
وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار (مطالعه موردی زنان تحت پوشش شهرداری منطقه ۱۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۳)

شکوفه اصانلو بختیاری^۱، دکتر حبیب آقابخشی^۲، دکتر مجید کفاشی^۳

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۱۲ شهر تهران بوده است.

روش: این پژوهش بر روی ۲۷۸ زن سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۱۲ تهران در سال ۱۳۹۳ انجام پذیرفت. با توجه به موضوع، از روش همبستگی از انواع پژوهش‌های توصیفی استفاده به عمل آمد و اطلاعات به وسیله پرسش‌نامه: ۱. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با چهار مولفه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط.

یافته ها و نتایج: نتایج با روش رگرسیون چند متغییری و t تک گروهی آزمون شد، که اهم آن به شرح زیر است:

ارزیابی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با توجه به میانگین به دست آمده (۲.۹۲) می توان عنوان نمود که میانگین به دست بیانگر کیفیت زندگی نسبتاً متوسطی است مختلف آن، بالاترین میانگین مربوط به مولفه سلامت جسمانی (۳/۰۲) و پایین ترین آن مربوط به مولفه سلامت محیط (۲.۷۹) زنان سرپرست خانوار می باشد. بدین ترتیب با توجه به داده‌های آماری پژوهش حاضر، با بهبود وضعیت هر یک از چهار مولفه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط، شرایط کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نیز بهبود می یابد که بدین ترتیب مدل پژوهش حاضر را تایید می شود.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، زنان سرپرست خانوار، شهر تهران

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، مطالعات زنان - مطالعات خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن - رودهن، ایران.

۲. دانشکده علوم اجتماعی استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

۳. استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران.

مقدمه

بحث زنان سرپرست خانوار از مقوله های پرفراز و نشیب این سال ها بوده است. بیشتر زنان سرپرست خانوار، کم سواد بوده و برای تأمین مخارج زندگی مجبورند در مکان های صنعتی با کارهای طاقت فرسا، بیشترین وقت خود را برای تأمین معاش زندگی صرف کنند و چون از نظارت مستمر بر تربیت فرزندانشان غافل می شوند، فرزندان این افراد بیشتر در معرض آسیب های اجتماعی قرار می گیرند. بسیاری از زنان سرپرست خانوار به دلیل وجود فضای فرهنگی و اجتماعی حاکم در جامعه نمی توانند به صورت مستقل و با فرزندانشان زندگی کنند و به اجبار یا با والدین و یا با بستگان نزدیک خود زندگی می کنند. بیشترین دغدغه زنان سرپرست خانوار، چگونگی پذیرش آنها در جامعه و در محیطی است که کار می کنند و همچنین مشکلات فرزندان و تربیت آنهاست، زانی که برای حفظ کانون خانواده و به خاطر فرزندانشان حاضر به ازدواج با مردی نشده و خود به تنهایی بار زندگی را بر دوش می کشند. پرداختن به امور و مشکلات این زنان، نیازمند برنامه ریزی دقیق و مدون است که این اقدامات باید همگام با رشد و توسعه کشور صورت گیرد تا در توانمندسازی و خود اشتغالی این افراد مؤثر واقع شود.

هم چنین کیفیت زندگی^۱ سازه ای است که از نیمه دوم قرن بیستم مورد توجه نظریه پردازان شاخه های مختلف اجتماعی و مدیران و کارگزاران سیاست اجتماعی قرار گرفته است. این توجه تحت تاثیر بروز پیامدهای حاصل از فرایند صنعتی شدن و تحول در رویکردهای نظری و سیاست های عملی توسعه بوده است.

مفهوم کیفیت زندگی سابقه در فلسفه یونان دارد، و ارسطو در بحث شادکامی بدان اشاره کرده است. هم چنین آمارتیاسن^۲ (۲۰۰۶) کیفیت زندگی را با قابلیت های کارکردی افراد مرتبط می داند. و بر این باور است که بدون برخورداری از قابلیت هایی چون سلامت روابط اجتماعی، عزت نفس و مشارکت در امور مختلف انسان نمی تواند از مزایا و منفای که قاعده مذکور آنها را بدیهی می شمارد بهره مند شود (غفاری، ۱۳۸۸: ۲).

