

مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار

زهرا عباس پور آذر^۱، مریم کلهرنیا گل کار^۲، فاطمه کاویانی^۳

۱. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، گروه روانشناسی، تهران، ایران.

۲. استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، گروه روانشناسی عمومی، کرج، ایران.

۳. دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، گروه روانشناسی شخصیت، کرج، ایران.

نام نویسنده مسئول:

زهرا عباس پور

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه حمایت ادراک شده، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان سرپرست خانوار (مطلقه) به تعداد ۳۹۷۱ نفر و زنان غیرسرپرست خانوار به تعداد ۴۸۶۵ نفر تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر کرج در سال ۱۳۹۶ بود که از میان آن‌ها دو گروه ۱۵۷ نفره به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- فرم کوتاه و پرسش‌نامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا اندلر و پارکر ۱۹۹۰ بود. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین حمایت اجتماعی ادراک شده ($P=0/001$, $F=30/053$) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد. بین کیفیت زندگی ($P=0/001$, $F=30/798$) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد. بین راهبردهای مقابله با استرس مسئله‌مدار ($P=0/030$, $F=5/543$)، هیجان‌مدار ($P=0/031$, $F=5/463$) و اجتنابی ($F=7/653$) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، خانوار، زنان، سرپرست، کیفیت زندگی، مقابله

مقدمه

برخی از عوامل چون طلاق، مهاجرت، مجردی و بیوگی موجب شکل‌گیری پدیده‌ای به نام زنان «سرپرست خانوار»^۱ می‌شود. پدیده سرپرستی خانوار، یک واقعیت اجتماعی است که امروز در تمام جوامع به چشم می‌خورد و به دلایل مختلف به وجود می‌آید (اروجلو و خدابخشی کولایی، ۱۳۹۵). زنانی که ازدواج کرده و جدا شده‌اند، گاهی اوقات به عنوان «سرپرست خانوار» نامیده می‌شوند، که یکی از محروم‌ترین گروه‌ها در سراسر جهان هستند. زنان بیکار و مطلقه اغلب در ادبیات نادیده گرفته می‌شوند و یا عمدتاً به عنوان موجود اجتماعی اقتصادی یا اجتماعی محصور می‌شوند؛ جنسیت آن‌ها به ندرت مورد توجه قرار می‌گیرد (نوتون-لوینسون، وینسکل، ابدلا، روبرت و استفنسون، ۲۰۱۴). در سال‌های اخیر شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود را بر دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانواده در جامعه معرفی می‌شوند (تاتینا بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۹۰). تغییرات ایجاد شده در جوامع در دهه‌های اخیر باعث تغییر ساختار خانواده شده است (فاهی، کیلی و پولک، ۲۰۱۲). این تغییرات ایجاد شده در ساختار خانواده، منجر به پذیرش استرس و مسئولیت بیش‌تر برای اداره زندگی توسط زنان شده است (شعبان‌زاده، زارع بهرام‌آبادی، حاتمی و زهراکار، ۱۳۹۲). زنان به‌عنوان نیمی از منابع انسانی در جوامع، علاوه بر اینکه موضوع و هدف توسعه هستند، عامل مؤثری در پیش‌برد اهداف توسعه نیز هستند. زنان بیش از مردان در معرض فقر و تبعیض جنسیتی قرار دادند. زنان سرپرست خانوار به‌واسطه عدم آشنایی با مهارت‌های اجتماعی، عدم دسترسی به منابع و در نتیجه کیفیت زندگی پایین و نیز با از دست دادن شبکه روابط و مسئولیت افراد تحت تکفل در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی و روانی قرار دارند (مومنی‌زاده، ۱۳۹۳).

هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند. همین رابطه بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی نیز دیده می‌شود (حسینی حاجی بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی برای زنان سرپرست خانوار می‌تواند سلامت اجتماعی بالاتری را برای آن‌ها به وجود آورد (همتی، مهدوی و بقایی-سرایبی، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی ادراک شده^۲ را تصورات افراد از انواع متفاوت حمایت که از طریق روابط متعدد فراهم می‌شود، تعریف کرده‌اند (سندرسون^۳، ۲۰۱۳؛ ترجمه جمهری و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج پژوهش حمیدی (۱۳۸۹) در این راستا نشان داد هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بیش‌تری بهره‌مند گردند، از میزان سلامت روانی بیش‌تری نیز برخوردار می‌شوند و احتمال بروز افسردگی و اضطراب در آنان کم‌تر خواهد شد. همچنین نتایج بیان‌گر نقش بیش‌تر حمایت خانواده در سلامت روانی زنان سرپرست خانواده بود. نصیری و عبدالملکی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند کاهش استرس رابطه بین حمایت ادراک شده خانواده و کیفیت زندگی معطوف به سلامت روان را در زنان سرپرست خانوار میانجی‌گری می‌کند.

کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار به دلیل مشکلات اجتماعی و اقتصادی در سطح پایین‌تری نسبت به زنان با سرپرست خانوار قرار دارد (کوارمی، هارالستد، هلسس، سروم و ناتویگ، ۲۰۰۹). کیفیت زندگی مجموعه‌ای است از رفاه و سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله فرد یا گروهی از افراد درک می‌شود و متأثر از عوامل متعددی است. یکی از این عوامل سرپرست خانوار و بر عهده گرفتن معیشت خانواده در نبود همسر به علت فوت، زندانی بودن و معتاد بودن وی است. آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی به کاهش کیفیت زندگی در زنان منجر می‌شود. در حقیقت فشار زندگی ناشی از تک سرپرستی به کاهش کیفیت زندگی در زنان منجر می‌شود. بنابراین شناخت مشکلات و موانع زندگی زنان سرپرست خانوار در کنترل مؤثر مشکلات آنان مهم است (صالحی، شعبانی همدان و صالحی، ۱۳۹۴). یافته‌های حاصل از پژوهش ریماز و همکاران (۱۳۹۳) حاکی از نیاز جدی به برنامه‌ریزی مسئولان ذی‌ربط در راستای مداخله‌های مؤثر و به تبع آن افزایش بهبود کیفیت زندگی در قشر آسیب‌پذیر زنان سرپرست خانوار است.

زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان به دلیل داشتن چند نقش مختلف به طور هم‌زمان مانند مدیریت امور خانه و تربیت و مراقبت از فرزندان به تنهایی و کار خارج از خانه با دست‌مزد کم‌تر با استرس، مسائل و مشکلات روانی بیش‌تری مواجه و در مقایسه با دیگر زنان از ظرفیت پایین‌تری برخوردار هستند (ویسانی و همکاران، ۱۳۹۳). افراد برای مقابله با استرس و رهایی از تنش‌های ناشی از آن به شیوه‌های مختلف رفتار می‌کنند. این نوع واکنش‌ها برای کاهش تنش و تهدیدهای ناشی از استرس را به اصطلاح راهبرد مقابله با

1. female heads of households

2. perceived social support

3. Sanderson

استرس^۱ گویند (بامهر و همکاران، ۲۰۱۵). همان‌طور که لازاروس و فولکمن^۲ ۱۹۸۴ توصیف کرده‌اند، مقابله به تلاش‌های فرد برای مدیریت ملزومات استرس‌زای یک موقعیت خاص، اشاره دارد (سندرسون، ۲۰۱۳؛ ترجمه جمهوری و همکاران، ۱۳۹۲). اندلر و پارکر^۳ ۱۹۹۰ سه سبک اصلی مقابله را متمایز می‌کنند: سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار^۴ شیوه‌هایی را توصیف می‌کنند که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاهش یا از بین بردن یک عامل استرس‌زا انجام دهد، محاسبه می‌کند. رفتارهای مسئله‌مدار شامل جستجوی اطلاعات بیش‌تر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام‌هایی برای کانون توجه قرار دادن مسئله می‌شود. برعکس، سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار^۵ شیوه‌هایی را توصیف می‌کنند که براساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاشش را متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خود می‌کند. واکنش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل گریه کردن، عصبانی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتارهای عیب‌جویانه، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی است. سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی^۶ مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است که هدف آن‌ها اجتناب از موقعیت استرس‌زا است. رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن به یک فعالیت جدید و درگیر شدن با آن یا روی آوردن به اجتماع و دیگر افراد ظاهر شود (شکری و همکاران، ۱۳۸۷). یافته‌های پژوهش اعظم‌زاده و تافته (۱۳۹۴) نشان داد که موانع شادمانی به شیوه‌های گوناگون در زندگی اجتماعی این گروه مداخله می‌کند و در نهایت نیز منجر به طردی خود خواسته و تحمیلی در زندگی زنان سرپرست خانوار می‌شود. شرایط نامناسب گذشته و حال و پیش‌بینی آشفته از آینده‌ای مبهم، بستری را برای کاهش احساس شادمانی فراهم آورده، راهبردهای مقابله‌ای را در قالب احساس نابرابری، افسردگی و فشار روحی و روانی شکل داده و به احساس بی‌انصافی در مورد خود و طرد اجتماعی منجر شده است.

خانواده یک نهاد اجتماعی اولیه و حیاتی است که تثبیت و تضمین سلامت فرد و بقای جامعه در این کانون شکل می‌گیرد (منول و همکاران، ۲۰۱۵). فرد نه تنها از نظر جسمی و زیستی بلکه از نظر عاطفی-روانی و شخصیتی نیز تحت تأثیر خانواده قرار دارد؛ چرا که خانواده جایگاهی است که فرد می‌تواند با تکمیل شخصیت خویش آماده پذیرش نقش‌های اجتماعی گردد (عنایت و یعقوبی دوست، ۱۳۹۱). خانواده، به عنوان یکی از نهادهای مهم در هر جامعه‌ای به خصوص در جامعه ایران، محسوب می‌شود. در صورتی که خانواده از عملکرد مناسبی برخوردار باشد، اعضای آن نیز از سلامت و بهزیستی مطلوبی برخوردار خواهند بود (روستیت، چایکس و چاوین، ۲۰۰۷؛ ترودل و گالدفار، ۲۰۱۰). هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده پدید نمی‌آید. به همین دلیل، هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند مگر آنکه از خانواده‌ای سالم برخوردار باشد. در حقیقت خانواده می‌تواند هم به عنوان منبع فشار روانی و هم به عنوان محلی برای حمایت از افراد درون آن باشد (باباپور خیرالدین و بهاورنیا، ۱۳۹۱). از آنجا که زنان سرپرست خانوار به دلایلی چون طلاق، فوت، اعتیاد و از کارافتادگی همسر، جزء اقشار آسیب‌پذیر جامعه به‌شمار می‌روند (شیخ‌الاسلامی، قمری کیوی و محمدی، ۱۳۹۵)، لذا مطالعه این قشر از جامعه آن در زمینه متغیرهایی چون حمایت ادراک شده، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس در زنان اهمیت بسیاری دارد و لذا مطالعه حاضر به منظور مقایسه حمایت ادراک شده، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس بین زنان سرپرست خانوار و غیر سرپرست خانوار صورت‌بندی گردید تا از این طریق به سوال پژوهشی زیر پاسخ دهد:

