

## بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران

افسانه شعبان زاده<sup>۱\*</sup>، مهدی زارع بهرام آبادی<sup>۲</sup>، حمیدرضا حاتمی<sup>۳</sup>، کیانوش زهراکار<sup>۴</sup>

### چکیده

این پژوهش به منظور بررسی رابطه سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار انجام گرفت. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ زن سرپرست خانوار منطقه ۱۶ شهر تهران بود که به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سبک‌های مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا، مقیاس حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری ضریب همبستگی و رگرسیون استفاده شد. یافته‌ها بیانگر رابطه معنادار میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی بود. در میان مؤلفه‌های سبک‌های مقابله، مؤلفه مسأله‌مداری و مؤلفه اجتنابی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و مؤلفه هیجان‌مداری با کیفیت زندگی همبستگی منفی داشت. هم‌چنین میان مؤلفه‌های حمایت اجتماعی (به جز حمایت دوستان) با کیفیت زندگی رابطه معنادار مشاهده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای سبک مقابله هیجان‌مدار، حمایت خانواده و سبک مقابله اجتنابی قادر به پیش‌بینی واریانس کیفیت زندگی بودند. نتایج نشان داد که توانایی مقابله با رویدادهای استرس‌زا بویژه از طریق مقابله اجتنابی و برخورداری از حمایت خانواده می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. هم‌چنین هیجان‌مداری تأثیر منفی بر کیفیت زندگی دارد.

**واژه‌های کلیدی:** سبک‌های مقابله با استرس، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، زنان سرپرست خانوار

<sup>۱</sup> - دانشجوی کارشناسی ارشد

<sup>۲</sup> - استادیار مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی

<sup>۳</sup> - استادیار دانشگاه جامع امام حسین (ع)

<sup>۴</sup> - استادیار دانشگاه خوارزمی

\* نویسنده مسئول مقاله: afsaneh.shabanzadeh@yahoo.com

## پیشگفتار

تغییرهای ایجاد شده در جوامع در دهه‌های اخیر باعث تغییر ساختار خانواده، پذیرش مسئولیت بیش‌تر و استرس بیش‌تر برای اداره زندگی توسط زنان شده است. مواردی از قبیل فوت یا جدایی از همسر نیازمند سازگاری مجدد هستند (Coyne, 2003). بر اساس آمارهای موجود، سرپرستی ۹.۴٪ از خانوارهای ایرانی برعهده زنان است. زنان سرپرست به علت وجود مشکلاتی که در زمینه سرپرستی دارند جزء اقشار آسیب‌پذیر جامعه بشمار می‌روند (Nazoktabar and Aliabadi, 2011). از جمله مشکلاتی که زنان سرپرست خانوار با آن مواجه هستند وضعیت بد اقتصادی است که این امر خود باعث نگرانی درباره آینده خود و فرزندانشان می‌شود (Coyne, 2003). این زنان به علت برخورداری از تحصیل و مهارت‌های فنی و آموزشی کم‌تر نسبت به سایر زنان حتی در صورت فعالیت اقتصادی در مشاغل با مزد کم مشغول به کار می‌شوند (Mc Coven, 1990; Chant, 1997). این گروه از زنان نه تنها در فقر زندگی می‌کنند، بلکه به واسطه عقاید و سنت‌های موجود در جامعه مورد قضاوت قرار می‌گیرند. آنها در کشمکش با فرهنگ مرد سالاری جامعه می‌باشند و این شرایط هنگامی دشوارتر می‌شود که زنان بدون حضور هیچ مردی سرپرستی خانواده را برعهده می‌گیرند (Habib, 2010). هم‌چنین فرزندان خانواده‌های زن سرپرست به احتمال بیش‌تری دچار مشکل‌های رفتاری و اجتماعی می‌شوند و از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به فرزندان خانواده‌های برخوردارند (Lipman, 2005; Kvarme, Haraldstad, Helseth, Sorum, Natvig, 2009). این گروه از زنان سطوح بالاتری از آسیب‌پذیری و استرس را نشان می‌دهند (Mullins et al, 2011). زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر با استرس بیش‌تری برای اداره زندگی روبه‌رو می‌شوند. شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی‌های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به طور روزانه سبب استرس و پریشانی زنان سرپرست خانوار می‌شوند و آنها را با مشکل‌هایی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می‌کنند که درنهایت بهزیستی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Coyne, 2003; Sum, 1996).

کیفیت زندگی نگرش ذهنی فرد نسبت به جنبه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی محیطی است که در آن زندگی می‌کند و به سادگی قابل توصیف نمی‌باشد. کیفیت زندگی دارای شش بعد جسمانی، روان شناختی، سطوح استقلال، روابط اجتماعی، محیطی و معنوی است (Lee, 2008). عوامل متعددی کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که از آن جمله می‌توان به روش‌های مقابله اشاره نمود. چگونگی مقابله در برابر عوامل استرس‌زای زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار اثر می‌گذارد. برای مثال، سبک مقابله مسأله‌مدار باعث افزایش کیفیت زندگی زنان

سرپرست خانوار می‌شود (Onwumere, Holttum, Hirst, 2002). اندلر و پارکر (Endler, Parker, 1990)، راهبردهای مقابله را به سه نوع اصلی طبقه بندی می‌کنند: مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی. زنان سرپرست خانوار نسبت به سایر افراد جامعه استرس‌های روزمره بیش‌تری را تجربه می‌کنند. توانایی کنترل هیجانات منفی و مقابله صحیح با عوامل استرس‌زا در عملکرد روزانه زنان سرپرست قابل توجه بوده و هم‌چنین نقش مهمی در سلامت روانی، جسمانی و کیفیت زندگی این گروه از زنان ایفا می‌کند.

موضوع دیگری که در رابطه با زنان سرپرست خانوار مورد اهمیت واقع می‌شود میزان برخورداری از حمایت (ازسوی خانواده، دوستان و سایرین) می‌باشد. چنانچه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی کافی برخوردار باشند بهتر با شرایط زندگی‌شان سازگار می‌شوند و نقش‌های گوناگون خود را در خانواده و جامعه می‌پذیرند. با وجود پژوهش‌های بسیار درباره زنان سرپرست خانوار اکثر پژوهش‌ها به مطالعه وضعیت اقتصادی، فقر و شاخص‌های جمعیت‌شناختی پرداخته‌اند و نقش راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که عدم برخورداری از حمایت اجتماعی کافی و راهبردهای مقابله‌ای سازش‌نا یافته نه تنها سلامت روانی و جسمانی زنان سرپرست خانوار را تهدید می‌کند، بلکه بر سلامت اعضای خانواده‌شان و در نهایت بر سلامت جامعه پیامدهای مخربی را بر جای خواهند گذاشت.

