

مطالعه وضعیت بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر فوت شده کمیته امداد امام خمینی(ره) و بررسی مقایسه ای آن در سال 1389

دکتر حبیب اله آقابخشی* دکتر مجتبی صدقتی فرد** آرزو وحید***

چکیده: این پژوهش با عنوان "مقایسه بهداشت روانی زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده کمیته امداد امام خمینی (ره) در شهر تهران" اجرا شد. هدف از اجرای پژوهش، شناسایی و مقایسه وضعیت بهداشت روانی زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده کمیته امداد امام خمینی (ره) بود و با توجه به ماهیت پژوهش علی-مقایسه ای، پرسشنامه بهداشت روانی بر روی جمعیت نمونه 120 نفره، اجرا گردید. براساس یافته‌های به دست آمده، میان بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر فوت شده تفاوت معناداری مشاهده نشد و هر دو گروه از نظر بهداشت روانی در یک سطح بودند. از نظر وضعیت بهداشت روانی و جسمانی زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده در حد معمولی و متوسط به سر می‌بردند. بین بهداشت روانی زنانی که استقلال مالی کمی داشتند با زنانی که از استقلال مالی بالاتری برخوردار بودند، تفاوت معناداری به دست نیامد و بین بهداشت روانی گروه‌هایی که وضعیت مسکونی متفاوتی داشتند، تفاوت معناداری مشاهده نشد. در نهایت مشخص نبود وجود تفاوت میان این دو گروه، احتمالاً به دلیل تاثیرات مشترکی است که پدیده فقدان بر زنان می‌گذارد. زیرا در برخی نظریه‌های روان شناختی، جدایی از همسر به سان عدم وجود اوست و مانند زمانی است که فرد احساس می‌کند که او را از دست داده است.

کلید واژه‌ها: بهداشت روانی، زنان مطلقه، زنان همسر فوت شده.

مقدمه

صاحب‌نظران حوزه‌های دانش انسانی که انسان را در ارتباط با جامعه مطالعه می‌کنند، براین باورند که جوامعی که روند عبور از عصر سنت به مدرن را طی می‌کنند، بالقوه مولد آسیب‌ها و

* دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

** عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

*** دانش آموخته دوره کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

آفات اجتماعی هستند و چنان که می‌دانیم، جامعه حاضر ایران دیرگاهی است به مثابه جامعه‌ای شناخته می‌شود که در روند گذار تاریخی - اجتماعی ناگزیر خود، با مسئله‌های اجتماعی ویژه‌ای روبه رو است. طلاق یکی از مصادیق مهم این گونه مسئله‌ها است و مدتی است که در جامعه حاضر ایران، به نوعی بحران تبدیل شده و کانون خانواده‌ها را تحت الشعاع قرار داده و به دنبال آن مشکلات متعددی از لحاظ اجتماعی، اقتصادی و روانی برای خانواده‌ها به وجود آورده است. به طور کلی در جوامعی با ساختارهای فرهنگی مناسب و متناسب با مقتضیات تاریخی و اجتماعی، سلامت جسم و روان اعضای آن اهمیت شایانی دارد و شواهد موجود نشان می‌دهد توجه عملی به آن، باعث رشد فردی و اجتماعی آن جوامع شده است. امروزه مطالعه مسائل پیرامون خانواده، که به عنوان یکی از منابع مهم سرمایه اجتماعی در سطح جهان به شمار می‌آید، با توجه به اهمیت بسیار زیاد این نهاد مهم اجتماعی که به نوعی در حال حاضر، بزرگ‌ترین کانون و پشتوانه فرد در جامعه ایران به شمار می‌رود، ضروری به نظر می‌رسد و این پژوهش نیز با مدنظر داشتن چنین ضرورتی انجام شده است.

طرح مسئله

از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف، بهداشت روانی آن جامعه است و این شاخص، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه‌ای ایفا می‌کند. وجود افراد سالم، از شرایط مهم و اساسی برای رشد و توسعه یافتگی یک جامعه است. سلامت انسان محصول رفتار و تابع محیط اوست و هر رفتار توسط معدودی از عوامل محیطی و اجتماعی مشخص می‌شود (خدارحیمی، 1374: 21). جامعه‌ای که به سلامت جسم و روان اعضای خود توجه می‌کند، ضمن پیشگیری از مصرف هزینه‌های بالای درمانی، انسان‌هایی سالم نیز پرورش می‌دهد که این خود، ضامن رشد فردی و اجتماعی آن جامعه است. طلاق در قرن حاضر، به بحرانی تبدیل شده که کانون خانواده‌ها را تحت الشعاع قرار داده و به دنبال آن مشکلات متعددی از لحاظ اجتماعی، عاطفی و روانی برای خانواده‌ها به وجود آورده است. به ویژه در جامعه امروز ایران که دچار برخی بحران‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بوده و بخش مهمی از این بحران، مربوط به زنان به عنوان نیمی از جمعیت کشور در عرصه عمومی جامعه است (صداقتی فرد و ارجمند، 1389: 99). مطالعه این امر ضرورت بیشتری می‌یابد. طی دو دهه گذشته، آسیب‌ها و

انحرافات اجتماعی^۱ روند فزاینده‌ای داشته است و همواره شیوع و بروز این آسیب‌ها در میان مناطق مختلف و گروه‌های گوناگون اجتماعی، متناسب با شرایط اقتصادی-اجتماعی^۲ افراد وضعیت متفاوتی را نشان داده است. در واقع نظام اجتماعی معاصر ایران از نظر برخی صاحب‌نظران عرصه اجتماعی، اخیراً با مسئله‌هایی همانند افزایش چشمگیر آمار طلاق، اعتیاد، خودکشی، تجاوز و افزایش آمار مجرمین جنسی و پائین آمدن سن فحشا به محدوده کمتر از 20 سال مواجه شده است (توسلی، 1383: 430؛ مدنی، 1379: 333). از آنجا که در حال حاضر فاصله نسل‌ها از نظر سنی کاهش یافته، تغییرات اجتماعی معنای جدیدی به خود گرفته است. در نتیجه سرعت تغییرات اجتماعی در جامعه جدید ایران خیلی بیشتر از سرعت تغییرات اجتماعی در دوران مدرنیته شده است (توسلی، 1382: 256-255). واقعیت آن است که جامعه در مرحله گذار، استعداد و آمادگی بیشتری را برای تولید آسیب‌ها و مسأله‌های اجتماعی دارد و در ادبیات اجتماعی و تاریخی مربوط به ایران، از جامعه ایران به عنوان جامعه‌ای که در گذار تاریخی خود مواجه با حوادث و مشکلات اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی است تعبیر شده است.

بدیهی است یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی و نخستین جایگاه اجتماعی هر فرد، خانواده‌ای است که وی در آن گام می‌نهد، رشد می‌کند، شخصیتش شکل می‌گیرد و شکوفایی می‌شود، و آداب و رسوم زندگی و تعاون و از خودگذشتگی را فرا می‌گیرد و سپس وارد اجتماع می‌شود. اما آفت‌های متعددی این ستون بنیادین و حیاتی جامعه را تهدید می‌کند که از عمده‌ترین آنها مسایل یاد شده و به ویژه پدیده طلاق است (نریمان وند، 1384). اثر طلاق و فوت همسر در زنان، به ویژه برای آنان که فاقد استقلال اقتصادی بوده و پناهگاهی ندارند، بس پرمخاطره است و باعث بلا تکلیفی، احساس سردرگمی و در بعضی موارد باعث بی‌خانمانی آنها می‌شود و حتی موجب رفتارهای ناخوشایند روان شناختی همانند پرخاشگری و رفتارهای نابهنجار دیگری می‌شود، که رشد این روند گاهی زمینه ساز ارتکاب جرم و رفتارهای انحرافی می‌گردد.