از سوی دیگر، روان شناسان نیز بی توجه به سازه کیفیت زندگی نبوده اند. آن چنان که مازلو^۳ در بحث پیرامون حالات درونی شخص به آن توجه کرده است. به نظر روان شناسان

^۱ - Quality of life

^۲ - Amartya Sen

^۳ . Mazlow

اجتماعی، بدون مقیاس های ذهنی برای سنجش بعد شخصی زندگی نمی توانیم بگوییم که آیا کیفیت زندگی افراد، بهبود یافته، کاهش یافته و یا ثابت مانده است (ازکمپ^۱، ۲۰۰۹: ۶۷).

بیان مسئله

زن سرپرست خانوار مقوله ای است که در چهارچوب رفاه خانواده امر مهمی تلقی می شود و حقیقتاً زن و خانواده دو مقوله غیر قابل تفکیک از یکدیگرند. واقعیات موجود در جامعه نشان از آن دارد که به رغم اعلامیه ها و بیانیه ها و تاسیس نهادها و سازمان های بین المللی مختلف در تحقق حقوق زن، مسئولیت و هزینه های قابل توجه و طاقت فرسای تأمین معاش خانواده که بر عهده این قشر آسیب پذیر اجتماعی می باشد، در بسیاری از موارد سخت و یا حتی غیر ممکن است و در صورت تحقق نیز زندگی سرشار از سختی ها و محنت ها را متحمل این مادران پدرنما می کند. در این میان زنان سرپرست خانوار دارای مسئولیت سنگین اقتصادی و اجتماعی در خانواده هستند. آنان هم مادران فرزندان خود هستند و هم پدران آنان. اصطلاح زنان سرپرست خانوار به زنانی اطلاق می شود که مسئولیت تأمین معاش زندگی یا اداره امور خود و یا خانواده خود را به طور دائم یا موقت عهده دار هستند. زنان سرپرست خانوار از جمله گروه های آسیب پذیر اجتماعی هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت یا اعتیاد همسر، از کار افتادگی و رها شدن توسط مردان موجب آسیب پذیر شدن این طیف وسیع در جامعه می شود. تصور این واقعیت که اگر موقعیت آنان در جامعه سنتی و پدر سالارانه باشند نیز درد آور است. براساس آمارهای رسمی کشور در سال ۱۳۹۰ طبق سرشماری عمومی نفوس و مسکن امروزه ۹/۴ زنان سرپرست خانوار در کشور را داریم (غفاری، ۱۳۸۲: ۲۵).

زن سرپرست خانوار

یک اصطلاح توصیفی است، سرپرست خانواده به کسی اطلاق می شود که که قدرت قابل ملاحظه ای در مقایسه با سایر اعضای خانواده دارد معمولاً مسن ترین فرد خانواده است و مسئولیت های اقتصادی خانواده به عهده وی می باشد. بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که عهده دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می باشد. در یک دسته بندی خانوارهای دارای سرپرست زن به چند گروه عمده تقسیم شده اند:

گروه اول: خانواده هایی هستند که در آنها مرد به طور دائمی حضور ندارد و زنان به دلیل فوت همسر یا طلاق بیوه شده اند یا دخترانی که ازدواج نکرده اند تنها زندگی میکنند.

گروه دوم: خانواده هایی هستند که مرد به طور موقت به دلیل مهاجرت، مفقود الاثر بودن، و متواری بودن یا زندانی بودن و یا سر باز بودن غایب هستند زنان مجبور به تامین معاش زندگی خود و فرزندانشان هستند.

گروه سوم: خانواده هایی هستند که مرد حضور دارد ولی به علت بیکاری و از کارافتادگی و یا اعتیاد در امر معاش نقش ندارد و عملاً زن سرپرستی را بر عهده دارد.

