



### عنوان مقاله : اثربخشی روان درمانی انگیزشی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده

نرگس فرخنده نژاد

دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی دانشگاه پیام نور واحد تربت حیدریه، مشهد، ایران

آدرس پست الکترونیک نویسنده (n.farkhondehnejad@gmail.com)

1

#### چکیده:

زنان سرپرست خانوار در معرض آسیب های مختلف روان شناختی و اجتماعی هستند که کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی روان درمانی انگیزشی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش اداره بهزیستی شهر مشهد بود. این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع طرح های دو گروهی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان بی سرپرست تحت پوشش اداره بهزیستی مشهد تشکیل می دادند که تعداد ۳۰ نفر از این افراد با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه دو ساعته، دوبار در هفته، تحت آموزش روان درمانی انگیزشی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. هر دو گروه قبل و بعد از اجرای آموزش، به تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پرداختند. در نهایت داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون کواریانس چند راهه (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش روان درمانی انگیزشی در افزایش کیفیت زندگی شرکت کنندگان گروه آزمایش تاثیر معنی داری داشت. این تاثیر در زیرمقیاس های سلامت روان و سلامت محیط نیز معنی دار بود اما بر روی سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی تاثیر معناداری نداشت. با توجه به این یافته ها می توان نتیجه گرفت که برای ارتقای کیفیت زندگی زنان بی سرپرست می توان از آموزش روان درمانی انگیزشی استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** روان درمانی انگیزشی، کیفیت زندگی، سرپرست خانواده

### مقدمه :

خانواده به عنوان مهمترین نهاد اجتماعی است که نقش اصلی سازندگی جوامع و سلامتی آن را تضمین می نماید (فاهی، کیلسی و پولک، ۲۰۱۲). در خانواده های ایرانی اغلب مرد (پدر) سرپرست خانواده محسوب می شود. اما تحت شرایطی، چنین مسؤلیتی بر عهده زنان (مادر) قرار می گیرد. زنان سرپرست خانوار، شامل زنانی هستند که همسرانشان فوت کرده اند و یا مطلقه می باشند و یا دارای همسرانی هستند که یا زندانی و یا از کار افتاده اند و یا زنانی هستند که همسرانشان آنها را ترک کرده اند (هاشمی، ۱۳۹۵؛ به نقل از رضاخانی، ۱۳۹۷). زنان سرپرست خانوار از جمله گروه های آسیب پذیر اجتماعی هستند که عواملی چون طلاق، فوت و یا اعتیاد همسر، از کار افتادگی همسر، رها شدن توسط مردان مهاجر و یا بی مبالاتی موجب آسیب پذیرتر شدن این قشر از جامعه می شود. متأسفانه در جامعه ما زندگی زنان پس از ترک شوهر غالباً با ابهام ها و مخاطره هایی روبروست. از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکل اقتصادی زندگی، تنهایی و افسردگی و ناامیدی، همچنین، نگرش غلط جامعه نسبت به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان آنان را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکل های عدیده ای روبه رو می کند (شهریاری سعادت‌مند، فاتحی زاده و محققیان، ۱۳۹۲).

روانشناسان، معتقدند که زنان سرپرست خانوار با تقبل نقش های متفاوت در برابر یکسری از مسائل و مشکلاتی نظیر استرس و اضطراب، بیماریهای روانی و افسردگی قرار گرفته و بنابراین، وضعیت اعتماد به نفس و سلامت روحی و روانی آنها مورد خدشه واقع می گردد (بیانون، ۱۹۹۹). شواهد زیادی در تأیید محرومیت زنان سرپرست خانوار به دلیل جنسیت، و در پی آن، محرومیت از منابع وجود دارد (چانت، ۲۰۰۳؛ به نقل از شادی طلب و گرای نژاد، ۱۳۸۳). همچنین بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه سلامت روان شناختی زنان سرپرست خانواده حاکی از تجربه سطوح بالاتر تنش های روانی و مشکلات در آنهاست (نوری، ۱۳۸۹).

بنابراین، اگر به این گروه از زنان توجه نشود به مرور موجبات طرد آنها از جامعه فراهم شده از یک سو مشکلات عدیده ای همچون روی آوردن به جرم و فساد و از سوی دیگر ایجاد انحراف و اختلال در تربیت نیروهای فعال و جوان جامعه و افزایش تعداد خانواده های ناآرام و شیوع اختلالات روحی، روانی و جسمی در اعضای خانواده می شود. همچنین از آنجایی که نقش سرپرستی خانوار برای یک زن نقش چالش برانگیز است (چیسمن، فرگوسن و کوهن، ۲۰۱۴) ضروری است که این زنان در آرامش باشند و استرس، اضطراب و نگرانی های ناشی از فشارهای زندگی را کنترل کنند (براون و کاسر، ۲۰۱۰؛ براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ فالکنستروم، ۲۰۱۰). تغییرات ایجاد شده در دهه های اخیر باعث تغییر ساختار خانواده، پذیرش مسؤلیت بیشتر و استرس بیشتر برای اداره زندگی توسط زنان شده است، به علاوه مواردی از قبیل فوت یا جدایی از همسر نیازمند سازگاری مجدد هستند (کوینی، ۲۰۰۳؛ به نقل از فرح زاده، ۱۳۹۵).

زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر با استرس بیشتری برای اداره زندگی روبرو می شوند. شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به طور روزانه سبب استرس و پریشانی زنان سرپرست خانوار می شوند و آنها را با مشکلاتی از قبیل بیماری های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می

<sup>1</sup> Fahey, Keilthy, Polek,

<sup>2</sup> Bianon

<sup>3</sup> Chant

<sup>4</sup> Cheeseman, Ferguson, Cohen

<sup>5</sup> Brown, Ryan

<sup>6</sup> Falkenstrom

<sup>7</sup> Coyne

کنند که در نهایت کیفیت زندگی خود و خانواده شان را تحت تاثیر قرار می دهد (هرناندرز، رامیرز و آراندا، ۲۰۰۹). امروزه علی رغم ایجاد تغییرات فرهنگی و تغییر در شیوه های زندگی بسیاری از افراد به خصوص زنان بی سرپرست، آنها فاقد توانایی های اساسی و مهارت های لازم برای مواجهه شدن با مشکلات خاص زندگی خود هستند و همین امر این گروه از زنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی آسیب پذیر نموده است (مایر و عبدالملک، ۲۰۱۵) و این مسئله منجر به افت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شده است (تاتینا بلداجی، فروزان و رفیعی، ۱۳۹۰).

مفهوم کیفیت زندگی طی قرن های متمادی همواره موضوعی چالش برانگیز و متاثر از نوع جهان بینی افراد بوده است (ناسباوم و سن، ۱۹۹۳). سازمان بهداشت جهانی در تعریف جامعی از کیفیت زندگی آن را به عنوان درک فرد از وضعیت کنونی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند و ارتباط این درک و برداشتها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظر فرد تعریف می کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). ۱ کیفیت زندگی عبارتست از برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع (حمیدی زاده و همکاران، ۱۳۸۷). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به عنوان «ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آنجا زندگی می کنند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم» تلقی می کنند (کرتیس، ۲۰۰۰؛ ترجمه سهرابی، ۱۳۸۲). اکثر متخصصین و صاحب نظران این حوزه معتقدند که کیفیت زندگی دارای ابعاد روانی، جسمانی، اجتماعی و محیطی می باشد (گیلمین و اوهمکاران، ۱۹۹۳).

مرور پژوهش های انجام شده نشان می دهد که متغیرهایی مانند ویژگی های فردی، مسائل خانوادگی، مسائل روانی و اجتماعی، رفع نیازهای اساسی، اشتغال افراد و غیره بر کیفیت زندگی افراد در یک جامعه اثرگذار می باشد (استرن و همکاران، ۲۰۰۷؛ گیلمین و همکاران، ۱۹۹۳؛ داینر و سو، ۱۹۹۲). همان طور که در بالا اشاره شده، زنان سرپرست خانوار به دلیل مشکلات مالی، اجتماعی و روان شناختی خاصی که با آن روبرو هستند، کیفیت زندگی پایین تری دارند (پوپوویچ و آکینسولا، ۲۰۰۳). کیفیت زندگی پایین منجر به این مسئله می شود که زنان سرپرست خانوار بیش از دیگر افراد جامعه در معرض آسیب های اجتماعی باشند (لافتا، ۲۰۱۴). با این وجود، برخی از این زنان به علت داشتن ویژگی هایی که به آن ها کمک می کند با مشکلات خاص خود کنار بیایند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (شعبان زاده و همکاران، ۱۳۹۲).

از آنجایی که کارهای کیفی و مداخله ای باید به روشن کردن بخشهایی از زوایای پنهان زندگی این زنان بپردازد و آنان را در مسیر توانمندسازی روانی و مقابله با فشارهای زندگی یاری رساند (تهامی، ۱۳۹۰). یکی از مواردی که به نظر می رسد می تواند بر بهبود کیفیت زندگی تاثیرگذار باشد آموزش روان درمانی انگیزشی است. افزایش و بهبود زندگی در چارچوب گروه درمانی کاملاً قابل کاربرد است. بهبود کیفیت زندگی به شکل گروهی نه تنها مقرون به صرفه است بلکه گروه های مراجعین در زمینه تلاش برای ایجاد زندگی معنی دارتر و رضایت بخش تر یکدیگر را به خوبی مورد حمایت اجتماعی قرار می دهند (فریش، ۱۳۸۹).

نظریه روان درمانی انگیزشی توسط دکتر حسین صاحبدل، ابداع شد. این نظریه پس از سال ها مطالعه و پژوهش در حوزه روان درمانی و مصاحبه با افرادی که از اختلالات متعدد روانشناختی رنج می برده اند، تدوین شده است. روان درمانی انگیزشی، شروع یک نسل جدید در روان درمانی است. روان درمانی انگیزشی، تمام محدودیت های تغییر را از پیش پای فرد بر می دارد.

Hernández, Aranda, Ramírez

Meyer, Abdul-Malak

Nussbaum, Sen

Guillemin

Diener, Suh

Popovich, Akinsola

Lafta

به او تلنگر می زند که بیماری روانی یک دروغ است، تغییر ممکن است، شخصیت دروغین است و هیچ محدودیتی برای تغییر سبک زندگی وجود ندارد. مشکلات روانشناختی ما، ریشه در سبک زندگی ما دارد. روانکاوی، شناخت درمانی، گشتالت درمانی و واقعیت درمانی، رویکردهایی هستند در شکل گیری روان درمانی انگیزشی موثر بوده اند. این رویکرد، از حیث تاکید بر انگیزه بخشی در درمان، ایجاد شک اساسی در مراجعان نسبت به آنچه آن را شخصیت می دانند و ایجاد احساس تغییر نامحدود، یک نوآوری محسوب می شود. در این رویکرد، بیماری روانی از منظر متفاوتی مورد بررسی قرار گرفته و درمانگر نقش مهمی در انگیزه بخشی به مراجعان دارد. این رویکرد، روان درمانی رابه سبک نوین و همراه با انگیزه بخشی ارائه می کند و رویکردی نوین در روان درمانی معاصر است (صاحبدل، ۱۳۹۸).