برک^۳ (2004، ترجمه سیدمحمدی، 1382) معتقد است که آمار طلاق در پنج سال دوم ازدواج بالاتر است. بنابراین خیلی از طلاق‌ها زمانی روی می‌دهند که فرزندان هنوز در خانه

1. social deviances
2. socio-economic conditions
3. Berck

هستند. علاوه بر این او معتقد است که بارزترین علت طلاق رابطه آشفته بین زن و مرد است. یعنی هنگامی که آنها با یکدیگر بحث می‌کنند، شیوه حل کردن حالت مناقشه- مواجهه، مناقشه- اجتناب را انتخاب می‌کنند که موجب می‌گردد زن و شوهر از هم جدا شوند در این جدایی زن‌ها بیشتر از مردها دچار مشکل می‌شوند. همچنین او معتقد است که آمار طلاق در جوانان بیشتر است و ماهیت پدیده طلاق در جوانی متفاوت از طلاق در پیری است. در افراد جوان، طلاق معمولاً با آگاهی بیشتر از الگوهای منفی رفتار و تغییر دادن این الگوها صورت می‌گیرد. برعکس، سالخوردگان مطلقه به خاطر سرزنش کردن خود دچار احساس گناه و افسردگی می‌شوند، زیرا احساس ارزشمندی آنها بیشتر به دستاوردهای گذشته وابسته است تا آینده. به طور کلی زنان از طلاق در اواخر زندگی بیشتر رنج می‌برند، زیرا به احتمال زیاد، باقی عمر خود را تنها به سر خواهند برد. مروین سومر اظهار کرده است که احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز برعهده دارند از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیشتر است (فرجاد، 52:1372).

از آنجایی که تقریباً نیمی از مراجعه‌کنندگان به کمیته امداد زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده هستند و هر روز بر تعداد مراجعه‌کنندگان اضافه می‌شود و با توجه به اینکه شواهد مشاهده شده نشان می‌دهند که این افراد از لحاظ جسمانی و اقتصادی در وضعیت نابسامانی به سر می‌برند، بررسی وضعیت روانی-جسمانی (بهداشت روانی) آنان از اهمیت خاصی برخوردار و ضرورت مطالعه آن احساس می‌شود. از این رو، هدف اصلی این پژوهش، شناسایی تفاوت بهداشت روانی در بین زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده تحت پوشش کمیته امداد است. در این راستا، هدف‌های اختصاصی پژوهش حاضر مشتمل بر شناخت تفاوت بهداشت روانی زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده کمیته امداد برحسب سن، علت جدایی، میزان سواد، و تعداد فرزندان، به همراه ارائه راهکارهایی در جهت تقلیل مشکلات و اختلالات روانی زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده تحت پوشش و ارائه پیشنهادهایی در خصوص پیشگیری از آثار مخرب طلاق و فوت همسر بر وضعیت بهداشت روانی در مورد زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده و در معرض آسیب‌های اجتماعی است.

سوال اصلی پژوهش این است که: آیا بهداشت روانی زنان مطلقه با زنان همسر فوت شده کمیته امداد شهر تهران متفاوت است؟ براساس این پرسش کلی می‌توان پرسش‌های دیگری را نیز استنتاج نمود: فوت همسر و طلاق چه تاثیری بر وضعیت بهداشت روانی زنان دارد؟ فوت

همسر و طلاق برای زنان چه تأثیری بر وضعیت جسمانی آنان دارد؟ آیا وضعیت جسمانی زنان مطلقه با زنان همسر فوت شده کمیته امداد امام خمینی شهر تهران تفاوت دارد؟ آیا وضعیت روانی زنان مطلقه با زنان همسر فوت شده کمیته امداد امام خمینی شهر تهران متفاوت است؟ استقلال مالی چه تأثیری بر وضعیت بهداشت روانی زنان مطلقه و زنان همسر متوفی کمیته امداد امام شهر تهران دارد؟ وضعیت مسکونی چه تأثیری بر وضعیت بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر متوفی کمیته امداد امام شهر تهران دارد؟ میزان تبعیت فرزندان از مادران چه تأثیری بر وضعیت بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر متوفی کمیته امداد امام شهر تهران دارد؟

بر این مبنا، تعداد شش فرضیه جهت دار براساس آنچه از مبانی نظری پژوهش، استخراج شد تنظیم گردید. فرضیه اصلی این پژوهش عبارت بود از بهداشت روانی زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده تحت پوشش کمیته امداد شهر تهران با یکدیگر تفاوت دارد. وضعیت روانی زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده تحت پوشش کمیته امداد شهر تهران با یکدیگر تفاوت دارد. وضعیت جسمانی زنان مطلقه و زنان همسر فوت شده تحت پوشش کمیته امداد شهر تهران با یکدیگر تفاوت دارد.

مبانی نظری

نظریه‌های مبتنی بر نقش خانواده در سلامت عمومی، خانواده را از ارکان اصلی جامعه تلقی می‌کنند و سالم سازی اعضای خانواده و رابطه‌هایشان را دارای اثرات مثبتی در جامعه برمی‌شمرند (فیلیپ و همکاران¹، 1380). محور رویکرد روان تحلیل‌گری آن است که ریشه تعارضات زناشویی را باید در ناتوانی یکی یا هر دو زوج، در فردیت یافتن و همچنین ناتوانی آنها در احساس تمیز وجودی جستجو کرد (الوین و پیرسون²، 1998). در واقع اگر محیط خانواده سالم و معتدل باشد برای ایجاد آرامش و نشاط و تأمین رشد بدنی و نفسانی بهترین محیط است و به‌طور قطع هیچ محیطی نمی‌تواند جایگزین آن شود (بهشتی، 1383). در اغلب دوران تاریخی، خانواده با تمام اشکال آن اعم از خانواده گسترده³، خانواده هسته ای⁴ و انواع بسیار دیگر، رکن اساسی فرایند جامعه‌پذیری فرد را در تمام جوامع بشری تشکیل داده است. در این

