

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته رفاه اجتماعی

بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی

و زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی شهر تهران

استاد راهنما :

آمنه ستاره فروزان

نگارش :

ام لیلا تاتینا بلداجی

پاییز 1387

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم به

برادران و خواهران مهربانم

که در تمامی مراحل زندگی و تحصیل مرا صمیمانه یاری نمودند.

تقدیر و تشکر

× از کلیه اساتید محترم گروه آموزشی رفاه اجتماعی، بخصوص سرکار خانم دکتر حمیرا سجادی، بکاطر تلاشهای بی دریغ و دلسوزانه ایشان تشکر و

قدردانی می‌نمایم و بردستان مهربان و خواهرازه ایشان بوسه می‌زنم.

× از سرکار خانم دکتر شریفیان ثانی مدیر محترم گروه به علت تلاشهای بی وقفه و دلسوزانه ایشان تشکر و قدردانی می‌نمایم.

× از سرکار خانم صفری بخاطر کلمات و همراهی فراوان ایشان در طول زمان تحصیل تشکر و سپاسگزاری می‌نمایم.

× از دوستان خوبم به ویژه خانمها سارا حاصلی، اعظم انتقاری، سیده مریم پیراسته، مریم باقری و ستاره نوبهار که در تمامی مراحل کنارش و

تدوین پایان نامه مراصمیمانه همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

شکر و قدردانی

باسپاس و شکر فراوان از زحمات اساتید گرانقدر «سرکار خانم دکتر آمنه فروزان»،
«جناب آقای دکتر حسن رفیعی» و «جناب آقای دکتر اکبر بیگلریان» که مسئولیت راهنمایی و مشاوره مراد
این پژوهش به عهده داشتند.

ضمناً از کلیه اساتید محترم گروه مدیریت رفاه اجتماعی شکر و قدردانی می‌نمایم.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به مقایسه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی و زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی شهر تهران در سال 1386 می پردازد.

روش: این مطالعه از نوع مقطعی -مقایسه ای می باشد. در این مطالعه 120 نفر از زنان تحت پوشش و شاغل خدماتی به روش تصادفی انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات از طریق چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی صورت گرفته است. تجزیه و تحلیل اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS انجام شده است.

نتایج: داده ها با آزمون آماری آنالیز واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تی تست تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ابعاد سلامت جسمانی، روانی و روابط اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار ارتباط داشته و این ابعاد در گروه زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی بهتر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بوده است. همچنین در بعد محیطی تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد. یعنی شرایط این زنان تاثیری بر کیفیت زندگی آنها در بعد محیطی نداشته است.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه مشخص کرد کیفیت زندگی در زنان سرپرست تحت پوشش سازمان بهزیستی و زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی متفاوت می باشد و شغل عامل موثری در بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بوده و کیفیت زندگی این زنان را در ابعاد مورد بررسی ارتقاء داده است. همچنین اشتغال زنان نتوانسته بعد محیطی کیفیت زندگی این زنان را ارتقاء دهد.

واژگان کلیدی: زنان سرپرست خانوار، کیفیت زندگی، شاغل خدماتی

Women Headed households quality of life: a comparison between quality of life Women Headed households supported by welfare organization with Women Headed households who have servicing jobs

Abstract:

This study has compared the quality of life Women Headed households supported by welfare organization with Women Headed households who have servicing jobs in Tehran in ۱۳۸۶.

Method: this research was a cross-sectional study. ۱۲۰ samples of Women Headed households that supported by welfare organization and Women Headed households with servicing jobs were randomly selected.

To collect data demographic check list and WHO-Quality of life questionnaire were used. Statistically analyses were done by spss.

Result: t-test, one way ANOVA and Pierson correlation coefficient were used to analyses of data. In this research job considered as an affective factor on quality of life in Women Headed households.

The physical health, psychological and social relationship have direct influences on quality of life Women Headed households. the environment hasn't have any relation with Q.O.L.

