

رویکردهای نوین آموزشی

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

سال پنجم، شماره دو، شماره پیاپی ۱۲، پائیز و زمستان ۱۳۸۹

ص ۱۴۰-۱۱۳

بررسی رابطه بین شیوه‌های فرهنگی مقابله و بهداشت روانی زنان مهاجر: مورد مطالعه شهر کرمانشاه

محمدتقی ایمان، استاد بخش جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز

گلمراد مرادی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد اسلام آباد غرب*

Moradi.pop@gmail.com

چکیده

یکی از مسائلی که امروزه مهاجران و به خصوص زنان مهاجر در جامعه مقصد با آن رو به رو هستند، وضعیت سلامتی آنهاست. هدف اصلی این پژوهش، بررسی رابطه بین شیوه‌های فرهنگی مقابله و بهداشت روانی زنان مهاجر است. این پژوهش با استفاده از روش پیمایش و ابزار پرسشنامه انجام شده است. جامعه آماری مورد مطالعه زنان مهاجر در شهر کرمانشاه بوده که ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه به شیوه تصادفی برای مطالعه انتخاب شدند. از اعتبار صوری برای روایی و آلفای کرونباخ برای پایایی ابزار تحقیق استفاده شد و از روش‌های آماری ضریب همبستگی و تحلیل واریانس برای آزمون فرضیه‌ها و رگرسیون و تحلیل مسیر برای سنجش مدل استفاده شد. براساس یافته‌های تحقیق بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات ($F=0/44$)، مدت اقامت ($F=0/18$)، میزان درآمد ($F=0/74$)، شیوه عقلایی ($F=0/77$)، شیوه اجتنابی ($F=0/42$) و شیوه احساسی ($F=0/61$) رابطه معناداری وجود دارد. نتایج ضریب رگرسیونی نشان می‌دهد که سه متغیر شیوه‌های عقلایی ($Beta=0/64$)، درآمد ($Beta=0/49$) و شیوه احساسی ($Beta=-0/28$)، وارد معادله شده و در مجموع $0/47$ از واریانس متغیر وابسته را تبیین و توضیح کرده‌اند ($R^2=0/47$). نتایج تحقیق این واقعیت را نشان می‌دهد که هر اندازه افراد مهاجر از شیوه عقلایی در برخورد با فشارهای روانی ناشی از مهاجرت به محیط فرهنگی جدید استفاده کنند، از سلامتی بهتری برخوردارند.

واژه‌های کلیدی: بهداشت روانی، مهاجرت، شیوه‌های مقابله، فرهنگ، زنان

* نویسنده مسئول

مقدمه

اندیشمندان اهمیت زیادی برای نقش شیوه‌های فرهنگی مقابله و سبک زندگی^۱ افراد در چگونگی وضعیت سلامت^۲ جسمانی و روانی قائل شده‌اند (کوهن^۳، کسلر^۴ و گوردون^۵، ۱۹۹۵). شیوه‌های مقابله، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی فشارآور به کار می‌گیرد (تام و اسپلیج^۶، ۲۰۰۴). سازمان جهانی بهداشت^۷، سلامتی را برخورداری کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند و معتقد است سلامتی صرفاً نبود بیماری و ضعف بدنی نیست (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴). بر این اساس؛ بهداشت روانی^۸ حالتی از سلامتی است که در آن فرد، توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر ثمر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴).

اندیشمندان از زوایای گوناگون بحث بهداشت روان را مطالعه کرده‌اند: چاهن^۹ (۱۹۹۱) بهداشت روانی را حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده در تقابل فردی و اجتماعی می‌داند که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران است (ونتیز^{۱۰}، ۱۹۹۵). بروکینگتون^{۱۱}، سلامت روانی را احساس حالات شادابی، جسمی، فکری و روحی همراه با ذخیره قدرت بر اساس عملکرد عادی بافت‌ها و هماهنگی و تطبیق جسمی و روحی تعریف می‌کند (محسنی، ۱۳۷۹: ۴۴). راجرز^{۱۲} (۱۹۵۱) خویشتن‌پذیری حمایت شده، مزلو^{۱۳} (۱۹۵۴)، شکوفایی توانایی‌های فردی، هاروی^{۱۴}، هانت^{۱۵} و اسکرودر^{۱۶} (۱۹۶۱)، پیچیدگی شناختی و

1- life style

2- health

3- Cohen

4- Kessler

5- Gordon

6- Thame & Espelage

7- world health organization(WHO)

8- mental health

9- Chauhen

10- Venties

11- Brokington

12- Rogers

13- Maslow

14- Harvey

15- Hunt

16- Schroder

انعطاف‌پذیری و آلپورت^۱ (۱۹۳۷) سازمان شخصیت و نیاز به وحدت بخشیدن به اصول در زندگی را شاخص‌های مهم سلامت روان می‌دانند (مرادی، ۱۳۸۵).

بهداشت روانی افراد ممکن است در موقعیت‌های گوناگون خدشه دار شده، فرد تحت فشارهای روانی قرار گیرد. یکی از این موقعیت‌ها ورود افراد به عنوان مهاجر^۲ از یک محیط فرهنگی^۳ به محیط فرهنگی دیگر است (همان، ۴). در تعریفی دیگر، منگالم^۴ (۱۹۶۸)، مهاجرت مهاجرت را حرکت بالنسبه دائمی عده‌ای از مکانی به مکان دیگر دانسته است، که آنها بر اساس سلسله‌مراتبی از ارزش‌ها یا هدف‌های با ارزشی که تعلیم می‌گیرند، حرکت می‌کنند، و نتیجه این حرکت تغییراتی در نظام کنش متقابل مهاجران است (به نقل از لهسائی زاده^۵، ۲۰۰۱). مهاجرت، تنها یک نقل و انتقال جغرافیایی نیست، بلکه نوعی انتقال روان‌شناختی و اجتماعی هم به حساب می‌آید و می‌تواند در بسیاری موارد نوعی اندوه فرهنگی برای افراد، جامعه مبدأ و جامعه مقصد باشد (دسوزان^۶، ۲۰۰۶). مهاجر موجودی ترکیبی است که دارای پیچیدگی فرهنگی ویژه‌ای است و با توجه به اینکه با فرهنگ‌ها و مناطق جدید تطبیق پیدا می‌کند، شخصیتی قابل تغییر است (ربانی، ۱۳۸۱: ۱۳). لی^۷ و همکارانش (۲۰۰۴)، مورای^۸ (۲۰۰۰)، و چوی^۹ (۱۹۹۷) بر این باورند که مهاجرت افراد از یک محیط جغرافیایی به محیط دیگر در برخی موارد به مشکلات روحی و فشارهای روانی منجر می‌شود. لین و یی^{۱۰} (۱۹۹۷) در روند مهاجرت بر جامعه جدید به فشارهای مالی، سیستم حمایت روانی، اجتماعی و مشکلات در روابط شخصی در سازگاری تاکید دارند. مورای (۲۰۰۰) بر این باور است که در جامعه مقصد پنج منبع استرس برای سازگاری مهاجران وجود دارد که عبارتند از: موانع زبانی، ناآگاهی، مشکلات مالی، نابسامانی‌های اجتماعی و اختلالات روانی (لی و همکاران، ۲۰۰۴). بسیاری از

1- Allport
2- Migrant
3- cultural invironment
4- Mangalam
5- Lahsaeizade
6- Desozan
7- Lee
8- Mori
9- Choi
10- Lin & Yi

مسائل اجتماعی مانند افزایش سریع جمعیت شهرها، فقدان امکانات شهری مطلوب، افزایش بیماری های پنهان شهری و حاشیه نشینی، آلودگی های زیست-محیطی، به هم خوردن ساختار جمعیتی و در نهایت، بروز مشکلات روانی و بهداشتی، ناشی از عواقب ناخوشایند مهاجرت هاست (مورفی^۱، ۱۹۹۷). مجموع این مسائل باعث افزایش استرس و فشارهای روانی در بین مهاجران شده است. واکنش و پاسخ پویا به این موقعیت های استرس زا به مقابله و قدرت کنار آمدن فرد مهاجر با آنها بستگی دارد (فولکمن و لازاروس^۲، ۱۹۸۵)، که ممکن است از سلامتی فرد در برابر صدمات روانی و فیزیکی حمایت کند (پرلین و شولر^۳، ۱۹۷۸).

