

بررسی مقایسه تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و شادکامی ذهنی در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی

طیبه محبی نیا^۱، مریم زرنقاش^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت

^۲ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت

نام نویسنده مسئول:

طیبه محبی نیا

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و شادکامی ذهنی در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی می باشد. پژوهش حاضر از نوع، پس رویدادی می باشد. جامعه آماری این پژوهش را زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی و زنان عادی در شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش ۳۰۰ نفر شامل ۱۵۰ نفر از زنان سرپرست خانوار و ۱۵۰ نفر زنان عادی بودند که به طور تصادفی از جامعه آماری انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه تاب آوری کانو دیویدسون (۲۰۰۳)، بهزیستی روان شناختی ریف و شادکامی ذهنی آرجیل بود. ضریب پایایی مقیاس تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و شادکامی ذهنی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ به دست آمد. داده ها به وسیله روش تحلیل واریانس چندمتغیره و با استفاده از نرم افزار رایانه ای SPSS20 صورت گرفت. یافته های پژوهش نشان داد که میانگین نمره های زنان دارای سرپرست در تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و شادکامی ذهنی بیش از میانگین نمره زنان سرپرست خانوار بود که آزمون آماری بیانگر تفاوت معنادار بین دو گروه است. نتایج دلالت بر این دارد که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان عادی از خطرپذیری و آسیب پذیری بالاتری برخوردارند. بنابراین، شرکت آن ها در دوره های آموزشی مهارت های ارتباطی و حل مساله و تصمیم گیری می تواند موجبات افزایش تاب آوری، بهزیستی روان شناختی و شادکامی ذهنی و رشد و تعالی آن ها را در بر داشته باشد.

واژگان کلیدی: تاب آوری، بهزیستی روانشناختی، شادکامی ذهنی، زنان سرپرست خانوار، زنان عادی.

مقدمه

هنگامی که از خانواده سخن به میان می‌آید بیشتر چارچوبی را در بر گیرنده یک زن و شوهر همراه با یک یا چند فرزند در ذهن شکل می‌گیرد، اما برخی خانواده‌ها در این چارچوب قرار نمی‌گیرند به گونه‌ای که مادر نقش دو نفر را ایفا کرده؛ افزون بر انجام وظیفه‌ی اصلی خود که مادری کردن و تربیت فرزندان است، نقش نان‌آور خانواده را نیز به عهده دارد. بنابراین زنان سرپرست خانوار نقش و وظیفه‌ی بیشتری در قبال اداره‌ی زندگی و تربیت فرزندان نسبت به سایر زنان دارند. این نقشهای مختلف به طور همزمان مانند اداره امور خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان به تنهایی و کار خارج از خانه، باعث می‌شود که زنان استرس و مسائل و مشکلات روانی بیشتری را تجربه کنند (صادقی، ۱۳۸۶). زنان به منزله‌ی گروه بزرگ جمعیتی می‌توانند نقشی سازنده و تاثیر گذار در روند پیشرفت، تکامل، و توسعه‌ی جامعه داشته باشند، اما همواره طی قرون متمادی، به رغم فعالیت در همه‌ی عرصه‌های مختلف تولید و خدمت، بدان‌ها کم توجهی شده و بیش از مردان در معرض تهدیدهای 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 مراجعه‌ی زود هنگام به مراکز بهداشتی درمانی، بیشتر از مردان گزارش شود (جمالی، سپاه منصور، فلاحیان، ۱۳۹۲). مطالعات آماری اخیر نشانگر افزایش تعداد خانواده‌هایی است که به وسیله زنان اداره میشوند. به ویژه از سال ۱۹۸۰ به بعد تعداد خانواده‌های زن سرپرست خانوار افزایش یافته است. بر اساس سرشماری سال، ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵ آمار زنان سرپرست خانوار در ایران ۴/۹۸ برابر شده است (سالنامه آمار کشور، ۱۳۸۵: ۱۲۷) که سیر صعودی را نشان می‌دهد. همچنین بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ تعداد خانوارهای با سرپرستی زن، بیش از دو میلیون و پانصد و شصت و سه هزار خانوار می‌باشد. در واقع سهم زنان از سرپرستی خانوارها در سال ۱۳۹۰ (۱۲/۱) درصد بوده است که رشد قابل ملاحظه‌ای را نسبت به سایر دوره‌های سرشماری نشان می‌دهد. گزیده سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰، مرکز آمار ایران). کارشناسان یکی از دلایل این رشد را بالا رفتن نرخ طلاق در ایران می‌دانند. زنان سرپرست خانوار شامل زنان بیوه، زنان مطلقه اعم از زنانی که پس از طلاق به تنهایی زندگی می‌کنند یا به خانه پدری بازگشته، ولی خود امرار معاش کرده‌اند می‌شوند. در مورد تعداد زنان سرپرست خانوار در ایران، درصد قابل توجهی از خانوارها توسط زنان اداره می‌شود اما در سرشماری رسمی مدیریت خانوار به حساب نمی‌آیند، چرا که در این خانوارها، مردان سرپرست خانوار، بیکار، زندانی، متواری و معتاد بوده اما سرپرست خانوار همچنان مرد می‌باشد. این در حالی است که سرپرست و تامین کننده اصلی مخارج خانوار، زن است. متأسفانه در جامعه ما زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت و طلاق و ...) غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبرو می‌باشد از جمله مسوولیت سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، تحمل مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی، 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 عدیده‌ای روبرو می‌کند. نتایج پژوهشی که به بررسی عزت نفس در زنان سرپرست خانوار شهر تهران پرداخته شده بود نشان داد که این زنان از عزت نفس پایینی برخوردارند (سعیدیان، ۱۳۸۸). پژوهشی دیگر که به بررسی نیازهای زنان سرپرست خانوار به منظور توانمندسازی آنها صورت گرفته بود، نشان داد که برای آن دسته از زنانی که مشکل مالی در اولویت اولیه آنان نبود نیاز به خدمات روان شناسی و توانمند کردن آنها در زمینه روانی و اجتماعی اهمیت فراوانی دارد (قاسمی و خانی، ۱۳۸۶)..

