

مقایسه بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست

محمود جمالی^۱، مژگان سپاه‌منصور^۲، معصومه فلاحیان^{۳*}

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده و زنان دارای سرپرست شهر تهران انجام شد. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش را زنان سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی^(ه) و زنان دارای سرپرست در شهر تهران در سال ۱۳۹۱ تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش ۲۸۰ نفر شامل ۱۴۰ نفر از زنان سرپرست خانواده و ۱۴۰ نفر زنان دارای سرپرست بودند که به‌طور تصادفی از جامعه آماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) بود. داده‌ها به وسیله روش تحلیل واریانس چندمتغیره و با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS18 صورت گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمره‌های زنان دارای سرپرست در بهزیستی روان‌شناختی و مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، و زندگی هدفمند بیش از میانگین نمره زنان سرپرست خانواده بود که آزمون آماری بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه است. در مقیاس‌های خودمختاری، تسلط بر محیط و رشد فردی میانگین نمره‌های زنان سرپرست خانواده بیش از نمره‌های زنان دارای سرپرست بود، اما فقط در مؤلفه خودمختاری، تفاوت موجود بین میانگین نمره‌های دو گروه معنادار بود. نتایج دلالت بر این دارد که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای سرپرست از خطرپذیری و آسیب‌پذیری بالاتری برخوردارند. بنابراین، شرکت آن‌ها در دوره‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله و تصمیم‌گیری می‌تواند موجبات افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رشد و تعالی آن‌ها را دربر داشته باشد.

کلیدواژگان

بهزیستی روان‌شناختی، زنان سرپرست خانواده، زنان دارای سرپرست.

m.jamali@yahoo.com

dr.sepahmansour@yahoo.com

mn.fallahian@gmail.com

۱. استادیار رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد تهران مرکز

۲. استادیار رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد تهران مرکز

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۲۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۸

مقدمه و طرح مسئله

زنان به‌منزله یک گروه بزرگ جمعیتی می‌توانند نقشی سازنده و تأثیرگذار در روند پیشرفت، تکامل، و توسعه جامعه داشته باشند، اما همواره، طی قرون متمادی، به‌رغم فعالیت در همه عرصه‌های مختلف تولید و خدمت، بدان‌ها کم‌توجهی شده و بیش از مردان در معرض تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار گرفته‌اند. نقش‌های اجتماعی و سبک زندگی زنان باعث شده آن‌ها از نظر جسمی ضعیف‌تر از مردان باشند و شیوع بیماری‌های روانی در آن‌ها، به دلیل مراجعه زودهنگام به مراکز بهداشتی درمانی، بیشتر از مردان گزارش شود [۱].

اصطلاح زنان سرپرست خانواده^۱ واژه جدیدی است که با حضور بیشتر زنان در عرصه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، و سیاسی کاربرد پیدا کرده است. امروزه بهداشت روانی از حقوق مسلم شهروندان بوده و زنان سرپرست خانواده و فرزندان آنان از جمله اقشار آسیب‌پذیر به‌شمار می‌آیند که باید به منظور تأمین سلامت روانی اجتماعی حمایت شوند. پژوهش‌هایی که با موضوع زنان سرپرست خانواده صورت گرفته نشان می‌دهد که زنان سرپرست خانواده بیشتر از زنان غیرسرپرست با عوامل استرس‌زای جسمی، روانی، اجتماعی، حقوقی، و اقتصادی دست به‌گریبان‌اند. بنابراین، برای تأمین سلامت روان خانواده، به بهزیستی روان‌شناختی سرپرست خانواده نیاز است [۱۱]

درآمد پایین و فقر، ایفای نقش‌های چندگانه و متعارض، فقدان حمایت‌های اجتماعی و نگرش منفی به زنان سرپرست خانواده، موجب فشار و تنش، فرسودگی، و احساس ناتوانی در این گروه زنان می‌شود. این امر به نوبه خود می‌تواند به بروز اختلالات روانی در آن‌ها منجر شود. بررسی انجام‌گرفته بر روی زنان سرپرست خانواده نشان داد در اغلب موارد، به دلیل از دست دادن همسر و سپس از بین رفتن حلقه روابط دوستانه و خانوادگی، این زنان مشکلات عاطفی و احساسی زیادی در زندگی روزمره پیدا می‌کنند [۱۴]

