

پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل در زنان سرپرست خانوار

فرشته مدیرفلاح راد^۱، سیمین دخت رضاخانی^۲

چکیده

با توجه به رشد فزاینده زنان سرپرست خانوار، پرداختن به کیفیت زندگی آنان اهمیت دارد. مطالعه حاضر باهدف پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل انجام شد. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری، زنان سرپرست خانوار روستاهای هشتگرد در اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۹ بود که از میان آنان، ۲۱۰ نفر به‌صورت در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل بود. داده‌ها با روش آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی و با کمک نرم‌افزار SPSS ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد منبع کنترل به‌صورت منفی ($p < 0/01$) ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی؛ راهبرد مدار به‌صورت مثبت و راهبرد اجتنابی به‌صورت منفی ($p < 0/01$) بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی؛ و نیز راهبرد مسئله مدار به‌صورت مثبت و راهبرد هیجان مدار به‌صورت منفی ($p < 0/01$) بعد سلامت روانی کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل می‌توانند ۱۳/۶٪ واریانس سلامت جسمانی و ۲۸/۸٪ واریانس سلامت روانی کیفیت زندگی گروه نمونه را پیش‌بینی کنند. بر اساس نتایج پژوهش، برای افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌توان با اندیشیدن تمهیدات لازم در استفاده مناسب از راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل، آنان را مورد حمایت قرار داد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای، منبع کنترل، زنان سرپرست خانوار.

^۱ کارشناس ارشد، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران f.fallahrad2019@gmail.com

^۲ استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران rezakhani@riau.ac.ir

در سال های اخیر در بسیاری از کشورها؛ اعم از توسعه یافته و در حال توسعه تعداد زنان سرپرست خانوار^۱ به طور قابل توجهی رو به افزایش است، به طوری که در چند دهه اخیر بیش از یک سوم خانوارها توسط زنان سرپرستی می شوند (شیانی و زارع، ۱۳۹۸). زنان سرپرست خانوار زنان مستقلی هستند که مسئولیت تامین مالی اعضای خانواده خود را بر عهده دارند. این زنان به دلایل مختلفی مانند مرگ همسر، طلاق، مهاجرت، ناپدید شدن، زندان، بیماری و معلولیت همسر وظیفه ی مراقبت و مدیریت اقتصاد و تصمیم گیری حیاتی را عهده دار هستند (خدابخشی کولایی، ۲۰۲۰). زنان سرپرست خانوار به منظور بهره مندی از امکانات لازم برای تامین زندگی، فرصت های اجتماعی و دیگر عواملی که سبب ناتوانی آنان می شود، از دیگر زنان متمایزند؛ بنابراین توجه و رسیدگی بیشتر به وضعیت آنها، به برنامه ریزی صحیح و جامعی نیاز دارد که باعث استقلال، ثبات خانواده و کاهش فشار اجتماعی آنان شود (شهامت نژاد و همکاران، ۱۳۹۹). از نظر آمارتیا سن، یکی از راه های دستیابی به توانمندی، درآمد است و افزایش توانمندی در زمینه های غیر درآمدی، افزایش در بهره وری درآمدی را به همراه دارد (سن، ۲۰۱۰). بنابراین توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، رویکرد جدیدی است که بر دو پایه "توسعه توانمندی های زنان سرپرست خانوار در معیشت پایدار برای خود و افراد تحت تکفلشان" و "ارتقای مهارت های فردی و اجتماعی آنها در مدیریت خانواده" بنا شده است و اجرای آن نیازمند به کارگیری روش ها و سیاست های هوشمندانه و متناسب با ساختارهای اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی جامعه است (صیامی و ستاری وند، ۱۴۰۰).

در این راستا، سازمان بهداشت جهانی^۲ کیفیت زندگی^۳ را به عنوان "برداشت افراد از موقعیت آنها در زندگی" تعریف می کند. پژوهش کیم و کیم، (۲۰۲۰) نشان داد زنان سرپرست خانوار نسبت به زنان دارای سرپرست از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند و در کشورهایی که سیاستهای حمایتی خانواده وجود دارد کیفیت زندگی زنان سرپرست بالاتر است. زنان سرپرست خانوار به دلایل مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و مستقل بودن دارای مشکلات فراوانی هستند (صلحی و همکاران، ۲۰۱۶) و روش های مقابله با این مشکلات، کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. راهبردهای مقابله ای^۴ تلاش های شناختی- رفتاری است که افراد در موارد تنیدگی زا برای کنار آمدن با مسائل و

¹ Female Heads of Household

²WHO: World Health Organization

³ Quality of Life

⁴ Copying Strategy

مشکلات خود به کار می‌برند و نقش اساسی و تعیین‌کننده‌ای در سلامت جسمانی و روانی ایفا می‌کنند. راهبردهای مقابله‌ای باعث می‌شوند که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیان بار آن تعدیل شود (کاپلان؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۵). پژوهشگران معتقدند بسیاری از افراد زمانی که در موقعیت‌های تنش‌زا قرار می‌گیرند، ترجیح می‌دهند از روش مقابله‌ای خاصی استفاده کنند (لیو و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس نظر فولکمن، افراد در برابر عوامل استرس‌زا، در موقعیت‌ها و زمان‌های مختلف، طبق تسلسل خود از رویدادها، راهبردهای متفاوتی را از خود بروز می‌دهند. این تسلسل شامل ابعاد هیجانی، موقعیتی و شناختی است (تیلر و همکاران، ۲۰۲۰). به کارگیری هر یک از راهبردهای مقابله‌ای (مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار) برای پاسخ فعال (مانند برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت و...) یا فرار (مانند انکار، حواس‌پرتی و...) از کارآمدی متفاوت برخوردارند. مطالعات مختلف در مورد کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای نتایج متفاوتی گزارش کرده‌اند. یافته‌های برخی پژوهش‌ها (کمالی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۹؛ مومنی و شهبازی‌راد، ۱۳۹۱؛ سیلویا^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ لافای^۲ و همکاران، ۲۰۱۴) در مورد گروه‌های متفاوت (بیماران قلبی عروقی، دانشجویان و بیماران مبتلا به سرطان پروستات) نشان داد کیفیت زندگی با راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار رابطه مثبت دارد. پژوهش‌های دیگر در مورد زنان مبتلا به چاقی و دانشجویان حاکی از آن بود که با افزایش راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار و کاهش راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، کیفیت زندگی بهبود می‌یابد (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مومنی و شهبازی‌راد، ۱۳۹۱). پژوهش شمس‌آباد و جعفری (۱۳۹۶) در مورد مبتلایان به فشارخون نشان داد کیفیت زندگی با راهبرد مساله‌مدار رابطه مثبت و با راهبرد اجتنابی رابطه منفی دارد و پژوهش کرمی و احقر (۱۳۹۵) در مورد دانش‌آموزان نشان داد افزایش راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار و کاهش راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد؛ اما پژوهش فرات‌یزدی و همکاران (۱۳۹۶) که در مورد بیماران مبتلا به سرطان و غیرمبتلا در شهر یزد انجام شد، بیانگر رابطه مثبت بین کیفیت زندگی با راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار و اجتنابی بود.