– آیا بین حمایت ادراک شده، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس بین زنان سرپرست خانوار و غیر

سرپرست خانوار، تفاوتی وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان سرپرست خانوار (مطلقه) تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره) شهر کرج به تعداد ۳۹۷۱ نفر و همچنین زنان غیرسرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی(ره) شهر کرج به تعداد ۴۸۶۵ نفر در سال ۱۳۹۶ بود که از میان آن‌ها بر طبق جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) دو گروه ۱۵۷ نفره به روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۳۰ تا ۴۵ سال؛ داشتن حداقل یک فرزند؛ عدم سوءمصرف به مواد مخدر و داورهای روان‌گردان و نداشتن اختلال‌های روان‌پزشکی خاص بر اساس پرونده آن‌ها در کمیته

1. coping styles with stress

2. Lazarus & Fulkman

3. Endler & Parker

4. problem-focused coping

5. emotion-focused coping

6. avoidance coping

امداد امام خمینی(ره) و سرپرستی خانوار به مدت زمان حداقل ۶ ماه و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن سابقه ازدواج فامیلی و سابقه بیش از یک ازدواج، داشتن تحصیلات پایین‌تر از مقطع راهنمایی و سوء مصرف به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و داشتن اختلال‌های روان‌پزشکی خاص بر اساس پرونده آن‌ها در کمیته امداد امام خمینی(ره) بود.

ابزارهای پژوهش

مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده^۱: برای ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از مقیاس چند وجهی حمایت ادراک ادراک شده زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) استفاده گردید. این ابزار خود گزارش‌دهی برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی آزمودنی طراحی و شامل ۱۲ سوال است که در یک طیف لیکرت رتبه‌بندی شده است. زیمت، پاول، فارلی، ورکمن و برکوف (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ در نمونه‌های غیربالینی و روایی مطلوبی را گزارش کرده‌اند. در این پژوهش برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار استفاده شد که ضرایب برای حمایت خانواده ۰/۸۴، دوستان ۰/۸۴، دیگران ۰/۷۰ و کل پرسشنامه ۰/۸۸ به‌دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه^۲: برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت دارای ۲۶ سوال بوده و ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را در حیطه ۲۴ سوال می‌سنجد. دو سوال نیز به هیچ یک از این حیطه‌ها تعلق ندارند و کیفیت زندگی را به شکل کلی می‌سنجند. در پژوهش نجات و همکاران (۱۳۸۵) مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به‌دست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می‌تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. بنابراین، نتایج به‌دست آمده حاکی از روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار است. در این پژوهش برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار استفاده شد که ضرایب برای سلامت جسمی ۰/۶۹، روانی ۰/۷۳، اجتماعی ۰/۸۰، محیط ۰/۷۴، سلامت عمومی ۰/۷۵ و کل پرسشنامه ۰/۸۹ به‌دست آمد.

پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا^۳: پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) نقل از اندلر و پارکر، (۱۹۹۴) شامل ۴۸ سوال است که مقابله مسئله‌مدار، مقابله هیجان‌مدار و مقابله اجتنابی را در یک طیف لیکرت از هرگز = ۱ تا خیلی زیاد = ۵ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اندلر و پارکر (۱۹۹۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۹۲ تا ۰/۷۶ و همبستگی خرده‌مقیاس‌های این ابزار را با پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا مقابله ویژه موقعیت را به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در این پژوهش برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ زنان سرپرست خانوار و زنان غیرسرپرست خانوار استفاده شد که ضرایب برای مقابله مسئله‌مدار ۰/۷۱، هیجان‌مدار ۰/۷۵، مقابله اجتنابی ۰/۸۰ و کل پرسشنامه ۰/۹۰ به‌دست آمد.

روش اجرا

پس از کسب مجوز و مراجعه به کمیته امداد اهداف پژوهش به‌صورت یکسان برای هر دو گروه بیان و پس از اعلام رضایت آن‌ها، دستورالعمل‌ها در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه شد. پرسشنامه‌ها در پاکت‌هایی به شرکت‌کننده‌ها تحویل و در همان پاکت‌ها بازپس گرفته می‌شد. بدین ترتیب شرایط یکسانی برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها برای همه فراهم شد. فرایند جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ۱۰ روز کاری به طول انجامید. در پژوهش حاضر موازین اخلاقی شامل تضمین حریم خصوصی مربوط به ناشناس ماندن و رازداری نیز رعایت شد.