روان درمانی انگیزشی، مبتنی بر فلسفه پست مدرن بوده و در زمینه شکل گیری شخصیت، معتقد است، شخصیت در طول مراحل رشد شکل گرفته و در هر لحظه از زندگی قابل تغییر است در روان درمانی انگیزشی، همانند برخی دیگر از رویکردهای روانشناسی رشد، اعتقاد بر این است که شخصیت انسان، در طول عمر، به رشد خود ادامه داده و حتی ممکن است در مراحل از زندگی، با تحولات عمده ای مواجه شود. در رویکرد روان درمانی انگیزشی، بیماری روانی یک دروغ است. بنابراین در فرآیند درمان به مراجعان کمک می شود، دروغ های خود را شناسایی کرده و با کسب بینش نسبت به پیامدهای این دروغ ها، در فیلم نامه زندگی نقش خود را عوض نمایند. مراحل فرآیند درمان شامل برقراری رابطه حسنه و درک شرایط مراجع، بررسی دروغ ها- برون ریزی خشم، شناسایی نقش خود در زندگی و تغییر نقش و رسیدن به تسلط ذهنی می باشد. در روان درمانی انگیزشی، به منظور دستیابی به اهداف درمان، از فنون متعدد استفاده می شود از جمله: تفکر ثروتمند، گروه نمایش، چهاردیواری، دایره شخصی، تصویر سازی ذهنی، شخصیت درمانگر، زبان تن و اجرای نقش متناقض (صاحبدل، ۱۳۹۸).

لازم به ذکر است در رابطه با کیفیت زندگی در مقایسه با روان درمانی انگیزشی پژوهش های گسترده تری در داخل و خارج از کشور صورت پذیرفته است و پژوهش های زیادی در زمینه آموزش مبتنی روان درمانی انگیزشی و در خصوص تاثیر آن بر کیفیت زندگی زنان بی سرپرست تحقیق چندانی انجام نشده است. در ایران، شمار این تحقیقات به چند مورد هم نمی رسد و در خارج از کشور نیز تعداد محدودی یافت شد. بنابراین، با مد نظر قرار دادن این مورد که تاکنون پژوهشی با این عنوان بر روی جامعه مورد مطالعه در پژوهش انجام نشده است و با توجه به اینکه زنان بی سرپرست بیشتر در معرض آسیبهای روانی هستند و به دلیل مشکلات ذکر شده در خصوص زنان بی سرپرست، اهمیت انجام این تحقیق مشخص می گردد. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی انگیزشی بر بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده انجام شد.

### روش پژوهش

پژوهش از نظر هدف، در دسته پژوهش های کاربردی قرار می گیرد و از نظر روش پژوهشی، یک طرح شبه آزمایشی (شبه تجربی) بوده و براساس طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل اجرا خواهد شد. متغیر مستقل در این پژوهش، برنامه آموزشی روان درمانی انگیزشی آگاهی می باشد که گروه آزمایش در معرض این متغیر قرار داده می شوند و گروه کنترل در هیچ جلسه آموزشی شرکت نکردند. متغیر وابسته نیز، کیفیت زندگی در نظر گرفته شده است که با پرسشنامه کیفیت زندگی سنجیده می شوند.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان بی سرپرست تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان مشهد در سال ۹۸-۱۳۹۹ که تعداد آن ها ۳۸۰ نفر می باشد. نمونه پژوهشی نیز، دربرگیرنده ۳۰ نفر از زنان خواهد بود که به صورت نمونه گیری تصادفی هدفمند، از میان زنان بی سرپرست تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان مشهد انتخاب شدند. بدین صورت که برای انجام مداخله و جمع آوری داده های موردنیاز، پس از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی شهر مشهد مبنی بر اجرای طرح، با

مراجعه به پرونده زنان بی سرپرست، با زنانی که ملاکهای ورود به پژوهش را داشتند تماس تلفنی گرفته شد و رضایت آنان برای شرکت در پژوهش جلب گردید و از آنها دعوت شد تا در جلسه توجیهی، حضور بهم رسانند. در جلسه، برای به دست آوردن نمرات پیش آزمون، پرسشنامه کیفیت زندگی در اختیار آن ها قرار داده شد و نمرات هر یک از اعضاء گروه، در این پرسشنامه مشخص شد.

پس از آن تعداد ۳۰ نفر که نمرات پایینی در این پرسشنامه کسب کردند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری با توجه به ملاک های ورود و خروج از پژوهش در گروه کنترل و گروه آزمایش جایگزین شدند. ملاک های ورود به گروه نمونه: دارای سواد خواندن و نوشتن، داوطلب بودن برای همکاری در برنامه آموزشی، نداشتن سابقه روانپزشکی، نداشتن سرپرست دائم، سکونت در شهرستان مشهد و ملاک های خروج از پژوهش نیز: وجود علائم روان پریشی، شرکت در جلسات درمانی مشابه، غیبت بیش از دو جلسه در کلاس های برنامه آموزشی، مصرف داروهای روانپزشکی بود. سپس جلسات برنامه آموزشی روان درمانی انگیزشی را براساس یک طرح از پیش تعیین شده (جدول شماره ۱)، به مدت ۸ جلسه (هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه ای) بر روی گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات شرکت کنندگان هر دو گروه آزمایش و کنترل، مجدداً با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی ارزیابی شدند. در نهایت داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