باید توجه داشت عوامل بسیاری از جمله مسایل فرهنگی، تربیتی و ویژگی‌های شخصیتی در مواجهه با مشکلات، فشار روانی و کیفیت زندگی موثرند. در این ارتباط، منبع کنترل^۳ یکی از مولفه‌های شخصیتی است که در چارچوب

¹ Silvia

² Lafaye

³ Locus of Control

نظریه راتر (۱۹۵۹) ارایه شده است. راتر به دو نوع منبع کنترل درونی و بیرونی اشاره می کند. افرادی که موفقیت ها و شکست های خود را عموماً به شخص خود (کوشش

یا توانایی خود) نسبت می دهند، دارای منبع کنترل درونی هستند و افرادی که موفقیت ها و شکست های خود را به عوامل خارج از خود (شانس، دشواری و...) نسبت می دهند، از منبع کنترل بیرونی برخوردارند (مولایی و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش راتر نشان داد افراد دارای منبع کنترل درونی از نظر جسمی و روانی سالم تر از افراد دارای منبع کنترل بیرونی هستند. این افراد نسبت به افراد با منبع کنترل بیرونی معمولاً دارای عزت نفس بالاتر، فشار خون پایین تر، سکت قلبی کمتر، اضطراب و افسردگی پایین تری هستند و معتقدند در زندگی حق انتخاب بیشتری دارند. در مقابل، افراد دارای منبع کنترل بیرونی این انتظار تعمیم یافته را دارند که کوشش های فرد موجب تغییرات اندک و ناچیزی می شود، به عبارت دیگر معمولاً احساس درماندگی می کنند (شولتز و شولتز، ۲۰۰۵؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۸). در همین راستا، پژوهش حیدر و دوگرنیز نشان داد افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند، از عزت نفس پایین تری برخوردارند (حیدر و دوگار، ۲۰۲۰). همچنین نتایج پژوهش پهلوان شریف (۲۰۱۷) و معتمدی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داد افراد با منبع کنترل درونی، از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند.

این موضوع (رابطه کیفیت زندگی با راهبردهای مقابله ای و منبع کنترل) با عنایت به موقعیت مکانی و اجتماعی جامعه پژوهش (روستاهای هشتگرد) و مسایل فرهنگی حاکم بر آن اهمیت بیشتری می یابد. نداشتن تحصیلات بالا و تخصص و حتی نبود تنوع شغلی، وجود بافت روستایی و آشنا بودن افراد با یکدیگر، انتظارات و رفتارهای متفاوتی را در پی دارد که می تواند با توجه به منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای این زنان بر سلامت روان و نگاه آنان به زندگی تاثیر داشته باشد. وجود مسئولیت ها و مشکلات طاقت فرسای زندگی برای زنان سرپرست خانوار که ناگزیرند به تنهایی با آن ها دست و پنجه نرم کنند، اجتناب ناپذیر است. با توجه به اصل تفاوت های فردی، راه های مقابله با مسایل زندگی متفاوت خواهد بود. از یک سو، احساس ناتوانی و استیصال در حل مشکلات می تواند مشکلات جسمی و روانی را برای آنان در پی داشته باشد و از سوی دیگر، ممکن است باور به توانایی ها، درک شرایط جدید و استفاده از حمایت های اجتماعی موجود در روستا بتواند برداشت آنان را از موقعیت زندگی خود تغییر دهد. با توجه به محدودیت های جغرافیایی و شرایط ویژه روستا، اینکه به کارگیری هر یک از راهبردهای مقابله ای و منبع کنترل تا چه حد می تواند کیفیت زندگی آنان را پیش بینی کند، دغدغه اصلی پژوهشگر بود. از سوی دیگر، مرور مطالعات پیشین حاکی از آن است که بیشتر

پژوهش‌های انجام شده در مورد کیفیت زندگی در ارتباط با افراد بیمار بوده است و پژوهش‌هایی که در مورد زنان سرپرست خانوار انجام شده است به متغیرهایی غیر از راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل اشاره دارد. بنابراین شواهد قابل توجهی در مورد کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل زنان سرپرست خانوار وجود ندارد. در نتیجه، پژوهش حاضر در صدد است با برطرف کردن خلاء اطلاعاتی، به دانش موجود در این زمینه بیفزاید. بر این اساس دو فرضیه زیر مطرح شد: ۱- منبع کنترل می‌تواند کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و سلامت روانی) را در زنان سرپرست خانوار پیش‌بینی کند. ۲- راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند کیفیت زندگی (سلامت جسمانی و سلامت روانی) را در زنان سرپرست خانوار پیش‌بینی کنند.

روش

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است.

