

بررسی وضعیت سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای در زنان سرپرست خانوار شهر بیرجند

نویسندگان: الهه عنایتی‌فر^۱، محمدرضا میری^{۲*}، انسیه نوروژی^۲، طیبه حسینی^۲،
حکیمه ملاکی مقدم^۲

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی
بیرجند، بیرجند، ایران

E-mail: miri_moh2516@bums.ac.ir

* نویسنده مسئول: محمدرضا میری

چکیده

مقدمه و هدف: زنان سرپرست خانوار گروه آسیب‌پذیری هستند که در معرض انواع آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارند. لذا این مطالعه باهدف بررسی وضعیت سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای زنان سرپرست خانوار شهر بیرجند در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۲۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار ۵۰-۲۰ سال تحت پوشش کمیته امداد شهر بیرجند انجام شد. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و برای انتخاب نمونه از هر یک از مناطق شهر بیرجند از تخصیص متناسب استفاده شد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه استاندارد راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و سلامت عمومی صورت گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری در SPSS 19 وارد و توسط آزمون کای اسکوئر، t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین سنی زنان مورد ۳۸/۵±۷/۳۶ سال بود، ۴۸/۵٪ به علت طلاق سرپرست شده بودند. تنها ۱۱/۶٪ سلامت روان مطلوب داشتند و ۷۷/۵٪ پاسخگویان از مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور برخوردار بودند. بین سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای رابطه معناداری مشاهده نشد. در بین متغیرهای دموگرافیک تنها وضعیت اشتغال و تحصیلات با سلامت روان ارتباط داشت به طوری که اختلال در کارکرد اجتماعی در زنان شاغل به گونه معناداری بالاتر بود و زنانی که تحصیلات بالاتری داشتند از افسردگی بالاتری برخوردار بودند. وضعیت اشتغال نیز با سبک‌های مقابله‌ای ارتباط معنادار داشت. در واقع زنان بیکار نسبت به شاغل هیجان مدارتر بودند.

نتیجه‌گیری: زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه از سلامت روان مناسبی برخوردار نیستند، بنابراین نیاز به برنامه‌ریزی در راستای مداخله‌های مؤثر و به تبع آن بهبود شرایط زندگی و سلامت روان این زنان احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: مهارت‌های مقابله‌ای، سلامت روان، زنان سرپرست خانوار

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و پنجم-شماره ۱۳۵
تیر ۱۳۹۷

دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۱۸
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۷/۰۲/۲۹
پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۵

مقدمه

یکی از معضلات اصلی در جوامع انسانی مسئله زنان سرپرست خانوار است. بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند. آنان زنانی هستند که عهده‌دار معاش مادی و معنوی خود و خانواده‌شان هستند (۱). تعداد زنان سرپرست خانوار که گاه به تنهایی و گاه در حین حضور مردان بزرگسال با شرایط ویژه، مسئولیت تأمین اقتصادی خانواده را بر عهده دارند، در سال‌های اخیر رو به فزونی گذاشته است (۲). امروزه ۶۰٪ زنان در جهان، نان‌آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند. از جنگ جهانی دوم تعداد خانوارهای تک سرپرست به طور مداوم در دنیای غرب در حال افزایش است. در ایرلند ۴۰٪ و در کانادا ۵۰٪ و در کشورهای در حال توسعه هم ۲۰-۵۰٪ کل خانوارها به وسیله زنان اداره می‌شوند (۳). در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست، به ترتیب ۷.۱ و ۷.۳ و ۸.۴ و ۹.۴ درصد از کل خانوارهای کشور را به خود اختصاص می‌دادند. بر اساس سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ تعداد خانوارهای با سرپرستی زن، بیش از دو میلیون و ۵۶۳ هزار خانوار بوده است. 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 (۴). البته این آمارها ممکن است واقعی نباشند، زیرا در خانوارهایی که مردان سرپرست خانوار بیکار، زندانی، معتاد و یا متواری هستند، سرپرست خانوار همچنان مرد اعلام می‌شود. بنابراین به تعداد زنان سرپرست خانوار حداقل ۳-۴ میلیون اضافه می‌شود (۵). مطالعات در حوزه زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد که این قشر از جامعه با مشکلات زیادی هم در سطح فردی و هم در سطح کلان مواجه‌اند. از جمله مشکلاتی که این زنان با آن مواجه هستند، وضعیت بد اقتصادی است که این امر خود باعث نگرانی درباره آینده خود و فرزندانشان