۱. multidimensional scale of perceived social support

۲. World Health Organization quality of life-brief

۳. coping inventory for stressful situations

یافته‌ها

در این مطالعه از تحلیل واریانس چند متغیره برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. در این بخش ابتدا پیش فرض‌هایی که برای آزمون فوق نیاز است به طور موشکافانه بررسی شد. نتیجه آزمون کلموگراف اسمیرنوف برای طبیعی بودن توزیع نمرات نشان داد که سطح معناداری در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است. با توجه به سطح معناداری و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها در بیش‌تر مؤلفه‌ها و متغیرها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد. نتیجه آزمون چولگی و کشیدگی برای نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ‌یک از مؤلفه‌های پژوهش حاضر خارج از محدوده ± 2 نیست. براین اساس می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که توزیع داده‌های مربوط به آن‌ها نرمال است. نتایج آزمون لوین نشان داد که چون سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، بنابراین دو گروه زنان سرپرست خانوار و غیر سرپرست خانوار از نظر واریانس تفاوت معناداری ندارند و این نشان‌دهنده تساوی بین واریانس‌های دو گروه است. نتایج آزمون باکس مبنی بر همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نشان داد سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود، بنابراین داده‌های پژوهش فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سؤال نبرده است؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است.

جدول ۱. خلاصه آزمون‌های چندمتغیری حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار

منبع تغییر	آزمون‌ها	مقادیر	F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
گروه	ردگیری پیلای	۰/۶۴۴	۹/۶۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۹۸۷
	ویلکز لامبدا	۰/۳۵۶	۹/۶۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۹۸۷
	ردگیری هوتلینگ	۱/۸۱۱	۹/۶۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۹۸۷
	بزرگترین ریشه روی	۱/۸۱۱	۹/۶۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۰/۹۸۷

با توجه به جدول ۱ و مقدار ویلکز لامبدا (۰/۳۵۶) و F محاسبه شده (۹۰/۶۶۱) می‌توان گفت بین حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) بین زنان سرپرست خانوار و غیر سرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه اثرات بین آزمودنی متغیرهای پژوهش به صورت تفکیکی با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیره در متن مانوا در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج واریانس تک متغیره در متن مانوا حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) بین زنان سرپرست خانوار و غیر سرپرست خانوار

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
خانواده	۲۸/۸۰۰	۱	۲۸/۸۰۰	۱۸/۳۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰۵	۰/۹۸۲
دوستان	۴۵/۰۰۰	۱	۴۵/۰۰۰	۱۳/۴۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۳	۰/۹۷۲
دیگران	۲۰/۰۰۰	۱	۲۰/۰۰۰	۳۰/۰۳۱	۰/۰۰۲	۰/۴۲۷	۰/۹۳۴
نمره کل	۲۷۳/۸۰۰	۱	۲۷۳/۸۰۰	۳۰/۰۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۲ نشان داد که بین حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان گفت که بین حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد به این صورت که حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) در زنان سرپرست خانوار پایین‌تر از زنان غیرسرپرست خانوار است.

جدول ۳. خلاصه آزمون‌های چندمتغیری کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و عمومی کلی) بین زنان سرپرست خانوار و غیر سرپرست خانوار

منبع تغییر	آزمون ها	مقادیر	F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
گروه	ردگیری پیلای	۰/۷۵۳	۸/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۳	۰/۹۹۴
	ویلکز لامبدا	۰/۲۴۷	۸/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۳	۰/۹۹۴
	ردگیری هوتلینگ	۳/۰۴۹	۸/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۳	۰/۹۹۴
	بزرگترین ریشه روی	۳/۰۴۹	۸/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۳	۰/۹۹۴

با توجه به جدول ۳ و مقدار ویلکز لامبدا (۰/۲۴۷) و F محاسبه شده (۸/۵۳۷) می‌توان گفت بین کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و عمومی کلی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه اثرات بین آزمودنی متغیرهای پژوهش به صورت تفکیکی با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیره در متن مانوا در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج واریانس تک متغیره در متن مانوا حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
جسمی	۵۷/۸۰۰	۱	۵۷/۸۰۰	۵/۷۱۶	۰/۰۲۸	۰/۲۴۱	۰/۶۱۹
روانی	۱۶۸/۲۰۰	۱	۱۶۸/۲۰۰	۸/۹۱۵	۰/۰۰۸	۰/۳۳۱	۰/۸۱۶
اجتماعی	۲۰/۰۰۰	۱	۲۰/۰۰۰	۱۶/۵۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸	۰/۹۷۰
محیط	۱۴۰/۴۵۰	۱	۱۴۰/۴۵۰	۶/۴۴۸	۰/۰۲۱	۰/۲۶۴	۰/۶۷۱
عمومی کلی	۱۱/۲۵۰	۱	۱۱/۲۵۰	۱۱/۴۴۱	۰/۰۰۳	۰/۳۸۹	۰/۸۹۲
نمره کل کیفیت زندگی	۱۶۲۰/۰۰۰	۱	۱۶۲۰/۰۰۰	۳۰/۷۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۴ نشان داد که بین کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و عمومی کلی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان گفت که بین کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و عمومی کلی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد به این صورت که کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و عمومی کلی) در زنان سرپرست خانوار پایین‌تر از زنان غیر سرپرست خانوار است.

جدول ۵. خلاصه آزمون‌های چندمتغیری راهبردهای مقابله (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار

منبع تغییر	آزمون ها	مقادیر	F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
گروه	ردگیری پیلای	۰/۶۳۷	۹/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۸۴
	ویلکز لامبدا	۰/۳۶۳	۹/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۸۴
	ردگیری هوتلینگ	۱/۷۵۶	۹/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۸۴
	بزرگترین ریشه روی	۱/۷۵۶	۹/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۷	۰/۹۸۴

با توجه به جدول ۵ و مقدار ویلکز لامبدا (۰/۳۶۳) و F محاسبه شده (۹/۳۶۳) می‌توان گفت بین راهبردهای مقابله (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه اثرات بین آزمودنی متغیرهای پژوهش به صورت تفکیکی با استفاده از تحلیل واریانس تک متغیره در متن مانوا در جدول ۵ آمده است.

