

The Effect of Self-efficacy and Happiness on Physical and Mental Health in Female Heads of Households under the Protection of Abadan Behzisti Welfare Office

Farkhonde Hayati^{1*}, Farzaneh Hayati², Zeinab Namadmalianizadeh³

1- Department of Nursing, Faculty of Nursing, Abadan Faculty of Medical Sciences, Abadan, Iran.

2- Department of International Affairs, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3- Department of Counselling and Guidance, Abadan Faculty of Medical Sciences, Abadan, Iran.

*Correspondence should be addressed to Ms. Farkhonde Hayati; Email: f.hayati@abadanums.ac.ir

Article Info

Received: Jul 22, 2019

Received in revised form:

Aug 7, 2019

Accepted: Sep 9, 2019

Available Online: Mar 21, 2021

Keywords:

Female heads of households

Happiness

Physical health

Mental health

Self-efficacy

Abstract

Background and Objective: Female heads of households are more vulnerable to personal and social harms than other women, which can affect on their health and sense of happiness. Accordingly, the present study was conducted to determine the effect of self-efficacy and happiness on the physical and mental health of female heads of households under the protection of Abadan Behzisti Administration.

Methods: The research was descriptive and correlational. The sample population consisted of all female heads of households under the protection of Abadan Behzisti Administration, 195 of whom were selected by available sampling method. Data collection instruments included a demographic and demographic questionnaire, and self-efficacy, quality of life, and happiness questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation coefficient and regression. In this study, all ethical considerations have been observed and no conflict of interest was reported by the authors.

Results: The mean age of participants was 42.19 ± 7.97 . The most important reason for being heads of households was having a sick and disabled spouse (63.9, 82). Most women were poorly educated (57.4, 112). The majority of women evaluated their self-efficacy (75.9, 148) and their sense of happiness (42.6, 83). Women had a moderate level of physical health and a weak level of mental health. Based on the results of multiple regression analysis, self-efficacy and happiness variables were good predictors of mental and physical health ($P=0/000$). Education level was the most important predictor of and the most effective factor influencing physical health in women ($P=0/004$).

Conclusion: The results of this study showed that effective interventions can promote self-efficacy and happiness beliefs, which leads to increased physical and mental health in women.



<https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.26490>

Please cite this article as: Hayati F, Hayati F, Namadmalianizadeh Z. The Effect of Self-efficacy and Happiness on Physical and Mental Health in Female Heads of Households under the Protection of Abadan Behzisti Welfare Office. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(1):36-51. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.26490>

Summary

Background and Objective

Female heads of households are more vulnerable to personal and social harm than other women. Factors such as divorce, death, addiction, and spousal disability make this large group of people

vulnerable and cause them problems, especially financial ones. In addition to the role of being head of the family and earning a living, female heads of households have a serious maternal duty. The multiple roles, the concern for economic issues and the concern for the future add to their problems. Playing multiple roles requires adapting working conditions to family circumstances and

job and maternal support. The vulnerable physical, mental, and social status of female heads of households affects their quality of life (1).

One of the concepts of empowerment model is self-efficacy, which, as a factor affecting the quality of life, emphasizes a person's understanding of his/her skills and abilities to successfully and decently fulfill a particular function. This concept overshadows a person's level of effort and performance. Self-efficacy determines the initiation of a behavior by the individual, the amount of effort to expand the behavior, and maintained effort in the event of encountering annoying obstacles and experiences (2).

Fat'hi et.al found in their study that there was a significantly positive relationship between the variables of self-efficacy and quality of life (3). Efficacy is one of the variables that can affect a person's (mental and physical) health. While high self-efficacy is associated with better health, low self-efficacy is related with symptoms of anxiety, depression and acute psychosomatic symptoms (4).

Self-efficacy is also one of the variables that are affected by happiness. Happiness has a positive effect on self-efficacy beliefs (2). According to research, happiness is directly related to improving the immune system. One of the reasons for why people need to increase their level of happiness is that there is a relatively strong relationship between happiness and health (5). The results of a study showed that people with higher happiness had higher mental health (6).

Given that women play an important and key role in the mental health of the family and society, it is important to know their perceptions, judgments and evaluations of themselves and their material and social world that can affect their physical and mental health. According to the previous studies, no research has been done on these four variables. Thus, the present study was conducted to investigate the effect of self-efficacy and happiness on the dimensions of physical and mental health of female heads of households, which can provide the basis for further research.

Methods

Compliance with ethical guidelines: In order to observe the ethical principles in the present study, before carrying out the study, the participants were informed about the method and purpose of the study and participated in the study after completing the consent form. The participants were also assured that all their personal information would be kept confidential.

The present study was descriptive-correlational. The sample population consisted of all female heads of households under the protection of Abadan Behzisti Administration, out of whom 195 were selected by available sampling method. Data collection instruments included demographic, self-efficacy, quality of life, and happiness questionnaires. We read the questionnaire items for the illiterate participants and those without a diploma to complete the questionnaires, and those with a high school diploma or higher educational degrees answered the questions on their own. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation coefficient and regression.

Results

The participants of the present study were in the age range of 22-80 and their mean age was 42.19 ± 97.11 . 37.4% (73 people) had spouses and the reason for being heads of households for 63.9% (82 people) of the participants was having a sick and disabled spouse. 57.4% (112 people) had not complete their high school education. 93.8% (183 people) were housewives. 80% (156 people) had poor economic status. The number of household members in 33.9% (65 people) of these households was 3-4 people. 30.9% (60 people) also had rented housing. 68.2% (133 people) reported lack of general life satisfaction, 42.1% (82 people) reported moderate health status and 56.4% (110 people) had a history of chronic diseases.

In the field of self-efficacy, 75.9% (148) of women reported moderate, 17.4% (34 n) high and 6.7% (13 n) low self-efficacy. With respect to the variable of happiness, 42.6% (83 people) of women reported moderate, 37.4% (73 people) high, 10.8% (21 people) have very high and 9.2% (18 people) low happiness.

Multiple regression analysis, self-efficacy and happiness variables were able to predict the mental and physical health variables ($P=0/000$). Education level was the most important predictor affecting the participants' physical health ($P=0/004$).

Conclusion

The results of the present study showed that most of the female heads of household were middle-aged, which is consistent with Salahi et al.'s study (1). In the present study, the reason for becoming heads of households for the majority of women was caring for by having sick and disabled spouses. In the previous studies, the death and divorce of the spouse was the most important

reason (7). These factors can impose more stress and anxiety on women. Therefore, providing effective treatment and rehabilitation facilities for their sick spouses helps to improve their quality of life. Another finding of the study was that the participants were in moderate physical health and poor mental health. In Heidari's study, the majority of women evaluated their physical health as moderate (8). Since this group of women often faces many harmful factors, it can be stated that stress has been very effective in the incidence of physical and mental illnesses and malfunction and adaptability problems (9).

In the present study, the majority of women evaluated their self-efficacy and happiness as moderate. In a similar study by Solhi, the mean self-efficacy of the women was reported to be moderate (1). In another study, most women expressed feelings of unhappiness in life (10). Another finding of the study was that self-efficacy and happiness were predictors of physical and psychological variables in women. Among the demographic variables, education has been the most important predictor and has had the highest effect on the physical health of the respondents. Therefore, it is suggested that the authorities improve these health indicators by implementing effective interventions such as holding life skills and mental health training courses, and empowering them in occupational skills and by holding literacy classes for illiterate and low-literacy young women in this vulnerable group in the society.

Acknowledgements

We would like to thank the vice chancellor for research and technology in Abadan Faculty of Medical Sciences for providing this research opportunity, as well as the staff of the Abadan Behzisti Administration and all the women who helped us in this study.

Ethical considerations

According to the authors, this study is taken from the research plan approved by Abadan Faculty of Medical Sciences on 2018/4/15, number 96U-220 and ethics code: IR.ABADANUMS.REC.1396.256.

Funding

According to the authors, Abadan Faculty of Medical Sciences has sponsored this research.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Authors' contribution

Supervised the design and writing of the whole article: First author, and collected and analyzed the data: Second and third authors.