### مبانی نظری

تاکنون دو دسته از نظریه‌های جامعه‌شناختی به بررسی مسأله زنان سرپرست خانوار پرداخته‌اند. دسته اول را نظریاتی تشکیل می‌دهند که محوریت بحث خود را بر مسائل زنان قرار داده و به مسأله زنان سرپرست خانوار، به‌عنوان یکی از مسائل زنان می‌نگرند و آن را در بستر مفاهیمی مانند نابرابری، ظلم به زنان، مسأله مادری و... بررسی می‌کنند و دسته دوم نظریات، آنهایی هستند که بحث محوری خود را مفاهیم فقر و رفاه قرار داده و به مسأله زنان سرپرست خانوار بسان یکی از انواع گروه‌ها و اقشار آسیب‌پذیر می‌نگرند و در نگرش خود تفاوت ایدئولوژیکی میان مسأله این گروه از زنان به‌عنوان مثال با مسائل دیگری چون افراد از کارافتاده، بیکاران و... قائل نمی‌شوند (Mohammadi, 2006).

لازاروس و فولکمن (Lazarus and Folkman, 1984)، معتقدند که مقابله تلاشی در برابر رویدادهای استرس‌زا است که منجر به کاهش پیامدهای منفی و افزایش سازگاری فرد با محیط می‌شود. بر اساس نظریه تکامل و سازگاری رفتاری سازش‌یافتگی گروهی بیانگر رشد سازگاری شخص و راهبردهای خاص وی در زمینه مقابله است که موجب بقای گروه و ارتقای جامعه بشری است. هم‌چنین رویکرد شناختی رفتاری ارزیابی شخص از خود و تفسیری که شخص از رویداد

دارد، مهارت‌های رفتاری حل مسئله و احساس خودکارآمدی را که منبع ضروری مقابله است، مرکز توجه قرار داد (Khodayarifard & Parand, 2006).

میلر (Miller, 1992)، معتقد است در خانواده‌های تک سرپرست حمایت دریافت شده از سوی دوستان و خانواده اثری مستقیم بر کیفیت زندگی خواهد گذاشت. بر اساس تعریف کب (Cobb, 1976)، حمایت اجتماعی محبت، توجه و مساعدتی است که فرد از جانب اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد دریافت می‌کند. حمایت اجتماعی به عنوان سپری در برابر رویدادهای استرس‌زا عمل می‌کند و اثری مثبت بر کیفیت زندگی برجای خواهد گذاشت (Coyne, 2003). حمایت اجتماعی به عنوان میانجی میان عوامل تنش‌زا و بروز مشکلات جسمی و روانی باعث کاهش تنش ادراک شده، افزایش بقا و در نهایت بهبود کیفیت زندگی می‌شود (Chan et al, 2001; Suarez et al, 2001; Sammarco, 2000).

تئوری‌های کیفیت زندگی هر کدام تلاش می‌کنند فرایندهای شناختی، احساسی و نمادینی که از طریق آنها افراد کیفیت زندگی خود را ارزیابی، تعیین و تجربه می‌کنند را توصیف نمایند. نظریه‌های روان‌شناختی بر برآورده کردن نیازهای اولیه انسان تأکید می‌کنند، درحالی‌که نظریات اقتصادی اختصاص منابع مالی محدود را بر اساس اصول عقلانی در تعیین کیفیت زندگی حایز اهمیت می‌دانند و نظرات جامعه‌شناختی بر اهمیت روابط اجتماعی در کیفیت زندگی پا می‌فشارند (Rabbani & Kianpour, 2006).

### پیشینه پژوهش

ل. هرناندز، آراندا و رامیرز (L.Hernández, Aranda & Ramírez, 2009)، در پژوهشی بر روی کیفیت زندگی زنان تک والد نسبت به خانواده‌های هسته‌ای دریافتند زنان سرپرست خانوار بدون همسر نسبت به زنانی که همسر دارند کیفیت زندگی پایین، درآمد کم‌تر و افسردگی بیش‌تری دارند.

کرنی، بویل آفرد و راسین (Cairney, Boyle, Offord & Racine, 2003)، در بررسی میزان استرس و حمایت اجتماعی مادران متأهل و مادران مجرد دریافتند مادران مجرد نسبت به مادران متأهل به احتمال بیش‌تری دچار دوره‌هایی از افسردگی بودند. هم‌چنین مادران مجرد میزان استرس بیش‌تر، حمایت اجتماعی ادراک شده و مشارکت اجتماعی کم‌تری را نسبت به مادران متأهل نشان دادند. به‌علاوه مادران مجرد از ارتباط محدودتری با دوستان و خانواده‌شان برخوردار بودند. سایر پژوهش‌ها نشان دادند مادران مجرد نسبت به هم‌تایان متأهل‌شان از مشکلات جسمانی و روانی بیش‌تری رنج می‌بردند (Lipman, MacMillan, Boyle, 2001; Berkman, 1969).

لیپمن و همکاران (Lipman et al, 2001)، دریافتند مادران مجرد نسبت به مادران متأهل به احتمال بیش تری از اضطراب و سوء مصرف مواد رنج می‌برند. عوامل متعددی کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که از آن جمله می‌توان به حمایت اجتماعی اشاره نمود (Tell et al, 1995).

نتایج پژوهش (Lee, 2008)، درباره سنجش کیفیت زندگی در تایپه نشان داد سن، جدایی، میزان تحصیلات و درآمد ابعاد گوناگون کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. فیلازوغلو و گریوا (Filazoglu & Griva, 2008)، در بررسی رابطه سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه دریافتند سبک‌های مقابله با کیفیت زندگی مرتبط بودند و سبک مقابله مسأله‌مدار با کیفیت زندگی رابطه‌ای مثبت داشت. ماتود (Matud, 2004)، در پژوهشی درباره تفاوت‌های جنسیتی در استرس و راهبردهای مقابله به این نتایج دست یافت که زنان در مقایسه با مردان بیش تر از مقابله هیجانی و اجتنابی و کم تر از مقابله مسأله‌مدار استفاده کردند. هم‌چنین زنان نشانه‌های جسمانی و پریشانی‌های روانشناختی بیش تری را گزارش کردند. مقابله اجتنابی در زنان با متغیرهای جمعیت‌شناختی و تعداد فرزندان رابطه داشت و زنان مسن تر بیش تر از سبک مقابله مسأله‌مدار استفاده کردند. آهرن، گالیا و فرناندز (Ahern, Galea & Fernandez, 2004)، اظهار داشتند در میان زنان و افرادی که حوادث آسیب زا را تجربه کرده بودند آن دسته از افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردار بودند نمره کم تری در PTSD کسب کردند. کوین (Coyne, 2003)، دریافت حمایت اجتماعی به‌گونه‌ای مثبت با رضایت از زندگی زنان تک والد مرتبط است.

هث و اورثنر (Hess & Orthner, 1999)، دریافتند زنان تک والد که از یک شبکه حمایت اجتماعی جهت کاهش فشارهای مربوط به کار و التزام‌های خانواده برخوردارند بهتر با شرایط زندگی‌شان سازگار می‌شوند.