سازمان بهداشت جهانی در تعریف خود از سلامتی، آن را «رفاه کامل جسمی، روانی، و اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری» می‌داند که این ابعاد بر یکدیگر اثر متقابل دارد و افراد، خانواده، و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهند. جاهودا^۲ (۱۹۸۵) بر این باور است فقط نداشتن بیماری روانی معیاری مناسب برای سلامت روان نیست. به نظر او، سلامتی مفهومی چندبعدی است که علاوه بر نداشتن بیماری و ناتوانی، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز دربر می‌گیرد. براساس این دیدگاه، ریف و سینگر^۳ (۱۹۹۸) الگوی بهزیستی روان‌شناختی^۴ یا بهداشت روانی

1. female heads of household

2. Jahoda

3. Ryff & Singer

4. Psychological well-being

مثبت را مطرح کردند. به نظر آن‌ها، فرایند رشد در طول عمر ادامه می‌یابد، افراد با بهزیستی روان‌شناختی می‌کوشند در جهت ارتقای استعدادها و توانایی‌های خود گام بردارند، ارتباط بین فردی مؤثر داشته باشند، و تعارض‌های زندگی خود را به حداقل برسانند [۱۵]

توجه به زنان سرپرست خانواده، به‌عنوان گروهی مشخص و قابل احترام در جامعه، نه تنها به‌منزله یک ضرورت، بلکه به‌منزله یک نیاز مطرح است. پذیرش این امر که زنان گروهی پویا، پرتحرک، و با انگیزه‌های قوی‌اند می‌تواند در مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و در سرنوشتشان، که به سرنوشت جامعه گره خورده است، بسیار مؤثر افتد. با توجه به نقش بهزیستی روان‌شناختی در روابط بین فردی و تأثیر آن در بهزیستی و رفاه خانواده، پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این پرسش است که آیا بین بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست تفاوت معنادار وجود دارد؟

ملاحظات نظری و پیشینه پژوهش

خانواده رکن بنیادین اجتماع و شالوده حیات اجتماعی محسوب می‌شود. ارگانیکسم خانواده از یک سو با اعضای خود و از سوی دیگر با اجتماع در تعامل است و می‌تواند به‌منزله سلول اصلی اجتماع در سلامت یا بیماری مؤثر باشد. هیچ‌یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده به‌وجود نمی‌آید و به همین ترتیب نیز، هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند، مگر آنکه از خانواده‌های سالم برخوردار باشد [۸]

زنان سرپرست خانواده زنانی‌اند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را برعهده دارند. آن‌ها علاوه بر تعلیم و تربیت فرزندان خود، مسئولیت‌های مراقبتی و نگهداری از خانواده را نیز عهده‌دارند. در نتیجه، در معرض آسیب‌های جسمی، روانی، اجتماعی بیشتری قرار دارند. این گروه شامل دختران و زنان خودسرپرست نیز می‌شود و تعداد آن‌ها به دلیل بالا رفتن میزان طلاق، کاهش میزان ازدواج، مهاجرت ناشی از بحران‌های اقتصادی و سیاسی و تغییر الگوهای فرهنگی رو به افزایش است [۲]

در مبانی نظری بهزیستی روان‌شناختی، می‌توان دریافت که این موضوع در کنار بهداشت روانی یا سلامت روان معنی و مفهوم اصلی خود را پیدا کرده است. سالیان متمادی دانشمندان علوم رفتاری رویکردی آسیب‌شناختی یا منفی به سلامت روان داشتند؛ به این معنی که سلامت روانی معادل نبود بیماری و مشکلات روانی تعریف شده است. اما در اواخر قرن بیستم، این تعریف‌ها به جای تأکید بر درمان مشکلات روانی، بر پیشگیری از آن‌ها تأکید کرده‌اند. طبق این دیدگاه، اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی معنی پیدا می‌کند که عمدتاً بر ابعاد روانی مثبت مانند توانایی‌های انسان، رشد شخصی، عزت نفس، ارتباط‌های اجتماعی گسترده، احساس خودکارآمدی و ارتقا متمرکز شده‌اند. درحقیقت، ظهور بهزیستی روان‌شناختی موجب تغییر

رویکرد روان‌شناسان از مدل پزشکی یا آسیب‌شناختی به مدل‌های مثبت‌نگر در موضوع سلامت روانی شده است که در این زمینه می‌توان مدل شش عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف را مطرح کرد [۲۱].

