

The effectiveness of reality therapy with Islamic approach on stress, spiritual health and coping strategies of female-headed households

Abbas Sadeghi

PhD Student in Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Ashkan Ali Mohammadi

M.A of General Psychology, Izeh Branch, Islamic Azad University, Izeh, Iran

Mina Mahmoudi Tabar

M.A of Clinical Psychology, Ahvaz Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Reza dinarvand

BA of educational Sciences, Farhangian University, Rasool Akram Branch, Ahvaz, Iran

Zahra dargahi

M.A of Clinical Psychology, Ahvaz Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

اثربخشی واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی بر فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس زنان سرپرست خانواده

* عباس صاقي

دانشجوی دکتری مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

اشکان عالی محمدی

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد ایذه، دانشگاه آزاد اسلامی، ایذه، ایران

مینا محمودی تبار

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

رضا دیناروند

کارشناسی علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، پردیس حضرت رسول اکرم (ص) اهواز

زهرا درگاهی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی بر فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس زنان سرپرست خانواده صورت گرفت. روش: طرح پژوهش به صورت نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانواده عضو مراکز بهزیستی شهر اهواز بود. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت نمونه‌گیری هدفمند صورت گرفت. بدین منظور ابتدا ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانواده انتخاب و پرسشنامه استرس هولمز و راه (۱۹۶۷)، سلامت معنوی (۱۹۸۲) و راهبردهای مقابله با استرس (۱۹۹۰) را تکمیل نمودند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) تقسیم شدند. مداخله به صورت ۱۰ جلسه و دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در هفته بر روی گروه آزمایش صورت گرفت. گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از آن برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا و داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و روش‌های تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی بر کاهش فشارهای روانی، افزایش سلامت معنوی و بهبود راهبردهای مقابله با استرس زنان سرپرست خانواده با سطح معنی‌داری $p \leq 0/05$ موثر است.

واژگان کلیدی: واقعیت درمانی رویکرد اسلامی، فشارهای روانی، سلامت معنوی، راهبردهای مقابله با استرس، زنان سرپرست خانواده.

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of reality therapy with an Islamic approach on stress, spiritual health and coping strategies of female-headed households. The research design was quasi-experimental pre-test-post-test with control group and random selection. The statistical population of this study included all female-headed households members of welfare centers in Ahvaz. Sampling in this study was done by purposive sampling. For this purpose, first 30 female-headed households were selected and completed the corona anxiety questionnaire and then randomly divided into two groups (15 in the experimental group and 15 in the control group). The intervention was performed on the experimental group in 10 sessions and two 45-minute sessions per week. The control group did not receive any intervention during this period. Data were analyzed using SPSS-24 software and analysis of covariance. Findings showed that reality therapy with an Islamic approach has a significant effect on reducing psychological stress, increasing spiritual health and improving coping strategies with female-headed households.

Keywords: Reality therapy by Islamic approach stress, spiritual health, coping strategies, female-headed households.

* نویسنده مسئول: Email: Teacher_s814@yahoo.com

دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۳ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۴

مقدمه

بی‌شک خانواده و به ویژه والدین مهم‌ترین نقش را در تأمین سلامت روانی فرزندان ایفا می‌کنند. خانواده معمولاً از پدر، مادر و فرزند یا فرزندان تشکیل شده است؛ اما در بسیاری از خانواده‌ها به دلایل مختلف از جمله فوت همسر، طلاق، اعتیاد و سایر نا به سامانی‌های خانوادگی، سرپرستی و مدیریت خانواده بر عهده زنان می‌باشد. انتقال سرپرستی از شوهر به زن باعث به وجود آمدن رشته‌ای از ناامنی‌ها و وظایف مضاعف مانند از دست دادن درآمد، ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای زنان و تربیت فرزندان می‌شود که این عوامل تأثیر مخربی بر سلامت روان زنان داشته و مسائل بهداشتی تازه‌ای را موجب می‌شود؛ زیرا زنان به دلیل حساسیت‌های روحی و عاطفی، بیشتر از مردان در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند (Parvandi, Moradi & arefi, 2017).

زن سرپرست خانوار، زنی است که عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد و یا از کارافتادگی همسر یا پدر، رها شدن توسط مردان مهاجر یا بی‌مبالات، موجب سرپرستی آن‌ها بر خانواده شده است. داده‌های آماری در ایران از روند فزاینده تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در دهه اخیر خبر می‌دهد (Azamzadeh & Tafteh, 2014). عوامل متعددی از جمله جنگ، شهرنشینی، طلاق، اعتیاد همسر، مرگ همسر و نظایر آن سبب تغییر ساختار خانواده و افزایش تعداد خانواده‌های تک‌والدی با سرپرستی زنان در سراسر جهان است. در مواردی که سرپرستی خانواده به صورت ناگهانی از مرد به زن منتقل می‌شود، شرایط ناامنی شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزند، ایفای نقش دوگانه پدر و مادری برای زنان فراهم می‌شود که این شرایط موجب شکل‌گیری استرس‌ها و فشارهای شخصی، روانی و اجتماعی بر دوش زن می‌شوند، که می‌توانند سلامت روانی و خانوادگی زن را به خطر بیندازند (Nasiri & Abdul Maleki, 2016).