بنابراین، شیوه مقابله فرایندی است که در آن فرد فشارهای وارده ناشی از موقعیت های متفاوت را مدیریت کند (تام و اسپلیج، ۲۰۰۴). واکنش افراد مهاجر در برابر این مشکلات و مسائل روانی مانند هم نیست؛ بسیاری از افراد در مقابل این فشارها مقاومت می کنند و می کوشند با آنها کنار آیند، بعضی ها زود از پای در آمده، تسلیم می شوند و بعضی هم آن را به دست عوامل مذهبی، مناسک^۴ و نیروهای ماورایی می سپارند. نتایج کار بسیاری از پژوهشگران (پیترسون^۵، ۱۹۸۷، گودهارت^۶، ۱۹۸۵). نشان می دهد افرادی که برای مقابله با مشکلات زندگی از شیوه احساسی و یا اجتنابی استفاده می کنند، از سلامت روانی ضعیف تری برخوردارند. شناخت این شیوه ها در زندگی افراد هم برای خود مهاجران و هم برای برنامه ریزان مهم به نظر می رسد تا براساس آن بتوانند به برنامه ریزی فعال اقدام نمایند.

با توجه به این نکته که در عصر کنونی زنان هم به عنوان نیمی از جمعیت جهان محسوب می شوند و در توسعه اقتصادی - اجتماعی اجتماعات نقش حیاتی برعهده دارند، شناخت بهداشت روانی آنان می تواند به برنامه ریزی های دقیقتری کمک نماید. بسیاری محققان (هاید^۷،

1- Murphy
2- Folkman & Lazarus
3- Pearline & Schooler
4- rituals
5- Peterson
6- Goodhart
7- Hyde

پلنت^۱، ۱۹۹۵؛ میلیکی^۲ و تویتس^۳، ۱۹۹۳) بر این باورند که زنان اغلب به دلیل استفاده از شیوه‌های مقابله هیجان مدار، کاهش احساسات منفی را گزارش می‌کنند.

جکسیمویک^۴ معتقد است که در طول جنگ برای سربازان، پناهندگان و غیرنظامیان شیوه احساسی حاکم بود. در دوره‌های دوم و سوم جنگ غیرنظامیان از شیوه مشکل-محور^۵ استفاده استفاده کردند. پناهندگان و سربازان از دو شیوه احساسی و مشکل-محور استفاده می‌کردند (جکسیمویک، ۲۰۰۴). تام و اسپلیج بر این باورند که ورزش کردن به عنوان مکانیزمی برای مقابله با فشارهای روانی و ارتقای سلامت فیزیکی و روانی افراد عمل می‌کند (تام و اسپلیج، ۲۰۰۴). لی و همکارانش نقش حمایت‌های اجتماعی را در سازگاری دانشجویان به فرهنگ مقصد مورد توجه قرار دادند و معتقد بودند دانشجویانی که از سطح بالایی از حمایت اجتماعی برخوردارند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ‌پذیری کمتری دارند (لی و همکاران، ۲۰۰۴). آلدوین و ریونسون^۶ معتقدند که نوع انتخاب شیوه مقابله با فشار روانی، بسته به دوره و شدت استرس است؛ به این معنا که شیوه احساس محور در ارتباط منفی با سلامت روانی و شیوه مشکل محور در ارتباط مثبت با سلامت روانی قرار دارد (آلدوین و ریونسون، ۱۹۸۷).

جکسیمویک تحقیقی با عنوان "بررسی رابطه بین شیوه‌های مقابله و سلامت روانی" در کرواسی انجام داد. این تحقیق در دوره زمان جنگ و پس از جنگ ۱۹۹۳ بر روی سه گروه غیرنظامیان، پناهندگان و سربازان در سه دوره (زمان جنگ ۱۹۹۳، میانه‌های جنگ ۱۹۹۵ و پنج سال پس از جنگ) انجام گرفت. یافته‌های وی نشان می‌دهد که مهمترین استراتژی مورد استفاده در طول جنگ برای هر سه گروه استراتژی احساسی بود. در دوره‌های دوم و سوم جنگ غیرنظامیان از استراتژی مشکل-محور استفاده کردند. پناهندگان و سربازان از دو استراتژی احساسی و مشکل-محور استفاده می‌کردند. یافته‌ها حاکی از ارتباط معنی دار بین این استراتژی‌ها و سلامت روانی افراد است (جکسیمویک، ۲۰۰۴: ۵۸۱-۶۷۳).

1- Plant

2- Milkie

3-Thoits

4- Joksimovic

5- problem-oriented coping

6- Aldwin & Revenson

تام و اسپلیج^۱ در تحقیقی با عنوان "رابطه بین ورزش کردن، سلامت روانی و راهبردهای مقابله در بین دانشجویان" به این نتیجه رسیدند که ورزش کردن به عنوان مکانیزمی برای مقابله با فشارهای روانی و ارتقای سلامت فیزیکی و روانی دانشجویان عمل می کند. آنها به این نتیجه رسیدند که ورزش کردن برای مردان در ارتباط مثبتی با سلامت روانی قرار گرفت در عین حال در میان زنان هم ارتباط مثبت و هم ارتباط منفی با سلامت روانی قرار داشت (تام و اسپلیج، ۲۰۰۴: ۳۳۷-۳۵۱).

لی^۲ و همکارانش در تحقیقی با عنوان "حمایت اجتماعی به عنوان سپر استرس‌های فرهنگ‌پذیری" به مطالعه سلامت روانی در میان دانشجویان کره در سال ۲۰۰۴ پرداختند. آنها نقش حمایت‌های اجتماعی را در سازگاری دانشجویان به فرهنگ مقصد مورد توجه قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این متغیر رابطه مثبتی با سلامت روانی دانشجویان دارد و معتقد بودند دانشجویانی که از سطح بالایی از حمایت اجتماعی برخوردارند، فشارهای روانی و استرس فرهنگ‌پذیری کمتری دارند (لی و همکارانش، ۲۰۰۴: ۳۹۹-۴۱۴).

آلدوین و ریونسون^۳ در تحقیقی با عنوان "بررسی رابطه بین استراتژی‌های مقابله و سلامت روانی" با تمرکز بر سه نوع استراتژی اجتنابی، احساسی و عقلایی به این نتیجه رسیدند که در تحلیل رگرسیون چندمتغیره؛ نوعی رابطه مستقیم یک طرفه بین اختلالات روان‌شناختی و شیوه‌های مقابله وجود دارد. افرادی که سلامت روانی ضعیف‌تری داشتند آنهایی بودند که در مقابله با فشار روانی استراتژی خاصی برای سازگاری با موقعیت استرس‌زا به کار نمی بردند. یافته‌ها همچنین نشان می دهد که نوع انتخاب شیوه مقابله با فشار روانی، بسته به دوره و شدت استرس است؛ به این معنا که استراتژی احساس محور در ارتباط منفی با سلامت روانی و استراتژی مشکل محور در ارتباط مثبت با سلامت روانی قرار دارد (آلدوین و ریونسون، ۱۹۸۶). همچنین چيرو کارور^۴ (۱۹۸۷) در باره ی دینداری و سلامت روانی به این نتیجه رسیدند که گرایش‌های دینی و نگرش‌های مذهبی با سلامت روانی ارتباط معنادار و مثبتی دارد. آنها به این

1-Thame & Espelage

2- Lee

3- Aldwin & Revenson

4- Scheier & Carver

نتیجه رسیدند که تأثیر دینداری بر روی سلامت روانی بدین صورت است که، دین می‌تواند موجب ایجاد معنی شود و به زیستن و مردن معنی ببخشد، همچنین دین امیدواری و خوشبختی افراد را افزایش می‌دهد (چیر، ۱۹۸۷: ۱۶۶). برگین^۱ (۱۹۹۱) نیز بر این باور است که دین به افراد نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد و می‌تواند کاهش یافتگی کنترل شخصی را جبران کند. دین نقش مهمی در رویارویی با استرس‌های زندگی دارد و می‌تواند بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. وی معتقد است که دین نوعی سبک زندگی سالم تر را برای افراد تجویز می‌کند که بر سلامت روانی آنها تأثیر مثبت و معناداری می‌گذارد (برگین، ۱۹۹۱: ۳۹۸). در ادامه مقاله، موضوع سازگاری از دیدگاه‌های نظری بررسی می‌گردد. از جمله این نظریه‌ها، نظریه رفتارگرایی^۲ است. اساس نظریه رفتارگرایی درباره سلامت روانی، بر سازگاری^۳ فرد با محیط استوار است. بر اساس نظریه رفتارگرایی، رفتار سازش نایافته افراد در جامعه مانند سایر رفتارهای او بر اثر تقویت آموخته می‌شود. از طرفی، سلامت روانی هم شامل رفتارهای سازش یافته‌ای (یا سازگاری) است که آموخته می‌شود. بنابراین نظریه رفتارگرایی، یادگیری معیوب را عامل اساسی اختلاف روانی می‌داند و معتقد است که سلامت روان توسط شکست در یادگیری رفتارهای سازش یافته ضروری یا ناکامی در تسلط یافتن بر موقعیت‌های اجتماعی به طور موفقیت آمیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (ونتیز، ۱۹۹۵: ۳۵).