References

1. Solhi M, Shabani Hamedan M, Salehi M. Determinants of quality of life in Female-headed households based on educational and ecological cognition stage of precede-proceed model. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016;23(144):109-18. (Full Text in Persian)
2. Gholamali LM, Rastgoo L, Azarni A, Ahmadi T. The effect of happiness cognitive-behavioral training on self-efficacy beliefs and academic stress. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2015;3(2):1-18. (Full Text in Persian)
3. Fathi A, Khayer M, Atigh M. The relationship between self-efficacy and quality of life due to the mediating role of resilience in cardiovascular patients. *J Psychological Models and Methods*. 2011;2:109-22. (Full Text in Persian)
4. Fooladvand K, Farzad V, Shahraray M, Sangari AA. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. *Contemporary psychology*. 2009;4(2):81-93. (Full Text in Persian)
5. Abdollahi S, Mehrbizadeh HM, Sodani M. The effect of happiness training on blood pressure and happiness in patients with blood pressure. *Journal of Social Psychology*. 2012;7(23):61-79. (Full Text in Persian)
6. Moeini B, Mohammadi Y, Babamiri M, Barati M, Rashidi S. Relationship between happiness and mental health status among high school female students: A descriptive-analytic study. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;14(11):942-51. (Full Text in Persian)
7. Kordzanganeh J, Mohamadian H, Sohrabi S. Women's sense of security and the effective factors on it (case study of the headed household women that covered by welfare Ramhormoz city). *Women's Strategic Studies (Ketabe Zanan)*. 2016;18(71):109-30. (Full Text in Persian)
8. Heidari A, Mirzaei E. Brresi-e Vaz'iat-e Salamat-e Zanan-e Sarparast-e Khanevar-e Shahri va Roostaei-ye Shahrestan-e Jahroom va Avamel-e Ejtemaei-Eqtesadi-ye Mortabet ba an. *The Women and Families Cultural-Educational Journal*. 2014;9(27):135-63. (Full Text in Persian)
9. Khamseh F, Roohi H, Ebaady A, Hajiamini Z, Salimi H, Radfar S. Survey Relationship between demographic factors and stress, anxiety and depression in nurses working in selected hospitals in Tehran city.

Journal of Holistic Nursing and Midwifery.
2011;21(1):13-21. (Full Text in Persian)

10. Musau JM, Kisovi LM, Otor SC. Marital instability and its impact on female-headed household livelihoods in Machakos Country, Kenya. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2015;5(8):145-53.

تأثير الإيمان بالنجاعة الذاتية والسعادة على أبعاد الصحة الجسدية والنفسية للمرأة المتكفلة للأسرة تحت دائرة رعاية الرفاه في مدينة عبادان

فرخنده حياتي^{١*}، فرزانه حياتي^٢، زينب نمدمالياني زادة^٣   

١- قسم التمريض، كلية التمريض، كلية عبادان للعلوم الطبية، عبادان، إيران.

٢- فرع الشؤون الدولية، جامعة جندي سابور الأهوازية للعلوم الطبية، الأهواز، إيران.

٣- قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، كلية عبادان للعلوم الطبية، عبادان، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة فرخنده حياتي؛ البريد الإلكتروني: f.hayati@abadanums.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ١٩ ذى القعدة ١٤٤٠

وصول النص النهائي: ٥ ذى الحجة ١٤٤٠

القبول: ٩ محرم ١٤٤١

النشر الإلكتروني: ٧ شعبان ١٤٤٢

الكلمات الرئيسية:

السعادة

الصحة الجسدية

الصحة النفسية

النجاعة الذاتية

النساء المتكفلات

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إنَّ النساء المتكفلات لأسرهن أكثر عرضة للأضرار الشخصية والاجتماعية من غيرهن من النساء، وذلك قد يؤثر على صحتهم وشعورهنَّ بالسعادة. لذا هدفت الدراسة الحالية إلى تعيين أثر الإيمان بالنجاعة الذاتية والسعادة على أبعاد الصحة الجسدية والنفسية للأسر التي تتكفلها النساء.

منهجية البحث: لقد اجريت الدراسة الحالية بطريقة وصفية ترابطية. إشمَل المجتمع الإحصائي جميع النساء المتكفلات للأسر تحت رعاية دائرة الرفاه بقضاء عبادان حيث تم اختيار ١٩٥ شخصاً من خلال طريقة العينة المتاحة. تضمنت أدوات جمع البيانات، استبيان السمات الشخصية والديموغرافية والنجاعة الذاتية وجودة الحياة والسعادة. تم تحليل البيانات باستخدام الإحصاء الوصفي ومعامل الارتباط والانحدار. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وإضافة إلى هذا فإن مؤلفي البحث لم يشيروا إلى أي تضارب في المصالح.

الكشوفات: وفقاً للنتائج التي تم الحصول عليها، كان متوسط عمر المشاركين ٤٢/١٩±٩٧/١١ وكان السبب الرئيسي للرعاية هو رعاية زوج مريض أو عاجز عن العمل (٩/٦٣٪: ٨٢ شخصاً). كانت معظم النساء أميات (٤/٥٧٪: ١١٢ شخصاً) وأبلغن عن تقييم معتدل للنجاعة الذاتية (٩/٧٥٪: ١٤٨ شخصاً) والسعادة (٦/٤٢٪: ٨٣ شخصاً). وكانت نسبة الصحة الجسدية لدى النساء في حالة متوسطة أما من الناحية النفسية فكانت النسبة ضعيفة. ومن خلال تحليل الانحدار المتعدد، كانت متغيرات النجاعة الذاتية والسعادة قادرة على التنبؤ بمتغيرات الصحة الجسدية والنفسية ($P=٠/٠٠٠$). وكان أهم متنبئ ومتغير مؤثر على الصحة البدنية عند النساء هو المستوى التعليمي لهن ($P=٠/٠٠٤$).

الاستنتاج: أظهرت نتائج الدراسة بأنه من خلال إجراء التدخلات المؤثرة، يمكن تعزيز الإيمان بالنجاعة الذاتية والسعادة، والتي بدورها تؤدي إلى زيادة نسبة الصحة الجسدية والنفسية لدى النساء.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Hayati F, Hayati F, Namadmalianizadeh Z. The Effect of Self-efficacy and Happiness on Physical and Mental Health in Female Heads of Households under the Protection of Abadan Behzisti Welfare Office. Journal of Pizhūhish dar dīm va salāmat. 2021;7(1):36-51. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.26490>

تأثیر باور خودکارآمدی و شادکامی بر ابعاد سلامت جسمانی و روانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان آبادان

فرخنده حیاتی^{۱*} ID، فرزانه حیاتی^۲ ID، زینب نمدمالیانی زاده^۳ ID

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

۲- واحد امور بین الملل، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳- گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.

*مکاتبات خطاب به خانم فرخنده حیاتی؛ رایانامه: f.hayati@abadanums.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۳۱ تیر ۱۳۹۸

دریافت متن نهایی: ۱۶ مرداد ۱۳۹۸

پذیرش: ۱۸ شهریور ۱۳۹۸

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۰

چکیده

سابقه و هدف: زنان سرپرست خانوار بیش از زنان دیگر در معرض آسیب‌های فردی و اجتماعی قرار دارند که این شرایط می‌تواند بر سلامت و احساس شادی آنان تأثیر بگذارد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر باور خودکارآمدی و شادکامی بر ابعاد سلامت جسمانی و روانی زنان سرپرست خانوار انجام شده است.

روش کار: این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل تمامی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان آبادان بود که از میان آنان با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۹۵ نفر انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی، خودکارآمدی، کیفیت زندگی و شادکامی بود. تحلیل داده‌ها نیز با روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی و رگرسیون انجام شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین سنی شرکت‌کنندگان $42/19 \pm 97/11$ و مهم‌ترین علت سرپرستی، داشتن همسر بیمار و از کار افتاده (۶۳/۹ درصد: ۸۲ نفر) بود. بیشتر زنان (۵۷/۴ درصد: ۱۱۲ نفر) کم‌سواد بودند و ارزیابی متوسطی از میزان خودکارآمدی (۷۵/۹ درصد: ۱۴۸ نفر) و شادکامی (۴۲/۶ درصد: ۸۳ نفر) گزارش کردند. زنان از جنبه سلامت جسمانی در سطح متوسط و از جنبه سلامت روانی در سطح ضعیف قرار داشتند. با تحلیل رگرسیون چندگانه، متغیرهای خودکارآمدی و شادکامی قادر به پیش‌بینی متغیرهای سلامت جسمانی و روانی ($P=0/000$) بودند و سطح تحصیلات مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده و تأثیرگذار بر سلامت جسمانی در زنان ($P=0/004$) بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با اجرای مداخلات مؤثر می‌توان به ارتقای باور خودکارآمدی و شادکامی که به افزایش سطح سلامت جسمی و روانی در زنان منجر می‌شود، دست یافت.