جامعه آماری، نمونه و روش اندازه‌گیری

جامعه آماری شامل زنان سرپرست خانوار ۳۵ تا ۵۵ سال با تحصیلات حداقل سوم راهنمایی روستاهای هشتگرد در محدوده زمانی اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۹ بودند. افراد گروه نمونه به صورت در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه بر اساس نظر هویت و کرامر (۲۰۰۴)، ترجمه شریفی و همکاران (۱۳۸۹)، مبنی بر این که برای هر متغیر پیش‌بین بین ۴۰-۲۰ نفر کافی است، عمل شد. با توجه به اینکه در این پژوهش راهبردهای مقابله‌ای دارای سه خرده‌مقیاس و منبع کنترل دارای دو خرده‌مقیاس است، با در نظر گرفتن ۴۰ نفر به ازای هر خرده‌مقیاس، حجم نمونه ۲۰۰ نفر برآورد شد و با در نظر گرفتن احتمال پنج در صدی افت، حجم نمونه به ۲۱۰ نفر افزایش یافت. به این ترتیب از بین ۷۵ روستای هشتگرد، ۱۵ روستا به صورت تصادفی انتخاب شد و زنان سرپرست خانواری که از طریق دهیاری معرفی شدند و به شرکت در پژوهش تمایل داشتند، گروه نمونه را تشکیل دادند. با توجه به این که زمان اجرای این پژوهش (اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۹) با شیوع بیماری کرونا همزمان شد، امکان اجرای حضوری وجود نداشت. بنابراین پژوهشگر با همراهی دهیاری و شورای روستا ضمن تماس با زنان سرپرست خانوار معرفی شده در هر روستا در مورد هدف پژوهش و اصول اخلاقی (رضایت آگاهانه، حفظ حریم شخصی و رازداری) توضیحاتی ارائه داد. در صورت موافقت و تمایل آنان برای شرکت در پژوهش و به شرط دارا بودن ملاک‌های ورود (دامنه سنی ۳۵ تا ۵۵ سال، داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی و تحت حمایت نبودن ارگان‌هایی مثل بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره))،

پرسشنامه ها و چگونگی پاسخگویی به آنها از طریق فضای مجازی (واتس اپ) برای آنان ارسال شد. از آنان خواسته شد پس از تکمیل پاسخنامه ها، آنها را از طریق واتس اپ برای پژوهشگر ارسال کنند. از ۲۱۰ پرسشنامه، پنج مورد به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد و بدین ترتیب اطلاعات ۲۰۵ نفر با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی با کمک نرم افزار SPSS 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار جمع آوری داده ها

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی^۱ (SF-36)

این پرسشنامه توسط وبر و شربورن در سال ۱۹۹۲ و به منظور ارزیابی سیاست های بهداشتی و بطور کلی ارزیابی حالت سلامت از نظر وضعیت جسمانی و روانی طراحی شده است. پرسشنامه دارای ۳۶ سوال است که دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی را می سنجد و این دو بعد در مجموع دارای ۸ خرده مقیاس است. بعد سلامت جسمانی شامل عملکرد جسمانی، محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، درد و سلامت عمومی؛ و بعد سلامت روانی شامل محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی است. این پرسشنامه وضعیت آزمودنی ها را با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای می سنجد. عملکرد جسمانی (با ۱۰ سوال شامل گویه های ۱ تا ۱۲)، محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی (با ۴ سوال شامل گویه های ۱۳ تا ۱۶)، محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی (با ۳ سوال شامل گویه های ۱۷ تا ۱۹)، انرژی و نشاط (با ۴ سوال شامل گویه های ۲۰-۲۳)، سلامت عاطفی (با ۵ سوال شامل گویه های ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۳۰)، عملکرد اجتماعی (با ۲ سوال شامل گویه های ۲۰-۳۲)، درد (با ۲ سوال شامل گویه های ۲۱-۲۲)، سلامت عمومی (با ۵ سوال شامل گویه های ۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰). در سوالات ۱-۲-۳-۴-۵ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۷۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۲۵ و به گزینه ۵ نمره ۰؛ در سوالات ۳ تا ۱۲ گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۵۰ و به گزینه ۳ نمره ۱۰۰، به گزینه ۴ نمره ۲۵ و به گزینه ۵ نمره ۰؛ در سوالات ۱۳ تا ۱۹ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰ و به گزینه ۲ نمره ۴۰، به گزینه ۳ نمره ۲۰ و به گزینه ۴ نمره ۰؛ در سوالات ۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰ به گزینه ۱

^۱ Quality of Life Questionnaire (SF-36)

نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۲۰، به گزینه ۳ نمره ۴۰، به گزینه ۴ نمره ۶۰، به گزینه ۵ نمره ۸۰ و به گزینه ۶ نمره ۱۰۰؛ در سوالات ۳۲-۳۳-۳۵ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۲۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۷۵ و به گزینه ۵ نمره ۱۰۰ تعلق می‌گیرد. در نهایت کمترین نمره ای که فرد می‌تواند به دست آورد ۲۶ و بالاترین نمره ۱۳۰ است. نمره بیشتر نشان از کیفیت زندگی بالاتر است. لازم به ذکر است که سوال ۲ به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را طی دوره ای یک ساله بررسی می‌کند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط وبر و شربورن (۱۹۹۲) در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). مکوندی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بالای ۰/۷ گزارش کردند و تحلیل عاملی نشان داد که ۶۵/۹ درصد واریانس متغیر مربوطه را تبیین می‌کند.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای^۱ (CSQ)

این پرسشنامه دارای ۴۹ گویه چهار گزینه‌ای (تقریباً هیچ وقت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) با نمره‌های از ۱ تا ۴ است که در سال ۱۳۸۸ توسط رضاخانی در مورد دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن تدوین و هنجاریابی شد. راهبردهای کنار آمدن دارای سه خرده‌مقیاس مسأله‌مدار (با ۱۷ ماده شامل سوال‌های ۱، ۸، ۲۴، ۳۵، ۳۸، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰) و اجتناب‌مدار (با ۱۲ ماده شامل سوال‌های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰) است. در نمره‌گذاری مجموع نمره‌های خام با هنجار آزمون که برحسب T محاسبه شده است، مقایسه و وضعیت فرد در ارتباط با هر یک از سه مولفه آزمون مشخص می‌شود. افرادی که در نمره T بیش از یک انحراف معیار بالاتر از میانگین باشند، راهبرد مورد نظر را بیش از راهبردهای دیگر به کار می‌برند و کسانی که بیش از یک انحراف معیار زیر میانگین قرار بگیرند، راهبرد مورد نظر را کمتر به کار می‌برند (رضاخانی، ۱۳۸۸). ضریب آلفای کرونباخ در مورد راهبرد مسأله‌مدار ۰/۶۷، هیجان‌مدار ۰/۷۹، اجتناب‌مدار ۰/۵۹ و آلفای کرونباخ کل (۴۹ سوال) ۰/۸۰ گزارش شده است که نشان می‌دهد ابزار تدوین شده از ضریب اعتبار نسبتاً بالایی برخوردار است. برای بررسی روایی سازه از تحلیل مولفه‌های اصلی استفاده شد که راهبرد مسأله‌مدار ۴۷/۴۲، هیجان‌مدار ۵۱/۰۷ و اجتناب‌مدار ۵۲/۴۵ درصد واریانس را تبیین می‌کند.

