



دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

عنوان:

بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش استرس،
اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانواده

پژوهشگر:

الهام تهامی

استاد راهنما:

دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف

استاد مشاور:

دکتر بهرام‌علی قنبری هاشم‌آبادی

شهریور ۱۳۹۰



بسمه تعالی
دانشگاه فردوسی مشهد

صور تجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

جلسه دفاع از پایان نامه خانم الهام نهامی دانشجوی دوره کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی در ساعت ۹-۹ روز سه شنبه مورخ ۲۹/۰۶/۹۰ در کلاس ۲۳۶ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی با حضور امضا کنندگان ذیل تشکیل گردید. پس از بررسی های لازم هیأت داوران پایان نامه نامبرده را با نمره به عدد ۱۹۰۰۰۰ به حروف فارسی بیست و نه هزار و صفر علی مورد تأیید قرار داد. داد.

عنوان پایان نامه

" بررسی تأثیر آموزش مهارت مقابله ای بر کاهش استرس ، اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانواده "

هیئت داوران

امضا

• داور: آقای دکتر کیمیایی

استادیار گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

• داور و نماینده تحصیلات تکمیلی: خانم دکتر طبیبی

• استادیار گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

• استاد راهنما: دکتر آقامحمدیان شعیباف

استاد گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

• استاد مشاور: دکتر قنبری

دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مدیر گروه: دکتر آقامحمدیان

استاد گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

تقدیم بہ یگانہ در، مستی

حضرت فاطمہ زہرا (س)

تقدیم به پدرم؛ به پاس بزرگواری‌ها، صبر و مهربانیش.
به یگانه نگاره‌ی دل‌بستگی‌ام به مادرم؛ برای عشق، محبت و دعای
خیرش.

تقدیم به برادر و خواهرهای گرامی که حمایت‌های
دلسوزانه‌شان، همیشه مراد لکرم و امیدوار می‌کند.

و

تقدیم به همسر مهربانم
که با تعریف من از عشق، عاشق‌ترین است؛
که حضورش آرامش بخش وجودم است؛

که فرصت تجربه کردن می‌دهد؛
که تکیه‌گاهی محکم است.

تقدیر و شکر:

از استاد کرامی جناب آقای دکتر حمیدرضا آقا محمدیان شهرباف، که بزرگوارانه و دلسوزانه در تمامی مراحل انجام پایان نامه راهنمایم بوده اند، صمیمانه سپاسگزاری می نمایم؛ و همچنین از استاد ارجمند مکرم جناب آقای دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی که از راهکشیانی های ارزنده ایشان بهره ها برده ام، شکر می کنم

و نیز از تمامی دوستان و همکاران محترم؛

اکرم برومند، سمانه طالبی، هدی کمر دین زاده، سیده طهورا حسینی، راحله نژاد سلیمانی و به ویژه دوست عزیزم عطیه سگیلیا پور که خواهرا نه در تمامی طول انجام این پژوهش یار و پشتیبان من بوده و هست، کمال شکر و امتنان را دارم.

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر آموزش مهارت های مقابله ای بر کاهش استرس، افسردگی و اضطراب زنان سرپرست خانواده انجام شده است. این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. گروه نمونه این پژوهش متشکل از ۴۰ زن سرپرست خانواده است که بر اساس نمره پرسشنامه DASS و راهبردهای مقابله ای انتخاب شدند. از این افراد به طور تصادفی ۲۰ نفر در گروه کنترل و ۲۰ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۲ ساعته در طول ۲ ماه، مورد آموزش مهارت های مقابله ای قرار گرفتند. داده های بدست آمده با استفاده از روش آماری t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت های مقابله ای موجب بهبود سلامت روان زنان سرپرست خانواده می گردد، به این معنا که در زمینه استرس، اضطراب و افسردگی، بعد از این آموزشها، تفاوت معناداری میان دو گروه حاصل آمد. همچنین بعد از ارائه آموزش از نظر راهبرد های مقابله ای در بعد راهبردهای مساله مدار زیر مقیاس های جستجوی حمایت اجتماعی، حل مدبرانه مساله و ارزیابی مجدد مثبت، معنادار شده بود و در راهبردهای مقابله ای هیجان مدار زیر مقیاس دوری جویی و مقابله رویاروی گر معنادار شده و در سایر زیر مقیاسها تفاوت قابل مشاهده ای، وجود نداشت. بر اساس نتایج بدست آمده می توان از آموزش راهبرد های مقابله ای برای کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان سرپرست خانواده استفاده کرد.

