس مذهب جامعه ایرانی در آن صورت نگرفته است. این پرسش‌نامه شامل 33 سوال و قسمت دوم شامل 15 سوال است که جواب هر سوال به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم=0 تا کاملاً موافقم=4 می‌باشد. پرسش‌نامه باورهای مذهبی، میزان اعتقاد و نزدیکی آزمودنی‌ها را نسبت به خدا می‌سنجد. جرج روایی محتوایی این پرسش‌نامه را قابل قبول توصیف کرده است. همچنین وی برای ارزیابی آزمون خود، ضریب همبستگی بین این ابزار و دیگر ابزارهای موجود در این زمینه را از جمله مقیاس ارزش‌های آلپورت، ورنون و ایندزی³ (1970) محاسبه کرده است که بین این مقیاس و مقیاس‌های نامبرده همبستگی 0/88 وجود دارد که بیانگر روایی بالای مقیاس می‌باشد. همچنین به منظور سنجش پایایی این آزمون، پایایی آزمون را با ضریب پایایی تصنیف با تصحیح به روش اسپیرمن- براون 0/97 گزارش کرده اند. فکور، صفوی، رستمی، فقیه زاده، آیت الهی و سرابی (1396) روایی صوری و محتوایی آن را با استفاده از نظر استادان حوزه معارف دینی و روان‌شناسی تأیید کردند و پایایی این آزمون با روش بازآزمایی 0/88 گزارش گردید.

روش اجرا

برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا مجوزهای لازم از حراست و ریاست، موسسه آموزش عالی غیردولتی- غیرانتفاعی بی‌هق دریافت شد. سپس، پژوهشگران مقاله حاضر، پس از معرفی خود و اهداف، توزیع پرسش‌نامه‌ها در کمیته امداد امام خمینی در شهر مشهد را آغاز نمودند. شایان ذکر است زنان سرپرست خانواری که در فاصله زمانی مهرماه تا اسفندماه سال 1402 به کمیته امداد امام خمینی شهر مشهد مراجعه نمودند به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند و از جهت دسترسی به نمونه‌ها مشکلی نبود. مدت زمان کلی جمع‌آوری داده‌ها با صرف روزانه حدوداً 4 ساعت، حدوداً 2 ماه به طول انجامید.

یافته‌ها

در این قسمت نمونه مورد بررسی برحسب ویژگی‌ها و پرسش‌های جمعیت شناختی (سن، مدت زمان اشتغال) توصیف شده اند. یافته‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که 3 درصد از زنان کمتر از 30 سال، 46 درصد 30 تا 40 سال، 43/5 درصد 41 تا 50 سال و 7/5 درصد 50 سال به بالا سن داشتند. از لحاظ مدت زمان اشتغال باید گفت، 27 درصد از زنان کمتر از 1 سال، 43 درصد از زنان 1 تا 3 سال و 30 درصد از زنان بیشتر از 3 سال مشغول به کار بودند. بنابراین می‌توان گفت، اکثریت زنان سرپرست خانوار بین 30 تا 40 سال و 40 تا 50 سال می‌باشند و اکثریت 1 تا 3 سال از اشتغال آنان گذشته بود.

پس از یافته‌های جمعیت شناختی، یافته‌های توصیفی مؤلفه‌های تحقیق (میانگین و انحراف معیار) مورد بررسی قرار می‌گیرد که نتایج آن در جدول 1 ارائه شده است:

1. Questionnaire of Religious Beliefs (ORB)

2. Jorje

3. Allport, Vernon & Lindzey

جدول 1. یافته‌های توصیفی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، باورهای مذهبی، کیفیت زندگی، سرمایه روان‌شناختی						
مؤلفه	ابعاد متغیر	تعداد	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی	حمایت خانواده	200	0/07	-0/82	15/52	2/47
	حمایت دوستان	200	-0/09	-0/30	14/76	2/64
	حمایت دیگران	200	-0/10	-0/11	14/88	2/18
باورهای مذهبی	نمره کل حمایت اجتماعی	200	0/06	-0/18	45/16	6/59
	میزان اعتقاد به خدا	200	-1/09	0/21	117/05	26/74
	نزدیکی به خدا	200	-0/44	-0/23	59/14	8/20
	نمره کل باورهای مذهبی	200	-0/96	-0/03	176/19	30/43
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	200	-0/04	-0/35	62/17	15/79
	سلامت روان‌شناختی	200	-0/25	-0/21	62/83	11/59
	سلامت محیط	200	-0/24	-1/11	67	15/07
	روابط اجتماعی	200	-0/05	-1/07	54/45	16/32
سرمایه روان‌شناختی	نمره کلی کیفیت زندگی	200	0/34	-0/27	66/43	14/26
	خودکارآمدی	200	0/08	-0/39	21/93	3/41
	امیدواری	200	0/06	-0/34	20/81	3/94
	تاب آوری	200	-0/35	-0/28	21/82	3/39
	خوش بینی	200	0/27	-0/52	22/79	2/78
	نمره کل سرمایه روان‌شناختی	200	-0/06	-0/45	87/37	11/29

با توجه به یافته‌های جدول شماره 1 می‌توان گفت، بالاترین میانگین متعلق به نمره کل باورهای مذهبی و پایین‌ترین میانگین متعلق به خرده مقیاس حمایت اجتماعی (حمایت دوستان) می‌باشد. در خصوص مؤلفه کیفیت زندگی این نکته حائز اهمیت است که پس از به دست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس آن را به یک نمره استاندارد از 0 تا 100 تبدیل نموده و طبق فرمول‌های مندرج در پرسش‌نامه محاسبه گردید.

پیش از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های آزمون معادلات ساختاری بررسی شد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج آن در تمامی متغیرها بین $2/58$ تا $2/58$ می‌باشد که نشان از نرمال بودن داده‌ها می‌باشد. برای بررسی مفروضه ی عدم هم خطی از آماره‌های عامل تورم واریانس و شاخص تحمل استفاده شد که باتوجه به اینکه هیچ یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از $0/40$ و هیچ یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس بیشتر از 10 نمی باشد، بر این اساس می‌توان نسبت به مفروضه عدم هم خطی نیز اطمینان حاصل کرد. فرض استقلال خطاها با آماره دوربین واتسون برای محاسبه معادلات رگرسیونی مدل پژوهش بررسی شد که مقدار به دست آمده بیانگر برقراری این مفروضه است. مفروضه هم خطی بین متغیرها با استفاده از همبستگی پیرسون بررسی شد که در جدول زیر قابل مشاهده است:

با توجه با این نکته که ماتریس همبستگی مبنای تجزیه و تحلیل مدل‌های علی، خصوصاً مدل یابی معادلات ساختاری است، لذا قبل از پرداختن به آزمون الگوی نظری، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش همراه با ضرایب همبستگی آنها در جدول (2) ارائه شده است تا رابطه بین متغیرها مورد بررسی قرار گیرد.

نتایج جدول 2 نشان می‌دهد که بین حمایت اجتماعی ($0/42$) و سرمایه روان‌شناختی ($0/57$) با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین بین سرمایه روان‌شناختی ($0/85$) با حمایت اجتماعی ($0/85$) و نیز بین سرمایه روان‌شناختی ($0/16$) با باورهای مذهبی رابطه معناداری یافت شد ($P < 0/05$). ولیکن بین باورهای مذهبی با کیفیت زندگی و نیز حمایت اجتماعی با باورهای مذهبی رابطه معناداری وجود ندارد.