1. Phillip et al

2. Alvin & Pearson

3. extended family

4. nuclear family

میان، "یکی از ویژگی‌های بنیادین خانواده به عنوان یک نظام اجتماعی، پویایی آن است که موجب می‌گردد در طول زمان دستخوش تغییر گردد" (علی‌احمدی، 1381: 73). امروزه خانواده با همان کارکردهای اساسی چنان که اگبرن¹ و تی بیتز² در مورد خانواده مطرح ساخته اند یعنی تولید مثل³، محافظت⁴، اجتماعی کردن⁵، تنظیم روابط جنسی⁶، عاطفه و همراهی⁷، و پایگاه اجتماعی⁸ به حیات خود در قالب گونه هسته‌ای ادامه می‌دهد (اعزازی، 1376: 170). از آن جایی که زنان سرپرست خانواده، علاوه بر وظایف مادری مانند مراقبت و تربیت فرزندان و انجام امور خانگی، نقش اقتصادی خانواده را نیز بر عهده دارند، ملزم به اشتغال بیرون از خانه‌اند و چون از اشتغال و درآمد مناسب و کافی برخوردار نخواهند شد و در عین حال، نقش‌های زن و مرد را به طور هم زمان ایفا می‌کنند، تا حدودی نوع و میزان استرس آنان از تجربه مردان متفاوت است. این گروه از زنان، علاوه بر ایفای نقش‌های متعدد همچون اداره و انجام کارهای خانه، مراقبت‌های جسمی و هیجانی از اعضای خانواده را هم انجام می‌دهند که موجب می‌شود استرس و مشکلات مختلفی را تجربه کنند. مسئله ایفای نقش در بین زنان سرپرست خانواده سبب می‌شود زنانی که می‌کوشند به شغل خود به اندازه کارهای خانه و مراقبت از فرزندان اهمیت بدهند، دچار تعارض نقش شوند که همین امر منجر به ایجاد اضطراب در آنان می‌شود (باقری و عطاران، 1372). نقش اجتماعی آن دسته از فعالیت‌های اجتماعی افراد است که متضمن انتظارات خاصی است و شخص موظف به برآوردن این انتظارات است. کار نقش اولیه اجتماعی مردان (به ویژه مردان متأهل) است و از مرد انتظار می‌رود که تعهد اولیه اجتماعی خود مبنی بر فراهم سازی منابع مورد نیاز، برای حمایت از خانواده‌اش را انجام دهد و علاوه بر آن که سایر نقش‌های اجتماعی خود را همانند همسر، پدر و عضوی از اجتماع ایفا می‌کند از آنها انتظار می‌رود که جایگاه دومی را هم در رابطه با کارشان اشغال نمایند (صداقتی فرد، 1389: 151). در مقابل، نقش نخستین زنان، همسر و مادربودن است. نقش‌های جنسیتی به معنای انتظاراتی است که زن یا مرد می‌بایست در رفتارها، گرایش‌ها و فعالیت‌هایشان بروز

-
1. Ogburn
 2. Tibitz
 3. reproduction
 4. protection
 5. socialization
 6. regulation of sexual behaviour
 7. affection and companionship
 8. providing of social status

دهند (نقش زنان در توسعه، 1372: 10). از زنان انتظار می رود ابتدا به تعهدات اجتماعی خود بعنوان همسر و مادر عمل نمایند و سپس به اشتغال یا ادامه تحصیل در دانشگاه بیاورند. از این رو دختران برای ایفای چنین نقشی، به طور سنتی آموزش می بینند. اگرچه زنان درگیر فعالیت های کاری نیز هستند، اما از آنها انتظار می رود که در زندگی، نقش اصلی آنها به عنوان همسر و مادر بر سایر فعالیت ها مقدم باشد (نوروزی و همکاران، 1380: 35). عدم حضور پدر در خانواده، ساختار خانواده را دگرگون کرده و کارکردهای آن را دچار اختلال می سازد. با پذیرش نقش های پدر توسط مادر از یک سو، جامعه شاهد کاستی یا اختلال یا تعارض در نقش¹ توسط مادر است، زیرا مادر برای برخی از این نقش ها جامعه پذیر نشده، و از سوی دیگر شاهد فشار نقش ها² بر مادر است. زیرا این امر او را از نظر عاطفی دچار مشکل می سازد. این امر به نوبه خود بر ایفای نقش ها توسط او تاثیرگذار است و هم نقش ها آن طور که باید ایفا نمی شود. براساس یافته های پژوهشی در ایران، در بررسی سهم انگیزه های زنان از کار در بیرون از خانه، عامل اقتصادی و تامین بخشی از هزینه های خانواده با 81 درصد بیشترین سهم را داشته است (سفیری، 1377: 45) و حال آن که برخی پژوهش ها نشان می دهند که 66/50 درصد زنان ایرانی در میان الگوی انتظارات در جامعه، مهم ترین وظیفه زن را نه اشتغال و نان آوری، بلکه خانه داری می دانند (شادی طلب، 1377: 177). این شاید از آن روی است که به لحاظ فرهنگی، زنان از ابتدا برای دستیابی به نقش خود به عنوان یک زن آموزش می بینند و تفکیک شغل ها در همان اوان زندگی دختر توسط خانواده و سپس مدرسه به آنها آموخته می شود (کار، 1373: 64).

از سویی نیاز جنسی³ نیازی مشروع و طبیعی است که مرتفع شدن صحیح آن، نیازمند وجود هنجارهای متناسب با ساختارهای فرهنگی، مذهبی و اخلاقی در جامعه است، خصوصاً در سطح خانواده که مبنای ساخت جامعه است. اما در مورد زنان مطلقه و همسر فوت شده این سوال در ذهن پدید می آید که زنانی که نمی توانند در زمانی که به روابط جنسی سالم نیازمندند، آن را مطرح کنند، با چه مشکلات روحی و جسمی روبه رو خواهند شد؟ و این مساله تا چه حد در بهداشت روانی آنان تأثیر منفی می گذارد؟ ارتباط جنسی مطلوب و هنجارمند، از شاخص های مهم در سلامت فردی و اجتماعی هر جامعه است، چنان که پژوهش های علمی

1. role conflict

2. role strain

3. sexual need

نشان داده است که عدم برخورداري كافي از امنيت و سلامت جنسي نتايج وخيمي به دنبال دارد (ريچارد¹، 1999). بنابراین نبود همسر و انتقال نقش‌های او به زن موجب نابسامانی در ایفای نقش‌ها و کارکردهای خانواده و هم چنین ناکامی در برخی نیازهای اساسی مانند نیاز عاطفی و جنسی شده و آسیب‌هایی را دامنگیر زن در ارتباطات اجتماعی او می‌نماید. آسیبی که قبل از هر فرد دیگر، معطوف به زنان است و مشکلاتی را برای زن ایجاد می‌کند که به تبع آن، دچار مشکلات روانی و روابط انسانی می‌گردد. این امر در جامعه‌پذیری و روابط اجتماعی وی اثرات سوء داشته و باعث مشکلات شخصیتی و افسردگی شده، و موجب می‌گردد خود را فردی تنها احساس کند تا حدی که در حوزه ارتباطی خود افراد زیادی را نبیند، سرمایه ارتباطی و امنیت ارتباطی نداشته و دارای توان ضعیفی در ارتباطات اجتماعی خود گردد (توسلی، 1374: 244).

امروزه خانواده با تمام تفاوت‌های ساختاری آن در جوامع مختلف، یکی از منابع حائز اهمیت سرمایه اجتماعی² در سطح جهان تلقی می‌شود و با آن که این نهاد مهم اجتماعی، در حال حاضر بزرگ‌ترین کانون و پشتوانه فرد در جامعه ایران به شمار می‌رود، اما بسیار درگیر مسایل اقتصادی و سایر مشکلات، از جمله طلاق، متأثر از شرایط یادشده است (ساروخانی و صدقتی فرد، 1389). مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که فشار روانی حاصل از طلاق و فوت همسر، به حدی زیاد است که آسیب‌های جدی به فضای روان شناختی خانواده و اعضای آن وارد می‌سازد. امروزه این امری شناخته شده است که هر چه وضعیت و روابط یک جوان در خانواده‌ای که منشأ در گذشته دارد و حال نامناسب‌تر، و هرچه توفیق در آموزش، کمتر و دوران انتقال طولانی‌تر و انتقال مشکل‌تر و پر تنش‌تر باشد، درجه متزلزل شدن و امکان بروز و شدت بحران هویت بیشتر خواهد بود. و هرچه شدت این تزلزل و بحران هویت بیشتر باشد، جوان با شدت بیشتری در چندین جهت واکنش نشان می‌دهد. عضویت و هم‌رنگی با فرهنگ همسالان که در وضعیت مشابهی هستند، بیرونی کردن بسیاری از هنجارهای درونی شده و در نهایت گرایش به عناد، سرکشی، طغیان، تخریب و تهاجم احساسی، فکری، لفظی و فیزیکی نسبت به والدین، مریبان و کلاً جامعه بزرگسال از مظاهر این آسیب خواهد بود (حیدری بیگوند، 1380: 108). سگالن³ (1370: 223) می‌گوید روابط بین والدین و فرزندان آنها، زمانی به بحران و