استناد مقاله به این صورت است:

Hayati F, Hayati F, Namadmalianizadeh Z. The Effect of Self-efficacy and Happiness on Physical and Mental Health in Female Heads of Households under the Protection of Abadan Behzisti Welfare Office. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(1):36-51. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.26490>

مقدمه

در بیشتر جوامع از جمله ایران مردان به عنوان سرپرست خانواده و وظیفه نان آوری و تأمین معاش و اقتصاد خانواده و در مقابل زنان فقط مسئولیت اداره منزل و تربیت فرزندان را بر عهده دارند؛ اما زنان سرپرست خانوار علاوه بر وظیفه مادری و تربیت فرزندان و امور خانه نقش اقتصادی خانه را نیز عهده دار می‌شوند و برای تأمین معاش خانواده ملزم به اشتغال بیرون از خانه می‌گردند (۱). زنان معمولاً درآمدهای اصلی در خانواده‌های زن سرپرست هستند و با توجه به تحصیلات، درآمد، حقوق و فرصت‌های اقتصادی با تبعیض جنسیتی روبه‌رو هستند. بر مبنای تعریف سازمان بهداشتی، زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که بدون حضور منظم و حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند. آنان زنانی‌اند که عهده‌دار معاش مادی و معنوی خود و خانواده‌شان هستند (۲). علاوه بر زنانی که شرایط فوق را دارند زنان خودسرپرست (زنان سالمند تنها) و دختران خودسرپرست (دختران بی سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده‌اند) نیز زن سرپرست خانوار شناخته می‌شود (۳).

در ایران آمارها نشان می‌دهد که تعداد خانوارهای زن سرپرست رو به افزایش است. اطلاعات سرشماری سال ۱۳۹۰ نشان‌دهنده این است که بیش از ۱۲ درصد خانوارهای کشور زن سرپرست هستند. طبق آخرین آمار ۲۵۴۸۰۷۲ خانوار زن سرپرست در کشور وجود دارد که ۱۸۰ هزار خانواده تحت پوشش بهداشتی قرار دارند. از این تعداد، ۶۷ هزار نفر به علت از کارافتادگی همسر، ۶۳ هزار نفر به علت فوت همسر و ۳۵ هزار نفر به علت طلاق سرپرستی خود یا خانواده‌شان را بر عهده دارند. کارشناسان یکی از دلایل رشد سهم خانوارهای زن سرپرست را بالارفتن نرخ طلاق در ایران می‌دانند (۴).

عواملی نظیر طلاق، فوت، اعتیاد و از کارافتادگی همسر موجب آسیب‌پذیر شدن این گروه وسیع از جامعه و همچنین بروز مشکلاتی از جمله مشکلات مالی برای آنان می‌شود. زنان سرپرست خانوار علاوه بر وظیفه سرپرستی خانواده و کسب درآمد برای تأمین معاش، وظیفه خطیر مادری را نیز عهده‌دار هستند. تعدد نقش‌های مضاعف، دغدغه مسائل اقتصادی و نگرانی از آینده بر مشکلات آنان می‌افزاید. ایفای نقش‌های متعدد مستلزم تطبیق شرایط کار با وضعیت خانوادگی و حمایت‌های شغلی و مادری است. وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی آسیب‌پذیر زنان سرپرست خانوار بر کیفیت زندگی

آنان تأثیرگذار است (۵). خانواده‌های زن سرپرست اساساً با شکل طبیعی و سنتی خانواده‌های دو والدی در تضادند و در واقع پیدایش این گروه از خانواده‌ها نوعی انحراف محسوب می‌شود. در این خانواده‌ها به دلیل غیبت پدر و مادر و زندگانی زوجی، شانس‌های زندگی کودکان تا حد زیادی کاهش می‌یابد و اقتدارنداشتن پدر برای ساماندهی به زندگی خانوادگی، خانواده را با بحران مواجه می‌کند؛ بحرانی که با ورود زنان به بازار کار به جای انجام وظیفه سنتی به تربیت نامناسب کودکان، افت تحصیلی و بزهکاری آنان ختم می‌شود. به این ترتیب، طبقه زیرین از افراد منزوی تشکیل می‌شود که در محلات غیرسازمان‌یافته ساکن می‌باشند. در این محلات حضور خانواده‌های زن سرپرست، میزان بالای جنایت، معاملات مواد مخدر، افت تحصیلی، تولدهای بدون ازدواج و دریافت کمک‌های دولتی شایع است (۱).

یکی از مفاهیم الگوی توانمندسازی، خودکارآمدی^۱ است که عاملی مؤثر در کیفیت زندگی محسوب می‌شود و بر درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تأکید دارد. این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد. خودکارآمدی اساسی‌ترین سازوکار ضروری انسان برای مدیریت و کنترل رویدادهای زندگی و عبارت است از احساس شایستگی، کفایت و قابلیت کنار آمدن با زندگی و ادراک افراد از میزان مهارتی که بر زندگی خود دارند (۶). بندورا^۲ خودکارآمدی را درک و قضاوت فرد درباره توانمندی‌هایش تعریف کرده (۷) و آن را مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار دانسته است. این باورها تعیین‌کننده آغازگری رفتار از سوی فرد، میزان تلاش برای گسترش رفتار و حفظ تلاش در صورت برخورد با موانع و تجربیات آزردهنده است (۶).

فتحتی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافته‌اند که بین متغیرهای خودکارآمدی و کیفیت زندگی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد (۸). خودکارآمدی از متغیرهایی است که بر وضعیت سلامت (روانی و جسمی) فرد اثر می‌گذارد. درحالی‌که خودکارآمدی بالا با سلامت بهتر ارتباط دارد؛ خودکارآمدی پایین با نشانه‌های اضطراب، افسردگی و نشانه‌های روان‌تنی بالا ارتباط دارد (۹). نبوی با مطالعه درباره خودکارآمدی و سلامت روان معلمان دریافته است که خودکارآمدی اثر

^۱ self-efficacy

^۲ Bandura

شادنبودن و وجود استرس می‌تواند اثرات منفی بر سلامتی افراد داشته باشد. افرادی که استرس دارند در مقایسه با افراد دیگر بیشتر احتمال دارد که به بیماری‌های جسمانی و روانی مبتلا شوند. به هر حال شادنبودن می‌تواند فرد را در برابر بیماری‌های جسمانی آسیب‌پذیر سازد (۱۵). نتایج مطالعه معینی و همکاران نشان می‌دهد که افراد با شادکامی بالاتر از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (۱۶).

با توجه به اینکه زنان نقش مؤثر و کلیدی در سلامت روانی خانواده و اجتماع دارند، شناخت دقیق ادراکات، قضاوت‌ها و ارزیابی‌های آنان از خود و دنیای مادی و اجتماعی خویش که می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی آنان تأثیر بگذارد، حائز اهمیت است. با توجه به مطالعات پیشین، تاکنون هیچ پژوهشی با چهار متغیر یادشده در بالا صورت نگرفته است؛ بدین ترتیب، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر باور خودکارآمدی و شادکامی بر ابعاد سلامت جسمانی و روانی زنان سرپرست خانوار انجام گرفته است که می‌تواند زمینه را برای پژوهش‌های بعدی فراهم نماید.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: جهت رعایت اصول اخلاقی در مطالعه حاضر، قبل از ورود افراد به پژوهش، آنان نسبت به روش اجرا و هدف از مطالعه آگاه شدند و با رضایت آگاهانه فرم رضایت‌نامه را تکمیل و در مطالعه شرکت کردند. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات شخصی آنان محرمانه باقی خواهد ماند. سؤالات برای افراد بی‌سواد و زیر دیپلم از طریق خواندن پرسش‌نامه‌ها برای آنان تکمیل شد و افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر، خود به سؤالات پاسخ دادند.