### ابزار پژوهش

به منظور سنجش سازه های تحقیق و آزمون فرضیه ها، داده های مربوط به متغیر تحقیق با استفاده از پرسشنامه زیر از نمونه آماری استخراج شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱۵</sup> این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) طراحی شده و دارای ۲۶ سوال است که شامل چهار زیرمقیاس سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می شود. سوالات پرسشنامه با یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. روایی محتوایی این مقیاس با توجه به نظر متخصصان این زمینه مورد تایید قرار گرفت. همچنین توانایی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در متمایز ساختن افراد بیمار از افراد عادی حاکی از روایی افتراقی این آزمون است. ضریب همبستگی فرم کوتاه این آزمون با فرم بلند آن نیز ۰/۸۹۰ بدست آمد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). تحلیل عاملی تاییدی بر روی گویه های این مقیاس نیز ساختار چهار عاملی آن را مورد تایید قرار داد. آلفای کرونباخ زیرمقیاس های این پرسشنامه نیز بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ بدست آمد (اسکینگتون، کانل، ۲۰۰۴). بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه نیز نشان می دهد کیفیت زندگی در نمونه ایرانی نیز از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است. در نمونه ایرانی نیز این پرسشنامه قابلیت تشخیص گروه سالم را با گروه بیمار داشت و آلفای کرونباخ زیرمقیاس ها نیز بالاتر از ۰/۷۰ بود (کریملو، ۱۳۹۰؛ نجات و همکاران، ۱۳۸۹).

### جدول ۱- خلاصه جلسات آموزشی روان درمانی انگیزشی

جلسه	راهبردهای مورد استفاده
ملاقات های فردی قبل از درمان	چگونگی کار گروهی را شرح داده شد و بیان شد که چه انتظارهایی از آنها وجود دارد.

	<p>هنجارها و قواعد گروه را مطرح شد و اطلاعات عملی در اختیار افراد قرار داده شد (مانند محل تشکیل گروه).</p> <p>به پرسش‌های آنها پاسخ داده و نگرانی‌های آنان را مورد توجه و بررسی قرار گرفت.</p>	
	<p>معرفی خود به افراد گروه و آنها نیز خود را معرفی کردند (افراد گروه درباره تجاربی که در گذشته کسب کرده‌اند، برای گروه صحبت کردند).</p> <p>توضیح داده شد که از درمان چه انتظاری می‌رود.</p> <p>مروری بر قواعد گروه (برای مثال رازداری و...).</p> <p>آموزش روان‌شناختی: تعریف اصطلاحات مهم، مروری کمی بر راهبردهای درمانی، توصیه برای مطالعه کتاب‌ها و مطالب خودیاری.</p> <p>تکلیف منزل: تکمیل برگه‌های بازبینی، بحث و بررسی در مورد موانع موجود.</p>	جلسه اول
	<p>مرور و بررسی تکالیف منزل.</p> <p>آموزش روان‌شناختی: بررسی دروغ‌ها و خودتوصیفی.</p> <p>تکلیف منزل: بازبینی تلقین‌های منفی.</p>	جلسه دوم
	<p>بررسی تکالیف منزل.</p> <p>آموزش روان‌شناختی: بررسی نقش دروغ‌های زشت... تمرین تفکر من می‌توانم..</p> <p>تکلیف منزل: تمرین شناسایی دروغ‌های زشت با استفاده از برگه‌های ثبت رفتار و شخصیت.</p>	جلسه سوم
	<p>بررسی تکالیف منزل.</p> <p>آموزش روان‌شناختی: بررسی نقش و فیلمنامه زندگی، تغییر نقش، بررسی و شکستن چهاردیواری‌های منفی، کسب تفکر ثروتمند، ترمیم دایره شخصی.</p> <p>مواجهه در حین جلسه و پیشگیری از رفتارها و افکار خودکم‌بینی.</p> <p>تکلیف منزل: تمرین نقش‌های جدید... تمرین و بررسی چهاردیواری... دایره شخصی</p>	جلسه چهارم تا هفتم
	<p>بررسی تکالیف منزل.</p> <p>آموزش روان‌شناختی: تمرین نقش‌های جدید... تعهد به تغییر</p> <p>تکلیف منزل: تمرین راهبردهای پیشگیری از بازگشت.</p>	جلسه هشتم

6

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل کیفیت زندگی و ابعاد آن به تفکیک مراحل اجرای آزمون در جدول ۲ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تقریباً با هم برابر است. اما در پس‌آزمون، نمرات گروه آزمایش کمی بیشتر شده است.

### جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره های گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره	متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۷۳/۳۳۳	۶۲/۷۳۳	۶۵/۸۶۷	۶۶/۰۶۷	میانگین	نمره کل کیفیت
۶/۰۵۵	۷/۴۴۹	۶/۹۲۷	۷/۴۳	انحراف استاندارد	زندگی
۱۸/۴۰۰	۱۵/۹۳۳	۱۶/۲۶۷	۱۵/۷۳۳	میانگین	سلامت روان
۱/۹۹۳	۲/۱۲۰	۲/۹۳۹	۲/۴۶۳	انحراف استاندارد	
۹/۰۰۰	۷/۱۳۳	۷/۲۰۰	۷/۸۰۰	میانگین	سلامت اجتماعی
۱/۵۱۲	۱/۴۵۸	۱/۸۲۰	۱/۶۱۲	انحراف استاندارد	
۲۱/۰۶۷	۱۸/۴۰۰	۲۰/۴۰۰	۱۹/۸۰۰	میانگین	سلامت جسمانی
۱/۸۶۹	۳/۱۱۲	۲/۷۹۸	۳/۴۰۶	انحراف استاندارد	
۲۴/۸۶۷	۲۱/۴۰۰	۲۲/۰۶۷	۲۲/۵۳۳	میانگین	سلامت محیطی
۲/۶۹۶	۲/۳۲۴	۲/۴۳۴	۳/۱۱۴	انحراف استاندارد	

7

برای آزمون فرضیه های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس (آنکوا) و کوواریانس چندراهه (مانکوا) استفاده می شود. آزمون های آنکوا و مانکوا جزء آزمون های پارامتریک بوده و انجام آن، مستلزم بررسی مفروضات تحلیل کوواریانس است و چهار مفروضه اساسی تحلیل کوواریانس عبارتند از: "بررسی نرمال بودن"، "همگنی شیب های رگرسیون (ارتباط خطی بین متغیرها)، "یکسانی واریانس ها".

برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلکس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. داده ها با ۹۵ درصد اطمینان نرمال هستند. لذا جهت تحلیل نتایج پژوهش می توان از آزمون های تحلیل کوواریانس استفاده نمود.

### جدول ۳- بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش با آزمون شاپیرو-ویلکس

متغیرها	گروهها	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت روان	آزمایش	۰/۹۶۰	۱۵	۰/۶۸۸
	کنترل	۰/۹۶۹	۱۵	۰/۸۴۳

<sup>1</sup> Shapiro-Wilk

۰/۰۹۵	۱۵	۰/۹۰۰	آزمایش	سلامت اجتماعی
۰/۴۱۹	۱۵	۰/۹۴۳	کنترل	
۰/۰۶۳	۱۵	۰/۸۸۸	آزمایش	سلامت جسمانی
۰/۳۴۶	۱۵	۰/۹۳۹	کنترل	
۰/۳۸۲	۱۵	۰/۹۴۰	آزمایش	سلامت محیط
۰/۷۶۷	۱۵	۰/۹۶۴	کنترل	

جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس های لوین استفاده شد، که نتایج جدول ۴ نشان می دهد یکسانی واریانس در مرحله پس آزمون مربوط به متغیرهای پژوهش مورد تأیید می باشد.

### جدول ۴- آزمون لوین برای یکسانی واریانس ها

متغیر	F مقدار	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سلامت روان	۲/۲۹۳	۱	۲۵	۰/۱۴۲
سلامت اجتماعی	۰/۲۶۸	۱	۲۵	۰/۷۶۶
سلامت جسمانی	۰/۳۸۲	۱	۲۵	۰/۵۴۲
سلامت محیط	۲/۷۲۳	۱	۲۵	۰/۱۱۱

8

برای بررسی همگنی شیب های رگرسیون و ارتباط خطی بین متغیرها، از آزمون کنش متقابل بین پیش آزمونها و گروهها استفاده می شود. نتایج جدول ۵ نشان می دهد که تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر همپراش (پیش آزمون) معنادار نیست. یعنی اینکه شیب خط رگرسیون برای تمام متغیرها یکسان است.

### جدول ۵- آزمون بین گروهها

منابع تغییر	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سلامت روان	۰/۳۲۷	۲	۰/۱۸۶	۰/۷۷۰	۰/۴۷۸	
کنش متقابل بین پیش آزمونها	سلامت اجتماعی	۰/۲۰۳	۲	۰/۱۰۱	۱/۰۶۶	۰/۳۶۶
	سلامت جسمانی	۰/۰۵۶	۲	۰/۰۲۸	۰/۱۱۴	۰/۸۹۳



به منظور بررسی پیش فرض تساوی کواریانسهای نمرات، از آزمون M باکس استفاده شد، این آزمون این فرض را مورد آزمون قرار می دهد که ماتریس های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. نتایج جدول ۶ نشان می دهد مفروضه یکسانی واریانس خطا در مرحله پس آزمون مربوط به متغیرهای پژوهش مورد تأیید می باشد. ماتریس های کواریانس مشاهده شده گروه های مختلف با هم برابرند و اعتبار و پایایی نتایج بعدی مورد تأیید می باشد.

جدول ۶- نتایج آزمون M باکس جهت یکسانی واریانس خطا

۳۹/۳۷۰	M باکس
۱/۳۸۰	F
۲۱	درجه آزادی صورت
۲۲۶۸/۳۵۴	درجه آزادی مخرج
۰/۱۱۶	سطح معناداری

9

با تأیید شدن پیش فرض آزمون ها، جهت تعیین فرضیه اصلی پژوهش یعنی اثربخشی روان درمانی انگیزشی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده از آزمون کواریانس استفاده می شود که در جدول ۷ نتایج آن گزارش شده است.

جدول ۷- نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و کنترل

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	شاخص اثر	توان آزمون
اثر پیش آزمون	۷۵۹/۸۱۹	۱	۷۵۹/۸۱۹	۴۸/۰۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۰	۱
اثر گروه	۶۸۳/۴۱۵	۱	۶۸۳/۴۱۵	۴۳/۲۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۶	۱
خطا	۴۶۲/۲۴۸	۲۷	۱۵/۷۸۷				
کل	۱۴۶۹۲۸/۰۰	۳۰					

همان طور که مشاهده می شود مقدار F اثر گروه معنی دار است و نشان می دهد نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون کیفیت زندگی به طور معنی داری بیشتر شده است و این فرضیه تایید می شود. به عبارتی دیگر، آموزش روان درمانی انگیزشی توانسته است کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده گروه آزمایش را به طور معنی داری بالا ببرد. شاخص اندازه اثر نشان می دهد که ۶۱/۶ درصد تغییرات مربوط به کیفیت زندگی در شرکت کنندگان گروه آزمایش را می توان به این آموزش نسبت داد.

برای تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش روان درمانی انگیزشی بر زیرمقیاس های کیفیت زندگی از آزمون مانکوا استفاده شد که در جدول ۸ نتایج آن نشان داده شده است.