1. Richard

2. social capital

3. Segalen

چالش اصلی خود نزدیک می‌شود که فرزندان به سن بلوغ می‌رسند و این زمانی است که توام با جوانی فرزندان، والدین مسن‌تر شده‌اند. در جهانی که در آن مقولاتی مثل "جهان در حال تغییر" و "خانواده در حال دگرگونی"، مسئله‌های مهمی تلقی می‌شوند (شرفی، 1382)، مسایل اجتماعی مانند طلاق و پدیده فوت در خانواده نقش بارزی در مختل کردن بهداشت روانی افراد به ویژه زنان می‌تواند داشته باشد. در این میان، زن و کودک هر یک به شکلی این فشار را متحمل می‌شوند و در این راستا، اگر هر یک از اعضاء، ابزارهای لازم برای مقابله با فشار روانی حاصل از طلاق و درگذشت همسر یا پدر را نداشته باشند، بی تردید توان مقابله کمتری داشته و آسیب‌پذیرتر از بقیه خواهد بود. به همین دلیل متخصصین بهداشت روانی توصیه می‌کنند که افراد لازم است از لحاظ روحی خود را آماده سازند تا با این آمادگی از پیش، صدمات بعدی قابل تحمل شود و فرد راههایی برای سازگاری با موقعیت جدید خود یافته و آنها را به کار ببرد. فوت همسر نیز برای زنان مشکلات عدیده‌ای نظیر مسائل اجتماعی، روانی، جسمانی، و اقتصادی ایجاد خواهد کرد، که این مشکلات به دلیل تنش زایی بیش از حد خود گستره‌ای از اختلالات روانی و رفتاری را در پی خواهند داشت.

روش شناسی

با توجه به هدف‌های پژوهش، نوع و ماهیت این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی بوده و با روش پس رویدادی یا علی-مقایسه‌ای انجام پذیرفته است. با عنایت به فرضیه‌های ارائه شده و مواجه بودن با داده‌های کمی، عمدتاً در قالب طرح پژوهشی پیمایش¹ به اجرا درآمد. در راستای بهره‌گیری از روش یاد شده، در گام‌های بعدی این مرحله از پژوهش، گردآوری داده‌ها، شاخص‌های اندازه‌گیری، نمونه‌گیری و تجزیه و تحلیل آماری مشخص شده و در اجرا به کار گرفته شد.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه و همسر فوت شده کمیته امداد شهر تهران در سال 87-88 بوده است که با توجه به اینکه این کمیته در شهر تهران به 20 منطقه تقسیم شده و امکان دسترسی به همه آنها وجود نداشت، از این رو برای مطالعه، نمونه مناسب از جامعه آماری سه منطقه با توجه به وضعیت جغرافیایی و فرهنگی و اجتماعی و مشخص شدن این‌که در کدام منطقه وضعیت بهداشت روانی آنان بر اثر طلاق و فوت همسر پایین‌تر یا

بالتر است سه قسمت شمال، مرکز و جنوب تهران (مناطق 1، 8، 16) انتخاب شدند. جمعیت کل، شامل 27000 نفر (زنان مطلقه حدود 10000 نفر و زنان همسر فوت شده حدود 17000 نفر) بوده و از آنجا که ساختار جامعه پژوهش ناهمگون بود، از روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم نمونه استفاده شد. در این روش فاصله را برای کل جامعه به دست آورده و آنگاه جمعیت هر طبقه بر آن فاصله تقسیم تا سهمیه هر طبقه مشخص گردد. از کل جمعیت 27000 نفری، نخست تعداد 120 نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند؛ که با استفاده از فرمول نمونه گیری تصادفی طبقه ای متناسب با حجم نمونه 44 نفر سهم زنان مطلقه و 76 نفر هم سهم زنان همسر فوت شده به دست آمد. در هر منطقه به طور مساوی 40 پرسشنامه (از 15 نفر زنان مطلقه و 25 نفر زنان همسر فوت شده) به صورت تصادفی تکمیل شد.

با توجه به اینکه روش مورد استفاده در این پژوهش پیمایش است و از آنجائی که "پرسشنامه پر کاربردترین تکنیک گردآوری داده‌های پیمایش است" (دواس¹، 1383: 87)، گردآوری داده های مورد نیاز، با پرسشنامه ای از نوع استاندارد انجام شد. ابزار اصلی پژوهش، چک لیست بهداشت روانی (MHC) بود که در شکل درجه بندی (لیکرت)، نشانه‌های روانی و نشانه‌های جسمانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره کل این پرسشنامه که از 11 تا 44 متغیر است، بالاترین و پایین‌ترین حالت های بهداشت روانی شخصی را نشان می‌دهد. این ابزار پیش از این توسط کومار مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار (روایی²) و پایایی³ آن سنجیده و نمره قابل قبولی از آن به دست آمده است، چنان که میزان همبستگی به ترتیب 70٪ و 65٪ از سطح 1.1. اطمینان معنادار بودند و نشان دادند که آزمون در هر دو مورد همسانی درونی و ثبات نمرات پایا است. اعتبار محتوا نیز به قدر کافی اطمینان بخش بود و فقط آن نشانه هایی که با نظر صد در صد موافق داوران با مطالعه بهداشت روانی ارتباط داشتند، انتخاب شدند. ضمناً به شناسنامه این پرسشنامه، متغیرهای زمینه‌ای و همچنین وضعیت اقتصادی و چگونگی تبعیت فرزندان با بهره گیری از چند پرسش افزوده شد.

-
1. Devac
 2. validity
 3. reliability
 4. face validity

به رغم استاندارد بودن ابزار پژوهش حاضر، از آنجا که روایی و اعتبار آن در جامعه ایران سنجیده نشده بود نخست، با بهره‌گیری از اعتبار صوری⁴ پژوهش، پرسشنامه در اختیار تعدادی از متخصصان قرار گرفت تا با گردآوری ارزیابی و داوری آنها مشخص شود که ابزار سنجش پژوهش تا چه اندازه قابلیت سنجش متغیرهای این پژوهش را دارد. اعتبار سازه که مبتنی بر ارزیابی سنجش برحسب مطابقت نتایج با انتظارات نظری پژوهش است نیز مدنظر قرار گرفت. برای سنجش پایایی پرسشنامه در نتیجه یک پیش‌آزمون¹ که شامل تعداد 25 نفر از زنان یاد شده می‌شد، از آمار آلفای کرونباخ که در برآورد گویه‌های رتبه‌ای ابزار سنجش به کار می‌رود، بهره گرفته شد که نتایج این روش، حاکی از آن بود که ضریب پایایی هر یک از متغیرها بالاتر از 0/70 و میانگین آن حدود 0/72 بوده که این امر نشان دهنده دقت یا پایایی مناسبی در جهت سنجش متغیرهای مورد بررسی است.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش آمار توصیفی استفاده شد. در این بخش به منظور تدوین تنظیم جدول‌های توزیع فراوانی و درصد فراوانی و برای معنادار نمودن یافته‌های کمی، در ابتدا نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. در بخش دوم، به منظور رد یا قبول هر یک از فرضیه‌های پژوهش از آزمون (T-test) برای مقایسه میانگین گروه زنان همسر فوت شده با زنان مطلقه از نرم افزار استفاده شد.