جدول ۶. نتایج واریانس تک متغیره در متن مانوا راهبردهای مقابله (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
مسئله‌مدار	۱۴۰/۴۵۰	۱	۱۴۰/۴۵۰	۵/۵۴۳	۰/۰۳۰	۰/۲۳۵	۰/۶۰۶
هیجان‌مدار	۱۳۰/۰۵۰	۱	۱۳۰/۰۵۰	۵/۴۶۳	۰/۰۳۱	۰/۲۳۳	۰/۵۹۹
اجتنابی	۱۳۵/۲۰۰	۱	۱۳۵/۲۰۰	۷/۶۵۳	۰/۰۱۳	۰/۲۹۸	۰/۷۴۴

نتایج جدول ۶ نشان داد که بین راهبردهای مقابله (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان گفت که بین راهبردهای مقابله با استرس (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که راهبرد مقابله مسئله‌مدار در زنان سرپرست خانوار پایین‌تر از زنان غیر سرپرست خانوار است. درحالی‌که راهبردهای مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی در آنان بالاتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد به این صورت که حمایت ادراک شده (خانواده، دوستان و دیگران) در زنان سرپرست خانوار پایین‌تر از زنان غیرسرپرست خانوار است. بین کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و عمومی کلی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد به این صورت که کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و عمومی کلی) در زنان سرپرست خانوار پایین‌تر از زنان غیر سرپرست خانوار است. بین راهبردهای مقابله با استرس (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) بین زنان سرپرست خانوار و غیرسرپرست خانوار تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که راهبرد مقابله مسئله‌مدار در زنان سرپرست خانوار پایین‌تر از زنان غیر سرپرست خانوار است. درحالی‌که راهبردهای مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی در آنان بالاتر است. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های اعظم‌زاده و تافته (۱۳۹۴)، حسینی حاجی بکنده و تقی‌پور (۱۳۸۹)، حمیدی (۱۳۸۹)، ریماز و همکاران (۱۳۹۳)، شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۵)، صالحی و همکاران (۱۳۹۴)، نصیری و عبدالملکی (۱۳۹۵)، همتی و همکاران (۱۳۹۲)، ویسانی و همکاران (۱۳۹۳) هم راستاست.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت زنان سرپرست خانواده زنانی‌اند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را بر عهده دارند. آن‌ها علاوه بر تعلیم و تربیت فرزندان خود، مسئولیت‌های مراقبتی و نگهداری از خانواده را نیز عهده دارند. در نتیجه در معرض آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی بیشتری قرار دارند (جمالی، سپاه منصور، فلاحیان، ۱۳۹۲). از آنجایی که زنان سرپرست خانواده، علاوه بر وظایف مادری مانند مراقبت و تربیت فرزندان و انجام امور خانگی، نقش اقتصادی خانواده را نیز برعهده دارند، ملزم به اشتغال بیرون از خانه‌اند و چون از اشتغال و درآمد مناسب و کافی برخوردار نخواهند شد و در عین حال، نقش‌های زن و مرد را به طور هم‌زمان ایفا می‌کنند، تا حدودی نوع و میزان استرس آنان از تجربه مردان متفاوت است. مسئله ایفای نقش در بین زنان سرپرست خانواده سبب می‌شود این زنان دچار تعارض نقش شوند. با پذیرش نقش‌های پدر توسط مادر از یک سو، جامعه شاهد کاستی، یا اختلال یا تعارض نقش توسط مادر است، زیرا مادر برای برخی از این نقش‌ها جامعه‌پذیر نشده و از سوی دیگر شاهد فشار نقش‌ها بر مادر است. زیرا این امر او را از نظر عاطفی دچار مشکل می‌سازد. نبود همسر و انتقال نقش‌های او به زن موجب نابسامانی در ایفای نقش‌ها و کارکردهای خانواده و همچنین ناکامی در برخی نیازهای اساسی مانند نیاز عاطفی و جنسی می‌شود. آسیبی که قبل از هر فرد دیگر، معطوف به زنان است و مشکلاتی را برای زن ایجاد می‌کند که به تبع آن، دچار مشکلات روانی و روابط انسانی می‌گردد.