### جدول ۸- نتایج تحلیل مانکوا برای مقایسه نمرات پس آزمون کیفیت زندگی و زیرمقیاس های آن در گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	معنی داری	مجذور اتا
اثر آزمون پیلایی	۰/۷۴۶	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۵۴	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶
آزمون اثر هتلینگ	۲/۹۳۵	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۹۳۵	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶

همان طور که مشاهده می شود مقادیر F همگنی معنی دار هستند و فرضیه پژوهش در مورد تاثیر متغیر مستقل بر زیرمقیاس های کیفیت زندگی نیز مورد تایید قرار می گیرد. به عبارت دیگر، با کنترل پیش آزمون، نمرات حداقل یکی از زیرمقیاس های کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون در آزمودنی های گروه آزمایش به طور معنی داری بیشتر از نمرات آزمودنی های گروه کنترل شده است. با توجه به معنی داری شدن مقدار F در آزمون مانکوا، برای مشخص شدن اینکه از لحاظ کدام زیرمقیاس های کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت وجود داشته است، از تحلیل کواریانس در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

### جدول ۹- نتایج تحلیل کواریانس در متن مانکوا روی نمرات پس آزمون زیرمقیاس های کیفیت زندگی

اثر	منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اندازه
		مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی داری	اثر

۰/۲۵۶	۰/۰۰۸	۸/۲۵۷	۳۹/۳۸۶	۱	۳۹/۳۸۶	سلامت روان
۰/۳۳۸	۰/۰۰۸	۱۲/۲۷۴	۲۸/۷۹۴	۱	۲۸/۷۹۴	سلامت اجتماعی
۰/۲۱۷	۰/۵۴۱	۶/۶۴۴	۱۶/۴۴۹	۱	۱۶/۴۴۹	سلامت جسمانی
۰/۶۰۲	۱/۰۰۱	۳۶/۲۵۸	۱۰۰/۲۹۵	۱	۱۰۰/۲۹۵	سلامت محیط

گروه

همان طور که نتایج جدول ۹ نشان می دهد، پس از کنترل اثر پیش آزمون، فرضیه فرعی پژوهش یعنی اثر بخش بودن روان درمانی انگیزشی بر افزایش سلامت روان و سلامت محیط زنان سرپرست مورد تایید قرار گرفت. بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان انگیزشی موجب افزایش سلامت روان و سلامت محیط گردیده است. از طرفی اثربخش بودن روان درمان انگیزشی بر افزایش سلامت جسمانی و روابط اجتماعی زنان سرپرست خانواده مورد تایید قرار نگرفت. یعنی بین میانگین دو گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و تفاوت میانگین ها ناشی از اثر گروه درمانی نبوده است بلکه حاصل شانس یا خطای نمونه گیری است.

### بحث و نتیجه گیری

این تحقیق با هدف تاثیر آموزش روان درمانی انگیزشی بر سطح کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان مشهد انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش روان درمانی انگیزشی بر افزایش کیفیت زندگی تاثیر معنی داری دارد. از آن جایی که پژوهشی به طور مستقل در رابطه با تاثیر روان درمانی انگیزشی بر کیفیت زندگی یافت نشد، امکان مقایسه وجود نداشت، اما می توان نتایج به دست آمده را به صورت کلی با نتایج پژوهش های استرانگ (۱۹۹۲)، الکساندر ویکتوریا (۲۰۰۴)، یالوم (۱۹۸۸)، ترومبیتی (۲۰۰۶)، به نقل از پوراابراهیم، (۱۳۸۵)، غفاری و همکاران (۱۳۸۹) و حسن آبادی (۱۳۸۵) که تاثیر رویکرد را بر بهبود سلامت افراد و رضایت از زندگی بررسی کرده اند دانست. در تبیین این نتیجه می توان بیان کرد مفهوم کیفیت زندگی یک بینش و احساس ذهنی است که محصول ارزیابی و قضاوت فرد از شرایط زندگی کنونی خویش در مقایسه با انتظارات خود می باشد و به جنبه هایی از زندگی اشاره می کند که آن را خوشایند و ارزشمند می سازد و این ارزشمندی حاصل آگاهی و شناختی است که فرد در پاسخ دادن به پرسش های عمیق وجودی به دست می آورد (اسمیت، ۲۰۰۷؛ فریش ۱۳۸۹).

فرضیه دیگر روان درمانی انگیزشی بر افزایش سلامت روان زنان سرپرست خانواده تاثیر دارد. نتیجه به دست آمده از این فرضیه با یافته های حاصل از پژوهش تیکمن (۲۰۰۶)، ترومبیتی (۲۰۰۶)، هزار روسی (۱۳۸۴) که اثر بخشی روان درمانی انگیزشی را بر سلامت روان گزارش کرده اند، همخوان دانست. در تبیین این یافته می توان گفت که در پژوهش های مربوط به کیفیت زندگی، سلامت روانی بعد مهمی را به خود اختصاص می دهد و اغلب سلامت روانی بر اساس معیار هایی از قبیل رضایت از زندگی، خلق و خو، عزت نفس، اضطراب و افسردگی تحلیل می شود (مختاری و نظری، ۱۳۸۹).

در فرضیه روان درمانی انگیزشی بر افزایش سلامت جسمانی زنان سرپرست خانواده تاثیر دارد. شاخص های توصیفی حاصل از این فرضیه نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل، افزایش داشته است. اما این افزایش معنا دار نبود. این نتیجه با یافته های پژوهش توین و همکاران (۲۰۰۴)، شمعی (۱۳۸۸)، رحیمی

(۱۳۸۶) و تیمکن (۲۰۰۶) که رابطه مستقیم و معناداری را بین افزایش کیفیت زندگی و سلامت جسمانی گزارش کرده اند، همسو نیست. در تبیین این یافته می توان چنین بیان کرد که بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی بازده اصلی یا نتیجه نهایی اقدامات پزشکی در نظر گرفته می شود و عوامل زیست شناختی سلامت برای پژوهشگران حوزه پزشکی و روان شناسی سلامت، مد نظر است (فریش، ۱۳۸۹).

