

## بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

یاسر رضاپور میرصالح<sup>۱\*</sup>، محسن فلاح<sup>۲</sup>، مصطفی صابری<sup>۳</sup>

### چکیده

زنان سرپرست خانوار در معرض آسیب‌های مختلف روانشناختی و اجتماعی هستند که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان میبد بود. این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع طرح‌های دوگروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان بی سرپرست تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان میبد تشکیل می‌دادند که تعداد ۳۰ نفر از این افراد با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش طی دوازده جلسه دو ساعته، دو بار در هفته، تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. هر دو گروه قبل و بعد از اجرای آموزش، به تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پرداختند. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون کوواریانس چند راهه (مانکووا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری داشت. این تأثیر در هر چهار زیرمقیاس این متغیر نیز معنی‌دار بود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که برای ارتقای کیفیت زندگی زنان بی سرپرست می‌توان از آموزش مهارت‌های زندگی استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، زنان بی سرپرست، مهارت‌های زندگی.

<sup>۱</sup> - استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اردکان

<sup>۲</sup> - دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یزد

<sup>۳</sup> - دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی

\*- نویسنده مسوول مقاله: y.rezapour@ardakan.ac.ir

## مقدمه

از جمله مهم‌ترین معیارها جهت سنجش توسعه یافتگی یک کشور، میزان اهمیت و اعتباری است که زنان در آن کشور دارا می‌باشند. یکی از عمده‌ترین اقشار در معرض آسیب، جوامع زنان بی سرپرست می‌باشند که بیش از سایرین در معرض تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار دارند (Aghajanian & Thompson, 2013: 117). 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 می‌شوند و آنها را با مشکلاتی از قبیل بیماری‌های جسمانی، مشکلات خواب و افسردگی مواجه می‌کنند که در نهایت کیفیت زندگی خود و خانواده‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Hernández, Aranda & Ramírez, 2009: 180). امروزه علی‌رغم ایجاد تغییرات فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی بسیاری از افراد به خصوص زنان بی سرپرست، آنها فاقد توانایی‌های اساسی و مهارت‌های لازم برای مواجهه شدن با مشکلات خاص زندگی خود هستند و همین امر این گروه از زنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی آسیب پذیر نموده است (Meyer & Abdul-Malak, 2015: 104). علی‌رغم تأسیس نهادها و سازمان‌های مختلف در تحقق حقوق و آموزش زنان سرپرست خانوار و به رغم هزینه‌های قابل توجه، این زنان از مسائل و مشکلات ناشی از فقر اقتصادی و فقر فرهنگی در رنج هستند (Nazoktabar & Veicy, 2008: 111) و این مسئله منجر به افت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شده است (Boldaji, Foruzan & Rafiey, 2011; Rimaz & et al, 2014).

مفهوم کیفیت زندگی طی قرن‌های متمادی همواره موضوعی چالش برانگیز و متأثر از نوع جهان بینی افراد بوده است. آغاز بحث کیفیت زندگی به زمان ارسطو (۳۸۴-۳۲۲ قبل از میلاد) بر می‌گردد (Nussbaum & Sen, 1993: 273). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را اینگونه تعریف می‌کند: ادراک افراد از موقعیتشان در زندگی، در متن فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارتباطات نیازهایشان (World Health Organization, 1997: 4). اکثر متخصصین و صاحب‌نظران این حوزه معتقدند که کیفیت زندگی دارای ابعاد روانی، جسمانی، اجتماعی و محیطی می‌باشد (Guillemin & et al, 1993; 1422). مرور پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که متغیرهایی مانند ویژگی‌های فردی، مسائل خانوادگی، مسائل روانی و اجتماعی، رفع نیازهای اساسی، اشتغال افراد و غیره بر کیفیت زندگی افراد در یک جامعه اثر گذار می‌باشد (Guillemin & et al, 1993; Diener & Suh, 1997; Stern & et al, 2007; Cox & et al, 2012). همان‌طور که در بالا اشاره شد، زنان سرپرست خانوار به دلیل مشکلات مالی، اجتماعی و روانشناختی خاصی که با آن روبرو هستند، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند

(Akinsola & Popovich, 2002: 769). کیفیت زندگی پایین منجر به این مسئله می‌شود که زنان سرپرست خانوار بیش از دیگر افراد جامعه در معرض آسیب‌های اجتماعی باشند (Lafta & et al, 2012: 53)، با این وجود، برخی از این زنان به علت داشتن ویژگی‌هایی که به آنها کمک می‌کند با مشکلات خاص خود کنار بیایند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند (Shabanzadeh & et al, 2013: 17). یکی از این ویژگی‌ها، مهارت‌های فردی است که این زنان در برخورد با مشکلات زندگی دارا هستند، که به عنوان مهارت‌های زندگی تعریف می‌شود (Whittington, 2009: 105).

امروز با توجه به ویژگی‌های انسان‌ها در عصر جدید و ارتقاء کیفیت زندگی، نیاز جدی به کسب مهارت‌های زندگی برای همه انسان‌ها مورد تایید دست‌اندرکاران و برنامه‌ریزان کشورهای مختلف می‌باشد. مهارت‌های زندگی (مهارت خودآگاهی، همدلی، مهارت‌های ارتباطی، روابط بین فردی، تصمیم‌گیری، حل مسئله، تفکر خلاق، تفکر انتقادی، مقابله با استرس)، مهارت‌هایی هستند که برای افزایش توانایی‌های روانی-اجتماعی افراد، آموزش داده می‌شوند و فرد را قادر می‌سازند به طور موثر و مفید با مشکلات و کشمکش‌های زندگی روبرو شود (Boyd, Herring & Briers, 1992: 11).