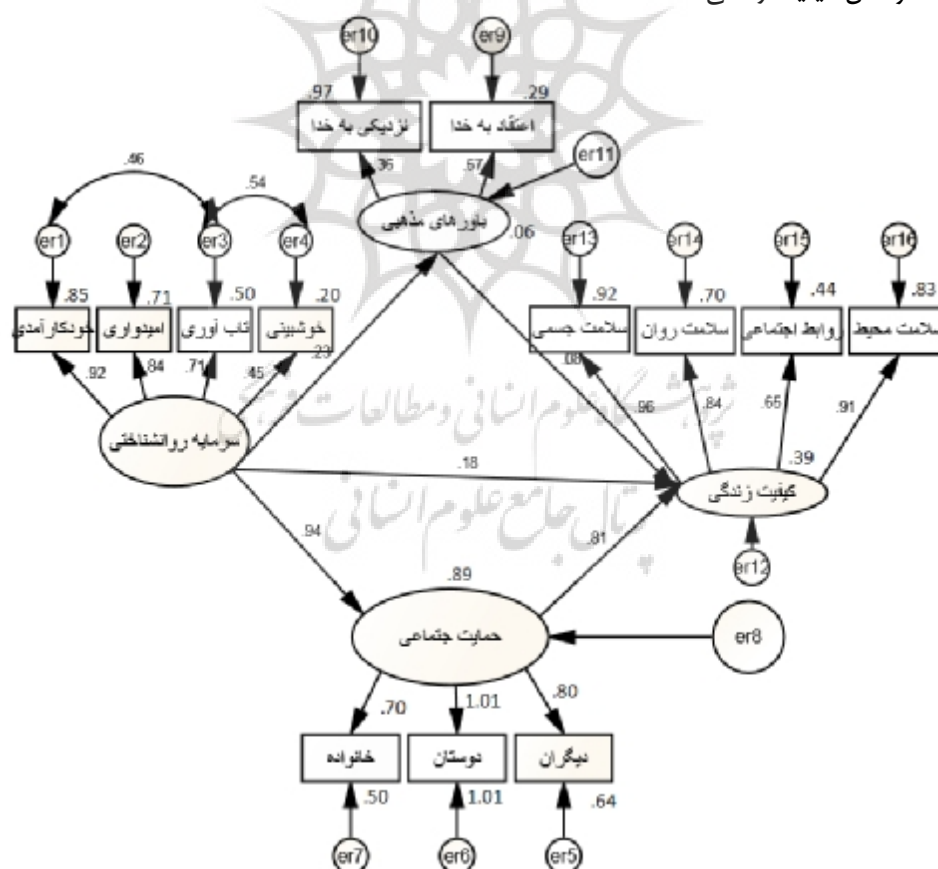
جهت ارزیابی نقش میانجی حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی لازم است که اثر مستقیم و غیر مستقیم متغیر سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی در بین زنان سرپرست خانوار محاسبه گردد. لذا پس از اطمینان یافتن از نرمال بودن متغیرهای وابسته، کلیه روابط میان متغیرها بر اساس مدل مفهومی تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.

جدول شماره 2. آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	1												
2	0/72**	1											
3	0/63**	0/81**	1										
4	0/87**	0/94**	0/89**	1									
5	-0/14*	0/09	0/12	0/03	1								
6	-0/09	0/12	0/23**	0/09	0/33**	1							
7	-0/15*	0/11	0/17*	0/05	0/96**	0/56**	1						
8	0/76**	0/87**	0/70**	0/86**	0/08	0/16*	0/12	1					
9	0/51**	0/78**	0/72**	0/74**	0/26**	0/15*	0/27**	0/74**	1				
10	0/79**	0/69**	0/58**	0/77**	-0/01	-0/02	-0/02	0/78**	0/55**	1			
11	0/30**	0/38**	0/40**	0/40**	0/17*	0/005	0/15*	0/41**	0/38**	0/64**	1		
12	0/72**	0/84**	0/73**	0/85**	0/16*	0/09	0/16*	0/89**	0/86**	0/88**	0/69**	1	
13	0/28**	0/39**	0/47**	0/42**	0/08	-0/04	0/06	0/35**	0/35**	0/48**	0/79**	0/57**	1

($p < 0/01$ ** $p < 0/05$ *)

1. حمایت خانواده، 2. حمایت دوستان، 3. حمایت دیگران، 4. نمره کل حمایت اجتماعی، 5. میزان اعتقاد به خدا، 6. نزدیکی به خدا، 7. نمره کل باورهای مذهبی، 8. خودکارآمدی، 9. امیدواری، 10. تاب آوری، 11. خوش بینی، 12. نمره کل سرمایه روان‌شناختی، 13. نمره کل کیفیت زندگی



نمودار 1. نمودار معادلات ساختاری متناسب با مدل مفهومی و بر روابط بین متغیرها

در جدول شماره 3 شاخص‌های مربوط به برازش مدل مسیر ارائه شده‌اند که نشان دهنده برازش نسبتاً مطلوب مدل است.

جدول شماره 3. شاخص‌های برازش مدل

نشانگر برازش	مقدار برازش	مقدار رضایت بخش	نتیجه
نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی (CMIN/df)	3/76	کوچکتر از 5	با اغماض قابل قبول
شاخص نیکویی برازش (GFI)	0/96	بزرگتر از 0/9	قابل قبول
نرم شده برازندگی (NFI)	0/93	بزرگتر از 0/9	قابل قبول
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	0/97	بزرگتر از 0/9	قابل قبول
برازندگی فزاینده (IFI)	0/97	بزرگتر از 0/9	قابل قبول
مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)	0/10	0/08 الی 0/10	برازش متوسط

لازم به ذکر است، مقدار مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) را بین 0/05 الی 0/08 را قابل قبول و مقادیر بین 0/08 الی 0/10 برازش متوسط و مقادیر بالاتر از 0/10 را برازش ضعیف مدل تلقی می‌کنند.

بر اساس نمودار 1 تحلیل مسیر برای اثرات مستقیم نتایج جدول زیر را به همراه دارد. لازم به ذکر است برای بررسی فرضیه متغیر میانجی از آزمون سوبل استفاده شده است. در این آزمون یک مقدار آماره تی به دست می‌آید که در صورت بیشتر شدن این مقدار از 1/96 می‌توان در سطح 95 درصد معنادار بودن تأثیر میانجی یک متغیر را تأیید نمود.

جدول شماره 4. ضرایب استاندارد مستقیم و غیرمستقیم

متغیر پیش‌بینی کننده	متغیر میانجی	متغیر ملاک	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	آماره سوبل
سرمایه روان‌شناختی	باورهای مذهبی	کیفیت زندگی	0/18	0/018	14/56
سرمایه روان‌شناختی	حمایت اجتماعی	کیفیت زندگی	0/18	0/76**	0/75
سرمایه روان‌شناختی	-----	باورهای مذهبی	0/23	-----	-----
سرمایه روان‌شناختی	-----	حمایت اجتماعی	0/94**	-----	-----
باورهای مذهبی	-----	کیفیت زندگی	0/08	-----	-----
حمایت اجتماعی	-----	کیفیت زندگی	0/81**	-----	-----

($p < 0/01$ ** $p < 0/05$ *)

یافته‌های جدول 4 نشان می‌دهد که اثر مستقیم سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی معنادار نیست ($p\text{-value} < 0/05$)؛ در ادامه با دخالت مولفه‌های حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی بر رابطه بین دو مولفه فوق، نقش میانجی این مولفه‌ها را مورد ارزیابی قرار داده ایم. یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نقش میانجی در رابطه بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار دارد ($p\text{-value} < 0/01$)؛ ولیکن، باورهای مذهبی نقش میانجی در رابطه بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار ندارد ($p\text{-value} > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی گرانه ی حمایت اجتماعی و باورهای مذهبی در رابطه مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بود. در ابتدا، نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوشبینی) بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تأثیر مستقیم ندارد. ناهمخوان با این

فرضیه پژوهش شیونگ و همکاران (2020)، بخشعلی پور و میاندھی رودسری (1401)، صابر فرزام و همکاران (1401)، قربانی و همکاران (1399)، در تحقیقات خود عنوان نمودند بین مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه معناداری دارد. ناهمخوان با مطالعه حاضر، کینر و همکاران (2021) نیز بین مؤلفه تاب‌آوری سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی رابطه مشاهده نمودند.