در فرضیه دیگر که روان درمانی انگیزشی بر افزایش روابط اجتماعی زنان سرپرست خانواده تاثیر دارد، شاخص های توصیفی نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل، افزایش داشته است اما این افزایش معنا دار نیست نتیجه به دست آمده از این فرضیه با یافته های حاصل از پژوهش تونج و کینگ (۲۰۰۴) و توین و همکاران (۲۰۰۴) که اثربخشی این رویکرد را در بهبود روابط با دیگران، ارزیابی کرده اند ناهمخوان است. یکی از نکات قابل توجهی که در رابطه با تبیین این نتیجه می توان به آن اشاره داشت، محدود بودن سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی در بعد روابط اجتماعی است. به شکلی که فقط دو سوال پرسشنامه مربوط به این بعد می شود. این احتمال وجود داشت که اگر تعداد سوالات بیشتر بود، تفاوت به دست آمده معنا دار می شد. از طرف دیگر شکل گیری و تغییر در چگونگی ارتباط اجتماعی به ویژه روابط مهم، نیاز به زمان دارد و گذر زمان می تواند در تغییر این روابط نقش موثری داشته باشد. به این خاطر تغییر این روابط و بازنگری ارتباط با دیگران در کوتاه مدت، شاید دور از انتظار باشد.

فرضیه روان درمانی انگیزشی بر افزایش درک از محیط زندگی زنان سرپرست خانواده تاثیر دارد. همان گونه که شاخص های توصیفی حاصل از این فرضیه نشان می دهد میانگین گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون از گروه کنترل پایین تر است اما در مرحله پس آزمون میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل افزایش بیشتری داشته است. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک راهه نیز نشان داد بین میانگین دو گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد گروه درمانی انگیزشی موجب افزایش درک از محیط زندگی در زنان سرپرست خانواده شده است و فرضیه مورد نظر تایید می گردد. از آن جایی که پژوهشی در این زمینه یافت نشد، امکان مقایسه فراهم نگردید در رابطه با تبیین این نتیجه می توان گفت، محیط زندگی نقش و جایگاه خاص خود را در کیفیت زندگی داراست، به گونه ای که میکالوس (۱۹۹۱)، به نقل از فریش، (۱۳۸۹) بیان می دارد تقریباً نیمی از معادله سلامت ذهنی بازتاب ادراک و ارزیابی فرد از شرایط است و محیط عینی و واقعی نیم دیگر آن را تشکیل می دهد، اما نکته ای در اینجا حائز اهمیت است. چگونگی و نوع برداشت افراد از شرایط عینی یا واقعی است که تحت تاثیر ارزیابی و قضاوت ذهنی فرد قرار دارد.

بر اساس یافته های این تحقیق می توان نتیجه گرفت که برای افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می توان از آموزش های روان درمانی انگیزشی استفاده کرد و پیشنهاد می شود سازمان های زیربند برنامه های دوره ای مداوم و مدونی در خصوص آموزش این مهارت ها به زنان سرپرست خانوار داشته باشند. با این وجود این تحقیق دارای محدودیت هایی نیز بود که بایستی در تعمیم یافته های پژوهش به این محدودیت هم توجه کرد. اول اینکه با وجود معیارهای ورودی همچون عدم داشتن مقرری از یک سازمان (به جز بهزیستی) و اشتغال در نمونه گیری، باز هم ممکن بود تفاوت فردی بین زنان مانند وجود حمایت اجتماعی، تعداد فرزندان و... کیفیت زندگی و همچنین میزان تاثیر آموزش های روان درمانی را تحت تاثیر خود قرار دهد. عدم وجود آزمون پیگیری به دلیل محدودیت های اجرایی و مشکلات جمع آوری مجدد شرکت کنندگان، دوام تاثیر آموزش های داده شده را زیر سوال می برد. با این وجود، برای افزایش اعتبار این پژوهش، پیشنهاد می شود پژوهش های آتی به بررسی اثربخشی روان درمانی انگیزشی در قالب جلسات طولانی تر به همراه آزمون پیگیری به منظور اطمینان از دوام تاثیر آموزش ها بپردازد. همچنین، پیشنهاد می شود در فرزندان خانواده های بی سرپرست یا بد سرپرست نیز اثربخشی مهارت های روان درمانی انگیزشی بر جنبه های مختلف کیفیت زندگی یا متغیرهای وابسته دیگری مورد بررسی قرار گیرد.