هدف از آموزش مهارت‌های زندگی افزایش توانایی‌های روانی-اجتماعی و در نهایت پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب‌زننده به بهداشت سلامت و ارتقای سطح روانی افراد است و باعث می‌شود فرد مسوولیت نقش اجتماعی خود را بپذیرد (Botvin & Griffin, 2004: 214). لذا انتظار می‌رود که با آموزش مهارت‌های زندگی میزان کیفیت زندگی این زنان سرپرست خانوار افزایش یابد. برای مثال، جعفری شیرازی (Jafari Shirazi, 2012) در پژوهش خود دریافت که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار را افزایش دهد. همچنین، فرامرزی، همایی و ایزدی (Faramarzi, Homaie & Izadi, 2011) تأثیر آموزش گروهی شناختی-رفتاری مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی زنان دارای همسر معلول را مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی، سلامت روان این زنان را به طور معنی داری بالاتر برده بود. ویتینگتون (Whittington, 2009) نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافت. با این وجود، پژوهش‌هایی که به بررسی مهارت‌های زندگی در زنان سرپرست خانوار و اثربخشی آن بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار پرداخته‌اند، محدود بوده هنوز در ابتدای راه خود قرار دارند. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در این زنان و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی که زنان سرپرست خانوار در معرض آنها هستند، انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسند. این تحقیق با در نظر گرفتن این ضرورت، به بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌پردازد.

### چهارچوب نظری پژوهش

مهارت‌های زندگی شامل چندین مهارت می‌شود که با توجه به اصول زیربنایی آنها، هر کدام می‌توانند بر برخی از جنبه‌های کیفیت زندگی اثرگذار باشند. دو مورد از مهارت‌های دهگانه زندگی، حل مسئله و مهارت تصمیم‌گیری است. انسان‌ها از دیرباز در صدد یافتن راه‌حلی بوده‌اند تا مسائل و مشکلات بفرنج زندگیشان را حل و در نهایت تصمیم‌گیری بکنند. این مسائل و مشکلات از موضوعات عادی روزانه‌شان گرفته تا انواع بیماری‌های شدید جسمانی و روانی را در برمی‌گیرد. افرادی که مشکلات خود را بهتر تجزیه و تحلیل کرده و راه‌حل‌های بهتر و خلاقانه‌ای برای آنها به وجود می‌آورند، در مواجهه با مشکلات زندگی تاب‌آوری بیشتری دارند (Thornton & Dumke, 2005: 94). این افراد می‌توانند در زمان‌های مناسب تصمیم‌های مناسبی بگیرند و راهی را انتخاب کنند که با توجه به شرایط و وضعیتی که آنها در آن قرار گرفته‌اند، بهترین راه‌حل باشند (Marsiske & Margrett, 2006: 331). برعکس، برخی از افراد نمی‌توانند در لحظات حساس توجه خود را متمرکز کرده و تصمیمات خوبی بگیرند. این افراد معمولاً راه‌حلی را برای حل مسائل خود استفاده می‌کنند که خود این راه‌حل‌ها بعد تبدیل به مشکلی می‌شود که گاهی از مشکل اولیه آنها شدیدتر است (McDaniel & Rutström, 2001: 156).

یکی دیگر از مهارت‌های دهگانه زندگی، داشتن سبک‌های مقابله مناسب در مواجهه با رویدادهای زندگی است. سبک‌های مقابله، شیوه‌هایی هستند که افراد به کمک آنها با مشکلات زندگی خود روبرو می‌شوند و به دو دسته کلی مقابله مسئله‌محور<sup>۱</sup> و مقابله هیجان‌محور<sup>۲</sup> تقسیم می‌شوند (Folkman & Lazarus, 1980: 221). در مقابله مسئله‌محور، افراد سعی می‌کنند مسئله پیش آمده را به طور منطقی تجزیه و تحلیل کنند و جدای از احساساتی که در مورد وضعیت پیش آمده دارند، با توجه به شرایط موجود، راهی را انتخاب کنند که به حل مسئله مورد نظر بیانجامد. اما در سبک مقابله هیجان‌محور، افراد بر اساس هیجانات ناشی از موقعیت پیش آمده نسبت به آن واکنش نشان می‌دهند، و کمتر به ماهیت وضعیت موجود و واکنش‌هایی که صرفاً واقعیت را در نظر می‌گیرند، توجه می‌کنند (Folkman & Lazarus, 1980: 221). معمولاً سبک‌های مقابله مسئله‌محور با سلامت روان همبستگی مثبت و سبک‌های مقابل هیجان‌محور با سلامت روان همبستگی منفی دارد (Lazarus, 1993: 241)، اما همیشه نیز اینگونه نیست و گاهی واکنش‌های هیجان‌محور به برخورد فوری و مناسب با یک مسئله بهتر کمک می‌کند (Carver, Scheier & Weintraub, 1989: 279).

1. problem-focused

2. emotion-focused

مهارت تفکر انتقادی یکی دیگر از مهارت‌هایی است که می‌تواند کیفیت زندگی زنان بی‌سرپرست را بالا ببرد جزء یکی از مهارت‌های زندگی قلمداد می‌شود. پائول و بینکر ( Paul & Binker, 1990: 314) تفکر انتقادی را آزمون راه حل‌های پیشنهادی برای مسائل تعریف می‌کند. آنها تفکر انتقادی را فرایندی می‌دانند که در آن فرد به بررسی و جستجوی دلایل، تحلیل مباحث، تصمیم‌گیری و استنتاج و در نهایت به حل مسائل می‌پردازد. فردی که دارای مهارت تفکر انتقادی است، با دید انتقادی نسبت به مسائل پیرامون خود واکنش نشان می‌دهد، اشتباهات قلبی خود را شناسایی می‌کند و بر اساس تجربیات شکست‌های پیشین خود وضعیت پیش آمده را تحلیل کرده و برای روبرو شدن با آن برنامه ریزی می‌کند (Kuhn, 1999: 29). مهارت تفکر انتقادی شامل دو بعد استدلال قیاسی<sup>۱</sup> و استدلال استقرایی<sup>۲</sup> می‌شود. استدلال قیاسی، استدلال کردن از روی اصول انتزاعی و کلی و رسیدن به یک فرضیه معین است که از این اصول ناشی می‌شود. استدلال استقرایی حاوی یک فرایند تکمیلی از مشاهده تعدادی از حوادث یا موارد خاص و بیان یک اصل کلی و مجرد برای توضیح آن موارد می‌باشد (Facione, 2000: 78). افرادی که مهارت‌های تفکر انتقادی بالاتری دارند، در تحلیل حوادث زندگی خود بهتر عمل کرده و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری دارند (Elias & Kress, 1994: 64).