The result indicated that quality of life is different among Women Headed households and it is better in Women Headed households with servicing jobs.

Key words: Women Headed households, quality of life, servicing jobs.

فهرست مطالب

فصل اول - کلیات پژوهش

1	مقدمه
5	بیان مسئله
10	اهمیت و ضرورت
13	اهداف پژوهشی
14	سوال ها و فرضیه ها
15	بیان واژه ها

فصل دوم- ادبیات و پیشینه پژوهش

20	مروری بر تاریخچه سرپرستی زنان در ایران
22	مفهوم زنان سرپرست خانوار
23	انواع زنان سرپرست خانوار
24	بررسی آماری زنان سرپرست خانوار در سایر کشورها
27	بررسی آماری زنان سرپرست خانوار در ایران
33	زنان سرپرست خانواده «فقیر ترین فقرا»
36	چالشهای تعمیم عنوان «فقیرترین فقرا» به زنان سرپرست خانواده
40	تئوری ها و مبانی نظری
40	نظریه های روانشناسی
42	نظریه های جامعه شناسی
45	انواع مشکلات زنان سرپرست خانوار
58	کیفیت زندگی
60	تعاریف کیفیت زندگی
66	ابعاد کیفیت زندگی
70	شاخص های کیفیت زندگی
71	شاخص های کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت
72	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQOL)

عنوان جداول

- جدول 1-2: درصد سرپرستی زنان برحسب سرشماری های متفاوت
- جدول 2-2: درصد خانواده های معمولی بر حسب میزان اشتغال و سواد
- جدول 3-2: علت قبول سرپرستی خانواده توسط زنان در سرشماری سال 1375
- جدول 4-2: درصد سرپرستی زنان برحسب سرشماری های متفاوت
- جدول متغیرها
- جدول 1-4: توزیع سطح تحصیلات زنان سرپرست خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 2-4: توزیع مدت زمان قبولی سرپرستی خانوار توسط زنان سرپرست خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 3-4: توزیع دلیل قبولی سرپرستی خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 4-4: توزیع افراد حمایت کننده زنان سرپرست خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 5-4: توزیع سنی زنان سرپرست خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 6-4: توزیع دارا بودن مهارتهایی که با آنها به توان کسب درآمد کرد به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 7-4: توزیع وضعیت اشتغال زنان سرپرست خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 8-4: توزیع رضایت کلی از سلامت در میان زنان سرپرست خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 9-4: توزیع ارزیابی کلی کیفیت زندگی در میان زنان سرپرست خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 10-4: بررسی نرمال بودن متغیر کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در زنان سرپرست خانوار به تفکیک تحت پوشش و شاغل بودن
- جدول 11-4: نتایج آزمون t برای مقایسه کیفیت زندگی کل و ابعاد آن در دو گروه مورد مطالعه
- جدول 12-4: ارتباط بین کیفیت زندگی و ابعاد آن بامتغیر سن در نمونه های مورد پژوهش
- جدول 13-4: آزمون ANOVA جهت بررسی ارتباط بین سطح تحصیلات و ابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش
- جدول 14-4: بررسی ارتباط میان سطح تحصیلات و ابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی
- جدول 15-4: بررسی ارتباط میان داشتن مهارتهای درآمدزا و ابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش
- جدول 16-4: بررسی ارتباط میان داشتن مهارتهای درآمدزا و ابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل
- جدول 17-4: بررسی ارتباط میان افراد حمایت کننده زنان سرپرست خانوار و کیفیت زندگی کل
- جدول 18-4: بررسی ارتباط میان افراد حمایت کننده زنان سرپرست خانوار و کیفیت زندگی کل در زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی
- جدول 19-4: بررسی ارتباط میان دلیل قبولی سرپرستی خانوار و ابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش
- جدول 20-4: بررسی ارتباط میان دلیل قبولی سرپرستی خانوار و ابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی

فصل اول : کلیات پژوهش

مقدمه

طرح مسئله

اهمیت و ضرورت پژوهش

اهداف پژوهش

فرضیه های پژوهش

تعاریف نظری و عملیاتی مفاهیم

• مقدمه

مسئله سرپرستی و مدیریت، مسئله ای اساسی و مهم در جامعه بشری است و از جمله تفاوت‌های حقوقی زنان و مردان در مدیریت می باشد. در میان اکثریت قریب به اتفاق جوامع انسانی و در طول قرون و اعصار، پدر بعنوان اصلی ترین و محوری ترین عضو خانواده پذیرفته شده و مدیریت، مسئولیتها و تصمیم گیریهای نهایی در امر اقتصادی، آموزشی و پرورشی فرزندان خانواده بر عهده مردان نهاد شده به همین خاطر پدیده بی سرپرستی در بیشتر تعاریف با عنوان فقدان پدر در خانواده تعریف می شود و غیبت وی را در بروز مسائل اقتصادی و مدیریتی خانواده موثر می دانند (خسروی، زهره، 1387).

زن در قوانین و مقررات حقوقی ایران وظیفه ای در تامین نیازهای اقتصادی خانواده ندارد و مسئولیت مهم وی در تربیت نسل انسانی (فرزندان)، گرم نگهداشتن محیط خانه و فراهم سازی رشد و شکوفایی فضایل اخلاقی در خانواده است و ساختار جسمی و روحی زن با این مسئولیت مهم و ظریف تناسب دارد (بختیاری، آمنه، 1385).

با وجود اینکه در ایران زن در سرپرستی خانواده وظیفه ای قانونی ندارد و رسوم و سنن و شرایط اجتماعی ایران زنان را آماده ایفای نقش سرپرستی نمی کند اما در سالهای اخیر شاهد روند رو به رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود و خانواده خود را به دوش می کشند و بعنوان زنان سرپرست خانوار در جامعه معرفی می شوند.

این گروه از زنان اغلب با عوامل خطر زایی همچون تبعیضات فرهنگی، ضعف دسترسی به فرصتهای شغلی، بی سواد یا کم سواد، نداشتن درآمد مستمر و مشکلات روحی و روانی مواجه هستند (همان) که سطح کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد. زنان سرپرست خانوار علاوه بر مسئولیتهای فرزند پروری مجبور هستند که به تنهایی نقش اقتصادی خانواده را بر دوش کشیده و جای خالی پدر را نیز در خانواده پر کنند، در نتیجه گرفتار تعدد نقش شده و تعارض بین این نقش ها،

مشکلات جدی برای آنها بوجود می آورد.

زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان به دلیل داشتن چند نقش مختلف به طور همزمان مانند اداره امور خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان به تنهایی و کار خارج از خانه با دستمزد کمتر، استرس و مسائل و مشکلات روانی بیشتری را تجربه می کنند در نتیجه در مقایسه با دیگر زنان از سطح زندگی روحی و روانی پایین تری برخوردار می باشند (توسلی، 1377).

از سوی دیگر زنان سرپرست خانواری که تحت پوشش سازمانهای حمایتی بوده و از کمکها و حمایتهای آنها برخوردار می باشند علاوه بر رویارویی با مشکلات اقتصادی با برخی فشارهای منفی اجتماعی همچون نگرش منفی نسبت به زنان بیوه و مطلقه روبرو هستند.

فقر، فقدان حمایتهای اجتماعی و نگرش منفی موجب فشار و تنش، فرسودگی و احساس ناتوانی در این گروه از زنان می شود و این امر منجر به بروز اختلالات روانشناختی و تاثیر بر سطح کیفیت زندگی آنان شده و آنان را مستعد پذیرش دیگر آسیب های اجتماعی می کند (همان).