کلیدواژه ها: آموزش مهارت های مقابله ای، استرس، اضطراب، افسردگی، زنان سرپرست خانواده

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه	۲
۲-۱- بیان مسئله	۳
۳-۱- اهداف پژوهش	۷
۱-۳-۱- هدف اصلی	۷
۲-۳-۱- اهداف فرعی:	۷
۴-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش	۷
۵-۱- فرضیه های تحقیق:	۷
۶-۱- تعریف نظری و عملیاتی متغیرها	۸
۱-۶-۱- زنان سرپرست خانوار	۸
۲-۶-۱- مهارت‌های مقابله ای	۸
۳-۶-۱- استرس	۸
۴-۶-۱- اضطراب	۸
۵-۶-۱- افسردگی	۸

فصل دوم: مروری بر پیشینه نظری و پژوهشی مساله مورد بررسی

۱-۲- زنان سرپرست خانواده	۱۰
۱-۱-۲- تعریف خانواده و خانوار	۱۰
۲-۱-۲- تعریف زنان سرپرست خانوار	۱۱
۳-۱-۲- انواع زنان سرپرست خانوار	۱۱
۲-۲- تئوری‌ها و مبانی نظری	۱۲
۱-۲-۲- نظریه روانشناختی	۱۲
۲-۲-۲- نظریه های جامعه‌شناختی	۱۳
۱-۲-۲-۲- نظریه زنانه شدن فقر	۱۳
۲-۲-۲-۲- نظریه ساختی - کارکردی	۱۳
۳-۲-۲-۲- نظریه طبقاتی و ناتوانی دولت‌ها	۱۴
۴-۲-۲-۲- نظریه کنش	۱۴
۳-۲-۲-۲- نظریه اسلام	۱۵

- ۱۵.....۴-۲-۲- انواع مشکلات زنان سرپرست خانواده.....
- ۱۵.....۱-۴-۲-۲- مشکلات عاطفی - روانی.....
- ۱۷.....۲-۴-۲-۲- مشکلات خانوادگی.....
- ۱۸.....۳-۴-۲-۲- مشکلات اجتماعی.....
- ۱۹.....۴-۴-۲-۲- مشکلات اقتصادی.....
- ۲۲.....۳-۲- راهبردهای مقابله ای:.....
- ۲۳.....۱-۳-۲- فرایند مقابله.....
- ۲۷.....۲-۳-۲- راهکارهای مقابله‌ای.....
- ۳۱.....۳-۳-۲- نظریه های مربوط به مقابله:.....
- ۳۱.....۱-۳-۳-۲- نظریه لازاروس - فولکمن:.....
- ۳۲.....۲-۳-۳-۲- نظریه‌ی روان تحلیل‌گری.....
- ۳۳.....۳-۳-۳-۲- دیدگاه مبتنی بر پاسخ.....
- ۳۳.....۴-۳-۳-۲- دیدگاه مبتنی بر محرک.....
- ۳۴.....۵-۳-۳-۲- نظریه لازاروس در زمینه مقابله.....
- ۳۵.....۶-۳-۳-۲- نظریه شناختی لازاروس درباره هیجان.....
- ۳۸.....۴-۲- افسردگی:.....
- ۳۸.....۱-۴-۲- تعریف افسردگی.....
- ۳۹.....۲-۴-۲- نشانه های افسردگی.....
- ۳۹.....۳-۴-۲- عوامل زیربنایی افسردگی.....
- ۴۰.....۴-۴-۲- افسردگی در زنان سرپرست خانوار.....
- ۴۲.....۵-۴-۲- نظریه های مهم افسردگی.....
- ۴۲.....۱-۵-۴-۲- الگوی بین فردی.....
- ۴۳.....۲-۵-۴-۲- الگوی روان پویایی.....
- ۴۳.....۳-۵-۴-۲- الگوی انسان گرایانه-وجودی.....
- ۴۴.....۴-۵-۴-۲- الگوی رفتاری.....
- ۴۴.....۵-۵-۴-۲- الگوی درماندگی آموخته شده واسناد.....
- ۴۵.....۶-۵-۴-۲- نظریه عقلانی-هیجانی.....
- ۴۶.....۷-۵-۴-۲- الگوی شناختی بک.....
- ۴۷.....۸-۵-۴-۲- الگوی شناختی-رفتاری.....