چاهن^۴ در این زمینه معتقد است که سلامت روانی وضعیتی از بلوغ روان شناختی است که از حداکثر اثربخشی و رضایت به دست آمده از تقابل فردی و اجتماعی است که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به دیگران و خود می‌شود. چاهن پنج الگوی رفتاری در پیوند با سلامت روانی بیان می‌کند. حس مسئولیت‌پذیری^۵: کسانی که دارای حس مسئولیت‌پذیری هستند، به نیازهای دیگران حساس بوده، در جهت ارضای خواسته‌ها و ایجاد و آسایش آنها می‌کوشند. حس اعتماد به خود^۶: کسانی که دارای سلامت روانی هستند، به

1- Bergin

2- behavioral

3- adaptation

4-Chauhan

5- responsibility

6- trust to self

توانایی های خود اعتماد دارند و مشکلات را پدیده ای مقطعی می انگارند که حل شدنی است. از این رو، موانع خدشه ای به روحیه آنها وارد نمی آورد. هدفمندی: به فردی اشاره دارد که واجد مفهوم روشنی از آرمان های زندگی است، از این رو تمامی نیرو و خلاقیتش را برای دستیابی به این اهداف هدایت می کند. ارزش های شخصی: چنین فردی در زندگی خود از فلسفه ای خاص مبتنی بر اعتقادات، باورها و اهدافی برخوردار است که به سعادت یا شادکامی خود یا اطرافیان می انجامد و خواهان افزایش مشارکت اجتماعی است. فردیت و یگانگی: کسی که دارای سلامت روانی است، خود را جدا و متمایز از دیگران می شناسد و می کوشد بازخوردها و الگوهای رفتاری خود را توسعه دهد؛ به گونه ای که نه همنوایی کور با خواسته های دیگران دارد و نه توسط دیگران مطرود می شود (مطهری، ۱۳۸۰).

نظریه روان شناسی اجتماعی: در این نظریه افرادی که با رویدادهای فشارزای زندگی به خوبی سازگار می شوند، آنهایی هستند که نگرش های سرسختی در خودشان به وجود آورده اند. کوباسا^۱ (۱۹۷۹) در مورد کنار آمدن با فشار روانی، مفهوم "سرسختی"^۲ یا سخت رویی را مطرح می کند. به نظر او افراد سخت رو، در واکنش به شرایط فشارزای زندگی، کمتر از دیگران دچار فشارهای روانی و اختلالات روانی می شوند. مفهوم سخت رویی این روان شناس دارای سه مؤلفه تعهد^۳، کنترل^۴ و مبارزه جویی^۵ است.

تعهد: یعنی پذیرفتن نقشی فعال در زندگی خود. به نظر آنها افرادی که دارای تعهد بالایی هستند، با بسیاری از جنبه های زندگی از شغل گرفته تا تعاملات خانوادگی و ارتباط اجتماعی درگیر هستند و به ارزش و اهمیت کاری که انجام می دهند، باور دارند. بنابراین، نوعی زندگی هدفمند دارند و برای معنی داری زندگی شان مسوولیت می پذیرند (کوباسا، مادی و کان، ۱۹۸۲: ۱۶۹).

کنترل: کنترل از طریق بالا بردن کنترل درونی و خود کارآمدی حاصل می شود. کنترل نقطه مقابل درماندگی است و زمانی پدید می آید که شما موقعیت فشارزا را کنترل کنید و بتوانید آن

1-Cubasa
2- hardness
3- commitment
4- control
5- struggle

را مدیریت نمایند (همان، ۱۵۳). با توجه به مؤلفه دوم (کنترل)، افراد سخت رو معتقدند که می‌توانند بر حوادث زندگی تاثیر بگذارند و آنها را کنترل کنند و خود را در مواجهه با نیروهای خارجی ناتوان احساس نمی‌کنند.

مبارزه جویی: یعنی پی بردن به ارزش رشد شخصی و تغییر آن مستلزم انعطاف پذیری است. مهاجرت اغلب پدیده‌ای فشارزا است از طرفی، جستجوی ثبات برای حفظ حس ایمنی خود همیشه وسوسه‌انگیز است. پذیرش تغییرات ممکن است در مرحله اول مشکل باشد، اما پس از مدتی فرد می‌تواند خود را با شرایط جدید سازگار کند. در این استراتژی فرد مهاجر ممکن است به دلیل وجود حس مبارزه جویی در خود، از دگرگونی‌های زندگی استقبال کرده، آنها را محرک و فرصتی برای رشد شخصی خود قلمداد می‌کند (دیماثو، ۱۹۷۶).

نظریه شبکه اجتماعی^۱: این نظریه فرایند مهاجرت را به فرد، فرهنگ و پیوندهای اجتماعی^۲ بین آنها نسبت می‌دهد و معتقد است که در نواحی مهاجرپذیر، این پیوند از طریق دوستی با سایر مهاجران در پیدا کردن شغل و سازگاری با محیط جدید به دست می‌آید. شبکه‌های خویشاوندی همچون دوستان و همسایگانی که مهاجرت کرده‌اند، می‌توانند هزینه مهاجرت را برای تازه‌واردان کاهش دهند. علاوه بر این باعث می‌شوند مهاجران بالقوه دست به ترک مناطق خودشان بزنند (اوشی، ۲۰۰۲). طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی، اعتماد بین افراد و هنجارهای همیاری متقابل را گسترش داده، احتمال حرکت‌های بین جوامع را افزایش می‌دهند. وجود این شبکه‌های اجتماعی در مقصد به عنوان مانعی در مقابل عامل فشارزای درونی، نقش مثبتی بر جابه‌جایی و حرکت افراد می‌تواند داشته باشد؛ به گونه‌ای که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنی‌دار در قالب سرمایه اجتماعی^۳ اثر بسیار مهم و مؤثری روی عزت نفس^۴ افراد مهاجر، افزایش توان مقابله افراد مهاجر با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها داشته، در نهایت، به احساس سلامت روانی منجر می‌شود (کارولین، ۲۰۰۰: ۱۰۸-۱۰۹).

1- social network theory

2- social links

3- social capital

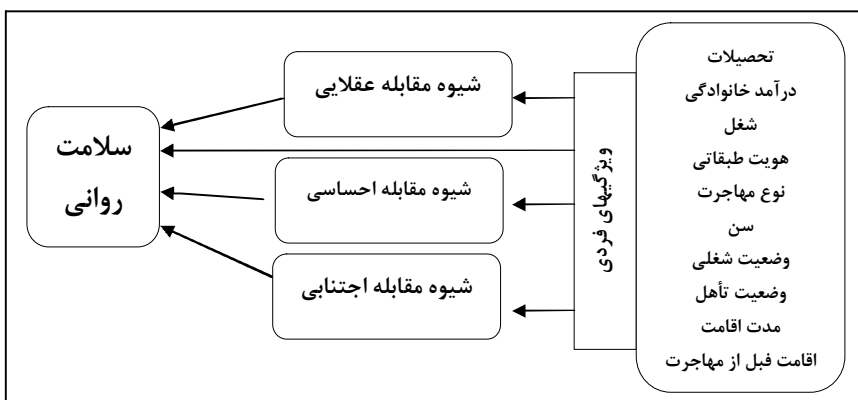
4- self-esteem

از دید نظریه پردازان شبکه، شبکه های خویشاوندی و دوستی برای فرایند مهاجرت خیلی مؤثرند. آنها نقش شبکه ها را برای فرایند استقرار و سازگاری مهاجران در جامعه مقصد ایفا می کنند که شبکه های اجتماعی، نوعی سرمایه اجتماعی را برای مهاجران فراهم می آورند و کنش متقابلی که بین شبکه های خویشاوندی در بین مهاجران و افراد جامعه میزبان رخ می دهد، می تواند در ارتقای کیفیت سلامت روانی و در نتیجه زندگی آنها مؤثر واقع شود (همان، ۱۰۹).