یافته‌ها

در توصیف‌های آماری، از آمارهای گوناگونی استفاده می‌شود که مهم‌ترین آنها محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی است. محاسبه میانگین به عنوان مهم‌ترین شاخص مرکزی و محاسبه دامنه تغییرات، واریانس، و انحراف معیار به عنوان مهم‌ترین شاخص‌های پراکندگی در راستای این امر صورت گرفت که نتایج آن به شرح زیر است.

جدول 1- توزیع فراوانی نمونه مورد بررسی بر حسب مطلقه و همسر فوت شده

فراوانی	درصد فراوانی	
44	36/7	زنان مطلقه
76	63/3	زنان همسر فوت شده
120		

100

مجموع

همان طور که توزیع فراوانی جدول 1 نشان می‌دهد، از میان 120 نمونه مورد بررسی، 44 نفر (36/7٪) مطلقه، و 76 نفر (63/3٪) زنان همسر فوت شده بوده‌اند. سن این افراد بین 23 تا 58 سال بوده و بیشترین فراوانی مربوط به سن 48 سال (11/4٪) است. در جداول 2 و 3 شاخص‌های توصیفی نمرات وضعیت روانی، وضعیت جسمانی و بهداشت روانی برای گروه زنان مطلقه ارائه شده است.

جدول 2- شاخص‌های توصیفی نمرات وضعیت روانی، وضعیت جسمانی و بهداشت روانی برای گروه زنان مطلقه

شاخص‌ها	وضعیت روانی	وضعیت جسمانی	بهداشت روانی
تعداد	44	44	44
میانگین	12/79	7/61	20/40
میانه	13	8	21/5
واریانس	49/56	23/91	118/99
انحراف معیار	7/04	4/89	10/90
کمترین نمره	0	0	0
بیشترین نمره	24	17	41
دامنه تغییرات	-0/086	-0/068	-0/19
چولگی	-1/064	-1/068	-1/026
کشیدگی			

جدول 3- شاخص‌های توصیفی نمرات وضعیت روانی، وضعیت جسمانی و بهداشت روانی برای زنان همسر فوت شده

شاخص‌ها	وضعیت روانی	وضعیت جسمانی	بهداشت روانی
تعداد	76	76	76
میانگین	14/25	9/30	23/55
میانه	15	9	25/5
واریانس	35/81	26/96	92/57
انحراف معیار	35/81	5/19	9/62
کمترین نمره	0	0	0
بیشترین نمره	24	20	40

دامنه تغییرات	24	20	40
چولگی	-0/34	0/16	-0/45
کشیدگی	-0/51	-0/68	-0/44

در بخش استنباطی بررسی روابط میان متغیرها، با در نظر داشتن اهداف پژوهش سعی شد به پرسش‌ها و فرضیه‌های پژوهش، پاسخ دقیق ارائه شود تا به استناد آن استنتاج و جمع بندی میسر شود. در تحلیل‌های دو متغیره در این بخش، از آزمون‌های مرتبط استفاده شده است. در گام نخست، به فرض‌های مربوط به متغیرهای زمینه‌ای پرداخته شده است. قبل از انجام محاسبات آماری و پاسخگویی به سؤالات تحقیق، نمرات گروه‌هایی که سؤالات تحقیق قصد بررسی و مقایسه آن‌ها را داشته است از نظر نرمال یا غیرنرمال بودن توزیع جهت انتخاب آزمون آماری مناسب (پارامتریک یا ناپارامتریک) به کمک آزمون کولموگروف- اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت و نتایج زیر به دست آمد.

جدول 4- آزمون کولموگروف برای بررسی نرمال بودن توزیع (گروه مطلقه)

تعداد	مقدار Z	سطح معناداری	
44	0/96	0/312	وضعیت جسمانی
44	0/64	0/795	بهداشت روانی

با توجه به این که سطح معناداری نمرات وضعیت جسمانی (0/312) و بهداشت روانی (0/795) گروه مطلقه بزرگ‌تر از 0/05 هستند، مشخص می‌شود تفاوت بین نمرات در توزیع، تفاوت معناداری با هم ندارند. پس توزیع نمرات هر دو متغیر نرمال است.

جدول 5- آزمون کولموگروف برای بررسی نرمال بودن توزیع (گروه همسر فوت شده)

تعداد	مقدار Z	سطح معناداری	
76	0/69	0/719	وضعیت جسمانی
76	0/87	0/428	بهداشت روانی

سطح معناداری به دست آمده برای نمرات وضعیت جسمانی و بهداشت روانی گروه زنان همسر فوت شده نیز بزرگ‌تر از 0/05 است (0/261 و 0/719 و 0/428). بنابراین توزیع

نمرات این دو متغیر هم نرمال است. در نهایت با نظر به نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و نرمال بودن توزیع نمرات، برای پاسخگویی به سئوالات تحقیق از آزمون های پارامتریک استفاده شد. با استفاده از آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف سطح معناداری به دست آمده نمرات وضعیت جسمانی (0/312) و بهداشت روانی (0/795) گروه مطلقه بزرگتر از 0/05 به دست آمد، که مشخص می کند تفاوت بین نمرات در توزیع، تفاوت معناداری با هم ندارند. پس توزیع نمرات هر سه متغیر نرمال است.

جدول 6- مقایسه بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر فوت شده

جنسیت	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین ها	t	درجه آزادی	سطح معناداری
بهداشت	44	20/40	3/15	1/64	118	0/103
مطلقه						
همسر فوت شده	76	23/55				
روانی						

برای مقایسه میانگین دو گروه، از آزمون t مستقل استفاده شد. میانگین به دست آمده برای بهداشت روانی زنان مطلقه برابر با 20/40 و میانگین بهداشت روانی زنان همسر فوت شده 23/55 شده است و آزمون اجرا شده با مقدار t محاسبه شده و سطح معناداری 0/103 که بزرگتر از 0/05 است، نشان می دهد که تفاوت بین دو میانگین (3/15) معنی دار نیست. یعنی بین بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر فوت شده تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو گروه از نظر بهداشت روانی در یک سطح هستند.

جدول 7- مقایسه وضعیت جسمانی زنان مطلقه و همسر فوت شده

گروه	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین ها	t	درجه آزادی	سطح معناداری
وضعیت	44	7/61	1/68	1/75	118	0/082
مطلقه						
همسر فوت شده	76	9/30				
جسمانی						

برای مقایسه وضعیت جسمانی زنان مطلقه و همسر فوت شده از آزمون t مستقل استفاده شد و نتیجه به دست آمده با توجه به بزرگتر بودن سطح معناداری 0/082 از 0/05 نشان داد

که وضعیت جسمانی زنان مطلقه و همسر فوت شده در یک سطح بوده و این دو گروه در این مورد تفاوت معناداری با هم ندارند.