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری تمامی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان آبادان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۹۵ نفر برای نمونه انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا حجم نمونه بر اساس اهداف مطالعه و مطالعات پیشین (۱، ۱۷) تعیین شد. از ۲۰۰ پرسش‌نامه توزیع شده، ۱۹۵ پرسش‌نامه تکمیل شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه چهاربخشی بود. بخش اول مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی شامل سن، وضعیت تأهل، علت سرپرستی، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد اعضای خانواده، ارزیابی وضعیت

مستقیم بر سلامت روان معلمان دارد. بین متغیر خودکارآمدی با نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی رابطه منفی معناداری وجود دارد و خودکارآمدی می‌تواند تغییرات این سه متغیر را در افراد مورد مطالعه به‌گونه‌ای معنادار تبیین و پیش‌بینی کند (۱۰). خودکارآمدی نیز یکی از متغیرهایی است که متأثر از شادکامی است. شادکامی بر باورهای خودکارآمدی تأثیر مثبتی دارد (۶). شادکامی منشأ اعتماد خوشبینانه فرد نسبت به توانایی‌های خود است. باورهای خودکارآمدی در مدیریت موقعیت‌های زندگی سبب ایجاد انتظارات واقع‌بینانه و تفکرات مثبت درباره خود و رویدادهای زندگی می‌شود و فقدان اعتماد و اطمینان نسبت به توانایی‌های خود موجب بروز عواطف منفی می‌شود. این‌گونه افراد به دلیل ناتوانی در کنترل تهدیدها، اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و ناکارآمدی خود را گسترش می‌دهند و بسیاری از جنبه‌های محیطی را پر خطر و تهدیدزا می‌بینند که این امر موجب کاهش شادکامی آنان می‌شود. افراد شاد به شرایط و اتفاقات به شیوه مثبت‌تر و سازگارانه‌تری پاسخ می‌دهند (۶). نتایج پژوهش فولادچنگ و حسن‌نیا درباره زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد افرادی که به تنظیم هیجان مجهز هستند شادی بیشتری را تجربه می‌کنند و به دلیل توانایی کنترل موقعیت‌ها کارآمدتر می‌باشند (۱۱).

نشاط و شادی از نیازهای اولیه فطری و ضروری انسان به شمار می‌رود و می‌توان آن را از مهم‌ترین عوامل سلامت خانواده و جامعه دانست؛ شادکامی را می‌توان یک مؤلفه سلامت در نظر گرفت. ارسطو معتقد است شادکامی حقیقی از تجلی فضیلت حاصل می‌شود (۱۲). احساس شادکامی هدف مشترک انسان‌ها است و همگی برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند (۱۳). در سال‌های اخیر روان‌شناسان مثبت‌نگر، بیش از پیش به تأثیر متغیرهای روان‌شناختی همچون شادکامی بر بهزیستی روانی، تأیید می‌کنند (۱۴). طبق تحقیقات انجام‌شده، شادکامی رابطه مستقیم با بهبود سیستم ایمنی بدن دارد. یکی از دلایل اینکه افراد باید سطح شادی خود را افزایش دهند این است که ارتباطی نسبتاً قوی بین سطح شادی و سلامتی وجود دارد. البته در این باره که چرا سطح پایین شادی و نداشتن سلامتی به هم مرتبط هستند، دلایل مختلفی را می‌توان مطرح کرد: از جمله اینکه اشخاص ناخوش اغلب زندگی محدود و دردناکی دارند و این ویژگی‌های منفی زندگی‌شان موجب شادنبودن آنان می‌شود. نداشتن سلامتی می‌تواند موجب غمگینی شود. همچنین

اجتماعی ۰/۵۵ است (۱۶). بخش چهارم شامل سؤالات شادکامی آکسفورد^۳ بود. آرگایل و لو^۴ این ابزار بیست‌ونه ماده‌ای را در سال ۱۹۹۸ تدوین کرده‌اند (۲۱). در مطالعه میکائیلی، ضریب پایایی به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است (۲۲). این مقیاس با چهار گزینه مشخص شده که بیانگر سطح‌های متفاوت شادکامی است و گزینه‌های آن به‌ترتیب از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمرات عبارت‌های بیست‌ونه‌گانه، نمره کل پرسش‌نامه را تشکیل می‌دهد و نمره کل آزمودنی نیز از ۰ تا ۸۷ است. آرگایل و همکاران پایایی پرسش‌نامه را در خارج از کشور با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آورده‌اند (۱۳). علی‌پور و نوربالا این پرسش‌نامه را به فارسی ترجمه کرده‌اند و ضریب آلفای آن را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند (۲۳).

با توجه به میزان خطای در نظر گرفته شده (۰/۰۷)، حداقل حجم نمونه باید ۱۸۹ باشد.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} = \frac{1.96^2 (0.5)(0.5)}{(0.07)^2} = 189$$

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2} = \frac{1.96^2 (0.5)(0.5)}{(0.07)^2} = 189$$

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر در محدوده سنی ۸۰-۲۲ و میانگین سنی ۴۲/۱۹±۹۷/۱۱ قرار داشتند. ۳۷/۴ درصد (۷۳ نفر) زنان همسر داشتند و علت سرپرستی ۶۳/۹ درصد (۸۲ نفر) آنان داشتن همسر بیمار و ازکارافتاده بود. ۵۷/۴ درصد (۱۱۲ نفر) زنان تحصیلات زیر دیپلم داشتند. ۹۳/۸ درصد (۱۸۳ نفر) آنان خانه‌دار بودند. ۸۰ درصد (۱۵۶ نفر) شرکت‌کنندگان وضعیت اقتصادی ضعیفی داشتند. تعداد اعضای خانوار ۳۳/۹ درصد (۶۵ نفر) افراد ۴-۳ نفره بود. ۳۰/۹ درصد (۶۰ نفر) نیز مسکن استیجاری داشتند. ۶۸/۲ درصد (۱۳۳ نفر) نداشتن رضایت کلی از زندگی، ۴۲/۱ درصد (۸۲ نفر) وضعیت سلامتی در سطح متوسط و ۵۶/۴ درصد (۱۱۰ نفر) داشتن سابقه بیماری مزمن را گزارش کردند. در زمینه متغیر خودکارآمدی، ۷۵/۹ درصد (۱۴۸ نفر) زنان ارزیابی متوسط، ۱۷/۴ درصد (۳۴ نفر) بالا و ۶/۷ درصد (۱۳ نفر)

اقتصادی، وضعیت مسکن، ارزیابی رضایت کلی از زندگی و سابقه داشتن بیماری مزمن بود. بخش دوم شامل سؤالات خودکارآمدی عمومی شرر بود که شرر و مادوکس^۱ این مقیاس را که ۱۷ سؤال دارد در سال ۱۹۸۲ طراحی کرده‌اند. نمره‌گذاری سؤالات مقیاس مذکور به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) انجام می‌شود. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به‌صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. نمرات بالاتر بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و نمرات پایین‌تر بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تر است. شرر و همکاران پایایی کل و زیرمقیاس‌های آن را با روش روایی سازه ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند (۱۸). در ایران نیز جهانی ملکی ویژگی‌های روان‌سنجی آن را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴۰ برآورد کرده است (۱۹). بخش سوم شامل سؤالات کیفیت زندگی است که از پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ جهت ارزیابی سلامت جسمی و روانی زنان استفاده شده است. گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی این مقیاس را در سال ۱۹۹۶ با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۶ سؤال دارد و در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۲۰). سؤال اول کیفیت زندگی و سؤال دوم وضعیت سلامت را به‌طور کلی می‌سنجد. ۲۴ سؤال بعدی کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و رضایت از محیط ارزیابی می‌کند. هر حیطه به‌ترتیب ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال دارد. سؤال اول و دوم پرسش‌نامه هنگام تجزیه و تحلیل در داخل حیطه روابط اجتماعی قرار می‌گیرد. هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ دریافت می‌کند که امتیاز بالاتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد. پس از محاسبه نمره خام، بر اساس راهنمای پرسش‌نامه به هر حیطه امتیازی معادل صفر تا ۱۰۰ داده می‌شود که نمره صفر تا ۵۹ کیفیت زندگی نامناسب، ۶۰ تا ۸۹ کیفیت زندگی متوسط و ۹۰ تا ۱۲۰ کیفیت زندگی مناسب را نشان می‌دهد. مشخصه‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی این پرسش‌نامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به‌طوری که مقادیر همبستگی درون‌خوشه‌ای و آلفای کرونباخ آن در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ و تنها در حیطه روابط

^۳ Oxford happiness inventory (AHQ)

^۴ Argyle & Lu

^۱ Sherer & Maddux

^۲ WHOQOL

نفر) ارزیابی کم از میزان خودکارآمدی گزارش کردند. در زمینه متغیر شادکامی، ۴۲/۶ درصد (۸۳ نفر) زنان ارزیابی متوسط، ۳۷/۴ درصد (۷۳ نفر) بالا، ۱۰/۸ درصد (۲۱ نفر) بسیار بالا و ۹/۲ درصد (۱۸ نفر) نیز ارزیابی کم از میزان شادکامی خود

گزارش کردند. در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودکارآمدی، شادکامی و سلامت جسمانی و روانی در زنان سرپرست خانوار مشاهده می‌شود.