آلپورت^۱ (۱۹۶۶) بحثی با عنوان جهت گیری دینی درون گرایانه^۲ و برون گرایانه^۳ را مطرح کرد. وی بر این باور است که در جهت گیری دینی برون گرایانه، مذهب برای اهداف غیر مذهبی استفاده می شود (مانند حمایت اجتماعی و احساس امنیت). او بر این باور است که افراد با جهت گیری دینی بیرونی به لحاظ درونی دارای باورهای درونی هستند که فقط اهداف ابزاری دارند و دین به صورت ابزاری برای دستیابی به اهداف و ارزشهای برتر از دین انگاشته شده است، همچون مقابله با مشکلات، و یا پیشرفت زندگی. دینداری بیرونی ابعاد غیرروحانی و سکولار زندگی را برای فرد مقدم بر ابعاد معنوی آن می نماید و برای ارزیابی ایمان بالغانه طراحی شده است، اما در جهت گیری داخلی، مذهب به عنوان انگیزه غالبی در زندگی اجتماعی به کار می رود. به تعبیر آلپورت جهت گیری درون گرایانه، کل زندگی را غرق در انگیزش و معنا می کند و الهام بخش عبادت بوده است (دسوزان، ۲۰۰۶: ۸۰۹). آلپورت، استدلال می کند که نگرش های مذهبی تعیین می کنند که چگونه کارکردهای مذهبی به عنوان مکانیزمی برای ارزشیابی و در ارتباط با حوادث استرس زای زندگی به کار می روند. این ارزشیابی می تواند بین نگرش های مذهبی و سلامتی اتصال برقرار کند. او در بحث شخصیت انسان متوجه شد که کل زندگی انسان وابسته به ایمان اوست؛ به این معنا که هر چه فرد دارای دینداری درونی باشد، سلامت روانی بیشتر دارد، اما هر چه دین را در جهت رفاه و برآورده کردن نیازهای اجتماعی به کار ببرند و به اصل آن توجه نداشته باشند، از سلامت روانی پایینی برخوردارند (آلپورت، ۱۹۶۷: ۴۳۳).

1- Allport
2- intrinsic orientation
3- extrinsic orientation

چارچوب نظری این مقاله، برگرفته از رهیافت روان‌شناسی اجتماعی و با تأکید بر نظریه کویاساست. در این نظریه افرادی که دارای نگرش سرسختی هستند، نگرش مساله‌گشایی^۱ نسبت به زندگی اتخاذ می‌کنند و از سیستم‌های حمایتی اجتماعی به طور مؤثر استفاده می‌کنند. بر این اساس، اشخاص سرسخت ممکن است در برخورد با رویدادهای استرس‌زا از شیوه‌های مقابله تبدیلی فعال سود جویند. به طور خلاصه، می‌توان چنین نتیجه گرفت که سرسختی به مثابه سپر محافظی در برابر عوامل استرس‌زا عمل می‌کند و با افزایش مقاومت درونی، فرد را به سوی انتخاب هدف‌ها و فعالیت‌ها که ضامن سلامتی او هستند، هدایت می‌کند. لذا این افراد به طور معمول از استراتژی‌هایی چون خودسرزنی، تفکر آرزومندانه و یا اجتناب به عنوان شیوه‌های مقابله با فشارهای روانی استفاده نمی‌کنند. این مفهوم تا حدی در متون دینی با عنوان صبر بیان شده است. در درمان ناراحتی‌های روانی و ایجاد اطمینان و آرامش درونی، نقش صبر ثمربخش است. در مواردی که دشواری‌های طاقت فرسا، شخصیت انسان را درهم می‌کوبند و اراده و امید را از وی می‌گیرند، اتکا به خداوند در روح آدمی اثر عمیق و غیرقابل انکاری می‌بخشد. ناکامی‌ها، گرفتاری‌ها و شکست‌ها هرگز نمی‌توانند در ضمیر مردان و زنان الهی توفان برپا کنند و آنها را دچار زبونی و یاس و خودباختگی سازند (مرکز تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳۸۹: ۲۳). نمودار ۱ روابط بین متغیرهای این پژوهش را در قالب مدل تجربی تحقیق نشان می‌دهد.



نمودار ۱: مدل تجربی تحقیق

1- problem solving attitude

چهار فرضیه پژوهش به شرح زیر است:

- ۱- شیوه مقابله احساسی با سلامت روانی زنان مهاجر رابطه دارد.
- ۲- شیوه مقابله عقلایی با سلامت روانی زنان مهاجر رابطه دارد.
- ۳- شیوه مقابله اجتنابی با سلامت روانی زنان مهاجر رابطه دارد.
- ۴- بین ویژگی های فردی (سن، طول مدت اقامت وضعیت تاهل، تحصیلات، درآمد، وضعیت شغلی، محل سکونت قبل از مهاجرت و نوع مهاجرت) و سلامت روانی زنان مهاجر ارتباط وجود دارد.

روش تحقیق

روش مورد استفاده در این مقاله پیمایش است و جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه انجام گرفته است. جامعه آماری مورد مطالعه شهر کرمانشاه است، که براساس آمارهای مندرج در سرشماری سال ۱۳۷۵، جمعیت مهاجران برابر ۴۵۰۰۰ نفر بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۴). برای تخمین زدن مهاجران در سال ۱۳۸۴ بر اساس دو منبع: متوسط میزان مهاجرپذیری سالانه در سرشماری سال ۱۳۷۵ که ۱۳/۶ در هزار بوده و پیش بینی های انجام شده برای برآورد مهاجران وارد شده به شهر از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ و همچنین بر اساس مشارکت هایی که محقق در میدان تحقیق انجام داده است، تعداد مهاجران حدود ۴۵۰۰۰ نفر تخمین زده شده است. قابل ذکر است که چون پیدا کردن جمعیت مهاجران زن در این تحقیق کار مشکل و زمان بری بود، به ناچار در این تحقیق مهاجران از طریق پیگیری زنجیره وار و از طریق خود مردم پیدا شدند. برای حجم نمونه از جدول لین^۱ استفاده شده است (لین، ۱۹۷۴). برای بالارفتن دقت در انتخاب نمونه در سطح خطای کمتر از ۵ درصد، حجم نمونه ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شده است که بر اساس نمونه گیری تصادفی دست به انتخاب نمونه زده شد.

متغیر وابسته در این پژوهش سلامت روانی است. برای سنجش آن، از مقیاس سلامت جهانی استفاده شده است، این مقیاس در سال ۱۹۷۰ توسط گولدرگک^۲ و همکارانش ابداع شد.

1- lin's Table
2- Goldberg

اصل این پرسشنامه ۶۰ گویه دارد و توسط محققان زیادی در کشورهای مختلف دنیا سنجیده شده و به طور وسیعی در محیط‌های متفاوت و فرهنگ‌های گوناگون آزمایش شده است و اعتبار و روایی آن به دست آمده است. این پرسشنامه به اشکال متفاوتی خلاصه شده و در فرهنگ‌های مختلف هنجاریابی شده است؛ مثلاً در فرم‌های ۳۰ سوالی، ۲۸ سوالی، ۲۰ سوالی و نهایتاً ۱۲ سوالی در دسترس است، که نشانه‌های خاصی از رفتارهای فرد را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در فرم ۱۲ سوالی در سال ۲۰۰۳ در تهران توسط منتظری و همکارانش انجام شده است، مطالعه یافته‌های آنها نشان می‌دهد که سنجش این پرسشنامه در ایران دارای ویژگی ساختاری خوبی برخوردار و روایی و پایایی آن می‌تواند برای سنجش سلامت روانی در ایران مفید باشد. آنها پایایی آن را با آلفای کرونباخ به دست آوردند که برابر ۰/۷۸ بوده است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۳). مقیاس (SCL-۹۰) نیز در قالب ۹۰ سوال تشکیل شده است که امروزه در اکثر مراکز روانشناسی رایج می‌باشد و برای سنجش سلامت روان قابل اجرا است. لذا برای سنجش سلامت روانی در این پژوهش از تلفیق سوال‌هایی هم از فرم ۲۸ سوالی و مقیاس (SCL-۹۰) استفاده شده است و سلامت روانی با استفاده از ۱۵ سوال بر مبنای طیف لیکرت سنجیده شد.

شیوه‌های مقابله: تلاش‌های شناختی یا رفتاری است که به وسیله افراد برای کاهش استرس به کار می‌روند. این شیوه‌ها در بسیاری از راه‌ها طبقه‌بندی شده‌اند. این مفهوم بر اساس سه بعد با استرس‌های فرهنگ پذیر و فشارهای روانی مهاجران سنجیده می‌شود که عبارتند از:

۱- شیوه احساس - محور (احساسی): در این شیوه، زمانی که فرد با مشکلی روبه‌رو می‌شود، در برابر مشکلات به صورت غیر منطقی و از روی احساسات عمل می‌کند.