جدول 8- مقایسه بهداشت روانی زنان (مطلقه و همسر فوت شده) بر اساس میزان استقلال مالی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
بین گروهی	545/04	4	136/26		
درون گروهی	11789/75	115	102/52	1/31	0/263
مجموع	12334/8	119			

مقادیر به دست آمده در جدول فوق و سطح معناداری $0/05 < 0/263$ نشان می دهد بین بهداشت روانی گروه های مورد بررسی تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول 9- مقایسه بهداشت روانی زنان (مطلقه و همسر فوت شده) بر اساس وضعیت مسکونی

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
بین گروهی	407/33	3	135/777		
درون گروهی	11656/25	115	101/359	1/34	0/265
مجموع	12063/58	118			

مقادیر به دست آمده از اجرای آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان می دهد سطح معنی داری به دست آمده 0/262 است. بنابراین بین بهداشت روانی گروه هایی که وضعیت مسکونی متفاوتی دارند، تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول 10- مقایسه بهداشت روانی زنان (مطلقه و همسر فوت شده) بر اساس میزان تبعیت فرزندان از آن ها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
بین گروهی	1068/05	4	267/014		
		114			

0/034	0/702	98/82	118	11266/28	درون گروهی
					مجموع
					12334/43

آزمون تحلیل واریانس اجرا شده در این بخش، بیانگر تفاوت معنادار بین بهداشت روانی گروه‌های مورد بررسی است ($0/05 > 0/034$). آزمون تعقیبی توکی مشخص کرده است که بیشترین تفاوت بین بهداشت روانی زنانی که فرزندان آن‌ها تبعیت "خیلی کم" دارند با بهداشت روانی زنانی که فرزندان آن‌ها "تبعیت زیاد" دارند، وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج آزمون فرضیه های پژوهش به شرح زیر است:

فرضیه 1: مقایسه یافته فرضیه یک و دو نشان داد که بین بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر فوت شده تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو گروه از نظر بهداشت روانی در یک سطح هستند.

با توجه به اینکه اکثریت زنان مطلقه در زمان زندگی مشترک خود زندگی سختی را گذرانده بودند (به علت اعتیاد، آزار بدنی و نظایر آن) می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً عدم وجود همسر به دلایل یاد شده، اندکی آرامش را برای آنان به همراه آورده و در واقع آنان به لحاظ روان شناختی پس از طلاق به آرامش بیشتری رسیده‌اند. در رابطه با زنان همسر فوت شده هم برخی از آنان به دلایل بیماری، خشونت، اعتیاد همسرشان (در زمان حضور همسرشان) در وضعیت نامساعدی به سر می‌بردند که بعد از فوت آنان اکنون از لحاظ روانی در وضعیت بهتری هستند، که این موارد می‌تواند دلایلی مبنی بر نرمال بودن بهداشت روانی این زنان باشد.

از دیگر سو، نبود تفاوت میان این دو گروه، بیانگر تاثیرات مشترکی است که پدیده فقدان بر زنان می‌گذارد. چرا که در برخی نظریه‌های روان‌شناختی، جدایی از همسر به سان عدم وجود او مانند زمانی است که فرد احساس می‌کند که او را از دست داده است. نتایج فرضیه فوق با یافته‌های لونسون، کارستنسون و گاتمن¹ (1993) در پژوهشی که انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که رابطه میان ناراضیاتی از زندگی زناشویی و سلامت، به طور قوی‌تری در زنان وجود

1. Levenson et al

2. Rice

دارد. در نارضایتی از زندگی زناشویی، زنان نسبت به مردان مشکلات بیشتری در مورد مسایل جسمانی و روانی ابراز کردند. ریس² (1984) در پژوهشی در زمینه میزان مرگ و میر و سلامت روان شناختی، نتیجه گرفت که تندرستی به احتمال زیاد از تماس نزدیک و صمیمانه با دوستان نزدیک و به ویژه همسر نشأت می‌گیرد. همچنین اشاره کرد که کیفیت این ارتباطات اهمیت بسیار زیادی دارد. همچنین جالب است که بیشترین مشکلات و نگرانی‌ها از مشکلات بین فردی و مشکلات و مسائل مربوط به صمیمیت‌ها و تعلقات است. این دو مورد اخیر به عنوان معتبرترین موضوع بحث در درمان زناشویی تشخیص داده شده است.

با نتایج پژوهش امیر فریار (1388) که به بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران پرداخت و نشان داد که 77٪ از زنان سرپرست خانوار از سلامت روان کامل برخوردار نبوده‌اند و تنها 23٪ از زنان سرپرست خانوار از سلامت روان کامل برخوردار بوده‌اند. برقی ایرانی (1385) هم به بررسی سنجش و ارزشیابی سطح سلامت عمومی و ویژگی‌های شخصیتی و سازگاری زنان در حال طلاق و مطلقه شهر تهران پرداخت و نتیجه نشان داد که در فرضیه‌های سلامت عمومی، اختلال در خواب، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی، علائم جسمانی تفاوت معناداری بین سه گروه از زنان مطلقه و در حال طلاق و متاهل دیده شد. بدین صورت که زنان متاهل در وضعیت بهتری نسبت به زنان در حال طلاق و مطلقه بودند. رحیمی (1383) در پژوهش خود به بررسی رابطه تعارضات زناشویی با سلامت روانی زوجین شهر تهران پرداخت و نشان داد که تعارضات زناشویی با سلامت روانی همبستگی بالا و معناداری دارد. بدین معنی که هر چه میزان تعارضات زناشویی بالا باشد، میزان سلامت روانی پایین است. علیزاده (1385) هم به بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مؤثر بر آن در زنان خود سرپرست تحت پوشش بهزیستی پرداخت و نشان داد 86 درصد آزمودنی‌ها از سلامت روانی پایینی برخوردار بودند. پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها همسویی ندارد.

فرتلی و همکاران (1994) در زمینه سبب شناسی طلاق توجه خاصی را مبذول کردند. آنان به عامل شخصیت روان نژند و یا میزان اضطراب در سبب شناسی طلاق اشاره کردند و متوجه شدند که میزان اضطراب زنان متارکه کرده در مقایسه با دیگر زنانی که متارکه نکرده بودند بالاتر است. مناگان¹ (1982) در مطالعه خود در مورد نوع درگیری زن و شوهر با مشکلاتشان می‌گوید: افراد از راه مذاکره و صحبت، تطبیق و سازگاری خوش بینانه، گذشت از

روی ناچاری، کناره گیری و بی تفاوتی با مسائل مواجه می شوند. دو نوع برخورد: گذشت از روی ناچاری و کناره گیری و بی تفاوتی، موجب افزایش افسردگی می شوند و تنها سازگاری خوش بینانه است که هم افسردگی را کاهش می دهد و هم مسائل بعدی کمتری به همراه دارد. مذاکره، صحبت و کوشش هایی در این راستا باعث کاهش افسردگی نمی شوند، اما احتمال مشکلات بعدی را کاهش می دهد. یافته های این دو پژوهش با پژوهش مزبور همسویی ندارد.

فرضیه 2: مقایسه یافته ها در مورد این که وضعیت جسمانی زنان مطلقه با زنان همسر فوت

شده تفاوت دارد یا خیر، از طریق آزمون t نشان داد که وضعیت جسمانی زنان مطلقه و همسر فوت شده در یک سطح بوده و این دو گروه در این مورد تفاوت معناداری با هم ندارند. با توجه به اینکه اکثر این زنان در طول روز در خانه یا بیرون از خانه مشغول فعالیت هستند و دارای تحرک بدنی نیز هستند و از لحاظ روحی در وضعیت نرمالی به سر می برند و از آنجا که جسم و روان رابطه مستقیمی بر هم دارند، می توان از دلایل نرمال بودن وضعیت جسمانی آنان برشمرد که با یافته های گلیزر و محققان دیگر که سعی کردند بدانند چگونه وضع روحی یک فرد و بستگان او می تواند در بهبود وضع جسمانی او مؤثر بوده است همسو است. تاکنون شواهد نشان داده که وضع روحی انسان بر سیستم ایمنی و عروق او تأثیر به سزایی دارد. در تحقیقاتی که در دانشگاه اوهایو انجام داد از آنها خواست که در آزمایشگاه اختلافات زناشویی خود را حل کنند. برای مدت 24 ساعت مداوم خون آنها را آزمایش کرد. گلیزر می گوید "بیش از آنچه انتظار داشتیم وضع ایمنی زوج ها متأثر از مباحثات خود آنان بود". در زوج های کینه توز و منفی هشت مورد ضعف ایمنی در 24 ساعت مشاهده شد. هر چه کینه توزی در مجادلات زناشویی بیشتر باشد تأثیر بیشتری بر روی سیستم ایمنی باقی می گذارد.