در خصوص عدم تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار باید گفت، زنان سرپرست خانوار اضطراب و استرس بیشتری را تجربه می‌کنند که منجر به نوسانات خلقی زیادی می‌شود که می‌تواند بر باور آنها به توانایی‌هایشان تأثیر بگذارد و احساس لذت از زندگی را کاهش دهد (پهروز، مرعشیان و علیزاده، 1402). وثوقی اصل، ظهیری و شربتیان (1402) عنوان نمودند زنان سرپرست خانوار عمدتاً با مسائلی نظیر دسترسی پایین به فرصت‌های شغلی، کم‌سوادی و فقدان درآمدهای مستمر و ثابت مواجه هستند و مجموعه این عوامل سبب چالش‌های روان‌شناختی بسیار و افت سطح سلامت روان آنان می‌شود. به طور کل، این تصور عمومی وجود دارد که زنان به دلیل نرخ فقر بالاتر و فرصت‌های شغلی کمتر، از نظر اجتماعی آسیب‌پذیرتر از مردان هستند و این تصور برای زنان سرپرست خانوار به دلیل ترس از انتقال فقر بین نسلی، گسترده‌تر است (مک‌لاهان و بک، 2010). زنان سرپرست خانوار پس از از دست دادن همسر خود مجبور به ایفای نقش‌های متعدد و متضاد می‌شوند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل پردرآمد مجبور به کار در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیررسمی و کم‌درآمد هستند و به عنوان قشر آسیب‌پذیر معرفی می‌شوند (کانل، برازیر، اوکتین، لوید جونز و پیژلی، 2012؛ یوسفی لینی و همکاران، 2020). این زنان به دلیل مشکلاتی مانند فقر، وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف و مسئولیت‌های متعدد قادر به حفظ سلامت خود نیستند (شادابی و همکاران، 2021). با توجه به مطالب عنوان شده اینگونه برداشت می‌شود که زنان سرپرست خانوار به دلیل مشکلات وافر که در زندگی دارند از سطح سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند و مؤلفه‌هایی همچون خودکارآمدی، تاب‌آوری، امید و خوش‌بینی در این زنان در سطح پایینی قرار دارد. در همین راستا، نتیجه مطالعات جوادیان، حیدرپور یزدی و بهزادمنش (1396) و شریعتی مقدم، مقصودی و دانشوری نسب (1401) نشان داد گاهی اوقات عواملی مانند جنگ، طلاق، اعتیاد، مرگ همسر و غیره باعث تغییر ساختار خانواده و افزایش تعداد خانواده‌ها با سرپرستی زنان در سراسر جهان می‌شود. انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن موجب به وجود آمدن شرایط جدید و وظایف مضاعف مانند از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای زنان می‌شود. این شرایط می‌تواند سلامت روانی و خانوادگی زنان را به خطر بیندازد. زنان سرپرست خانوار به دلیل شرایط خاصی که دارند بیش از سایر زنان در مواجهه با شرایط سخت و استرس‌زای زندگی قرار دارند. بنابراین ممکن است میزان تاب‌آوری آن‌ها در برابر مسائل و مشکلات زندگی کاهش یابد. بر این اساس می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که سرمایه روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار به دلیل شرایط خاص و مشکلاتی که این زنان با آن مواجه‌اند در سطح بسیار پایینی قرار دارد و این میزان از سرمایه روان‌شناختی قادر به تأثیر مستقیم بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نیست؛ در نتیجه فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار رد می‌گردد.

نتایج حاکی از آن بود که سرمایه روان‌شناختی تأثیر مثبت مستقیم بر حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان سرپرست خانوار می‌گذارد. همخوان با این یافته، مطالعات حیای و کرمی (1401)، سیهاق (2021)، تانگ و همکاران (2023)؛ ما و همکاران (2023)، رن و همکاران (2024) نشان داد که حمایت سازمانی ادراک شده و سرمایه روان‌شناختی در ارتباط نزدیک با یکدیگر هستند.

1. McLanahan & Beck

2. Connell, Brazier, O'Cathain, Lloyd-Jones & Paisley

در تبیین این یافته با تکیه بر مطالعه بهروز و همکاران (1402) می‌توان گفت، برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده و در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند. لذا این افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری هستند و استرس کمتری را تجربه می‌کنند و یا در هنگام مواجهه با استرس از راهکارهای کارآمد استفاده نموده و یا از حمایت و کمک دیگران بهره ببرند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت، سرمایه روان‌شناختی با ایجاد تاب‌آوری و مقاومت موفقیت‌آمیز در برابر موقعیت‌های چالش‌انگیز که نقش مهمی در سازگاری فرد ایفا می‌کند به عنوان یک عامل مهم برای حل مشکلات و غلبه بر آنها به حساب می‌آید که زمینه‌توان افزایش زنان سرپرست خانوار را ایجاد می‌کند و این افراد با خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوشبینی بالا هیجانات مثبت تری نیز تجربه می‌کنند و قادرند با برخورداری از این هیجانات مثبت با دیگران نیز ارتباط بهتری برقرار نموده و از حمایت‌های آن‌ها بهره ببرند. در همین راستا، نتیجه مطالعه خو، لیو و زینگ (2022) نشان داد، افراد با سطوح بالاتر سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری و خوشبینی) احتمالاً بهتر می‌توانند با مشکلات کار و زندگی کنار بیایند و حمایت عاطفی یا مادی رهبران، همکاران و اعضای خانواده را درک کرده و از آن بهره ببرند. با عنایت به مطالب عنوان شده اینگونه نتیجه گرفته می‌شود که سرمایه روان‌شناختی تأثیر مثبت و مستقیم بر حمایت اجتماعی ادراک شده دارد.

نتایج نشان حمایت اجتماعی ادراک شده تأثیر مستقیم بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار دارد. این یافته با نتایج مطالعات ژاو و همکاران (2022)، کائو و همکاران (2022)، کاهوئاس و همکاران (2023) و قربان پور لقمجانی (1398) همخوان می‌باشد؛ چرا که این محققان در پژوهش خود به این یافته رسیدند که رابطه مثبت و معنادار بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی وجود دارد.