طبق دیدگاه بهزیستی روان‌شناختی ریف، ملاک‌های سلامت روان در زندگی یعنی دستیابی به ارتقای سلامت روان با شش عامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط قوت و ضعف خود)، هدفمندی در زندگی (آنچه به زندگی فرد جهت و معنا می‌بخشد)، رشد شخصی (احساس اینکه استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد)، داشتن ارتباط مثبت با دیگران (به معنای داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، تسلط بر محیط (توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به‌ویژه مسائل زندگی روزمره)، و خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواست‌ها و عمل براساس اصول شخصی حتی اگر آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد)، در ارتباط است [۱۹؛ ۲۰].

بابلت^۱ (۱۹۸۶) بر این باور است که 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. عوامل پیش‌بینی‌کننده مشکلات روانی و به‌خصوص افسردگی را در زنان سرپرست خانواده می‌توان سابقه ابتلا به افسردگی یا سایر بیماری‌های روانی، بیماری‌های جسمی، حمایت اجتماعی پایین، عملکرد ضعیف نقشی، بیکاری، و فشارهای اقتصادی دانست [۹].

نتیجه مطالعات لی^۲ (۱۹۹۸) نشان داد زنان سرپرست خانواده در مقایسه با مردان سرپرست خانواده، به دلیل نقش‌های هم‌زمان مختلف مانند اداره امور خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان، و کار خارج از خانه با دستمزد کمتر، استرس و مسائل و مشکلات روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند. آن‌ها علاوه بر رویارویی با مشکلات اقتصادی با برخی فشارهای منفی-اجتماعی همچون نگرش منفی به زنان بیوه و مطلقه روبه‌رو هستند. البته نوع عامل استرس‌زا، میزان حمایت‌های دریافتی و شدت علائم افسردگی در میان مادران مجرد و سرپرست خانواده و مادران متأهل متفاوت است و عمده‌ترین عوامل استرس‌زا در زنان سرپرست خانواده شامل بیکاری، درآمد ناکافی، و مشکل مسکن است و بیشترین همبستگی را با افسردگی نشان می‌دهد [۹].

1. Bablat

2. Lee

نتایج پژوهش‌های وود و رپتی^۱ (۱۹۹۷) نیز نشان داد زنان سرپرست خانواده و مادران تنهایی که سطح بالایی از محرومیت اقتصادی را تجربه می‌کنند، نه‌تنها خود از نظر روانی مستعد ابتلا به اختلالات روانی‌اند، در رابطه با فرزندانشان بیش از زنان متأهل دیگر از روش‌های تربیتی خشن استفاده می‌کنند و نظارت و راهنمایی کمتری بر رفتار فرزندان خود دارند؛ در نتیجه فرزندان آن‌ها نیز بیشتر به روش‌های خشن با گروه هم‌سال خود متوسل می‌شوند. مشکلات زنان سرپرست خانواده به میزان کنترل آن‌ها بر امور، نوع مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت‌های اجتماعی، و میزان و شدت تغییرات حاصله در میزان درآمد، نوع مسکن، و روابط خویشاوندی وابسته است [۷].

برانون^۲ (۱۹۹۹) در بررسی آسیب‌پذیرتر بودن زنان از مردان از نظر استرس‌های زندگی، بدین نتیجه رسید که یکی از منابع عمده استرس در زنان و به‌ویژه زنان سرپرست خانواده، ایفای نقش‌های متعدد در زمان واحد است. عمده‌ترین نقش پذیرفته‌شده برای مردان، نقش نان‌آوری خانواده است و استرس‌های مربوط به نقش در مردان معمولاً وابسته به نقش‌های شغلی آن‌هاست. زنان سرپرست خانواده علاوه بر اداره امور اقتصادی، استرس‌های مربوط به شغل و حرفه و تنظیم درآمد و نقش والدینی، تربیتی، و حمایتی از فرزندان را نیز برعهده دارند. مطالعات برانون نشان داد زنان سرپرست خانواده با مشکلات اقتصادی، استرس‌های مزمن و مداوم، و نگرش‌های منفی اجتماعی به خود روبه‌رو بوده و حمایت‌های اجتماعی بسیار کمی را دریافت می‌کنند. در نتیجه، میزان آسیب‌پذیری آن‌ها در قبال مشکلات روانی افزایش می‌یابد و مستعد ابتلا اختلالات روانی می‌شوند [۱۸].