۲- شیوه مشکل - محور (عقلایی): این شیوه مستقیماً به سوی مدیریت آن مشکل متمرکز است (انجام بعضی چیزها برای جایگزینی منابع استرس، سعی برای حل مشکل)؛ به این معنا که در این شیوه، فرد در برابر مشکلات و فشارهای روانی به صورت منطقی به دنبال راه‌حلی درست و منطقی در برابر آن مشکل است.

۳- شیوه اجتنابی: در این شیوه، فرد راه حل مشکلات را به نیروهای ماورایی محول می کند و معتقد است که حل مشکلات، کار آنها نیست، بلکه به دست نیروهای ماورایی حل می شود (کوسیک^۱، ۲۰۰۴). هر یک از این شیوه ها با پرسش هایی بر روی طیف ۵ درجه ای لیکرت سنجیده شدند که توسط کاسیک (۲۰۰۴) انجام پذیرفته و پایایی به دست آمده برای هر یک از این شیوه ها به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۶۸ بوده است.

در پژوهش حاضر از اعتبار صوری و اعتبار ملاک استفاده شده و برای به دست آوردن پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شده است. آلفای کرونباخ برای سلامت روانی با تعداد ۱۵ سوال برابر ۰/۸۹، شیوه احساسی با تعداد ۱۲ سوال برابر ۰/۶۹، برای شیوه عقلانی با تعداد ۱۴ سوال برابر ۰/۹۰، برای شیوه اجتنابی با ۱۲ سوال برابر ۰/۷۶ و در کل برای شیوه های مقابله با ۳۸ سوال برابر ۰/۷۸ است. برای اعتبار صوری نیز پس از طراحی گویه های طیف های مربوطه (براساس تحقیقات انجام شده و دیدگاه های نظری^۲ به خصوص چارچوب نظری رایج^۳) در اختیار اساتید و کارشناسان دانشگاه قرار گرفت. اظهار نظر این افراد در راستای سنجش سؤال های هر طیف، در نهایت به گزینش سوال های مناسب برای هر طیف منجر شد.

یافته های تحقیق

داده ها با استفاده از بسته نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی^۲ تجزیه و تحلیل شده اند. تجزیه و تحلیل داده ها به وسیله شاخص های آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفته است. نتایج نشان می دهد که میانگین سنی افراد پاسخگو ۳۶/۲۸ و میانگین تحصیلات آنها برابر ۸/۳۵ کلاس بود که نشان می دهد افراد پاسخگو از میانگین سواد پایینی برخوردار بودند. میانگین درآمد پاسخگویان ۳۴۰۰۰۰ تومان بود که بیانگر میزان درآمد متوسط به پایین است. همچنین، میانگین مدت زمان سکونت در این شهر برای پاسخگویان برابر ۸ سال بود. شاخص دیگر میانگین میزان سلامت روانی در میان مهاجران برابر ۴۸/۶۲ بود که در سطح متوسط رو به پایین قرار دارد. به طوری که ۳۸ درصد افراد پاسخگو دارای وضعیت سلامت روانی ضعیفی هستند و

1- Kosic

2- Statistical Package for Social Science (SPSS)

۳۲/۷ درصد آنها سلامت روانی بالایی دارند. جدول ۱ توزیع درصد فراوانی پاسخگویان را بر حسب وضعیت شغلی، وضعیت تاهل، طبقه اجتماعی و نوع مهاجرت نشان می‌دهد.

جدول ۱: توزیع درصد و فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت شغلی، وضعیت تاهل،

طبقه اجتماعی و نوع مهاجرت

طبقه اجتماعی	نوع مهاجرت	وضعیت اشتغال	وضعیت تاهل			
			مجرد	متاهل	بیوه	طلاق گرفته
طبقه بالا	با والدین	شاغل	۰	۹/۱	۰	۹/۱
		غیر شاغل	۹۰/۹	۰	۰	۰/۹۰
		جمع	۹۰/۹	۹/۱	۰	۱۰۰/۰
طبقه متوسط	تنها	شاغل	۰	۶۶/۷	۱۶/۷	۸۳/۳
		غیر شاغل	۰	۱۶/۷	۰	۱۶/۷
		جمع	۰	۸۳/۳	۱۶/۷	۱۰۰/۰
طبقه پایین	با والدین	شاغل	۳/۴	۳۵/۲	۰	۳۸/۶
		غیر شاغل	۳۰/۷	۳۰/۷	۰	۶۱/۴
		جمع	۳۴/۱	۶۵/۹	۰	۱۰۰/۰
طبقه پایین	تنها	شاغل	۰	۱۷/۰	۲۱/۳	۳۶/۲
		غیر شاغل	۰	۴۲/۶	۲۱/۳	۳۶/۲
		جمع	۰	۴۲/۶	۲۱/۳	۳۶/۲
طبقه پایین	با والدین	شاغل	۰	۰	۳۳/۳	۳۳/۳
		غیر شاغل	۳۳/۳	۳۳/۰	۳۳/۰	۶۶/۷
		جمع	۳۳/۳	۳۳/۰	۶۶/۳	۱۰۰/۰
	تنها	شاغل	۰	۴/۵	۲/۳	۶/۸
		غیر شاغل	۲۹/۵	۳۶/۴	۰	۹۳/۲
جمع	۲۹/۵	۴۰/۹	۲/۳	۲۷/۳		

برای آزمون رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و برای آزمون مقایسه میانگین‌ها از آزمون T (برای مقایسه دو میانگین) و از آزمون F (برای مقایسه بیش از دو میانگین) استفاده

شده است. جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون را برای متغیرهای مستقل در سطح سنجش فاصله‌ای نشان می‌دهد. آمارهای جدول نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین متغیرهای مستقل مندرج در جدول و سلامت روانی وجود دارد. این فرضیه‌ها حداقل در سطح ۹۵ درصد، معنادار بوده و تایید شده‌اند. قابل ذکر است تنها تغییری که در این جدول معنی‌دار نیست، متغیر سن است، که با افزایش یا کاهش آن تغییری در وضعیت سلامت روانی به وجود نمی‌آید. نتایج گویای این واقعیت است که بین شیوه‌های عقلایی و اجتنابی با سلامت روانی رابطه‌ای مثبت و مستقیم وجود دارد؛ به این معنا که هر چه افراد این شیوه را در مقابله با فشارهای استرس زای زندگی به کار می‌گیرند، از کیفیت سلامت روانی بهتری برخوردارند؛ اما در مورد شیوه احساسی این رابطه منفی و معنادار است و نشان می‌دهد که با به کارگیری این شیوه برای مقابله با مشکلات، سلامت روانی افراد خدشه دار می‌شود.

جدول ۲: ضریب پیرسون بین متغیرهای مستقل فاصله‌ای و سلامت روانی

سطح معناداری	ضریب همبستگی	انحراف معیار	میانگین	ضریب همبستگی	
				شیوه عقلایی	سلامت روانی
۰/۰۰۰	۰/۷۱۲	۵/۹۹۲	۱۶/۰۸	شیوه عقلایی	سلامت روانی
۰/۰۰۰	- ۰/۶۱۷	-۴/۴۸۵	۱۵/۱۸	شیوه احساسی	سلامت روانی
۰/۰۰۰	۰/۵۳۷	۴/۵۶۱	۱۵/۳۲	شیوه اجتنابی	سلامت روانی
۰/۰۰۲	۰/۴۴	۵/۵۹۸	۸/۳۵	میزان تحصیلات	سلامت روانی
۰/۲۰۹	-۰/۱۴۴	۱۴/۸۹۲	۳۶/۲۸	سن	سلامت روانی
۰/۰۲	۰/۱۸۶	۵/۰۴۸	۸/۱۷	مدت اقامت	سلامت روانی
۰/۰۰۰	۰/۶۴۵	۱۲۹۵۶۱/۳۸	۳۴۰۰۰۰	درآمد ماهیانه	سلامت روانی

جدول ۳ آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران بر حسب طبقه اجتماعی، نوع مهاجرت، وضعیت سکونت افراد نمونه قبل از مهاجرت و وضعیت تاهل زنان نمونه را نشان می‌دهد، نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روانی زنان طبقه بالا برابر (۶۳/۷۶) است که بالاتر از میانگین نمره سلامت روانی زنانی است که در طبقه متوسط (۵۰/۵۷) و طبقه پایین (۳۷/۷۸) قرار دارند، تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمره‌های سلامت روانی زنان در هر طبقه براساس آزمون F با (۴۵/۷۰۴)، حداقل در سطح ۹۵ درصد

معنادار است. همچنین، میانگین نمره سلامت روانی زنانی که به همراه خانواده خود مهاجرت کرده‌اند (۵۵/۰۰۹) بیشتر از میانگین نمره سلامت روانی زنانی است که به تنهایی اقدام به مهاجرت نموده‌اند (۴۱/۹۱۰). این تفاوت مشاهده شده در بین این میانگین‌ها معنادار است. استنباط می‌شود زنانی که به تنهایی مهاجرت می‌کنند، بیشتر دچار استرس‌ها و فشارهای روانی می‌شوند.