رویکرد روانشناسی مثبت گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی‌های انسان (به جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها)، در سال‌های اخیر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی کردن، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد می‌باشند. در این میان تاب‌آوری، جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحولی، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی، به خود اختصاص داده است (در آرام، صالحیان، فروزنده و علیدوستی، ۱۳۹۱).

بنابراین ضروری است با آگاهی از کیفیت زندگی و عوامل تاثیرگذار بر آن گامی مثبت در جهت ارتقا سطح بهزیستی این گروه از افراد جامعه برداشته شود. همچنین لازم است که آنان مهارتهای مواجهه با چالشها و مشکلات ناشی از پذیرش مدیریت خانواده را دارا باشند و در این میان، میزان تاب‌آوری و بهزیستی روان شناختی و شادکامی زندگی تعیین کننده چگونگی مقابله آنان با چالشهای پیش رویشان است. با توجه به نقش و اهمیت زنان سرپرست خانواده پژوهش حاضر بر آن است تا به مقایسه تاب‌آوری، بهزیستی روان شناختی و شادکامی ذهنی در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی شهر شیراز بپردازد.

مواد و روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی زنان عادی در شهر شیراز می باشد. حجم نمونه مورد پژوهش ۳۰۰ نفر تعیین شد که ۱۵۰ نفر آن ها را زنان سرپرست خانوار و ۱۵۰ نفر دیگر را زنان عادی تشکیل دادند. در این پژوهش، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. با مراجعه به مرکز بهزیستی شهر شیراز فهرستی از زنان سرپرست خانواده تهیه شد سپس از روی فهرست زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی آن منطقه، ۱۵۰ نفر به شیوه تصادفی انتخاب شدند. همچنین، ۱۵۰ نفر زن عادی در همان منطقه به شیوه تصادفی انتخاب شدند. با توجه به مشخص بودن سن و میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار، زنان عادی همتا سازی شدند بطوری که از نظر گروه سنی و میزان تحصیلات با یکدیگر همگون باشند.

ابزارهای پژوهش

ابزار اندازه گیری در این پژوهش عبارتند از:

به منظور مقایسه تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و شادکامی ذهنی در زنان سرپرست خانوار و عادی از پرسشنامه شادکامی ذهنی ارجیل (۲۰۰۱)، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) و مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. پرسشنامه شادکامی ذهنی ارجیل (۲۰۰۱): این پرسشنامه شامل ۲۹ ماده می باشد که هر کدام دارای ۴ عبارت است که آزمودنی باید یکی از آنها را انتخاب کند. امتیاز هر ماده بین ۰ تا ۳ می باشد؛ و حداقل امتیاز کلی ۰ و حداکثر آن ۸۷ می باشد (کار، ۲۰۰۴). به نقل از پاشا شریفی و همکاران، (۱۳۸۵). روایی این مقیاس در مطالعات مختلف از جمله علیپور و نوربالا (۱۳۸۷) تایید شده است، ارجیل و لو (۱۹۹۸)؛ صادق زاده و همکاران (۱۳۹۰) ضریب آلفای ۹۰ درصد را با ۳۴۷ آزمودنی، فارنهایم و پرونیچ (۱۹۹۹)؛ صادق زاده و همکاران (۱۳۹۰) ضریب آلفای ۸۷ درصد را با ۱۰۱ آزمودنی ونوری (۱۳۸۱)؛ صادق زاده و همکاران (۱۳۹۰) با ۱۸۰ آزمودنی آلفای کرونباخ ۰/۸۴ را به دست آورده اند. در ایران علی پور ونور بالا (۱۳۸۷) با ۱۰۱ آزمودنی آلفای ۹۳ درصد را به دست آورده اند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر ۹۱ درصد بود.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹)