امروزه زنان تحت تاثیر شرایط اقتصادی به طور فزاینده ای وادار به جستجوی اشتغال درآمد زا در خارج از منزل می شوند و یا فعالیت درآمدزای خانگی را متقبل می شوند. همچنین در بیشتر نواحی صنایع روستایی و تولیدات غیر کشاورزی به جهت رقابت تولیدات کارخانه ای با آنها، رو به زوال نهاده و این امر اشتغال مردان و هم زنان را تحت تاثیر قرار داده است. سختی های طولانی و ضرورتهای اقتصادی انگیزه قوی برای زنان، به ویژه در قسمتهایی از آسیا، خاور میانه و آفریقا است که در برابر ارزشهای فرهنگی جامعه مقاومت کرده و به منظور سرپرستی خانواده شان در جستجوی کار خارج از منزل برمی آیند (فضیله خانی 1378).

زنان فقیر در کشورهای در حال توسعه به لحاظ ضرورتهای اقتصادی و شرایط نوین اجتماعی به تدریج تبدیل به خود اشتغال می شوند. آنان به این مسئله به عنوان ابزاری جهت حمایت از خود و خانواده شان

می نگرند، اما این فعالیتهای کوچک مقیاس به ندرت قادر است درآمد کافی برای خروج از سطح فقر حاکم بر آن فراهم سازد. برای زنان سرپرست خانوار و به همان نسبت برای کسانی که خود سرپرست خانوار نیستند اما خانواده آنان نیاز به درآمد بیشتری دارند، بیشتر راه خلق درآمد از طریق خود اشتغالی است (هیلرست و هری، 1992^۱).

با اینکه در سالهای گذشته حضور زنان در عرصه های کاری افزایش چشمگیری داشته است، اطلاعات بسیار کمی در زمینه تاثیر اشتغال بر سلامت روانی زنان در دسترس است. با توجه به اهمیت سلامت روانی زنان با نقش های متفاوت و کمبود پژوهش ها در این زمینه موسسه ملی بهداشت روانی در سال 1987 مسئله سلامت روانی زنان را به عنوان اولویت تحقیقاتی خود معرفی نمود (لانگ، 1999^۲).

در این بررسی پژوهشگر بدنبال شناخت وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواری است که تحت پوشش سازمان بهزیستی بوده و برای گذران زندگی خود به مستمریها و دیگر حمایتهای این سازمان بسنده کرده اند، در مقایسه با زنان سرپرست خانواری که وارد بازار کار شده و شاغل هستند و علاوه بر نقش سرپرستی، نقش نان آور خانواده بودن را نیز بر دوش می کشند، در واقع مسئله اصلی تحقیق این است آیا اشتغال می تواند بر سطح کیفیت زندگی این گروه از زنان سرپرست خانوار تاثیر گذار باشد؟ در صورتیکه اطلاعات کسب شده از این پژوهش به تاثیر اشتغال بر افزایش سطح زندگی زنان سرپرست خانوار تاکید داشته باشد می توان شغل را یکی از عوامل تاثیر گذار بر توانمند سازی زنان سرپرست خانوار دانست و مسئولان امر را در خصوص گسترش فرصتهای شغلی مناسب برای این گروه از اقشار آسیب پذیر جامعه یاری کرد و در صورتیکه نشان داده شود که حضور زنان در بازار اشتغال و پذیرش مسئولیت اقتصادی خانواده بر کیفیت زندگی آنها تاثیر گذاشته و آنها را مستعد دیگر آسیبهای روانی و اجتماعی میکند، لازم است سازمانهای حمایتی سیاستهای خود را در خصوص زنان

^۱. Hilhorst & Harry

^۲. Long

سرپرست و توانمند سازی آنان متناسب با شناخت از وضعیت و نیازهای روحی - روانی - اقتصادی و اجتماعی این گروه برنامه ریزی و اجرا نمایند و صرف ایجاد اشتغال را به معادل توانمند شدن و بهبود کیفیت زندگی این افراد قلمداد نمایند.

• بیان مسئله

با توجه به روند رو به رشد شمار زنانی که در سالهای اخیر بدون مردان به راهبری، مدیریت و تصمیم گیری خانواده خود می پردازند و به عنوان زنان سرپرست خانوار در جامعه معرفی میشوند، لزوم توجه به این قشر آسیب پذیر بیش از پیش احساس میشود. امروزه پدیده خانوارهای زن سرپرست بدلائیل مختلف در دنیا رو به فزونی است. اغلب این خانوارها دارای مشکلات عدیده ای هستند بگونه ای که فزونی زنان سرپرست خانوار به صورت مسئله ای اجتماعی مطرح میشود (بختیاری-محبی، 1385).