فرضیه 3: مقایسه یافته نشان دهنده این بود که بین بهداشت روانی زنانی که استقلال مالی کم دارند با زنانی که استقلال مالی بالاتری دارند تفاوت معنادار بدست نیامد و بنابراین استقلال مالی آن ها در میزان بهداشت روانی آن ها تأثیر خاصی ندارد. ابراهیمی (1386) که در پژوهش خود به بررسی مسائل و مشکلات اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار همسر فوت شده و همسر معلول تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهرستان سوادکوه پرداخته، به این نتیجه رسید که عامل وضعیت اقتصادی (با میانگین 7/2) تأثیر و سهم قابل توجهی را در وضعیت فعلی زنان سرپرست خانوار شهرستان سوادکوه داراست. به نظر می رسد در این زمینه می توان

به مطالعات و بررسی‌های بیشتری در خصوص وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی جمعیت، پژوهش نمود.

فرضیه 4: یافته‌ها نشان داد که بین بهداشت روانی گروه‌هایی که وضعیت مسکونی متفاوتی دارند، تفاوت معناداری مشاهده نشده است. نظر به اینکه اکثر این زنان از جانب کمیته امداد حمایت‌هایی در زمینه اجاره، ساخت مسکن، زندگی در منزل پدر یا مادر و حمایت‌هایی که از جانب خانواده دریافت می‌کنند، از دلایل نرمال بودن وضعیت بهداشت روانی آنان برشمرد.

فرضیه 5: یافته‌ها مشخص کرد که بیشترین تفاوت بین بهداشت روانی زنانی که فرزندان آن‌ها پیروی خیلی کم دارند با بهداشت روانی زنانی که فرزندان آن‌ها پیروی زیاد دارند، وجود دارد. همان‌طور که در مبانی نظری گفته شد فرزندان پس از طلاق و فوت پدر دچار پرخاشگری و ناسازگاری و یا در جهت مقابل آن بی‌اعتنایی و بی‌توجهی نسبت به افراد به خصوص مادر می‌شوند و در بعضی مواقع شخصیت منفعلی پیدا می‌کنند که می‌توان از دلایل تاثیرگذار بر بهداشت روانی زنان مطلقه و همسر فوت شده باشد. سیدفاطمی (1383) در پژوهش خود به بررسی طلاق والدین و مشکلات کودکان پرداخت و نتایج یافته‌ها نشان داد افسردگی، پرخاشگری و اضطراب در کودکان طلاق به طور معناداری بیش از کودکان خانواده‌های غیر مطلقه است.

پورتس و همکاران (1992) در پژوهشی با عنوان "کارایی خانوادگی و سازگاری کودکان پس از طلاق" نتیجه گرفتند که آن دسته عواملی که بیشترین سهم را در تسهیل سازگاری عاطفی-اجتماعی دارند، عبارت‌اند از نقش‌های خانوادگی، مهار رفتار و مشارکت عاطفی. هم‌چنین مشخص شد خانواده‌هایی که در آنها مراقبت، حمایت متقابل و رسوم خانوادگی، پس از طلاق نیز حفظ شده است احتمالاً بیشتر قادر هستند ناسازگاری کودکان را کاهش دهند. پژوهشی توسط والرشتاین¹ و همکارانش (1999) با عنوان «جدایی و طلاق» نشان داد که بین کشمکش‌ها و رفتارهای خشن و پرخاشگرانه با طلاق رابطه وجود دارد و نیز اختلافات و کشمکش‌های خانوادگی و پرخاشگری‌ها به شدت اعضاء، به ویژه فرزندان را متأثر ساخته است که نتایج پژوهش حاضر با این سه پژوهش همسویی دارد. گیلبرت (1985) در یافته‌های جانبی پژوهش خود با عنوان "بررسی میان تعداد فرزندان و میزان سلامتی گروه زنان مطلقه و متأهل" نتایج جالب توجهی به دست آورد. وی با مطرح کردن این سوال که «آیا رابطه‌ای بین

تعداد فرزندان با میزان سلامت روانی وجود دارد؟» نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه از زنان مطلقه و متأهل شاغل در سطح (0/05) تعداد فرزندان با میزان سلامت روانی وجود ندارد که این نتیجه با یافته های پژوهش حاضر همسویی ندارد.

گفتنی است این پژوهش با محدودیت هایی چند روبرو بود که به شرح زیر است:
 زنان به دلایل تربیتی و فرهنگی همواره نگرشی توأم با شرم و رازداری به این گونه مقوله ها داشته و دارند، که این امر مطالعه دقیق در این زمینه را با دشواری هایی مواجه ساخته است. این پژوهش نیز از این واقعیت مصون نبود و مسأله یادشده در گردآوری داده ها و پاسخ به گویه های این پژوهش موانع و محدودیت هایی چندی را ایجاد نمود که احتمالاً بر روی نتیجه بی تأثیر نبوده است. از طرف دیگر محدود بودن و بسته بودن نسبی سازمان های حمایتی، از جمله کمیته امداد امام خمینی برای دسترسی و پیدا کردن زنان (مطلقه و فوت همسر) که برای آن، باید مراحل و مکاتبات متعددی را طی نمود، باعث صرف زمان طولانی و دشواری هایی در کسب مجوز فراهم شد. نکته آخر این که به نظر می رسد از آنجا که زنان مورد مطالعه، تحت پوشش اقتصادی کمیته امداد امام خمینی بوده و حفظ شرایط و منافع مادی برای ایشان حائز اهمیت فراوان است، این امر بر مطلوب و مناسب جلوه دادن شرایط خود برای حفظ وضعیت موجود تأثیرگذار بوده است.

پیشنهادها

1. جمعیت مورد مطالعه (کمیته امداد امام خمینی) عموماً از طبقات فرودست اجتماعی هستند و معمولاً تن به ازدواج هایی می دهند که از طبقه خود، و به صورت اجباری است که بعضاً ناشی از عدم شناسایی درست و عدم شناخت معیارهای جامعه است. برای جلوگیری از پیامد طلاق باید در سطح کل ساختار جامعه شرایط همسر گزینی و انتخاب همسر برای دختر و پسرهای جوان فراهم شود.

2- از آنجا که جمعیت مورد مطالعه وضعیت اقتصادی مطلوبی ندارند، باید برای این افراد به لحاظ اقتصادی شرایطی فراهم شود تا بتوانند انتخاب درستی در ازدواج داشته باشند و به تبع آن، از میزان طلاق کمتر شود.