می‌شود. این زنان به دلیل برخورداری از مهارت‌های فنی و آموزشی کمتر نسبت به سایر زنان حتی در صورت فعالیت اقتصادی، در مشاغل با مزد کم مشغول به کار می‌شوند. این گروه از زنان نه تنها در فقر زندگی می‌کنند؛ بلکه به واسطه عقاید و سنت‌های موجود در جامعه مورد قضاوت قرار می‌گیرند (۶). اما به دنبال مسائل مالی و نارضایتی از آن، این مشکلات روانی است که دامن‌گیر ذهن آن‌ها شده و فرصت تحول و تغییر در زندگی را از آن‌ها می‌رباید. بسیاری از پژوهشگران معتقدند که این مشکلات مادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار است که سبب اضطراب، استرس و افسردگی بیشتر آن‌ها نسبت به سایر زنان می‌شود (۴). هر چند نیازهای اقتصادی و معیشتی این زنان کمابیش مدنظر قرار گرفته است، وضعیت سلامت جسمانی و روانی‌شان به ندرت مورد بحث واقع شده است (۲). مجموعه مشکلات یاد شده، بهداشت روانی این گروه را متأثر می‌سازد (۷). نتایج پژوهش گروسی و همکاران نشان داده که نزدیک به ۴۴٪ زنان سرپرست خانوار از سلامت روانی مناسب برخوردار نبودند (۲). در مطالعه شهبازی و همکاران نیز نشان داده شده که ۷۹.۸ درصد از زنان سرپرست خانوار شرکت‌کننده در مطالعه از سلامت عمومی برخوردار نبودند (۸). در مطالعه مشابه که بر روی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر تهران انجام شده بود نیز ۷۷ درصد از سلامت روان کامل برخوردار نبودند (۹).

یکی از مواردی که می‌تواند در سلامت روان افراد مؤثر باشد، بهره‌گیری آنان از مهارت‌های مقابله‌ای صحیح در برابر موقعیت‌های استرس‌زاست. در مطالعه استرس و بررسی آثار ناشی از آن گفته می‌شود که شیوه‌های مقابله با استرس در نوع پاسخ به آن مهم‌تر از ماهیت خود استرس است. مقابله با استرس عبارت از تلاش‌های شناختی و رفتاری است که به منظور تسلط بر تعارض‌های فشارزا، کاهش یا تحمل آن است (۱۰). چنانچه استرس، مدیریت شود و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر فراهم شود، فرد قادر خواهد بود تا با نیازها و

چالش‌های زندگی خود به شیوه بهتری کنار آید (۱۱). سبک‌های مقابله شیوه‌هایی هستند که افراد به کمک آن‌ها با مشکلات زندگی خود روبه‌رو می‌شوند و به دو دسته کلی مقابله مسئله محور و هیجان محور تقسیم می‌شوند. در مقابله مسئله محور افراد سعی می‌کنند مسئله پیش آمده را به طور منطقی تجزیه و تحلیل کنند و جدای از احساساتی که در مورد وضعیت پیش آمده دارند، با توجه به شرایط موجود راهی را انتخاب کنند که به حل مسئله موجود بیانجامد. اما در سبک مقابله هیجان محور، افراد بر اساس هیجان ناشی از موقعیت پیش آمده نسبت به آن واکنش نشان می‌دهند و کمتر به ماهیت وضع موجود و واکنش‌هایی که صرفاً واقعیت را در نظر می‌گیرند، توجه می‌کنند (۱۲). با وجود پژوهش‌های بسیار درباره زنان سرپرست خانوار اکثر پژوهش‌ها به مطالعه وضعیت اقتصادی و شاخص‌های جمعیت شناختی پرداخته‌اند و نقش راهبردهای مقابله‌ای کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این در حالی است که عدم آشنایی با راهبردهای مقابله‌ای صحیح نه تنها سلامت روانی و جسمانی این زنان را تهدید می‌کند، بلکه بر سلامت اعضای خانواده‌شان و در نهایت بر سلامت کل جامعه پیامدهای مخربی را بر جای خواهد گذاشت. با توجه به اینکه اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آن‌ها در توسعه همه‌جانبه کشور بر کسی پوشیده نیست و اطلاع از وضعیت بهداشت و سلامت آن‌ها و نیز عوامل مؤثر بر آن، می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب جهت اصلاح وضعیت آن‌ها قرار گیرد، لذا بر آن شدیم که این پژوهش را با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای در زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان بیرجند انجام دهیم.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۲۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان بیرجند در سال ۹۶ انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل زنان در محدوده سنی ۵۰-۲۰ سال، دارای حداقل تحصیلات ابتدایی