تحقیقات صورت گرفته در این زمینه مشخص کرده که امروزه 60 درصد از زنان در جهان نان آور خانه هستند و 37/5 درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی میکنند (مطیع، 1378). بالغ بر 70 درصد از خانوارهای تک نفره یا عبارتی خود سرپرست در جهان، توسط زنان و 30 درصد توسط مردان اداره میشود (الحداد، 2003). با توجه به آمارهای ثبت شده از منابع رسمی، زنان سرپرست خانوار در دنیا 9/42 درصد کل خانوارها را تشکیل میدهند، در اروپا و آمریکا 15-20 درصد، آفریقا و جنوب آسیا 30 درصد، یمن 22 درصد و سودان 66 درصد از خانوارها توسط زنان سرپرستی میشوند (همان). در ایران بنا بر تعریف مرکز آمار ایران و یافته های سرشماری سال 1375، 9/24 درصد خانوارها دارای سرپرست زن بوده اند که معادل یک میلیون و سی هفت هزار خانوار می باشد در حالی که این تعداد در سال 1355 برابر با 800 هزار خانوار بوده است (مرکز آمار ایران 1375).

در همین رابطه و بر اساس آمار سازمان بهزیستی کشور طی 10 سال گذشته (85-75) هر ساله تعداد 60 هزار و 300 نفر به زنان سرپرست خانوار اضافه شده است. طبق گزارشات این سازمان در حال حاضر

یک میلیون و 60 هزار زن سرپرست خانوار شهری، 479 هزار زن سرپرست روستایی و یک هزار و 211 زن سرپرست عشایری در کشور وجود دارد (سازمان بهزیستی کشور 1387). همچنین سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در تحقیقی با موضوع زنان سرپرست خانوار عنوان کرده است که 1200000 (یک میلیون و دویست هزار) زن سرپرست خانوار در سال 1384 وجود داشته اند که این تعداد در سال 1385 به 1500000 (یک میلیون و پانصد هزار نفر) افزایش یافته است. از این تعداد 147000 نفر جهت دریافت حمایت‌های دولتی و گذران زندگی خود تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و 803000 هزار نفر نیز تحت پوشش کمیته امداد بوده اند و از خدمات حمایتی و امدادی این سازمان استفاده می نمایند و در حدود 250000 هزار نفر فاقد هرگونه پوشش حمایتی بوده و به تنهایی بار زندگی خود را به دوش میکشند. (سازمان مدیریت و برنامه ریزی 1385).

زنان سرپرست خانوار از همان زمان که همسر خود را به هر دلیلی از دست می دهند نقش های متعددی را در زمان واحد بر عهده می گیرند به گفته مسئولان سازمان بهزیستی هم اکنون 3 میلیون و 609 هزار زن وظیفه مادری و نان آوری را همزمان انجام می دهند (سازمان بهزیستی کشور 1387). از آنجاییکه زنان سرپرست خانوار علاوه بر وظایف مادری، تربیت، نگهداری و مراقبت از فرزندان و اداره امور خانه، نقش اقتصادی خانواده را نیز بر عهده دارند، ملزم به اشتغال در بیرون از خانه می باشند و چون از اشتغال و درآمد مناسب و کافی برخوردار نمی باشند نقش های زن و مرد را همزمان ایفا می کنند تا حدودی نوع و میزان استرس آنان از تجربه مردان متفاوت می باشد (بلانون، 1999³) که این رویداد های استرس زا می تواند در شروع و تشدید اختلالات روانی و اجتماعی و بیماریهای جسمی این گروه از زنان نقش عمده ای را داشته و بر کیفیت زندگی اعضاء خانواده تاثیر عمده ای گذارد. روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس

³ . blanon

واضطراب بیشتری را تجربه می کنند (گوان، 1990^۴).