این زنان بدون حضور منظم و حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی به عهده آنان می‌باشد. این گروه از زنان اغلب با عوامل آسیب‌زایی همچون تبعیضات فرهنگی، ضعف دسترسی به فرصت‌های شغلی، بی‌سوادی یا کم‌سوادی، نداشتن درآمد مستمر، ایفای نقش‌های چندگانه و برخی اوقات متعارض، فقدان حمایت‌های اجتماعی و نگرش‌های منفی جامعه و مشکلات روحی و روانی رویا می‌باشند که در صورت فقدان حمایت‌های همه‌جانبه هزینه‌های آسیب‌زایی را به جامعه تحمیل خواهند کرد. این افراد ظرفیت بار سنگین مشکلات را ندارند و عدم توانایی در برآوردن

احتیاجات اقتصادی ممکن است موجب فشار و تنش و فرسودگی و احساس ناتوانی در این گروه از زنان شود. این امر به نوبه خود میتواند به بروز اختلالات روانشناختی منجر شود (nikmanesh & kalantari, 2017)

بر اساس بررسی‌های انجام شده، نگرانی، اضطراب و استرس بیشترین دغدغه زنان سرپرست خانوار نسبت به آینده خود و فرزندان‌شان است که این عوامل می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی و افزایش فشار روانی زنان تأثیر بسزایی داشته باشد (Hadi et al., 2010). واژه فشار روانی در زندگی و محاورات روزانه بسیار به کار برده می‌شود. فشار روانی روبرو شدن با یک تغییر در زندگی است. بیماری، اعتیاد یا فوت همسر، طلاق و فشارکاری سنگین یک ویژگی مشترک دارند و آن ایجاد تغییر زندگی است. چنین تغییری باعث می‌شود تا تعادل در زندگی مان به هم خورده و ما تلاش مجددی را برای سازگار شدن با شرایط جدید اتخاذ کنیم. می‌توان گفت فشار روانی نیاز برای دوباره سازگار شدن با شرایط جدید زندگی است (Biabanzadeh, Nouri, Ghasemabadi, 2003). زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان دارای همسر، با استرس بیشتری برای اداره زندگی روبرو می‌شوند. 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 می‌شود و آن‌ها را با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می‌کند که در نهایت بهزیستی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Kevin, 2003). مجموعه مشکلات ذکر شده، بهداشت روانی این گروه را متأثر می‌سازد. اگرچه ممکن است که برخی از این زنان توان سازگاری با چنین وضعیتی را داشته باشند، اما اغلب آن‌ها تحت تأثیر این شرایط دشوار، سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. پژوهش‌ها میزان بالایی از اضطراب و افسردگی را در زنان سرپرست خانوار گزارش کرده‌اند (Hosseini et al., 2003). هانس سلیه استرس را پاسخ نامشخص بدن انسان به هر گونه تقاضا نامید. گروهی از صاحب‌نظران، استرس را بیماری شایع قرن نامگذاری کرده‌اند (Goldberg, 1993). استرس می‌تواند نیروی انسان را تحلیل ببرد و فعالیت‌ها و تلاش‌های او را تحت تأثیر قرار می‌دهد، حالت هیجانی و تفکر فیزیولوژیکی ما از سطح بهنجار و متعادل خود خارج شده، فعالیت شناختی آسیب پذیر می‌گردد و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب و افسردگی فرا خوانده می‌شود (Misra, 2000) در مطالعه استرس و بررسی آثار ناشی از آن گفته می‌شود در شیوه‌های مقابله با استرس نوع پاسخی که توسط فرد در برابر عامل استرس زا ارائه می‌شود مهمتر از ماهیت خود استرس است (Lazarus, 2000).

شیوه های رویارویی در برابر استرس نقش مهمی در سازگاری شناختی افراد و سلامت روانی آنان دارد (زیندر^۱، ۲۰۰۸). تعریف لازاروس و فولکمن از مقابله، به کاربرد هدفمند فنون شناختی و رفتاری اطلاق می گردد که با هدف از بین بردن، کاهش دادن یا به حداقل رساندن مشکلات یا استرس ها به کار می رود. براساس تئوری های روانشناختی، راهبردهای مقابله ای نقش مهمی در کاهش استرس و در نتیجه سلامت روانی افراد دارند و مفهوم استرس به تنهایی و بدون در نظر گرفتن مهارت های مقابله ای آنان، ارزش محدودی در توضیح و پیش بینی وضعیت افراد دارد. به بیان دیگر هر چه منابع افراد برای مقابله بهتر باشد، کمتر احتمال دارد منجر به آسیب شوند (Shahbazi et al., 2011). نتایج مطالعه ای نشان می دهد افرادی که توانایی بیشتری در حل مسایل دارند کمتر دچار افسردگی می شوند و کمتر در معرض استرس قرار می گیرند. این افراد مهارت های بالایی دارند و میزان اضطراب در آنان نسبت به سایرین کمتر است (Hassan Shahi, 2002).