آدامز^۳ (۲۰۰۰) اختلالات روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده مطلقه را بررسی کرد و اظهار داشت: مادر پس از طلاق در برابر یک‌سری از مشکلات قرار می‌گیرد، مانند: تأمین مراقبت از کودک، یافتن سرپناهی مناسب، و تأمین معیشت خانواده و دشواری‌های ناشی از اینکه او تنها بزرگسال خانواده است و باید نقش پدر و نقش مادر را یک‌جا به عهده بگیرد. بنابراین، باید به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای پردازد که در برخی موارد ایفای این نقش‌ها باهم در تعارض‌اند. لذا زن هم از حیث مادی و هم از حیث روانی-عاطفی دچار مشکل می‌شود و استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کند [۱۲].

بریسکو^۴ (۲۰۰۰) در بررسی وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانواده به این نتیجه رسید که ۷۵ درصد از این زنان، از بیماری‌های روانی رنج می‌برند که عمده‌ترین آن‌ها با طلاق همبستگی نزدیک دارد و شامل اختلالات عاطفی، شخصیت ضد اجتماعی، و هیستری است.

1. Wood & Repetti

2. Brannon

3. Adamz

4. Brisco

ظهور علائم روان‌پزشکی، ابتلا به بیماری‌های روانی، استفاده از خدمات روان‌پزشکی برای بیماران سرپایی، و خودکشی همگی در بین زنان سرپرست خانواده و فاقد همسر متداول‌تر از افراد متأهل است و نشان می‌دهد این زنان در مقایسه با زنان دارای همسر، بهزیستی و رفاه اجتماعی پایین‌تری دارند [۱۰].

حسینی، فروزان آمنه، و امیرفریاد (۱۳۸۸) در بررسی وضعیت سلامت روانی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، ۳۰۰ نفر از زنان سرپرست خانواده تحت پوشش مجتمع‌های حمایتی بهزیستی این شهرستان را مطالعه کردند. نمونه مطالعه‌شده به صورت تصادفی سهمی از بین ۲۵۰۰ زن سرپرست خانواده مجتمع‌های بهزیستی انتخاب و با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی آن‌ها ارزیابی شد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که ۷۷ درصد از زنان سرپرست خانواده این پژوهش سلامت روانی نداشتند. همچنین، نتایج این بررسی نشان داد بین علت سرپرستی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران و سلامت روان آن‌ها رابطه وجود ندارد، اما بین دو متغیر تحصیلات و مدت زمان سرپرست بودن آن‌ها با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد [۵].

هرچند پژوهش‌های زیادی در حوزه جامعه‌شناسی و روان‌شناسی درباره زنان سرپرست خانوار صورت گرفته، درخصوص بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده مطالعات محدودی انجام شده و این مطالعات عمدتاً رابطه بهزیستی روان‌شناختی را با عواملی همچون هوش هیجانی و سلامت عمومی بررسی کرده است [۱۶]. این مطالعه، به‌طور خاص، قرار است به مقایسه بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده و زنان دارای سرپرست بپردازد. امید آنکه نتایج این مطالعه بتواند دست‌اندرکاران رفاه اجتماعی جامعه را در برنامه‌ریزی اصولی برای ارتقای سطح سلامت روانی، اجتماعی، و جسمی زنان سرپرست خانواده یاری دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی است که در آن بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده و زنان دارای سرپرست در شهر تهران مقایسه شده است. جامعه آماری این بررسی را زنان سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی^(۵) و زنان دارای سرپرست در شهر تهران در سال ۱۳۹۱ تشکیل دادند. حجم نمونه براساس جدول کرجیس مورگان، ۲۸۰ نفر تعیین شد که ۱۴۰ نفر آن‌ها را زنان سرپرست خانواده و ۱۴۰ نفر دیگر را زنان دارای سرپرست تشکیل می‌دهند. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد. بدین معنی که از بین مناطق ۲۲ گانه شهر تهران، که در پنج ناحیه شمال، جنوب، شرق، غرب، و مرکز شهر تهران قرار دارند، یک منطقه به‌طور تصادفی انتخاب شد، سپس از روی فهرست زنان سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی^(۵) آن منطقه، ۱۴۰ نفر به شیوه