فونداکارو و موس (Fondacaro & Moos, 1987)، در پژوهشی بر روی زنان دریافتند افزایش حمایت از جانب خانواده موجب استفاده بیش تر زنان از مقابله مسأله‌مدار می‌شود و برخورداری از حمایت در محیط کار باعث تنظیم عاطفی بیش تر در زنان شده و آنها کم تر بر تخلیه هیجانی تکیه خواهند کرد.

کرونکیته و موس (Cronkite & Moos, 1984)، دریافتند زنانی که از حمایت خانوادگی بیش تری برخوردارند نسبت به زنانی که سطوح پایین تری از حمایت خانوادگی را دریافت می‌کنند افسردگی کم تری را نشان می‌دهند.

### فرضیه‌های پژوهش

۱. بین سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
۲. بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
۳. بین سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه چندگانه وجود دارد.

### روش پژوهش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. نمونه مورد بررسی شامل ۱۵۰ زن سرپرست خانوار با میانگین سنی ۳۸ سال بود که به صورت تصادفی از میان زنان سرپرست خانوار منطقه ۱۶ شهر تهران انتخاب شدند. برای سنجش سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

از پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر (Endler & Parker, 1990)، برای سنجش سبک‌های مقابله با استرس استفاده شد. این پرسشنامه ۴۸ آیتم دارد و سه سبک مقابله مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و سبک اجتنابی را می‌سنجد. سبک اجتنابی شامل دو خرده‌مقیاس حواس‌پرتی و مشغولیت اجتماعی می‌باشد. سئوالات به شکل گزینه‌های ۵ درجه‌ای (عدد ۱ اصلا و ۵ همیشه) می‌باشند. اندلر و پارکر (Endler & Parker, 1990)، پایایی درونی مقیاس‌های مسأله‌مداری ۰/۸۷، هیجان‌مداری ۰/۸۹ و اجتنابی ۰/۸۲ گزارش نمودند. همسانی درونی پرسشنامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (Endler, Parker, 1992; Cosway, Endler, Sadler, Deary, 2000). در این پژوهش پایایی خرده‌مقیاس‌های مسأله‌مداری، هیجان‌مداری و اجتنابی با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۳ و ۰/۶۷ به دست آمد. این آزمون در ایران برای اولین بار توسط اکبرزاده (Akbarzadeh, 1997)، ترجمه و هنجاریابی شده است. جعفرنژاد، فرزاد، مرادی و شگری (Jafarnejad, Farzad, Moradi & Shokri, 2005)، ضریب پایایی برای سبک‌های مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۲ به دست آوردند. محمدخانی و باش‌قره (Mohammadkhani & Bashghareh, 2008)، پایایی کل آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آوردند.

مقیاس حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> واکس و همکارانش (Vaux et al, 1986)، برای سنجش حمایت اجتماعی استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۳ آیتم است که حمایت اجتماعی درک شده از جانب

<sup>1</sup>. Coping Inventory For Stressful Situation (CISS)

<sup>2</sup>. Social Support Inventory

خانواده، دوستان و سایرین را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس حمایت اجتماعی ابزاری معتبر است. واکس و همکاران (Vaux et al, 1986)، اریلی (O'Reilly, 1995)، و ادواردز، رز، ادواردز و سینگر (Edwards, Rose, Edwards & Singer, 2008)، همسانی درونی ۰/۸۹ را گزارش کردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ کل این مقیاس ۰/۶۹۵ به دست آمد. این مقیاس را ابراهیمی قوام (Ebrahimi Ghavam, 1991)، به فارسی ترجمه نموده و روی ۱۰۰ دانشجوی اجرا کرده است. ضریب آلفای کرونباخ و اعتبار بازآزمون پس از ۹ هفته را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۰ گزارش نموده است (Ahmadi Rad, 2009).

پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱</sup> توسط ویر و همکارانش (Ware et al, 1990)، برای سنجش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ پرسش است که سلامت جسمانی و روانی را از راه ۸ مقیاس «عملکرد جسمی»، «محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی»، «محدودیت در انجام فعالیت در اثر آسیب روحی»، «انرژی و خستگی»، «سلامت روانی»، «عملکرد اجتماعی»، «درد بدنی»، «سلامت کلی» و «تغییرهای سلامت» می‌سنجد. هر مقیاس از صفر تا صد نمره گذاری شده و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت بهتر در آن مورد است. مطالعات بسیاری ضریب اعتبار بالاتر از ۰/۸۰ را گزارش کردند (Ware, 2000). در این پژوهش پایایی کل آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. در این پژوهش نمره کل مقیاس به عنوان کیفیت زندگی در نظر گرفته شده است. معتمد و همکاران (Motamed et al, 2001)، در شیراز پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه فارسی را ۰/۸۷ برآورد نموده‌اند (ادیب حاج باقری و عباسی نیا، ۱۳۸۸). در مطالعه دیگری توسط منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (Montazeri, Gashtasbi & Vahdaninia, 2005)، تحلیل «همخوانی داخلی» نشان داد که به جز مقیاس نشاط ( $\alpha=0.65$ ) سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، به‌منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

## یافته‌های پژوهش

### الف. یافته‌های توصیفی

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد هر یک از مقیاس‌های به کار رفته در این پژوهش را نشان می‌دهد.

<sup>1</sup> - The Short Form (36) Health Survey (SF-36)

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های پژوهش

متغیرها	میانگین	خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی کل	۴۰/۶۹	۱/۱۵	۱۳/۳۲
حمایت اجتماعی کل	۱۶/۹۵	۰/۴۲	۵/۰۹
حمایت خانواده	۵/۸۶	۰/۱۴	۱/۷۳
حمایت دوستان	۴/۹۸	۰/۳۵	۴/۳۰
حمایت سایرین	۶/۱۲	۰/۱۳	۱/۵۲
سبک مسأله‌مدار	۴۹/۳۱	۰/۸۵	۱۰/۳۸
سبک هیجان‌مدار	۴۶/۹۱	۰/۹۶	۱۱/۷۷
سبک اجتنابی	۲۷/۰۱	۰/۵۴	۶/۶۱

**ب. یافته‌های استنباطی**

فرضیه‌های پژوهش در قالب سه فرضیه بود که برای نشان دادن سهم هر یک از متغیرهای سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد و نتایج آن به شرح زیر می‌باشد.

فرضیه نخست: بین سبک‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد. فرضیه دوم: بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد. اطلاعات مربوط به بررسی دو فرضیه بالا در جدول ۲ آورده شده است.