از طرفی شواهد بسیاری نشان داده اند که اعتقادات مذهبی درست، بسیاری از نیازهای اساسی انسان را برآورده کرده و خلاءهای اخلاقی، عاطفی و معنوی او را پر می کند (Büssing, Waßermann, Hvidt, Laengler & Thiel, 2018). در مطالعه ای برونستین و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند افرادی که از دین داری بالایی برخوردارند سازگاری بهتری را با موقعیت های استرس زا تجربه کرده، میزان پایین تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می کنند، اضطراب کمتری دارند، از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردارند و آنها به دلیل اتخاذ شیوه های سالم در زندگی، امید به زندگی بیشتری را نسبت به افراد عادی دارند (Fazli Deqat, 2020). از جمله عواملی که به تازگی نقش آن در سلامت روان، توجه روانشناسان را به خود جلب کرده، معنویت درمانی و مفاهیم مرتبط با آن است. هنگامی که انسان با مشکلات و دشواری ها روبه رو می شود و احساس می کند به تنهایی توانایی حل آن ها را ندارد، فرد توانمند دیگری را وکیل خود قرار می دهد. بر اساس آموزه های دینی، چنین انسانی برای جبران ضعف خود، در عین استفاده از عوامل طبیعی و اسباب مادی، باید به نیروی غیبی و قدرت بی پایان خدا تکیه کند و از او یاری جوید. استفاده از راهبرد های معنوی، عامل تقویت کننده ی روانی و یکی از مؤثرترین مقابله های مذهبی است. در پژوهش های روان- شناختی نیز تجربه های معنوی، یکی از مقابله های مذهبی دانسته شده است. افرادی که از خدا یاری نمی جویند و خود را به نیروی بی پایان الهی متصل نمی دانند، نیروها و توانمندی هایشان محدود

است. بدین علت، در رویارویی با مشکلات، خود را ناتوان می بینند و نیرویی در خود احساس نمی کنند که به آن اعتماد کنند (Bahrainian, Radmehr, Mohammadi, Bavadi and Mousavi, 2016).

هرچند که درمان های غربی و از جمله واقعیت درمانی، ابعاد شناختی و رفتاری اقدامات فرد را در نظر می گیرند، اما ابعاد معنوی و متعالی انسان را در نظر نمی گیرند. از طرف دیگر اهمیت معنویت در آموزه های مذهبی در چند دهه اخیر توجه روان شناسان و محققان حوزه بهداشت روان را به خود اختصاص داده است. از سوی دیگر در میان ادیان الهی آموزه های دین اسلام پیرامون بهداشت جسم و روان کامل ترین فرامین الهی است. بنابراین با توجه به تفاوت های بنیادی در فرهنگ های غرب و شرق و به ویژه جامعه ایران که متشکل از دو عنصر قوی اسلامی و ایرانی است، در نظر گرفتن این دو عنصر در درمان امری لازم به نظر می رسد لذا بررسی این مفاهیم با چشم اندازی روان شناختی دینی در قالب فرهنگی جامعه ما و با تأکید بر نظریه انتخاب، می تواند پیامدهای مطلوبی داشته و لذا مطالعه این مهم در خور بررسی است. با توجه به اعتقادات مذهبی و ملی ایرانیان و بررسی های اندکی که در زمینه درمان های روان شناختی با رویکرد های دینی صورت گرفته است و نیاز به معنویت در جامعه امروز، بررسی تأثیر روش واقعیت درمانی اسلامی که در کنار تأکید بر انتخاب، مسئولیت و ارتباطات به عنوان اجزاء اصلی ابعاد ارتباطی و روانی انسان در برگزیده عوامل معنوی و فرهنگی نیز است که می تواند پیش آیند مطلوبی برای بهبود سلامت روان افراد گردد. لذا با توجه به این مطلب که به طور کلی تحقیقات داخلی و خارجی انجام گرفته در زمینه واقعیت درمانی، حاکی از آن است که اثربخشی انفرادی و گروهی این روش درمانی در گستره وسیعی از حوزه های مختلف، مانند افزایش سلامت عمومی، افزایش عزت نفس و کاهش اضطراب مؤثر می باشد (Bayat, 2016). با توجه به اهمیت مطالب بیان شده هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی بر فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس زنان سرپرست خانواده می باشد.

روش شناسی

پژوهش حاضر به روش آزمایشی بر اساس طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و انتخاب تصادفی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانواده شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ می باشد. نمونه گیری در این پژوهش به صورت نمونه گیری هدفمند صورت گرفت. بدین منظور ابتدا ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانواده

تحت پوشش مراکز بهزیستی در شهر اهواز به صورت هدفمند انتخاب و پرسشنامه فشارهای روانی (پرسشنامه استرس هولمز و راهه)، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس را تکمیل نمودند. سپس به صورت تصادفی در ۲ گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در جلسات مداخله واقعیت‌درمانی با رویکرد اسلامی، نداشتن منع شغلی و پزشکی جهت شرکت در جلسات، داشتن حداقل سطح تحصیلات پنجم ابتدایی و حداقل یکسال سرپرست خانوار بودن می‌باشد. همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: سن شرکت‌کنندگان بیشتر از ۵۰ سال و کمتر از ۲۰ بود. سپس جلسات واقعیت‌درمانی با رویکرد اسلامی به صورت گروهی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده، هر یک، به مدت ۱۰ جلسه (هفته‌ای دو بار به مدت ۴۵ دقیقه) برای گروه آزمایشی اجرا شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات واقعیت‌درمانی گروهی با رویکرد اسلامی هر دو گروه، با همان پرسشنامه، برای بدست آوردن نمره‌های پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اسپس پی‌اس اس نسخه ۲۴ و روس تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره تحلیل شدند. در این پژوهش از پرسشنامه زیر جهت گردآوری داده‌ها استفاده گردید.