- ۴۷-۴-۲-۶- درمان افسردگی.....
- ۴۷-۴-۲-۱-۶-۴-۲- روان درمانی بین فردی (ITP).....
- ۴۸-۴-۲-۲-۶-۴-۲- رویکرد روان پوشی.....
- ۴۹-۴-۲-۳-۶-۴-۲- روان درمانی انسان گرایانه-وجودی.....
- ۴۹-۴-۲-۴-۶-۴-۲- رفتاردرمانی.....
- ۵۰-۴-۲-۵-۶-۴-۲- درماندگی آموخته شده ودرمان اسنادی.....
- ۵۰-۴-۲-۶-۶-۴-۲- روان درمانی عقلانی-هیجانی.....
- ۵۰-۴-۲-۷-۶-۴-۲- رویکرد شناختی بک.....
- ۵۱-۴-۲-۸-۶-۴-۲- رفتاردرمانی شناختی.....
- ۵۲-۴-۲-۹-۶-۴-۲- درمان مهارت‌های مقابله ای شناختی-رفتاری (CBST).....
- ۵۲-۴-۲-۱۰-۶-۴-۲- درمان حل مشکل.....
- ۵۲-۴-۲-۷-۴-۲- فهرست مهارت‌های مقابله با افسردگی.....
- ۵۳-۴-۲-۵-۲- استرس.....
- ۵۳-۴-۲-۱-۵-۲- تعاریف استرس.....
- ۵۵-۴-۲-۲-۵-۲- نظریه های استرس.....
- ۵۵-۴-۲-۱-۲-۵-۲- نظریه هانس سلیه.....
- ۵۶-۴-۲-۲-۲-۵-۲- نظریه استرس روانی لازاروس.....
- ۵۷-۴-۲-۳-۲-۵-۲- نظریه جنگ یا گریز.....
- ۵۷-۴-۲-۳-۵-۲- انواع استرس.....
- ۵۸-۴-۲-۴-۵-۲- علل فشار روانی.....
- ۵۹-۴-۲-۵-۵-۲- درمان استرس.....
- ۵۹-۴-۲-۱-۵-۵-۲- درمان شناختی -رفتاری.....
- ۵۹-۴-۲-۲-۵-۵-۲- کنار آمدن با استرس.....
- ۶۰-۴-۲-۶-۵-۲- انواع مهارت های مقابله با استرس.....
- ۶۱-۴-۲-۱-۶-۵-۲- راهکارهای مسئله محور در مقابله با استرس.....
- ۶۱-۴-۲-۲-۶-۵-۲- راهکارهای هیجان محور درمقابله با استرس.....
- ۶۲-۴-۲-۷-۵-۲- استرس در زنان سرپرست خانوار.....
- ۶۳-۴-۲-۶-۲- اضطراب.....
- ۶۴-۴-۲-۱-۶-۲- تعریف اضطراب.....

۶۴	۲-۶-۲- ترس و اضطراب
۶۵	۳-۶-۲- اعمال انطباقی اضطراب
۶۶	۴-۶-۲- تبیین اضطراب در دیدگاه های مختلف
۶۶	۱-۴-۶-۲- نظریه روان پویایی
۶۶	۲-۴-۶-۲- رفتارشناسی طبیعی و تبیینهای زیستی-رفتاری
۶۶	۳-۴-۶-۲- موضع گیریهای انسانی نگر وهستی نگر
۶۷	۴-۴-۶-۲- تبیینهای رفتاری نگر
۶۸	۵-۴-۶-۲- تبیینهای شناختی
۶۹	۵-۶-۲- درمان های اضطراب
۶۹	۱-۵-۶-۲- روان تحلیل گری
۶۹	۲-۵-۶-۲- رفتاردرمانی
۷۰	۳-۵-۶-۲- درمان شناختی
۷۱	۶-۶-۲- اضطراب در زنان سرپرست خانوار
۷۳	۱-۷-۲- تحقیقات داخلی در رابطه با موضوع
۷۸	۲-۷-۲- تحقیقات خارجی در رابطه با موضوع
۸۰	۸-۲- جمع بندی و ارائه یک مدل نظری

فصل سوم: روش تحقیق

۸۴	۱-۳- روش پژوهش
۸۴	۲-۳- جامعه، نمونه و شیوه نمونه گیری
۸۵	۳-۳- ابزار گردآوری داده ها و اعتبار و روایی آن
۸۵	۱-۳-۳- پرسشنامه مقابله ای فولکمن (WCQ)
۸۶	۲-۳-۳- پرسشنامه DASS
۸۷	۴-۳- روش اجرای پژوهش
۸۸	۵-۳- رئوس اصلی برنامه آموزشی
۸۹	۶-۳- روش های تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۹۱	۱-۴- مقدمه
۹۱	۲-۴- داده های جمعیت شناختی
۹۲	۳-۴- بررسی توصیفی و استنباطی داده ها

۹۸.....۴-۴-آزمونهای تعقیبی.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱۰۲.....۱-۵-بحث در چارچوب فرضیه‌های تحقیق.....

۱۰۲.....۱-۱-۵-فرضیه اول.....

۱۰۳.....۱-۱-۵-۲-فرضیه دوم.....

۱۰۵.....۱-۱-۵-۳-فرضیه سوم.....