این امر در جامعه‌پذیری و روابط اجتماعی وی اثرات سو داشته و باعث مشکلات روانی شده و موجب می‌شود خود را فردی تنها احساس کند تا حدی که در حوزه ارتباطی خود افراد زیادی را نبیند، سرمایه ارتباطی و امنیت ارتباطی نداشته و دارای توان ضعیفی در ارتباطات اجتماعی خود گردد (آقابخشی، صداقتی فرد و وحید، ۱۳۸۹). خانواده مهمترین نهاد اجتماعی است که نقش اصلی سازندگی جوامع و سلامتی آن را تضمین می‌نماید. در خانواده‌هایی که به دلایل متعددی زنان عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می‌گردند، نقش حمایتی خانواده، دوستان و سازمان‌های ذیربط در تحقق عدالت اجتماعی و پیش‌گیری از آسیب‌های خانوادگی و اجتماعی بسیار بارز و پراهمیت می‌گردد (حمیدی، ۱۳۸۹). حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌باشد و زنان سرپرست خانوار به دلیل مسئولیت‌ها و فشارهای زیاده‌تری که نسبت به زنان غیر سرپرست خانوار دارند، نیاز به حمایت اجتماعی بیشتری دارند، آن‌ها معمولاً برای به دوش کشیدن بار زندگی کمکی را از دیگران دریافت نمی‌کنند و در صورتی که کار نکنند زندگی آن‌ها مختل می‌شود و کسی به داد آن‌ها نمی‌رسد، در حقیقت فقدان حمایت اجتماعی مناسب بوده که آنان را در وضعیت سرپرست خانواری قرار داده است. زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از جهت عاطفی و روانی دارای مشکل بوده و اضطراب و استرس بیشتر و در نتیجه نوسانات خلقی زیادی را تجربه می‌کنند که این امر نحوه ی روابط او با دیگران را تحت تاثیر قرار دهد و سبب گردد حمایت اجتماعی پایین تری را دریافت کنند (فولادچنگ، حسن نیا، ۱۳۹۴). هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بیشتری بهره‌مند گردند، از میزان سلامت روانی بیش تری نیز برخوردار می‌شوند و احتمال بروز افسردگی و اضطراب در آنان کم‌تر خواهد شد. همچنین شواهد پژوهشی، بیان‌گر نقش بیش‌تر حمایت خانواده در سلامت روانی زنان سرپرست خانواده است (حمیدی، ۱۳۸۹). زنان سرپرست خانواده هم از حیث مادی و هم از حیث روانی-عاطفی دچار مشکل می‌شوند و استرس و اضطراب بیش‌تری را تجربه می‌کنند (برانون، ۲۰۱۶).

راهبرد مؤثر کنار آمدن به افراد امکان می‌دهد که استرس را در حد تعادل نگاه دارند و بدون آسیب‌های جسمی و روانی شدید به زندگی ادامه دهند. در حقیقت مقابله فرایندی برای از بین بردن ناهماهنگی ادراک شده بین انتظارات و منابع فرد یا به عبارتی شامل تلاش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری فرد است که هنگام مواجه شدن با استرس برای غلبه، تحمل یا کاهش انتظارات درونی یا بیرونی و تعارض بین این انتظارات به کار گرفته می‌شود (یانز و همکاران، ۲۰۱۵). در حقیقت این خود استرس نیست که باعث اختلال‌های روانی یا جسمانی می‌شود، بلکه راهبردهای مقابله با آن است که می‌تواند موجب بیماری در فرد می‌شود. بنابراین چگونگی مقابله با شرایط استرس‌زا، کلید عوارض مثبت یا منفی روانی، جسمی، و رفتاری ناشی از آن است (مسعودنیا، ۱۳۹۴). لازاروس ۱۹۷۹، معتقد است راهبردهای مقابله‌ای پنج وظیفه‌اند دارند. کنار آمدن واقع‌گرایانه با مشکل، عمل کردن در جهت سازگاری با وقایع منفی، حفظ تصور مثبت از خود، حفظ تعادل هیجانی و روابط رضایت‌بخش با دیگران (درخشان، کربلایی محمد میگونی و صیرفی، ۱۳۹۵). مقابله هیجان‌مدار اغلب برای کنار آمدن با موقعیت‌هایی به کار می‌رود که چاره‌ای جز پذیرش آن‌ها نیست. با این حال بیش‌تر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مقابله هیجان‌مدار با سازگاری منفی همراه است. پرهیز از اندیشیدن به رویدادی آسیب‌زا حتی مانع از این می‌شود که افراد این تجربه را درک کنند و سرانجام با آن کنار بیایند. تلاش عمدی برای پرهیز از اندیشیدن به رویدادهای منفی، بسیار دشوار و نیازمند تلاش زیادی است. و منجر به برانگیختگی جسمی مزمن می‌شود، تکیه بر این راهبرد مقابله‌ای کاهش فعالیت ایمن سلولی را در پی دارد. به‌طور کلی، انکار مشکلات یا اجتناب از اندیشیدن به مشکلات در واقع ممکن است به بهزیستی روانی و جسمانی آسیب برساند (سندرسون، ۲۰۱۳؛ ترجمه جمهری و همکاران، ۱۳۹۲).

در یک جمع‌بندی، زنان غیرسرپرست خانواده نسبت به زنان سرپرست خانواده، از حمایت‌های سرپرست خانواده برخوردار هستند و مسئولیت‌های کم‌تری نیز دارند. این حمایت‌ها آن‌ها را قادر می‌سازند تا نقش خود را بهتر و با موفقیت بیش‌تری ایفا کنند، و همچنین فرصت بیش‌تری برای وقت گذاشتن برای خود و برقراری ارتباط با دیگران و جلب حمایت آن‌ها دارند ولی زنان سرپرست خانوار اغلب مشغولیت ذهنی راجع به اداره زندگی دارند و فرصت داشتن رابطه محبت‌آمیز که حمایت اجتماعی را به دنبال می‌آورد ندارند، در نتیجه احساس حمایت ادراک شده پایین تری خواهند داشت. همچنین محیط زندگی زنانی که دارای سرپرست هستند به گونه‌ای است که برقراری تعامل و ارتباطات اجتماعی لازم را تسهیل می‌کند و بدین طریق به آن‌ها کمک می‌کند تا حمایت اجتماعی بیش‌تری را دریافت کنند (کاشانی‌نیا و علیا، ۱۳۸۸). زنان سرپرست خانواده از نظر روانی، اجتماعی و اقتصادی آسیب‌پذیرتر از دیگر زنان‌اند و مشکلات روان‌شناختی بیش‌تری را تجربه می‌کنند. نگرش منفی افراد جامعه به این زنان باعث می‌شود در معرض خطرپذیری اجتماعی و روانی بیش‌تری قرار گیرند و کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه کنند. زنان سرپرست خانواده نقش‌های مختلف و هم‌زمانی به عهده