- 3- آگاه سازی خانواده ها در جهت این که در زمان جدایی با مهربانی از هم جدا شوند و خاطره خوبی برای فرزندان شان بگذارند و به آن ها اطمینان دهند که همیشه فرزندشان هستند و آن ها را مورد حمایت عاطفی و روانی قرار دهند.
- 4- برای جلوگیری از بروز طلاق پیشنهاد می شود پژوهش های بیشتری در زمینه ازدواج و ملاک و معیار انتخاب همسر صورت گیرد.
- 5- با در نظر گرفتن این نکته که نتایج این پژوهش ناظر بر بخش بسیار محدودی از این جامعه به دلیل عدم دسترسی به همه نمونه ها است، بی تردید نتایج به دست آمده در جهت ارائه راهکارهایی مفید برای کاهش میزان عناصر منفی اجتماعی کافی نخواهد بود. از این رو پیشنهاد دیگر محقق این است که موضوع این پژوهش در سطح کل کشور و همراه با ابزار دیگری مورد پژوهش قرار گیرد تا با شناخت همه جانبه تری از وضعیت موجود در جامعه ایران، بتوان راهبردهای علمی را در این زمینه عملیاتی نمود.

منابع فارسی

- ابراهیمی، س. (1386). بررسی مسائل و مشکلات اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار همسر فوت شده و همسر معلول کمیته امداد امام خمینی شهرستان سواد کوه. پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان و خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- اعزازی، ش. (1376). جامعه شناسی خانواده؛ با تاکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر، تهران: روشنگران و مطالعات زنان.
- امیرفریاری، م. (1388). بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- باقری، ع. (1372). کودکان محروم از پدر. تهران: تربیت.
- برقی ایرانی، ز. (1385). سنجش و ارزشیابی سطح سلامت عمومی و ویژگی های شخصیتی و سازگاری زنان در حال طلاق و مطلقه شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان سنجی. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

- برک، ل. ا. (2004). روان شناسی رشد (از نوجوانی تا پایان زندگی). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: ارسباران.
- بهشتی، ا. (1383). مسائل و مشکلات زناشویی. تهران: امیرکبیر.
- پرامود، ک. (1992). چک لیست بهداشت روانی. ترجمه ابوالفضل کرمی. تهران: موسسه روان تجهیز سینا.
- توسلی، غ. (1374). نظریه های جامعه شناسی. تهران: سمت.
- توسلی، غ. (1382). زمینه های اجتماعی گسست نسلی در ایران [مجموعه مقالات]. نگاهی به پدیده گسست نسل ها (به اهتمام علی اکبر علیخانی)، تهران: جهاد دانشگاهی (پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی).
- توسلی، غ. (1383). مسائل اجتماعی ایران [مجموعه مقالات]. تهران: آگه.
- حیدری بیگوند، د. (1380). مسئله بحران هویت جوانان، نامه انجمن جامعه شناسی ایران (ویژه دومین همایش مسائل اجتماعی ایران)، ش 4.
- خدارحیمی، س. (1374). مفهوم سلامت روان شناختی. مشهد: جاودان.
- دواس، د. ا. (1383). پیمایش در تحقیقات اجتماعی. ترجمه هوشنگ ناییبی تهران: نشر نی.
- رحیمی، ز. (1383). رابطه تعارضات زناشویی با سلامت روانی زوجین در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- ریاست جمهوری، دفتر امور زنان و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (1372). نقش زنان در توسعه. تهران: روشنگران.
- ساروخانی، ب و صداقتی فرد، م. (1389). شکاف نسلی در خانواده ایرانی؛ دیدگاه ها و بینش ها. پژوهشنامه علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، سال دوم، شماره 4.
- سفیری، خ. (1377). جامعه شناسی اشتغال زنان. تهران: تبیان.
- سگال، م. (1370). جامعه شناسی تاریخی خانواده. ترجمه حمید الیاسی تهران: نشر مرکز.
- سید فاطمی، ن. (1383). طلاق والدین و مشکلات کودکان. مجموعه مقالات کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده.
- شادی طلب، ژ. (1381). توسعه و چالش های زنان ایران. تهران: قطره.

شرفی، م. ر. (1382). مؤلفه ها و عوامل گسست نسلها [مجموعه مقالات]، نگاهی به پدیده گسست نسلها (به اهتمام علی اکبر علیخانی). تهران: پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی جهاد دانشگاهی.

صداقتی فرد، م. و ارجمند، ا. (1389). انگیزه‌های زنان ایرانی از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی (پژوهشی در شناسایی عوامل مؤثر بر مشارکت زنان، مطالعه موردی: زنان 20 تا 34 سال شهر سمنان). فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، سال اول، شماره 2 (تابستان).

صداقتی فرد، م. (1388). جامعه‌شناسی (کلیات، مفاهیم، پیشینه). تهران: ارسباران.

علی احمدی، ا. (1381). تغییرات نقشی اعضای خانواده ایرانی در چرخه زندگی (مورد شناسی شهر کرمان)، فصلنامه دانشگاه آزاد اسلامی آشتیان، ش. 12 (پاییز و زمستان).

علیزاده، ص. (1385). سلامت روانی و عوامل مؤثر بر آن در زنان خود سرپرست تحت پوشش بهزیستی شهرستان ارومیه. ارومیه: دفتر امور بانوان استانداری آذربایجان غربی.

فرجاد، م. ح. (1372). آسیب‌شناسی اجتماعی (ستیزه‌های خانواده و طلاق). تهران: منصور.

فیلیپ. اچ. و همکاران. (1380). زناشویی درمانی. ترجمه حسن پورعابدینی و غلامرضا منشی. تهران: رشد.

کار، م. ا. (1373). زنان در بازار کار ایران. تهران: روشنگران.

محبی، س. ا. (1380). مشارکت و مدیریت مشارکت. تهران: آگاهان ایده.

مدنی، س. (1379). فقر در ایران [مجموعه مقالات]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

میرخستی، ف. (1371). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی زناشویی و سلامت روان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

میرزایی، خ. (1388). پژوهش، پژوهشگری و پژوهشنامه نویسی. تهران: جامعه شناسان.

نریمان وند، ز. ا. (1384). بررسی شیوع طلاق عاطفی بین همسران افراد معتاد و ارائه راهکارهای درمانی. کرج: اولین همایش طلاق.

نورخانی، ا. (1377). مقایسه میزان سلامت روانی خانم‌های دارای مشکلات زناشویی حاد با خانم‌های گروه مشابه. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

نوروزی، ل و میلادعلمی، ز. (1380). توسعه و تعدد نقش‌ها، نقش جنسی و اشتغال. تهران: برگ زیتون.

یاری پور، ع. (1379). بررسی تأثیر طرح مداخلات مشاوره خانواده بر میزان ثبت طلاق و محاکم دادگستری قم. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

منابع انگلیسی

- Alvin, P. & Pearson, J. (1998). **Enmeshment and Estrangement In the process of divorce**. New York: Guilford press.
- Levenson, R. W. & Garstensen, L. L; Gottman, J. M. (1993). **Long term marriage-age Gendermand satisfaction**. *Psychology Aging* 8(2). P. 301-313.
- Menaghan, E. (1982). **Measuring coping effectiveness a panelanalysis of marital problems and coping efforts**. *Journal of the health and social Behavior*. 23(3). P. 220-234.
- Rice, J. K. & Rice, D. G. (1986). **The origin of divorce therapy**. New York: Guilford press.
- Richard, M. (1999). **Silence about sexual problems can hurt relationships**. *Journal of the American Medical Association* February 10, vol 281, No: 6.
- Wallerstein, J. (1999). **Separation Divorce**. In M. D levine. W. B Carey & A. C. Crocker (End) Develop- Behavior Pediatrice. (Third edition) by W. B. Saunders company. Pp.149-161.