نسخه ی کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، توسط ریف در سال (۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. سوالهای ۹ و ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال، ۱ و ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط، ۷ و ۱۵ و ۱۷ عامل رشد و بالندگی فردی، ۳ و ۱۱ و ۱۳ عامل ارتباط مثبت با دیگران، ۵ و ۱۴ و ۱۶ عامل هدفمندی در زندگی و ۲ و ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" (۱-۶) پاسخ داده می شود که نمره ی بالاتر، نشان دهنده ی بهزیستی روانشناختی بهتر است. از بین کل سوالات، ۱۰ سوال به صورت مستقیم و ۸ سوال به شکل معکوس نمره گذاری میشود (از سفیدی و فرزاد، ۲۰۱۲). همبستگی نسخه ی کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برابر ۸۵ درصد بود.

مقیاس تاب آوری: مقیاس تاب آوری توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) طراحی گردید. این مقیاس دارای ۲۵ گویه، پنج لیکرتی (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) که حداقل نمره در مقیاس صفر و حداکثر نمره صد است. محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده ایران انطباق داده است. برای تعیین روایی این پرسشنامه از همبستگی هر سوال با نمره کل به جز گویه ۳ ضرابی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد و برای پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد که ضریب حاصل برابر ۰/۹۸ بود (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر جهت بررسی تاب آوری زنان سرپرست خانوار و عادی از این مقیاس استفاده شد و در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر ۹۵ درصد بود.

1. carr

2. Lu

3. Furnham

4. Brewing

5. Noor NM

6. Singer

ملاحظات اخلاقی:

به تمام افراد شرکت کننده در پژوهش توضیحات کامل در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه داده شد و اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند.

نتایج

در پژوهش حاضر دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۲۵ تا ۶۴ سال با تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بود. میانگین سنی زنان عادی ۴۲ سال با انحراف معیار ۱۲/۵۷ و میانگین سنی زنان سرپرست خانوار ۴۶ سال با انحراف معیار ۱۰/۱۷ بود. میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره های آزمودنی ها در تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و شادکامی ذهنی در افراد نمونه بررسی شد (جدول ۱).

جدول ۱ خصوصیات جمعیت شناختی گروه نمونه

وضعیت	میانگین	انحراف معیار	سن	فرآوری	درصد	درصد فراوانی تجمیع
عادی	۴۲	۱۲/۵۷	۲۰	۶۵	۵۰	۵۰
سرپرست خانوار	۴۶	۱۰/۱۷	۲۵	۶۵	۵۰	۱۰۰
کل	۴۴	۱۱/۵۲	۲۰	۶۵	۱۰۰	-

جدول ۲ جدول آماره های توصیفی نمرات متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	وضعیت	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	عادی	۲۴	۹۸	۶۸/۹۵	۱۶/۵۱
	سرپرست خانوار	۸	۹۶	۶۲/۶۱	۱۸/۴۳
	کل	۸	۹۸	۶۵/۷۶	۱۷/۷۶
بهزیستی روان شناختی	عادی	۳۲	۹۷	۷۴/۶۴	۱۲/۸۵
	سرپرست خانوار	۳۲	۹۸	۷۲/۵۱	۱۲/۲۰
	کل	۳۲	۹۸	۷۳/۵۷	۱۲/۵۵
شادکامی ذهنی	عادی	۱	۱۱۶	۶۹/۵۲	۲۵/۷۸
	سرپرست خانوار	۱	۱۱۴	۶۶/۰۴	۲۳/۹۰