پرسشنامه استرس هولمز و راهه (SRRS): پرسشنامه استرس هولمز و راهه (SRRS) در سال ۱۹۶۷ طراحی شد. این پرسشنامه حاوی ۴۳ سوال می‌باشد که به منظور نشان دادن تاثیر استرس ناشی از تغییرات عمده زندگی که عامل مشترک بین تمام انواع استرس هاست، ساخته شده است. این مقیاس ۴۳ حادثه را که برخی تغییرات را در زندگی موجب می‌گردند فهرست کرده است و یک نمره که اصطلاحاً ارزش متوسط نامیده می‌شود به هر حادثه اختصاص داده شده است. این نمره بنابر درجات و اعتباراتی که در مورد نمونه‌های بیشمار افراد در رابطه با این حوادث در نظر گرفته شده است تعیین گردیده است. مقیاس هولمز - راهه از روایی ظاهری، محتوا، و پیش‌بین خوبی برخوردار است (به نقل از حیدری و نامجو سنگری، ۱۳۹۰). هولمز و راهه (۱۹۶۰) برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند. ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده برای این پرسشنامه ۰/۷۹ و اعتبار آن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون برابر با ۰/۳۶ گزارش کردند. در پژوهش حیدری و نامجو سنگری ضریب پایایی پرسشنامه استرس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی محاسبه گردید که به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۴ می‌باشد که به طور کلی بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه یاد شده است. برای تعیین اعتبار پرسشنامه استرس نمره آن را با نمره پرسشنامه استرس ادراک شده همبسته نمودند و مشخص گردید که رابطه مثبت معنی‌داری بین

آنها وجود دارد (حیدری و نامجو سنگری، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲): پرسشنامه سلامت معنوی توسط پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ساخته شد و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس است: سلامت مذهبی که بهزیستی ناشی از ارتباط با یک قدرت متعالی است و سلامت وجودی که عنصری روانی - اجتماعی است، بیانگر احساس فرد است از اینکه چه کسی است؟ چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد؟ سؤالات فرد آزمون، مربوط به خرده مقیاس سلامت مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش با خدا را مورد سنجش قرار می دهد و سؤالات زوج، مربوط به خرده مقیاس سلامت وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات، لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. در مورد سؤالات مثبت گزینه کاملاً موافقم نمره ۶ و به ترتیب گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ می گیرد. نمره گذاری سؤالات منفی بر عکس است (سؤالات ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸ سؤالات منفی هستند). نمره کل سلامت معنوی، از طریق جمع امتیازات کلیه سؤالات به دست می آید. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲)، ضرایب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند. خصوصیات روانسنجی این مقیاس توسط دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷ بر روی دانشجویان دانشگاه های تهران مورد بررسی قرار گرفته است. ضرایب پایایی بازآزمایی کل مقیاس، سلامت مذهبی و سلامت وجودی به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ گزارش شده است (دهشیری و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس سلامت معنوی ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس های سلامت مذهبی و وجودی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه سلامت معنوی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۵ به دست آمده است.

پرسشنامه سبک های مقابله با استرس اندلر و پارکر (۱۹۹۰): اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، به نقل از موسوی، (۱۳۸۸) این پرسشنامه را با هدف ارزیابی انواع سبک های مقابله ای افراد در موقعیت های استرس زا به صورت سه سبک، مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی طراحی کردند. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است که هر ۱۶ سؤال به یکی از ابعاد مربوط است و پاسخ به هر سؤال بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص می شود. سبک های مقابله اجتنابی قابل تفکیک به زیر مقیاس های حواس پرتی و مشغولیت اجتماعی است که هر یک

به ترتیب از طریق هشت سؤال و هشت سؤال ارزیابی می‌شوند. لازم به توضیح است که سبک غالب هر فرد با توجه به نمره‌ی وی در هر یک از ابعاد سه‌گانه‌ی سبک‌های مقابله تعیین می‌شود؛ به عبارت دیگر، هر کدام از رفتارها که در مقیاس نمره بیشتری کسب کنند، آن رفتار به عنوان سبک مقابله‌ای ترجیحی فرد در نظر گرفته می‌شود (شکری و همکاران، ۱۳۸۷). اندلر و پارکر ضریب همسانی درونی کل مقیاس را ۰,۹۲ گزارش کرده‌اند. همچنین این ضریب برای سبک مقابله‌ی مسئله‌دار برای پسران و دختران به ترتیب ۰,۹۰/۰ و ۰,۹۲/۰، برای سبک مقابله‌ی هیجان‌مدار به ترتیب ۰,۸۵ و ۰,۸۲، برای سبک مقابله‌ی اجتنابی به ترتیب ۰,۸۵ و ۰,۸۲ و برای دو مقیاس فرعی سردرگمی و روی آوردن به اجتماع به ترتیب ۰,۷۷ و ۰,۸۰ گزارش شده است (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰، به نقل از موسوی، ۱۳۸۸). همچنین وقری (۱۳۷۹)، سلامت (۱۳۸۰)، جعفر نژاد، فرزاد، مرادی و شکری (۱۳۸۴)، شکری و همکاران (۱۳۸۷) و قریشی راد (۱۳۸۹) پایایی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ در مقیاس مسئله‌مدار به ترتیب ۰,۸۱، ۰,۸۱، ۰,۸۴، ۰,۸۳، ۰,۶۴، ۰,۸۶ و در مقیاس هیجان‌مدار به ترتیب ۰,۷۸، ۰,۸۲، ۰,۸۳، ۰,۸۰، ۰,۶۰ و ۰,۸۱ و در مقیاس اجتناب مدار به ترتیب ۰,۷۲، ۰,۶۶، ۰,۷۴، ۰,۷۲، ۰,۶۱، ۰,۷۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ روی جمعیت مورد بررسی برای کل مقیاس ۰,۸۸ و در ابعاد مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب مدار به ترتیب ۰,۸۹، ۰,۸۱، ۰,۸۴ به دست آمد.