جدول ۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودکارآمدی، شادکامی و سلامت جسمانی و روانی در زنان سرپرست خانوار

متغیر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	۱۹۵	۸	۳۳	۲۰/۷۲	۴/۵۴
سلامت روانی	۱۹۵	۶	۳۴	۱۷/۴۱	۴/۱۳
خودکارآمدی	۱۹۵	۳۱	۸۰	۵۳/۸۷	۸/۹۹
شادکامی	۱۹۵	۳	۸۷	۴۴/۸۹	۱۷/۱۶

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود بین سلامت جسمانی و روانی با مقدار $P < 0/001$ رابطه آماری پیدا شد؛ یعنی بین سلامت جسمانی و سلامت روانی همبستگی به‌شدت قوی ($r = 0/591$) وجود داشت. همچنین، بین سلامت

روانی و خودکارآمدی با مقدار $P = 0/009$ نیز رابطه معناداری نشان داده شده است؛ یعنی بین سلامت روانی و خودکارآمدی همبستگی به‌شدت قوی ($r = 0/186$) وجود داشت.

جدول ۲) همبستگی بین متغیرهای خودکارآمدی و شادکامی با ابعاد سلامت جسمانی و روانی در زنان سرپرست خانوار

متغیر	سلامت جسمانی	سلامت روانی	خودکارآمدی	شادکامی
سلامت جسمانی	همبستگی P-value	۱ ۰/۰۰۰		
سلامت روانی	همبستگی P-value	۱ ۰/۵۹۱		
خودکارآمدی	همبستگی P-value	۰/۱۴۰ ۰/۰۰۹	۱ ۰/۱۸۶	
شادکامی	همبستگی P-value	۰/۵۵۷ ۰/۰۰۰	۰/۵۳۸ ۰/۰۰۰	۱ ۰/۱۷۹

یافته دیگر پژوهش ارتباط آماری بین سلامت جسمانی و شادکامی با مقدار $P < 0/001$ نشان داده است؛ یعنی بین سلامت جسمانی و شادکامی همبستگی به‌شدت قوی ($r = 0/557$) وجود داشت. همچنین، بین سلامت روانی و شادکامی نیز با مقدار $P < 0/001$ ارتباط پیدا شد؛ یعنی بین سلامت روانی و شادکامی همبستگی به‌شدت قوی ($r = 0/538$) وجود داشت. یافته دیگر مطالعه نشان داد که بین خودکارآمدی و شادکامی با مقدار $P = 0/012$ رابطه معناداری پیدا شد؛ یعنی بین خودکارآمدی و شادکامی همبستگی به‌شدت قوی ($r = 0/179$) وجود داشت (جدول شماره ۲).

آزمون تعقیبی دانکن^۱ برای متغیر خودکارآمدی مشخص شد میزان خودکارآمدی زنان مطلقه بیشتر از دیگران بوده است و در زمینه متغیر شادکامی، میزان شادکامی زنان مجرد بیشتر از زنان دیگر بود. میزان شادکامی در افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر بیشتر از زنان بی‌سواد و زیر دیپلم بود. در میزان متغیر سلامت روانی نیز ارتباط معناداری در سه سطح تحصیلات با مقدار $P < 0/05$ وجود داشت؛ میزان سلامت روانی زنان با تحصیلات دیپلم و بالاتر بیشتر از زنان بی‌سواد و زیر دیپلم بود. با انجام آزمون من‌ویتنی^۲ برای متغیرهای سلامت جسمانی مشخص شد میزان متغیر سلامت جسمانی زنان با تحصیلات دیپلم و بالاتر

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، بین متغیر خودکارآمدی با وضعیت تأهل نیز ارتباط معناداری وجود داشت ($P < 0/05$) با

^۱) Duncan

^۲) Mann-Whitney

جسمانی قرار گرفتند و در کل ۷۹/۲ درصد از پیش‌بینی‌ها صحیح بود. علاوه‌براین، سطح تحصیلات به‌طور معنی‌داری سلامت جسمانی افراد را پیش‌بینی می‌کرد. یعنی با افزایش سطح تحصیلات میزان سلامت جسمانی افزایش می‌یافت.

به‌منظور شناسایی و ارزیابی عوامل مؤثر بر سلامت روانی، آزمون تحلیل رگرسیون لجستیک انجام شد که در آن عامل سلامت روانی متغیر وابسته و متغیرهای جمعیت‌شناختی متغیرهای پیش‌بین (مستقل) در نظر گرفته شدند. در کل ۱۹۵ نفر در تحلیل وارد شدند و مدل کامل به‌طور معنی‌داری پایا بود ($P=۰/۰۰۸$ و $df=۱۱$ ، $X^2=۴۳/۱۴۰$).

در پیش‌بینی رگرسیون لجستیک سلامت روانی، ۸۵/۴ درصد از افراد که سلامت روانی نداشتند به‌درستی پیش‌بینی شدند و در ردهٔ افراد بدون سلامت روانی قرار گرفتند. همچنین، ۷۷/۴ درصد از افراد که سلامت روانی داشتند نیز به‌درستی پیش‌بینی شدند و در ردهٔ افراد با سلامت روانی قرار گرفتند و در کل ۸۱/۹ درصد از پیش‌بینی‌ها صحیح بود. علاوه‌براین، متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، سطح تحصیلات، رضایت از زندگی و داشتن سابقهٔ بیماری مزمن به‌طور معنی‌داری سلامت روانی افراد را پیش‌بینی می‌کرد. جهت تأثیر سن و سطح تحصیلات مثبت بود؛ یعنی با افزایش آنها میزان سلامت روانی نیز افزایش می‌یافت؛ ولی جهت تأثیر رضایت از زندگی و داشتن سابقهٔ بیماری مزمن منفی بود؛ یعنی با افزایش آنها میزان سلامت روانی کاهش می‌یافت.

همبستگی چندگانه بین سلامت جسمانی و خودکارآمدی و شادکامی با تحلیل رگرسیون لجستیک انجام شد. همبستگی بین متغیر سلامت جسمانی و خودکارآمدی و شادکامی ۰/۴۵۸ و توان دوم همبستگی ۰/۲۱۰ بود. مقدار F در مدل (متغیرهای پیش‌بین: خودکارآمدی و شادکامی) برابر ۲۵/۴۷ با مقدار $P<۰/۰۰۱$ بود. بنابراین متغیرهای خودکارآمدی و شادکامی قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت جسمانی بودند.

با تحلیل رگرسیون لجستیک، همبستگی بین متغیر سلامت روانی با خودکارآمدی و شادکامی ۰/۴۷۴ و توان دوم همبستگی ۰/۲۲۵ بود. مقدار F نیز در مدل (متغیرهای پیش‌بین: خودکارآمدی و شادکامی) برابر ۲۷/۸۰۹ با مقدار $P<۰/۰۰۱$ بود. بنابراین متغیرهای خودکارآمدی و شادکامی قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت روانی بودند.

بیشتر از میزان سلامت جسمانی زنان با تحصیلات زیر دیپلم و بی‌سواد بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که ارتباط معناداری بین متغیرهای شادکامی و سلامت روانی بر اساس وضعیت اشتغال با مقدار $P<۰/۰۵$ وجود داشت؛ و با توجه به میانگین‌ها مشخص شد میزان متغیرهای شادکامی و سلامت روانی در زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار بود. علاوه‌براین، بین متغیرهای شادکامی و سلامت جسمانی با مقدار $P<۰/۰۵$ رابطهٔ معناداری یافت شد و میزان متغیرهای شادکامی و سلامت جسمانی بر اساس وضعیت اقتصادی ارتباط معناداری با هم داشتند و با توجه به میانگین‌ها مشخص شد میزان متغیرهای شادکامی و سلامت جسمانی در زنان با وضعیت اقتصادی متوسط و خوب بیشتر از زنان با وضعیت اقتصادی ضعیف بود. همچنین، بین متغیرهای شادکامی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بر اساس رضایت کلی از زندگی نیز ارتباط معناداری با مقدار $P<۰/۰۵$ ملاحظه شد و با توجه به میانگین‌ها مشخص شد میزان متغیرهای شادکامی، سلامت جسمانی و سلامت روانی در زنانی که رضایت کلی از زندگی داشتند بیشتر از زنانی بود که رضایت کلی از زندگی نداشتند.