^۱ Coping Strategy Questionnaire (CSQ)

پرسشنامه مقیاس منبع کنترل^۱ (RLOC)

این پرسشنامه توسط راتر در سال ۱۹۶۶ برای سنجش درونی و بیرونی بودن منبع کنترل ساخته شده است و شامل ۲۹ پرسش دو گزینه ای است. راتر ضریب اعتبار ۰/۷۲ را (پس از یک ماه) بر روی ۶۰ دانشجو و ضریب ۰/۵۵ را (پس از ۲ ماه) بر روی گروهی ۱۱۷ نفری با روش باز آزمایی به دست آورده است. این مقیاس دارای شش جفت عبارتهای جنبی است که به آنها نمره داده نمی شود (۱، ۸، ۱۹، ۲۴، ۲۷). بنابراین، حدود نمره ها از صفر تا ۲۳ خواهد بود. میانگین مقیاس ۴۸/۸ و میانه آن ۸ است. میزان ضریب بازآزمایی این پرسشنامه بین ۰/۴۰ و ۰/۸۳ است. صبوری مقدم در سال ۱۳۷۲ ضریب پایایی مقیاس راتر را با استفاده از روش تصنیف حدود ۰/۸۱ به دست آورد (صبوری مقدم ۱۳۷۲؛ به نقل از یاریاری و همکاران، ۱۳۸۶: ۲۸). موفق، روایی این مقیاس را با استفاده از روایی ملاک همزمان با منبع کنترل نویکی استریکلند به عنوان ملاک، ۰/۳۹ به دست آورد (یاریاری و همکاران، ۱۳۸۶).

یافته ها

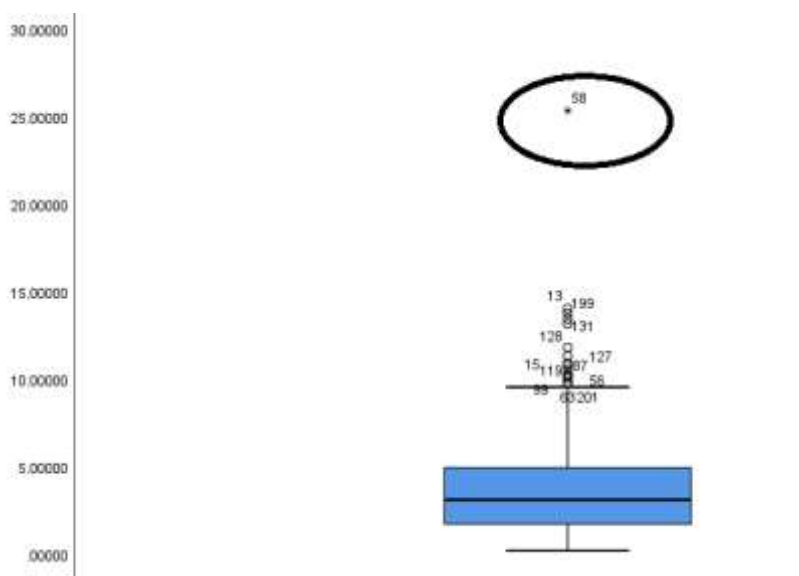
در پژوهش حاضر، بیشتر افراد گروه نمونه به پرسش های جمعیت شناختی پاسخ ندادند. بنابراین در این مورد اطلاعاتی در دست نیست.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد، ضریب آلفای کرونباخ، کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
راهبرد مقابله - مساله مدار	۳۶/۰۵	۴/۸۹	۰/۶۵	۰/۲۶	۰/۰۷	۰/۸۹	۱/۱۳
راهبرد مقابله - هیجان مدار	۴۳/۸۷	۵/۹۰	۰/۶۷	۰/۵۲	۰/۵۶	۰/۹۰	۱/۱۱
راهبرد مقابله - اجتنابی	۲۳/۵۶	۴/۱۰	۰/۵۶	۰/۷۸	۰/۹۴	۰/۸۴	۱/۱۹
منبع کنترل	۱۰/۷۰	۳/۴۷	۰/۶۱	-۰/۰۵	۰/۲۹	۰/۸۴	۱/۱۹
کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	۶۰/۶۹	۱۶/۱۸	۰/۷۳	۰/۱۹	-۰/۷۰		
کیفیت زندگی - سلامت روانی	۵۲/۰۴	۱۷/۷۲	۰/۷۶	۰/۱۲	-۰/۴۴		

^۱ Rutter Locus of Control Questionnaire (RLOC)

جدول ۱ نشان می‌دهد ضریب آلفای کرونباخ راهبرد مقابله اجتنابی تا حدودی پایین است، بنابراین لازم است در تفسیر یافته‌های مرتبط با آن راهبرد، جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به داده‌های جدول ۱ توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش نرمال است. بررسی مقادیر ضریب تحمل و عامل تورم واریانس نیز نشان می‌دهد مفروضه هم خطی بودن در بین داده‌های پژوهش برقرار است. ارزش شاخص دوربین واتسون (۱/۸۸) حاکی از وجود مفروضه استقلال خطاهاست. بررسی نمودار پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌های پژوهش برقرار است. در بررسی نرمال بودن توزیع چند متغیری، اطلاعات مربوط به فاصله مهلبویاس نشان داد که توزیع داده‌های مربوط به آن نرمال نیست (چولگی و کشیدگی آن به ترتیب ۲/۲۸ و ۸/۰۶ به دست آمد). ترسیم نمودار باکس پلات نشان داد که اطلاعات مربوط به یکی از شرکت‌کنندگان پرت‌های چند متغیری تشکیل داده است. پس از حذف اطلاعات شرکت‌کننده مزبور، شاخص چولگی و کشیدگی نمرات فاصله مهلبویاس به ترتیب به ۱/۳۷ و ۱/۱۷ کاهش یافت. جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱: نمودار باکس پلات نمره‌های مربوط به فاصله مهلبویاس پیش از حذف پرت‌های چند متغیری