تصادفی انتخاب شدند. همچنین، ۱۴۰ زن دارای سرپرست خانواده از لیست موجود در مرکز بهداشتی محل سکونت زنان سرپرست خانواده به‌طور تصادفی انتخاب شدند. با توجه به مشخص بودن سن و میزان تحصیلات زنان سرپرست خانواده، زنان دارای سرپرست خانواده‌ای تعیین شدند که از نظر گروه سنی و میزان تحصیلات با یکدیگر همگون باشند [۱۳].

به منظور بررسی بهزیستی روان‌شناختی افراد مطالعه‌شده از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) استفاده شد. این پرسشنامه ۸۴ سؤال و ۶ مقیاس (هر مقیاس ۱۴ عبارت) دارد که محمد کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) آن را ترجمه کرده‌اند. سؤالات این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی شش درجه‌ای (از ۱=کاملاً مخالف تا ۶=کاملاً موافق) طراحی شده است. این آزمون از شش خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، و رشد فردی است. برای به‌دست آوردن نمره مربوط به هر خرده‌مقیاس، نمره همه عبارات مربوط به آن خرده‌مقیاس باهم جمع می‌شود و با جمع امتیازات ۸۴ سؤال با یکدیگر، نمره بهزیستی روان‌شناختی کلی به‌دست می‌آید [۴].

ریف به منظور هنجاریابی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، این پرسشنامه را روی نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا کرد. ضریب همسانی ناشی از پایایی خرده‌مقیاس خودمختاری برابر ۰،۷۶، تسلط بر محیط ۰،۹۰، رشد فردی ۰،۸۷، ارتباط مثبت با دیگران ۰،۹۱، زندگی هدفمند ۰،۹۰ و پذیرش خود ۰،۹۳ بود [۶]. ضریب پایایی به‌دست آمده در پژوهش زنجانی طبسی (۱۳۸۳)، با روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ)، برای کل آزمون بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰،۹۴ و برای خرده‌مقیاس‌های فرعی بین ۰،۶۳ تا ۰،۸۹ بوده است. ضریب همبستگی براساس روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰،۷۶ و برای مؤلفه‌های فرعی بین ۰،۶۷ تا ۰،۷۳ درصد بوده است. همبستگی بین کل آزمون و خرده‌آزمون رضایت از زندگی ۰،۵۱، معنویت ۰،۶۳، همدلی و خوش‌بینی ۰،۴۸، رشد و بالندگی فردی ۰،۵۹ بود که همگی معنادار بودند [۳].

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره از جمله همگنی واریانس‌ها بررسی شد و به دلیل تحقق هدف پژوهش، داده‌ها به وسیله روش تحلیل واریانس چندمتغیره سنجیده شد. تحلیل اشاره‌شده با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS18 صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش

اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار نمره افراد مطالعه‌شده در دو گروه زنان سرپرست خانواده و زنان دارای سرپرست در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره گروه‌ها در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	گروه‌ها	زنان سرپرست خانواده		زنان دارای سرپرست
		میانگین	انحراف معیار	میانگین
پذیرش خود		۴۴,۳۰	۴,۶۹	۴۵,۴۱
روابط مثبت با دیگران		۴۳,۳۸	۴,۲۶	۴۴,۵۲
خودمختاری		۴۵,۹۹	۴,۴۱	۴۴,۵۸
تسلط بر محیط		۴۶,۵۷	۴,۰۵	۴۶,۴۵
زندگی هدفمند		۴۴,۳۶	۳,۸۱	۴۵,۵۶
رشد فردی		۴۶,۰۱	۴,۹۸	۴۵,۱۹
کل بهزیستی روان‌شناختی		۲۶۹,۳۹	۱۰,۴۵	۲۷۲,۷۱