جدول (۲) همبستگی‌های بدست آمده بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی

متغیرها	کیفیت زندگی کل	حمایت اجتماعی کل	خانواده	دوستان	سایرین	مسأله‌مدار	هیجان‌مدار	اجتنابی
کیفیت زندگی کل	۱							
حمایت اجتماعی کل		۱						
خانواده			۱					
دوستان				۱				
سایرین					۱			
مسأله‌مدار						۱		
هیجان‌مدار							۱	
اجتنابی								۱

(\*\*)  $\alpha < 0.01$

(\*)  $\alpha < 0.05$



چنانکه از جدول ۲ استنباط می‌شود میان حمایت اجتماعی کل با کیفیت زندگی و سبک مسأله‌مدار همبستگی معنادار وجود دارد. حمایت از جانب خانواده با کیفیت زندگی کل، سبک مسأله‌مدار و سبک هیجان‌مدار همبستگی معنادار وجود دارد. حمایت از جانب سایرین با کیفیت زندگی کل و سبک مسأله‌مدار همبستگی معنادار داشت. سبک مسأله‌مدار با کیفیت زندگی کل، حمایت اجتماعی کل، حمایت از جانب خانواده، حمایت از جانب سایرین همبستگی معنادار داشت. میان سبک هیجان‌مدار و کیفیت زندگی کل و حمایت از جانب خانواده همبستگی معنادار وجود داشت. میان سبک اجتنابی و کیفیت زندگی کل همبستگی معنادار مشاهده شد.

فرضیه سوم: بین سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه چندگانه وجود دارد.

داده‌های موجود در جدول ۳ برای بررسی فرضیه سوم مورد استفاده قرار گرفتند.

### جدول ۳) خلاصه مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس زیرمقیاس‌های سبک‌های مقابله با

#### استرس و حمایت اجتماعی

گام	متغیرهای پیش بین	R	R2	R2 تعدیل شده	خطای استاندارد تخمین
۱	سبک مقابله هیجان‌مدار	۰/۵۷۷	۰/۳۳۳	۰/۳۲۸	۱۰/۹۹
۲	سبک مقابله هیجان‌مدار حمایت خانواده	۰/۶۰۸	۰/۳۷۰	۰/۳۶۰	۱۰/۷۳
۳	سبک مقابله هیجان‌مدار حمایت خانواده سبک مقابله اجتنابی	۰/۶۲۶	۰/۳۹۲	۰/۳۷۷	۱۰/۵۸

چنانکه از جدول ۳ می‌توان استنباط کرد با توجه به اهمیت متغیرها، در گام اول، سبک مقابله هیجان‌مدار وارد معادله شد. نتایج نشان می‌دهند سبک مقابله هیجان‌مدار، ۳۳/۳ درصد واریانس مشترک با کیفیت زندگی را تعیین می‌کند. با افزوده شدن حمایت خانواده، این مقدار به ۳۷ درصد رسیده است. متغیر سبک مقابله اجتنابی در گام نهایی، وارد معادله شده و موجب تغییر مقدار ضریب همبستگی چندگانه شده است. در مجموع، این سه متغیر قادر به پیش‌بینی ۳۹/۲ درصد واریانس کیفیت زندگی بوده‌اند.

### جدول ۴) ضرایب رگرسیون کیفیت زندگی بر اساس زیرمقیاس‌های سبک‌های مقابله با استرس و

#### حمایت اجتماعی در گام آخر

متغیرها	B	خطای استاندارد	$\beta$	t	معناداری
مقدار ثابت	۵۴/۷۲۴	۶/۱۵	-	۸/۹۰۳	۰/۰۰۰۵
سبک مقابله هیجان‌مدار	-۰/۶۰۸	۰/۰۸	-۰/۵۳۱	-۷/۴۹۶	۰/۰۰۰۵
حمایت خانواده	۱/۲۹۰	۰/۵۶	۰/۱۶۵	۲/۳۰۸	۰/۰۲۳
سبک مقابله اجتنابی	۰/۴۴۲	۰/۲۱	۰/۱۵۲	۲/۱۲۰	۰/۰۳۶

تحلیل واریانس انجام شده، اعتبار تحلیل رگرسیون در پیش‌بینی کیفیت زندگی را تأیید کرد ( $F= ۲۷/۰۳۶, p < ۰/۰۰۰۵$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بود. بر اساس یافته‌های پژوهش رابطه سبک مقابله مسأله‌مدار و کیفیت زندگی کل از نظر آماری مثبت و معنادار بود. بدین معنا که هرچه زنان سرپرست خانوار در حل مسایل به روش مسأله‌مدارانه عمل کنند به همان میزان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌گردند. این سبک از مقابله منجر به حل مسأله موجود می‌شود، زیرا فرد ابتدا به ارزیابی موقعیت تنش‌زا می‌پردازد و سعی در کنترل هیجانات منفی خود و تمرکز برای حل مسأله دارد. او موقعیت پیش آمده را واقعی تلقی کرده و به تصمیم‌گیری می‌پردازد و در صورت احساس نیاز به جست‌وجوی راهنمایی و کمک از دیگران بر می‌آید (Berkel, 2009). توانایی در برخورد منطقی و سازگارانه با مسایل و حل مشکل‌ها احساس خودکارآمدی و اعتماد به نفس را در فرد افزایش می‌دهد و موجب خشنودی روان‌شناختی می‌گردد و پیامد این امر برخورداری از کیفیت زندگی بهتر است. رنسوم، جاکوبسون، اشمیت و آندریاکوسکی (Ransom, Jacobsen, Schmidt, Andrykowski, 2011)، در پژوهشی بر روی زنان سرپرست خانوار مبتلا به سرطان سینه دریافتند مقابله مسأله‌مدار باعث افزایش کیفیت زندگی جسمی و روانی می‌شود. همچنین میشل و بن-زور (Michael & Ben-Zur, 2005)، دریافتند افزایش مقابله مسأله‌مدار در زنان مطلقه و زنانی که همسرشان را از دست داده‌اند باعث افزایش بهزیستی در آنها می‌گردد. در پژوهش دیگری بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه کرشاو، نوردوس، کریپراچا، اسکافناکر و مود (Kershaw, Northouse, Kritpracha, Schafenacker & Mood, 2004)، دریافتند مقابله فعال با کیفیت زندگی بالا مرتبط بود. هم‌چنین پژوهش آنومر و همکارانش (Onwumere et al, 2002)، بر روی زنان سرپرست خانوار نشان داد سبک مقابله مسأله‌مدار باعث افزایش کیفیت زندگی این زنان می‌شود.