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. راهبرد مقابله - مساله مدار	-					
۲. راهبرد مقابله - هیجان مدار	-۰/۰۲	-				
۳. راهبرد مقابله - اجتنابی	-۰/۲۷**	۰/۳۰**	-			
۴. منبع کنترل	-۰/۱۷*	۰/۲۷**	-۰/۰۶	-		
۵. کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	۰/۲۴**	-۰/۱۴*	-۰/۱۵*	-۰/۲۰**	-	
۶. کیفیت زندگی - سلامت روانی	۰/۳۶**	-۰/۳۲**	-۰/۰۷	-۰/۳۱**	۰/۶۰**	-

* $P < 0.05$ ، ** $P < 0.01$

بر اساس نتایج جدول ۲، راهبرد مقابله ای مساله مدار با ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ همبسته است. سبک مقابله هیجان مدار با ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی به صورت منفی و به ترتیب در سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ همبسته بود. راهبرد مقابله اجتنابی تنها با بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی آن هم به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۵ همبسته بود. منبع کنترل نیز با هر دو بعد کیفیت زندگی به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ همبسته بود. لازم به توضیح است که در پرسشنامه به کار گرفته شده برای سنجش منبع کنترل، نمرات بالاتر بیانگر منبع کنترل بیرونی است، بنابراین جهت همبستگی متغیرها منطقی و معقول است. پس از اطمینان از برقراری مفروضه های استفاده از آزمون پارامتری، داده ها با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیری با رویکرد سلسله مراتبی تحلیل شد. بدین صورت که متغیرهای منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای به ترتیب در مراحل اول و دوم به عنوان متغیر پیش

پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل در زنان سرپرست خانوار

بین وارد معادله پیش‌بینی ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شدند که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳: رگرسیون چند متغیری در پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار براساس منبع کنترل و راهبردهای مقابله‌ای

بعد سلامت روانی			بعد سلامت جسمانی			متغیرهای پیش‌بین
β	SE	b	β	SE	b	
-۰/۱۷۶**	۰/۳۲۳	-۰/۸۹۹	-۰/۱۶۰*	۰/۳۲۲	-۰/۷۴۰	مرحله اول: منبع کنترل
F(۱, ۲۰۳)=۲۰/۸۲, P<۰/۰۰۱ R ² =۰/۰۹۳ و adjR ² =۰/۰۸۹			F(۱, ۲۰۳)=۸/۳۵, P<۰/۰۰۱ R ² =۰/۰۴۰ و adjR ² =۰/۰۳۵			
۰/۳۴۸**	۰/۲۳۰	۱/۲۸۱	۰/۲۹۱**	۰/۲۲۹	۰/۹۶۷	مرحله دوم: راهبرد مقابله مساله مدار
-۰/۲۶۷**	۰/۲۰۱	-۰/۸۳۲	-۰/۰۰۴	۰/۲۰۰	-۰/۰۱۰	مرحله دوم: راهبرد مقابله هیجان مدار
-۰/۱۰۳	۰/۲۸۴	-۰/۴۵۹	-۰/۲۰۴**	۱/۲۸۳	-۰/۸۲۲	مرحله دوم: راهبرد مقابله اجتنابی
F(۴, ۲۰۰)=۲۰/۲۱, P<۰/۰۰۱ $\Delta F=۱۸/۲۳, P=۰/۰۰۱$ R ² =۰/۲۸۸ و adjR ² =۰/۲۷۴ $\Delta R^2=۰/۱۹۵$			F(۴, ۲۰۰)=۷/۸۸, P<۰/۰۰۱ $\Delta F=۷/۴۶, P=۰/۰۰۱$ R ² =۰/۱۳۶ و adjR ² =۰/۱۲ $\Delta R^2=۰/۰۹۷$			

در آزمون فرضیه اول، داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد منبع کنترل به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ ابعاد سلامت جسمی ($F(۱, ۲۰۳)=۸/۳۵, p<۰/۰۱$) و سلامت روانی ($F(۱, ۲۰۳)=۲۰/۸۲, p<۰/۰۱$) کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار پیش‌بینی می‌کند. مجذور همبستگی چندگانه نشان داد که ارزش ضریب همبستگی‌های چندگانه (R^2) برای ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی به ترتیب برابر با ۰/۰۴ و ۰/۰۹۳ است. بدین معنا که منبع کنترل به ترتیب ۴ و ۹/۳ درصد از واریانس ابعاد سلامت جسمانی و سلامت روانی کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار تبیین می‌کند. ضریب رگرسیون بین منبع کنترل با بعد

سلامت جسمی کیفیت زندگی ($\beta = -0.160, p < 0.05$) و با بعد سلامت روانی آن ($\beta = -0.176, p < 0.01$) منفی و به ترتیب در سطوح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار بود. بنابراین می توان گفت منبع کنترل ابعاد سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار به صورت منفی و معنادار پیش بینی می کند. لازم به توضیح است که در پرسشنامه به کار گرفته شده برای سنجش منبع کنترل، نمرات بالاتر بیانگر منبع کنترل بیرونی است، بنابراین جهت رابطه رگرسیونی بین منبع کنترل و ابعاد کیفیت زندگی منطقی و معقول است.