۱۰۷.....۲-۵-نتیجه‌گیری نهایی.....

۱۱۰.....۳-۵-محدودیت‌های پژوهش.....

۱۱۱.....۴-۵-پیشنهادها.....

۱۱۱.....۱-۴-۵-پیشنهادهای پژوهشی.....

۱۱۱.....۲-۴-۵-پیشنهادهای کاربردی.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۹۱	جدول ۱-۴ : ویژگی های جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه بر حسب تحصیلات و میانگین سنی
۹۲	جدول ۲-۴ : ویژگی های جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه بر حسب میزان تحصیلات
۹۲	جدول ۳-۴ : ویژگی های جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه بر حسب علت سرپرست خانواده بودن
۹۳	جدول ۴-۴ : میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون مقیاس اضطراب
۹۳	جدول ۵-۴ : آماره های توصیفی تفاضل نمرات پیش آزمون از پس آزمون گروه آزمایش و گواه در مقیاس اضطراب
۹۴	جدول ۶-۴ : آزمون لوین در مورد پیش فرض برابری واریانس گروه ها در مقیاس اضطراب
۹۴	جدول ۷-۴ : آزمون T گروه های مستقل برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون اضطراب گروه آزمایش و گواه
۹۴	جدول ۸-۴ : میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون مقیاس افسردگی
۹۵	جدول ۹-۴ : آماره های توصیفی تفاضل نمرات پیش آزمون از پس آزمون گروه آزمایش و گواه در مقیاس افسردگی
۹۵	جدول ۱۰-۴ : آزمون لوین در مورد پیش فرض برابری واریانس گروه ها در مقیاس افسردگی
۹۶	جدول ۱۱-۴ : آزمون T گروه های مستقل برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون افسردگی گروه آزمایش و گواه
۹۶	جدول ۱۲-۴ : میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون مقیاس استرس
۹۷	جدول ۱۳-۴ : آماره های توصیفی تفاضل نمرات پیش آزمون از پس آزمون گروه آزمایش و گواه در مقیاس استرس
۹۷	جدول ۱۴-۴ : آزمون لوین در مورد پیش فرض برابری واریانس گروه ها در مقیاس استرس
۹۷	جدول ۱۵-۴ : آزمون T گروه های مستقل برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون مقیاس استرس گروه آزمایش و گواه
۹۸	جدول ۱۶-۴ : مقایسه میانگین هیجان مداری در دو گروه کنترل و آزمایش (تی مستقل)
۹۸	جدول ۱۷-۴ : مقایسه میانگین مساله مداری در دو گروه کنترل و آزمایش (تی مستقل)
۹۹	جدول ۱۸-۴ : مقایسه میانگین زیر مقیاس های راهبرد مقابله ای در دو گروه کنترل و آزمایش (آزمون تی مستقل)

فهرست اشکال و نمودارها

صفحه

عنوان

۲۴

شکل ۱-۲: رابطه برآورد شناختی، هیجان و مقابله در تقابل با رویداد تنیدگی زا

۲۶

شکل ۲-۲: نمودار فرایندهای برآورد شناختی و مقابله

فصل اول:

کلیات

۱-۱- مقدمه

زیر بنا و شالوده یک جامعه ایده آل از خانواده سالم پی ریزی می شود. خانواده اولین مربی جامعه است که تعلیم و تربیت کودکان و نونهالان و نسل آینده کشور را بر عهده دارد. همچنین خانواده مقدس ترین نهاد اجتماعی است که با پیمان مقدس ازدواج شکل می گیرد. نهاد خانواده سیستم پویا و فعال است که عناصر موجود در آن برای برقراری تعادل و بقا بر روی هم تاثیر متقابل دارند (هافمن، ۱۹۸۹).^۱ در خانواده های ایرانی معمولا مرد سرپرست خانواده محسوب می شود اما تحت شرایطی چنین مسئولیتی بر عهده زنان (مادران) قرار می گیرد. طبق تعریف، زنان سرپرست خانوار^۲ 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 (سلیمی بنی، ۱۳۸۹).