بود. جهت تعیین حجم نمونه، مطالعه‌ای پایلوت بر روی ۲۰ نفر انجام شد و مقدار $p=0/74$ به دست آمد. با در نظر گرفتن $d=0/074$ ، $\alpha=0/05$ ، $z=1/96$ ، حجم نمونه ۱۳۵ نفر برآورد گردید. چون نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام شد، حجم نمونه در ضریب ۱/۵ ضرب شده و حجم نمونه ۲۰۳ نفر برآورد گردید؛ که به دلیل تکمیل نشدن ۳ عدد از پرسشنامه‌ها حجم نمونه نهایی ۲۰۰ نفر بود. در این مطالعه نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام شد و برای انتخاب نمونه از هر یک از مناطق شهر بیرجند (مناطق یک و دو) از تخصیص متناسب استفاده گردید. ضمناً افراد در هر منطقه به صورت تصادفی انتخاب شدند، به این صورت که با استفاده از جدول اعداد تصادفی از لیست افراد تحت حمایت هر منطقه تعدادی انتخاب‌شده و پس از برقراری تماس تلفنی و در صورت تمایل فرد، از وی برای شرکت در مطالعه و پر کردن حضوری پرسشنامه در محل کمیته امداد دعوت گردید. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های استاندارد مهارت‌های مقابله‌ای لازاروس و سلامت عمومی (GHQ-28) صورت گرفت. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن لازاروس بر اساس نظریه شناختی درباره استرس ساخته شده و شامل دو راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار است؛ که هر کدام از این دو راهبرد مقابله‌ای شامل ۴ راه مقابله با تنیدگی می‌باشند (۸ خرده مقیاس). این آزمون مشتمل بر ۶۶ ماده است که ۱۶ سؤال آن در زمره هیچ یک از روش‌های مقابله‌ای هشت‌گانه قرار ندارد، بنابراین این سؤالات از پرسشنامه حذف گردید و تعداد سؤالات مشتمل بر ۵۰ ماده بود و از طریق علامت‌گذاری روی مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت که از ۰ تا ۳ (اصلاً استفاده نکرده‌ام تا بسیار استفاده کرده‌ام) نمره‌گذاری شد. دامنه نمره کل در این پرسشنامه از ۰ تا ۱۵۰ متغیر است. به طور میانگین تقریباً تعداد سؤالات در روش‌ها مقابله‌ای هیجان مدار و مسئله مدار یکسان است (۱۳). فولکمن و همکاران ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کردند (۱۴). ضریب پایایی کل

نتایج

در مجموع ۲۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار با میانگین سنی $36/3 \pm 7/5$ سال ۳۸/۵ مورد بررسی قرار گرفتند. ۷۲ درصد آزمودنی‌ها زیر دیپلم بودند، ۷۴ درصد وضعیت درآمد را ضعیف ارزیابی کردند و ۷۷ درصد بیکار بودند. آزمودنی‌ها بطور متوسط $6/76 \pm 5/06$ سال سرپرست خانوار بودند. $4/5$ درصد آزمودنی‌ها به علت طلاق سرپرست خانوار شده بودند؛ و ۶۷ درصدشان یک یا دو نفر تحت تکفل داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه شاخص‌های توصیفی متغیرهای