خودآگاهی، یکی دیگر از مهارت‌های زندگی است که بر ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی افراد تأثیر قابل توجهی دارد (Jack, 2008: 33). خودآگاهی به معنای توانایی شناخت خود و آگاهی از خصوصیات، نقاط ضعف و قوت، خواسته‌ها، ترس‌ها و انزجارهاست (Travis, Arenander & DuBois, 2004: 403). افرادی که خودآگاهی بیشتری دارند در مواجهه با مشکلات زندگی با توجه به شناختی که از ویژگی‌های خود دارند واکنش‌های بهتری نشان می‌دهند (Ownsworth, McFarland & Young, 2002: 302). این افراد اگر با شکست نیز مواجه شوند، عدم موفقیت را ناشی از ویژگی‌های بد خود نمی‌دانند و با تأکید بر نقاط قوت خود، در جهت یافتن راه حلی که به موفقیت منجر شود گام بر می‌دارند (Nadler, 1983: 13). همدلی دیگر مهارت زندگی است که با ایجاد رفتارهایی در فرد، می‌تواند کیفیت زندگی را ارتقاء دهد. همدلی به معنای توانایی درک و مشترک شدن با احساسات دیگران با مشاهده وضع حال و هیجان‌های آنان است. به عبارتی دیگر، همدلی به معنای خود را به جای دیگران گذاشتن به منظور درک بهتر وضعیت آن‌هاست (Davis, 1983: 115). فردی که توانایی همدلی بالایی داشته باشد، می‌تواند ارتباط بهتری با دیگران برقرار کرده و مشکلات ارتباطی کمتری داشته باشد (Hakansson & Montgomery, 2003: 276).

<sup>1</sup>. deductive reasoning

<sup>2</sup>. inductive reasoning

همدلی می‌تواند منجر به پذیرش غیرشرطی<sup>۱</sup> دیگران شده و در نتیجه با افزایش کیفیت ارتباط با دیگران (دوستان، اعضای خانواده و...) زمینه کیفیت زندگی بهتر را در افراد به وجود آورد (Paro & et al, 2014: 6). مهارت‌های دیگری که با همدلی نیز ارتباط متقابلی دارند، مهارت‌های ارتباطی و روابط بین فردی است. داشتن روابط اجتماعی مناسب جزئی از کیفیت زندگی است و یکی از ابعاد مهم آن محسوب می‌شود (Diener & Suh, 1997: 195)، بنابراین قابل انتظار است که فردی که روابط بین فردی و ارتباط مؤثری دارد، کیفیت زندگی بهتری داشته باشد.

در نهایت، آخرین مهارت زندگی تفکر خلاق است. تفکر خلاق به معنای توانایی افراد در کشف و انتخاب راه حل‌های جدید در مواجهه با مشکلات است (Baker, Rudd, & Pomeroy, 2001: 149). افراد با تفکر خلاق سعی می‌کنند پدیده‌ها و امور و افکار را آن چنان که هستند به راحتی نپذیرند، بلکه نگاه متفاوت‌تری داشته باشند و از قالب‌های فکری همسان و از پیش تعیین شده دور شوند و بتوانند راه حل‌های متفاوت و در عین حال مناسب‌تری برای برخورد با مشکلات بیابند (Hong & Milgram, 2010: 283). این نوع تفکر هم به مسأله و هم به تصمیم‌گیری‌های مناسب کمک می‌کند. با استفاده از این نوع تفکر، راه حل‌های مختلف مسأله و پیامدهای هر یک از آنها بررسی می‌شوند. این مهارت، فرد را قادر می‌سازد تا مسائل را از ورای تجارب مستقیم خود را دریابد و حتی زمانی که مشکلی وجود ندارد و تصمیم‌گیری خاصی مطرح نیست، با سازگاری و انعطاف بیشتر به زندگی روزمره بپردازد (Mumford, Medeiros, & Partlow, 2012: 45).

با در نظر گرفتن اهمیت کیفیت زندگی زنان بی سرپرست و پیامدهای مهم آن برای خانواده و همچنین تفکر انتقادی در آنها این تحقیق به ارزیابی اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان میبد می‌پردازد و به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند کیفیت زندگی را در زنان سرپرست خانوار بالا ببرد؟

## روش

این تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش را کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان میبد تشکیل می‌دادند که از این بین ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. معیارهای ورود به نمونه‌گیری داشتن حداقل ۲۰ سال سن، سطح تحصیلات حداقل ابتدایی (برای درک بهتر آموزش‌های ارائه شده)، داشتن پرونده حداقل ۲ ساله در بهزیستی، و داشتن حداقل یک فرزند بود. معیارهای خروج از نمونه داشتن سابقه