با توجه به جدول ۳ مشاهده می شود که در متغیر تاب آوری، نمره زنان عادی خیلی بهتر از نمره زنان سرپرست خانوار می باشد بطوری که کمترین نمره مربوط به زنان سرپرست خانوار خیلی کمتر از زنان عادی است و همچنین میانگین نمرات زنان عادی بیشتر از میانگین نمرات زنان سرپرست خانوار می باشد. بنابراین طبق این نتایج، زنان عادی افراد تاب آورتری نسبت به زنان سرپرست خانوار هستند. در متغیر بهزیستی روان شناختی، نمره زنان عادی و نمره زنان سرپرست خانوار تقریباً در یک سطح می باشد بطوری که کمترین نمره مربوط به زنان سرپرست خانوار برابر با زنان عادی است و میانگین نمرات زنان عادی کمی بیشتر از میانگین نمرات زنان سرپرست خانوار می باشد. در متغیر شادکامی ذهنی، نمره زنان عادی کمی بهتر از نمره زنان سرپرست خانوار می باشد بطوری که کمترین نمره مربوط به زنان سرپرست خانوار برابر با زنان عادی است ولی بیشترین نمره مربوط به زنان عادی و میانگین نمرات زنان عادی بیشتر از میانگین نمرات زنان سرپرست خانوار می باشد. بنابراین زنان عادی احساس شادکامی بیشتری نسبت به زنان سرپرست خانوار دارند.

یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه ها و تعیین معنی داری تفاوت بین نمره های زنان عادی و زنان سرپرست خانوار در متغیرهای وابسته تاب آوری، شادکامی ذهنی و بهزیستی روان شناختی از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. این امر به دلیل وجود چند متغیر وابسته بود که لزوم استفاده از روش های چند متغیری را ایجاب نمود. در پژوهش حاضر سه فرضیه مورد آزمون قرار گرفت. فرضیه های پژوهش عبارتند از:

بین تاب آوری، در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.
 بین شادکامی ذهنی، در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.
 بین بهزیستی روان شناختی، در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.
 به منظور بررسی تاب آوری، شادکامی ذهنی و بهزیستی روانشناختی زنان عادی و زنان سرپرست خانوار و تحلیل واریانس چند متغیره، ابتدا مفروضه های واریانس چند متغیره مورد بررسی قرار می گیرند. آزمون لوین^۱ و باکس آبه عنوان مفروضه های تحلیل واریانس چند متغیره بررسی و مورد تأیید قرار گرفت

جدول ۳: آزمون لوین و باکس جهت بررسی پیش فرض تحلیل واریانس

آزمون باکس			آماره لوین		
سطح معناداری	F	box	سطح معناداری	F	
			۰/۱۴	۲/۱۲	تاب آوری
۰/۱۵	۲/۶۵	۱۱/۴۸	۰/۱۷	۱/۸	شادکامی ذهنی
			۰/۴۲	۰/۶۸	بهزیستی روانشناختی

فرض نرمال بودن و تساوی واریانس ها بررسی شد. نتیجه آزمون لوین و باکس نشان داد متغیر تاب آوری، شادکامی ذهنی و بهزیستی روانشناختی سطح معناداری بالای ۰/۰۵ دارند که نشانگر نرمال بودن متغیر ها می باشد. لذا پیش فرض لوین و باکس در رابطه با متغیر های تاب آوری، شادکامی ذهنی و بهزیستی روانشناختی تأیید می گردد.
 در جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری در جداول ۵، ۶، ۷ و ۸ گزارش شده است.

جدول ۴ نتایج حاصل از واریانس چند متغیری روی نمرات تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و شادکامی ذهنی زنان سرپرست خانوار و زنان عادی

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	معنی داری
اثر پیلای ^۳	۰/۰۳۲	۳	۲۳۰	۰/۰۱
لای میدا ویلکز ^۴	۰/۹۶۸	۳	۲۳۰	۰/۰۱
اثر هتلینگ ^۵	۰/۰۳۳	۳	۲۳۰	۰/۰۱
بزرگترین ریشه روی ^۶	۰/۰۳۳	۳	۲۳۰	۰/۰۱

نتایج حاصل از جدول ۴ نشان می دهد که بین زنان عادی و زنان سرپرست خانوار حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (تاب آوری، شادکامی ذهنی و بهزیستی روان شناختی) در سطح ۰/۰۱ تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل انوا در متن مانوا بر روی تاب آوری

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
تاب آوری	گروه	۱۹۵۱/۴۱۳	۱	۱۹۵۱/۴۱۳	۵/۹۶۲	۰/۰۱
	خطا	۷۴۵۳۷/۰۴۸	۲۳۲	۲۸۰/۳۲۱		
	کل	۱۱۰۰۵۱۴	۲۳۴			