در تبیین تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی می‌توان گفت، افرادی که حمایت اجتماعی کافی دریافت می‌کنند بهتر می‌توانند بر مشکلات غلبه کنند و از نظر روانی با شرایط سخت و مشکلات بهتر سازگار شوند (کاراتاس و بوستانوگلو، 2017). آن چنانکه هلگسون (2003) معتقد است که حمایت اجتماعی روحیه را بهبود می‌بخشد، افراد را به مشارکت در فعالیتهای اجتماعی تشویق می‌کند، رفتارهای سلامتی را افزایش می‌دهد و به طور کلی کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد؛ چرا که افراد در یک شبکه اجتماعی یکدیگر را به سمت رفتارهای سالم ترغیب می‌کنند. در همین راستا حامید، ریاض و محمود (2018) این یافته را عنوان نمودند که حمایت خانواده و حمایت دوستان به عنوان منبع عشق، محبت، اعتماد، پذیرش، تشویق صمیمیت و مراقبت می‌توان این نکته را به افراد یاد‌آوری کند که آنان برای دیگران ارزشمند هستند و این ادراک ارزشمندی منجر می‌شود افراد برای سلامتی و رفتارهای مرتبط با سلامتی بیشتر تلاش نمایند و کیفیت زندگی آنان بهبود یابد. در تأیید این نتایج، مطالعه نشان داد هر چه افراد از سمت خانواده، دوستان و دیگران بیشتر مورد حمایت قرار بگیرند بیشتر به فکر سلامت خود هستند و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

یکی دیگر از نتایج این پژوهش عدم تأثیر مستقیم باورهای مذهبی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بود. ناهمخوان با این یافته اومارا و هاری (2023)، لین و همکاران (2024) و آلوی و همکاران (2023) عنوان نمودند که کیفیت زندگی در افراد مذهبی در سطح بالایی قرار دارد.

1. Xu, Liu & Zeng
2. Karataş & Bostanoğlu
3. Helgeson
4. Hameed, Riaz & Muhammad

در تبیین عدم تأثیر مستقیم باورهای مذهبی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار اینگونه می‌توان گفت که فقر و درآمد کم در زنان سرپرست خانوار منجر به باورهای مذهبی ضعیف در آنان گردیده است. آنچنانکه کانل و همکاران (2012) و یوسفی لبنی و همکاران (2020) عنوان نمودند زنان سرپرست خانوار پس از، از دست دادن همسر خود مجبور به ایفای نقش‌های متعدد و متضاد می‌شوند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل پردرآمد مجبور به کار در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیررسمی و کم درآمد هستند و به عنوان قشر آسیب پذیر معرفی می‌شوند. در ادامه نتیجه مطالعه میجور-اسمیت¹ و همکاران (2023) نشان داد، مدارک تحصیلی بالاتر، طبقه اجتماعی شغلی بالاتر، سطوح کمتر محرومیت و مالکیت خانه با افزایش دینداری و بالعکس مشکلات مالی اخیر، موقعیت روستایی در مقابل شهری، غیبت شریک زندگی (برای زنان همچون زنان سرپرست خانوار)، عدم دسترسی به ماشین و فقیر شدن خانواده با باورهای مذهبی ضعیف همراه بود؛ بنابراین می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که زنان سرپرست خانوار غالباً وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالایی ندارند و این وضعیت اقتصادی پایین با سطح پایین تر باورهای مذهبی همراه است. با عنایت به این مطالب اینگونه نتیجه گرفته می‌شود که باورهای مذهبی در زنان سرپرستی در سطح پایینی قرار دارد و این میزان کم از باورهای مذهبی قادر به تأثیرگذاری بر کیفیت زندگی آنان نیست. بنابراین می‌توان گفت، باورهای مذهبی در زنان سرپرست خانوار تأثیر مستقیم بر کیفیت زندگی آنان ندارد.

نتایج حاکی از آن بود که سرمایه روان‌شناختی تأثیری بر باورهای مذهبی زنان سرپرست خانوار ندارد. ناهمخوان با این یافته پژوهش مطالعات نارسا و ویجایانتی (2021) و وو و لی (2020) نشان دادند که که سرمایه روان‌شناختی بر مؤلفه اعتقادات مذهبی تأثیر دارد.

در تبیین عدم اثرگذاری سرمایه روان‌شناختی بر باورهای مذهبی باید گفت سطوح پایین و ضعیف مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی قادر به اثرگذاری بر روی باورهای مذهبی نبود. در همین راستا، نتیجه مطالعه فولر و ریان² (2020) نشان داد زمانی که زنان سرپرست خانوار می‌شوند مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در آنان کاهش می‌یابد چرا که زنان نسبت به مردان روحیه آسیب‌پذیرتری دارند و اگر در مواجهه با بحران تنها باشند تاب‌آوری آنان پایین آمده و ناامید می‌شوند. در همین راستا، نتیجه مطالعه بیانی³ (2023) نشان داد زنان سرپرست خانوار با چالش‌های مختلفی مانند عدم حمایت اقتصادی، عاطفی و اجتماعی، سطح بالای استرس، محدودیت سواد و تجربه کاری و همچنین مراقبت از فرزندان خود مواجه هستند. که این عوامل ممکن است میزان امید و تاب‌آوری آن‌ها را کاهش دهد. با عنایت به مطالب عنوان شده، سرمایه روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار آنچنان قوی نیست که بتواند بر باورهای مذهبی آنان اثر بگذارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا می‌نماید. میر غضنفری و خوش اخلاق (1400)، شکر پورشیعی و همکاران (1400)، قربانی و همکاران (1399)، پروندی و عارفی (1398)، کائو و همکاران (2022)، آلسوبای و همکاران (2019)، نتایجی همخوان با یافته این فرضیه دست یافتند

در تبیین نقش میانجی حمایت اجتماعی در رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌توان با اتکاء به مدل اثر بافر، اثرات محافظتی حمایت اجتماعی را در موقعیت‌های پرتنش زنان سرپرست خانوار تبیین نمود. نظریه حفاظت از منابع، بیان می‌کند که حمایت اجتماعی به عنوان یک تقویت کننده و عامل حفاظتی از منابعی به حساب می‌آید که افراد می‌توانند برای اجتناب از ناراحتی و حفظ و برهم نخوردن تعادل منابع درونی خود به آن تکیه کنند (هابفول، تیرونی، هالمگرن و گرهارت⁴، 2016). همانطور که عنوان شد با تکیه بر نظریه حفاظت از منابع، حمایت اجتماعی ادراک شده در تلاش است تا تعادل

1. Major-Smith
2. Fuller & Lain
3. Beyene
4. Hobfoll, Tirone, Holmgreen & Gerhart

منابع درونی که همان مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (تاب‌آوری، خوش‌بینی، امیدواری و خودکارآمدی) است را حفظ نماید. آنچنانکه نتایج مطالعات گوناگون نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده به طور مستقیم قادر به حفظ و ارتقاء مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی از جمله تاب‌آوری (آردان القوانا و هانوروان 1، 2022)، امیدواری (تائو 2 و همکاران، 2022)، خوشبینی (قیناقی، ثناگو و جویباری، 2018) و خودکارآمدی (چن، ژانگ، لوو و لو 3، 2020) است. طبق تحقیقات کائو 4 و همکاران (2022) و دوان 5 (2016) بین این دو عامل محافظ بیرونی (حمایت اجتماعی ادراک شده) و داخلی (مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی) همبستگی مثبتی وجود دارد که افراد را قادر سازد تا مکانیسم‌های مقابله‌ای بسیار سازگار و توانایی داشته باشند تا بتوانند با موفقیت بر افسردگی و اضطراب غلبه کنند و علائم پریشانی روان‌شناختی را کاهش دهند. در همین راستا، تحقیقات هان 6 و همکاران (2017) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی افراد و سرمایه روان‌شناختی به طور قابل توجهی با سلامت روان آنها ارتباط دارد. با عنایت به مطالب عنوان شده می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک منبع خارجی از منابع درونی فرد که همان مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی حفاظت نموده و آنان را تقویت نموده و تقویت چهار مؤلفه سرمایه روان‌شناختی (تاب‌آوری، خوش‌بینی، امیدواری و خودکارآمدی) با عملکرد بهتر (لوتانز و همکاران، 2007)، تعهد و رفاه بیشتر (سنیسی و همکاران، 2020)، استرس و اضطراب کمتر (خو، پینگ، وانگ و لیو 7، 2022) و در نهایت کیفیت زندگی بالاتر توأم است. با توجه به مطالب مذکور نقش میانجی حمایت اجتماعی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی تأیید شد.