شرح جلسات

ساختار کلی جلسات مداخله تلفیقی واقعیت‌درمانی با رویکرد اسلامی (بر اساس پژوهش بحرینیان و همکاران، ۱۳۹۵)

جلسه	موضوع	اهداف
اول	آشنایی اعضا با درمان تلفیقی واقعیت‌درمانی و رویکرد اسلامی و برقرار ارتباط عاطفی	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو درباره‌ی مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد نشان دادن صمیمیت، محبت، علاقه‌مندی و پذیرش نسبت به مراجع، تعیین حدود مشارکت و سهیم بودن،
دوم	تاکید بر رفتار و نه احساس و خودآگاهی و ارتباط با خود	آگاهی از رفتار، یادگیری ارتباط متقابل احساسات و رفتار شناسایی و درک احساس‌ها و کنترل آن، با استفاده از تکنیک‌های خیال‌پردازی هدایت شده، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آن‌ها
سوم	گوش دادن به ندای درونی و تاکید بر زمان حال	کشف دوباره‌ی معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا بی‌اعتمادی به آن و همچنین شناخت احساس‌ها و شهود و رهنمودهای معنوی. آموزش اینکه تغییر در گذشته ممکن نیست و فقط وضع موجود و آینده قابل تغییر است.
چهارم	قضاوت درباره‌ی رفتار و ارتباط با خدا	کلمه‌ی خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگو با خدا. نگاه انتقادی و دینی به رفتار و ارزیابی سودمندی آن در ارتباط با خود و دیگران، پذیرش مسوولیت در قبال رفتار

انجام کاری معنوی به صورت گروهی، باهدف تجربه ی عملی معنویت و افزایش عزت نفس و حس مفید و خوب در مراجعان، کاهش احساسات منفی تنش زا، ازطریق افزایش احساسات مثبت حاصل از بخشش و مصالحه	نوع دوستی و بخشش	پنجم
کاهش احساسات منفی تنش زای حاصل از نبخشیدن، ازطریق کاهش نبخشیدن و کمک به مراجع برای درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساسات گناه ناشی از نبخشیدن خود و دیگران، قابل پذیرش ندانستن بهانه تراشی	رنجش، احساس گناه و نبخشیدن خود، نپذیرفتن هیچ عذر و بهانه، و حذف تنبیه،	ششم
اضطراب و استرس و رنج (کاهش اضطراب و استرس ناشی از رویدادها و شرایط دشوار زندگی و به تبع آن کاهش اضطراب فرد؛ و یافتن معنا در زندگی	پذیرش واقعیت و تاکید بر زمان حال و ایمان و توکل بر خدا	هفتم
قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت)، مرور جلسات و جمع بندی	قدر دانی و شکر گذاری و مرور و جمع بندی	هشتم

یافته ها

در این بخش به ارائه اطلاعاتی در خصوص متغیر پژوهش در گروه های کنترل و آزمایش در پیش و پس آزمون می پردازیم. این اطلاعات در جدول (۱) آمده است:

جدول ۱ شاخص های آماری فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس در گروه های کنترل و آزمایش در پیش و پس آزمون

متغیرها	آزمایش		کنترل	
	آزمون	میانگین انحراف استاندارد	تعداد	میانگین انحراف استاندارد
فشارهای روانی	پیش آزمون	۳۰۱،۱۳	۳۷،۱۴	۱۵
	پس آزمون	۲۷۰،۷۳	۳۸،۹۴	۱۵
سلامت معنوی	پیش آزمون	۵۲،۰۶	۶،۵۶	۱۵
	پس آزمون	۵۴،۴۶	۶،۱۲	۱۵
مقابله مسئله مدار	پیش آزمون	۴۴،۸۰	۴،۳۶	۱۵
	پس آزمون	۴۷،۸۶	۳،۷۵	۱۵
مقابله هیجان مدار	پیش آزمون	۵۳،۶۶	۵،۳۶	۱۵
	پس آزمون	۵۲،۰۰	۵،۷۳	۱۵

پس آزمون	۵۰,۸۶	۵,۷۶	۱۵	۵۱,۸۰	۵,۸۷	۱۵
پیش آزمون	۵۷,۸۰	۲,۱۴	۱۵	۵۷,۴۰	۲,۲۶	۱۵
پس آزمون	۵۵,۷۳	۲,۰۸	۱۵	۵۷,۵۳	۲,۲۳	۱۵

مقابله اجتنابی

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) بین متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	آماره لوین	سطح معنی داری
گروه	فشار روانی	۱	۲۷	۰,۰۳۸	۰,۸۴۷
	سلامت معنوی	۱	۲۷	۱,۰۴۸	۰,۳۱۵
	راهبردهای مقابله با استرس	۱	۲۷	۱,۰۷۷	۰,۳۰۸
	هیجان مدار	۱	۲۷	۱,۰۹۳	۰,۳۰۵
	اجتنابی	۱	۲۷	۲,۴۸۷	۰,۱۲۶