1. Levene's Test for Equality of Variances

2. Box's Test of Equality of Covariance Matrices

3 Pillai Trace

4 Wilks' lambda

5 Hotelling's Trace

6 Roy's Largest Root

با توجه به نتایج جدول ۵ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین دو گروه (زنان سرپرست خانواده و زنان عادی)، از لحاظ متغیر تاب آوری در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. بر این اساس می توان بیان داشت فرضیه ۱ پژوهش مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۶: نتایج حاصل از تحلیل انوا در متن مانوا بر روی شادکامی ذهنی

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
شادکامی ذهنی	گروه	۴۹۹/۱۶۸	۱	۴۹۹/۱۶۸	۰/۷۹	۰/۰۳
	خطا	۱۴۵۶۹۳/۷۹۴	۲۳۲	۶۲۷/۹۹		
	کل	۱۲۳۸۴۳۳	۲۳۴			

با توجه به نتایج جدول ۶ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین دو گروه (زنان سرپرست خانواده و زنان عادی)، از لحاظ متغیر شادکامی ذهنی معنی دار می باشد. بر این اساس می توان بیان داشت فرضیه ۲ پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. جدول ۸ نتایج حاصل از تحلیل مانوا بر روی بهزیستی روان شناختی را نشان می دهد.

جدول ۷ نتایج حاصل از تحلیل مانوا بر روی بهزیستی روان شناختی

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بهزیستی روان شناختی	گروه	۵۶۸/۹۱۷	۱	۵۶۸/۹۱۷	۳/۵۹۶	۰/۰۵
	خطا	۳۶۷۰۷/۵۶۶	۲۳۲	۱۵۸/۲۲۲		
	کل	۱۲۸۵۸۶۹	۲۳۴			