نتایج همچنین نشان می‌دهد میانگین نمره سلامت روانی زنان متأهل ۵۳/۲۴ است که بالاتر از میانگین نمره زنان مجرد (۴۱/۶۲)، زنان مطلقه (۳۳/۶۲) و زنان بیوه یا همسر مرده (۴۵/۵۳) است، این تفاوت مشاهده شده در بین این میانگین‌ها معنی‌دار است و فرضیه فوق تایید می‌گردد. یکی دیگر از فرضیات تحقیق این است که مهاجرانی که از شهرها و مراکز استان‌ها به این شهر آمده‌اند، نسبت به روستاییان و عشایرها از وضعیت سلامت روانی بهتری برخوردارند. با توجه به آمارهای موجود در جدول، میانگین نمره سلامت روانی مهاجران شهری ۵۳/۲۴ است که از میانگین نمره مهاجران روستایی (۴۱/۶۲) و عشایری (۳۳/۶۲) بالاتر است. این تفاوت مشاهده شده در بین این میانگین‌ها براساس آزمون F و حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است و فرضیه فوق تایید می‌گردد. با توجه به آمارهای موجود در این جدول، میانگین نمره سلامت روانی افرادی که شاغل هستند (۵۶/۱۹۶)، بیشتر از میانگین نمره سلامت روانی افرادی است که غیرشاغل هستند (۴۵/۶۶۴). این تفاوت مشاهده شده در بین این میانگین‌ها براساس آزمون F برابر ۵/۸۳۶ و حداقل در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار است.

جدول ۳: تفاوت میانگین سلامت روانی مهاجران برحسب طبقه اجتماعی، نوع مهاجرت، سکونت قبل

از مهاجرت و وضعیت تاهل

معناداری	مقدار F	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	نام متغیر	
.۰/۰۰۰	۴۵/۷۰۴	۱۷	۶۳/۱۷۶	۸/۸۸۲	طبقه بالا	
		۱۳۵	۵۰/۵۷۰	۱۱/۳۰۶	طبقه متوسط	
		۴۷	۳۷/۷۸۷	۷/۰۰۹	طبقه پایین	
.۰/۰۰۰	۸/۷۸۴	۱۰۲	۵۵/۰۰۹	۹/۴۷۰	همراه خانواده	
		۹۷	۴۱/۹۱۰	۱۱/۵۰۲	تنها	
.۰/۰۰۰	۴۱/۶۲	۵۴	۴۱/۶۲	۱۲/۲۱۳	مجرد	
		۱۰۳	۵۳/۲۴	۱۰/۹۲۴	متاهل	
		۲۹	۳۳/۶۲	۵/۰۱۰	طلاق گرفته	
		۱۳	۴۵/۵۳	۷/۳۳۶	همسر مرده	
.۰/۰۰۰	۱۴/۲۳	۴۹	۵۴/۱۲	۹/۲۱۳	مهاجران شهری	
		۱۳۰	۴۳/۲۴	۷/۹۲۴	مهاجران روستایی	
		۲۱	۴۰/۶۲	۷/۰۱۰	مهاجران عشایری	
.۰/۰۰۰	۵/۸۳۶	۵۶	۵۶/۱۹۶	۹/۸۹۹	شاغل	
		۱۴۳	۴۵/۶۶۴	۱۱/۱۱۷	بیکار	

با توجه به اینکه آزمون تحلیل واریانس مشخص نمی سازد که معناداری بین گروه‌ها ناشی از کدام دو گروه است و حال برای اینکه مشخص شود که در وضعیت تاهل این تفاوت نمره سلامت روانی، بیشتر ناشی از کدام گروه نمونه است، از آزمون توکی و دانت استفاده می شود. آزمون توکی برای مقایسه تمام حالت های ممکن یک به یک میانگین‌ها در سطح معناداری استفاده می شود و از آزمون های تعقیبی دیگر مانند شفه قویتر است (حسن زاده و مداح، ۱۳۸۷: ۲۹۶). آزمون دانت نیز یک گروهی را مبنا قرار داده، تمام ابعاد دیگر را بر مبنای آن گروه مقایسه می کند. همچنان که از نتایج مندرج در جدول ۴ مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین افراد طلاق گرفته با سایر نمونه ها وجود دارد. آزمون توکی نشان می دهد که تفاوت میانگین‌ها در میان چهار گروه مورد مطالعه تنها در میان زنان طلاق گرفته مشاهده می شود.

جدول ۴: آزمون توکی و دانت برای تفاوت میانگین نمره سلامت روانی زنان

در گروه های مختلف وضعیت تاهل

آزمون	وضعیت تاهل	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری	
آزمون توکی	مجرد	همسردار	۱/۷۶	۰/۰۴۷	
		بیوه	۲/۲۳	۰/۷۷۵	
		طلاق گرفته	۲/۴۱	۰/۰۰۰	
	همسردار	مجرد	۴/۶۱۳	۱/۷۶	۰/۰۴۷
		بیوه	۷/۷۰۴	۳/۰۸	۰/۰۶۴
		طلاق گرفته	۱۹/۶۲۲	۲/۲۰	۰/۰۰۰
	بیوه	مجرد	-۳/۰۹۱	۳/۲۳	۰/۷۷
		همسردار	-۷/۷۰۴	۳/۰۸	۰/۰۶۴
		طلاق گرفته	۱۱/۹۱۷	۳/۴۹	۰/۰۰۴
	طلاق گرفته	مجرد	-۱۵/۰۰۸	۲/۲۴	۰/۰۰۰
		همسردار	-۱۹/۶۲۲	۲/۲۰	۰/۰۰۰
		بیوه	-۱۱/۹۱۷	۳/۴۹	۰/۰۰۴
آزمون دانت	مجرد	۱۵/۰۰۸	۲/۴۱۳	۰/۰۰۰	
	همسردار	۱۹/۶۲۲	۲/۲۰۲	۰/۰۰۰	
	بیوه	۱۱/۹۱۷	۳/۴۹۹	۰/۰۰۲	

در مقاله حاضر از آماره رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام^۱ استفاده شده است. جدول ۵ عناصر متغیرهای مستقل درون معادله برای تبیین متغیر سلامت روانی زنان را نشان می دهد. سه متغیر شیوه عقلایی، درآمد ماهیانه و شیوه احساسی، به ترتیب اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته اند، به صورت گام به گام وارد معادله رگرسیونی شده اند. متغیر شیوه عقلایی با مقدار (Beta=۰/۶۴۳) و ضریب معنی داری (Sig.T=۰/۰۰۰) در مرحله اول، درآمد ماهیانه با مقدار (Beta=۰/۴۹۴) و ضریب معنی داری (Sig.T=۰/۰۰۴) در مرحله دوم و متغیر شیوه احساسی در مواجهه با فشارهای روانی با مقدار (Beta=-۰/۲۸۱) و ضریب معنی داری (Sig.T=۰/۰۰۵) در مرحله سوم، به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته اند،

1- Stepwise

وارد معادله رگرسیونی شده اند و در مجموع این سه متغیر توانسته اند ۰/۴۷ از واریانس متغیر وابسته را تبیین و توضیح کنند ($R^2=0/47$). کمیت F معنادار بوده، این مطلب گویای این است که این متغیر مستقل در پیش بینی متغیر وابسته مؤثر است. معنی دار بودن F به این معنی است که به طور حتم بین متغیر مستقل و متغیر وابسته رابطه خطی مستقیمی وجود دارد. طبیعی است احتمال اینکه کمیت F به این بزرگی به طور تصادفی به دست آید، فوق العاده اندک است؛ یعنی رابطه بین شیوه های مقابله و سلامت روانی نمی تواند تصادفی پیش آمده باشد.