هم‌چنین رابطه سبک مقابله هیجان‌مدار و کیفیت زندگی کل از نظر آماری معنادار و منفی بود. بدین معنی که با افزایش سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار از کیفیت زندگی این زنان کاسته شد. پاول و انرایت (Powell, Enright, 1991)، معتقدند سبک هیجان‌مداری به‌عنوان روشی سازش‌نایافته در مقابله با شرایط استرس‌زا شناخته می‌شود. در مقابله هیجانی فرد موقعیت موجود را مصیبت‌بار تلقی می‌کند (Powell, Enright, 1991)، و به جای تمرکز بر مشکل و تلاش برای مرتفع ساختن آن، بر کاهش احساسات ناخوشایند خود متمرکز می‌شود و رفتارهایی از قبیل گریه کردن، عصبانی شدن و خیال‌پردازی مانع از تصمیم‌گیری صحیح به‌منظور کاهش و یا از بین بردن عامل

فشارزا می‌شوند (Haren & Mitchell, 2003). بنابراین با تداوم مشکل میزان استرس فرد نیز بیش-تر شده، ناراحتی عاطفی بیش‌تری را متحمل می‌شود و احتمال پریشانی روان‌شناختی افزایش می‌یابد (Powell, Enright, 1991). رنسوم و همکاران (Ransom et al, 2011)، در پژوهشی بر روی زنان سرپرست خانوار مبتلا به سرطان سینه گزارش کردند مقابله هیجان‌مدار (تمرکز بر نشانه‌های بیماری) بر پیشرفت درمان و کیفیت زندگی زنان اثری منفی برجای می‌گذارد. یزدی، حسینیان، اسلامی و فتحی‌آشتیانی (Yazdi, Hosseinian, Eslami, Fathi-Ashtiani, 2008)، در بررسی کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله در بیماران کرونری قلبی دریافتند میان سبک مقابله هیجان‌مدار و کیفیت زندگی رابطه منفی وجود دارد. هسلینک و همکاران (Hesselink et al, 2004)، در پژوهشی درباره نقش منابع مقابله و سبک مقابله در کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسم دریافتند افرادی که از سبک مقابله هیجانی استفاده کردند از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بودند. نتایج پژوهش کوراکه و اندلر (Corace & Endler, 2003)، بر روی بیماران قلبی نشان داد مقابله هیجانی به‌گونه منفی با کیفیت زندگی در این بیماران مرتبط بود.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد میان سبک اجتنابی و کیفیت زندگی کل رابطه‌ی معنادار مثبت وجود داشت. سبک مقابله اجتنابی خود شامل دو بعد حواس پرتی و مشغولیت اجتماعی است. حواس پرتی راهبردی سازش‌یافته است که باعث می‌شود زنان با تغییرات زندگی سازگار شوند، و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد (Krzemien, Monchietti, Urquijo, 2005). فرد به منظور اجتناب از صحبت درباره موضوع استرس آور و یا کاهش اثرهای آن از تفکر درباره موضوع خودداری می‌کند، از سایرین کناره‌گیری کرده و احساس‌هایش را بیان نمی‌کند. این‌ها راهبردهایی شناختی رفتاری و فعال بشمار می‌روند (Aggarwal, 2004). در این شیوه مقابله فرد از راه روش‌هایی مانند مطالعه، آشپزی، دیدار با دوستان، تماشای تلویزیون تلاش می‌کند ذهن خود را از تفکر درباره عامل استرس‌زا منحرف کند (Krzemien et al, 2005). در واقع فرد تلاش می‌کند در عوض استرس به جنبه‌های دیگر زندگی بیندیشد و مشکلات را نادیده بگیرد اگرچه وجود فشارها را می‌پذیرد و با این روش آرامش خود را حفظ می‌کند (Endler and Parker, 1990; Moos & Schaefer, 1993). در پژوهشی که توسط مان، استروف، وینکل، گرانا و فاکس (Manne, Ostroff, Winkel, Grana & Fox, 2005)، درباره پریشانی زنانی که به تازگی مبتلا به سرطان سینه شدند و رفتارهای غیرحمایتی همسرانشان انجام شد نتایج نشان داد میان بیماری زنان و رفتارهای غیر حمایتی همسرانشان و افزایش پریشانی در این زنان رابطه وجود دارد. هم‌چنین نتایج نشان داد مقابله اجتنابی از تأثیر رفتار غیرحمایتی بر پریشانی زنان کاسته و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. کریزمین و همکاران (Krzemien et al, 2005)، نیز در پژوهشی بر روی زنان سالخورده به این

نتیجه دست یافتند که حواس‌پرتی به عنوان راهبردی سازش یافته موجب سازگاری زنان با تغییرهای زندگی شده و در نتیجه باعث افزایش کیفیت زندگی آنها خواهد شد. ریزنر و همکاران (Ritsner et al, 2003)، در پژوهشی درباره نقش مقابله در تعدیل آسیب‌شناسی روانی و پریشانی مرتبط با آن و کیفیت زندگی در میان مبتلایان به اسکیزوفرنی دریافتند مقابله اجتنابی (حواس-پرتی) رابطه مثبتی با کیفیت زندگی دارد. هابسون، لیدز و مارا (Hobson, Leeds & Meara, 2001)، در پژوهشی که درباره روش‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و افسردگی در بیماران مبتلا به پارکینسون انجام دادند، دریافتند بیمارانی که از مقابله اجتنابی و شناختی استفاده کردند کیفیت زندگی بهتری را گزارش نمودند. بر اساس نتایج این پژوهش زنان سرپرست خانوار راهبردهای مقابله اجتنابی را بیش‌تر در فواصل کوتاه زمانی بعد از دریافت رویدادی استرس‌زا به کار می‌برند. گاهی اوقات اجتناب شناختی به منظور مقابله با عوامل استرس‌زای کوتاه‌مدت مفید واقع می‌شوند (Failla, 1991). ولیکن برای درازمدت ممکن است کارآمد نباشد.

از سوی دیگر، نتایج پژوهش نشان داد بین حمایت اجتماعی کل با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار برقرار بود. حمایت خانوادگی، و افراد دیگر به‌طور مثبت با سلامت روانی و جسمانی که توسط خود فرد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد مرتبط است (Mulvaney-Day, Alegria & 2007, Sribney). خانواده پناهگاه و منبعی نیرومند برای حمایت از فرد در برابر دگرگونی‌ها بشمار می‌روند (Vazques, Valderrabano, Fort, Lopez Gomez, 2005)، خانواده نقش مهمی در چگونگی مقابله اعضایش با استرس دارد و اعضا می‌توانند در شرایط تنش‌زا بر یکدیگر تأثیر مثبتی بگذارند (Plunket, Raymond, Moser & Nannis, 1991). حمایت از جانب سایرین اطلاعاتی را درباره راهبردهای مقابله جدید فراهم می‌نماید (Fondacaro & Moos, 1987). میان حمایت دوستان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه معناداری وجود نداشت. ممکن است زنان سرپرست خانوار به علت این که دوستانشان از برقراری ارتباط‌های روشن درباره عوامل استرس‌زا پرهیز می‌کنند، از ابراز استرس‌ها و مشکل‌های خود به دوستان خودداری می‌کنند. هم‌چنین ممکن است زنان سرپرست خانوار از افرادی درخواست کمک نمایند که قادر به یاری کردن آنها نیستند (Failla, 1991). هم‌چنین به دلایل فرهنگی و شخصی (احساس هویت خود منفی) اکثر زنان سرپرست خانوار تمایلی برای بیان مشکل‌هایشان به دوستان خود ندارند، بنابراین کمک چندانی از سوی آنها دریافت نمی‌کنند. به‌گونه کلی حمایت اجتماعی به‌عنوان عاملی مثبت می‌تواند ادراک فرد از کیفیت زندگی را افزایش دهد و این پژوهش نشان داده است زنانی که از حمایت اجتماعی برخوردار بوده‌اند نمرات بالاتری در کیفیت زندگی دریافت نمودند. پژوهش ویستر، نیکلاس، یلاکت، کریدلند و فاوست (Webster, Nicholas, Velacott, Cridland & Fawcett, 2010)، درباره نقش