<sup>1</sup>. unconditional acceptance

بیماری روانشناختی، اشتغال به مشاغل دولتی (به علت داشتن درآمد مشخص ماهانه) و دریافت مستمري ماهانه از طرف ارگان (به جز بهزیستی) و یا شخصی دیگر بود. به گروه آزمایش در دوازده جلسه دو ساعته هفته ای دو بار، مهارت‌های ده گانه زندگی آموزش داده شد (جدول ۱)، و گروه کنترل در لیست انتظار برای دریافت آموزش قرار گرفتند و هیچ گونه آموزشی به آنها داده نشد. در پایان هر دو گروه به تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی پرداختند که اطلاعات آن در زیر آورده شده است. در پایان برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون مانکوا استفاده شد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF):** این پرسشنامه توسط گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> (WHOQoL Group, 1998) طراحی شده و دارای ۲۶ سوال است که شامل چهار زیرمقیاس سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می شود. سؤالات پرسشنامه با یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. روایی محتوایی این مقیاس با توجه به نظر متخصصان این زمینه مورد تأیید قرار گرفت. همچنین توانایی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در متمایز ساختن افراد بیمار از افراد عادی حاکی از روایی افتراقی این آزمون است (WHOQoL Group, 1998). ضریب همبستگی فرم کوتاه این آزمون با فرم بلند آن نیز ۰/۸۹ بدست آمد (WHOQoL Group, 1998). تحلیل عاملی تأییدی بر روی گویه‌های این مقیاس نیز ساختار چهار عاملی آن را مورد تأیید قرار داد. آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این پرسشنامه نیز بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ بدست آمد (Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه نیز نشان می‌دهد پرسشنامه کیفیت زندگی در نمونه ایرانی نیز از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است (Nejat & et al, 2006; Karimlou & et al, 2011). در نمونه ایرانی نیز این پرسشنامه قابلیت تشخیص گروه سالم را با گروه بیمار داشت و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها نیز بالاتر از ۰/۷ بود (Nejat & et al, 2006; Karimlou & et al, 2011).

<sup>۱</sup> . WHOQoL Group

جلسه	جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی مهارت‌های زندگی
اول: معارفه	معارفه، آشنایی با قوانین گروه، بررسی مشکلات زنان سرپرست خانوار، معرفی الگوهای موفق از زنان سرپرست خانوار، تعریف مهارت‌های زندگی و نقش آنها در موفقیت زندگی، بررسی مهارت‌های زندگی الگوهای موفق زنان سرپرست خانوار.
دوم: خودآگاهی	آگاهی از نقاط قوت، آگاهی از نقاط ضعف، تصویر خود واقع بینانه، آگاهی از حقوق و مسئولیت‌ها، توضیح ارزشها، راهکارهای رسیدن به خودآگاهی بهتر، نقش خودآگاهی در مواجهه با مشکلات، مهارت‌های ایجاد خودانگاره و تصویر مثبت از خود.
سوم: مهارت ارتباطی	بررسی نقش مهارت‌های ارتباطی در مواجهه با مشکلات، آموزش ارتباط کلامی و غیرکلامی موثر، ابراز وجود، مذاکره، امتناع، غلبه بر خجالت، گوش دادن صحیح، مهارت‌های ارتباطی در برخورد با خانواده و همکاران.
چهارم: ارتباط بین فردی	بررسی لزوم وجود مهارت‌های بین فردی در موفقیت شغلی، نقش حمایت‌های اجتماعی در مواجهه با مشکلات، آموزش مهارت‌های همکاری و مشارکت، اعتماد به گروه، تشخیص مرزهای بین فردی مناسب، دوستیابی، شروع و خاتمه ارتباطات.
پنجم: همدلی	علاقه داشتن به دیگران، تحمل افراد مختلف، رفتار بین فردی همراه با پرخاشگری کمتر، دوست داشتنی تر شدن (دوستیابی)، احترام قائل شدن برای دیگران، دیدن مشکلات دیگران از زاویه دید آن‌ها و قضاوت بهتر در مورد رفتار دیگران.
ششم: مهارت حل مسئله	تشخیص درست علت مشکلات، تشخیص ارتباط و زنجیره پی در پی مشکلات، آشنایی با مهارت‌های حل مسئله، جرأت در انجام راهکارهای جدید و متفاوت در مواجهه با مشکلات، عدم قبح درخواست کمک از دیگران، آشنایی با مراکز مختلف برای حل مشکلات.
هفتم: مقابله با هیجانات	شناخت هیجان‌های خود و دیگران، بررسی ارتباط هیجان‌ها با احساسات، تفکر و رفتار، مقابله با ناکامی، خشم، بی‌حوصلگی، ترس و اضطراب، مقابله با هیجان‌های شدید دیگران، پذیرش هیجان‌های منفی و حل آن‌ها.
هشتم: مهارت تفکر خلاق	تفکر مثبت، یادگیری فعال (جستجوی اطلاعات جدید)، ابراز خود، تشخیص حق انتخاب‌های دیگر (برای تصمیم‌گیری)، تشخیص راه حل‌های جدید برای مشکلات، بررسی موانع ذهن در پرورش راه حل‌های خلاقانه.
نهم: مهارت تصمیم‌گیری	تصمیم‌گیری فعالانه بر مبنای آگاهی از حقایق و انتخاب‌های پیش رو، تصمیم‌گیری بر مبنای ارزیابی دقیق موقعیت‌ها، تعیین اهداف واقع بینانه، برنامه‌ریزی و پذیرش مسئولیت اعمال خود، آمادگی برای تغییر تصمیم‌ها برای انطباق با موقعیت‌های جدید.
دهم: تفکر انتقادی	ادراک تأثیرات اجتماعی و فرهنگی بر ارزشها، نگرشها و رفتار، آگاهی از نابرابری، پیشداوری‌ها و بی‌عدالتی‌ها، واقف شدن به این مسئله که دیگران همیشه درست نمی‌گویند، آگاهی از نقش یک شهروند مسئول، عدم پذیرش بی‌قید و شرط باورهای دیگران.
یازدهم: مقابله با استرس	مقابله با موقعیتهایی که قابل تغییر نیستند، بررسی استراتژی‌های مقابله‌ای برای موقعیت‌های دشوار (فقدان، طرد، انتقاد)، تعریف مهارت‌های مقابله مسئله محور و هیجان محور و مزایا و معایب آن‌ها، مقابله با مشکلات بدون توسل به سوء مصرف مواد، آرام ماندن در شرایط فشار، تنظیم وقت.
دوازدهم: جمع بندی و پایان	جمع بندی مباحث مطرح شده، بررسی تغییرات رفتاری به وجود آمده بین اعضاء، بررسی مشکلات در اجرای هر یک از مهارت‌های زندگی، نتیجه‌گیری و پایان جلسه.



## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل کیفیت زندگی و ابعاد آن به تفکیک مراحل اجرای آزمون در جدول ۲ آورده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تقریباً با هم برابر است. اما در پس آزمون، نمرات گروه آزمایش کمی بیشتر شده است.

## جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره	متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۷۳/۳۳۳	۶۲/۷۳۳	۶۵/۸۶۷	۶۶/۰۶۷	میانگین	نمره کل کیفیت زندگی
۶/۰۵۵	۷/۴۴۹	۶/۹۲۷	۷/۴۳۰	انحراف استاندارد	
۱۸/۴۰۰	۱۵/۹۳۳	۱۶/۲۶۷	۱۵/۷۳۳	میانگین	سلامت روان
۱/۹۹۳	۲/۱۲۰	۲/۹۳۹	۲/۴۶۳	انحراف استاندارد	
۹/۰۰۰	۷/۱۳۳	۷/۲۰۰	۷/۸۰۰	میانگین	سلامت اجتماعی
۱/۵۱۲	۱/۴۵۷	۱/۸۲۰	۱/۶۱۲	انحراف استاندارد	
۲۱/۰۶۷	۱۸/۴۰۰	۲۰/۴۰۰	۱۹/۸۰۰	میانگین	سلامت جسمانی
۱/۸۶۹	۳/۱۱۲	۲/۷۹۸	۳/۴۰۶	انحراف استاندارد	
۲۴/۸۶۷	۲۱/۴۰۰	۲۲/۰۶۷	۲۲/۵۳۳	میانگین	سلامت محیطی
۲/۶۹۶	۲/۳۲۴	۲/۴۳۴	۳/۱۱۴	انحراف استاندارد	

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کواریانس (آنکوا) و کواریانس چندراهه (مانکوا) استفاده شد. آزمون‌های آنکوا و مانکوا جزء آزمون‌های پارامتریک بوده و انجام آن مستلزم داشتن پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه، توزیع نرمال داده‌ها در جامعه، و همگنی شیب رگرسیون داده‌ها است. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که تمامی این پیش فرض‌ها تأیید شده است. به علت تعداد زیاد جداول، به جزئیات این آزمون‌ها در این بخش اشاره نمی‌شود.

## جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در گروه‌های

## آزمایش و کنترل

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	شاخص اثر آزمون	توان
اثر پیش آزمون	۷۵۹/۸۱۹	۱	۷۵۹/۸۱۹	۴۸/۰۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۰	۱
اثر گروه	۶۸۳/۴۱۵	۱	۶۸۳/۴۱۵	۴۳/۲۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱۶	۱
خطا	۴۶۲/۲۴۸	۲۷	۱۵/۷۸۷				
کل	۱۴۶۹۲۸/۰۰	۳۰					

با تأیید شدن پیش فرض‌های آزمون‌ها، جهت تعیین فرضه اصلی پژوهش یعنی اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار از آزمون کوواریانس استفاده شد که در جدول ۳ نتایج آن گزارش شده است. همان طور که مشاهده می‌شود مقدار  $F$  اثر گروه معنی دار است و نشان می‌دهد نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون کیفیت زندگی به طور معنی داری بیشتر شده است و این فرضیه تأیید می‌شود. به عبارتی دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی توانسته است کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار گروه آزمایش را به طور معنی داری بالا ببرد. شاخص اندازه اثر نشان می‌دهد که ۶۱/۶ درصد تغییرات مربوط به کیفیت زندگی در شرکت کنندگان گروه آزمایش را می‌توان به آموزش مهارت‌های زندگی نسبت داد.

**جدول ۴. نتایج تحلیل مانکوا برای مقایسه نمرات پس آزمون کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن**

**در گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون**

نام آزمون	مقدار	F	معنی داری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۴۶	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۵۴	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶
آزمون اثر هتلینگ	۲/۹۳۵	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۹۳۵	۱۵/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۶

برای تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی بر زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی از آزمون مانکوا استفاده شد که در جدول ۴ نتایج آن نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود مقادیر  $F$  همگی معنی دار هستند و فرضیه پژوهش در مورد تأثیر متغیر مستقل بر زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، با کنترل پیش آزمون، نمرات حداقل یکی از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون در آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معنی داری بیشتر از نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل شده است. با توجه به معنی داری شدن مقدار  $F$  در آزمون مانکوا، برای مشخص شدن اینکه از لحاظ کدام زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت وجود داشته است، از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

### جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس در متن مانکوا روی نمرات پس آزمون زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی

اثر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
گروه	سلامت روان	۳۹/۳۸۶	۱	۳۹/۳۸۶	۸/۲۵۷	۰/۰۰۸	۰/۲۵۶
	سلامت اجتماعی	۲۸/۷۹۴	۱	۲۸/۷۹۴	۱۲/۲۷۴	۰/۰۰۲	۰/۳۳۸
	سلامت جسمانی	۱۶/۴۴۹	۱	۱۶/۴۴۹	۶/۶۴۴	۰/۰۱۷	۰/۲۱۷
	سلامت محیط	۱۰۰/۲۹۵	۱	۱۰۰/۲۹۵	۳۶/۲۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۲

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تمامی مقادیر F در این جدول نیز معنی دار هستند و نشان می‌دهند نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در هر چهار زیرمقیاس کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون به طور معنی داری بیشتر از آزمودنی‌های گروه کنترل شده است. مقادیر اندازه اثر نشان می‌دهد که ۲۵/۶ درصد تغییرات مربوط به سلامت روانی، ۳۳/۸ درصد تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی، ۲۱/۷ درصد تغییرات مربوط به سلامت جسمانی و ۶۰/۲ درصد تغییرات مربوط به سلامت محیطی در شرکت کنندگان گروه آزمایش در نتیجه آموزش مهارت‌های زندگی بوده است.