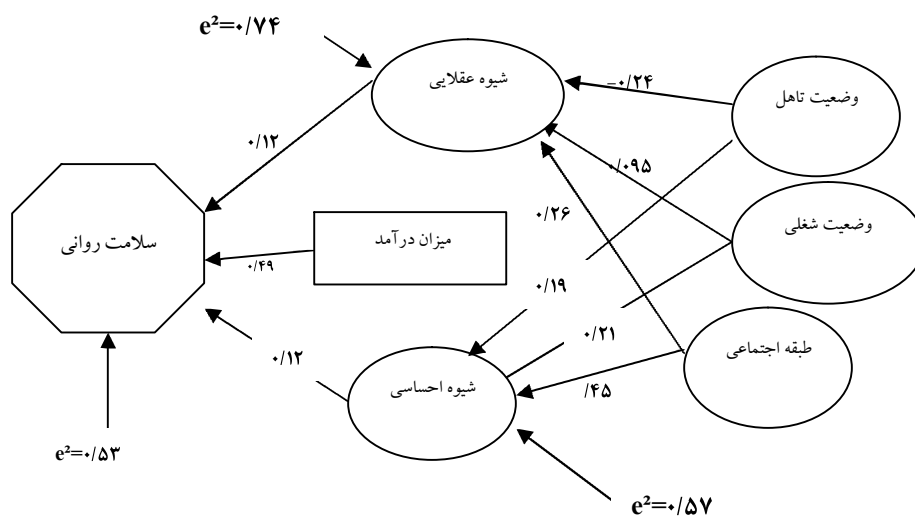
جدول ۵: عناصر متغیرهای مستقل درون معادله برای پیش بینی سلامت روانی زنان مهاجر

مرحله	متغیر	B	Beta	مقدار T	سطح معناداری	R ²
۱	شیوه عقلایی	۱/۳۵۹	۰/۶۴۳	۶/۴۳	۰/۰۰۰	۰/۳۰
۲	درآمد ماهیانه	۳/۳۰۷۴	۰/۴۹۴	۵/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۳۳
۳	شیوه احساسی	-۰/۶۸۳	-۰/۲۸۱	-۲/۹۳	۰/۰۰۵	۰/۴۷
Constant=		F=		Sig =		
۱۶/۵۴۶		۲۹۳/۲۲۷		۰/۰۰۰		

بر اساس مقادیر Beta (زیرا این مقادیر استاندارد شده، امکان مقایسه و تعیین سهم نسبی هر یک از متغیرها را فراهم می سازد) معادله رگرسیون چند متغیره در تحقیق حاضر به این صورت است:

سلامت روانی زنان مهاجر = $0/64$ (شیوه عقلایی) + $0/49$ (درآمد ماهیانه) + $-0/281$ (شیوه احساسی). مدل تجربی پژوهش، مدلی علی از نوع تحلیل مسیر^۱ است. برای رسم مدل مسیر از ضرایب مسیر متغیرهایی استفاده شده است، که مقدار T آنها در سطح معناداری قرار دارد. ضریب مسیر در این مدل، نماینده شدت رابطه بین دو متغیر با ثابت نگه داشتن اثر متغیرهای دیگر موجود در مدل است. در تحلیل مسیر اثر کل هر متغیر از دو نوع اثر به وجود می آید: اثر مستقیم و اثر غیر مستقیم. برای محاسبه آثار غیر مستقیم متغیرهای مستقل، ضرایب مسیر کلیه متغیرهای یک مسیر منتهی به متغیر وابسته در هم ضرب می شوند و چنانچه این ضرایب با ضرایب مستقیم هر کدام

از متغیرها جمع شود، حاصل جمع، کل تأثیر متغیر مستقل مورد نظر بر متغیر وابسته خواهد بود. که در مدل مسیر مشاهده می‌شود، شیوه‌ی مقابله عقلایی با ضریب مسیر ۰/۶۴ و سطح معناداری (Sig.T=۰/۰۰۰) با سلامت روانی در رابطه است و نشان می‌دهد که هر چه مهاجران بیشتر از شیوه مقابله عقلایی استفاده کنند، سلامت روانی بهتری دارند. متغیری مانند شیوه احساسی با ضریب مسیر -۰/۲۸ و سطح معناداری (Sig.T=۰/۰۰۵) و میزان درآمد ماهیانه با ضریب مسیر ۰/۴۹ و سطح معناداری (Sig.T=۰/۰۰۰) به صورت مستقیم تبیین کننده سلامت روانی مهاجران و از طرف دیگر متغیرهایی چون وضعیت شغلی، وضعیت تاهل و هویت طبقاتی افراد به طور غیر مستقیم از طریق شیوه‌های مقابله عقلایی و احساسی با وضعیت سلامت روانی در ارتباط هستند. نمودار ۲ چگونگی ارتباط بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته را با استفاده از ضرایب مسیر نشان می‌دهد.



نمودار ۲: مدل تحلیل مسیر

بحث و نتیجه گیری

بر پایه دیدگاه اندیشمندان مختلف، ممکن است عواملی چون: مهارت های زبانی نامناسب، محدودیت منابع مالی و اجتماعی، سردرگمی در جهت پاسخ به محیطی ناآشنا، تضاد بین ارزش های سنتی، هنجارها و آداب و رسوم و آنچه در جامعه جدید وجود دارد و نهایتاً استرس های فرهنگ پذیری این سلامتی را در میان مهاجران به خطر اندازد و منجر به سطوح بالایی از فشارهای روانی برای آنها شود. به هر حال، شخص مهاجری که از مبدا فرهنگی خود جدا و در جامعه دیگر مستقر می شود، ممکن است در جامعه جدید نقش هایی را ایفا کند که با نقش های آنها در جامعه بومی شان متفاوت باشد که مهاجران ممکن است از این نقش های جدید آگاه نباشند و آن را درک نکنند که در نهایت، همه موارد منجر به اختلالات روانی و رفتاری برای مهاجران منجر شود. با وجود این، بعضی ها با این مسائل استرس زا به شیوه ای منطقی برخورد می کنند و قدرت سازگاری شان بهتر است، برخی به سختی با آن مقابله می کنند و دیگران آن را قبول می کنند. یادگیری اینکه چگونه این تعادل بین دو نظام با ارزش ها و آداب متفاوت برای مهاجران به وجود می آید، فرایندی استرس زاست.

نتایج تحقیق در ارتباط نظری با دیدگاه ها و نظریات مطرح شده، گویای پیوند منطقی بین سطح نظری تحقیق و سطح تجربی آن است. در این مقاله سه متغیر شیوه مقابله عقلانی، درآمد ماهیانه و شیوه مقابله احساسی با هم وارد معادله رگرسیونی شده اند. متغیر شیوه مقابله عقلانی با مقدار (Beta=۰/۶۴۳) و ضریب معنی داری (Sig.T=۰/۰۰۰) در مرحله اول، درآمد ماهیانه با مقدار (Beta=۰/۴۹۴) و ضریب معنی داری (Sig.T=۰/۰۰۴) در مرحله دوم و متغیر شیوه مقابله احساسی در مواجهه با فشارهای روانی با مقدار (Beta=-۰/۲۸۱) و ضریب معنی داری (Sig.T=۰/۰۰۵) در مرحله سوم، به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشته اند، وارد معادله رگرسیونی شده اند و در مجموع این سه متغیر توانسته اند ۰/۴۷ از واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده توضیح دهند (R²=۰/۴۷).

نکته ای که مباحث نظری و نتایج پژوهش حاضر بر آن دلالت دارد، این است که در برخورد افراد یک جامعه با مشکلات زندگی و روانی، هر اندازه شیوه عقلانی در جهت حل مسائل به کار گرفته شود و بر اساس عقل سلیم با مشکل برخورد شود، فشارهای روانی ناشی از

آن مساله کاهش می‌یابد. تافت^۱ (۱۹۷۷) بر این باور است مهاجرانی که از شیوه حل مساله استفاده می‌کنند، نگرش مثبتی به سوی روابط گروهی با جامعه میزبان و در نتیجه پذیرش فرهنگ آنها در کنار فرهنگ خود دارند، اما زمانی که افراد مهاجر در برخورد با ناسازگاری‌های مهاجرت و مشکلات زندگی به صورت عاطفی یا اجتنابی رفتار می‌کنند، بحث سازگاری با مقصد و جامعه جدید برایشان مشکل خواهد بود. به نظر جنتری و کوباسا، در شیوه حل مساله با برخورد به شیوه عقلایی با مساله فرد مهاجر در جریان قرار گرفتن مشکلات ناشی از مهاجرت، مستقیماً به سوی مدیریت آن مشکل متمرکز می‌شود و در جریان این فرایند کوشد منابعی را جایگزین استرس کند.