با توجه به نتایج جدول ۷ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین دو گروه (زنان سرپرست خانواده و زنان عادی)، از لحاظ متغیر بهزیستی روان شناختی در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. بر این اساس می توان بیان داشت فرضیه ۳ پژوهش مورد تایید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین مقایسه تاب آوری و شادکامی ذهنی در زنان سرپرست خانوار و عادی شهر شیراز بود با توجه به جدول ۳ مشاهده می شود که در متغیر تاب آوری، نمره زنان عادی خیلی بهتر از نمره زنان سرپرست خانوار می باشد بطوری که کمترین نمره مربوط به زنان سرپرست خانوار خیلی کمتر از زنان عادی است و همچنین میانگین نمرات زنان عادی بیشتر از میانگین نمرات زنان سرپرست خانوار می باشد. بنابراین طبق این نتایج، زنان عادی افراد تاب آورتری نسبت به زنان سرپرست خانوار هستند. همچنین با توجه به نتایج جدول ۶ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین دو گروه (زنان سرپرست خانواده و زنان عادی)، از لحاظ متغیر تاب آوری در سطح ($F = ۵/۹۶۲$ و $P < ۰/۰۱$) معنی دار است. بر این اساس می توان بیان داشت فرضیه ۱ پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. در تبیین این فرضیه پژوهش باید بیان داشت که، زنان سرپرست خانوار بار روانی زیادی را به علت روبرو شده با چالش های اجتماعی- روانی و اقتصادی و ... ادراک می کنند که می تواند بر میزان تاب و تحمل و رفتارهای آنان تاثیر بسزایی بگذارد. زنان سرپرست خانوار با مسایلی همانند کاهش درآمد و نزول استاندارد زندگی روبرو می شوند. زنان به دلیل سطح پایین آموزش و مالکیت محدود بر منابع و عدم برخورداری از مهارت های لازم، بیش از مردان در معرض فقر قرار دارند و بدلیل موقعیت اجتماعی پایین تر از مردان، تبعات فقر برای زنان حجم وسیع تر و متضرر کننده تری را داراست (صادقی، ۱۳۹۱). تاب آوری ظرفیتی ذاتی نیست بلکه رفتار تاب آورانه اکتسابی است. تاب آوری در حقیقت فرایند زندگی است، فرایندی که در آن، هر کس می تواند بر تنش ها و رویدادهای ناگوار غلبه کند. تاب آوری تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است. عدم گسترش تاب آوری می تواند ایجاد کننده تجرب منفی باشد و علت ناسازگاری، تحمل کم و عدم تطابق با شرایط محیطی و استرس زا را باعث شود. افزایش تاب آوری در زنان سرپرست خانوار باعث می شود تا پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرند و علی رغم قرار گرفتن در معرض تنش های شدید، شایستگی اجتماعی و فردی خود را حفظ و ارتقا بخشد. بنابراین با مدیریت و کنترل موقعیتهای پر استرس زا در زنان مطلقه که به علت مشکلات اجتماعی، فردی و اقتصادی از استرس بالایی برخوردارند می توان انتظار تاب آوری بیشتر در برابر مشکلات و نهایتا بهبود کیفیت زندگی در این زنان را انتظار داشت (استیو، ۲۰۱۱). فرض دوم پژوهش مبنی بر اینکه بین شادکامی ذهنی، در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی تفاوت معنادار وجود دارد مشاهده می شود در متغیر شادکامی ذهنی، نمره زنان عادی کمی بهتر از نمره زنان سرپرست خانوار می باشد بطوری که کمترین نمره مربوط به زنان سرپرست خانوار برابر با زنان عادی است ولی بیشترین نمره مربوط به زنان عادی و میانگین نمرات زنان عادی بیشتر از میانگین نمرات زنان سرپرست خانوار می باشد. بنابراین زنان عادی احساس شادکامی بیشتری نسبت به زنان سرپرست خانوار دارند. همچنین با توجه به نتایج جدول ۷ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می شود که تفاوت بین دو گروه (زنان سرپرست خانواده و زنان عادی)، از لحاظ متغیر شادکامی ذهنی در سطح ($F = ۰/۷۹۵$ و $P < ۰/۰۳$) معنی دار می باشد. بر این اساس می توان بیان داشت فرضیه ۲ پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. ارزیابی مصاحبه شوندگان از وضعیت زندگی گذشته، حال و آینده نامناسب، این زنان را به گونه ای اجتناب ناپذیر با روحيات منفی افسردگی، احساس نابرابری و فشار روحی مواجه ساخته است. این شرایط و راهکارهای در پیش گرفته شده برای مقابله با آن، پیامدی جز احساس طرد شدگی، بی انصافی و غم نداشته است. برآیند کلیه موارد مذکور چیزی بیش از صورت بندی در چنین بستر و زمینه ای ناچارا به احساس تضعیف شادی می انجامد. از آنجا که این گروه دائما تحت تاثیر ارزیابی از تجرب منفی زندگی خود قرار گرفته و با آن به تفکر و کنش خود در برابر امور زندگی و کمیت و کیفیت روابط اجتماعی واکنش نشان می دهند، بر احساس ناشادی در زندگی خود می افزایند. غلبه روحيات منفی و داوری نامناسب از امور و جریانات زندگی علامت و نشانه ای از چیرگی تجربیات ناخوشایند بر خوشایند در پهنه زندگی است. در واقع در کنار محرومیت از نیازهای اساسی، به دلیل فشار و هجوم باورهای فرهنگی و کلیشه های جنسیتی، جمعیت هدف این پژوهش همواره در نامناسب ترین شرایط از لحاظ پذیرش اجتماعی قرار داشته اند. این مساله با استراتژی احساس نابرابری، مانع اصلی شکل گیری ارتباط مؤثر و مشارکت با دیگران و در جامعه می باشد. فرض سوم مبنی بر اینکه بین بهزیستی روان شناختی، در زنان سرپرست خانوار و زنان عادی تفاوت معنادار وجود دارد مشاهده می شود در متغیر بهزیستی روان شناختی، نمره زنان عادی و نمره زنان سرپرست خانوار تقریبا در یک سطح می باشد بطوری که کمترین نمره مربوط به زنان سرپرست خانوار برابر با زنان عادی است و میانگین نمرات زنان عادی کمی بیشتر از میانگین نمرات زنان سرپرست خانوار می باشد. همچنین تفاوت بین دو گروه (زنان سرپرست خانواده و زنان عادی)، از لحاظ متغیر بهزیستی روان شناختی در سطح ($F = ۳/۵۹۶$ و $P > ۰/۰۵$) معنی دار می باشد. بر این اساس می توان بیان داشت فرضیه ۳ پژوهش مورد تایید می گردد.

طبق گزارش های سازمان جهانی بهداشت، زنان بیش از مردان در معرض تبعیض های اجتماعی و فشار های روانی قرار دارند. شیوع اختلال های روانی در زنان به دلیل عوامل بیولوژیکی، نقش جنسی، استرس های محیطی و شغلی، محدود بودن منبع رضایت و مشکلات اقتصادی و تنهایی بیش از مردان است (نوربالا، باقری، اسدی و همکاران، ۱۳۸۹).