#### بحث و نتیجه گیری

این تحقیق با هدف تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سطح کیفیت زندگی زنان بی سرپرست خانوار تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان میبد انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در زنان سرپرست خانوار تأثیر معنی‌داری دارد. این یافته همسو با مطالعات پیشین بود (Whittington, 2009; Amtaeh, & Asadi, 2015; Faramarzi, Homaie & Izadi, 2011, Jafari Shirazi, 2012). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین نتایج بهبود و افزایش مهارت‌های زندگی کمک به سازگاری زنان سرپرست خانوار است. طبق تعریف، سازگاری به تعامل و درگیر شدن مؤثر و سالم فرد با محیطش اشاره دارد، و همزمان دو فرآیند در آن رخ می‌دهد: یکی منطبق کردن خود با شرایط و دوم تغییر شرایط برای منطبق ساختن آن با نیازهای خود (Taylor, 1983: 1169). بنابراین، این آموزش‌ها کمک می‌کند تا افراد، عواطف و احساسات خود را به خوبی بشناسند، آنها را به دقت ارزیابی کنند، افکار منطقی و غیرمنطقی مرتبط با آنها را دریابند، و در نهایت برای آنها آشکار می‌شود که افکار کارآمد و ناکارآمد، عواطف مثبت و منفی آنها را هدایت می‌کند. هنگامی که افراد به این آگاهی می‌رسند که این خود آنها و تصوراتشان است که هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی را تا حدود زیادی

زیر نفوذ دارند، بنابراین با مهارت‌های آموخته شده آنها را کنترل می‌کنند و از این طریق به سازگاری عاطفی می‌رسند (Rice & Lapsley, 2001: 162). در مجموع می‌توان گفت کیفیت زندگی بهتر گروه آزمایش در پس آزمون نتیجه موفقیت آمیز همین کارکرد و افزایش سازگاری زنان سرپرست خانوار است. از طرفی دیگر، داشتن مهارت‌هایی چون حل مسئله، تصمیم‌گیری، و مقابله مناسب با استرس به زنان سرپرست خانوار کمک می‌کند در مواجهه با مشکلات محیطی مقابله ای متناسب با آن مشکلات داشته باشند و برای برون رفت از آن مشکلات راه‌های بهتری بیابند و تصمیم‌های مناسب‌تری اتخاذ نمایند. سازگاری روانشناختی که از این طریق بدست می‌آید (Wrosch & Scheier, 2003; 69) می‌تواند سلامت روانی بیشتری را در بعد کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار به همراه داشته باشد.

آموزش مهارت‌های زندگی خصوصاً در حوزه تفکر خلاق باعث می‌شود افراد هنگام به وجود آمدن موقعیت‌های بغرنج و پیچیده که در ظاهر لاینحل هستند، از خود خلاقیت بیشتری ایجاد کرده و راه حلی بیابند که آنها را در بلند مدت از این وضعیت نجات دهد. همچنین تفکر خلاق منجر می‌شود افراد با ایجاد تغییرات محیطی در اطراف خود و انتخاب یک محیط اجتماعی و شغلی مناسب‌تر (Hennessey, 1995: 176) موجب شوند آسیب‌های روانی ناشی از مشکلات محیطی در آنها کاهش یابد و از سلامت محیطی بهتری که جزئی از کیفیت زندگی مناسب است برخوردار شوند.

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی، منعکس کننده برخورد و تعامل سازنده و مفید فرد و برخورداری از سازگاری اجتماعی است. آموزش مهارت‌های زندگی سبب می‌شود افراد، بسیاری از ویژگی‌های روانی خود و طرف مقابل را درک کنند و با شفافیت بیشتری در روابط خود ظاهر شوند. در فرآیند آموزش مهارت‌ها، افراد مطلع می‌شوند که بین آنها و دیگران تفاوت‌هایی وجود دارد که باید پذیرفته شود و با این تفاوت‌ها و تمایزات احتمالی در کنار هم به رابطه و دوستی و همنشینی ادامه دهند. آنها به مفهوم همنوایی گروهی دست می‌یابند و در نهایت با کمک یادگیری مهارت‌های زندگی علی‌رغم داشتن اختلاف نظر با دیگران، زندگی مسالمت آمیزی خواهند داشت. با آموزش مهارت‌های زندگی، خصوصاً مهارت‌هایی همچون همدلی، مهارت‌های ارتباط بین فردی، نحوه‌ی ارتباط مؤثر به زنان سرپرست خانوار آموخته شده و این امر به بهبود تعاملات آنها کمک می‌کند. با آموزش شیوه‌های کارآمد گوش‌فرا دادن، صحبت کردن، و ارائه‌ی پاسخ‌های غیر کلامی مؤثر، کیفیت رابطه‌ی افراد با محیط پیرامون خود افزایش می‌یابد و باعث می‌شود آنها حمایت اجتماعی بیشتری را از اطرافیان و نهادهای اجتماعی اطراف خود دریافت کنند که این حمایت اجتماعی افزایش سلامت روانشناختی، اجتماعی و حتی جسمانی (ابعاد کیفیت زندگی) را برای آنها در پی دارد (Uchino, 2006: 384).

خودآگاهی به عنوان یکی از مهارت‌های زندگی منجر می‌شود که افراد شناخت بهتری از ویژگی‌های مثبت و منفی خود داشته باشند و از اشتباهات خود در مواجهه با مشکلات زندگی درس بگیرند و از تکرار آنها خودداری کنند (Rochat, 2003: 721). به نظر می‌رسد، زنان سرپرست خانوار در گروه آزمایش در طول دریافت آموزش‌ها به ارزیابی باورها و برداشت‌های ذهنی خود اقدام نموده‌اند و با کمک این آموزش‌ها، به این آگاهی دست یافته‌اند که می‌توانند موفق‌تر با محیط و دنیای درونی و بیرونی خود انطباق و سازگاری پیدا کنند. افراد در نتیجه دریافت این مهارت‌ها می‌توانند استرس خود را، حتی در شرایط شدید و بغرنج، کنترل کنند (Bögels, Rijsems & De Jong, 2002: 468)، خود را بهتر و کامل‌تر بشناسند، مسائل و مشکلات را درک کنند و راه‌حل‌های مقتضی و سازنده را موقع نیاز اتخاذ کنند.