مبانی نظری پژوهش

نظریه های مربوط به کیفیت زندگی کاری

نظریه مینتزبرگ^۱

در طراحی شغل استدلال می شود افرادی که نیازهای آنان در رده های پایین سلسله مراتب مازلو قرار دارد، یعنی کسانی که نیازهای آنان از رده نیازهای زیستی، ایمنی و همانند آن فراتر رفته است شغل های تخصصی را بر شغل های گسترده ترجیح می دهند. در همین حال افرادی که در رده های بالای نیازهای مازلو قرار دارند، گرایش بیشتری به شغل های گسترش یافته دارند. شاید به همین علت است که کیفیت زندگی کاری مسئله ای پیچیده به نظر می رسد. رفاه روزافزون و بالا رفتن سطح آموزش سبب شده که شهروندان در سلسله مراتب نیازهای مازلو بالاتر روند، در نتیجه نیاز فزاینده آنان به خودیابی تنها در شغل های گسترش یافته ارضاء می شود (قبادی، ۱۳۸۶: ۲۷).

نظریه هارولد کنتز^۲

یکی از جالب ترین روش های برانگیختن کارکنان، برنامه کیفیت زندگی کاری می باشد. این کیفیت نشان دهنده یک روش نظام مند در طراحی شغل ها و یک راه گشای نویدبخش در قلمرو گسترده توسعه شغلی است که ریشه در نگرش نظام های اجتماعی- فنی در مدیریت دارد. کیفیت زندگی کاری نه تنها یک نگرش و روش گسترده در مورد توسعه شغلی است، بلکه

1. Mintzberg

2. Harold Kuntz

زمینه‌ای میان رشته‌ای از پژوهش و عمل است که روان‌شناسی و توسعه سازمانی، نظریه انگیزش و رهبری و روابط کار صنعتی را به هم پیوند می‌دهد (قبادی، ۱۳۸۶: ۱۱).

نظریه توماس تاتل^۳

تاتل (۱۹۸۳) کیفیت زندگی کاری را در چهار مقوله خلاصه کرده است:

- ۱- امنیت و ایمنی که شامل امنیت شغلی، ایمنی جسمی و روانی می‌شود.
 - ۲- مساوات و منصفانه بودن حقوق و مزایا
 - ۳- زمینه آموزش و وجود فرصت پرورش مهارت‌ها و یادگیری مستمر
 - ۴- دموکراسی و مشارکت داشتن در تصمیم‌گیری (خدیوی، ۱۳۸۶: ۱۵۷).
- بر روحیه و بهره‌وری افراد تأثیر مثبت دارند. از نظر وی عوامل انگیزش عبارتند از: شهرت، ماهیت کار، کسب موفقیت، پیشرفت، رشد، مسئولیت و اشتغال در کار (بهرنگی، ۱۳۸۲: ۱۳۶).

هدف های پژوهش

هدف کلی:

- شناخت وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۱۲.

هدف های اختصاصی:

- شناخت وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار از نظر سلامت جسمانی آنها؛
- شناخت وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار از نظر سلامت روان آنها؛
- شناخت وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار از نظر روابط اجتماعی آنها؛
- شناخت وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار از نظر سلامت محیط آنها؛

چارچوب نظری پژوهش

الف: نظریه زنانه شدن فقر یا آسیب پذیری زنان سرپرست خانوار

طرفداران این نظریه نشان می‌دهد که خانواده‌هایی که سرپرستی آنان بر عهده زنان می‌باشد نه تنها در همه کشورهای جهان گسترش یافته اند بلکه به درصد خانوارهای سرپرست زن