ارتقای پدیده‌ای به نام سلامت روانی در جامعه، بویژه در میان مهاجرانی که با دو نوع نظام فرهنگی متفاوت روبه‌رو می‌شوند، به استحکام و رشد کیفیت زندگی مهاجران می‌انجامد. از آنجا که رفع نیازهای سلامتی و کیفیت زندگی بهتر مردم هدف اساسی و محوری نظام اجتماعی است، لذا میزا این هدف شاخص توانمندی نظام اجتماعی به شمار می‌آید. این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی و کیفیت زندگی افراد جامعه مدنظر قرار می‌گیرد؛ زمانی که سیاستگذاران و برنامه‌سازان بتوانند براساس ابزار و امکانات موجود به ارتقا و کیفیت زندگی مردم مهاجر جامعه عمل ببوشانند و در پی آن، نوعی یکپارچگی و تعادل فعال در جامعه بین افراد مهاجر و غیرمهاجر به وجود آید.

این پژوهش به برنامه‌ریزان راهکارهایی ارائه می‌دهد، تا بتوانند به سامان دهی مهاجران و همسانی آنها کمک کرده، و از تنش‌هایی که از مهاجرت ناشی می‌شود، جلوگیری کنند و برای برنامه‌ریزی شهری در جهت ساماندهی شهر اقدام نموده، همچنین از حاشیه نشینی و بروز عوارض ناشی از آن جلوگیری کنند. دولت‌ها می‌توانند نقش حیاتی در حفظ و نگهداری سلامت روانی جمعیت‌های مهاجر داشته باشند. زمانی که به طور کامل یک خط مشی سلامت روانی به کار می‌گیرند، اثر مثبتی بر سلامت روانی جمعیت‌های مهاجر دارند و در این زمینه می‌توانند چارچوبی برای عمل در آن ایجاد کنند و آن مجموعه‌ای از ارزش‌ها و اصول است

1- Taft

که برای مفهوم سازی روشن و هماهنگ کردن فعالیت های سلامت روانی و کاهش هر نوع اختلال روانی است. پیشنهادهای پژوهش به شرح زیر است:

۱- افزایش آگاهی مردم در جهت مساله گشایی و حل مسائل و مشکلات زندگی براساس شیوه های عقلایی. بر این اساس، برگزاری کارگاه ها و سمینارهای آموزشی برای تقویت نگرش مساله یابی و حل مساله با در نظر گرفتن جوانب مثبت زندگی؛

۲- بسترسازی در جهت مشارکت همگانی در اداره امور جامعه برای تقویت مسؤولیت پذیری و حس تعلق اجتماعی در افراد؛

۳- رفع بحران بیکاری و کاهش عواملی چون فقر از طریق فراهم آوردن امکانات اشتغال و تولید و توسعه اقتصادی و اجتماعی، که خود شیوه ای برای کاهش اختلالات روانی در سطح جامعه است؛

۴- حذف تنگناهای فرهنگی در خصوص نگرش های افراد بومی نسبت به مهاجران، از طریق نوعی سیستم تبلیغاتی و رسانه های گروهی؛

۵- تقویت پایه های مناسبات اجتماعی، نظارت های فامیلی و سیستم های حمایتی برای جلوگیری از احساس تنهایی و غریب بودن مهاجران؛

۶- بالا بردن اعتقادات مذهبی در افراد از طریق آموزه های مذهبی. اعتقادات مذهبی به عنوان یکی از منابع نیرو و مقاومت در برابر مشکلات، نقش مؤثری در کاهش استرس های افراد مهاجر است و وی را در برابر مشکلات تقویت می کند.

منابع

حسن زاده، رمضان و محمدتقی مداح. (۱۳۸۷). **روش های آماری در علوم رفتاری**، تهران: نشر ویرایش.

ربانی، رسول. (۱۳۸۱). **جامعه شناسی شهری**، اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان و سازمان سمت.

محسنی، منوچهر. (۱۳۷۹). **جامعه شناسی پزشکی**، تهران: انتشارات طهوری.

- مرادی، گل‌مراد. (۱۳۸۵). **بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با کیفیت سلامت روانی مهاجران: مورد مطالعه اسلام آباد غرب**، پایان نامه کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی، به راهنمایی دکتر محمدتقی ایمان، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۴). **سالنامه آماری استان کرمانشاه**، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان کرمانشاه: معاونت آمار و اطلاعات.
- مرکز تحقیقات علوم رفتاری. (۱۳۸۹). **نقش تعالیم اسلامی در مهار استرس‌ها**، پژوهشکده طب رزمی.
- مطهری، جمشید. (۱۳۸۰). **به سوی سلامت روانی**، فصلنامه معرفت، ۴۶، ۷۲-۴۵.

- Aldwin, C. M. & Revenson, T. A. (1987). A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 2, 337-348.
- Allport, G. W. & Ross, M. J. (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 5, 432-443.
- Allport, G. W. (1937). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issue in psychotherapy and mental health. *American Psychology*, 46, 394-403.
- Berry, J. W. (1998). Acculturation stress. In P. B. Organista & K. M. Chun (Eds.), *Reading in Ethnic Psychology*, New York: Routledge.
- Caroline, B. B. (2000). *Migration theory: Talking across discipline*, New Yourk, Rouledge.
- Chauhen, S. S. (1991). *Mental hygiene*. New Delhi, Alied Publishers.
- Cohen, S., Kessler, R., & Gordon, L. (1995). *Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders*. New York: Oxford University Press.

- Desouzan, R. (2006). Migration and mental health. *Psychology and Development Societies*, 18, 10, 1-14.
- Dimatteo, M. R. (1976). *The psychology of health, illness and medical care*. California, University of California.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Gooldhart, D. E. (1985). Some psychological effect associated with positive & negative thinking about stressful event outcomes: Was Pollyanna? *Journal of Personality and Social Psychology*. 107, 237-240.
- Harvey, H. & Schroeder, M. R. (1961). *Improved quasi-stereophony and colorless artificial reverberation*.
- Hyde, J. S.; Plant; E. A. (1995). Magnitude of psychological gender difference: Another side of the story, *American Psychologist*, 50, 159-161.
- Joksimovic, C. M. & Shmitz, L. N. & Ehlert, A. U. (2004). An the association between coping strategies and mental health in war: A longitudinal investigation. *Journal of Psychosomatic Research*. 56, 581-673.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. and Khan, S. (1982). Hardiness & health: A prospective study, *Journal of Personality and Social Psychology*. 42, 68-177.
- Kosic, A. (2004). Acculturation strategies, coping process and acculturation stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 269-278.
- Lahsaeizadeh, A. (2002). **Migration and urbanization**, Shiraz: Zar Publication.
- Lee, J. S.; Chen, L. & Lee, B. K. (2004). Social support buffering of acculturation stress: A study of mental health symptoms among

- Korean international students. *International of Intercultural Relations*, 28, 399-414.
- Lin, N. (1974). *Foundation of social research*, New York: MC Graw. Hill.
- Lin, Y. and Yi, L. (1997). Emotional Well-Bing of Taiwan Students, *Journal of Intercultural Relations*, 15, 33, 345-336.
- Mangalam, J. J. (1968). Some theoretical guidlines toward a sociology of migration, **Working Paper**, USA, Virjinia University of West Virjinia.
- Maslow, A. (1954). Resistance to acculturation. *Journal of Social Issues*, 4, 26-29.
- Milkie, M. A., & Thoits, P. A. (1993). *Gender differences in coping with positive and negative experiences*. Unpublished Manuscript, Indian University.
- Montazeri, A.; Harirchi, I. and Vahdani, M.; Shariati, M. Garmaroudi, G.; Ebadi, M. and Fateh, A. (2003). "The 12-item general health questionnair(GHQ-12). Translation study of the Iranian version", *Iranian Institute for Health Social Research*, Tehran.1, 66.
- Murphy, H. B. (1997). Migration, culture and mental health. *Psycho Med*, 4, 7, 677-684.
- Oishi, N. (2002). **Gender and migration: A integration approach center of comparative immigration studies**, University of California, San Diago, Working Paper. 49.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*. 55, 237-265.
- Rogers, K. (1951). *Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge, UK:
- Schere, M. F. (1987). Disposition optimism and psycal well-being. The influence of generalized outcome expectancies of health, *Journal of Personality*, 55, 120-169.

- Thome, J. & Espelage, D. L. (2004). Relation among exercise, coping, disordered eating and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5, 337-351.
- Thompson, S.; Hartel, G.; Mandersori, L.; WoelzStirling, N. and Kelaher, M. (2002). The social and cultural context of the mental health of Filipinas in Queensland. *Australian and New Zealand Journal of Psychology*, 36, 681-687.
- Ventis, L. W. (1995). The relationship between religious and mental health. *Journal of Social Issues*, 51, 2, 33-48.
- WHO.(2004). *Promoting mental health: A report of the world health organization*. Department of Mental Health, University of Melbourne.