



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد مرودشت
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)
رشته: مشاوره

عنوان:

رابطه وضعیت اقتصادی - اجتماعی با بهزیستی روانشناختی زنان
سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شیراز

استاد راهنما:

دکتر زهرا قادری

استاد مشاور:

دکتر صدراله خسروی

نگارش:

زهرا جلالی نسب

تابستان 91



چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه وضعیت اقتصادی - اجتماعی و بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شیراز صورت گرفت. روش پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شیراز و حجم نمونه 205 نفر بود که به صورت خوشه ای تصادفی از بین 4 منطقه کمیته امداد شیراز انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و پرسشنامه وضعیت اقتصادی - اجتماعی استفاده شد برای بررسی نتایج ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($0p < 0/01$). در بین ابعاد بهزیستی روانشناختی بعد پذیرش خود بیشترین همبستگی را با وضعیت اقتصادی - اجتماعی داشت ($r = 0/42$). هم چنین بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی بعد اقتصادی بیشترین همبستگی را با بهزیستی روانشناختی داشته است به این معنی که کسانی که وضعیت اقتصادی بالاتری دارند از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند. در نهایت بین ابعاد اقتصادی - اجتماعی بعد اقتصادی به طور مثبت و معنی داری بهزیستی روانشناختی را پیش بینی می کند ($0/01 < p$).

کلید واژه ها: زنان سرپرست خانوار ، وضعیت اجتماعی ، وضعیت اقتصادی ، بهزیستی روانشناختی

سپاسگزاری

بزرگ پروردگار مهربان را

سپاس که نهال دانش آموزی فصلی دگر به بار نشست و امید که قدردان مراقبت ها و مداومت های باغبانان گلستان دانش و خردورزی باشیم . با سپاس فراوان از اساتید فرهیخته و فداکار که انجام این کار بی یاری آنان مقدور و میسر نمی شد.

اساتید بزرگوارم: استاد راهنمای عزیزم سرکار خانم دکتر زهرا قادری ، استاد مشاور ارجمندم جناب آقای دکتر خسروی ، مدیران گروه مشاوره، اساتید بزرگوار: سرکار خانم دکتر معین و دکتر رفاهی.

همچنین از مسئولین کمیته امداد امام خمینی شیراز خصوصا سرکار خانم گلپرداز مشاور محترم منطقه سه کمیته امداد امام خمینی که نهایت همکاری را مبذول نمودند کمال تشکر و سپاسگذاری دارم.

از برادر ارجمندم جناب آقای دکتر جلالی نسب که در طول دوره مشوق و همراه من بودند و همینطور پدر و مادر مهربانم تشکر و قدردانی می کنم.

در نهایت از همسر عزیزم که یار و شفیق من بودند و با صبر و حوصله اینجانب را تحمل کردند، سپاسگذاری و تشکر ویژه می نمایم.

تقدیم به :

« همسر عزیزم »

یار و مددکار من برای رشد و پیشرفت در تمام مراحل زندگیم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
د.....	چکیده.....
ه.....	سپاسگزاری.....

فصل اول: طرح تحقیق

2.....	مقدمه.....
4.....	بیان مساله.....
7.....	اهمیت و ضرورت تحقیق.....
10.....	هدف کلی.....
10.....	هدف جزئی.....
10.....	فرضیه کلی.....
11.....	فرضیات فرعی.....
11.....	تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها.....

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

15.....	مقدمه.....
15.....	الف) مبانی نظری پژوهش.....
15.....	بهبودی روانشناختی.....
17.....	عوامل مرتبط با بهبودی روان شناختی.....
18.....	انواع بهبودی.....
18.....	بهبودی هیجانی.....
19.....	بهبودی ذهنی.....
20.....	بهبودی اجتماعی.....
20.....	ابعاد بهبودی اجتماعی.....
21.....	بهبودی معنوی.....
22.....	انواع مدل های بهبودی.....
23.....	مدل مقابله ای.....
23.....	مدل فرایند - مشارکت.....
24.....	مدل روان تحلیل گری.....
24.....	مدل سلامت روانی کامل.....
26.....	پیشینه تاریخی بهبودی روانشناختی.....
26.....	تعاریف سلامت و بهبودی روان شناختی از دیدگاه های مختلف.....

30	نظریه های مرتبط با بهزیستی
30	زنان سرپرست خانوار
31	نظریه های مرتبط با زنان سرپرست خانوار
31	دیدگاه روان‌شناسی
32	دیدگاه جامعه‌شناسی
32	نظریه زنانه شدن فقر یا آسیب پذیری زنان سرپرست خانوار
33	نظریه طبقاتی و ناتوانی دولت‌ها
33	نظریه کنش
34	نظریه ساختی - کارکردی
35	نظریه اسلام
35	انواع مشکلات و مسائل زنان سرپرست خانوار
40	ب) پیشینه پژوهش‌های داخلی و خارجی
40	1- پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور
41	2- پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور
45	جمع بندی

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

47	مقدمه
47	روش تحقیق
47	جامعه آماری
47	حجم نمونه و روش نمونه گیری
47	روش جمع آوری اطلاعات
48	ابزار گردآوری داده ها
48	پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف
48	اعتبار و پایایی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف
49	پرسشنامه بررسی وضعیت اقتصادی - اجتماعی
49	وضعیت اقتصادی
50	مسائل اجتماعی، فرهنگی و آموزشی
50	مسائل رفاهی
50	اعتبار و پایایی پرسشنامه بررسی وضعیت اقتصادی - اجتماعی
50	روایی پرسشنامه بررسی وضعیت اقتصادی - اجتماعی
51	روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

51.....ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: یافته های پژوهش

53.....1-4- داده های توصیفی

58.....2-4- تحلیل استنباطی

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

63.....خلاصه پژوهش

64.....1-5- بحث و نتیجه گیری

68.....یافته های پژوهش

68.....2-5- پیشنهادهای پژوهش

68.....الف) پیشنهادهای نظری

69.....ب) پیشنهادهای کاربردی

69.....3-5- محدودیت های پژوهش

منابع و مأخذ

71.....منابع فارسی

75.....منابع انگلیسی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول 1-4 میانگین و انحراف معیار سن زنان سرپرست خانوار	53
جدول 2-4 فراوانی و درصد فراوانی زنان سرپرست خانوار بر حسب اشتغال	53
جدول 3-4 فراوانی و درصد فراوانی زنان سرپرست خانوار بر حسب میزان تحصیلات	55
جدول 4-4 میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی و وضعیت اقتصادی، اجتماعی	57
جدول 5-4 ضرایب همبستگی ساده وضعیت اقتصادی و اجتماعی با بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار	58
جدول 6-4 ضرایب همبستگی ساده وضعیت اقتصادی - اجتماعی با ابعاد بهزیستی روانشناختی شامل خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط	59
جدول 7-4 نتایج ضریب تحلیل رگرسیون بین ابعاد وضعیت اقتصادی - اجتماعی با بهزیستی روانشناختی	60
جدول شماره 8-4 همبستگی بنیادی وضعیت اقتصادی، وضعیت اجتماعی با متغیرهای پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط	61

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
54.....	نمودار 4-1: درصد فراوانی زنان سرپرست خانوار بر حسب وضعیت اشتغال
56.....	نمودار 4-2: درصد فراوانی زنان سرپرست خانوار بر حسب میزان تحصیلات

فصل اول

طرح تحقیق

یکی از مورد توجه ترین مسائل روان شناسی از زمان شکل گیری این علم موضوع سلامت روانی¹ بوده است. در پیشینه نظری و پژوهشی این رویکرد که بسیار پرسابقه نیز هست پژوهشگران ابعاد منفی سلامت روانی را مورد توجه قرار داده اند به این معنی که آنها سلامت روانی را نداشتن بیماری روانی، ضعف و ناکامی تعریف کرده اند (هوسر، اسپرینگر و پادروسکار، 2005).²

سلامت ابعاد گوناگونی دارد که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز دربر می گیرد (لارسن، 1991³ به نقل از میکائیلی منیع، 1387).

در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی به مطالعه ی سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می کند رویکردهای جدید بر خوب بودن⁴ به جای بد یا بیمار بودن⁵ تاکید می کند (ریف، 2004).⁶

عدم وجود نشانه های بیماری روانی شاخص سلامتی نیست. بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس و ویژگی های مثبتی از این دست نشان دهنده ی سلامت بوده و هدف اصلی فرد در زندگی، شکوفاسازی قابلیت خود است (رایان و دسی، 2001).

روان شناسی مثبت نگر، سلامت روانی را به معنای کارکرد مثبت روان شناختی معرفی می کند و آن را در تحت عنوان بهزیستی روان شناختی⁷ مفهوم سازی کرده است از این منظر بهزیستی روان شناختی به معنی کارکرد روان شناختی بهینه است (رایان و دسی، 2001).

اساس روان شناسی مثبت بر پذیرش انسان در جایگاه موجودی توانمند و شایسته است که می تواند تواناییهای خود را شکوفا سازد (کار، 1385).

تنش و ناراحتیهای زندگی می توانند مشکلاتی نظیر اضطراب و افسردگی را به وجود آورد و بدین گونه ابعاد مثبت بهزیستی روان شناختی افراد دچار اختلال گردد.

در جامعه شبکه های مختلفی وجود دارد که به شیوه های گوناگون بر رشد روانی و اجتماعی افراد اعمال اثر می کنند. یکی از این شبکه ها خانواده و شبکه های خویشاوندی است.

¹- mental health

²- Houser, Springer, Provska

³- Lareson

⁴- wellness

⁵- illness

⁶- Ryff

⁷- psychological helth

خانواده بنیادی ترین و مرکزی ترین شبکه اجتماعی است. تردیدی نیست که خانواده سنگ بنای بهداشت روانی است و تحکیم شخصیت را تحت تاثیر قرار می دهد. به همین دلیل نیز تجارب بالینی و روان شناختی نشان می دهد که خانواده در حل بحران ها در سراسر زندگی تاثیر می گذارد (خدارحیمی، 1380).

علاوه بر اینکه خانواده در بهداشت روانی نقش اول را بازی می کند بی تردید خانواده دارای کارکرد اقتصادی نیز هست (قربان نیا و همکاران، 1384).

در اغلب جوامع مردان سرپرست خانواده عمدتاً نقش اقتصادی، حمایتی خانواده را برعهده دارند. اما زنان سرپرست خانواده علاوه بر وظایف مادری و تربیت فرزندان، نگهداری و مراقبت از آنان و اداره امور خانه، نقش اقتصادی خانواده را نیز بر عهده دارند بدین جهت برای تامین معاش خانواده ملزم به اشتغال بیرون از خانه می باشند. اما به دلیل این که زنان در سر تاسر دنیا، از وضعیت اشتغال و درآمد مناسب و کافی برخوردار نیستند، مسائل و مشکلات آنان نسبت به مردان سرپرست خانواده بیشتر می باشد (بارنن، 1999)¹.

زنان سرپرست خانوار از جمله گروههای آسیب پذیر جامعه هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر، از کارافتادگی همسر، رهاسدن توسط مردان مهاجر و یا بی مبالات موجب آسیب پذیری این طیف وسیع از جامعه می شود.

در این گونه خانوارها، زنان باید به تنهایی، علاوه بر سرپرستی خانواده و کسب درآمد و مدیریت اقتصادی مواظبت از بچه ها، کارهای خانه، بهبود شرایط زندگی اعضای خانوار را نیز برعهده بگیرند. در چنین شرایطی، زنان سرپرست خانوار، از سویی وقت و انرژی کمتری برای انجام کارهای غیرقابل عرضه در بازار، مثل تهیه کالا و مواد غذایی ارزان قیمت تر یا تهیه برخی از کالاها در منزل (لباس و ...) دارند و از سوی دیگر، نقش بازتولیدی زنان آنها را مجبور به کار پاره وقت، انعطاف پذیر یا اشتغال خانگی (کاردرخانه) می کند (ویسی، 1387).

خانواده هایی که تحت سرپرستی یک زن اداره می شوند معمولاً دارای مشکلات فراوانی هستند آنها به دلیل ناتوانی در برآوردن احتیاجات اقتصادی خانواده، دچار اضطراب و نگرانی هایی می شوند که این خود می تواند سلامت روانی و جسمانی آنها را مختل کند (باداوی، 1996)².

به لحاظ اینکه زنان سرپرست خانوار با شرایط نامساعد و غیرثابتی در ادراه زندگی خود مواجه هستند نسبت به توانائیها، قابلیتها و مهارت های خود اعتماد کامل ندارند و در نتیجه، بیکاری این گروه آسیب پذیر می تواند شرایط بروز تغییراتی در نوع تفکر، سبک زندگی روزانه، کاهش اعتماد به نفس و افزایش بیماری جسمی و روانی باشد. چنین

¹-Barnon

²-Badawi

مشکلاتی اغلب بلافاصله یا یک سال پس از جدایی از همسر و نداشتن شغل و درآمد در میان زنان سرپرست خانواده بروز می کند (طباطبایی، 1383).

با توجه به این که یافته های تحقیقات در ایران و سایر نقاط جهان نشان می دهد زنان سرپرست خانواده با مشکلات اقتصادی، فقر شکننده، فشارهای مزمن و مداوم و نگرش های منفی اجتماعی نسبت به خود روبه رو بوده و حمایت های اجتماعی بسیار کمی را دریافت می کنند بنابراین نرخ بالای اختلالات روانی در آنان تعجب آور نیست و در واقع بالا بودن نرخ مشکلات روانی در آنان معلول شرایط اقتصادی - اجتماعی آنان است نه وابسته به جنسیت آنان (خسروی، 1380).

بیان مساله

خانواده عبارتست از گروهی از افراد (دو نفر یا بیشتر) که میان آنها روابط خویشاوندی برقرار است و در مکان واحدی زیست می کنند. این گروه اختصاصاً در جوامع امروز از پدر، مادر و فرزندان تشکیل می گردد (وئوقی، 374).

هر گاه خانواده یکی از ارکان اصلی و طبیعی خود یعنی پدر یا مادر را به هر دلیل از دست بدهد تقارن آن به هم می ریزد و مسائل و مشکلات گوناگونی چون مسائل اقتصادی، آموزشی، فرهنگی، رفتاری و اجتماعی را برای دیگر افرادش به وجود می آورد (نوری، 1382).

در بیشتر جوامع مردان سرپرستی خانواده و به طور کلی نقش اقتصادی - حمایتی خانواده را بر عهده دارند و در مقابل آن مسائل مربوط به اداره امور منزل و فرزندان وظیفه زنان است (بارن¹، 1999).

اما حوادث روزگار گاه سرنوشت انسان ها را به گونه ای رقم می زند که باید بر خلاف میل باطنی خود عمل کنند زنان بی سرپرست مصداقی از این موارد می باشند.

شغل درآمدزا و مراقبت و نگهداری از خانواده به طور همزمان، مسئله ای بس دشوار است که همه زنان به ویژه زنان سرپرست خانوار²، با آن روبه رو هستند و این امر موجب شده است تا این افراد اکثراً در بخش غیررسمی بازار مشغول به کار شوند. بنابراین زمانی که، به جای دو نفر، یک نفر نان آور خانوار است و زنان در بخش غیررسمی و در شغل های کم ارزش تر و با دستمزد کمتر اشتغال دارند، باید انتظار داشت که زنان سرپرست خانوار با خطر فقر بیشتری مواجه شوند (چانت³، 2003).

¹-Barnon

² - female headed households

³ -Chant

توجه به شخصیت و منزلت زن اقتضا دارد حقوق وی حفظ و به وی اعطا گردد. عدالت نیز چنین اقتضا دارد. عدالت مبنای حقوق و قواعد حاکم بر احکام و مقررات اسلامی است.

امروزه اگر کشوری درصدد ارائه الگویی مطلوب و اسلامی از یک جامعه کاملاً ارزشی و دینی است باید از حقوق زنان سخن متعالی به ارمغان آورد و این میسر نمی شود مگر آن که زن و حقوق وی در ذهنیت فرهنگی - اجتماعی جامعه، جایگاه واقعی خویش را پیدا کند (قربان نیا و همکاران، 1384).

واقعیت آن است که تغییر و تحول در عرصه حقوق زنان به واسطه حساسیت ها و چالش های پیش رو با صعوبت خاصی مواجه می گردد و این مهم از یکسو مستلزم شناخت نیازهای واقعی حقوق زنان در جهت نیل به شان و منزلت و حفظ کرامت زن مسلمان در سطح کشور و جامعه جهانی بوده و از سوی دیگر نیازمند نگاهی همسو در ضرورت پرداختن به مسائل زنان و به تبع آن اصلاحات لازم در این خصوص می باشد (قربان نیا و همکاران، 1384).

سلامت موضوعی مطرح در همه ی فرهنگ هاست و تعریف آن در هر جامعه ای تا اندازه ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنها باز می گردد (سجادی و صدرالسادات، 1384: 244)، ولی معمولاً هر گاه از آن سخنی به میان آمده بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است.

سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخابهای فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر است (نیک ورز، 1389).

انسان سالم محور توسعه است و در سایه سلامت تک تک آحاد جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی، می توان در جاده پیشرفت و توسعه قدم گذاشت.

آنچه مسلم است این است که زنان طبقه پایین و خصوصاً زنان سرپرست خانوار برای داشتن زندگی سالم و شرافتمندانه ناچارند مشکلات و رنج های زیادی را متحمل شوند اما به مرور زمان به دلیل سنگینی بار مشکلات اقتصادی و اجتماعی دچار افسردگی می شوند. مسائل و مشکلات زنان سرپرست خانوار را می توان به طور کلی به موارد زیر تقسیم کرد:

- 1- مشکلات اقتصادی
- 2- مشکلات اجتماعی
- 3- مشکلات فرهنگی
- 4- مشکلات روحی و روانی

همچنین زنان سرپرست خانواده فاقد همسر با مشکل احساس تنهایی، انزوا، پردشستگی و عدم درک از سوی دیگران مواجهند. فقدان حمایت های اجتماعی مهمترین عامل جهت پیش بینی پیامدهای منفی وضعیت این زنان است. زنان بیوه که سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند علاوه بر احساس تنهایی، فشارهای تامین امور اقتصادی خانواده را نیز تجربه می کنند امری که معمولاً در آن تجربه کافی ندارند. سایر مشکلات آنان عبارتند از:

تعارضات خانوادگی، فقدان شغل و درآمد کافی، کمبود تجربه، فقدان همدم و احساس تنهایی. این فقدان به معنای پردشستگی عدم امنیت، فقدان حمایت های عاطفی، فقدان درآمد و نداشتن شریک زندگی و ضعف موقعیت اجتماعی است (خسروی، 1378).

بر اساس مطالعات انجام شده در ایران زنان سرپرست خانوار در شرایط و درآمد یکسان بهتر از خانوارهای مردسرپرست می توانند رفاه خانواده را تامین کنند و توانایی ایجاد محیطی مساعد برای انجام فعالیتهای مشارکتی را دارند اما علی رغم این توانایی ها زنان سرپرست خانوار مجبورند با مشکلات بسیار زیادی در زندگی دسته و پنجه نرم کنند. به طوریکه اطلاعات پنج استان مورد مطالعه نشان می دهد شاخص فقر انسانی زنان سرپرست خانوار برابر 0/527 است که در مقایسه با شاخص فقر انسانی در کل کشور که برابر 0/19 است بسیار بالاتر است (فروزان، 1382).

در دو دهه اخیر اغلب نوشته های توسعه زنان سرپرست خانوار را به عنوان فقیرترین فقرا اعلام کرده اند (بولاک¹، 1994 به نقل از شادی طلب، 1383).

مساله چند نقشه بودن زنان سرپرست خانوار سبب می شود که زنان در زمان واحد چندین نقش مختلف را ایفا کنند و در نتیجه دچار تعارض نقش می شوند و همین امر منجر به ایجاد فشار و اضطراب در آنان می گردد (روزن فیلد²، 1919 به نقل از خسروی، 1378).

زنان سرپرست خانواری که توانایی اداره اقتصادی خود و خانواده را ندارند دچار نوعی انزوای اجتماعی شده و در معرض آسیب های اجتماعی قرار می گیرند (محمدی، 1385). بنابراین فشارهای مداوم و مزمنی که زنان سرپرست خانوار با آن روبه رو هستند پیامدهای روانشناختی مخربی را می تواند در پی داشته باشد.

بین فقر و مسائل مربوط به سلامت روانی رابطه مثبت وجود دارد و این خود یکی از مسائل مورد پذیرش در مباحث آسیب شناسی روانی است. نتایج برخی تحقیقات حاکی از آن است که درآمد پایین همراه با موقعیت نازل اقتصادی - اجتماعی موجب بروز اختلالات روانی در افراد است. نتایج تحقیقات بل (1997) نشان داد که مشکلات روانی طبقات فقیر حداقل 2/5 برابر بیشتر از مشکلات طبقات بالا بود.

¹ -Bullock

² - Rosenfield

از آنجا که زنان سرپرست خانوار پرورش دهنده نسل آینده و شکل دهنده‌ی احساسات و عواطف آنها که کودکان امروز و سرنوشت سازان فردا هستند، می‌باشند و با توجه به نقش و وظیفه‌ی خطیر ایشان در تربیت فرزندان توجه به بهزیستی روانشناختی این گروه بسیار مهم به نظر می‌رسد هم‌چنین سلامت روانی آنها به گونه‌ای مستقیم بر نسل بعدی تاثیر گذار است و هر نوع مشکل در این زمینه ممکن است تا مدت‌ها اثرهای نامطلوبی را در پی داشته باشد.

نتایج بررسی‌ها نشان داده‌اند بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در هر برهه‌ای از زندگی و در رابطه با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی وضعیت متفاوتی دارند و این عوامل قادرند سطح بهزیستی روانشناختی را تحت تاثیر قرار دهند (ریف و کیز، 1995¹).

فقر و عدم درآمد کافی و پیامدهای آن، هم‌چنین مسائل و مشکلات اجتماعی زنان سرپرست خانوار، ما را بر آن می‌دارد که با شناخت آنها و میزان تاثیرگذاری هر یک بر زنان سرپرست خانوار راههای موثری جهت تدوین برنامه‌های عملی و اقدامات صحیح با هدف بالا بردن بهداشت و سلامت روانی این گروه آسیب‌پذیر تدارک دیده و هم‌چنین زمینه برای ایجاد تامین امنیت اجتماعی و اقتصادی خود و فرزندان شان را فراهم کنیم.

گرچه تلاش برنامه‌ریزان و سیاستگذاران به مسائل زنان سرپرست خانوار یا هر گروه فقیر دیگر در برنامه‌های کاهش فقر شایان تقدیر است، اما تاکید بر دلایل سرپرست شدن زنان مانند جدایی از همسر یا طلاق، می‌تواند به تقویت نظر طرفداران حفظ خانواده سنتی (به هر قیمتی) کمک کند.

به ویژه در دوره‌ای که حمایت و دفاع از حقوق کودکان به اوج خود رسیده، اصل انتقال بین نسلی فقر و محرومیت در پارادایم جدید فقر می‌تواند به آسانی مورد سوءاستفاده مخالفان حقوق زنان قرار گیرد. در نتیجه تصویر کلیشه‌ای فقر زنان سرپرست خانوار به چالش کشیده شده که توجه به برخی نکات در مطالعه علمی درباره‌ی زنان سرپرست خانوار ضروری است (شادی طلب، 1383).

با توجه به موارد مذکور مساله مورد بررسی در این پژوهش این است که آیا بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی² و بهزیستی روان‌شناختی³ زنان سرپرست خانوار همبستگی وجود دارد یا خیر؟

اهمیت و ضرورت تحقیق:

خانواده یکی از نهادهای اجتماعی نخستین است که شالوده حیات اجتماعی محسوب می‌گردد و گذشته از وظیفه فرزندآوری و پرورش کودک و در نتیجه استمرار نسلها و بقاء

¹ -Ryff&Kiss
2-socio- economic
3-welbing-psychological

نوع بشر وظایف متعدد دیگری از قبیل فعالیتهای اقتصادی، آموزش و پرورش و اجتماعی کردن افراد نیز بر عهده این نهاد است.

مطالعات آماری اخیر در دنیا نشانگر افزایش تعداد خانواده‌هایی است که بوسیله زنان اداره می‌شوند. به ویژه این مطالعات نشان داده است که از سال 1980 به بعد تعداد خانواده‌های دارای سرپرست زن افزایش یافته است.

در سالهای اخیر در کشورهای در حال توسعه، به دلایل تغییرات و رکود اقتصادی، فشارهای اجتماعی و تغییر یافتن الگوهای فرهنگی تعداد زنان سرپرست خانواده افزایش یافته است (یس، 1990).¹

بر اساس شاخص‌های آماری 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 طوری که در سالهای 1355 و 1365 و 1375 خانوارهای زن سرپرست به ترتیب $3/1$ و $4/7$ و $7/7$ درصد از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند (فروزان، 1379).

این نسبت در سال 1385 به $9/4$ درصد رسید که در مقایسه به سال 75 یک درصد رشد داشته است. آمار سازمان بهزیستی کشور طی 10 سال گذشته 75-85 هر ساله تعداد 60 هزار و سیصد نفر به جمعیت زنان سرپرست خانوار شهری و 479 هزار زن سرپرست روستایی و یک هزار و دویست و یازده زن سرپرست عشایری در کشور وجود دارد (سازمان بهزیستی، 1387).

با توجه به اهمیت نقش زنان در توسعه از یک سو و سهم رو به افزایش زنان سرپرست خانوار در جامعه از سوی دیگر، مطالعه ابعاد گوناگون زندگی این گروه ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج تحقیق در ایران حاکی از آن است که زنان سرپرست خانواده احساس می‌کنند که افراد جامعه اعم از زن و مرد نسبت به آنها نگرش منفی دارند که این موضوع اثرات مخرب نگرش‌های منفی اجتماعی نسبت به زنان را نشان می‌دهد. همچنین آنان در تمامی زمینه‌ها حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند (خسروی، 1378).

همچنین گروه عمده‌ای از زنان سرپرست خانوار با خطر فقر و ناتوانی در اداره امور اقتصادی خانواده روبه‌رو هستند که این خود می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا این گروه به اختلالات روانی و اجتماعی باشد. به لحاظ رفاه اجتماعی نیز اگر مسائل و مشکلات این زنان را با شاخص رفاه اجتماعی مقایسه کنیم فاصله‌ی زیادی را مشاهده خواهیم کرد.

بر اساس مطالعات پژوهشگران، زنان بیشتر از مردان در معرض خطر قرار دارند زیرا عوامل فرهنگی و قانونی باعث ایجاد محدودیت در تحرک اجتماعی و اقتصادی زنان

¹ - Wyss

سرپرست خانوار شده است همچنین با توجه به این که امکانات و شرایط لازم برای کاستن از میزان فقر برای این گروه در جامعه وجود ندارد، مبارزه با فقر برای آنها بسیار دشوار است (شادی طلب، 1383).

خانواده های زن سرپرست که وظیفه مراقبت از کودکان را نیز برعهده دارند جزء فقیرترین خانواده ها هستند بنابراین اگر حداقل درآمد برای این خانواده ها فراهم نشود فقر باعث ایجاد مشکلاتی برای فرزندان آنها می شود و در نهایت نسل آینده نیز در گیر خواهد شد.

البته باید توجه داشت فقر به تنهایی عامل بیماری روانی نیست. بلکه عوامل دیگری همچون تعارض نقش ، منبع کنترل، شیوه های مقابله و حمایت های اجتماعی دریافتی می توانند در افزایش و یا کاهش اثرات فقر موثر باشند (لی، 1998).¹ از آن جا که تلاش جوامع امروزی بر آن است تا تمام افراد جامعه بتوانند توانایی های بالقوه خود را فعلیت بخشند و به خودشکوفایی برسند به نظر می رسد مطالعه و بررسی بهزیستی روانشناختی افراد ضروری است.

با توجه به اینکه تصمیم گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی ، اجتماعی ، عاطفی ، اقتصادی ، خانوادگی ، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده برعهده سرپرست خانوار (مادر) است و اوست که مسئول حفظ روابط عاطفی و جلوگیری از ایجاد تنش در خانواده است و از لحاظ مادی و معنوی موظف است فرزندان خود را حمایت کند. توجه و اهمیت دادن به سلامت روان زنان سرپرست خانوار (مادر) برای جلوگیری و حل بسیاری از معضلات و مشکلات خانواده ضروری به نظر می رسد. فقر ارتباط مثبتی با میزان وقایع منفی دارد. وقایع منفی زندگی نیز با افسردگی رابطه مثبت دارد.

تحقیقات نشان داده است تجربه فشارهای مداوم و روزانه پیامدهای روانشناختی جدی تری در مقایسه با فشارهای حاد اما زودگذر دارد (خسروی، 1382).

با توجه به افزایش نرخ طلاق ، جرایم اجتماعی، تعداد زندانیان، اعتیاد و یا مهاجرت سرپرست خانوار و در نتیجه افزایش زنان سرپرست خانوار و هم چنین با توجه به اینکه یکی از عمده ترین گروههای آسیب پذیر اجتماعی زنان سرپرست خانوار می باشند که در زندگی خانوادگی و اجتماعی با مشکلات و موانع بسیاری روبه رو هستند، عدم توجه به رفع معضلات و مشکلات این قشر آسیب پذیر می تواند باعث بروز آسیب های جدی و جبران ناپذیری به جامعه شود. در این راستا نهادها و سازمان های خدمات اجتماعی هر کشوری موظف اند تا به بررسی دقیق مسائل و مشکلات این گروه آسیب پذیر با ارائه راهکارهای اصولی و علمی به حمایت از آنان برخیزند و هم چنین لازم است تا برای جلوگیری از اختلال

¹ -Lee