اخیرین امار در مورد زنان سرپرست خانوار حدود ۲ سال پیش منتشر شد، طبق امار رسمی سازمان بهزیستی، در سال ۱۳۸۷، تعداد خانواده های مرد سرپرست در ایران، بیش از ۱۵ میلیون و ۷۱۱ هزار خانواده بود. در همان زمان تعداد خانواده های زن سرپرست بیش از یک میلیون و ۶۴۱ هزار خانوار تخمین زده می شد. این امار می گفت که رشد خانواده های مرد سرپرست طی سالهای ۷۵ تا ۸۵، حدود ۳۸ درصد بوده که این رشد در آن سال در مورد خانواده های زن سرپرست به ۵۸ درصد رسیده، به بیان دیگر با احتساب تصاعد آماری رشد خانواده های زن سرپرست بدون دخالت دادن طلاق های فراوان در جامعه، در سال ۸۹، به بالای ۲ میلیون خانوار رسیده است. این در حالی است که تنها اندکی بیش از ۱۷۰ هزار خانوار زن سرپرست، توسط سازمان بهزیستی تحت پوشش قرار گرفته اند. در میان زنان سرپرست خانوار شهری ۴۳/۶ درصد باسواد هستند و میزان اشتغال در میان زنان سرپرست خانواده ۹۶ درصد می باشد (مرکز امار ایران، ۱۳۸۶). میزان مستمری ماهیانه ای که به این زنان تعلق می گیرد، در بهترین حالت به حدود ۶۰ هزار تومان (برای خانواده های ۵ نفر) می رسد. و نا گفته پیداست که این رقم بسیار ناچیز است (محمدی تبار، ۱۳۸۹). یکی از عواملی که سبب شده زنان سرپرست خانوار در ردیف گروه های آسیب پذیر محسوب شده و در معرض گرفتار شدن در دام مفاسد اجتماعی قرار گیرند فقر آنان می باشد. در دو دهه اخیر در اغلب نوشته های توسعه، زنان سرپرست خانوار به عنوان فقیرترین فقرا معرفی شده اند (بولاک^۳، ۱۹۹۴).

به طور کلی ۳۷ درصد از خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می کنند (مطیع، ۱۳۸۷) و بالغ بر ۷۰ درصد از خانوارهای تک نفره یا به عبارتی خود سرپرست در جهان، توسط زنان و ۳۰ درصد توسط مردان اداره می شود (الحداد، ۲۰۰۳). آمار سازمان ملل متحد نشان می دهد که کشورهای شمال آفریقا و همچنین سایر کشورهای اسلامی، به دلیل اصول و اعتقادات مذهبی و حاکمیت پدر سالاری، پایین ترین درصد زنان سرپرست خانوار را، در میان کشورهای جهان دارند (محمدی، ۱۳۸۵).

در کشور ما بر اساس آمارهایی که از سوی وزارت رفاه و تامین اجتماعی منتشر شده است، وضعیت ۱/۵ میلیون زن سرپرست خانوار در کشور بحرانی است. هرچند به رغم هزینه های گزاف سرشماری، همچنان اطلاعات کافی در مورد این زنان وجود ندارد، ولی با این وجود در حال حاضر مشکل فقر در خانواده های زن سرپرست بیشتر از خانواده هایی با سرپرست مرد بوده است. عامل فقر اقتصادی، تاثیر مستقیم و غیر مستقیمی بر وضعیت فرهنگی، اجتماعی و روانی خانواده بر جا می گذارد (مزید آبادی، ۱۳۸۷).

علاوه بر این، فقر زمانی، از دیگر مسائل پیش روی این زنان است. به طوری که این زنان زمان بیشتری را صرف کار می کنند، چنین امری موجب ایجاد فقر زمانی و بی توجهی به جنبه های فرهنگی، آموزشی و تربیتی خود و

1 Hafman

2 Woman head of household

3 Bullak

فرزندان می‌شود از سوی دیگر آنچه اغلب در مورد زنان سرپرست خانوار نادیده گرفته شده است، نیاز های روانی و عاطفی آنها بوده است (سلیمی بنی، ۱۳۸۷).

بر اساس بررسی های انجام شده نگرانی، اضطراب و ناامنی و افسردگی بیشترین دغدغه زنان سرپرست خانوار نسبت به آینده خود و فرزندانشان بوده است. در ایران زنان سرپرست خانوار علاوه بر از دست دادن حمایت های خانواده و نیز تامین نیاز های مالی زندگی از راه های نامناسب، مشکلاتی همچون نبود شرایط تحصیلی مناسب و در نتیجه اشتغال در بخش های خدماتی با دستمزد کم نیز دارند و همچنین دیدگاه های غیر منصفانه جامعه نسبت به زنان فاقد شوهر و مسائلی همچون احساس حقارت، ترس، خجالت و درماندگی و تنهایی رنج این زنان بی پناه را دو چندان می کند (مرادیان، ۱۳۸۷).