آموزش مهارت‌های زندگی خصوصاً در حیطه کنترل هیجانات منفی، باعث می‌شود زنان سرپرست خانوار هیجانات خود را در مواجهه با مشکلات شدید زندگی کنترل کرده و به خودمتمایز سازی<sup>۱</sup> بیشتری دست یابند که سلامت عاطفی و عملکرد بهتری در مقابله با مشکلات داشته باشند (Krycak, Murdock & Marszalek, 2012: 509). کنترل هیجانات منفی منجر می‌شود افراد در برخورد با مشکلات تمرکز خود را حفظ کرده و راه‌حل‌های مناسب‌تر و موفقیت‌آمیزتری را در برخورد با آنها به کار گیرند. به عبارتی دیگر، می‌توان گفت کنترل هیجانات منفی مقدمه‌ای بر استفاده صحیح از سبک‌های مقابله مناسب در مواجهه با مشکلات و پیدا کردن راه‌حل‌های بهتر و تصمیم‌گیری درست در زندگی است (Janowski & et al, 2014: 38).

تفکر انتقادی به عنوان یکی از کلیدی‌ترین مهارت‌های زندگی می‌تواند به زنان سرپرست خانوار کمک کند تا تحلیل بهتری نسبت به حوادث پیرامون خود داشته باشند، همه چیز را ساده و آنگونه که صرفاً به نظر می‌رسد نبینند و در نتیجه کمتر در دام آسیب‌های اجتماعی و خطرات ناشی از آن بیفتند. بنابراین انتظار می‌رود ای دسته از افراد، نه تنها دارای سلامت روانشناختی و اجتماعی بهتری باشند بلکه محیط زندگی سالم‌تری نیز داشته باشند (Baker & Lupton, 2012: 176). به عبارتی دیگر، تمامی ابعاد کیفیت زندگی را می‌توان از زانی که مهارت تفکر انتقادی بالایی دارند انتظار داشت.

بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که برای افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌توان از آموزش مهارت‌های زندگی استفاده کرد و پیشنهاد می‌شود سازمان‌های زیربسط برنامه‌های دوره‌ای مداوم و مدونی در خصوص آموزش این مهارت‌ها به زنان سرپرست خانوار داشته باشند. با این وجود، این تحقیق دارای محدودیت‌هایی نیز بود که بایستی در تعمیم یافته‌های

<sup>1</sup>. self-differentiated

پژوهش به این محدودیت‌ها هم توجه کرد. اول اینکه با وجود معیارهای ورودی همچون عدم داشتن مقرری از یک سازمان (به جز بهزیستی) و اشتغال در نمونه گیری، بازهم ممکن بود تفاوت فردی بین زنان مانند وجود حمایت اجتماعی، تعداد فرزند و... کیفیت زندگی و همچنین میزان تأثیر آموزش‌های مهارت‌های زندگی را تحت تأثیر خود قرار دهد. عدم وجود آزمون پیگیری به دلیل محدودیت‌های اجرایی و مشکلات جمع آوری مجدد شرکت کنندگان، دوام تأثیر آموزش‌های داده شده را زیر سؤال می برد. در نهایت اینکه، محدود بودن تعداد جلسات آموزشی و تعدد مهارت‌های مختلف زندگی ممکن بود در جریان آموزش تداخل ایجاد کرده و آموزش کامل صورت نگیرد. با این وجود، برای افزایش اعتبار این پژوهش، پیشنهاد می شود پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی جداگانه مهارت‌های زندگی در قالب جلسات طولانی تر به همراه آزمون پیگیری به منظور اطمینان از دوام تأثیر آموزش‌ها بپردازند. همچنین، پیشنهاد می شود در فرزندان خانواده‌های بی سرپرست یا بد سرپرست نیز اثربخشی مهارت‌های زندگی بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی یا متغیرهای وابسته دیگری همچون سبک‌های مقابله و تاب آوری مورد بررسی قرار گیرد.

## References

Aghajanian, A., & Thompson, V. (2013). Female headed households in Iran (1976° 2006). *Marriage & Family Review*, 49(2), 115-134.

Akinsola, H. A., & Popovich, J. M. (2002). The quality of life of families of female-headed households in Botswana: A secondary analysis of case studies. *Health care for women international*, 23(6-7), 761-772.

Amtaeh, F., & Asadi, J. (2015). The Effectiveness of Training Life Skills on Life Satisfaction of Women Heads of Household Sponsored by Welfare Organization. *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*, 4, 16-18.

Baker, M., Rudd, R., & Pomeroy, C. (2001). Relationships between critical and creative thinking. *Journal of Southern Agricultural Education Research*, 51(1), 173-188.

Baker, R., & Lupton, M. (2012, November). Encouraging critical thinking in a combined Arts and Science course on the relationship between people and the environment. In *Proceedings of The Australian Conference on Science and Mathematics Education (formerly UniServe Science Conference)* (Vol. 9).

Bögels, S. M., Rijsemus, W., & De Jong, P. J. (2002). Self-focused attention and social anxiety: The effects of experimentally heightened self-awareness on fear, blushing, cognitions, and social skills. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 461-472.

Boldaji, L. T., Foruzan, A., Rafiey, H. (2011). Quality of Life of Head-of-Household Women: a Comparison between those Supported by Welfare Organization and those with Service Jobs. *Social Welfare*. 11 (40), 9-28.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.

Boyd, B. L., Herring, D. R., & Briers, G. E. (1992). Developing life skills in youth. *Leadership*, 4(38), 6-80.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283.

Cox, J., Loughran, M. J., Adams, E. M., & Navarro, R. L. (2012). Life satisfaction and health related quality of life among low-income medical patients: The mediating influence of self-esteem. *Psychology, health & medicine*, 17(6), 652-658.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-126.

Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social indicators research*, 40(1-2), 189-216.

Elias, M. J., & Kress, J. S. (1994). Social Decision-Making and Life Skills Development: A Critical Thinking Approach to Health Promotion in the Middle School. *Journal of School Health*, 64(2), 62-66.

Evans, D. R., Pellizzari, J. R., Culbert, B. J., & Metzen, M. E. (1993). Personality, marital and occupational factors associated with quality of life. *Journal of clinical psychology*, 49(4), 477-485.