از سوی دیگر عدم دسترسی زنان سرپرست خانوار به مشاغل با منزلت سبب می شود که آنها یا اغلب بیکار باشند یا مشاغل حاشیه ای، نیمه وقت، غیر رسمی و کم درآمد را بپذیرند (چانت^۵ 1997). بررسی های مرکز آمار ایران نشان داده که میزان اشتغال در جمعیت فعال از نظر اقتصادی برای زنان سرپرست خانوار شهری و روستایی به ترتیب 96 درصد و 97/4 درصد است. مقایسه نرخ اشتغال به کار در میان زنان سرپرست خانوار با کل زنان کشور 8/1 درصد شهری و 10/7 درصد روستایی است که نشانگر بالا تر بودن نرخ اشتغال زنان سرپرست خانوار نسبت به کل زنان است که می تواند به دلیل شرایط زندگی آنان و ضرورت پاسخگویی به نیازهای اعضای خانوار باشد. بیش از 60 درصد از خانوارهای دارای زن سرپرست به درآمدهای شغلی خود یا سایر اعضای خانواده متکی نمی باشند و از سایر منابع، معیشت خانوار را تامین میکنند. بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران، در جامعه شهری 31/4 درصد و در جامعه روستایی 44/2 درصد زنان سرپرست خانوار دارای منابع درآمدی مستقل هستند و سایر زنان بطور عمده از طریق کمک سایر اعضای خانواده و کمکهای اتفاقی که از جمله می توان به حمایتهای موردی سازمانهای حمایتی در این زمینه اشاره کرد، امور اقتصادی خانوار را هدایت می کنند (مرکز آمار ایران 1381).

با توجه به آمارهای موجود و شرایط زنان سرپرست خانوار، می توان اینگونه عنوان کرد که گروهی از زنان سرپرست خانوار علاوه بر نقش مادری و سرپرستی، خود وارد عرصه اقتصادی و بازار اشتغال نیز شده و به ایفای نقشهای چندگانه ای می پردازند که با هم در تعارض هستند و از سوی دیگر گروه دیگری از زنان سرپرست خانوار تنها به کمکهای موردی سازمانهای حمایتی و مستمری ها اکتفا کرده و به همان نقش مادری خود در خانواده ادامه داده و با وجود مشکلات اقتصادی با مسائل زندگی در

^۴ . Gowan

^۵ . chant(1997)

چارچوب خانه دست و پنجه نرم میکنند.

در طی چند دهه گذشته سلامت به عنوان یک حق بشری و هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است یعنی سلامت برای ارضاء نیازهای اساسی انسان لازم است و باید در دسترس همه انسانها قرار بگیرد. اخیراً مفهوم وسیعتری از سلامت بوجود آمده و آن کیفیت زندگی است. برخی کیفیت زندگی را با مفاهیمی چون رضایت مندی از زندگی، خوشنودی، آسایش خاطر و حتی زندگی خوب مترادف بکار میبرند (فرانس و پاورز^۶ 1992). برخی مجموعه ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که بوسیله شخص یا گروهی از افراد درک میشود مانند: شادی، رضایت افتخار، سلامت و تندرستی، موقعیتهای اقتصادی، فرصتهای آموزشی، خلاقیت و... را به عنوان کیفیت زندگی میدانند (پارتا^۷ 2000). سازمان جهانی بهداشت^۸ کیفیت زندگی را ادراک فرد از موقعیتش در زندگی در متن فرهنگ و نظامهای ارزشی که در آن زندگی میکند و در ارتباط با هدف، انتظارات و ارتباطات و نیازهایش میداند. بطور کلی کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی - روانی و اجتماعی است که پهنه وسیعی از زندگی فرد را در بر میگیرد. طبق نظر فلانگان^۹ (1982) تاثیر این ابعاد بر روی کیفیت زندگی و افراد متفاوت، گوناگون است (بلاندر 1994) بنابراین می توان استنباط کرد که کیفیت زندگی یک مفهوم کلی است که تمام جنبه های زیستی مانند: رضایت مادی، نیازهای حیاتی بعلاوه جنبه های انتقال زندگی نظیر توسعه فردی، خودشناسی و بهداشت را پوشش میدهد (سینتیا. کینگ 2001). کیفیت زندگی درک منحصر به فرد هر شخص است، در مورد اینکه آیا زندگی او با وجود ارتباطی که با خانواده، دوستان و اجتماعش دارد، برایش رضایت بخش و قابل قبول است یا نه؟ (پارک و پارک، مترجمین: شجاعی و ملک افضلی 1376). تحقیقات جامعه شناسی و علوم رفتاری به تاثیر محیط اجتماعی و اقتصادی بر کیفیت

^۱.ferranse&powers(۱۹۹۲)

^۷.Partha(2000)

^۳.world health organisation

^۴.fellangon (۱۹۸۳)

زندگی و بروز بیماریهای روانی در افراد به ویژه اقشار آسیب پذیر (زنان و کودکان) اذعان دارند (الیور¹⁰1998).

همان گونه که ذکر شد گروه عمده ای از زنان سرپرست خانوار با فقر، ناتوانی، بی قدرتی بویژه در اداره اموراتصادی خانواده روبرو هستند بطوریکه عزت نفس و سلامتی روانی آنان را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم میسازد (لانک لوئیس و فورتین¹¹1994). زنان سرپرست خانوار و فاقد همسر با مشکل احساس تنهایی، انزوا، طردشدگی و عدم درک از سوی دیگران مواجهند، فقدان حمایتهای اجتماعی مهمترین عامل، جهت پیش بینی پیامدهای منفی وضعیت این زنان است (خسروی¹³⁷⁴).

این گروه از زنان با توجه به نقش های چندگانه و مسئولیت های بسیار غالباً وقت اضافی برای برقراری روابط اجتماعی ندارند، این موضوع به مرور موجب طرد آنها از جامعه شده و مشکلات عدیده ای را برایشان بوجود میآورد. از سوی دیگر فرزندانشان به خاطر عدم حضور همه جانبه سرپرست دچار مشکل میگردند و خود نیز به خاطر ضرورت تلاش در جهت تامین مایحتاج خانواده در معرض آسیبهای اجتماعی قرار می گیرند.

زنان سرپرست خانوار که توانایی اداره امور اقتصادی خود و خانواده را ندارند، دچار نوعی انزوای اجتماعی شده و در معرض آسیبهای اجتماعی قرار میگیرند (محمد¹³⁸⁵). در واقع هر چقدر این گروه از زنان از منابع حمایتی خانواده و اجتماع، بیشتر برخوردار باشند با مشکلات کمتری مواجه خواهند بود و درجه آسیب پذیری آنان نسبت به مسائل و مشکلات روانی پایین تر خواهد آمد. با توجه به این امر و لزوم پرداختن به مسائل و مشکلات زنان سرپرست خانوار و همچنین توجه به مولفه های مهمی نظیر رفاه اجتماعی، کیفیت زندگی، رضایتمندی از زندگی و ارتقاء و بهبود سطح زندگی این دسته از زنان،

¹⁰ . Oliver

¹¹ . langlois&fortin

در این تحقیق سعی شده که وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان سرپرست خانوار تحت پوشش مستمری بگير سازمان بهزیستی بررسی شده و مشخص شود که آیا حضور این زنان در بازار اشتغال و سهم شدن آنان در نقش های متعدد و چندگانه تأثیری بر کیفیت زندگی آنها در مقایسه با زنانی که تحت پوشش سازمان بهزیستی بوده و مستمری دریافت میکنند و بدون شغل و اشتغال دائم بار زندگی را به دوش می کشند، دارد یا خیر؟ در نهایت با کسب اطلاعات موردنیاز از وضعیت زندگی این گروه از اقشار آسیب پذیر و نشان دادن تأثیر مثبت اشتغال بر کیفیت زندگی این افراد، سازمانهای حمایتی را به سمت برنامه ریزی منسجم تر و وسیع تر در جهت اشتغال زنان سرپرست خانوار راهنمایی کرد و یا در صورت عدم تأثیر مثبت اشتغال بر سطح کیفیت زندگی این افراد، بتوان به سایر سیاستهای توانمند سازی توجه بیشتری نمود.

• اهمیت و ضرورت

داده های آماری حاکی از روند افزایش یابنده تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در سه دهه اخیر است بطوریکه در سالهای 1355 و 1365 و 1375 خانوارهای زن سرپرست به ترتیب 3/1، 4/7، 7/7 درصد از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده اند (فروزان 1379).

در سال 1375 در میان استانهای کشور بیشترین تعداد زنان سرپرست خانوار در استان تهران سکونت داشته اند و بعد از آن در استان خراسان و کمترین تعداد زنان سرپرست خانوار در استان کهگیلویه و بویراحمد ساکن بوده اند (مرکز آمار ایران 1375).

با استناد به نتایج سرشماری سال 85 سهم زنان در سرپرستی خانوار 9/4 درصد بوده و این رقم در قیاس با سال گذشته یک درصد رشد داشته است بر اساس آمار ارائه شده توسط دفتر امور زنان و خانواده سازمان بهزیستی کشور، تعداد 17 میلیون و 352 هزار خانوار در سطح کشور شناسایی شده که از این بین 15 میلیون و 711 هزار خانواده مرد سرپرست و یک میلیون و 641 هزار خانواده زن سرپرست می

باشند (سازمان بهزیستی کشور 1387).

حدود دوسوم زنان سرپرست خانوار به تنهایی یعنی بدون فرد شاغل در خانواده، تامین معاش را برعهده دارند که با توجه به محدودیت فرصت های شغلی مناسب برای زنان در مقایسه با مردان، دارای درآمد کمتر بوده و عمدتاً در مشاغل پاره وقت مشغول به کار هستند، لذا از وضعیت اقتصادی مناسبی برخوردار نمی باشند. از همین رو زنان سرپرست خانوار در ایران بیش از دیگر زنان خود را در معرض فشارهای اقتصادی مربوط به تامین مسکن، مایحتاج روزانه و نیازهای فرزندان خود میبینند و میزان درآمد آنان بطور معناداری کمتر از دیگر زنان است (خسروی 1378).

درآمد کمتر زنان سرپرست خانوار موجب فقر نسبی آنان نسبت به مردان سرپرست خانوار شده بطوریکه 29 درصد خانوارهای دهک اول اقتصادی را خانوارهای بی سرپرست یا زن سرپرست تشکیل میدهند (مدنی 11:1382). از سوی دیگر تحقیقات روانشناختی نشان داده که احتمال ابتلا به بیماریهای روانی در زنانی که طلاق گرفته اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند از متاهلین و کسانی که تنها زندگی می کنند بیشتر است (سیمونز 12:1996). شاید دلیل وجود مشکلات عدیده برای زنان سرپرست خانواده بیش از مردان و سایر گروههای زنان مربوط به فشار نقش های چندگانه ای است که این دسته از زنان با آن مواجهند. در واقع زنان دارای فرزند، همانند زنان شاغل تمام وقتی هستند که باید نقش های چندگانه و گاه متعارضی را ایفا کنند، در حالیکه در خانواده دارای قدرت و کنترل ناچیزی هستند (رزنفیلد 13:1989). بطور کلی تعارض نقشها زمانی ظهور می کند که خواسته ها و انتظارات ناهمساز از فرد وجود دارد، بطوریکه فرد در انتخاب و انجام آنها دچار تعارض میشود.

مروری بر پژوهش های انجام یافته در جهان و ایران پیرامون وضعیت اجتماعی، اقتصادی، روحی و روانی زنان سرپرست خانوار نشان داده که در خانواده های زن سرپرست مادرها استرس بیشتر و

^{۱۲} . Simmons(1996)

^{۱۳} . resenfield(۱۹۸۹)