در آزمون فرضیه دوم براساس نتایج جدول ۳، با ورود راهبردهای مقابله ای به معادله پیش بینی در مرحله دوم، ارزش R^2 برای ابعاد سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی به ترتیب ۰/۱۳۶ و ۰/۲۸۸ به دست آمد. یعنی ورود راهبردهای مقابله ای به معادله پیش بینی باعث شده تا به ترتیب ۱۳/۶ و ۲۸/۸ درصد از واریانس ابعاد سلامت جسمی و سلامت روانی کیفیت زندگی تبیین شود. ارزش تغییرات R^2 (ΔR^2) برای بعد سلامت جسمی برابر با ۰/۰۹۷ و برای سلامت روانی برابر با ۰/۱۹۵ بود. بنابراین با ورود راهبردهای مقابله ای در معادله پیش بینی و با کنترل اثر منبع کنترل مقدار واریانس تبیین شده بعد سلامت جسمانی ۹/۷ درصد و بعد سلامت روانی کیفیت زندگی ۱۹/۵ درصد افزایش یافته است که به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. بررسی ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین راهبردهای مقابله ای، راهبرد مساله مدار ($\beta = 0.291, p < 0.01$) به صورت مثبت و راهبرد اجتنابی ($\beta = -0.204, p < 0.01$) به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار پیش بینی می کند. همچنین راهبرد مساله مدار ($\beta = 0.348, p < 0.01$) به صورت مثبت و راهبرد هیجان مدار ($\beta = -0.267, p < 0.01$) به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۱ بعد سلامت روانی کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار پیش بینی می کند. بنابراین می توان گفت راهبرد مساله مدار به صورت مثبت و راهبرد اجتنابی به صورت منفی بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی و راهبرد مساله مدار به صورت مثبت و راهبرد هیجانی مدار به صورت منفی و معنادار بعد سلامت روانی کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار پیش بینی می کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل در زنان سرپرست خانوار روستاهای هشتگرد انجام شد. یافته‌ها نشان داد منبع کنترل به صورت منفی و معنادار ابعاد سلامت جسمی و سلامت روانی کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار پیش‌بینی می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش معتمدی و همکاران (۱۳۹۵) و پهلوان شریف (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان به ادبیات پژوهش و ماهیت منبع کنترل اشاره کرد. کسانی که از منبع کنترل بیرونی استفاده می‌کنند، به عواملی از جمله شانس، بخت و اقبال معتقدند و توجه به این عوامل موجب آشفتگی و آسیب به سلامت جسم و روان آنها می‌شود. از طرفی، کسانی که از منبع کنترل درونی استفاده می‌کنند، باتکیه برویژگی‌ها و باورهای فردی خودشان، با مسائل برخورد می‌کنند (اسکاگلیا، ۲۰۰۸؛ به نقل از سوادکوهی، ۱۳۹۶). جامعه پژوهش حاضر را زنان سرپرست خانوار روستاهای هشتگرد تشکیل می‌داد. با توجه به بافت و فرهنگ غالب روستا این زنان زندگی روزمره خود را در روستا سپری می‌کنند و از طرفی محیط روستا به گونه‌ای است که همه افراد نسبت به هم شناخت دارند، بنابراین هرگونه اتفاق و رخداد در زندگی شخصی، به مطلع شدن دیگر مردمان روستا و البته گاهی دخالت آنان در زندگی این زنان منجر می‌شود و همین موضوع می‌تواند موجب آزردگی خاطر شدن این گروه شود. بنابراین بدیهی به نظر می‌رسد که کنترل بیرونی موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شود. باید در نظر داشت همیشه مداخله و روش‌های دیگران به حل مشکل نمی‌انجامد و گاهی نیز ارائه راه حل‌های متفاوت از سوی دیگران، این زنان را دچار سردرگمی می‌کند و نمی‌توانند تصمیم مناسبی بگیرند. همین امر می‌تواند احساس ناتوانی بیشتری را در این زنان موجب شود که می‌تواند به صورت مشکلات جسمی یا روانی در آنان نمود پیدا کند. در این راستا، زنان دارای کنترل درونی با وجود نداشتن زندگی مشترک در کنار همسر، تنها به دوش کشیدن مسئولیت خانواده و تربیت فرزندان، فرهنگ مردمان روستا و بسته بودن محیط، ترجیح می‌دهند تا خودشان مراقبت‌کننده زندگی‌شان باشند و برای در چهارچوب ماندن زندگی شخصی، از مداخله دیگران جلوگیری می‌کنند و یا در صورت ارائه راه حل‌های دیگران، مسئولیت انتخاب راه حل مناسب را خودشان به عهده می‌گیرند. آنان توانایی‌های خود را باور دارند و می‌توانند خود را با موقعیت جدید زندگی تطبیق دهند و همین امر به بالا رفتن کیفیت زندگی آنان منجر خواهد شد.

همچنین یافته‌ها حاکی است که راهبرد مساله‌مدار به صورت مثبت و راهبرد اجتنابی به صورت منفی و معنادار بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی؛ و نیز راهبرد مساله‌مدار به صورت مثبت و راهبرد هیجان‌مدار به صورت منفی و معنادار

بعد سلامت روانی کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار پیش بینی می کند. این یافته ها با نتایج پژوهش نوروزی و همکاران (۱۴۰۰)، کمالی نژاد و همکاران (۱۳۹۹)، شمس اسفندآباد و جعفری (۱۳۹۶)، کرمی و احقر (۱۳۹۵)، مومنی و شهبازی راد (۱۳۹۱)، سیلویا و همکاران (۲۰۱۵) و لافای و همکاران (۲۰۱۴) همسو است و با نتایج پژوهش فرات یزدی و همکاران (۱۳۹۶) در مولفه اجتنابی همخوانی ندارد. در تبیین این یافته می توان گفت شرایط زندگی در روستا به گونه ای است که دختران و زنان در کارهای کشاورزی، دامداری و دیگر مشاغل موجود پایه پای پسران و مردان تلاش می کنند. بنابراین به احتمال توانمندی های خود را بیشتر می شناسند. در پژوهش حاضر که در مورد زنان سرپرست خانوار انجام شد نیز می توان گفت بسیاری از آنها در رویارویی با مسائل مختلف ابتدا خودشان برای حل مشکل تلاش کنند. به همین دلیل استفاده از راهبرد مساله مدار هر دو بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی را افزایش می دهد. نادیده گرفتن مشکل و به تعویق انداختن حل آن (راهبرد اجتنابی) و به امید گشایش خود به خودی، نا خواسته به جسم خود آسیب می رسانند، زیرا با این شیوه نه تنها مشکلات حل نشده، بلکه همچنان باقی و چه بسا نشخوار ذهنی نسبت به آن می تواند آسیب زنده باشد. در بعد هیجانی نیز اگر احساس تنهایی، نیاز بیش از حد به حمایت و مواردی از این قبیل به فرد غالب شود و ابراز بیش از حد هیجان ها یا عدم بروز آنها می تواند احساس ناتوانی بیشتری در فرد ایجاد کند، بدین ترتیب سلامت روانی فرد تهدید می شود. دلیل ناهمسوایی نتایج پژوهش فرات یزدی و همکاران (۱۳۹۶) با این پژوهش را می توان به فرهنگ و جامعه پژوهش متفاوت مرتبط دانست.