محدودیت های پژوهش

یافته های پژوهش حاضر باید در بافت محدودیت های آن تفسیر شود. از محدودیت های این پژوهش محدود بودن نمونه تحقیق به زنان سرپرست خانوار و عادی شهر شیراز و نوع نمونه گیری در دسترس است که روایی بیرونی تحقیق را تهدید میکند. هم چنین از دیگر محدودیت های پژوهش عدم پیگیری برای تعیین ثبات سطح تاب آوری و شادکامی ذهنی بود. همچنین از آنجایی که در این پژوهش از پرسشنامه استفاده شد، و با توجه به اینکه تکمیل پرسشنامه ممکن است در آزمودنی ها احساس خود فاش سازی برای دیگران را به وجود بیاورد، احتمال زیادی دارد که آزمودنی ها در هنگام تکمیل پرسشنامه، اطلاعات غیرواقعی، ابراز داشته باشند. به همین علت، یکی از مشکلات این پژوهش عدم اطمینان کافی از اطلاعاتی است که آزمودنی ها به واسطه تکمیل پرسشنامه ارائه کرده اند. بر اساس این محدودیت ها، پیشنهاد می شود که مداخله در بین جمعیت های مختلف با حجم نمونه های بالاتر و در مناطق جغرافیایی وسیع تر آزموده شود تا تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد. هم چنین پیشنهاد می شود که انجام مطالعات طولانی تر با پیگیری های کوتاه مدت و بلند مدت صورت گیرد تا میزان اثربخشی این روش در طول زمان تعیین شود.

سیاسگزاری

در پایان از همه بانوان محترم شهر شیراز که در این پژوهش شرکت نمودند قدردانی می شود.

منابع و مراجع

- [۱] آیزنک، م (۱۳۷۸). همیشه شاد باشی (ترجمه ز. چلونگر). انتشارات نسل نو اندیش.
- [۲] جمالی، محمود؛ سپاه منصور، مژگان؛ فلاحیان، معصومه (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روان شناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست، نشریه زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۱، شماره ۴.
- [۳] در آرام، معصومه؛ صالحیان، تهمینه؛ فروزنده، شیرین؛ علیدوستی، معصومه (۱۳۹۱). مقایسه سلامت روان دانشجویان موفق و ناموفق تحصیلی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۰.
- [۴] سعیدیان، فاطمه (۱۳۸۸). بررسی عزت نفس در زنان سرپرست خانوار. مجموعه مقالات دومین همایش توانمند سازی و توان افزایی زنان سرپرست خانوار. تهران: گروه فرهنگی - هنری تبلیغات شهری.
- [۵] سفیدی، فاطمه؛ فرزاد، ولی اله (۱۳۸۸). رواسازی آزمون به زیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین. مجله علمی دانشکده علوم پزشکی دانشکده قزوین. شماره ۱، ص ۶۵-۷۱.
- [۶] صادقی، علی اکبر، (۱۳۸۶). زنان سرپرست خانوار و آسیب های اجتماعی و فردی پیش روی آنها. مجموعه مقالات دومین همایش توانمند سازی و توان افزایی زنان سرپرست خانوار. تهران: گروه فرهنگی - هنری تبلیغات شهری.
- [۷] علی پورا، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی و پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاههای اندیشه و رفتار. تهران: (۲ و ۱) ۵.
- [۸] عزیزاده ح، کاوه م، یوسفی لویه م، روحی ع. (۱۳۹۱). تدوین برنامه ی پرورش تاب آوری و بررسی تأثیر آن بر بهزیستی روانی نوجوانان با اختلال های رفتاری برون نمود و درون نمود. فصلنامه ی ایرانی کودکان استثنایی، سال دوازدهم، شماره ۳.
- [۹] کاشانی نیا، زهرا؛ علیا، زهرا (۱۳۸۸). عوامل استرس زا و رابطه آن با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده، تهران: مجموعه مقالات دومین همایش توانمندسازی و توان افزایی زنان سرپرست خانواده.
- [۱۰] محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- [۱۱] مکی آبادی، ملیحه؛ فتحی اقدم، قربانعلی (۱۳۹۴). رابطه بین بهزیستی روانشناختی و شادکامی. دومین کنفرانس ملی و اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در علوم انسانی.
- [۱۲] ناعمی، علی محمد. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش تاب آوری بر سلامت روان، خوش بینی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه روان شناسی مثبت - دوره ۱، شماره ۳.
- [۱۳] ولی زاده، سارا؛ صالحی، ایرج؛ شاکری نیا، ایرج (۱۳۹۴). مقایسه نگرانی، تاب آوری و سلامت روان در زنان مطلقه و زنان متأهل. سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی.
- [۱۴] علی پورا، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی و پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاههای اندیشه و رفتار. تهران: (۲ و ۱) ۵.
- [۱۵] علی پورا، احمد (۱۳۸۴). شاد زیستی و شخصیت. مجله علوم روان شناختی، دوره چهارم، شماره ۱۴، ۱۳۶-۱۳۷.
- [۱۶] قاسمی، سمیه، خانی، فضیله، (۱۳۸۸). تحلیلی بر مسائل و نیازهای زنان سرپرست خانوار جهت توانمندسازی آنان. مجموعه مقالات دومین همایش توانمند سازی و توان افزایی زنان سرپرست خانوار. تهران: گروه فرهنگی - هنری تبلیغات شهری.
- [۱۷] مرکز آمار ایران (۱۳۸۵). سرشماری عمومی نفوس و مسکن تهران: انتشارات مرکز آمار.
- [۱۸] نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۹۰): مرکز آمار ایران، www.Amar.org.ir
- [۱۹] همایونی، مینوش و افشاری، رامین (۱۳۹۲). "مقایسه سبک های هویتی، شادمانی و بهزیستی روانشناختی در زنان و مردان دارای عمل زیبایی با گروه شاهد"، اولین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شادکان.
- [20] Abiola, T., & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. BioMedicn Central Research Notes, 23 (4), 500-509.
- [21] Argyle, M. (2001). The psychology of happiness, London: Routledge.
- [22] Argyle, M., & Lu, L. (1989). Happiness and cooperation. Personality and Individual Differences, 12, 1019-1030.
- [23] Aronson, E. (1990). Method of research in social psychology. New York: McGraw-Hill.