همان‌طور که اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمره زنان دارای سرپرست در کل بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، و زندگی هدفمند بیش از زنان سرپرست خانواده بوده و برعکس میانگین نمره‌های زنان سرپرست خانواده در مؤلفه‌های خودمختاری، تسلط بر محیط، و رشد فردی بیش از زنان دارای سرپرست بوده است. از آنجا که سطح معناداری به دست آمده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۱ و آزمون لوین بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن بیشتر از ۰,۰۵ است، می‌توان داده‌ها را در همه متغیرهای مطالعه‌شده با اطمینان بالایی نرمال فرض کرد و می‌توان گفت که واریانس گروه‌ها از تجانس لازم جهت آزمون تحلیل واریانس برخوردارند.

جدول ۲، نتایج مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیره را بر متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن ارائه می‌دهد. براساس یافته‌های جدول ۲، مشخص می‌شود که بین دو گروه زنان سرپرست خانواده و زنان دارای سرپرست از نظر بهزیستی شناختی ($F=۶,۴۰$, $P=۰,۰۱۲$)، پذیرش خود ($F=۴,۰۵$, $P=۰,۰۴۵$)، روابط مثبت با دیگران ($F=۴,۱۷$, $P=۰,۰۴۲$)، خودمختاری ($F=۶,۶۶$, $P=۰,۰۰۰۱$)، و زندگی هدفمند ($F=۷,۰۱$, $P=۰,۰۰۹$) به صورت معناداری با یکدیگر متفاوت‌اند، اما از نظر تسلط بر محیط ($F=۰,۰۶$, $P>۰,۰۵$) و رشد فردی ($P>۰,۰۵$)، $F=۲,۲۳$) بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. مقایسه میانگین‌های دو گروه دلالت بر این دارد که سرپرستی خانواده از سوی زنان می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، و زندگی هدفمند را تحت‌تأثیر قرار دهد و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را در مقایسه با زنان دارای سرپرست کاهش دهد؛ درحالی‌که خودمختاری در زنان سرپرست

خانواده به‌طور معناداری بیش از زنان دارای سرپرست بوده و تفاوت معناداری بین رشد فردی و تسلط بر محیط بین دو گروه وجود نداشته است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره تأثیرات گروه بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن

مؤلفه‌ها	مانوا F	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	سطح معناداری	ضریب اثر (تا)
پذیرش خود	۴,۰۵	۸۵,۸۱	۸۵,۸۱	۰,۰۴۵	۰,۰۱۴
روابط مثبت با دیگران	۴,۱۷	۹۰,۲۹	۹۰,۲۹	۰,۰۴۲	۰,۰۱۵
خودمختاری	۸,۴۰	۱۴۳,۴۳	۱۴۳,۴۳	۰,۰۰۴	۰,۰۲۹
تسلط بر محیط	۰,۰۶	۱,۰۳	۱,۰۳	۰,۸۰۱	۰,۰۰۰
زندگی هدفمند	۷,۰۱	۱۰۰,۸۰	۱۰۰,۸۰	۰,۰۰۹	۰,۰۲۵
رشد فردی	۲,۲۳	۴۷,۲۳	۴۷,۲۳	۰,۱۳۷	۰,۰۰۸
کل بهزیستی روان‌شناختی	۶,۴۰	۶۵۷,۲۸	۶۵۷,۲۸	۰,۰۱۲	۰,۰۲۳