دموگرافیک

متغیر	(درصد) فراوانی	متغیر	(درصد) فراوانی
سن		تحصیلات	
زیر ۳۰ سال	۲۹(۱۴/۵)	زیر دیپلم	۱۴۴(۷۲)
۳۰ تا ۴۰ سال	۸۸(۴۴)	دیپلم	۴۴(۲۲)
بالای ۴۰ سال	۸۳(۴۱/۵)	دانشگاهی	۱۲(۶)
درآمد خوب	۴(۲)	علت سرپرستی	
متوسط	۴۸(۲۴)	مرگ همسر	۶۶(۳۳)
ضعیف	۱۴۸(۷۴)	طلاق	۹۷(۴۸/۵)
		سایر	۳۷(۱۸/۵)
وضعیت اشتغال		تعداد افراد تحت تکفل	
شاغل	۴۶(۲۳)	هیچ	۲۲(۱۱)
بیکار	۱۵۴(۷۷)	یک یا دو نفر	۱۳۴(۶۷)
		بیشتر از دو نفر	۴۴(۲۲)

نمره سلامت روان در آزمودنی‌ها به‌طور متوسط $48/92 \pm 16/02$ بود. $11/6$ درصد آزمودنی‌ها سلامت روان مطلوب، $53/3$ درصد تا حدی مطلوب و $35/2$ درصد سلامت روان نامطلوب داشتند. $77/5$ درصد افراد سبک مقابله‌ای مسئله مدار داشتند.

بین میانگین نمره سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن، بر حسب نوع مهارت‌های مقابله‌ای تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد (جدول ۲).

آزمون برای آزمودنی‌های ایرانی $0/81$ ، خرده مقیاس هاس مسئله مدار $0/70$ و خرده مقیاس‌های هیجان مدار $0/69$ گزارش شده است (۱۵).

پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی: این پرسشنامه از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های هر خرده آزمون به ترتیب و پشت سر هم آمده است، به نحوی که سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بی‌خوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است (۱۶).

تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند. در این مطالعه نیز جهت پاسخ‌دهی از طیف لیکرت چهارتایی استفاده شد. در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. بر این اساس کسب امتیاز ۰ تا ۲۷ نشانه سلامت عمومی مطلوب، ۲۸ تا ۵۵ نشانه سلامت عمومی تا حدی مطلوب و ۵۶ تا ۸۴ نشانه سلامت عمومی در حد نامطلوب است. گلدبرگ اعتبار این پرسشنامه را $0/89$ گزارش کرده است (۱۷). ضریب آلفا برای کل مقیاس برابر $0/88$ و برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب $0/66$ ، $0/72$ ، $0/79$ و $0/85$ است (۱۱). در نهایت داده‌های پژوهش در نرم‌افزار SPSS19 وارد و از طریق آزمون‌های آماری استنباطی در سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ تجزیه و تحلیل شد. در آمار استنباطی پس از بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون K-S در صورت نرمال بودن، از تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه و تست تعقیبی توکی و در صورت نرمال نبودن، از آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال والیس استفاده گردید.

جدول ۲. رابطه سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن با مهارت‌های مقابله‌ای

نمره کل سلامت روان Mean \pm SD	افسردگی Mean \pm SD	اختلال در کارکرد اجتماعی Mean \pm SD	اضطراب و بی‌خوابی Mean \pm SD	سلامت جسمانی Mean \pm SD	سلامت روان مهارت‌های مقابله‌ای
۵۰/۱۲ \pm ۱۵/۷۶	۱۳/۳۳ \pm ۳/۰۴	۱۳/۸۰ \pm ۵/۰۲	۱۱/۶۲ \pm ۵/۹۸	۱۱/۲۵ \pm ۵/۸۴	مسئله محور
۴۴/۸۲ \pm ۱۶/۴۱	۱۲/۵۸ \pm ۳/۱۲	۱۲/۲۰ \pm ۴/۷۹	۱۰/۷۳ \pm ۵/۱۴	۹/۳۱ \pm ۵/۶۸	هیجان محور
t=۱/۹۶ p=۰/۰۵	t=-۱/۶۹ p=۰/۰۹	t=۱/۹۵ p=۰/۰۵	t=۰/۹۱ p=۰/۳۶	t=۱/۹۷ p=۰/۰۵	نتیجه آزمون آماری