در خصوص عدم نقش میانجی گرانه باورهای مذهبی در رابطه سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زنان سرپرست خانوار باید گفت، باورهای مذهبی در زنان سرپرست خانوار که به هر دلیلی از جمله طلاق و از دست دادن همسر سرپرست خانواده شده اند نسبت به زنان عادی پایایی چندانی ندارد؛ به طوریکه می‌توان گفت زنان سرپرست خانوار باورهای مذهبی ضعیف تری نسبت به زنان عادی دارند (برزگری و ابراهیمی، 1397) و دربرخی موارد مشاهده می‌شود با تغییر اوضاع این باورها کم و زیاد می‌شود؛ برای مثال ممکن است زنان سرپرست خانوار به علت مشکلات مالی، تعدد شغل و بار زیاد مسئولیت کمتر به امور مذهبی و دینی بپردازند و بیشتر زمان خود را صرف تأمین مایحتاج خانواده نمایند. در تأیید این یافته، پورکمالی (1395)، در پژوهشی عنوان نمود، زنان مطلقه که سرپرستی خانوار را برعهده دارند از تاب‌آوری پایین تر و نگرش مذهبی ضعیف تری برخوردار هستند. با عنایت به اینکه باورهای مذهبی در زنان سرپرست به دلیل وجود مشکلات فراوانی که با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، ضعیف است این مؤلفه نتوانست در رابطه سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نقش میانجی ایفا نماید.

مهم‌ترین محدودیت این پژوهش عدم دسترسی آسان به زنان سرپرست خانوار و عدم همکاری آنان به دلیل ترس از احراز هویت بود. روش همبستگی جزء یکی از محدودیت‌های تحقیق به حساب می‌آید؛ چرا که با این روش نتیجه‌گیری علی بین مؤلفه‌ها مقدور نمی‌باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش روش نمونه‌گیری دردسترس بود که توسط محققین اتخاذ شد. به دلیل عدم دسترسی به فهرست اسامی تمام زنان سرپرست خانوار، امکان استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بنابراین نمی‌توان نمونه مورد پژوهش را نمونه معرف جامعه مورد نظر دانست. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده سایر پژوهشگران تحقیقی مشابه پژوهش حاضر بر روی نمونه‌ای به غیر از زنان سرپرست خانوار همچون زنان مبتلا به سرطان و بیماری‌های خاص انجام دهند. برای اعتباریابی نتایج پژوهش، پژوهشگران می‌توانند مدل پژوهش را در حوزه‌ها و سایر شهرها بکار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده نمونه پژوهش به شیوه تصادفی و بر اساس لیست کاملی از زنان سرپرست

1. Ardan Alqu'ana & Hanurawan

2. Tao

3. Chen, Zhong, Luo & Lu

4. Cao

5. Duan

6. Han

7. Xu, Peng, Wang & Liu

خانوار انتخاب گردد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود که گروه‌های حمایتی و انجمن‌هایی برای زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد در جهت شناخت بیشتر افراد از احساسات و نگرانی‌های یکدیگر و ابراز همدردی با هم در جهت افزایش منابع حمایت عاطفی و اطلاعاتی زنان سرپرست خانوار که لازمه ایجاد کیفیت زندگی مطلوب در آنان است، پیشنهاد می‌گردد. با توجه به ارتباط سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، توجه هر چه بیشتر به ارتقای سرمایه روان‌شناختی در زنان سرپرست خانوار و برنامه‌ریزی برای بهبود عوامل تأثیرگذار در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی، ضروری به نظر می‌رسد.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع را در مطالعه اعلام نکرده‌اند.

حامی مالی: نویسندگان اذعان می‌کنند که هیچ گونه حمایت مالی برای تمام مراحل مطالعه، نگارش و انتشار مقاله دریافت نکرده‌اند.

تشکر و قدردانی: محققین مایلند از تمامی افرادی که در مطالعه شرکت کردند، تشکر کنند.

منابع

- امراله مجدآبادی، زهرا؛ نیک پیما، نسرین؛ حضرتی گنبد، سارا؛ نوری، فاطمه و نوعی محمدباقر، الهام، (1398). «کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در ایران: یک مطالعه مروری». نشریه پژوهش پرستاری ایران، 14 (5)، 58-65.
- بادله شמושکی، محمد تقی؛ میر بهبهانی، نرگس بیگم؛ آریا خواه، مانده؛ لطیفی زاده، مهسا و جهان‌شاهی، نگار، (1399). «رابطه باورهای دینی با کیفیت زندگی و تاب‌آوری مادران کودکان سرطانی». مجله تحقیقات سلامت در جامعه، 6 (3)، 10-19.
- بخشعلی پور، وحید و میاندهی رودسری، حجت اله، (1401). «ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران شاغل در مراکز بخش درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان». نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت، 6 (1)، 109-102.
- برزگری، مریم و ابراهیمی، محمدجواد، (1397). باورهای مذهبی و باورهای ارتباطی و عوامل جمعیت شناختی بعنوان پیش‌بین‌های موفقیت وشکست در رابطه زناشویی در زوج‌های مطلقه و عادی، همایش ملی روان شناسی و سلامت با محوریت خانواده و زندگی سالم، شیراز.
- بهروز، مریم؛ مرعشیان، فاطمه السادات و علیزاد، مرجان، (1402). مدل علی رابطه حمایت اجتماعی و سرمایه روان‌شناختی با توانمندسازی با نقش میانجی استرس ادراک‌شده در زنان سرپرست خانوار. فصلنامه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، 18 (63)، 115-134.
- بیرامی، منصور، موحدی، یزدان و موحدی، معصومه، (1393). «ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی عاطفی با اعتیاد به اینترنت در جامعه دانشجویی». دوفصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی، 3 (6)، 109-122.
- پروندی، علی و عارفی، مختار، (1398). «پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس امیدواری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان سرپرست خانوار». مطالعات زن و خانواده، 7 (2)، 84-114.
- پورکمالی، طاهره، (1395). مقایسه دینداری، تاب‌آوری و سخت‌رویی بین زنان مطلقه و عادی شهر اصفهان، دومین کنگره بین‌المللی توانمندسازی جامعه در حوزه مشاوره، خانواده و تعلیم و تربیت اسلامی، تهران
- جوادیان، سیدرضا؛ حیدرپور یزدی، مهرناز و بهزادمنش، مریم. (1396). اثربخشی آموزش هوش معنوی بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار در شهر یزد. پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، 6 (4)، 164-189.