دارند که گاهی این نقش‌ها با یکدیگر در تعارض هستند و فرد را دچار خستگی و فرسودگی می‌کند و آن‌ها را مستعد اختلال‌های روانی می‌نماید و کیفیت زندگی را در آن‌ها دچار کاستی می‌گرداند. مانند اداره امور خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان، تأمین هزینه‌های زندگی که استرس و فشارهای روانی زیادی را به زنان سرپرست خانواده تحمیل می‌کند و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین زنان سرپرست خانواده علاوه بر رویارویی با مشکلات اقتصادی با برخی فشارهای منفی اجتماعی همچون نگرش منفی به زنان بیوه و مطلقه روبرو هستند که در کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، ویژگی اصلی سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی، پرهیز از حل مشکلات و اجتناب از مواجهه با عامل استرس‌زاست. به نظر می‌رسد با توجه به اینکه زنان سرپرست خانوار مشغله بیش‌تری را نسبت به زنان غیر سرپرست خانوار دارند، در مواجهه با عوامل استرس‌زا بیش‌تر ترجیح می‌دهند از آن اجتناب کنند، این امر می‌تواند حاصل درگیری بیش‌تر آن‌ها باشد، زیرا آن‌ها به دلیل این‌که درگیر در مسائل عدیده‌ای هستند، ترجیح می‌دهند تا حد امکان از مسائل استرس‌زا دوری کنند یا هیجان‌مدارانه مانند گریه کردن در حضور دیگران در پی جذب حمایت دیگران رفتار کنند.

برخی از محدودیت‌ها سبب می‌شود تا تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش با احتیاط بیش‌تری انجام شود. از آنجا که پژوهش به‌صورت مقطعی انجام شده محدودیت‌هایی را در زمینه تفسیرها و اسنادهای علت‌شناسی متغیرهای مورد بررسی، مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شوند. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با طرح طولی جهت استنباط رابطه علت و معلولی در مورد متغیرهای این پژوهش صورت گیرد.

منابع

- اروجلو، شهلا، و خدابخشی کولایی، آناهیتا. (۱۳۹۵). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و امید زنان سرپرست خانوار با تمایل یا عدم تمایل به ازدواج مجدد. *مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (سلامت اجتماعی)*، ۳(۲)، ۱۱۰-۱۰۱.
- اعظم‌زاده، منصوره، و تافته، مریم. (۱۳۹۴). روایت زنان سرپرست خانوار از موانع شادمانی (مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار تهران). *مطالعات زن و خانواده*، ۳(۲)، ۶۰-۳۳.
- آقابخشی، حبیب‌اله، صداقتی فرد، مجتبی، و وحید، آرزو. (۱۳۸۹). مطالعه وضعیت بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر فوت شده کمیت‌ه امداد امام خمینی (ره) و بررسی مقایسه‌ای آن در سال ۱۳۸۹. *پژوهش اجتماعی*، ۳(۸)، ۴۲-۱۹.
- باباپور خیرالدین، جلیل، و بهاوردینا، الناز. (۱۳۹۱). مقایسه انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده‌های دارای عضو بیمار مبتلا به ایدز با خانواده‌های جمعیت عمومی. *مجله فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳(۱۱)، ۶۰-۴۳.
- تاتینا بلداجی، ام لیل، فروزان، آمنه، و رفیعی، حسین. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی و زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. *مجله رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۰)، ۲۸-۹.
- جمالی، محمود، سپاه منصور، مژگان، و فلاحیان، معصومه. (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست. *نشریه زن در توسعه و سیاست*، ۱۱(۴)، ۵۴۲-۵۳۱.
- حسینی حاجی بکنده، سیداحمد، و تقی‌پور، ملیحه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *پژوهش اجتماعی*، ۳(۷)، ۱۵۸-۱۳۹.
- حمیدی، فریده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی. *روان‌شناسی نظامی*، ۱(۲)، ۶۰-۵۱.
- درخشان، اعظم، کربلایی محمد میگونی، احمد، و صیرفی، محمدرضا. (۱۳۹۵). مقایسه افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، سرکوب فکر و سبک‌های مقابله‌ای در همسران بیماران دچار اسکیزوفرنی و همسران افراد عادی. *فصل‌نامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۳) پیاپی ۳۹، ۳۸۶-۳۶۷.
- ریماز، شهناز، دستورپور، مریم، و صالی آذرشربانی، سمیرا، ساعی پور، نرگس، بیگی، زهرا، و نجات، سحرناز. (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی/ایران*، ۱۰(۲)، ۵۵-۴۸.