گرفت. نتایج نشان داد اختلال در کارکرد اجتماعی در زنان شاغل به گونه معناداری بالاتر است. همچنین زنانی که تحصیلات بالاتر داشتند اختلال در سلامت روان بیشتر و افسردگی بالاتری داشتند. زنانی که دیپلم بودند اضطراب بالاتری نسبت به دو گروه دیگر داشتند (جدول ۳).

نتایج آزمون کای دو نشان داد از بین متغیرهای مورد بررسی تنها وضعیت اشتغال با مهارت‌های مقابله‌ای ارتباط معنادار داشت و زنان بیکار نسبت به زنان شاغل هیجان مدارتر بودند. میانگین نمره سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن نیز برحسب متغیرهای دموگرافیک مورد ارزیابی قرار

جدول ۳. خلاصه نتایج بررسی متغیرهای اثرگذار بر سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن در زنان سرپرست خانوار شهر بیرجند

نمره کل سلامت روان Mean \pm SD	افسردگی Mean \pm SD	اختلال در کارکرد اجتماعی Mean \pm SD	اضطراب و بی‌خوابی Mean \pm SD	سلامت جسمانی Mean \pm SD	
۵۲/۷۴ \pm ۱۳/۲۲	۱۳/۵۴ \pm ۳/۹۲	۱۴/۸۰ \pm ۳/۶۸	۱۲/۵۲ \pm ۴/۶۶	۱۱/۸۷ \pm ۵/۴۰	شاغل
۴۷/۷۷ \pm ۱۶/۶۴	۱۳/۰۵ \pm ۳/۱۱	۱۳/۰۲ \pm ۵/۲۸	۱۱/۱۰ \pm ۶/۰۸	۱۰/۵۰ \pm ۵/۹۶	بیکار
۰/۰۶	۰/۳۴	۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۱۶	معناداری
^a ۴۷/۱۷ \pm ۱۶/۰۷	^a ۱۲/۸۰ \pm ۳/۱۷	۱۳/۰۸ \pm ۵/۳۴	^a ۱۰/۷۶ \pm ۵/۶۸	۱۰/۳۵ \pm ۵/۹۶	زیر دیپلم
^b ۵۳/۲۹ \pm ۱۴/۶۶	^{ab} ۱۳/۸۶ \pm ۳/۵۰	۱۴/۰۷ \pm ۴/۲۴	^b ۱۳/۴۵ \pm ۶	۱۱/۹۱ \pm ۵/۲۵	دیپلم
^{ab} ۵۳/۷۵ \pm ۱۷/۴۸	^b ۱۵ \pm ۲/۷۶	۱۴/۳۳ \pm ۴/۴۸	^{ab} ۱۲ \pm ۵/۱۰	۱۲/۴۲ \pm ۶/۱۹	دانشگاهی
۰/۰۴	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۰۲	۰/۱۹	معناداری

a, b: اندیس‌های مشابه نشان‌دهنده عدم تفاوت معنادار میانگین است.

بحث

خانوار با سلامت روان نامطلوب را می‌توان بدین صورت تبیین کرد که شاغل بودن، کار در منزل، مراقبت از فرزندان، نگرانی‌های مالی و عدم برخورداری از منابع حمایتی کافی به طور روزانه سبب استرس و پریشانی زنان سرپرست خانوار می‌شوند و آن‌ها را با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می‌کنند که در نهایت بهزیستی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهند این زنان ابتدا منابع در دسترس را به فرزندان و افراد تحت سرپرستی‌شان و در وهله دوم به سایر مسائل زندگی اختصاص می‌دهند، در نتیجه کمتری برای سلامتی‌شان باقی می‌ماند و کمتر به اقداماتی دست

زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و به دلیل شرایط خاصی که در زندگی تجربه می‌کنند، از نظر سلامت روان در معرض خطرند، بنابراین این پژوهش با هدف بررسی وضعیت سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای این زنان صورت گرفت. براساس یافته‌های این مطالعه تنها (۱۱.۶٪) افراد مورد مطالعه سلامت روان مطلوب داشتند که این میزان با نتایج مطالعه شهبازی، حسینی و گروسی هم‌خوانی دارد (۲، ۸، ۹). در مطالعه شهبازی ۷۹.۸٪، در مطالعه حسینی ۷۷٪ و در مطالعه گروسی نزدیک به ۴۴٪ افراد از سلامت روان مطلوبی برخوردار نبودند. درصد بالای زنان سرپرست

می‌زدند که سلامت آن‌ها را ارتقا دهد.