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمون لوین در هر سه متغیر فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای حل مسئله غیرمعنی‌دار می‌باشند. در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۳ نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس آزمون‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
فشار روانی	۲۸۵۸	۲	۲۸۵۸	۰,۰۲۲	۰,۸۸۲
سلامت معنوی	۲,۳۴۹	۲	۲,۳۴۹	۱,۸۰۷	۰,۱۹۰
تعامل پیش آزمون‌ها در سطح عامل با	۲,۲۲۲	۲	۱,۱۱۹	۱,۴۳	۰,۲۵
راهبردهای مقابله با استرس	۲,۲۷۸	۲	۲,۲۷۸	۰,۲۲۶	۰,۳۶۸
اجتنابی	۱,۳۱۵	۲	۱,۳۱۵	۰,۹۷۰	۰,۳۳۳

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود تعامل بین متغیرهای کمکی (پیش آزمون ها) و وابسته (پس آزمون ها) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) معنی دار نیست. بنابراین فرض همگنی رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۴ نتایج کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

پیش آزمون ها	مقدار اسمیرنوف	کولموگروف	سطح معنی داری
فشار روانی	۱,۰۹۰	۰,۱۲۸	
سلامت معنوی	۰,۷۱۱	۰,۶۲۹	
مسئله مدار	۰,۷۵۰	۰,۶۱۱	
راهبردهای مقابله با	۰,۱۳۱	۰,۲۰۰	
استرس اجتنابی	۰,۱۴۰	۰,۱۳۸	

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود سطح معنی داری آزمون کولموگروف- اسمیرنوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است.

جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس) در گروه آزمایش و کنترل

آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	سطح معناداری اندازه اثر توان آزمون
اثر پیلایی	۴۶۴۰,۲۷۷	۵	۲۳	۰,۹۹
لامبدای ویلکز	۴۶۴۰,۲۷۷	۵	۲۳	۰,۹۹
اثر هلتینگ	۱۰۰۸,۷۵۶	۵	۲۳	۰,۹۹
بزرگ ترین ریشه خطا	۱۰۰۸,۷۵۶	۵	۲۳	۰,۹۹

همان طور که در جدول (۵) مشاهده می شود F مربوطه یعنی آزمون اثر پیلایی در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی دار است؛ یعنی اثر واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی بر فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس

زنان سرپرست خانواده معنی دار است. با در نظر گرفتن ضریب اتا می توان گفت ۹۹ درصد این تغییرات ناشی از درمان است.

جدول ۶ نتایج حاصل از تحلیل کواریانس در متن مانکوا روی میانگین نمره های پس آزمون فشار روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس گروه های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	مجموع جذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت واریانس	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
فشار روانی	۲۰۸۸۹۲,۲	۱۰	۲۰۸۸۸۹,۲۲	۲,۷۴	۰,۰۲۸	۰,۵۹	۰,۸۴
سلامت معنوی	۱۴۲۷,۳۳۹	۱۰	۱۴۲۷,۳۳۹	۱۷۰,۹۸	۰,۰۰۰	۰,۹۸	۱,۰۰
راهبرد مسئله مدار	۳۸۷,۰۱	۱۰	۳۸,۷۰	۲۷,۳۸	۰,۰۰۰	۰,۹۳	۱,۰۰
راهبردهیجان مدار	۳۹۹,۲۱	۱۰	۳۹,۹۲	۱۷۲,۴۵	۰,۰۰۰	۰,۹۸	۱,۰۰
راهبرد اجتنابی	۱۳۲,۹۵	۱۰	۱۳,۲۹	۸,۸۹	۰,۰۰۰	۰,۸۲	۱,۰۰

با توجه به مندرجات جدول ۶، مقدار نسبت واریانس برای متغیر فشار روانی، ۲,۷۴ به دست آمد که در سطح ۰,۰۵ معنی دار است. بنابراین، می توان گفت، واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی باعث کاهش فشار روانی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، مقدار نسبت واریانس برای متغیر سلامت معنوی، ۱۷۰,۹۸ به دست آمد که در سطح ۰,۰۰۱ معنی دار است. بنابراین، می توان گفت، واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی باعث افزایش سلامت روانی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، براساس مندرجات جدول ۶، مقدار نسبت واریانس برای متغیر راهبرد مسئله مدار، ۲۷,۳۸ به دست آمد که در سطح ۰,۰۰۱ معنی دار است. بنابراین، می توان گفت، واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی باعث افزایش راهبرد مسئله مدار در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، مقدار نسبت واریانس برای متغیر راهبرد هیجان مدار، ۱۷۲,۴۵ به دست آمد که در سطح ۰,۰۰۱ معنی دار است. بنابراین، می توان گفت، واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی باعث کاهش راهبرد مسئله مدار در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، براساس مندرجات جدول ۶، مقدار نسبت واریانس برای متغیر راهبرد اجتنابی، ۸,۸۹ به دست آمد که در سطح ۰,۰۰۱ معنی دار است. بنابراین، می توان گفت، واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی باعث راهبرد اجتنابی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

نتیجه گیری

هدف تعیین پژوهش حاضر تعیین اثربخشی واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی بر فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس زنان سرپرست خانواده بود. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل صورت گرفت. یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد درمان واقعیت درمانی با رویکرد اسلامی بر فشارهای روانی، سلامت معنوی و راهبردهای مقابله با استرس زنان سرپرست خانواده موثر است.