### منابع

- ایزدی، رضا (۱۳۹۱). اثربخشی شناختی آموزش گروهی رفتاری مهارتهای زندگی بر سلامت روان زنان با همسران معلول. رفاه اجتماعی. ۱۱ (۴۰)، ۲۱۷-۲۳۵.
- پورابراهیم، تقی. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه مشاوره گروهی معنا درمانی با مشاوره فردی چند الگویی بر کاهش افسردگی سالمندان آسایشگاه های تهران. پایان نامه دکتری مشاوره. دانشگاه علامه طباطبایی
- تاتینا بلداجی ام لیل، فروزان آمنه، رفیعی حسن (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۱۱ (۴۰) ۹-۲۸.
- جعفری شیرازی، ف. (۲۰۱۲). بررسی تأثیر آموزش مهارتهای زندگی در بالا بردن اثربخشی عمومی زنان سرپرست خانوار در شهرداری تهران در سالهای ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۱. تحقیقات زنان، ۶، ۴۷-۷۰.
- حسن آبادی، حسین. (۱۳۸۵). مقایسه میزان اثربخشی سه روش گروه درمانی (عقلانی - عاطفی، وجودی - انسان گرایانه، معنوی - مذهبی) در افزایش عزت نفس زندانیان مرد زندان مرکزی مشهد. پایان نامه دکتری مشاوره. دانشگاه تربیت معلم.
- رحیمی، مهدی. (۱۳۸۶). رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز
- رضاخانی حاجی خواجه لو، سیما (۱۳۹۷) اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر جهت گیری زندگی، تحریف های شناختی و نگرانی در زنان سرپرست خانوار. کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی گرایش عمومی. دانشگاه پیام نور مرکز تبریز
- شادی طلب، ژاله؛ گرابی نژاد، علیرضا، (۱۳۸۳). فقر زنان سرپرست خانوار، پژوهش زنان، شماره ۱. پیاپی ۸
- شعبان زاده، افسانه، زارع بهرام آبادی، مهدی، حاتمی، حمیدرضا، زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۲). بررسی رابطه میان سبک های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه، ۴(۱۶)، ۱-۲۰.
- شماعی، فاطمه. (۱۳۸۸) بررسی رابطه تمایز یافتگی و کیفیت زندگی در دانشجویان دختر و پسر. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تربیت معلم
- شهریاری، عزت؛ سعادت مند، زهره؛ فاتحی زاده، مریم السادات؛ محققیان، شهناز (۱۳۹۲). بررسی نیازهای آموزشی زنان سرپرست خانوار شاغل فرهنگی آموزش و پرورش. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه مقاله ۲، دوره ۴، شماره ۱۵، ص ۲۹-۴۶
- غفاری، ابوالفضل؛ بهروزبفر، جواد و نارویی، پرک. (۱۳۸۹). تاثیر گروه درمانی وجودی بر میزان شناخت فرد از خویشتن و تلاش برای رشد شخصی. پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران: دانشگاه شاهد.
- فخار، فرشاد. (۱۳۸۶). بررسی تاثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افزایش سطح سلامت روان زنان سالمند. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تربیت معلم
- فرخ زاده، میترا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست تربیتی. پایان نامه کارشناسی ارشد. مشاوره گرایش خانواده. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه محقق اردبیلی
- فریش. مایکل بی. (۱۳۸۹). رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. ترجمه اکرم خمسه. تهران: انتشارات ارجمند
- کریملو مسعود، صالحی مسعود، زائری فرید، مساح امید، حاتمی علیرضا، موسوی خطاط (۱۳۹۰). توسعه نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰. مجله توانبخشی. ۱۱ (۴) ۷۳-۸۲.
- مختاری، مرضیه و نظری، جواد. (۱۳۸۹). جامعه شناسی کیفیت زندگی. تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- نوری، مهشید (۱۳۸۹). بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار. مجله توانبخشی. ۱۳۸۲؛ ۴ (۲): ۳۷-۴۴

هزارروسی، بهرام. (۱۳۸۴). کاربرد مشاوره گروهی به شیوه معنا درمانی در افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه خاتم

- Bianon, L. (1999). **Gender, Psychological Perspective**, Allan & Bacon, Boston
- Boldaji, L. T., Foruzan, A., Rafiey, H. (2011). Quality of Life of Head-of-Household Women: a Comparison between those Supported by Welfare Organization and those with Service Jobs.** Social Welfare. 11 (40), 9-28
- Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. 2007. **Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects.** Psychol Inquir, 4.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2007). **The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being.** Journal of Personality and social Psychology, 84(4), 822 .
- Chant SH, 2003. **Women-headed households: Diversity and dynamics in the developing world.** Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Cheeseman, S., Ferguson, C., Cohen, L. 2011. **The Experience of Single Mothers: Community and Other External Influences Relating to Resilience.** The Australian Community Psychologist Volume , 2
- Diener, E., & Suh, E. (1997). **Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators.** Social indicators research, 40(1-2), 189-216.
- Fahey , T., Keilthy, P. and Ela Polek, E. (2012) , "**Family relationships and family wellbeing: A study of the families of nine year-olds in Ireland.** Dublin":University College Dubl in and the Family Support Agency. Family\_Relationships\_and\_ Family\_Well-Being
- Falkenstrom, Fredrik.( 2010). **Studying Mindfulness in Experienced Meditators: A Quasi-Experimental Approach.** Personality and Individual Differences, 4.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). **Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines.** Journal of clinical epidemiology, 46(12), 1417- 1432
- Hernández, R. L., Aranda, B. E., & Ramírez, M. T. G. (2009). **Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families.** The Spanish journal of psychology, 12(01), 171-183.
- Hernández, R. L., Aranda, B. E., & Ramírez, M. T. G. (2009). **Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families.** The Spanish journal of psychology, 12(01), 171-183.
- Lafta, R. K., Hayawi, A. H., & Khudhairi, J. M. (2012). **Medical and social problems among women headed families in Baghdad.** Qatar medical journal, 2012(2), 51-58.
- Meyer, M. H., & Abdul-Malak, Y. (2015). **Single-Headed Family Economic Vulnerability and Reliance on Social Programs.** Public Policy & Aging Report, 25(3), 102-106.
- Smith, A. E. (2007). **Quality of life: A review.** Education and Aging, 15(5), 419-435.
- Tweng, G ; King, I.(2004). **A Good Life is a Personal Life Relationship Fuifillment and Work fulfillment in judgment of life quality.** Journal of Research in Personality. 39(3):336-353.
- Whittington, B. (2009). **Life skills for single-parent women: A program note.** Canadian Journal of Community Mental Health, 5(2), 103-109.
- WHOQoL Group. (1998). **Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment.** Psychological medicine, 28(03), 551-558.
- World Health Organization (1997). **WHOQOL: Measuring Quality of Life.** Available 2 January 2016 at: [www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Yalom, I. D & Vinograd, J. D.(1988). **Bereavement group: Techniques and themes.** International journal of Group Psychotherapy, 38:419-445.
- Zarhani ,SH. (2011). **Empowerment of Female headed households Case Study: "Sedighin" charity institution in Iran.** <http://www.socialsciences.in/article/empowerment-female-headed-households>.