Facione, P. A. (2000). The disposition toward critical thinking: Its character, measurement, and relationship to critical thinking skill. *Informal logic*, 20(1), 61-84.

Faramarzi, S., Homaie, R., Izadi, R. (2011). Efficacy of cognitive behavioral group training of life skills on mental health of women with handicapped spouses. *Social Welfare*. 11 (40), 217-235. (Persian)

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21(3), 219-239.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432.

Hakansson, J., & Montgomery, H. (2003). Empathy as an interpersonal phenomenon. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 267-284.

Hennessey, B. A. (1995). Social, environmental, and developmental issues and creativity. *Educational Psychology Review*, 7(2), 163-183.

Hernández, R. L., Aranda, B. E., & Ramírez, M. T. G. (2009). Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *The Spanish journal of psychology*, 12(01), 171-183.

Hong, E., & Milgram, R. M. (2010). Creative thinking ability: Domain generality and specificity. *Creativity Research Journal*, 22(3), 272-287.

Jack, K. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*, 12(3).31-35.



Jafari Shirazi, F. (2012). Studying the Impact of life Skills Training on Raising the General Efficacy of Women Heads of Household in Tehran Municipality in 2010-2011. *Women Research*, 6, 47-70. (Persian)

Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2014). Emotional Control, Styles of Coping with Stress and Acceptance of Illness among Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases. *Stress and Health*, 30(1), 34-42.

Karimlou, M., Salehi, M., Zayeri, F., Massah-Choulabi, O., Hatami, A., Moosavy-Khattat, M. (2011). Developing the Persian Version of the World Health Organization Quality of Life-100 Questionnaire. *Rehabilitation Journal*, 11 (4), 73-82. (Persian)

Krycak, R. C., Murdock, N. L., & Marszalek, J. M. (2012). Differentiation of self, stress, and emotional support as predictors of psychological distress. *Contemporary Family Therapy*, 34(4), 495-515.

Kuhn, D. (1999). A developmental model of critical thinking. *Educational researcher*, 28(2), 16-46.

Lafta, R. K., Hayawi, A. H., & Khudhairi, J. M. (2012). Medical and social problems among women headed families in Baghdad. *Qatar medical journal*, 2012(2), 51-58.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic medicine*, 55(3), 234-247.

Marsiske, M., & Margrett, J. A. (2006). Everyday problem solving and decision making. *Handbook of the psychology of aging*, 6, 315-342.

McDaniel, T. M., & Rutström, E. E. (2001). Decision making costs and problem solving performance. *Experimental Economics*, 4(2), 145-161.

Meyer, M. H., & Abdul-Malak, Y. (2015). Single-Headed Family Economic Vulnerability and Reliance on Social Programs. *Public Policy & Aging Report*, 25(3), 102-106.

Mumford, M. D., Medeiros, K. E., & Partlow, P. J. (2012). Creative thinking: Processes, strategies, and knowledge. *The Journal of Creative Behavior*, 46(1), 30-47.

Nadler, A. (1983). Objective self-awareness, self-esteem and causal attributions for success and failure. *Personality and Individual Differences*, 4(1), 9-15.

Nazoktabar, H., Veicy, R. (2008). Socio-Economic and Cultural Condition of Women-Headed Households in Mazandaran Province. *Social Welfare*, 7 (27), 95-114. (Persian)

Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of Child Psychological Development*, 4 (4), 1-12. (Persian)

Nussbaum, M., & Sen, A. (1993). *The quality of life*. London: Oxford University Press.

Ownsworth, T. L., McFarland, K., & Young, R. M. (2002). The investigation of factors underlying deficits in self-awareness and self-regulation. *Brain Injury*, 16(4), 291-309.

Paro, H. B., Silveira, P. S., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R., & Tempiski, P. Z. (2014). Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout?. *PloS one*, 9(4), 1-10.

Paul, R. W., & Binker, A. J. A. (1990). *Critical thinking: What every person needs to survive in a rapidly changing world*. Center for Critical Thinking and Moral Critique, Sonoma State University, Rohnert Park, CA 94928.

Rice, K. G., & Lapsley, D. K. (2001). Perfectionism, coping, and emotional adjustment. *Journal of College Student Development*, 42(2), 157-168.

Rimaz, S., Dastoorpoor, M., Vesali Azar Shorbeyani, S., Saiepour, N., Beigi, Z., Nedjat, S. (2014). The Survey of Quality of Life and its Related Factors in Female-headed Households Supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9. *Journal of Child Psychological Development*, 10 (2), 48-55. (Persian)

Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. *Consciousness and cognition*, 12(4), 717-731.

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13(2), 299-310.

Shabanzadeh, A., Bahram Abadi, M. Z., Hatami, H., & Zaharakar, K. (2013). A study of the relationship between stress coping styles and social support, and quality of life of women heads of households in Tehran. *Journal of Woman and Society*, 4(4), 1-20. (Persian)

Stern, M., Mazzeo, S. E., Gerke, C. K., Porter, J. S., Bean, M. K., & Laver, J. H. (2007). Gender, ethnicity, psychosocial factors, and

quality of life among severely overweight, treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 90-94.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161-1173.

Thornton, W. J., & Dumke, H. A. (2005). Age differences in everyday problem-solving and decision-making effectiveness: a meta-analytic review. *Psychology and aging*, 20(1), 85-99.

Travis, F., Arenander, A., & DuBois, D. (2004). Psychological and physiological characteristics of a proposed object-referral/self-referral continuum of self-awareness. *Consciousness and cognition*, 13(2), 401-420.

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29(4), 377-387.

Whittington, B. (2009). Life skills for single-parent women: A program note. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 5(2), 103-109.

WHOQoL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(03), 551-558.

World Health Organization (1997). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Available 2 January 2016 at: [www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of life Research*, 12(1), 59-72.

Xu, P., & Wang, T. (2007, August). Emotion in decision making under uncertainty and cognitive control: A computational framework. In *Natural Computation, 2007. ICNC 2007. Third International Conference on* (Vol. 2, pp. 149-154). IEEE.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی