

## کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی

ام لیلا تاتینا بلداجی\*، آمنه فروزان\*\*، حسن رفیعی\*\*

**طرح مسئله:** در این مقاله به بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی و زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران پرداخته شده است. روش: مطالعه حاضر در چارچوب مطالعه علی - مقایسه‌ای (هم گروهی تاریخی) انجام یافت. برای این منظور تعداد ۱۲۰ زن سرپرست خانوار در دو گروه شاغل خدماتی و تحت پوشش سازمان بهزیستی در شهر تهران با توجه به معیارهای پژوهش به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> (who) با عنوان WHO, QOL-BREF استفاده شد. به منظور تجزیه اطلاعات حاصله از آزمون‌های کلمونگراف، اسمیرنف، آزمون تی، آزمون همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه (One way Anova) استفاده شد. یافته‌ها: بر اساس اطلاعات استخراج شده از تحقیق، زنان سرپرست خانوار شرکت کننده در این مطالعه در سن میانگین قرار داشتند. به طوری که میانگین سنی زنان تحت پوشش ۴۳/۲۸ و زنان سرپرست شاغل خدماتی ۴۰/۵ سال بود. و از نظر وضعیت تحصیلی زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی اکثراً بی سواد و زنان سرپرست خدماتی بیش‌ترین فراوانی را در رده‌های راهنمایی و دبیرستان داشتند. از نظر کیفیت زندگی، مشخص شد که هر دو گروه کیفیت زندگی متوسطی داشته اما کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شاغل نسبت به زنان سرپرست تحت پوشش وضعیت بهتری دارد. نمره ابعاد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی در دو گروه زنان سرپرست خانوار اختلاف معناداری نشان دادند ( $P < 0/05$ ) و در بعد سلامت محیطی در دو گروه زنان سرپرست اختلاف معناداری مشاهده نشد. نتایج: زنان سرپرست شاغل خدماتی و زنان سرپرست تحت پوشش دارای کیفیت زندگی متوسطی هستند اما در زنان شاغل خدماتی این میزان بالاتر می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان، زنان سرپرست خانوار

شاغل خدماتی، کیفیت زندگی، بهزیستی،

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۸۷/۹/۱۲

\* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی <Leila.tatina@gmail.com>

\*\* روان پزشک، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

## مقدمه

در میان اکثر جوامع انسانی، پدر به عنوان اصلی‌ترین و محوری‌ترین عضو خانواده مسئولیت سرپرستی و مدیریت خانواده را برعهده دارد به همین خاطر پدیده بی‌سرپرستی در اغلب تعاریف با عنوان فقدان پدر در خانواده تعریف می‌شود و غیبت وی در مسائل اقتصادی و مدیریت خانواده مؤثر می‌باشد. از سوی دیگر زن در قوانین و مقررات حقوقی ایران وظیفه‌ای در تأمین نیازهای اقتصادی خانواده ندارد و مسئولیت مهم وی در تربیت نسل انسانی و فراهم سازی رشد و شکوفایی خانواده است (بختیاری، آمنه ۱۳۸۵). با این وجود در سال‌های اخیر شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانواده در جامعه معرفی می‌شوند.

امروزه پدیده خانوارهای زن سرپرست به دلایل مختلف در دنیا رو به افزایش است. اغلب این خانواده‌ها دارای مشکلات فراوان هستند، به گونه‌ای که فزونی این گروه از زنان به صورت یک مشکل اجتماعی<sup>۱</sup> مطرح می‌شود (خسرو، زهره ۱۳۸۷).

تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهند که امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان نان آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (مطیع، ۱۳۸۷). شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که رشد زنان سرپرست خانوار در کشور ما نیز در حال افزایش است. داده‌های آماری حاکی از روند رو به افزایش تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در سه دهه اخیر است، به طوریکه در سال‌های ۱۳۵۵، ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۳/۱، ۴/۷ و ۷/۷ درصد از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند (فروزان ۱۳۷۹). این نسبت در سال ۸۵ به ۹/۴ درصد رسید که در مقایسه با سال ۷۵ یک درصد رشد داشته است. سرشماری عمومی سال ۱۳۵۵ نشان می‌دهد که تعداد خانوارهای زن سرپرست ۸۰۰ هزار خانوار بوده است که این نسبت در سرشماری عمومی سال ۱۳۷۵ به یک میلیون و هفت هزار خانوار رسیده است از سوی دیگر بر اساس

1. social problem.

آمار سازمان بهزیستی کشور طی ۱۰ سال گذشته (۸۵-۷۵) هر ساله تعداد ۶۰ هزار و سیصد نفر به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده است و در حال حاضر یک میلیون و ۶۰ هزار زن سرپرست خانوار شهری و ۴۷۹ هزار زن سرپرست روستایی و یک هزار و ۲۱۱ زن سرپرست عشایری در کشور وجود دارد (سازمان بهزیستی ۱۳۸۷).

زنان سرپرست خانوار از همان زمان که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند مجبور به ایفای نقش‌های چند گانه‌ای می‌شوند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند. گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی، بی‌قدرتی به ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبه‌رو هستند به طوری که عزت نفس و سلامت روانی آنان را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد (Langlois, J, Fortin, D. 1994) این گروه به علت این که توان اداره امور اقتصادی خود و خانواده خود را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری‌های ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی در چارچوب خانه دست و پنجه نرم می‌کنند. از سوی دیگر گروه دیگری از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی و بازار اشتغال شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌نمایند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل یا منزلت مجبور به اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیر رسمی و کم درآمد می‌گردند (Chant, S, 1997). شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که میزان اشتغال در جمعیت فعال از نظر اقتصادی برای زنان سرپرست خانوار شهری و روستایی به ترتیب ۹۶ درصد و ۹۷/۴ درصد است، این میزان برای کل زنان کشور ۸/۱ درصد شهری و ۱۰/۷ درصد روستایی است که بالاتر بودن نرخ اشتغال زنان سرپرست خانوار نسبت به کل زنان را در کشور نشان می‌دهد که این به دلیل شرایط زندگی خاص و ضرورت پاسخ‌گویی به نیازهای اعضای خانوار می‌باشد (مرکز آمار ایران ۱۳۸۵).

تحقیقات جامعه‌شناسی و علوم رفتاری به تأثیر محیط اجتماعی و اقتصادی بر کیفیت زندگی و بروز بیماری‌های روانی در افراد به ویژه اقشار آسیب‌پذیر (زنان و کودکان) اذعان

دارند (Oliver 1997). به طور کلی کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی - روانی و اجتماعی است که پهنه وسیعی از زندگی فرد را در بر می‌گیرد، طبق نظر فلانگان ۱۹۸۲ تأثیر این ابعاد بر روی کیفیت زندگی و افراد متفاوت، گوناگون است (Bolandor ۱۹۹۴). بنابراین می‌توان استنباط کرد که کیفیت زندگی یک مفهوم کلی است که تمام جنبه‌های زیستی مانند رضایت مادی، نیازهای حیاتی، بعلاوه جنبه‌های انتقال زندگی نظیر توسعه فردی، خودشناسی و بهداشت را پوشش می‌دهد (سینیتا - لینگ ۲۰۰۱ به نقل از مطیع).

روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیش‌تری را تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج تحقیقات روان‌شناسی احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیش‌تر است (Simmons s. 1994). به این جهت کاملاً ضروری به نظر می‌رسد که نگاهی به کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی و زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان‌های حمایتی داشته باشیم. از طریق مقایسه، علاوه بر بررسی وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست شاغل خدماتی و زنان سرپرست خانوار تحت پوشش و مستمری‌بگیر سازمان بهزیستی، تأثیر اشتغال و حمایت‌های سازمان‌های حمایتی بر وضعیت کیفیت زندگی این گروه مشخص می‌گردد. بنابراین کمک شایانی به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان عرصه‌های حمایتی و اجتماعی جهت برنامه‌ریزی‌های منسجم و پربار و وسیع‌تر جهت بهبود وضعیت این زنان خواهد داشت و از سوی دیگر پژوهش‌گران که در حیطه وضعیت اقشار آسیب‌پذیر به ویژه زنان سرپرست خانوار به مطالعه می‌پردازند را کمک نماید و می‌تواند راه‌گشای بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با ارائه دیدگاه‌های کلی باشد. لذا این پژوهش با هدف مقایسه این دو گروه از زنان سرپرست خانوار طراحی شده است.

## چارچوب نظری

وضعیت زندگی زنان سرپرست خانوار و کودکانشان مورد توجه و بررسی اندیشمندان و نظریه پردازان قرار گرفته است، در واقع گسترش این شکل از خانواده‌ها در همه کشورهای جهان چه صنعتی و چه جهان سوم، ضرورت این بررسی را ایجاد کرده است.

### الف: نظریه‌های روانشناسی

روانشناسان معتقدند یکی از عمده‌ترین منابع استرس برای زنان به ویژه زنان سرپرست خانواده، ایفای نقش‌های متعدد در زمان واحد است. آدامز<sup>۱</sup> اختلالات روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار مطلقه را بررسی نموده و اظهار می‌دارد؛ مادر پس از طلاق در برابر یک‌سری از مشکلات مانند تأمین مراقبت از کودک، یافتن سرپناهی مناسب و تأمین معیشت خانواده و دشواری‌های ناشی از این که او تنها بزرگسال خانواده است، قرار می‌گیرد و باید نقش پدر و نقش مادر را هم زمان به عهده بگیرد، به همین دلیل باید به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای پردازد که در برخی موارد ایفای این نقش‌ها با هم در تعارض هستند، در نتیجه زن هم از حیث مادی و هم از حیث روانی - عاطفی دچار مشکل گردیده و استرس و اضطراب بیش‌تری را تجربه می‌کند.

### ب: نظریه‌های جامعه‌شناسی

#### ۱- ب: نظریهٔ زنانه شدن فقر یا آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار

طرفداران این نظریه معتقدند که خانواده‌های زن سرپرست نه تنها در همه کشورهای جهان گسترش یافته‌اند، بلکه به درصد خانواده‌های زن سرپرستی که در جمعیت کم درآمد قرار دارند، افزوده شده است. این مسئله حتی در کشورهایی که پیشرفته‌ترین قوانین را به نفع زنان داشته‌اند دیده شده است. کودکان در این خانواده امکانات رفاهی و عاطفی ناچیزی

1. Adaaz, 1972

دارند، یعنی اولاً به دلایل فقیر بودن خانواده، حضور کم‌تری در مدارس دارند و میزان افت تحصیلی آنان بیش‌تر از کودکان خانواده‌های دو والدی است. (کوهن و کیسمن، ۱۹۹۴، به نقل از مطیع، ۱۳۷۸) و ثانیاً به دلیل کم سواد مادران، کم‌تر برای انجام تکالیف در خانه کمک و تشویق می‌شوند. میزان بزهکاری در میان نوجوانان این خانواده‌ها بیش‌تر از سایر نوجوانان است. (آماتو، استولبا به نقل از مطیع، ۱۳۷۸) مشکل دیگر این زنان، فقر زمانی است؛ یعنی زمانی که به طور تمام وقت در شبکه رسمی بازار، کار می‌کنند برای انجام وظایف خانگی، رسیدگی به کودکان و رسیدگی به خودشان وقت کافی ندارند. فقر زمانی هنگامی که با فقر مادی همراه شود، این گروه را آسیب‌پذیر می‌کند. (همان)

## ۲- ب: نظریه ساختی، کارکردی:

براساس این نظریه، 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 علت غیبت پدر و عدم زندگانی زوجی، شانس‌های زندگی کودکان تا حد زیادی کاهش می‌یابد و عدم اقتدار پدر برای سامان دهی به زندگی خانوادگی، خانواده را با بحران مواجه می‌کند، بحرانی که با ورود زنان به بازار کار به جای انجام وظیفه سنتی (خانه‌داری) شروع شده و به تربیت نامناسب کودکان، افت تحصیلی و بزهکاری آنان ختم می‌شود. (Chant,S,1997)

## ۳- ب: نظریه طبقاتی و ناتوانی دولت‌ها:

قائلان به این نظریه معتقدند که فقر و آسیب‌پذیری، مقوله‌ای طبقاتی است؛ نه جنسیتی. مهم‌ترین شاخص‌های تعیین طبقه، عبارتند از درآمد، تحصیل و شغل. بر این اساس همه زنان سرپرست خانوار، آسیب‌پذیر و فقیر نیستند بلکه آن گروهی که درآمد کم‌تر، تحصیل کم‌تر و شغل کم منزلت‌تر دارند و در طبقه پایین اجتماع جای می‌گیرند فقیرتر و آسیب‌پذیرتر هستند.

#### ۴- ب: نظریه کنش:

طرفداران این نظریه معتقدند اگر چه خانواده‌های زن سرپرست مشکلات متعددی (به دلیل تحصیلات کم، تبعیض بازار کار) دارند ولی این مسئله به معنای آن نیست که ایشان مطلقاً از این شرایط تأثیر می‌پذیرند و نمی‌توانند بر مشکلات خود فائق آیند. به عبارت دیگر نمی‌توان این گروه را کاملاً قربانی و منفعل در برابر شرایط دانست. بررسی‌ها نشان می‌دهد کودکانی که در خانواده‌های تک والد بزرگ شده‌اند اغلب استقلال و خوداتکایی بیش‌تری دارند. (کمین، به نقل از مطیع ۱۳۷۸) به عقیده طرفداران این نظریه، شواهدی که از نزدیک موقعیت زندگی زنان سرپرست را می‌سنجد، نشان می‌دهد اطلاق لفظ آسیب‌پذیر به طور مطلق درست نیست؛ زیرا به این ترتیب واکنش فردی یا جمعی آنان نسبت به تغییر و بهبود شرایطشان نادیده گرفته می‌شود (موتی ۱۹۹۷، به نقل از مطیع ۱۳۷۸) در واقع دلایل فقر در بیش‌تر خانواده‌های زن سرپرست را نمی‌توان فقط به عوامل ساختاری یا تفاوت‌های جنسیتی نسبت داد؛ بلکه ترکیبی از عوامل یاد شده در این مسئله دخالت دارند (بووینیک و گاپتا به نقل از مطیع ۱۳۷۸).

#### روش تحقیق

در این پژوهش از روش مطالعه علی - مقایسه‌ای (هم‌گروهی) از نوع مطالعه تاریخی و متغیرهای مستقل و وابسته که قبلاً روی داده‌اند استفاده شده است. این بررسی با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی و زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی شهر تهران انجام شد. مشخصات واحدهای مورد پژوهش شامل کم‌تر از ۶۰ سال سن، نداشتن سرپرست مؤثر و دائم، ساکن در شهر تهران، استفاده از خدمات حمایتی سازمان بهزیستی و یا اشتغال در مشاغل خدماتی، نداشتن بیماری روانی حاد، اعتیاد و سوء پیشینه کیفری بود.

برای محاسبه حجم نمونه لازم در هر گروه با احتساب توان آزمون ۰/۸۰ و حداکثر خطای ۰/۰۵ (با اطمینان ۹۵ /) و با توجه به برآورد مقدار انحراف معیار ادغام شده معادل

با ۱۳/۸ و دقتی معادل با ۵ واحد (حداکثر تفاضل میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه) نمونه‌ای معادل با ۶۰ نفر در هر گروه به دست آمد. با احتساب حداقل ۵ درصد ریزش، حجم نمونه‌ای معادل با ۱۲۰ نفر جهت انجام تحقیق انتخاب شدند.

نمونه‌های این مطالعه به صورت تصادفی ساده از میان زنان سرپرست خانوار مستمری بگیر سازمان بهزیستی در منطقه شرق تهران که خدمات سازمان را از طریق مجتمع‌های بهزیستی دریافت می‌کردند و زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی که در منطقه شرق تهران اشتغال داشتند، انتخاب شدند.

جهت دسترسی به جامعه نمونه، در ابتدا با هماهنگی سازمان بهزیستی، اسامی کلیه مجتمع‌های سازمان بهزیستی که زنان سرپرست خانوار را تحت پوشش داشته و به آن‌ها خدمات ارائه می‌شود اخذ گردید و سپس با مراجعه به مجتمع‌های مذکور در مناطق شمال، جنوب، غرب و شرق تهران، آمار کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش این مجتمع‌ها اخذ گردید پس از بررسی جمعیت خانوارهای زن سرپرست ثبت نام شده در کلیه مجتمع‌های تحت نظر سازمان بهزیستی و با توجه به کثرت جمعیت تحت پوشش زنان سرپرست خانوار در شرق تهران، مقرر گردید که مجری طرح با هماهنگی سازمان بهزیستی به مجتمع‌های مذکور در منطقه شرق تهران مراجعه و زنان سرپرست خانواری که برای دریافت خدمات به مجتمع‌های مذکور مراجعه می‌کنند را مورد آزمون قرار دهد.

در خصوص دسترسی به زنان سرپرست خانوار شاغل، تنها زنانی مد نظر قرار گرفته‌اند که دارای مشاغل خدماتی بودند. جهت دسترسی به این گروه از زنان با هماهنگی مراکز بهداشتی منطقه شرق تهران و ارائه معرفی نامه، لیست زنان سرپرست خانوار شاغلی که جهت دریافت خدمات درمانی به این مراکز مراجعه کرده و تشکیل پرونده داده‌اند مد نظر قرار گرفت و با حضور پرسش‌گر آموزش دیده در این مراکز، پرسش‌نامه در اختیار این گروه جهت تکمیل قرار گرفت. در صورت تمایل پرسش‌نامه به صورت خود ایفایی تکمیل و در صورت نداشتن تحصیلات با انجام مصاحبه توسط پرسش‌گر تکمیل گردید.



### ابزارهای گردآوری داده‌ها دارای دو قسمت بود:

۱- پرسش‌نامه اول مربوط به مشخصات دموگرافیک و وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان سرپرست خانوار جهت بررسی عامل سن، سطح تحصیلات، مدت زمان قبول سرپرستی خانوار، دلیل پذیرش سرپرستی خانوار، بعد خانوار، افراد حمایت‌گر، مدت زمان تحت پوشش بودن، داشتن مهارت اشتغال‌زا و در مورد زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی در مورد شرایط شغلی این گروه (مدت زمان اشتغال، و نوع استخدام) سؤال می‌شود.

۲- دومین ابزار سنجش این پژوهش پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (who) با عنوان WHO, QOL-BREF می‌باشد. این ابزار در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم‌زمان طراحی و به زبان‌های متفاوت یکسان می‌باشد (بونومیا، ۲۰۰۰). در حال حاضر این پرسش‌نامه به بیش از ۴۰ زبان ترجمه و استاندارد شده است که این امر هم‌چنان در حال پیشرفت است (WHO, QOL, Group 1996). پرسش‌نامه WHO, QOL-BREF چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۶ سؤال می‌سنجد (هریک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷ و ۶ و ۳ و ۸ سؤال می‌باشند). دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت گزارش فرد از سلامت خود و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. این پرسش‌نامه توسط گروه اپیدمیولوژی و آمارزیستی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی تهران ترجمه و اعتبار سنجی شده است. برای اعتبار سنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران به طور تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پرسش‌نامه از ابتدا به گونه‌ای طراحی شده است که ابعاد آن برای پاسخ دهنده مشخص نشده باشد.

مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵، و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۰/۸۴ بوده است.

روایی تمایز این پرسش‌نامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه‌ای مختلف نشان داده شد که با معنی دار بودن ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش کننده بالقوه با استفاده از رگرسیون خطی تأیید گردید. رابطه تمام متغیرهای مستقل مورد بررسی با سؤال کلی در مورد اوزیابی کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود. ازسوی دیگر رابطه هر چهار حیطه با امتیاز سؤال کلی اول و دوم که وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، معنی دار بود و خود دو سؤال نیز رابطه معنی‌داری با یکدیگر نشان دادند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار، فراوانی نسبی و آزمون کولموگراف - اسمینوف (k-s)، آزمون تی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون ANOVA و دانکن استفاده شد. کلیه ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد.

### یافته‌های تحقیق

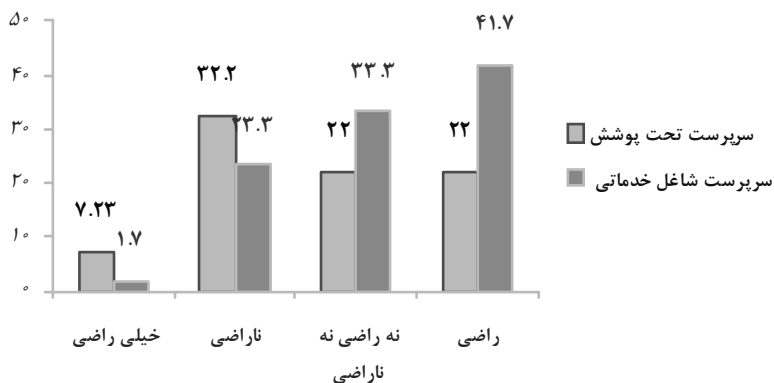
نتایج مطالعه نشان داد که زنان سرپرست خانوار در شهر تهران در دوره میان‌سالی خود بوده و میانگین سنی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش ۴۳/۲۸ سال و زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی ۴۰/۵ سال می‌باشد. از نظر سطح تحصیلات، اکثراً بی‌سواد و یا کم-سواد هستند، به طوری که ۶۳/۲ درصد از زنان سرپرست تحت پوشش و ۳۶/۸ درصد از زنان شاغل خدماتی از نعمت سواد بی‌بهره بودند. متغیرهای زمینه‌ای از جمله مدت زمان قبولی سرپرستی خانوار، دلیل قبولی سرپرستی خانوار، مدت زمان تحت پوشش بودن برای زنان سرپرست خانوار تحت پوشش و داشتن مهارت‌های درآمدزا در این مطالعه بررسی و ارتباط آن‌ها با کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج حاصل نشان داد که زنان سرپرست در هر دو گروه در پذیرش سرپرستی خانوار خود جوان هستند به طوریکه ۵۰ درصد از زنان تحت پوشش و ۶۰ درصد از زنان شاغل خدماتی، ۵-۱۰ سال است که سرپرستی خانوار خود را پذیرفته‌اند. در خصوص دلیل قبولی سرپرستی خانوار نیز نتایج نشان داد زنان سرپرست شاغلی که دلیل قبولی سرپرستی آنان ازدواج مجدد یا سایر موارد از جمله فوت، ازکارافتادگی، زندانی شدن همسر و... بوده نسبت به کسانی که همسرانشان متواری شده‌اند در ابعاد ذکر شده کیفیت زندگی بهتری داشتند.

در خصوص شبکه حمایتی، زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بیش‌ترین حمایت را از خانواده خود دریافت می‌کردند (۵۷/۵ درصد) و زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی نیز بیش‌تر از طرف خانواده همسر خود حمایت می‌شدند (۶۸/۸ درصد). در خصوص داشتن مهارت‌های درآمدزا ۸۱/۳ درصد از زنان سرپرست تحت پوشش فاقد هرگونه مهارت بودند و در زنان شاغل خدماتی نیز ۷۱/۴ درصد دارای مهارت‌های درآمدزا بودند. در خصوص وضعیت اشتغال زنان شاغل خدماتی، ۸۷/۳ درصد این زنان شغل موقتی داشته و ۲۱/۷ درصد نیز دارای مشاغل دائمی بودند.

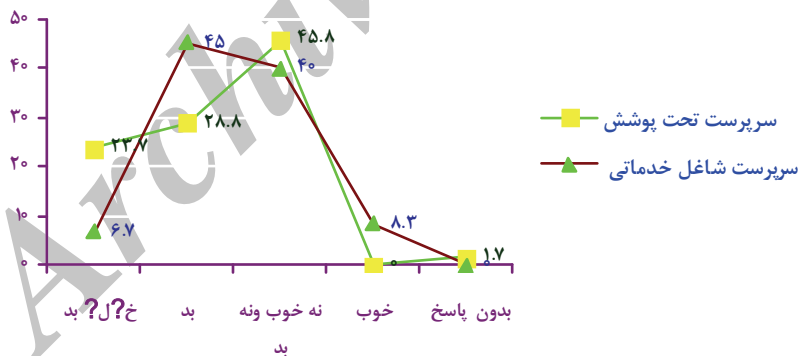
در ارزیابی وضعیت سلامت گزارش شده از زنان نتایج نشان داد که زنان سرپرست شاغل خدماتی رضایت بیش‌تری از سلامت خود داشتند.

نمودار ۱: ارزیابی سلامت گزارش شده زنان سرپرست خانوار تحت پوشش و شاغل خدماتی



ارزیابی کلی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش نشان داد که هیچ کس از این گروه ارزیابی خوبی از کیفیت زندگی خود نداشتند.

نمودار ۲: ارزیابی کل کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی و تحت پوشش



بررسی وضعیت کیفیت زندگی و ابعاد آن در این گروه از زنان نشان داد که هر دو گروه دارای کیفیت زندگی متوسطی هستند (میانگین رضایت کلی از کیفیت زندگی در زنان شاغل خدماتی ۰/۵۴۹۵ و در زنان سرپرست تحت پوشش ۰/۴۹۷۸). در خصوص وضعیت کیفیت زندگی کل در ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی نتایج نشان داد مقادیر سطح معناداری آزمون  $t$  در تمام ابعاد به جز بعد محیطی کم تر از ۰/۰۵ است «بعد محیطی ( $p=۰/۷۵۶$ ) سلامت جسمانی ( $p=۰/۲۲$ )، سلامت روانی ( $p=۰/۲۲$ )، روابط اجتماعی ( $p=۰/۰۰۰$ )» است و کیفیت زندگی کل زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی با حیطه‌های سلامت جسمانی، روانی و روابط اجتماعی و برای زنان سرپرست خانوار تحت پوشش در حیطه‌های سلامت جسمانی و روانی دارای ارتباط معناداری می‌باشد و در بعد محیطی تفاوت معناداری در دو گروه مشاهده نشد.

میانگین کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی، روانی و روابط اجتماعی به صورت معناداری در زنان سرپرست خانوار شاغل (۰/۴۸۱۷، ۰/۶۱۶۷، ۰/۶۱۶۷) بزرگ‌تر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش (۰/۴۳۹۳، ۰/۵۱۱۱، ۰/۴۶۵۳) می‌باشد.

## بحث

کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار متأثر از سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی آنان می‌باشد بر اساس نتایج به دست آمده در زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی کیفیت زندگی با ابعاد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی دارای ارتباط معنادار بوده و در بعد محیطی فاقد ارتباط معنادار بود که با مطالعه نتانسون در سال ۱۹۷۴ هم خوانی دارد، نتانسون در مطالعه خود به این نتیجه رسید که اشتغال با وضعیت عمومی سلامت همبستگی دارد. در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش نیز نتایج نشان داد که تنها سلامت روانی بر کیفیت زندگی این گروه از زنان تأثیر گذار بوده و سایر ابعاد ارتباط معناداری مشاهده نشد، خانم رفعت جاه شکوری و جعفری در مطالعه خود در سال ۱۳۸۶ به این

نتیجه رسیدند که زنان سرپرست خانوار توانمندی روانی کم‌تری دارند. هم‌چنین مروین و سومر در سال ۱۹۶۹ عنوان کردند که احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنان سرپرست مطلقه بیش‌تر است. سولمون و همکاران در سال ۱۹۹۷ در تحقیقی در خصوص زنان سرپرست خانوار عنوان داشتند که مشکلات عاطفی زنان سرپرست خانوار در ارتباط با آسیب‌های روحی و قربانی شدن می‌باشد.

بر اساس نتایج آزمون t برای نمره کل رضایت از کیفیت زندگی و ابعاد آن مشخص شد که در هر دو گروه زنان سرپرست خانوار کیفیت زندگی و ابعاد سلامت جسمانی، روانی و ارتباط اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی نسبت به زنان سرپرست خانوار تحت پوشش در این ابعاد وضعیت بهتری در کیفیت زندگیشان داشته‌اند و در بعد سلامت محیطی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی در هر دو گروه ارتباطی مشاهده نشد. در همین رابطه اعظم طهماسبی در سال ۱۳۸۵ عنوان نمود زنان سرپرست خانوار شاغل نمره کیفیت زندگی بالاتری از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش دارا هستند. کرسو معتقد است زن سرپرست خانواده فاقد شغل مناسب باری بر دوش جامعه است، جامعه هرگز به اندازه کافی غنی و آماده نیست که تا پایان عمر به وی مدد اجتماعی دهد (شادی طلب، ۱۳۸۷). شیرین احمدنیا در سال ۱۳۸۱ عنوان داشت که مادران شاغل نسبت به مادران خانه دار سلامت روانی بهتری دارند. منک و واگنر در سال ۱۹۹۷ به این نتیجه رسیدند که زنان سرپرست خانوار بی‌خانمان احساس حقارت و احساس متفاوت بودن با دیگران دارند. مروین سومر در سال ۱۹۶۹ در تحقیق از وضعیت زنان عنوان داشت که زنان سرپرست خانوار به علت تعدد نقش (خانه‌داری، نقش اقتصادی و مراقبت‌های جسمی و هیجانی از اعضای خانواده) استرس و مشکلات روانی مختلفی را تجربه می‌کنند.

در خصوص ارتباط بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با ویژگی‌های دموگرافیک زنان سرپرست (سن، سطح تحصیلات، مدت زمان تحت پوشش بودن، داشتن مهارت‌های

درآمدزا) در سطح  $\alpha=0/05$  نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که در گروه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی بین سن و کیفیت زندگی و ابعاد آن در حیطه‌های سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و بعد محیطی و نمره کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد، بدین معنی که با افزایش سن، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش در این حیطه‌ها کاهش می‌یابد. هم‌چنین میان حیطه سلامت روانی در این گروه با کیفیت زندگی ارتباطی دیده نمی‌شود یعنی متغیر کمکی سن در این حیطه بر کیفیت زندگی گروه مطالعه تأثیر ندارد. این نتیجه با تحقیق اعظم طهماسبی که در سال ۱۳۸۵ انجام گرفته هم خوانی دارد، خانم طهماسبی در بررسی‌های خود عنوان نموده که با افزایش سن، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار کاهش می‌یابد.

در گروه زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی در سطح  $\alpha=0/05$  نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که در این گروه میان متغیر سن و ابعاد سلامت جسمانی و سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد، ولی در ابعاد سلامت روانی، سلامت محیطی و کیفیت زندگی کل ارتباطی مشاهده نشد. با توجه به ضریب منفی پیرسون این گونه می‌توان استنباط کرد که در گروه زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی نیز با افزایش سن، کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی و روابط اجتماعی کاهش می‌یابد.

در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش نتیجه می‌شود که در بعد سلامت روانی، اجتماعی و نمره کیفیت زندگی متغیر تحصیلات بر کیفیت زندگی این گروه از زنان تأثیر دارد، به نظر می‌رسد که در ابعاد فوق افراد با تحصیلات راهنمایی به بالا وضعیت بهتر و مناسب‌تری نسبت به افراد با تحصیلات ابتدایی و یا بی‌سواد دارند در همین گروه متغیر تحصیلات تأثیری بر سلامت جسمانی و محیطی این گروه ندارد. با توجه به نتایج کسب شده به نظر می‌رسد زنانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند به دلیل آگاهی بیش‌تر نسبت به شرایط خود و مشکلاتشان، کم‌تر احساس ناتوانی در برابر برخورد با مشکلات را دارند و دارای اعتماد به نفس بالاتری در برخورد با مسائل و مشکلاتشان هستند. هم‌چنین با

افزایش تحصیلات تمایل به مشارکت در اجتماع و روابط اجتماعی در این زنان مشهودتر می‌باشد متغیر تحصیلات در زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی بر ابعاد کیفیت زندگی از جمله سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی این گروه تأثیر گذار می‌باشد. یعنی با افزایش تحصیلات در این زنان کیفیت زندگی این گروه در ابعاد ذکر شده افزایش می‌یابد.

به نظر می‌رسد افزایش سطح تحصیلات آگاهی این گروه از زنان را نسبت به شرایطشان افزایش می‌دهد. لذا تمایل به انجام معاینات پزشکی و رجوع به مراکز درمانی در صورت احساس نیاز و یا استفاده از روش‌های درمانی درست از طریق مطالعه کتاب و یا مجلات مرتبط، تلاش برای داشتن زندگی بهتر و بالا بردن ظرفیت برخورد با مشکلات و حل مسئله باعث سلامت روانی و افزایش حس اعتماد به نفس و عزت نفس این زنان می‌شود. بنابراین روحیه مبارزه طلبی در برابر مشکلات فردی و اجتماعی نه تنها این افراد را ناتوان نکرده، بلکه آن‌ها را توانمندتر می‌کند. به همین منظور افزایش سطح تحصیلات و افزایش تمایل به شرکت در فعالیتهای اجتماعی، مشارکت در گروه‌های مختلف اجتماعی را در این گروه از زنان افزایش می‌دهد. همچنین از منظر دیگر می‌توان گفت که تحصیلات بالاتر سبب افزایش توانایی این افراد در یافتن شغل و افزایش سلامت جسمانی، روانی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی این افراد می‌گردد. طبق نظریه دان تعلیم و تربیت و تحصیل با کیفیت زندگی رابطه مستقیم داشته و یکی از متغیرهای اصلی و مرتبط با کیفیت زندگی است (Dunn ۱۹۹۴) همچنین مهتاش جعفری در نتایج تحقیق خود آورده است که ویژگی‌های زنان سرپرست خانوار (تحصیلات) آنان را توانمندتر می‌کند.

در تحقیق حاضر در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بین داشتن مهارت‌های درآمدزا و ابعاد روانی، اجتماعی و نمره کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده می‌شود. زنان دارای مهارت‌های درآمدزا به دلیل داشتن استقلال و بعضاً کسب درآمد از مهارت خود، از زنان تحت پوشش فاقد مهارت کیفیت زندگی بالاتری دارند. به نظر می‌رسد زنان سرپرست خانوار تحت پوشش با وجود نداشتن شغل و کسب درآمد گاه و بیگاه از پرتو



مهارت‌های خود از کسانی که تنها به مستمری سازمان اکتفا کرده اند کیفیت زندگی و سلامت روانی و اجتماعی بهتری دارند، به همین دلیل در این جا تأکید بر حرفه آموزی در کنار حمایت‌های سازمان‌های متولی بیش از پیش احساس می‌شود. بین کیفیت زندگی زنان سرپرست تحت پوشش و شبکه حمایتی از این زنان ارتباط معناداری وجود ندارد، یعنی شبکه حمایتی از این زنان تأثیری در کیفیت زندگی آن‌ها ندارد. اما در زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی بین سلامت روانی و نمره کیفیت زندگی این زنان با شبکه حمایتی ارتباط معنادار وجود دارد، از نتایج این چنین به نظر می‌رسد که زنان شاغلی که توسط خانواده خود یا همسر و یا هر دو حمایت می‌شوند، کیفیت زندگی و سلامت روانی بالاتری را نسبت به زنانی که توسط دیگران یا هیچ کس حمایت می‌شوند دارند. به نظر می‌رسد زنان سرپرست شاغل به علت استقلال مالی و حفظ عزت نفس خود و خانواده خود، حمایت‌های خانوادگی خود و همسرانشان را جذب کرده و این حمایت بر سلامت روانی این زنان تأثیرگذار بوده است. در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش میان دلیل قبولی سرپرستی خانوار و کیفیت زندگی این گروه از زنان ارتباط معناداری مشاهده نشده است. اما در گروه زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی بین دلایل قبولی سرپرستی خانواده و ابعاد سلامت جسمانی، روانی و نمره کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد و کسانی که دلیل قبول سرپرستی آنان ازدواج مجدد همسر و یا سایر دلایل بوده، نسبت به کسانی که همسرانشان متواری شده‌اند در ابعاد ذکر شده کیفیت زندگی بهتری دارند.

### نقاط قوت و ضعف مطالعه حاضر

در این مطالعه کیفیت زندگی زنان سرپرست از جنبه‌های مختلف (جسمانی، اجتماعی، روانی و محیطی) ارزیابی شده و بیش‌تر جنبه‌های تأثیرگذار در زندگی این گروه مد نظر قرار داده شده است، پرداختن به تأثیر مقوله شغل‌های کم منزلت و ناپایدار از جمله نقاط قوت این مطالعه بوده که نشان می‌دهد، اگر چه فشار مضاعفی بر این گروه از زنان وارد

می‌کند ولی در بهبود کیفیت زندگیشان چندان بی‌تأثیر نمی‌باشد. این مطالعه بیش‌تر از آنکه یک مطالعه علمی باشد یک مطالعه اجتماعی است و بیش از همه باید در بخش‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های حمایتی مد نظر قرار گیرد. توان‌مندی اقشار آسیب‌پذیر باید در اولویت سازمان‌ها و کارشناسان متولی بوده و بسترهای مناسب این توان‌مندی باید فراهم شود که نتایج طولانی‌تر و پایدارتری را به دنبال دارد.

وضعیت احساسی و شخصیت جامعه مورد مطالعه از جمله متغیرهای مداخله‌گری بودند که بر کیفیت زندگی تأثیر گذاشته و پژوهش‌گر قادر به کنترل آن‌ها نبود. تعریف هر شخص از کیفیت زندگی خود یک ذهنیت کاملاً فردی است که از شخصی به شخص دیگر متفاوت است، که این متغیر در پاسخ‌گویی به سئوالات مؤثر بوده ولی از سوی پژوهش‌گر قابل کنترل نبوده است. از آن‌جا که این زنان درگیر با مشکلات متعدد بودند و حمایت‌های مؤثرتری نیز از آن‌ها نمی‌شد، لذا از سازمان‌های متولی و مسئولین گلایه مند بوده و انجام تحقیقات این چنینی را در بهبود شرایط خود مؤثر نمی‌دانستند، در نتیجه انگیزه کافی برای مشارکت در تحقیق را نداشتند. زنان شاغل در بخش‌های خدماتی زمان کمی را برای پاسخ‌گویی به سئوالات داشتند.

- احمدنیا، شیرین: اثرات اشتغال بر سلامت زنان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (۱۳۸۳)
- بختیاری، آمنه - محبی، سید فاطمه: «حکومت وزنان سرپرست خانوار»، فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان، ش ۳۴، زمستان ۱۳۸۵.
- جعفری، مهتاش: «بررسی تأثیر خدمات کمیته امداد بر توانمند سازی زنان سرپرست خانوار»، پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد برنامه ریزی رفاه اجتماعی، دانشگاه تهران، دانشکده علوم انسانی.
- خسروی، زهره: «بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار» مرکز مشارکت امور زنان نهاد ریاست جمهوری ۱۳۷۸.
- شادی طلب، ژاله و کمالی، افسانه: «زنان بسته‌ترین حلقه زنجیر فقر. مجموعه مقالات فقر در ایران»، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، شکوری، رفعت جاه، جعفری: «مؤلفه‌های توانمندی زنان و تبیین عوامل مؤثر بر آنها»، فصلنامه پژوهش زنان - دانشگاه تهران (۱۳۸۶).
- طهماسبی، اعظم: «بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی منطقه جنوب تهران و رابطه آن با مشخصات فردی، خانوادگی آنان». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (۱۳۸۵)
- فروزان، ستاره: «طرح بررسی شاخصهای فقر انسانی در زنان سرپرست خانوار خدمت گیرنده از سازمان بهزیستی کشور»، تهران، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور اجتماعی، (۱۳۷۹).
- مطیع، ناهید و همکاران: «فرصتهای کودکان در خانواده‌های زن سرپرست»، یونیسف، مجله زنان، ۱۳۷۸.
- مرکز آمار ایران: «آمارگیری از اشتغال و بیکاری خانوار»، سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۶.

- مرکز آمار ایران، «زنان سرپرست خانوار در ایران ویژگیهای اجتماعی اقتصادی»، ۱۳۸۱.
- کارنامه سازمان بهزیستی کشور در سال (۸۱ الی ۱۳۷۹).
- Bolandor-Veroly B., 'Sorenson & Luckmans Basic Nursing a psychopy siologic approch'. W.B.S company, new york, 1994, third Edition.
- Chant, S, 1997. 'Women-headed households: Diversity & dynamics in the developing world'. Houndmills, Basingtoke; Mcmillan.
- Dunn, Sheila A., et al. **Quality of life for spouses of CAPD patients. Journal of advanced nursing** (1994).
- Langlois, J, Fortin, D. 1994. 'Single-parent mothers, poverty & mental Health: **AliteraturReviw**'. Sante-Mental (1994, 19, 1, spring, 157-173).
- Oliver-y., Huxleyp., Bridge. 1997. '**Quality of life and mental Health services**'. london, first Edition.
- Simmons s. 1994. '**Quality of life in community mental health care**'. **journal of nurse student**, England, 31, pp: 679-683.
- WHO, Quality group 1996. WHO, QOL-Bref introduction , administration and scoring, fildtrial version, world, Health organization, Geneve.