طبق یافته‌های نمره کل سلامت روان با متغیرهای سن، تعداد افراد تحت سرپرستی، مدت زمان سرپرست خانوار بودن، تحصیلات، اشتغال، وضعیت درآمد رابطه معناداری وجود ندارد که با نتایج مطالعه رحیمی همسو است (۱۸). اما در بین خرده‌های مقیاس‌های سلامت روان، نتایج نشان داد که اختلال در کارکرد اجتماعی در زنان شاغل به گونه معناداری بالاتر است. در مطالعه سپهرمنش تفاوت معنی‌داری در رابطه با سلامت روان در بین زنان شاغل و خانه‌دار مشاهده نشد (۱۹). در مطالعه بابانظری سلامت روان زنان شاغل باردار از سایر زنان کمتر بود (۲۰). در مطالعه منتظری افراد شاغل از سلامت روان مطلوب‌تری برخوردار بودند (۲۱). در تبیین یافته این مطالعه می‌توان می‌گفت استرس مضاعف زنان سرپرست خانوار شاغل جهت کسب درآمد برای خانواده، به صورت بالقوه باعث ایجاد تنیدگی در آنان شده و همین گستردگی نقش و تعارض بین مقتضیات شغلی و نگرانی‌های مربوط به درون خانواده باعث اختلال در کارکرد اجتماعی این زنان می‌شود. همین‌طور نتایج نشان داد زنان با تحصیلات دانشگاهی، افسردگی بیشتری نسبت به دو گروه دیگر داشتند. این یافته با نتایج مطالعه امیدی در نظنز هم‌خوانی دارد (۲۲) و با نتایج مطالعه خاقانی فرد مبنی بر اینکه هرچه تحصیلات بالاتر باشد سلامت روان و کارکرد اجتماعی بیشتر و افسردگی و اضطراب کمتر می‌شود، ناهم‌سو است (۲۳). همچنین با نتایج مطالعه منتظری و مرادآبادی که هرچه تحصیلات بالاتر باشد افراد از سلامت روان مطلوب‌تری برخوردارند، هم‌خوانی ندارد (۲۴، ۲۱). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت شاید میزان رضایت افرادی که تحصیلات بالاتری دارند متناسب با سطح توقعات آن‌ها به عنوان به فرد تحصیل‌کرده نیست و این خود باعث پایین آمدن سطح سلامت روان این افراد می‌شود یا می‌توان گفت شاید علل دیگری وجود دارد که باعث بروز افسردگی و اضطراب بیشتر در این افراد می‌شود که خود این علل نیازمند تحقیقات بیشتر در آینده است.

براساس نتایج مطالعه از بین مهارت‌های مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور، اکثر این زنان از مهارت‌های مسئله محور استفاده می‌کردند، مهارت‌هایی که در آن فرد ابتدا به ارزیابی موقعیت تنش‌زا می‌پردازد و سعی در کنترل هیجان‌ات منفی خود و تمرکز برای حل مسئله دارد. این یافته با نتایج مطالعه شعبان زاده هم‌سو بوده (۶) و با مطالعه رحیمی و سهرابی مبنی بر استفاده بیشتر از مهارت‌های هیجان محور ناهم‌سو است (۱۸، ۲۵). اینکه چرا میزان استفاده از مهارت‌های مسئله محور در افراد مورد مطالعه بالاتر است، می‌تواند به این دلیل باشد که این افراد برای کنترل بهتر وضع زندگی خود، سعی در گرفتن تصمیمات منطقی داشته و بیشتر از سایر زنان قادر به کنترل تکانه‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشند و بر اثر تجربه دریافته‌اند که با کنترل هیجان‌ات و احساسات و یا به عبارتی استفاده از مهارت‌های هیجان محور نمی‌توانند بر مشکلات خود فائق آیند. در رابطه با ارتباط متغیرهای دموگرافیک و مهارت‌های مقابله‌ای تنها بین وضعیت اشتغال و این مهارت‌ها رابطه معنادار مشاهده شد. به طوری که افراد بیکار بیشتر از مهارت‌های هیجان محور استفاده می‌کردند. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که مشکل اصلی اکثر این زنان، شرایط بد اقتصادی آنان است، زنان سرپرست خانوار بیکار، نسبت به زنان شاغل به دلیل نداشتن منبع درآمد مشخص، ناچارند برای مقابله با شرایط موجود در زندگی خود از مهارت‌های هیجان محور که در آن کنترل احساسات و واکنش‌های عاطفی نقش اصلی را ایفا می‌کنند و هدف آن کاهش استرس است، استفاده کنند.

بین استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای با سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن رابطه معناداری مشاهده نشد که با مطالعه سهرابی هم‌خوانی دارد (۲۵). این نتیجه می‌تواند به این دلیل باشد که مهارت‌های مقابله‌ای نمی‌تواند عامل تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی سلامت روان افراد شرکت‌کننده در این پژوهش باشد. از آنجایی که سلامت روان تحت تأثیر عوامل زیادی قرار می‌گیرد، شاید عوامل دیگری تبیین‌کننده سلامت روان زنان

بهینه از امکانات موجود و برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت توانمندسازی می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی این زنان مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی به کد طرح ۴۵۹۴ و کد اخلاق Ir.bums.1396.203 است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به دلیل حمایت مالی و همچنین افرادی که در این مطالعه شرکت نمودند، اعلام می‌دارد.

منابع

1. Babaiefard A. The Social Determinants of Female-Headed Households Living Pressures in the Cities of Kashan & Aran and Bidgol. *Social Welfare* 2014;14(54):111-45.
2. Garousi S, Shabestarinejad S. Social Capital and Mental Health among Household Head Women Surveying the Relationship in the City of Kerman. *Journal of Iranian Social Studies* 2011;5(1):99-123.
3. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbeyani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. The Survey of Quality of Life and its Related Factors in Female-headed Households Supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9. *Iranian Journal of Epidemiology* 2014;10(2):48-55.
4. Azam Azadeh M, Tafteh M. The Obstacles of Happiness from the View of Female-headed Households of Tehran. *Journal of Woman & Family Studies* 2016;3(2):33-60.
5. Shaditalab J, Geraei Nejad A. The Poverty Of Female Headed Households. *Woman In Development And Politics (Women's Research)* 2004;2(1):49-70.
6. Shabanzade A, Bahramabadi M, Hatami H, Zahrakar K. The relationship between stress coping styles and social support with quality of life of female- headed households. *Scientific Journal Management System* 2014;4(16):1-20.
7. Habibi M, Ghanbari N, Khodaei E, Ghanbari P. Effectiveness of cognitive-behavioral management of stress on reducing anxiety, stress, and depression in head-families women *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2013;11(3):166-75.
8. Shahbazi N, Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Naderi Z, Sohrabnejad A, et al. Relationship between Socioeconomic Status and General Health in the Female-headed Households. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2015;23(1):56-62.
9. Hosseini A, Foruzan S, Amirfaryar M., Studying Women Mental Health, As Householders Supported By Welfare Organization Of Tehran. *Social Resaerch* 2009;2(3):117-37.
10. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezankhani A. Effective factors on coping with stress among employed women based on integrated model of planned behavior and self-efficacy. *Payesh* 2012;11(5):685-96.
11. Shirbim Z, Soudani M, Shafi Abadi A. The effectiveness of the stress management Skills training on the increase of the Scholar's mental health. *Thought & Behavior In Clinical Psychology* 2008;8(2):7-18.
12. Mirsaleh Y, Fallah F, Saberi M. The Effectiveness of Life Skills Intervention on Quality of Life of Women Headed-Household. *Quarterly Journal Of Woman & Society* 2016;7(25):81-100.
13. Plichta SB, Kelvin EA, Munro BH. *Munro's statistical methods for health care research: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins*; 2013.
14. Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging* 1987;2(2):171.
15. Aghayousefi A, Alipoor A, Shaghaghi F, Sharif N. Relationship between coping ways with stress and IL-6 Immunologic biomarker in Coronary Heart Disease Patients *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2013;17(2):155-65.
16. Safavi M, Parsania Z, Ahmadi Z. Mental health analysis and stress coping strategies in families caring for patients with epilepsy referring to Iranian association of epilepsy. *Medical Sciences Journal* 2010;20(3):194-8.
17. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9(01):139-45.

18. Rahimi H, Sedigh Arfaee F, Ghodousi Z. Investigate the relationship between coping styles and nurse's mental health. *Journal Of Ethics & Culture in Nursing & Midwifery* 2014;1(2):45-53.
19. Sepehrmanesh Z. Mental Health and Its Related Factors in Young Women in Kashan City The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2009;12(1):31-41.
20. Babanazari L, Kafi S. Comparative Study Of Mental Health And Its Relative Demographic Factors In Different Periods Of Pregnancy. *Quarterly Journal of Psychological Health* 2007;1(2):44-52.
21. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Hashemi A, Naghizadeh F, Montazeri A. Mental health in Iran: a nationwide cross sectional study. *Payesh* 2016;15(3):233-39.
22. Omid A, Tabatabai A, Sazvar SA, Akkashe G. Epidemiology Of Mental Disorders In Urbanized Areas Of Natanz. *Quarterly Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology* 2003;8(4):32-8.
23. Khaghanifard M. Violence against Women, Gender Socialization, and social capitals prediction of mental health of a group of women living in Tehran women s studies (Sociological & Psychological) 2011;9(2):55-80.
24. Dadipoor S, Alavi A, Zarei F, Safari-Moradabadi A. Mental health of infertile women in Bandar Abbas. *Journal of Preventive Medicine* 2016;3(2):20-8.
25. Sohrabi F, Khanipour H, Mohamadpour-Nikbin N. Body Image, Coping Strategies and Mental Health in Women Suffering Weight Dissatisfaction Case Study of the City of Rasht. *Womens Studies (Sociological & Psychological)* 2011;9(1):79-96.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
25th Year, No.135
June- July 2018*

Received: 07/04/2018

Last revised: 19/05/2018

Accepted: 26/05/2018

A study on mental health status and coping skills in female household heads in Birjand

Elahe Enayatifar¹, MohammadReza Miri^{2*}, Ensiyeh Norozi², Tayebeh Hosseini², Hakimeh Malaki Moghadam²

1. Faculty of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
2. Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran,

* Corresponding author e-mail: miri_moh2516@bums.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Female heads of households stand as a vulnerable group who are exposed to various psychological and social harms. The purpose of this study was to determine the mental health and coping skills of female heads of households in Birjand in 2017.

Materials and Methods: This cross-sectional study incorporated 200 women (age range: 20-50 years) that were covered by the Relief Committee. They were selected by cluster sampling method where participants were selected via proportional allocation from each region in Birjand. The data were collected by Lazarus' Ways of Coping Questionnaire and the standard General Health Questionnaire. Data were analyzed in SPSS 19 using Chi-square, independent t-test, one-way ANOVA and Kruskal-Wallis tests.

Results: The mean age of women was 38.5 ± 36.7 years old. They acted as heads mainly because of divorce (48.5% of them). Only 11.6% had a satisfactory mental health and 77.5% had problem-oriented coping skills. There was no significant relationship between mental health and coping skills. Among demographic variables, only employment status and education correlated with mental health, so that social dysfunction was significantly greater in employed women. Women with higher education levels had higher depression. Employment status was also significantly associated with coping styles where unemployed women were more emotion-oriented than the employed ones.

Conclusion: The female heads of households in this study fail to have proper mental health. Thus, there is the need for planning effective interventions and consequently improving living conditions and mental health of these women.

Keywords: Coping skills, Mental health, Female heads of households.