از آنجائی که زنان سرپرست خانواده، علاوه بر وظایف مادری و تربیت فرزندان، نگهداری و مراقبت از آنان و اداره امور خانه، نقش اقتصادی خانواده را نیز بر عهده دارند و ملزم به اشتغال بیرون از خانه می باشند و چون از اشتغال و درآمد کافی برخوردار نمی باشند و نقش های زن و مرد را همزمان ایفا می کنند، تا حدودی نوع و میزان استرس آنان از تجربه مردان متفاوت می باشد (بیانن^۱، ۱۹۹۹). مساله ایفای چند نقش در بین زنان سرپرست خانواده سبب می شود زمانی که می کوشند به شغل خود به اندازه کارهای خانه و مراقبت از فرزندان اهمیت بدهند، دچار تعارض نقش شوند که همین امر منجر به ایجاد استرس و اضطراب در آنان می گردد (بختیاری و محبی، ۱۳۸۵).

همچنین براساس تحقیقات انجام شده در ایران، زنان سرپرست خانوار در مقایسه با گروه کنترل، اختلالات روانشناختی (افسردگی، اضطراب، انزوا و شکایات جسمانی) بیشتری را تجربه کرده‌اند و در مقایسه با گروه کنترل بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ای جسمانی‌سازی، جلب حمایت و مهار هیجانی استفاده می‌کنند (حسینی، ۱۳۸۰). تا کنون در پژوهش های به انجام رسیده در داخل و خارج بیشتر به مساله رفاه، فقر و توانمندسازی این زنان از لحاظ اقتصادی پرداخته شده است و کمبودهای مداخله ای و پژوهشی در بعد سلامت روان این قشر به وضوح به چشم می خورد و از آنجائی که تصمیم گیری برای مقابله با مشکلات روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، خانوادگی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده سرپرست خانوار (مادر) است و اوست که باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند از این رو توجه به مساله سلامت روان زنان سرپرست خانوار و آموزش مهارت‌های مقابله ای برای جلوگیری و حل بسیاری از معضلات و مشکلات خانواده امری ضروری است.

۱-۲- بیان مسأله

زنان سرپرست خانواده به عنوان قشر آسیب پذیر جامعه در معرض آماج آسیب های اجتماعی و فشارهای اقتصادی متعددی قرار دارند. این زنان به علت تعدد نقش هایی که بر عهده آنهاست فشار های زیادی را در کانون خانواده تجربه می کنند، داشتن نقش مادر که باید به امور تربیتی فرزندان رسیدگی کند و کانون خانواده را به مکانی امن و آرام مبدل کند در کنار نقش پدر که باید چرخ اقتصاد خانواده را بچرخاند، مسئولیتی بس سنگین را بر دوش این زنان متحمل می سازد (خسروی، ۱۳۸۰). زنان سرپرست خانوار از جمله گروه های آسیب پذیر اجتماع هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت و یا اعتیاد همسر، از کارافتادگی او، رها شدن توسط مردان مهاجر و یا بی مبالا، موجب

^۱ . Bianon

آسیب پذیرتر شدن این طیف وسیع از جامعه می شود. این گروه از زنان که تحت عنوان «زنان سرپرست خانوار» یا «خود سرپرست» در جامعه نامیده می شوند با مصائب، مشکلات و موانع زیادی در زندگی مواجهند که در کنار مشکلات و مسائل شهرهای بزرگ، آسیب های جبران ناپذیری را بر آنها و جامعه وارد می سازد. متأسفانه در جامعه ما زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت، طلاق و...) غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبروست، از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی و همراه با 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 مشکلات عدیده ای روبرو می کند (مرادیان، ۱۳۸۷) که این عوامل به طور مستقیم در پیدایش بیماری های جسمانی و روانی مخصوصاً ظهور علائم افسردگی به عنوان شایع ترین اختلال در این زنان و همچنین کاهش کیفیت زندگی^۱ گروه مورد مطالعه موثر است (صدر السادات، ۱۳۸۲). عنوان سرپرست خانوار به یکی از اعضای خانوار که در خانواده با این مسئولیت شناخته می شود اطلاق می گردد. در صورتی که اعضای خانوار قادر به تعیین سرپرست خود نباشند، مسن ترین عضو خانوار به عنوان سرپرست خانوار شناخته می شود. معمولاً در خانواده، پدر سرپرست خانوار می باشد و در صورت نبود پدر (فوت، طلاق و...) مادر سرپرست خانوار محسوب می شود. انواع زنان سرپرست خانوار شامل: زنان بیوه، زنان مطلقه (اعم از زنانی که پس از طلاق به تنهایی زندگی می کنند و یا به خانه پدری بازگشته ولی خود امرار معاش می کنند)، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان بیکار، همسران مردان مهاجر، همسران مردانی که در نظام وظیفه مشغول خدمت هستند، زنان خودسرپرست (زنان سالمند تنها)، دختران خودسرپرست (دختران بی سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده اند)، همسران مردان از کارافتاده و سالمند می شود (محمدی، ۱۳۸۷).

یکی از فعالیت های عمده ای که در زمینه زنان سرپرست خانوار در برخی از کشورها صورت گرفته، سرشماری از این قشر و گردآوری داده هایی است که آنان را به لحاظ جمعیت شناختی توصیف می کند. به رغم قبول اهمیت غیر قابل انکاری که پیمایش و کارهای آماری می تواند داشته باشد، اما به نظر می رسد که تاکنون - لاقلاً در کشور ما - کمتر از زاویه ای نزدیک به این زنان و مسائل شان پرداخته شده است و در اغلب موارد نیز محققان از فاصله ای زیاد به مسائل زنان سرپرست خانوار نگریسته اند. بنابراین کارهای کیفی و مداخله ای هم می تواند و باید به روشن کردن بخش هایی از زوایای پنهان زندگی این زنان بپردازد و آنان را در مسیر توانمندسازی روانی و مقابله با فشارهای زندگی یاری رساند. مقابله مجموعه ای از راهبردهای شناختی و رفتاری است که به منظور بر طرف کردن مطالبات روزمره زندگی به کار می رود. تشکیل دهنده های راهبردهای مقابله ای، افکار، احساسات و اعمال هستند که در موقعیت های خاص به اندازه های مختلفی فراخوانده می شوند تا نگرانی ها را اداره کنند (فراید نبرگ^۲، ۱۹۹۷). راهبردهای مقابله ای سازگارانه یعنی آن اعمالی که کمک می کند فشار روانی کاهش یابد و سیستم را به حالت تعادل بازگرداند؛ که موارد زیر را شامل می شود: بازشناسی منابع فشار روانی خارجی و انتظارات و آگاهی از منابع فردی جهت مقابله و شناختی اساسی از آنچه در گذر است. راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه یعنی آن اعمالی که به تشدید انتظارات موجود کمک می کند و سیستم را در وضعیت بی ثباتی قرار می دهد که عبارتند از اجتناب از موقعیت هایی که موجب اضطراب می شوند، دوری از دریافت تقویت اجتماعی، پرخاشگری و افراط در مصرف الكل، قرص های آرام بخش، مصرف داروهای مختلف و مشکلات جسمی (لازاروس و فولکن، ۱۹۸۴). در این میان راهبردهای مقابله مساله مدار عبارتند از: جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مساله، باز برآورد مجدد و از طرفی راهبردهای مقابله هیجان مدار عبارتند از: گریز و اجتناب، مقابله رویاروی گر، خویشتن داری، دوری جویی. پژوهشهای داخلی و خارجی

¹ Quality of life

². fridenberg

اشاره شده در ذیل اهمیت لزوم توجه به مسائل روانی و عاطفی این قشر آسیب پذیر را بیشتر روشن خواهد کرد و کارایی آموزش مهارت‌های مقابله ای را به اثبات می رساند:

سومر اظهار کرده است که احتمال ابتلا به بیماری های روانی در زنانی که طلاق گرفته اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند، از متاهلین و کسانی که تنها زندگی می کنند، بیشتر است (سومر^۱، ۱۹۹۹). این گروه از زنان علاوه بر ایفای نقش های متعددی همچون اداره و انجام کارهای خانه، مراقبتهای جسمی و هیجانی از اعضای خانواده را هم انجام می دهند که موجب می شود استرس و مشکلات روانی متعددی را تجربه کنند.

هرناندز^۲ (۲۰۰۹)، در مطالعه ای که به بررسی میزان کیفیت زندگی و ابتلا به افسردگی در زنانی که در خانواده‌های دو سرپرست زندگی می کنند با زنانی که مسئول اداره خانواده هستند، به این نتیجه رسید که زنان سرپرست خانوار از کیفیت زندگی پایینتری برخوردارند، درآمد کمتری دارند، واز افسردگی بیشتری رنج می برند.

در بررسی‌های بعمل آمده مشخص گردید که ۴۹٪ از زنان سرپرست خانوار سازمان بهزیستی شهر تهران دچار افسردگی اند و این به پژوهشی که نوری انجام داده است بسیار نزدیک است، این تحقیق نشان می دهد زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی استان تهران دچار علائم افسردگی و شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افکار پارانوئید، اضطراب، وسواس، پرخاشگری و روان پریشی هستند به این ترتیب شدیدترین علائم در زمینه افسردگی است (نوری، ۱۳۸۲).

حسینی (۱۳۸۸)، در مطالعه ای به این نتایج رسید که ۷۷٪ از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی استان تهران از سلامت روان کامل برخوردار نبوده و تنها ۲۳٪ از آنها از سلامت روان کامل برخوردار بوده اند که این به تحقیقی که مکگ واگنر (۱۹۹۷) و سولومون و همکارانش انجام داده اند بسیار نزدیک است: زنان با سرپرست شدن به علت تعدد و تعارضات نقش، آرامش روانی خود را از دست می دهند، تجارب این گروه از زنان نشان می دهد که خود را متفاوت از دیگران می دانند و احساس حقارت و درماندگی، تنهایی و دل‌تنگی دارند (مکگ واگنر، ۱۹۹۷).