حمایت اجتماعی بر افسردگی پس از زایمان و کیفیت زندگی زنان نشان داد زنان با حمایت اجتماعی پایین نسبت به زنانی که از حمایت کافی برخوردار بودند، نمره‌های بالاتری در مقیاس افسردگی پس از زایمان کسب نمودند. هم‌چنین زنانی که حمایت اجتماعی کم‌تری را از جانب خانواده و یا همسر دریافت کردند در تمام ابعاد کیفیت زندگی نمره پایین‌تری کسب کردند. فیلازولو و گریوا (Filazoglu & Griva, 2008)، در پژوهشی بر روی مقابله و حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان مبتلا به سرطان سینه دریافتند حمایت اجتماعی رابطه مثبت با کیفیت زندگی دارد. در پژوهش دیگری که توسط اسگاربوسا و فوردگیلیبو (Sgarbossa & Ford, 2004)، بر روی مادران جوان با فرزندان پیش دبستانی انجام شد نتایج نشان داد حمایت خانواده باعث افزایش کیفیت زندگی این مادران گردید. در پژوهشی که کوین (Coyne, 2003)، درباره مادران مجرد انجام داد نتایج نشان داد حمایت اجتماعی موجب افزایش ادراک فردی از کیفیت زندگی در این مادران می‌شود.

به‌منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش، از رگرسیون چند متغیری به روش گام به گام استفاده شده است. نتایج نشان داد سبک مقابله هیجان‌مدار به‌عنوان اولین متغیر پیش‌بین دارای تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان بود. مقابله هیجان‌مدار راهبردی سازش یافته تلقی نمی‌شود و اثرات منفی بر کیفیت زندگی بر جای می‌گذارد و اثر منفی آن تا حدی است که به تنهایی می‌تواند پیش‌بینی کننده چگونگی کیفیت زندگی باشد. اگرچه راهبرد مسأله‌مدار رابطه مثبت با کیفیت زندگی داشت ولی به تنهایی نمی‌توانست برای پیش‌بینی کیفیت زندگی کافی باشد، زیرا عوامل دیگری نیز در چگونگی کیفیت زندگی دخیل هستند.

حمایت خانواده نیز به‌عنوان دومین متغیر معنادار پیش‌بین دارای تأثیر مثبت بود. خانواده مهم‌ترین و در دسترس‌ترین منبع حمایت فرد نسبت به دوستان و سایرین تلقی می‌شود و به تنهایی می‌تواند به‌عنوان پیش‌بین کیفیت زندگی در نظر گرفته شود. دایاپوگلو و تان (Dayapoglu, Tan, 2010)، در بررسی کیفیت زندگی بیماران قلبی دریافتند میان حمایت از جانب خانواده و جنبه‌های گوناگون کیفیت زندگی همبستگی مثبت وجود دارد.

سبک مقابله اجتنابی نیز به‌عنوان سومین متغیر معنادار پیش‌بین دارای تأثیر مثبت بود. حواس‌پرتی با اجتناب از تفکر درباره عامل استرس‌زا موجب کاهش استرس شده و در نتیجه تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی می‌گذارد. در پژوهشی که توسط رائو، آپته و ساباکریشنا (Rao, Apte & Subbakrishna, 2003)، بر روی زنان دارای چند نقش انجام شد، نتایج نشان داد افزایش مقابله مسأله‌مدار از راه افزایش استفاده از شبکه حمایتی هم‌چنین جست‌وجوی حمایت و در دسترس بودن آن باعث افزایش بهزیستی روانی می‌گردد. در پژوهش دیگری که توسط آنومر و همکاران

(Onwumere, 2002)، بر روی زنان سرپرست خانوار مبتلا به ایدز انگلستان انجام شد نتایج نشان داد این زنان کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به استاندارد کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های خاص دارند. هم‌چنین در رگرسیون چندمتغیری به روش گام به گام نتایج نشان داد کیفیت زندگی بهتر از لحاظ جسمانی و روانی با حمایت اجتماعی بالاتر و سبک مقابله سودمند پیش‌بینی می‌شود. وی و فیفی (Wei & Feifei, 2010)، در بررسی حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله بیماران همودیالیزی دریافتند میان سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی همبستگی وجود داشت. لیچان، جینه‌وی، خیائوینگ، چانگ‌خیان (Lichun, Jinhui, Xiaoying & Chongxian, 2009)، در بررسی حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله بر کیفیت زندگی دریافت کنندگان پیوند قلب دریافتند کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی و سبک مقابله به طور مثبت در ارتباط بود. فیلازوگلو و گریوا (Filazoglu & Griva, 2008)، در بررسی مقابله و حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان دریافتند سبک‌های مقابله و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط هستند و میان مقابله مسأله‌مدار و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه مثبت برقرار بود. دیویس (Davis, 2005)، در بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان دریافت حمایت اجتماعی و سبک مقابله با کیفیت زندگی در ارتباط بود.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش، افزایش بکارگیری سبک مقابله هیجان‌مدار در مقابل سبک مسأله-مدار باعث کاهش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌شود. از این رو به‌نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های مقابله صحیح (مسأله‌مداری) با رویدادهای تنش‌زا و آموزش‌های لازم در این زمینه قبل از مواجهه با این رویدادها به منظور پیشگیری از اثرهای منفی راهبردهای مقابله‌ای منفعلانه بر سلامتی روانی و جسمانی ضروری است. هم‌چنین بر اساس نتایج این پژوهش زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی پایینی برخوردارند که این امر به طرق گوناگون بر کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی برجای می‌گذارد، لذا شناسایی این زنان توسط نهادهای خیریه و تحت حمایت قرار دادن آنها منجر به کاهش موانع زندگی این قشر از زنان شده و می‌تواند کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را بهبود بخشد. علاوه بر این به نظر می‌رسد زنان سرپرست خانوار به دلایل گوناگونی از جمله مشاغل تمام وقت، مشکلات شخصی، نگرش افراد و... تمایل اندکی برای حضور در گروه‌های اجتماعی حتی برنامه‌هایی که مختص آنان است، خواهند داشت. که در این زمینه لازم است با به کارگیری مصاحبه‌های انگیزشی توجه آنان را جهت شرکت در کلاس‌های آموزشی مهارت‌های حل مسأله برانگیخت. برگزاری جلسات گروهی و توجه مسئولین و نهادهای حمایتی به نیازهای این دسته از زنان در ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش حمایت اجتماعی آنها نقش مهمی خواهد داشت.