به لحاظ شیوع بالای فشار روانی در زنان سرپرست خانواده کاربرد روش واقعیت درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی قابل تأمل است. اگرچه در گذشته چنین مداخله ای بر روی زنان سرپرست خانواده صورت نگرفته است اما پژوهش های انجام شده در زمینه تأثیر واقعیت درمانی و رویکردهای درمانی معنوی و اسلامی در گروه های دیگر زمینه مقایسه را فراهم می آورد. یافته های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های نوری و همکاران (۱۳۹۴)، ناظری (۱۳۹۳)، حبیبی و همکاران (۱۳۹۲) همسو می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت استرس زها و شیوه های پرداز آنها ممکن است موجب افسردگی و اضطراب گردد و به تبع آن باعث کاهش سلامت روان و افزایش فشارهای روانی گردد. مجموعه ای از عوامل اجتماعی و اقتصادی سلامت روانی زنان سرپرست خانواده را تحت تأثیر قرار می دهند

واقعیت درمانی گروهی با رویکرد اسلامی متکی بر باورها و فعالیت های مذهبی است و از این راه در کنترل استرس های هیجانی و ناراحتی های جسمی به زنان سرپرست خانوار کمک می کند و باعث ارتقای سلامت روانی، سلامت معنوی و بهبود راهبردهای مقابله با استرس آنها می شود. به بیان دیگر، زنان سرپرست خانوار می توانند در هنگام روبه رو شدن با مشکل با کمک گرفتن از خداوند و با استفاده از شیوه های مقابله مذهبی مثل ارزیابی خیرخواهانه، نماز خواندن، دعا کردن، صبر کردن و ... با کنترل هیجان ها و افزایش سطح تحمل خود بر مشکل خود فائق آمده و از این راه بهزیستی و آرامش روان خود را تا حد ممکن حفظ می کنند. که در این صورت افسردگی، اضطراب و انواع اختلالات روانی در بین این قشر از جامعه کاهش می یابد روی هم رفته، مقابله واقعیت درمانی دینی، روشی را ارائه می دهد که به افراد کمک می کند زندگی خود را به طور مؤثر کنترل نمایند در برابر مشکلات قبول مسئولیت نمایند و با شناخت امور درست از نادرست و شناسایی نیازهای انسان ها در فرآیند زندگی به ایجاد

احساسات مثبت کمک نمایند. بدین ترتیب این درمان به زنان سرپرست خانواده کمک نمود تا رفتارهایشان از رفتار ناکارآمد به رفتار کارآمد تغییر یابند، انتخاب‌های سازنده‌ای داشته باشند، ارزیابی مناسبی از مسایل داشته باشند و این امر باعث شد آن‌ها کنترل درونی بالایی داشته باشند که توانسته است عزت نفس و اعتماد به نفس آن‌ها را افزایش داده، فشار روانی را در آنان کاهش داده، و راهبردهای مناسب تری جهت مقابله با استرس اتخاذ نمایند. همچنین تلفیق واقعیت‌درمانی با معنویت (درمان اسلامی) نوعی مراقبه و تعالی وجود، ایجاد می‌کند و موجب خودشکوفایی می‌شود. آموزش معنویت موجب می‌شود تحمل پریشانی و تاب‌آوری بیشتر شود، تجربه‌های معنوی و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افزایش یافته، هیجان مثبت تقویت شده بر خلق تأثیر مثبت بگذارد سالمندانی که خودمراقبتی معنوی دریافت می‌کنند علاوه بر اینکه سلامت روانی و معنوی آن‌ها بهبود می‌یابد با مشکلات نیز سریع‌تر سازگار شده، در آنها منابع روانی و عاطفی همچون امیدواری، معنا و هدف، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس افزایش یافته و فشار روانی کمتری تجربه می‌نمایند. افرادی که تحت تأثیر واقعیت‌درمانی مبتنی بر دین اسلام قرار می‌گیرند با تقویت و فعال‌سازی خرد و باورهای معنوی سبک‌زندگیشان رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌گیرد. بنابراین تقویت معنویت و تجربه باورهای معنوی قوی عاملی محافظتی در پیشگیری و کاهش استرس و فشار روانی در زنان سرپرست خانواده است. در این پژوهش با بررسی راه‌های شناخت و رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی، تأکید بر ارتباط نزدیکتر با خدا و سپردن کامل خود به نیروی مافوق، باعث شد که در زنان سرپرست خانواده وجود خدا در زندگی آنها پررنگ‌تر احساس شود و در آنها نوعی احساس امنیت بوجود آورد و با تکیه بر نیروی خدا کمتر احساس نگرانی نمایند. همچنین در این پژوهش، واقعیت‌درمانی بر اساس دین اسلام با آموزش و تأکید بر روش‌های حمایت از دیگران، همدلی کردن، دوست داشتن دیگران، خودمراقبتی جسمانی، روانی، اجتماعی جهت رسیدن به خود معنوی و تأکید بر نوع دوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، برگزاری نماز جماعت، شکرگزاری موجب کاهش فشار روانی و بهبود سلامت معنوی در زنان سرپرست خانواده شد.