- حیای، غزاله و کرمی، جهانگیر. (1401). اثر حمایت سازمانی ادراک شده بر اشتیاق شغلی و رفتار مدنی سازمانی با میانجی‌گری سرمایه‌های روان‌شناختی. *مجله مطالعات روان‌شناسی صنعتی و سازمانی*، 9 (1)، 83-102.
- دورکیم، امیل، (1912). صور بنیانی حیات دینی، ترجمه باقر پرهام (1400)، چاپ هشتم. تهران: نشر مرکز.
- شریعتی مقدم، فاطمه؛ مقصودی، سوده و دانشوری نسب، عبدالحسین. (1401). پیشبینی تاب‌آوری بر اساس امیدواری و با واسطه‌گری شکرگزاری در زنان سرپرست خانوار در دوران کرونا. *مجله دین و سلامت*، 10 (2)، 33-45.
- شکرپور شفیعی، شیوا؛ خلعتبری، جواد و قربان شیرودی، شهره، (1400). «پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی با نقش واسطه‌ای جرئت‌ورزی در زنان شاغل شهر تهران». *مجله پرستار و پزشک در رزم*، 10 (34)، 29-22.
- صابرفرزام، حمید؛ رشادت جو، حمیده و قورچیان، نادرقلی، (1401). «رابطه کیفیت زندگی کاری و سرمایه روان‌شناختی و عملکرد شغلی پژوهشگران حوزه سلامت». *پایش*، 21 (4)، 377-384.
- فرزانه جاجرمی، حسن؛ ستوده اصل، نعمت؛ کهساری، رضا؛ جهان، فائزه. (1400). ارائه‌ی مدل علی‌گرایش به رفتارهای پرخطر بر اساس نگرش مذهبی و سبک‌های فرزند پروری والدین: با میانجیگری چشم‌انداز زمان. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، 11 (42)، 35-52.
- فکور، احسان؛ صفوی، سیدزین العابدین؛ رستمی، بهرام؛ فقیه زاده، سقراط؛ آیت الهی، فضل اله و سرابی، کاظم. (1396). رابطه جهت‌گیری مذهبی بیرونی با خودکارآمدی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زنجان. *توسعه آموزش در علوم پزشکی*، 10 (26)، 49-59.
- قربان پور لقمجانی، امیر؛ یاقوتی، مرتضی و رضائی، سجاد. (1398). نقش میانجی‌گرانه حمایت اجتماعی در رابطه بین سرسختی روانی و احساس انسجام با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان‌های شهر قوچان. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، 9 (34)، 119-140.
- قربانی، سارا؛ جهانی زاده، محمدرضا؛ میربد، مهران و امیدی، لیلا. (1399). «بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی و اجتماعی با سلامت اجتماعی با توجه به متغیر میانجی حمایت اجتماعی». *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، 10 (38)، 83-100.
- قربانی زاده، وجه اله، علیزاده، حسین، خانی پردنجانی، سجاد، و محمدی مهمویی، علی. (1394). «مدل یابی ساختاری تأثیر سرمایه روان‌شناختی بر رفتار شهروندی سازمانی». *پژوهش در مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی*، 5 (10)، 95-106.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا. (1385). «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی». *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، 4 (4)، 1-12.
- وثوقی اصل، اصغر؛ ظهیری، هوشنگ و شربتیان، یعقوب. (1402). امنیت و احساس امنیت اجتماعی زنان سرپرست خانوار با تمرکز بر سرمایه فرهنگی و اجتماعی (مورد مطالعه: زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی سازمان بهزیستی شهر تهران در سال 1400). *فصلنامه زن و جامعه*، 14 (53)، 163-176.

- Ahmadi, S., Amirmazaheri, A.A., & Saffarinia, M. (2022). Narrative Analysis of the Quality of Life of Female-Headed Households in the 19th District of Tehran in 2020. *International Journal of Social Sciences*, 12 (1), 33-44.
- Ahmad, A. A., & Gaber, O. H. (2019). The relationship between death anxiety, level of optimism and religiosity among adult cancer patients: A predictive study. *International Journal of Psychological Studies*, 11 (1), 26-35.
- Almarabheh, A., Salah, A. B., Alghamdi, M., Al Saleh, A., Elbarbary, A., Al Qashar, A., ... & Chlif, S. (2023). Validity and Reliability of the WHOQOL-BREF in the Measurement of the Quality of Life of Sick Disease Patients in Bahrain. *Frontiers in psychology*, 14, 1219576.
- Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion*. New York: MacMillan. Atkins
- Allport, G. W., Vernon, P.E., & Lindzey, G. A. (1960). *A study of values* (3rd ed). Boston: Houghton Mifflin Company

- Alsubaie M.M., Stain H.J., Webster L.A.D., & Wadman R. (2019). The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24 (4), 484–496.
- Amrollah Majd-Abadi, Z., Nikpeyma, N., Hazrati Gondad, S., Noori, F., & Noei Mohammad-Bagher, E. (2019). Quality of Life of Head-of-Household Women in IRAN: a review study. *Iranian Journal of Nursing Research*, 14 (5), 58-65. (persian)
- Ardan Alqu'ana, S., & Hanurawan, F. (2022). The Relationship Between Peer Social Support Resilience in State University of Malang Students Affected by Distance Learning. *KnE Social Sciences*, 2022, 137–146.
- Alvi, A. S., Hussain, I., Afzal, A., & Rahman, A. (2023). Religious Beliefs, Practices and Quality of Life among Cancer Survivors: A study on Cancer Survivor from Shaukat Khanam Cancer Hospital Lahore. *Pakistan Journal of Humanities and Social Sciences*, 11 (2), 2672-2678.
- Badeleh shamooshaki, M.T., Mirbehbahani, N., Ariakhah, M., Latifizadeh, M., & Jahanshi N. (2020). Relationship between Religious Beliefs with Quality of Life and Resilience of Mothers with Children Suffering from Cancer. *J Health Res Commun*, 6 (3), 10-19. (persian).
- Bakhshalipour, V., & Miandehi Rudsari, H. (2022). The Relationship of Psychological Capital with Quality of Life and Social Health of Nurses Working in Treatment Centers of Guilan University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*, 6 (1), 102-109. (persian).
- Barzegari, M., & Ebrahimi, M.J. (2018). Religious beliefs and communication beliefs and demographic factors as predictors of success and failure in marital relationships in divorced and normal couples, National Conference on Psychology and Health with a Focus on Family and Healthy Living, Shiraz. (persian).
- Behroz, M., Marashian, F., & Alizadeh, M. (2023). Structural model of the relationship between social support and psychological capital with empowerment with the mediating role of perceived stress in female-headed households. *The Women and Families Cultural-Educational*, 18 (63), 113-132. (persian).
- Berglund, E., Lytsy, P., Westerling, R. (2019). Living environment, social support, and informal caregiving are associated with healthcare seeking behaviour and adherence to medication treatment: a cross-sectional population study. *Health Soc Care Community*, 27 (5), 1260–70.
- Beyrami, M., Movahedi, Y., & Movahedi, M. (2015). The relationship between perceived social support and the feeling of social-emotional loneliness with internet addiction in university students. *Social cognition*, 3 (6), 109-122. (persian).
- Cao, S., Zhu, Y., Li, P., Zhang, W., Ding, C., & Yang, D. (2022). Age Difference in Roles of Perceived Social Support and Psychological Capital on Mental Health During COVID-19. *Front. Psychol.* 13, 801241.
- Cahuas, A., Marenus, M. W., Kumaravel, V., Murray, A., Friedman, K., Ottensoser, H., & Chen, W. (2023). Perceived social support and COVID-19 impact on quality of life in college students: an observational study. *Annals of Medicine*, 55 (1), 136-145.
- Chen, P. L., Lin, C. H., Lin, I. H., & Lo, C. O. (2023). The mediating effects of psychological capital and academic self-efficacy on learning outcomes of college freshmen. *Psychological Reports*, 126 (5), 2489-2510.
- Chen, X., Zhong, J., Luo, M., & Lu, M. (2020). Academic Self-Efficacy, Social Support, and Professional Identity Among Preservice Special Education Teachers in China. *Front Psychol*, 11, 374.
- Chollou, K. M., Shirzadi, S., Pourrazavi, S., Babazadeh, T., & Ranjbaran, S. (2022). The role of perceived social support on quality of life in people with cardiovascular diseases. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 32 (5), 1019-1026.
- Coens, C., Pe, M., Dueck, A. C., Sloan, J., Basch, E., Calvert, M., Bottomley, & et al. (2020). International standards for the analysis of quality-of-life and patient-reported outcome endpoints in cancer randomised controlled trials: recommendations of the SISAQOL Consortium. *The Lancet Oncology*, 21 (2), 83-96.
- Connell, J., Brazier, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and quality of life outcomes*, 10, 1-16.
- Cvitanovic, C., & Hobday, A.J. (2018). Building optimism at the environmental science-policy-practice interface through the study of bright spots. *Nat Commun*, 9, 3466.
- Duan, W (2016). The benefits of personal strengths in mental health of stressed students: a longitudinal investigation. *Qual. Life Res.* 25, 2879–2888

- Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36 (7), 2055–2073
- Fakour, E., Safavi, Z., Rostami, B., Faghihzade, S., Ayatollahi, F., & Sarabi, K. (2017). The Relationship between External Religious Orientation and Self-efficacy and Public Health in Zanjan University of Medical Sciences students. *Journal of Medical Education Development*, 10 (26), 49-59. (persian)
- Fuller, R., & Lain, J. (2020). Are female-headed households less resilient? Evidence from Oxfam's impact evaluations. *Climate and Development*, 12 (5), 420-435.
- Gerson, M. W (2018). Spirituality, social support, pride, and contentment as differential predictors of resilience and life satisfaction in emerging adulthood. *Psychology*, 9 (03), 485-517.
- Gheinaghi, A., Sanagoo, A., & Jouybari, L. (2018). The relationship between religious beliefs, social support and optimism in students of golestan university of medical sciences. *Journal of Advances in Medical Education (JAMED)*, 1 (2), 26-29.
- Ghorbani, S., Jahanizadeh, M. R., Mirbod, S. M., & Omid, L. (2020). Investigation the relation of psychological and social capitals with social health, with regards to the, mediator variable of social support. *Social Psychology Research*, 10 (38), 83-100. (persian).
- Ghorbani Zadeh, V., Alizadeh, H., Khani, S., & Mohamadi, A. (2015). A structural model for the effect of psychological capital on organizational citizenship behavior. *Research in Sport Management and Motor Behavior*, 5 (10), 95-106. (persian).
- Goldsmith, A. H., Veum, J. R., & Darity, W. J., Jr. (1997). Unemployment, joblessness, psychological well-being and self-esteem: Theory and evidence. *The Journal of Socio-Economics*, 26 (2), 133–158.
- Han, H., Noh, J. W., jung Huh, H., Huh, S., Joo, J. Y., Hong, J. H., et al. (2017). Effects of mental health support on the grief of bereaved people caused by Sewol-Ho ferry accident. *Journal of Korean Medical Science*, 32, 6–11.
- Hameed, R., Riaz, A., & Muhammad, A. (2018). Relationship of gender differences with social support, emotional behavioral problems and self-esteem in adolescents. *Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2 (1), 1019.
- Harms, P. D., Krasikova, D. V., & Luthans, F. (2018). Not me, but reflects me: validating a simple implicit measure of psychological capital. *J Pers Assess*, 100, 551–562.
- Hayavi, G., & Karami, J. (2022). The Effect of Perceived Organizational Support on Job Engagement and Organizational Citizenship Behavior with Mediating Role of Psychological Capital. *Industrial and Organizational Psychology Studies*, 9 (1), 83-102. (persian).
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research*, 12 (Suppl 1), 25-31.
- Hernández, RL., Aranda, BE., & Ramírez, MTG. (2009). Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *Spanish J Psychol*, 12 (1), 171-83.
- Heydari, A., Arefi, M., & Amiri, H. (2020). Investigating the mediating role of self-care and spiritual experiences in the relationship between psychological well-being and social support of the elderly. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 63 (2), 2415-25
- Hobfoll, S. E., Tirone, V., Holmgreen, L., & Gerhart, J. (2016). Conservation of resources theory applied to major stress, in *Stress Concepts and Cognition, Emotion, and Behavior* (London: Elsevier Inc.)
- Hong, S. J., Shin, N. M., & Jung, S. (2020). A predictive model of fear of cancer recurrence for patients undergoing chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 1, 1-9.
- Huang, Y., Wu, R., Wu, J., Yang, Q., Zheng, S., & Wu, K. (2020). Psychological resilience, self-acceptance, perceived social support and their associations with mental health of incarcerated offenders in China. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102-166
- Jameel, HT., Panatik, S.A., Nabeel, T., Sarwar, F., Yaseen, M., Jokerst, T, et al. (2020). Observed social support and willingness for the treatment of patients with schizophrenia. *Psychol Res Behav Manag*, 25 (13), 193-201.
- Javadian, S. R., & Behzadmanesh, M. (2017). The Effectiveness of Spiritual Intelligence Training on the Resilience of Women Heading Households in the City of Yazd. *Journal of Social Work Research*, 4 (13), 164-189. (persian).
- Karataş, T., & Bostanoğlu, H. (2017). Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *International journal of nursing practice*, 23 (4), e12558.

- Keener, T.A., Hall, K., Wang, K., Hulsey, T., & Piamjariyakul, U. (2021). Relationship of quality of life, resilience, and associated factors among nursing faculty during COVID-19. *Nurse Educ*, 46 (1), 17-22.
- Kushlev, K., Heintzelman, S. J., Lutes, L. D., Wirtz, D., Kanippayoor, J. M., Leitner, D., & Diener, E. (2020). Does happiness improve health? Evidence from a randomized controlled trial. *Psychological Science*, 31 (7), 807-821
- Kwon, M., & Kim, H.S. (2020). Psychological Well-Being of Female-Headed Households Based on Age Stratification: A Nationwide Cross-Sectional Study in South Korea. *Int J Environ Res Public Health*, 17 (18), 6445.
- Lee, Y. (2008). Subjective quality of life measurement in Taipei. *Build Environ*, 43 (7), 1205-1215
- Lee, H. S., & Kim, C. (2016). Structural Equation Modeling to Assess Discrimination, Stress, Social Support, and Depression among the Elderly Women in South Korea. *Asian Nursing Research*, 10 (3), 182-188
- Lewis, J. M., DiGiacomo, M., Lockett, T., Davidson, P. M., & Currow, D. C. (2013). A social capital framework for palliative care: supporting health and well-being for people with life-limiting illness and their carers through social relations and networks. *Journal of pain and symptom management*, 45 (1), 92-103.
- Liao, R., and Liu, Y. (2016). The impact of structural empowerment and psychological capital on competence among Chinese baccalaureate nursing students: a questionnaire survey. *Nurse Educ*. Today 36, 31-36..
- Lin, W. H., Chen, Y. K., Lin, S. H., Cao, H., & Chen, Q. (2024). The Association Between Religious Belief and Postoperative Psychological Status and Quality of Life of Parents of Children with Congenital Heart Disease: A Single Center Experience in Southeast China. *Journal of Religion and Health*, 63 (3), 2413-2422.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J.B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60 (3), 541-572.
- Luthans, F., Norman, S., Avolio, M. I., Avey, B. (2008), Supportive Climate and Organizationl Success: the Century Role of Psychological Capital. *Journal of Organization Beheavior*, 29 (2), 219-238.
- Luthans, B. C., Luthans, K. W., & Avey, J. B. (2014). Building the leaders of tomorrow: the development of academic psychological capital. *J Leadership Organ Stud*, 21, 191-199.
- Ma, H., Zhu, X., Huang, J., Zhang, S., Tan, J., & Luo, Y. (2023). Assessing the effects of organizational support, psychological capital, organizational identification on job performance among nurses: a structural equation modeling approach. *BMC Health Services Research*, 23 (1), 806.
- Major-Smith, D., Morgan, J., Halstead, I., Tohidinik, H. R., Iles-Caven, Y., Golding, J., & Northstone, K. (2023). Demographic and socioeconomic predictors of religious/spiritual beliefs and behaviours in a prospective cohort study (ALSPAC) in Southwest England: Results from the parental generation. *Wellcome Open Research*, 7, 159.
- McLanahan, S., & Beck, A. N. (2010). Parental relationships in fragile families. The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation, 20 (2), 17.
- Narsa, N. P. D. R. H., & Wijayanti, D. M. (2021). The importance of psychological capital on the linkages between religious orientation and job stress. *Journal of Asia Business Studies*, 15 (4), 643-665.
- Nejat, S. A. H. A. R. N. A. Z., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K. A. Z. E. M., & Majdzadeh, S. R. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of school of public health and institute of public health research*, 4 (4), 1-12. (persian).
- Newman, J., & Pargament, K. (1990). The role of religion in the problem-solving process. *Review of Religious Research*, 31, 390-404
- Oh, G.H., Yeom, C.W., Shim, E.J., Jung, D., Lee, K.M., Son, K.L., Kim, W.H., Moon, J.Y., Jung, S., & Kim, T.Y. (2020). The effect of perceived social support on chemotherapy-related symptoms in patients with breast cancer: A prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109911.
- Omara, T. M., & Harby, K. A. (2023). Measurement and analysis of the religious and spiritual factors of quality of life of residents of Islamic cities. *Interdisciplinaria*, 40 (1), 399-412.