سندرسون، کاترین، ای. (۱۳۹۲). روان‌شناسی سلامت. ترجمه فرهاد جمهری، فرحناز مسچی، شیدا سوداگر، فرزین مرادی‌منش، محمد بیاضی، افسانه صبحی، اسماعیل خیرجو، فرهاد هژیر و علی اکبر ثمری. کرج. انتشارات سرفراز. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).

شعبان‌زاده، افسانه، زارع بهرام آبادی، مدی، حاتمی، حمیدرضا، و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۲). بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار. فصل‌نامه زن و جامعه، ۴(۴)، ۲۰-۱. شکر، امید، تقی‌لو، صادق، گراوند، فریبرز، پاییزی، مریم، مولایی، محمد، عبدالله پور، محمد آزاد، و اکبری، هادی. (۱۳۸۷). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا. تازه‌های علوم شناختی، ۱۰(۳)، ۲۲-۳۳.

شیخ‌الاسلامی، علی، قمری کیوی، حسین، و محمدی، نسیم. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی بر خودکارآمدی ادراک شده زنان سرپرست خانوار تحت سرپرستی کمیته امداد امام خمینی (ره). فصل‌نامه مددکاری اجتماعی، ۵(۲)، ۱۹-۱۳. صالحی، مهناز، شعبانی همدان، مرضیه، و صالحی، مسعود. (۱۳۹۴). بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بهزیستی استان تهران. مجله ره آورد سلامت، ۱(۱)، ۱۰-۱.

عنایت، حلیمه، و یعقوبی دوست، محمود. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین تعارض زناشویی با خشونت خانگی نسبت به دختران. مجله زن و جامعه، ۳(۳)، ۳۰-۱.

فولادچنگ، محبوبه، و حسن نیا، سمیه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر شادکامی و خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار. فصل‌نامه زن و جامعه، ۵(۴)، ۸۹-۱۰۶.

کاشانی‌نیا، زهرا، و علیا، زهرا. (۱۳۸۸). عوامل استرس‌زا و رابطه آن با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده. تهران: مجموعه مقالات دومین همایش توان‌مندسازی و توان‌افزایی زنان سرپرست خانواده.

مسعودنیا، ابراهیم. (۱۳۹۴). تاثیر آسیب‌پذیری ادراک شده بر راهبردهای مقابله‌ای دانشجویان در موقعیت‌های استرس‌زا ارزیابی مدل باور سلامتی. نشریه روان‌پرستاری، ۳(۳)، ۷۵-۶۳.

مؤمنی‌زاده، ندا. (۱۳۹۳). تحلیل مقایسه‌ای درخصوص زنان سرپرست خانوار. مجله اقتصادی (دو ماهنامه بررسی مسائل و سیاست‌های اقتصادی)، ۱۴(۳ و ۴)، ۹۵-۱۲۰.

نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کوروش، محمد، کاظم، و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱۲-۱.

نصیری، فخر السادات، و عبدالملکی، شویر. (۱۳۹۵). تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی با نقش میانجی استرس ادراک شده در زنان سرپرست خانوار شهر سمنان. مجله جامعه‌شناسی کاربردی، ۴(۶۴)، ۹۹-۱۱۶.

ویسانی، یوسف، دل پیشه، علی، سایه میری، کورش، شهبازی، نسرین، نادری، زهرا، و سهراب نژاد، علی. (۱۳۹۳). ارتباط کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با وضعیت اقتصادی-اجتماعی آنان. فصل‌نامه مددکاری اجتماعی، ۳(۱)، ۲۷-۳۳.

همتی، الهام، مهدوی، محمدصادق، و بقایی‌سرای، علی. (۱۳۹۲). تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن. پژوهش اجتماعی، ۶(۱۸)، ۴۵-۶۱.

Bamuhair, S. S., Al Farhan, A., Althubaiti, A., Agha, S., Rahman, S., & O. Ibrahim, N. (2015). Sources of Stress and Coping Strategies among Undergraduate Medical Students Enrolled in a Problem-Based Learning Curriculum. *Journal of Biomedical Education*, 1(2), 10-24

Brannon, L. (2016). *Gender: psychological perspectives*. Taylor & Francis.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50-60.

Fahey, T., Keilthy, P., & Polek, E. (2012). *Family Relationships and Family Well-Being: A Study of the Families of Nine Year-Olds in Ireland*. Published by University College Dublin and the Family Support Agency, Dublin.

- Krejcie, R.V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kvarme, L. G., Haraldstad, K., Helseth, S., Sørum, R., & Natvig, G. K. (2009). Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-12.
- Manwell, L.A., Barbic, S.P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*, 5(6), e007079.
- Newton-Levinson, A., Winskell, K., Abdela, B., Rubardt, M., & Stephenson, R. (2014). 'People insult her as a sexy woman': sexuality, stigma and vulnerability among widowed and divorced women in Oromiya, Ethiopia. *Cult Health Sex*, 16(8), 916-930.
- Roustit, C., Chaix, B., & Chauvin, P. (2007). Family breakup and adolescents' psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions. *Pediatrics*, 120(4), 984-991.
- Trudel, G., & Goldfarb, M.R. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologist*, 19(3), 137-142.
- Yanez, B., Bustillo, N. E., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Dahn, J., Kava, B., & Penedo, F. J. (2015). The importance of perceived stress management skills for patients with prostate cancer in active surveillance. *Journal of behavioral medicine*, 38(2), 214-223.