مطالعه فعلی ارتباط حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله با استرس را بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار ارزیابی کرده است. با این وجود متغیرهای دیگری مانند ویژگی‌های شخصیتی، جنبه‌های شناختی مثل شیوه‌های انتسابی و ابعاد رفتاری مانند عملکرد اجتماعی (مهارت‌ها و کناره‌گیری اجتماعی) را نیز می‌توان مورد بررسی قرار داد.

### **References**

1. Ahmadi Rad, M. (2009). The relationship between Emotional intelligence, social support and burnout among employed women, Master thesis in General Psychology, Tarbiat Modarres University, 50. (Persian)
2. Adib, M., and Abbasinia, M (2009). Assessment of health-related quality of life in elderly patients with femoral neck fractures with two tools SF36 and EQ5D, *Nursing Research*, 4(15):71-79. (Persian)
3. Aggarwal, A., Kohli, A., Nagi, O., Kumar, A. (2004). Coping Mechanism and Its Correlation with Quality of Life in Upper Limb Post Traumatic Joint Stiffness Patients, *Indian Journal of Orthopaedics*, 38,3, 170-174.
4. Ahern, J., Galea, S., Fernandez, W (2004). Gender, Social Support and Posttraumatic Stress in Postwar Kosovo, *Journal of Nervous and Mental Disease*. 192, 762- 770.
5. Berkel, H.V. (2009). The Relationship between Personality, Coping Styles and Stress, Anxiety and Depression, MS in Psychology, University of Canterbury.
6. Berkman, P (1969). «Spouseless Motherhood, Psychological Stress, and Physical Morbidity», *J Health Soc Behav* 10:323-334.
7. Cairney, J., Boyle, B., Offord, D.R., Racine, Y (2003). «Stress, Social Support and Depression in Single and Married Mothers», *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38: 442-449.
8. Coyne, G (2003). «An Investigation of Coping Skills and Quality of Life Among Single Sole Supporting Mothers», *International Journal of Anthropology*, 18(3): 127-138.
9. Chan, C.W., Molassiotis, A., Yam, B.M., Chang, S.J., Lam, C.S, (2001). «Traveling Through The Cancer Trajectory: Social Support Perceived By Women With Gynecologic Cancer in Hong Kong», *Cancer Nurse*, 24(5): 387-394.
10. Chant, S (1997). «Women-headed Households: Diversity and Dynamics in the Developing World», Hound mills, Basingstoke: McMillan.

11. Cobb, S. (1976). «Social Support AS a Moderator of Life Stress», *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
12. Corace, K. M., Endler, N.S. (2003). «Psychosocial Predictors of Cardiac Rehabilitation Patients' Quality of Life», *Applied Bio behavioral Research*, 8(1): 1-26.
13. Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J., & Deary, I. J. (2000). «The Coping inventory for stressful situations: Factorial Structure and Psychological Health», *Journal of Applied Biobehavioural Research*, 5, 121-143.
14. Cronkite, R.C., Moos, R.H. (1984). «The Role of Predisposing and Moderating Factors in the Stress-Illness Relationship», *Health and Social Behavior*: 25:372-393.
15. Davis, S.C. (2005). «Quality of Life in Women with Breast Cancer after Surgical Treatment», University of South California, 158 pages; 3201327.
16. Dayapoglu, N., Tan, M. (2010). «Quality of Life in Stroke Patients», *Neurology India*, 58:697-701.
17. Edwards, A.P., Rose, L.M., Edwards, C., Singer, L.M (2008). «An Investigation of the Relationships among Implicit Personal Theories of Communication, Social Support and Loneliness», *Human Communication*. A Publication of the Pacific and Asian Communication Association. Vol. 11, No. 4, pp.437 – 454.
18. Endler, N. D., & Parker, J. D. A. (1990). «Multidimensional Assessment of Coping: A critical evaluation», *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
19. Endler, N. S., Parker, J. D. A. (1990). «*Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) Manual*», Multi-Health Systems: Toronto.
20. Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1992). «*CISS Coping Inventory for Stressful Situations Manual*», York University: Ontario: Multi Health Systems.
21. Failla, S. (1991) «Families of Children With Developmental Disabilities : An Examination of Family Hardiness», *Research in Nursing Health*, 14, 41-50.
22. Filazoglu, G., Griva, K. (2008). «Coping and Social Support and Health Related Quality of Life in Women with Breast Cancer in Turkey», *Psychology, Health & Medicine*, 13(5):559-73.



23. Fondacaro, M.R., Moos, R.H (1987). «Social Support and Coping: A Longitudinal Analysis», *American Journal of Community Psychology*, 15(5): 653-73.
24. Habib, T.Z (2010). «Socio-Psychological Status of Female Heads of Households in Rajshahi City, Bangladesh», *Cultural Anthropology*, vol. 6, n. 2. 173- 186.
25. Haren, E, Mitchell, C.W (2003). «Relationships between the Five-Factor Personality Model and Coping Styles», *Psychology & Education: An Interdisciplinary Journal*: 40 (1), 38-49.
26. Hesselink, A.E., Pennix, B.W.J.H., Schlosser, M.A.G., Winhoven, H.A.H., Van der Windt, D.A.W.M., Kriegsman, D.M.W., Van Eijk, J.T.H.M. (2004). «The Role of Coping Resources and Coping Style in Quality of Life of Patients with Asthma or COPD», *Quality of Life Research*, 2004, 13:509-518.
27. Hobson, P., Leeds, L., Meara, J. (2001). «The Coping Methods of Patients with Parkinson's Disease, Their Careers, and The Associations Between Health-Related Quality of Life and Depression», *Quality in Ageing and Older Adults*, 2 (4):12-19.
28. Jafarnejad, P., Farzad, V., Moradi, A., and Shokri, O. (2005). The relationship between five the big factors of personality, coping style and mental health of students, *Psychology and Educational Sciences*, 30(5): 51-74. (Persian)
29. Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., Mood, D. (2004). «Coping Strategies and Quality of Life in Women with Advanced Breast Cancer and Their Family Caregivers», *Psychology and Health*, 19 (2):139-155.
30. Khodayarifard, M., and Parand, A. (2006). Stress and coping with it associated with stressors Questionnaire, Stress Symptom Inventory, Coping Inventory, Tehran University, Institute of Publishing and Printing, 45. (Persian)
31. Krzemien, D., Monchiatti, A., Urquijo, S. (2005). «Active Coping and Adaptation to Aging in Women of Mardel Plata City: A Review of The Coping Strategy of Self-Distracton», *Interdisciplinaria*, vol.22, n.2, pp. 183-210.
32. Kvarme., L.G, Haraldstad., K, Helseth.,S, Sørnum.,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):85.