به دلیل شیوع کرونا، نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد و گروه نمونه به زنان سرپرست خانوار رو ستاهای هشتگرد محدود بود، بنابراین در تعمیم پذیری یافته ها باید جانب احتیاط رعایت شود. بر این اساس، به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می شود در پژوهش خود از نمونه گیری تصادفی استفاده کنند و برای دستیابی به درک و شناخت بهتر و دقیق تر پژوهش های مشابه در بافت شهری و رو ستاهای دیگر انجام شود. با توجه به سهم پیش بینی کنندگی هر یک از ابعاد راهبردهای مقابله ای و منبع کنترل در ارتباط با کیفیت زندگی به مسوولان سازمان های بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) پیشنهاد می شود از نتایج این پژوهش در قالب کارگاه های آموزشی به منظور ارتقا سطح کیفیت زندگی و سلامت روان زنان سرپرست خانوار استفاده کنند. به مشاوران و روان شناسان نیز پیشنهاد می شود در مشاوره های فردی و خانوادگی زنان سرپرست خانوار به نقش راهبردهای مقابله ای و منبع کنترل توجه کنند.

پیشنهادات

به دلیل شیوع بیماری کرونا، نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد و گروه نمونه به زنان سرپرست خانوار روستاهای هشتگرد محدود بود، بنابراین در تعمیم‌پذیری یافته‌ها باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به درک و شناخت بهتر و دقیق‌تر، پژوهش‌های مشابه در بافت شهری و روستاهای دیگر و با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

نتایج کاربردی پژوهش

با توجه به سهم پیش‌بینی‌کنندگی راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل در ارتباط با کیفیت زندگی به سازمان‌های مرتبط با زنان سرپرست خانوار (مانند کمیته امداد امام خمینی (ره) و بهزیستی) پیشنهاد می‌شود از نتایج این پژوهش در قالب کارگاه‌های آموزشی به‌منظور ارتقا سطح کیفیت زندگی این افراد استفاده کنند. همچنین به مشاوران و روان‌شناسان پیشنهاد می‌شود در مشاوره‌های فردی و خانوادگی زنان سرپرست خانوار به نقش راهبردهای مقابله‌ای و منبع کنترل توجه کنند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان با آگاهی از هدف‌های پژوهش و با رضایت شرکت کردند.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهشگران اصول اخلاقی شامل رازداری، حفظ حریم شخصی، قدردانی از دیگران و رعایت ارزش‌های اخلاقی در جمع‌آوری داده‌ها را مدنظر قرار داده‌اند.

حامی مالی

پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از اشخاص حقیقی یا حقوقی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

سهم نویسندگان در نگارش مقاله یکسان است.

تعارض منافع

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته مشاوره خانواده دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این مقاله وجود ندارد.

سیاسگزاری

نویسندگان این مقاله مراتب قدردانی خود را از مسئولان دهیاری و شوراهای روستاهای هشتگرد و نیز شرکت کنندگان در پژوهش اعلام می‌دارند.

منابع

- رضاخانی، سیمین دخت. (1390)، ساخت و هنجاریابی پرسشنامه راهبردهای کنار آمدن دانشجویان با استرس. نشریه نو آوری های مدیریت آموزشی، ۲(۲۲): ۸۳ تا ۱۰۲.
- سواد کوهی، رعنا. (۱۳۹۶)، اثربخشی آموزش مولفه های هوش معنوی بر ارتقاء هوش معنوی و منبع کنترل درونی و باورهای غیر منطقی در زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- شمس اسفندآباد، حسن؛ و جعفری، راحله. (۱۳۹۶)، سبک مقابله با استرس، نشخوارگری ذهنی و کیفیت زندگی در مبتلایان به فشار خون. روان شناسی معاصر، (ویژه نامه): ۹۷۰ تا ۹۷۲.
- شولتز، دوان پی؛ و شولتز، سیدنی ال. (۲۰۰۵). نظریه های شخصیت (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران، نشر ویرایش.
- شهامت نژاد، مینا؛ ضیاء، بابک؛ اشرفی، مجید؛ و آزما، فریدون. (۱۳۹۹)، طراحی مدل توسعه کارآفرینی شهری زنان سرپرست خانوار (مطالعه موردی: شهر تهران). دو فصل نامه پژوهش های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده، ۸(۱): ۱۲۳ تا ۱۴۸.
- شیانی، ملیحه؛ و زارع، حنان. (۱۳۹۸)، فراتحلیل مطالعات زنان سرپرست خانوار در ایران. مطالعات جامعه شناختی، ۲۶(۲): ۶۷ تا ۹۷.
- صیامی، قدیر؛ و ستاری وند، ملیحه. (۱۴۰۰)، تحلیل استراتژیک از راهبردهای توانمندسازی زنان سرپرست خانوار در سکونت گاه های غیر رسمی با تاکید بر کارآفرینی مطالعه موردی: محلات انصار و اروند در شهرک شهید رجایی مشهد. زن در توسعه و سیاست، ۱(۷۳): ۴۰۵ تا ۴۲۷.
- فرات یزدی، محمد؛ گیاهی یزدی، مهنوش؛ و سربی، محمد حسین. (۱۳۹۶)، بررسی مقایسه کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس در بیماران سرطانی و افراد غیر مبتلا در شهر یزد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۵(۴): ۳۲۲ تا ۳۳۲.
- کاپلان، پاول اس. (بی تا). روانشناسی رشد: سفر پرماجرایی کودک (ترجمه مهرداد فیروزبخت)، تهران، موسسه فرهنگی رسا.
- کرمی، بهناز؛ و احقر، قدسی. (۱۳۹۵)، بررسی رابطه راهبردهای مقابله با استرس و سبک های هویت با کیفیت زندگی. اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم.