- [24] Burns, R. A., & Anstey, K. J. (2010). The Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, 48, 527–531.
- [25] Conner K.M., Davidson J.R.T.(2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale(CD-RISC). *Depression and Anxiety* . 18: 76-82.
- [26] Furnham A, Brewing C. Personality and happiness. *Personality and Individual Differences*, 1990, 11, 1093-1096.
- [27] Garmezy, N., & Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E. M. Cummings, A.L. Green, & K.H. Karraki (Eds.), *Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- [28] Kapila, G. & Kumar, A. (2015). Life Satisfaction and Resilience among Divorced Women in India, *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 98-106 .
- [29] -Locke HJ, Wallace KM. (2012). Short multi-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage Fam Living*. 2012;21:329-43
- [30] Minden, B. S., Lindsay, H., Ellen, W. M. G., Katherine, L. R., & Maria, M. (2015). The roles of resilience and childhood trauma history: Main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *Journal of Affective Disorders*, 174, 562-568.
- [31] Noor NM. Work and family roles in relation to women well- bieng.Unpublished Ph.D. dissertation, University of Oxford 1993.
- [32] Ryff, C.D., & Singer, B.H., (2006). Best News Yet on the Six-factor Model of Well-being, *Social Science Research*, 35: 1103-1119.
- [33] Ryff CD(2002). "Psychological well-being in adult life".*cur dir psych Sci* ۱۰۴-۴:۹۹۹
- [34] Ryff, C.D., & Singer, B., (1998). The Contours of Positive Human Healt Psychological Inquiry, 9: 1–28.
- [35] Ryff. C. D. (1989) *The Ryff Scales of Psychological Well-Being* by Tricia A. Seifert, University of Iowa.
- [36] Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145- 159.
- [37] Stephens, T. M. (2012). Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students. Unpublished Doctoral dissertation. The University of Tennessee, Knoxville.
- [38] Steinhardt, M. & Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453.
- [39] Fredrickson, B. L. (2001) The Role of positive Emotion in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- [40] Shi, M. Wang, X. Bian, Y. Wang, L. (2015).The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study, *BMC Medical Education*, 15, 16.
- [41] Tianqiang, H., Dajun, Z., & Jinliang, W. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Journal of Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.
- [42] Shi, M. Wang, X. Bian, Y. Wang, L. (2015).The mediating role of resilience in the relationship between stress and life satisfaction among Chinese medical students: a cross-sectional study, *BMC Medical Education*, 15, 16.
- [43] Waller, M.A. (2001). Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297 .
- [44] Wilcox, W. B., & Nock, S. L. (2011) Commitment to Marriage, Emotional Engagement Key to Wives Happiness. WWW. physorg.com.
- [45] Zarei, E. Sadeghifar, M. Ghiasi, F. (2014). A Study of Effects of Teaching Resiliency to Spouses of the War-Disabled on Marital Adjustment and Intimacy. *Academic Journal of Psychological Studies*, 3(1), 63-71.