یافتهٔ دیگر مطالعه نشان داد که بین متغیرهای شادکامی و سلامت جسمانی با مقدار $P<۰/۰۵$ ارتباط معناداری وجود داشت. میزان متغیرهای شادکامی و سلامت جسمانی بر اساس داشتن سابقهٔ بیماری مزمن نیز ارتباط معناداری با هم داشتند و با توجه به میانگین‌ها مشخص شد میزان متغیرهای شادکامی و سلامت جسمانی در زنانی که سابقهٔ بیماری مزمن نداشتند بیشتر از زنانی بود که سابقهٔ بیماری مزمن داشتند.

به‌منظور شناسایی و ارزیابی عوامل مؤثر بر سلامت جسمانی، آزمون تحلیل رگرسیون لجستیک^۱ انجام شد که در آن عامل سلامت جسمانی متغیر وابسته و متغیرهای جمعیت‌شناختی متغیرهای پیش‌بین (مستقل) در نظر گرفته شدند. در کل ۱۹۵ نفر در تحلیل وارد شدند و مدل کامل به‌طور معنی‌داری پایا بود ($P=۰/۰۰۵$ و $df=۱۱$ ، $X^2=۲۶/۶۸۹$).

در پیش‌بینی رگرسیون لجستیک سلامت جسمانی، ۸۱/۶ درصد از افراد که سلامت جسمانی نداشتند به‌درستی پیش‌بینی شدند و در ردهٔ افراد بدون سلامت جسمانی قرار گرفتند. همچنین، ۷۶/۵ درصد از افراد که سلامت جسمانی داشتند نیز به‌درستی پیش‌بینی شدند و در ردهٔ افراد با سلامت

^۱) Logistic Regression

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر باور خودکارآمدی و شادکامی بر ابعاد سلامت جسمانی و روانی زنان سرپرست خانوار انجام شد، بیشتر زنان ارزیابی متوسطی از میزان خودکارآمدی و شادکامی خود گزارش کردند. در پژوهش مشابهی که صلحی درباره سلامت عمومی و خودکارآمدی زنان انجام داد، میانگین خودکارآمدی زنان مورد مطالعه در حد متوسط بود (۴). در مطالعه ماسائو^۱ درباره زنان سرپرست خانوار در شهر ماچاکوس کنیا، اغلب زنان (۴۶/۷ درصد) احساس شاد نبودن را در زندگی گزارش کرده‌اند (۲۴). نتایج مطالعه‌ای کیفی درباره موانع شادمانی زنان سرپرست خانوار در تهران نشان داده است که موانع شادمانی به شیوه‌های گوناگون در زندگی اجتماعی این گروه مداخله می‌کند و در نهایت نیز به طردشدگی خودخواسته و تحمیلی در زندگی آنان منجر می‌شود. شرایط نامناسب گذشته و حال و پیش‌بینی آشفته از آینده‌ای مبهم، بستری را برای کاهش احساس شادمانی فراهم می‌آورد؛ راهکارهای مقابله‌ای را در قالب احساس نابرابری، افسردگی و فشار روحی و روانی شکل می‌دهد و به احساس بی‌انصافی درباره خود و طرد اجتماعی منجر می‌شود (۲۵).

در مطالعه حیدری بیشتر شرکت‌کنندگان ارزیابی متوسطی از سلامت جسمانی خود گزارش کرده‌اند (۲۶)؛ در مطالعه حاضر نیز زنان از جنبه سلامت جسمانی در سطح متوسط و از جنبه سلامت روانی در سطح ضعیف قرار داشتند. از آنجاکه این گروه از زنان اغلب با عوامل آسیب‌زای متعددی مواجه هستند می‌توان چنین گفت که استرس در بروز بیماری‌های جسمی و روانی و اختلال در عملکرد و قدرت سازگاری افراد بسیار تأثیرگذار بوده است (۲۷). علاوه بر این، ارتباط معنی‌داری بین خودکارآمدی با وضعیت تأهل مشاهده شده است. میزان خودکارآمدی زنان مطلقه بیشتر از زنان دیگر به‌ویژه مجردها بوده است. از آنجاکه باورهای خودکارآمدی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار هستند، این باورها تعیین‌کننده آغازگری رفتار از سوی فرد، میزان تلاش برای گسترش رفتار و حفظ تلاش در صورت برخورد با موانع و تجربیات آزردهنده است (۶). شاید یکی از ویژگی‌های فردی در زنان مطلقه مورد مطالعه، برخورداری از باور خودکارآمدی است که تصمیم به متارکه از همسران ناکارآمد خود گرفته‌اند.

در مطالعه فیروزی درباره زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان قرچک، بین میانگین خودکارآمدی عمومی زنان مطلقه و فوت همسر تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۲۸). دلیل این تفاوت می‌تواند حجم نمونه بالا و نوع جامعه باشد که همه گروه‌های زنان سرپرست خانوار را شامل می‌شود. در زمینه متغیرهای جمعیت‌شناختی، بیشتر زنان در سن میان‌سالی قرار داشتند که با مطالعات دیگر همسو است (۵)، ۲۹، ۳۰. علت سرپرستی بیشتر زنان مورد مطالعه، داشتن همسران بیمار و ازکارافتاده بود. در مطالعات مشابه، فوت و طلاق همسر مهم‌ترین علت تحت پوشش قرار گرفتن زنان بود (۴، ۲۹-۳۱). یافته دیگر پژوهش نشان داد که بیشتر زنان مورد مطالعه کم‌سواد بودند. در مطالعات دیگر، بیشتر زنان از نعمت سواد بی‌بهره بودند (۲۹-۳۱). همچنین، بین شادکامی و وضعیت تأهل نیز ارتباط معناداری پیدا شد، به‌طوری که میزان شادکامی زنان مجرد بیشتر از زنان دیگر بود. در مطالعه منتظری افراد مطلقه/بیوه و متأهل شادکامی کمتری نسبت به افراد مجرد داشتند (۳۲). حیاتی در دو مطالعه خود درباره دانشجویان و کارکنان بخش سلامت دانشکده علوم پزشکی آبادان، بین دو متغیر شادکامی و وضعیت تأهل ارتباط آماری پیدا نکرده است (۳۲، ۳۳). اما دانش در مطالعه خود نشان داده که سطح شادکامی دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد است. همچنین، نشانه‌های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، میزان افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی در دانشجویان متأهل کمتر از دانشجویان مجرد است (۳۴). به نظر می‌رسد در زنان خودسرپرست مجرد که تاکنون تجربه ازدواج ناموفق را نداشته‌اند و از تنش‌ها و آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از آن در امان بوده‌اند، این امر می‌تواند دلیلی برای بیشتر شادبودن آنان نسبت به زنان دیگر مورد مطالعه بوده باشد؛ و دلیل دیگر هم می‌تواند تفاوت جامعه مورد مطالعه نسبت به مطالعات دیگر باشد.

در مطالعه حاضر بین متغیرهای شادکامی و سلامت روانی بر اساس وضعیت اشتغال ارتباط معناداری پیدا شد. به‌طوری که رابطه متغیرهای مذکور در زنان شاغل بیشتر از زنان خانه‌دار بود. ایجاد اشتغال این فرصت را به افراد می‌دهد تا ضمن کسب منبع درآمدی که مستقیماً بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار است، وارد شبکه‌ای از روابط اجتماعی شوند و برخی از انواع حمایت اجتماعی از حمایت ابزاری گرفته تا حمایت اطلاعاتی و عاطفی را دریافت نمایند. این امر در نهایت می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد و ابعاد آن مؤثر واقع

^۱) Musau

^۲) Machakos Country & Kenya

خوراک، پوشاک، مسکن و برخورداری از مزایای بیمه‌های درمانی و غیره دارد؛ و کمبود آن به شدت می‌تواند بر میزان شادمانی، کیفیت زندگی و سطح سلامتی افراد اثر بگذارد.