خسروی (۱۳۸۰)، در یک مطالعه نشان می دهد در صورتی که زنان سرپرست خانوار از حمایت های اجتماعی مناسب برخوردار باشند، شیوه های مقابله مناسب را بیاموزند و دارای منبع کنترل درونی باشند، کمترین آسیب را متحمل می شوند.

نتایج تحقیق کینگ و کیرشبنان^۳ (۲۰۰۳)، نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله ای باعث افزایش عزت نفس شده و تعامل گروهی را رشد داده و کاهش افسردگی و گوشه گیری را به دنبال دارد همخوانی دارد.

همچنین ساخوداسکی و همکاران^۴ (۲۰۰۲)، در تحقیق خود نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله باعث بهبود روابط بین فردی و کاهش پرخاشگری و مشکلات رفتاری در افراد آموزش دیده می شود و همچنین باعث کاهش انزوای طلبی و افسردگی می گردد.

متاسفانه در پژوهش های متعدد تاثیر آموزش راهبرد های مقابله ای بر جنبه های مختلف زندگی این زنان بررسی نشده است. بنابراین تأثیر مشکلات و استرسورها در زنان سرپرست خانواده، وابسته به میزان کنترل بر امور،

1. summer

2. hernandez

3. Kirschenbaum & king

4. Sukhodolsky

نوع مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت‌های اجتماعی و میزان و شدت تغییرات حاصله در میزان درآمد، نوع مسکن و روابط خویشاوندی است (بختیاری، ۱۳۸۵).

در حیطه بررسی وضعیت سلامت روان این زنان پژوهش‌های متعددی انجام شده است ولی در زمینه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به عنوان یکی از راه‌های مقابله با نشانه‌های عاطفی در این زنان در خارج و داخل کشور کمبودهای پژوهشی قابل مشاهده می‌باشد. نمونه‌چنین مداخله‌ای در گروه‌های دیگر به کار گرفته شده و کارایی آن به اثبات رسیده است به عنوان مثال: صادقی موحد در سال ۱۳۸۵ به بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر وضعیت سلامت روانی دانشجویان پرداخت و به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای عاملی موثر در کاهش علائم اختلالات روانی در بین افراد مشکوک به اختلال روانی است، همچنین در نمونه‌های مشابه به دو پژوهش برمی‌خوریم که اثربخشی آموزش مهارت‌ها را تایید می‌کنند: نتایج پژوهش میرحسینی (۱۳۸۶)، نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش احساس تنهایی زنان سرپرست خانوار موثر است و نتایج پژوهش کمردین زاده (۱۳۸۹)، اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را بر توانمندسازی روانی و بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار به اثبات رسانده است. و همچنین در زمینه استرس، اضطراب و افسردگی این زنان مداخلات درمانی اندکی صورت گرفته است به عنوان مثال جمال نیک (۱۳۸۸)، و میرحسینی (۱۳۸۹)، به ترتیب بر روی جرات‌ورزی و احساس تنهایی این زنان مداخلاتی انجام داده‌اند.

حال با توجه به این که در تحقیقات داخلی و خارجی کمتر به حیطه آموزش راهبرد‌های مقابله‌ای بر کاهش و بهبود نشانه‌های عاطفی مثل اضطراب، افسردگی و استرس توجه شده است و با توجه به اینکه بعد اقتصادی و مالی به عنوان یک فاکتور مهم در سلامت روان و کیفیت زندگی این زنان در پژوهش‌های پیشین مطرح شده است سعی بر انجام این پژوهش شده تا به طور دقیق بررسی شود که:

(۱) آیا آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در کاهش استرس زنان سرپرست خانوار موثر است؟

(۲) آیا آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در افسردگی زنان سرپرست خانوار موثر است؟

(۳) آیا آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در استرس زنان سرپرست خانوار موثر است؟

بر این اساس در تحقیق حاضر به بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی آنها پرداخته خواهد شد. به طور اختصاصی علاوه بر آموزش ۸ مهارت مقابله‌ای (استفاده از سیستم حمایتی، حل مساله، خود آرام سازی، حفظ کنترل درونی، حرف زدن با خود درباره مشکلات، شوخ طبعی، ورزش کردن و پاداش دادن به موفقیت‌های خود) به آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با افسردگی، اضطراب، خشم و شکست نیز پرداخته خواهد شد.