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه میانگین نمره‌های کسب‌شده از سوی افراد مطالعه‌شده نشان می‌دهد میانگین نمره زنان دارای سرپرست در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی بیش از میانگین نمره زنان سرپرست خانواده است. این یافته دلالت بر این دارد که زنان دارای سرپرست در مقایسه با زنان سرپرست خانواده از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند و تفاوت موجود بین دو گروه، معنادار است. این یافته با دیدگاه‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناختی و نتایج پژوهش‌های انجام‌گرفته بر زنان سرپرست خانواده همخوانی دارد. طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت [۱۱]، زنان بیش از مردان در معرض تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار دارند. شیوع اختلالات روانی در زنان به دلیل عوامل بیولوژیکی، نقش جنسی، استرس‌های محیطی و شغلی، محدودبودن منبع رضایت، و همچنین مشکلات اقتصادی و تنهایی بیش از مردان است [۱۷]. زنان سرپرست خانواده، به‌منزله آسیب‌پذیرترین جامعه آماری زنان، در معرض آسیب‌های جسمی، روانی، و اجتماعی بیشتری قرار دارند و تعداد آن‌ها به دلیل بالا رفتن میزان طلاق، کاهش ازدواج، مهاجرت ناشی از بحران‌های اقتصادی و سیاسی، و تغییر الگوهای فرهنگی افزایش دارد. از جمله دلایل خطرپذیری این گروه، وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامطلوب، پایین‌بودن سطح دانش و آگاهی، پراسترس بودن شرایط زندگی آن‌ها، نگرش غیرمنطقی و نامناسب افراد جامعه به آن‌ها، و همچنین پایین‌بودن سطح سلامت جسمی و روانی است که آن‌ها را بیشتر سایر زنان نیازمند توجه و حمایت روانی اجتماعی کرده است [۹؛ ۱۲؛ ۱۸].

مقایسه میانگین نمره‌های کسب‌شده از سوی افراد مطالعه‌شده در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، نشان‌دهنده این است که زنان دارای سرپرست در مقایسه با زنان سرپرست خانواده از مؤلفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، و زندگی هدفمند بیشتر بهره می‌برند. این یافته نتایج بررسی‌های انجام‌گرفته از سوی برانون (۱۹۹۹)، خسروی (۱۳۸۳)، و حسینی، فروزان آمنه، و امیرفریار (۱۳۸۸) را تأیید می‌کند که هرچه افراد توانایی پذیرش خود را داشته و ارتباط مؤثر و مثبتی با اطرافیان خود داشته باشند و زندگی هدفمندی را دنبال کنند، از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند [۵؛ ۱۸]. در مؤلفه خودمختاری، میانگین نمره زنان سرپرست خانواده از میانگین نمره زنان دارای سرپرست به‌طور معناداری بالاتر بود. این یافته مؤید نتایج نظریه‌های کی‌یس، شموکتین، و ریف (۲۰۰۲) است. آن‌ها در بررسی خود بدین نتیجه رسیدند که زنان سرپرست خانواده، به دلیل مسئولیت‌های زیاد خانوادگی، به خودمختاری و ایستادگی در مقابل فشارهای زندگی نیاز دارند، تا بتوانند از حریم خانوادگی و فردی خود دفاع کنند [۲۰]. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد میانگین نمره‌های زنان سرپرست خانواده، در زمینه تسلط بر محیط و رشد فردی، بیش از نمره‌های زنان دارای سرپرست است، اما تفاوت موجود بین دو گروه معنادار نبود. دلیل بالاتر بودن نمره‌های زنان سرپرست خانواده در این دو مؤلفه را می‌توان نیاز آن‌ها به داشتن امنیت اجتماعی و بالابردن ظرفیت خود در مراقبت از حریم شخصی و خانوادگی دانست. این یافته نیز مؤید نتایج بررسی میکاییلی منیع (۱۳۸۹) است که زنان به دلیل نداشتن امنیت از جانب افراد جامعه و نگرش منفی نیازمند تسلط بر محیط زندگی شخصی خود هستند [۱۶].

یافته‌های این پژوهش گویای آن است که بهزیستی روان‌شناختی زنان دارای سرپرست در مقایسه با زنان سرپرست خانواده بالاتر است و استرس‌های زنان سرپرست خانواده موجب شده آن‌ها از خطرپذیری و آسیب‌پذیری بیشتری برخوردار باشند. از آنجا که عمده این زنان تحت پوشش کمیته امداد امام^(۶) قرار دارند، سلامت و کارایی آن‌ها می‌تواند زمینه کارآفرینی و خودکفایی اقتصادی و اجتماعی را برای آن‌ها به همراه داشته باشد. بنابراین، شرکت آن‌ها در دوره‌های آموزشی مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری، کنترل خشم و مدیریت استرس‌های زندگی، و ارتباط بین‌فردی مؤثر می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی، بهزیستی روان‌شناختی، و رشد و تعالی آن‌ها شود.