یافته دیگر پژوهش اختلاف معناداری بین متغیرهای سلامت روانی و وضعیت مسکن نشان داد. به طوری که، میزان سلامت روانی زنان برخوردار از مسکن سازمانی کمتر از زنان برخوردار از مسکن‌های استیجاری، شخصی و غیره بوده است. به نظر می‌رسد سکونت در منازل سازمانی وابسته به اداره بهزیستی شهرستان آبادان نسبت به محل‌های مسکونی دیگر شرایط مطلوبی ندارد. از این رو، از مسئولان امر انتظار می‌رود شرایط سکونت بهتری را جهت تأمین رفاه حال خانوارهای تحت پوشش خود فراهم نمایند. علاوه بر این، بین متغیرهای شادکامی و سلامت جسمانی و سلامت روانی بر اساس رضایت کلی از زندگی ارتباط معناداری پیدا شد. به طوری که میزان شادکامی و سلامت جسمانی و روانی در زنانی که رضایت کلی از زندگی داشتند بیشتر از زنانی بود که از زندگی رضایت نداشتند؛ زیرا افراد راضی و خشنود هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند؛ از رویدادهای اطراف خود ارزیابی مثبت‌تری دارند؛ رضایت بیشتری از زندگی دارند و از نظام ایمنی سالم‌تر و خلاقیت بیشتری برخوردارند (۳۸).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین شادکامی و سلامت جسمانی و داشتن سابقه بیماری مزمن ارتباط معناداری وجود داشت. میزان شادکامی و سلامت جسمانی در زنانی که سابقه بیماری مزمن نداشتند بیشتر از زنانی بود که سابقه بیماری مزمن داشتند. در مطالعه ریماز، داشتن بیماری ارتباط منفی معناداری با سلامت جسمانی و روانی در زنان دارد (۱۷). تحقیقات نشان می‌دهد شادی صرف نظر از چگونگی کسب آن می‌تواند سلامتی جسمانی را بهبود بخشد (۳۹).

نتایج این مطالعه نشان داد بیشتر زنان در میان‌سالی قرار داشتند و مهم‌ترین علت سرپرستی، داشتن همسر بیمار و از کار افتاده بود که این عوامل می‌تواند استرس بیشتری بر زنان تحمیل کند. بنابراین، می‌توان با فراهم‌سازی امکانات درمانی و بازتوانی مؤثر برای همسران بیمارشان به بهبود کیفیت زندگی این زنان کمک کرد. علاوه بر این، خودکارآمدی و شادکامی متغیرهای پیش‌بینی‌کننده وضعیت سلامت جسمانی و روانی زنان بودند. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، تحصیلات مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده و تأثیرگذار بر سلامت جسمانی پاسخگویان بود. از این رو، پیشنهاد می‌شود که مسئولان امر با اجرای مداخلات مؤثر همچون برگزاری

شود و آن را به طرز چشمگیری بهبود بخشد (۳۴). در مطالعات مشابه، زنان سرپرست خانواری که وضعیت اقتصادی خود را بهتر ارزیابی کرده‌اند از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند (۲۹، ۳۵). داشتن کار و اشتغال به فرد احساس امنیت، استقلال، مسئولیت‌پذیری و توانایی اداره کردن خود را می‌دهد و بی‌شک می‌تواند از عوامل مؤثر بر میزان شادکامی و سلامت روانی آنان باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که میزان شادکامی در افراد با تحصیلات دیپلم/بالاتر بیشتر از زنان بی‌سواد و زیر دیپلم بود. این یافته با نتیجه مطالعه منتظری و همکاران که نشان داده‌اند سطح تحصیلات نیز ارتباط معناداری با میزان شادکامی فرد دارد و افراد در سطوح تحصیلی پایین‌تر، وضعیت شادکامی نامناسب‌تری دارند، همسو است (۳۶). در این مطالعه، به نظر می‌رسد سطح تحصیلات با تحت تأثیر قراردادن شغل و درآمد بیشتر در ارتقای سطح سلامت جسمی و روانی افراد ایفای نقش می‌کند. علاوه بر این، بین متغیرهای سلامت جسمانی و میزان تحصیلات نیز ارتباط مثبت و معناداری پیدا شد. به طوری که سلامت جسمانی در زنان با تحصیلات دیپلم/بالاتر بیشتر از زنان با تحصیلات زیر دیپلم و بی‌سواد بود. نتیجه مطالعه سیف‌زاده نشان می‌دهد که افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم، از سلامت بیشتری نسبت به بی‌سوادان و افراد با تحصیلات زیر دیپلم برخوردارند که با نتیجه پژوهش حاضر همسو است (۳۷). بی‌تردید، برخورداری از سطح سواد و دانش بیشتر، پیش‌بینی‌کننده قوی در انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت است که در نهایت به افزایش سلامتی فرد منجر می‌شود.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، ارتباط مثبت و معناداری بین متغیرهای شادکامی و سلامت جسمانی با وضعیت اقتصادی وجود داشت. به طوری که ارتباط این متغیرها در زنانی که وضعیت اقتصادی خود را در حد متوسط/خوب ارزیابی کرده بودند بیشتر از زنانی بود که وضعیت اقتصادی خود را ضعیف ارزیابی کرده بودند. این یافته پژوهش با نتیجه مطالعه منتظری که درباره میزان شادکامی مردم ایران در استان‌های مختلف انجام شده، همسو است. نتایج پژوهش یادشده نشان می‌دهد که افراد در سطوح پایین‌تر اقتصادی در مقایسه با افراد در سطح اقتصادی خوب/بسیار خوب به صورت معناداری وضعیت شادکامی خود را کمتر ارزیابی می‌کنند (۳۶). در کشورهای که مردم با بحران‌های اقتصادی مواجه هستند، پول نقش بسیار مهمی در رفع نیازهای ابتدایی و منطقی همچون

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، دانشکده علوم پزشکی آبادان حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشته است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

نظارت بر طرح و نگارش کل مقاله: مؤلف اول و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: مؤلفان دوم و سوم.

References

1. Momenizadeh N. Tahlil-e Moghyese-ei dar Khosoos-e Znan-e Sarparast-e Khanevar. Economic Journal. 2014;14(3):95-120. (Full Text in Persian)
2. Enayatifar E, Miri M, Norozi E, Hosseini T, Malaki Moghadam H. A study on mental health status and coping skills in female household heads in Birjand. Daneshvar. 2018;25(135):11-8. (Full Text in Persian)
3. Safariniya M, Mehmannaevan A. The effectiveness of self-encouragement on promotion of assertiveness skills and general self-efficacy of household-headed females. Jzv. 2015;5(4):107-130. (Full Text in Persian)
4. Kordzanganeh J, Mohamadian H, Sohrabi S. Women's sense of security and the effective factors on it (case study of the headed household women that covered by welfare Ramhormoz city). Women's Strategic Studies (Ketabe Zanan). 2016;18(71):109-30. (Full Text in Persian)
5. Solhi M, Shabani Hamedan M, Salehi M. Determinants of quality of life in Female-headed households based on educational and ecological cognition stage of precede-proceed model. Razi Journal of Medical Sciences. 2016;23(144):109-18. (Full Text in Persian)
6. Gholamali LM, Rastgoo L, Azarniad A, Ahmadi T. The effect of happiness cognitive-behavioral training on self-efficacy beliefs and academic stress. Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning. 2015;3(2):1-18. (Full Text in Persian)
7. Jamshidi MA, Moghadam MF, Ghorbani S, Farhoush M. Self-efficacy and resilience as mediators in the relationship between test anxiety and spiritual

دوره‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و بهداشت روان و توان‌افزایی در حوزه مهارت‌های شغلی و همچنین برگزاری کلاس‌های سوادآموزی برای بانوان بی‌سواد و کم‌سواد جوان به ارتقای این شاخص‌های سلامت در این قشر از زنان آسیب‌پذیر جامعه بپردازند.

به‌طور کلی با توجه به مطالعات پیشین، تاکنون هیچ پژوهشی با چهار متغیر یادشده در زنان صورت نگرفته است. بنابراین، از نقاط قوت پژوهش حاضر، افزایش دانش و آگاهی در حوزه اپیدمیولوژی، شاخص‌های روان‌شناختی و وضعیت سلامت زنان تحت پوشش است که می‌توان نتایج را به مسئولان ذی‌ربط انعکاس داد.