کمالی نژاد، فرشید؛ رفیعی پور، امین؛ و ثابت، مهرداد. (۱۳۹۹)، نقش میانجی سبک زندگی در ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی در بیماران قلبی عروقی: یک مطالعه تحلیل مسیری. مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۸(۴): ۳۴۸ تا ۳۵۸.

معمودی، عبدالله؛ اعظمی، یوسف؛ جلالوند، محمد؛ و صدر، محمد مهرداد. (۱۳۹۵)، نقش منبع کنترل، معنای زندگی و روابط زناشویی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بازنشستگان. فصلنامه پرستاری سالمندان، ۳(۲): ۴۶ تا ۶۲.

منتظری، علی؛ گشتاسبی، علی؛ و وحدانی نیا، مریم سادات. (۱۳۸۴)، ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی. فصلنامه پیش، ۵(۱): ۴۹ تا ۵۶.

مولایی، علی؛ یزدان بخش، کامران؛ و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۳)، رابطه بین مدل پنج عامل شخصیتی و جایگاه کنترل با سازگاری شغلی در کارکنان شرکت گاز کرمانشاه. شخصیت و تفاوت فردی، ۳(۴): ۱۰۷ تا ۱۲۱.

مومنی، خداداد؛ و شهبازی راد، افسانه. (۱۳۹۱)، رابطه معنویت، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی دانشجویان. مجله علوم رفتاری، ۶(۲): ۹۷ تا ۱۰۳.

نوروزی، عفت؛ دهقانی، اکرم؛ نوکنی، مصطفی؛ و حقایق، سید عباس. (۱۴۰۰)، پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و سلامت معنوی در زنان باردار مبتلا به چاقی. فصلنامه علمی پژوهشی سلامت اجتماعی، ۸(۲): ۲۶۴ تا ۲۷۴.

هویت، دنیس؛ و کرامر، دانکن. (۲۰۰۴)، مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق در روانشناسی و مشاوره. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند، قدسی احقر، مالک میرهاشمی، فریده دوکانه‌ای فرد و نسترن شریفی. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات سخن.

یارباری، فریدون؛ مرادی، علیرضا؛ و یحیی زاده، سلیمان. (۱۳۸۶)، رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روان شناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۳(۱): ۲۱ تا ۴۰.

Cheng Q Liu, X., Li, X., Wang, Y., & Mao, T. (2019), *Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care. Supportive Care in Cancer, 27(9), 9- 3403.*

Kim, G. E., & Kim, E. J. (2020), Factors affecting the quality of life of single mothers compared to married mothers. *BMC psychiatry, 20, 1-10.*

Haider N, Dogar I. (2020), SELF ESTEEM AND LOCUS OF CONTROL IN MALE SUBSTANCE DEPENDENTS. *Journal of Pakistan Psychiatric; 17(2)*

Khodabakhshi-Koolae, A. (2020), Comparison of Psychological Hardiness and Resiliency of Employed and Unemployed Female-headed Household. *Journal of Client-Centered Nursing Care, 6(1), 7-12.*

Lafaye, A., Petit, S., Richaud, P., Houede, ., Baguet, F. & Cousson-Gelie, F. (2014), Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology, 23(7).*

Lo LM, Taylor, B.V., Winzenberg, T., Palmer, A.J., Blizzard, L., Ahmad, H., Hussain, M.A., & van der Mei, I. (2020), Estimating the relative contribution of comorbidities in predicting health-related quality of life of people with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 2(1), 1-3.

Pahlevan S. (2017), Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. *European Journal of Oncology Nursing*, 2(27), 28-35.

Sen A. *Development as freedom*. (2010), Translated by Vahid Mahmoudi. Tehran: Dastan Publications.

Silvia, G., Chiara, R., & Norma De, P. (2015), The Influence of Coping Strategies on Quality of Life from a Gender Perspective. *Applied Research in Quality of Life*. 10(4), 689-701.

Solhi, M., Hamedan, M. S., & Salehi, M. (2016). Relationship between quality of life of women-headed households and some related factors in Iran. *Glob J Health Sci*, 8(10), 56241.

Predicting Quality of Life Based on Coping Strategies and Locus of Control in Female-headed households

Abstract

Today, the quality of life and the factors affecting it are among the issues faced by women heads of households. The purpose of this study was to predict the quality of life of female heads of households in Hashtgard villages based on coping strategies and locus of control. The research method was a correlational descriptive method. 210 people were selected from among the female heads of households in Hashtgerd villages in April and June 2019 through available and voluntary sampling. The research tools included Weber and Sherburne's (1992) health-related quality of life questionnaires, Rezakhani's coping strategies (1388) and Rutter's locus of control (1966). Hierarchical multivariate regression analysis was performed with the help of SPSS 24 software tool. Data analysis using Pearson correlation and hierarchical multivariate regression showed that locus of control is negative ($p < 0.01$), physical and psychological dimensions of quality of life, problem-oriented strategy is positive and avoidance strategy is negative. ($p < 0.01$) physical health dimension of quality of life; problem-oriented strategy positively and emotion-oriented strategy negatively ($p < 0.01$) predict mental health dimension of quality of life. Also, coping strategies and source of control can predict 13.6% of physical health variance and 28.8% of mental health variance of quality of life of the sample group. Based on the results of this research, in order to increase the quality of life of women heads of households, they can be supported by thinking of the necessary measures in the appropriate use of coping strategies and locus of control.

Keywords: Quality of life, Coping strategies, Source of control, Women heads of households.