منابع

- [۱] اسمایک، پاتریشیا (۱۳۸۲). *زنان و سلامت*. ترجمه بتول احمدی، حسن افتخار اردبیلی، داود شجاعی‌زاده و الهه میرزایی، تهران: نشر دانشگاهی.
- [۲] باقری، شهلا (۱۳۸۲). *اشتغال زنان در ایران*. تهران: انتشارات روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان.

- [۳] بیانی، علی‌اصغر؛ گودرزی، حسنیه؛ محمدکوچکی، عاشور (۱۳۸۷). «رابطه ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزاد شهر»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ش ۳۵، ص ۱۵۳-۱۶۴.
- [۴] بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور؛ بیانی، علی (۱۳۸۷). «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، ش ۱۴، ص ۱۴۶-۱۵۱.
- [۵] حسینی، سیداحمد؛ فروزان آمنه، ستاره؛ امیرفریار، معصومه (۱۳۸۸). «بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران»، فصلنامه پژوهش اجتماعی، س ۲، ش ۳، ص ۱۱۹-۱۳۹.
- [۶] ریف و کی یس (۱۳۸۹). مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، ترجمه زهره قربانی، مؤسسه آزمون یار پویا.
- [۷] زنجانی طبسی، رضا (۱۳۸۳). «ساخت و هنجاریابی آزمون بهزیستی روان‌شناختی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تهران.
- [۸] ستیر، ویرجینیا (۱۳۸۸). آدم‌سازی، ترجمه بهروز بیرشک، تهران: رشد.
- [۹] طالبی، زیبا (۱۳۸۶). «بررسی چالش‌ها و مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر اصفهان و راهکارهای توانمندسازی آنان»، مجله مددکاری اجتماعی، تهران.
- [۱۰] فروزان، ستاره؛ بیگلریان، اکبر (۱۳۸۲). «زنان سرپرست خانواده، فرصت‌ها و چالش‌ها»، فصلنامه پژوهش زنان، ش ۵.
- [۱۱] کاشانی‌نیا، زهرا؛ 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، ص ۳۹۱-۴۰۱.
- [۱۲] محمدی، زهرا (۱۳۸۵). زنان سرپرست خانواده. انتشارات روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
- [۱۳] مرکز آمار ایران (۱۳۸۵). سرشماری عمومی نفوس و مسکن. تهران: انتشارات مرکز آمار.
- [۱۴] معیدفر، سعید (۱۳۸۴). «وضعیت فرهنگی اجتماعی خانواده‌های تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی^(ه)»، تهران: انتشارات معاونت امور فرهنگی کمیته امداد امام.
- [۱۵] میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۸). «روابط ساختاری بین بهزیستی روان‌شناختی با هوش هیجانی ادراک‌شده، توانایی کنترل تفکر منفی و افسردگی مادران کم‌توان ذهنی و مقایسه آن با مادران کودکان عادی»، مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، س ۹، ش ۲، ص ۱۰۳-۱۲۰.

- [۱۶] _____ (۱۳۸۹). «بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دانشگاه ارومیه»، فصلنامه/فقی دانش، س ۱۶، ش ۴، ص ۶۵-۷۴.
- [۱۷] نوربالا، اجمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ اسدی لاری، محسن؛ واعظ مهدوی، محمدرضا (۱۳۸۹). «وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر شهر تهران»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، س ۱۶، ش ۴، ص ۴۷۹-۴۸۳.
- [18] Brannon, L. (1999). *Gender, psychological perspective*. Allan and Bacon, Boston.
- [19] Hauser, RM., Springer, K.W., Pudrovska, T. (2005). "Temporal Structures of psychological well-being. Paper presented at the 2005 meetings of the Gerontological Society of America, Orlando, Florida.
- [20] Keyes, CM., Shmotkin, D., Ryff CD. (2002). optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychiatry*, 82: 1007-1022.
- [21] Myers, DG., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychol. Science*, 6, 10-19.
- [22] Ryff, CD., Keyes, CL. (1995). The structure of psycho-logical well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychiatry*, 69: 719-727.

Archive of SID