References

- Ali Parvandi A, Moradi A, Arefi M. (2018) Prediction of Mental Health Based on Hope and Religious Orientation among Female Householders. *JRH.*; 5 (2) :13-22 [In Persian].
- Azadeh, Mansoura Azam; Tafta, Maryam. (2015). Narratives of female-headed households about the obstacles to happiness (Case study of female-headed households in Tehran (Women and Family Studies). 3 (2). 33-60. [In Persian].
- Bahrainis, Abdul Majid; Radmehr, Hamed; Mohammadi, Hussein; Bavadi, Bitia; Mousavi, Mohammad Reza (2016). The effectiveness of spiritual group therapy on improving quality of life and mental health in women with breast cancer. *Research in Religion and Health.*3 (1). 67-78. [In Persian].
- Büssing, A., Waßermann, U., Hvidt, N. C., Laengler, A., & Thiel, M. (2018). Spiritual needs of mothers with sick new born or premature infants—A cross sectional survey among German mothers. *Women and Birth*, 31(2), e89-e98.
- Coyne G. An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. *International Journal of Anthropology* 2003; 18(3): 127-38. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=202164>
- Fazli Duqt, Hoda (2020). Presenting a causal model of suicidal ideation based on Alexithymia and spiritual health with the mediating role of emotional self-regulation in drug addicts in Ahvaz, Master Thesis, Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz. [In Persian].
- Goldberger L, Breznitz S(1993). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Second edition. New York: The Free Press; pp: 7-17
- Habibi, Mojtaba; Ghanbari Pirkashani, Nikzad; God, Abraham; Ghanbari, Parasto. (2013). The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on reducing anxiety, stress and depression in women heads of households. *Behavioral Science Research*, 11 (3 (31 consecutive)), 166-175. [In Persian].
- Hadi, N.; Montazeri, A. And recovery, a. (2010). "Health-related quality of life in chronic liver patients", *Payesh Quarterly*, Vol. 9 (2), pp. 165-172. [In Persian].
- Hassan Shahi, M. (2002). The relationship between optimism and coping strategies in students. *Journal of Mental Health.*4 (15). [In Persian].
- Heydari, Alireza; Namjoo Sangari, Zahra (2011). Comparison of emotional disability, attachment and stress between married male and female employees of Ahvaz National Drilling Company. *New discoveries in psycologie*. Fifth Year, No. 20. Autumn: 21-40. [In Persian].
- Hosseini, A .; Shining Star, A. And Amirfaryar, M. (2009). "Study of mental health of women heads of households covered by welfare in Tehran", *Social Research Quarterly*, Vol. 2 (3), pp. 119-139. [In Persian].
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *stress, Appraisal and coping*. New York, springer, pub. company
- Malakouti, Seyed Kazem; Nouri Ghasemabadi, Robabeh; Naghavi, Mohsen; Ahmadi Abhari, Seyed Ali; Nasrasfahani, Mehdi; Horizon, Lily; Salehi, Parviz; Hemmati, Mohammad Ali; Moghaddam Nia, Massoud. (2003). Stress of caregivers of chronic mental patients and their need for care and treatment services. *Wise*, 6 (2), 1-10. [In Persian].

- Misra R, McKean M. College Students' Academic Stress and its Relation to Anxiety, Time Management, and Leisure Satisfaction. *Am J Health Stud.* 2000; 16 (1): 41-51
- Mousavi, Akram Sadat (2009). Comparison of attachment and coping styles in people with and without substance abuse. Master Thesis in Clinical, Islamic Azad University of Birjand. [In Persian].
- Nasiri, Fakhr al-Sadat (2016). Explaining the relationship between perceived social support and quality of life with the mediating role of perceived stress in women heads of households in Sanandaj. *Applied Sociology*, 27 (4), 99-166. [In Persian].
- Nazeri, Sima (2014). The role of spirituality and spiritual health indicators on social health, life satisfaction and psychological well-being, the first national conference on educational sciences and psychology of spirituality and health, Bandar-e-Gaz. [In Persian].
- Nikmansh, Z., Kalantari, N. The Role of Religious Coping in Psychological Well-Being of Female-Headed Householders of Hashtroud. *Quarterly Journal of Women and Society*, 2017; 8(30): 115-128. [In Persian].
- Nouri, Mahshid; Minakari, Mahmoud; Sadr al-Sadat, Sayyid Jalal; Shahidi, Shahriar; Heidari, Mahmoud (2003). Assessing the mental health of female-headed households. *Journal of Rehabilitation.* 2003; 4 (2): 37-44. [In Persian].
- Qureshi Rad, Fakhralsadat (2010). Validating the scale of coping with Andler and Parker stressful situations. *Journal of Behavioral Sciences.* Volume 4, Number 1, 1-7. [In Persian].
- Shahbazi, Sara; Heydari, Mohammad; Sheikhi, Rahim Ali (2011). The effectiveness of problem solving training on students' stress tolerance. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* .13 (2) .23 [In Persian].
- Shukri, Omid; Taqi Lu, Sadegh; Ground, Fariborz; Autumn, Mary; Molaei, Mohammad; Abdollahpour, Mohammad Azad; Akbari, Hadi (2008). Factor structure and psychometric properties of the Persian version of the questionnaire for coping with stressful situations. *Cognitive Science News*, Year 10, Issue 3, 33-22. [In Persian].
- Waqri, A. (2000). A study of the relationship between self-efficacy styles and crisis coping styles in young couples of Tehran University students in the academic year 1378-79. Master Thesis in Psychology, Al-Zahra University.
- Zamani, Ahmad; Al-Hayari, Talat (2007). The effect of communication skills training using reciprocal behavior analysis method on reducing marital conflict. *Applied Psychology*, Volume 1, Number 3, 42-29.
- Zeinder M. (2008). Research companion to organizational health psychology. In: al ASe, editor. *Emotional intelligence and coping with occupational stress.* New York: Edward Elgar Publishing;