- Parvandi, A., & Arefi, M. (2019). Prediction of psychological well-being based on hope and perceived social support among women-headed households. *Journal of Woman and Family Studies*, 7 (2), 89-114. (persian).
- Pérez, S., & Rohde, D. (2022). The Relationship Between Religious/Spiritual Beliefs and Subjective Well-Being: A Case-Based Comparative Cross-National Study. *J Relig Health*, 61, 4585–4607.
- Pourkamali, T. (2016). Comparison of religiosity, resilience and toughness between divorced and ordinary women in Isfahan, Second International Congress on Community Empowerment in the Field of Counseling, Family and Islamic Education, Tehran. (persian).
- Pruneti, C. A., Cosentino, C., Merisio, C., & Berretta, R. (2020). Adapting to Cancer with Body, Mind, and Heart: Psychological, Psychophysiological Assessment and Management in Sample of Ovarian Cancer Survivors. *Journal of Clinical & Experimental Oncology*, 9 (1), 1-6
- Ren, Y., Li, G., Pu, D., He, L., Huang, X., Lu, Q., ... & Huang, H. (2024). The relationship between perceived organizational support and burnout in newly graduated nurses from southwest China: the chain mediating roles of psychological capital and work engagement. *BMC nursing*, 23 (1), 1-10.
- Robbins, S. P., Millet, B., Cacciope, R., & Waters, M. T. (1998). *Organizational Behavior*. Sydney: Prentice Hall.
- Saberfarzam, A., Reshadatjoo, H., & Ghourchian, N. (2022). The Relationship between the Quality of Work-Life, Psychological Capital, and Job Performance: A Study on Health Researchers. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 21 (4), 377-384. (persian).
- Sabot, D. L., & Hicks, R. E. (2020). Does psychological capital mediate the impact of dysfunctional sleep beliefs on well-being? *Heliyon*, 6 (6), e04314.
- Santisi, G., Lodi, E., Magnano, P., Zarbo, R., & Zammitti, A. (2020). Relationship between Psychological Capital and Quality of Life: The Role of Courage. *Sustainability*, 12 (13), 5238
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons.
- Sarafino, E. P., & Ewing, M. S. (1999). Hassles Assessment Scale for Students in College: measuring the frequency and unpleasantness of and dwelling on stressful events. *Journal of American College Health*, 48 (2), 75-83.
- Shadabi, N., Saeieh, S.E., Qorbani, M., Bahrami Babaheidari, T., & Mahmoodi, Z. (2021). The relationship of supportive roles with mental health and satisfaction with life in female household heads in Karaj, Iran: a structural equations model. *BMC Public Health*, 21, 1643
- Shariati Moghadam, F., Maghsoodi, S., & Daneshvarinasab, A. (2023). Predicting Resilience Based on Hope Through the Mediation of Gratitude in Female Heads of Households During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Religion and Health*, 10 (2), 33-45. (persian).
- Shokrpour., S, Khalatbari, J., & Ghorbanshiroudi, S. (2022). Predicting quality of life based on resilience, psychological toughness and social support with the mediating role of assertiveness in working women in Tehran. *NPWJM*, 10 (34), 22-29. (persian).
- Sihag, P. (2021). The mediating role of perceived organizational support on psychological capital–employee engagement relationship: a study of Indian IT industry. *Journal of Indian Business Research*, 13 (1), 154-186.
- Spilka, B., Hood, Jr., & Hill, P. (2009). *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, Fourth Edition. New York: Guilford press
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Experimental designs using ANOVA* (Vol. 724). Belmont, CA: Thomson/Brooks/Cole
- Tao, Y., Yu, H., Liu, S., Wang, CH., Yan, M., Sun, L., Chen, Z., & Zhang, L. (2022). Hope and depression: the mediating role of social support and spiritual coping in advanced cancer patients. *BMC Psychiatry*, 22 (345), 1-9.
- Tang, Y., Wang, Y., Zhou, H., Wang, J., Zhang, R., & Lu, Q. (2023). The relationship between psychiatric nurses perceived organizational support and job burnout: Mediating role of psychological capital. *Frontiers in Psychology*, 14, 1099687.
- Vosoughi, A., Zahiri, H., & Sharbatian, Y. (2023). Explaining the security and sense of social security of female heads of the household with a focus on cultural and social capital (case study: women covered by

- the Imam Khomeini Relief Committee (RA) and Tehran City Welfare Organization in 1400). *Quarterly Journal of Woman and Society*, 14 (53), 163-176. (persian).
- Westerhof, G. J., Whitbourne, S. K., & Freeman, G. P. (2012). The aging self in a cultural context: The relation of conceptions of aging to identity processes and self-esteem in the United States and the Netherlands. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67 (1), 52-60.
 - Wu, W. L., & Lee, Y. C. (2020). How spiritual leadership boosts nurses' work engagement: The mediating roles of calling and psychological capital. *International journal of environmental research and public health*, 17 (17), 6364.
 - Xiong, J., Hai, M., Wang, J., Li, Y., & Jiang, G. (2020). Cumulative risk and mental health in Chinese adolescents: The moderating role of psychological capital. *Sch Psychol Int*, 41 (5), 409-429
 - Xu, H., Peng, L., Wang, Z., & Liu, X. (2022). Effects of psychological capital and social support availability on anxiety and depression among Chinese emergency physicians: Testing moderated mediation model. *Front Psychol*, 13, 991239
 - Xu, H., Liu, X., & Zeng, P. (2022). The mediating role of social support in the relationship between psychological capital and depression among Chinese emergency physicians. *Psychology Research and Behavior Management*, 977-990.
 - Yoosefi Lebni, J., Mohammadi Gharehghani, M. A., Soofizad, G., Khosravi, B., Ziapour, A., & Irandoost, S. F. (2020). Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. *BMC women's health*, 20, 1-11.
 - Zakeri, M. (2020). The Facility Household Jobs and Quality of Life in Women Heads of Household. *Academic Journal of Accounting and Economic Researches*, 9 (1), 23-27.
 - Zhou, K., Ning, F., Wang, X., Wang, W., Han, D., & Li, X. (2022). Perceived social support and coping style as mediators between resilience and health-related quality of life in women newly diagnosed with breast cancer: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 22 (1), 198.
 - 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.