33. Lazarus, R., Folkman, S (1984). *STRESS, APPRISAL AND COPING*. NEW YORK: SPRINGER.
34. L.Hernández., R, E.Aranda., B, G.Ramírez., M.T (2009). «Depression and Quality of Life for Women in Single-parent and Nuclear Families», *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1): 171-183.
35. Lee, Y.J. (2008). «Subjective Quality of Life Measurement in Taipei», *Building and Environment* 43:1205-1215.
36. Lipman, E.L., MacMillan, H.L., Boyle, M.H (2001) «Childhood Abuse and Psychiatric Disorders among Single and Married Mothers», *Am J Psychiatry* 158:77.
37. Lichun, X., Jinhui, Z., Xiaoying, J., Chongxian, L. (2009). «Effects of Social Support and Coping Style on Quality of Life in Heart Transplantation Recipients», *Nursing Science*, 18.
38. Lipman., E. L, Boyle., M.H (2005). «Social Support and Education Groups for Single Mothers: a Randomized Controlled Trial of a Community-Based Program», *CMAJ*, 173(12): 1451–1456.
39. Manne., S.L, Ostroff., J, Winkel.,G, Grana.,G,Fox.,K (2005). «Partner Unsupportive Responses, Avoidant COPING, And Distress Among Women with Early Stage Breast Cancer: Patient And Partner Perspectives», *Health Psuchology*, 24(6):635-641.
40. Matud, M.P (2004). «Gender Differences in Stress and Coping Styles», *Personality and Individual Differences* 37 (2004) 1401–1415.
41. Mc Coven, L. (1990). «The Determinate and Consequences of Female-Headed Household», *Population Council and International Center for Research on Women*.
42. Miller, N.(1992). «Single Parents by Choice: A Growing Trend in Family Life, Plenum Press», New York and London.
43. Michael., K, Ben-Zur., H (2007). «Stressful Life Events: Coping and Adjustment to Separation or Loss of Spouse», *Illness, Crisis, & Loss*, 15(1): 53-67.
44. Mohammadi, Z (2006). *Female-headed households*, Cultural Council of Women, 26.(Persian)
45. Mohammadkhani, Sh., and Bashghareh, R. (2008). *The Relationship between Emotional intelligence and coping styles with public health in students*, *Research on Psychological Health*, 2(1):37-47.(Persian)

46. Montazeri, A., Gashtasbi, A., Vahdaninia, M. (2005). Translation, determining of the reliability and validity of the questionnaire Persian Version of SF-36 Q questionnaire, *Monitoring*, 5:49-56. (Persian)
47. Moos, R.H., Schaefer, J.A. (1993). «Coping Resources and Processes: Current Concept and Measures», In L. Goldberger & S. Breznitx.
48. Mulvaney-Day, N.E., Alegria, M., Sribney, W. (2007). «Social Cohesion, Social Support, and Health Among Latinos in the United States», *Social Science & Medicine* 64:477-495.
49. Mullins., L.L, Wolfe-Christensen., C, Chaney., J.M, Elkin., T.D, Wiener., L, Hullmann., S.E, Fedele., D.A, Junghans., A (2011). «The Relationship Between Single-Parent Status and Parenting Capacities in Mothers of Youth with Chronic Health Conditions: The Mediating Role of Income», *J. Pediatr. Psychol*, 36(3):249-257.
50. Nazoktabar., H, N.Aliabadi.,A (2011). «International Conference on Social Science and Humanity», *IPEDR vol.5*, IACSIT Press, Singapore.
51. Onwumere., J, Holttum., S, Hirst., F (2002). «Determinants of quality of life in black African women with HIV living in London, Psychology», *Health & Medicine*, 7(1): 61-74.
52. O'Reilly, B. K. (1995). «The social support appraisals scale: Construct Validation for Psychiatric Inpatients», *Journal of Clinical Psychology*, 51, 37-42.
53. Plunket, M., Raymond, M.W., Moser, R., Nannis, E.D. (1999). «Aviators at Risk. Aviat», *Space, Environment, Med*, 66(1): 303 - 315.
54. Powell, T.J., Enright, S. J. (1991). «Anxiety and Stress Management . London & New York: Routledge.
55. Rabbani Khorasgani, A., and Kianpour, M. (2006). Introduction to theoretical approaches and practical definitions of quality of life, *Social Work*, 4(24):42. (Persian)
56. Ransom.,S, Jacobsen., P.B, Schmidt., J.E, Andrykowski., M.A (2011). «Relationship of Problem-Focused Coping Strategies to Changes in Quality of Life Following Treatment for Early Stage Breast Cancer», *Health Place*, 17(2): 598-605.
57. Rao., K, Apte., M, Subbakrishna., D.K (2003). «Coping and Subjective Wellbeing in Women with Multiple Roles», *Int J Soc Psychiatry*, 49(3): 175-184.

58. Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E., Modai, I. (2003). «Quality of Life and Coping With Schizophrenia Symptoms», *Quality of Life Research*, 12 (1):1-9.
59. Sammarco, A (2001). «Perceived Social Support Uncertainty, And Quality of Life of Younger Survivors», *Cancer Nurs*, 24(3): 212-219.
60. Sgarbossa, D., Ford-Gilboe, M (2004). «Mother's Friendship Quality, Parental Support, Quality of Life, and Family Health Work in Families Led by Adolescent Mothers with Preschool Children», *Family Nursing*, 10( 2): 232-261.
61. Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R., Marti, J., Mcalister, A., Talavera, G.A., et al.(2000). «Social Networks and Cancer Screening in Four U.S. Hispanic Groups», *Am J Prev Med*, 19(1): 47-52.
62. Sum, K.L. (1996). «THE STRESS, SOCIAL SUPPORT, AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF SINGLE-PARENT MOTHERS, MS in Social Work», The University of Hong Kong.
63. Tell, G.S., Mittelmark, M.B., Hylander, B., Shumaker, S.A., Russel, G., Burkart J,M(1995). «Social Support and Health Related Quality of Life in Black and White Dialysis Patients», *ANNA J*, 22(3): 301-310.
64. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D (1986). «The SocialSupport Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity», *Am J Community Psychol*, 4: 195-219.
65. Vazques, I, Valderrabano, F., Fort, J., Lopez Gomez, MJ (2005). «Psychosocial factors and health relatedquality of life in Hemodialysis patients», *Qual Life Res* , 14: 179-190.
66. Ware, Jr., J.E (2000). «SF-36 Health Survey Update», *SPINE* Volume 25, Number 24, pp 3130–3139.
67. Webster, J., Nicholas, C., Velacott, C., Cridland, N., Fawcett, L. (2010). «Quality of Life and depression following child birth: Impact of Social support», *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2010.05.014, www.elsevier.com.
68. Wei, F., Feifei, Y. (2010). «Correlation of social support and coping style of patients with hemodialysis», *Modern Clinical Nursing*, 07.
69. Yazdi, S.M., Hosseinian, S., Eslami, M., Fathi-Ashtiani, A. (2008). «Quality of Life and Coping Strategies in Coronary Heart Disease Patients», *Applied Sci*, 8:707-710.