محدودیت‌های پژوهش

به دلیل اینکه بیشتر زنان مورد مطالعه کم‌سواد و بی‌سواد و دارای شرایط عاطفی و روانی نامساعدی بودند و به زبان فارسی نیز تسلط کامل نداشتند؛ بی‌تردید در پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه‌ها که از طرف محقق مطرح می‌شد، بی‌تأثیر نبوده است که از محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگر محسوب می‌شود.

پیشنهاد‌های پژوهش

از آنجاکه مطالعه حاضر توصیفی است به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی با پژوهش‌های کیفی بتوانند به نتایج مطمئن‌تر و پذیرفتنی‌تری دست یابند.

قدردانی

پژوهشگران از معاونت محترم پژوهش تحقیقات و فناوری دانشکده علوم پزشکی آبادان به‌سبب فراهم‌نمودن این فرصت پژوهشی و همچنین کارکنان اداره بهزیستی شهرستان آبادان و تمامی زنانی که آنان را در انجام این مطالعه یاری کردند، قدردانی می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این مطالعه برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشکده علوم پزشکی آبادان در تاریخ ۱۳۹۷/۱/۲۶ به شماره 96U-220 است که کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی آبادان آن را تأیید کرده است.

کد اخلاق: IR.ABADANUMS.REC.1396.256

intelligence among high school students in Qom. *J Res Relig Health*. 2017;4(1):7-21. (Full Text in Persian)

8. Fathi A, Khayer M, Atigh M. The relationship between self-efficacy and quality of life due to the mediating role of resilience in cardiovascular patients. *J Psychological Models and Methods*. 2011;2:109-22. (Full Text in Persian)

9. Fooladvand K, Farzad V, Shahraray M, Sangari AA. Role of social support, academic stress and academic self-efficacy on mental and physical health. *Contemporary psychology*. 2009;4(2):81-93. (Full Text in Persian)

10. Nabavi S, Sohrabi F, Afrouz G, Delavar A, Hosseini S. Predicting the mental health of teachers based on the variables of self-efficacy and social support. *Health Education and Health Promotion*. 2017;5(2):129-38. (Full Text in Persian)

11. Fooladchang M, Hassannia S. The Effectiveness of Emotional Regulation on Happiness and Self -Efficacy of Female- Headed Households. *Quarterly journal of women and society*. 2015;5(20):89-106. (Full Text in Persian)

12. Dehghani E, Nejat S, Yasiri M. The correlation between spiritual well-being and happiness in the administrative staff of Semnan University of Medical Sciences. *J Res Relig Health*. 2015;3(2):9-18. (Full Text in Persian)

13. Hosseini K, Abad MJ, Khodae MSA. Investigation of relationship between the pilgrimage of Imam Reza (AS) with a happiness and life satisfaction. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2016;2(2):3-11. (Full Text in Persian)

14. Kye SY, Kwon JH, Park K. Happiness and health behaviors in South Korean adolescents. *Epidemiology and Health*. 2016;38:1-7.

15. Abdollahi S, Mehrabzadeh HM, Sodani M. The effect of happiness training on blood pressure and happiness in patients with blood pressure. *Journal of Social Psychology*. 2012;7(23):61-79. (Full Text in Persian)

16. Moeini B, Mohammadi Y, Babamiri M, Barati M, Rashidi S. Relationship between happiness and mental health status among high school female students: A descriptive-analytic study. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;14(11):942-51. (Full Text in Persian)

17. 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. (Full Text in Persian)

18. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale:

Construction and validation. *Psychological reports*. 1982;51(2):663-71.

19. Jahani Maleki S, Sharifi M, Jahani Maleki R, Nazari Bolani G. The relationship between awareness levels of life skill with self efficacy beliefs among Shahid Beheshti university student. *J Modern Psycholo Res*. 2011;6(22):19-49. (Full Text in Persian)

20. Samadifard HR, Mikaeili N. The role of locus of control and cognitive fusion in the prediction of quality of life in diabetic patients. *Pajouhan Scientific Journal*. 2016;15(1):9-18. (Full Text in Persian)

21. Argyle M. *The social psychology of work*: Penguin Books; 1989.

22. Mikaeili N, Samadifard H. The Prediction of Suicidal Thoughts Based on Happiness, Self-esteem and Spiritual Health among Female Teenagers. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2019;5(3):59-71. (Full Text in Persian)

23. Alipoor A, Noorbala AA. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford happiness questionnaire in students in the universities of Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1999;5(1):55-66. (Full Text in Persian)

24. Musau JM, Kisovi LM, Otor SC. Marital instability and its impact on female-headed household livelihoods in Machakos Country, Kenya. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2015;5(8):145-53.

25. Azadeh MA, Tafteh M. The Obstacles of Happiness from the View of Female-headed Households of Tehran. *Woman and Family Studies*. 2016;2(3):33-60. (Full Text in Persian)

26. Heidari A, Mirzaei E. Brresi-e Vaziat-e Salamat-e Zanan-e Sarparast-e Khanevar-e Shahri va Roostaei-ye Shahrestan-e Jahrom va Avamel-e Ejtemaei-Eqtesadi-ye Mortabet ba an. *The Women and Families Cultural-Educational Journa*. 2014;9(27):135-63. (Full Text in Persian)

27. Khamseh F, Roohi H, Ebaady A, Hajiamini Z, Salimi H, Radfar S. Survey Relationship between demographic factors and stress, anxiety and depression in nurses working in selected hospitals in Tehran city. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2011;21(1):13-21. (Full Text in Persian)

28. Firoozi F, Ahmadi AA, Shirkovand AA. Moghayese Rezayat az Zendegi va Khod-Karamadi Omoomi-e Zanan Motalagh-e va Fovt-e Hamsar Komit-e Emdad-e Emam Khomeini Shahrestan-e Gharchk dar sal-e 1392 . The first national conference on Applied Research in the Humanities and Psychology. 2018:1-13. (Full Text in Persian)

29. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K, Shahbazi N, Naderi Z, Sohrabnejad A. Relationship Between Socioeconomic Status and Quality of Life in the Female-Headed Households. *Socialworkmag*. 2014; 3 (1):27-33. (Full Text in Persian)

30. Edrisi A, Hatamvand Z. Barresi-e Mekanism-e Tasir-e Eshteghal bar Kiyfiat-e Zendegi-e Zanan-e Sarparast-e Khanevar. Journal of social sciences. 2012;6(3):97-127. (Full Text in Persian)
31. Sadeghi AA. Zanan-e Sarparast-e Khanevar va Asibhay-e Ejtemaei va Fardi Pish-e Roy-e anha. 2nd International Conference Women's ability and increase ability of Female Headed Households.2007;225-51. (Full Text in Persian)
32. Hayati F, Mahboubi M, Zahedi A, Mehr BR, Mohammadi M. A study of the relationship between daily spiritual experiences and happiness in students at Abadan School of Medical Sciences (Withdrawn article). International Journal of Advanced Biotechnology and Research. 2017;8(2):572-9.
33. Hayati F, Mahmoudi N, Mahboubi M, Akbari-Nassaji N. The relationship between happiness and demographic characteristics in hospitals' staff in Abadan. International Journal of Advanced Biotechnology and Research. 2017;8(2):636-43.
34. Danesh E. A comparison of happiness, physical and mental health in male and female students' married and single of university. J Applied Psychology 2011;4,4(16).56-71. (Full Text in Persian)
35. 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. sjimu. 2015;23(1):56-62. (Full Text in Persian)
36. Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Happiness among Iranians: findings from the Iranian Health Perception Survey (IHPS). Payesh (Health Monitor). 2012;11(4):467-75. (Full Text in Persian)
37. Seifzadeh A. Investigating the relationship between socio-economic status and health of older adults: a case study in Azarshahr. Nurs Vulnerable J. 2016;3(7):12-23. (Full Text in Persian)
38. Naemi AM. The effect of resiliency training on mental health, optimism and life satisfaction of female-headed households. Positive Psychology Reseach. 2015;1(3):33-44. (Full Text in Persian)
39. Mobaraki MH, Vaziri M, Giahi Z. The effect of organizational climate on entrepreneurial characteristics of university staff: the case at Alzahra University. The Journal of New Thoughts on Education. 2012;8(2):115-38. (Full Text in Persian)