که جمعیت کم درآمد قرار می گیرند، افزوده شده است. این مسئله حتی در کشورهایی که پیشرفته ترین قوانین را به نفع زنان داشته اند (کشورهای فمینیسم و یا دارای سیاست های موافق فمینیستی) دیده شده است. در این کشورها به رغم کمک های دولتی به این زنان فرایند فقیر شدن آنان هم چنان ادامه دارد. از طرفی مشکلات این زنان عدم دسترسی به مشاغل با منزلت اجتماعی بالا است. این زنان یا بیکارند یا مشاغل نیمه وقت کم درآمد دارند اگر مشاغل دارای منزلت بالا باشد، مسئله تنظیم وقت برای انجام کار خانه و کار بیرون از خانه است این مشکل را صاحب نظران فقر زمانی نامیده اند و فقر زمانی اگر با فقر مادی همراه شود آسیب پذیری این قشر را دو چندان می کند (گیدنز^۱، ۱۹۹۹: ۸۱).

ب: نظریه ساختی کارکردی

براساس این نظریه، خانواده های زن سرپرست اساساً با شکل طبیعی و سنتی خانوادگی دو والدی در تضاد و پیدایش این گونه خانوادها نوعی انحراف محسوب می شود در این خانواده ها به علت غیبت پدر و مادر زندگی زوجی تا حدی کاهش می یابد، عدم اقتدارپذیری پدر، برای ساماندهی زندگی خانواده با بحران اقتصادی و اجتماعی روبرو می شود. بحرانی که با ورود مادر به بازار کار به جای انجام وظیفه سنتی خانه داری شروع شده به وجود می آید. براساس این نظریه طبقه زیرین از افراد منزوی تشکیل شده که در محلات غیر سازمان یافته ساکن اند در این محلات حضور خانوادگی زن سرپرست میزان بالای جنایت در این محلات، معاملات مواد مخدر، افت تحصیلی تولدهای نامشروع و دریافت کمک های دولتی شایع است (شانتل^۲، ۱۹۸۹: ۵۹)

ج: نظریه طبقاتی و ناتوانی دولت ها

صاحب نظران در این نظریه معتقدند که فقر و آسیب پذیری مقوله ای طبقاتی است نه جنسیتی. به عبارت دیگر زنان یا تمام زنان سرپرست خانوار در معرض فقر و آسیب پذیری نیستند، بلکه آن گروهی که از نظر طبقاتی در رده پایین اجتماع قرار می گیرند، بیشتر در معرض آسیب هستند. به عقیده طرفداران این نظریه مردم به دلایل سن و جنس یا خصیصه های نژادی و قومی شان فقیر نمی شوند بلکه به دلیل قرار گرفتن در طبقه ای خاص است که فقیر و در وضعیت اجتماعی و اقتصادی قرار می گیرند و به شمار می آیند. مهم ترین شاخص

1. Giddens

2. Chantel

تعیین طبقه عبارت است از شاخص درآمد، تحصیل، شغل یعنی همه زنان آسیب پذیر نیستند، بلکه گروهی که درآمد کمتر، تحصیلات کمتر، شغل کم منزلت تر دارند و در طبقه پایین اجتماع قرار دارند آسیب پذیرند. به عقیده این گروه با بزرگ کردن آسیب پذیری زنان سرپرست خانواده زنان در مقابل مردان پیر، جوان، سفید و سیاه قرار می گیرند. در واقع آسیب پذیری زنان سرپرست خانوار و همه افراد بی بضاعت فرایند اجتماعی و اقتصادی مشترکی است که همگی آنها را از دسترسی به شرایط مناسب محروم می کند. این شرایط خانواده‌ها را از هم می گسلاند و تشکیل خانواده را با این شرایط اجتماعی و اقتصادی مشکل می کند.

د: نظریه کنش

برخلاف نظریه های قبلی که همگی جنبه های ساختاری و کلی داشتند و با دید کلی و ساختی به بررسی مسائل زنان پرداختند، طرفداران نظریه کنش از جنبه دیگری به طرح مسئله می پردازند، به نظر آنان اگر چه خانواده‌های زن سرپرست مشکلات متعددی دارند (به دلیل تحصیلات کم و تبعیض در بازار کار) ولی این مسئله به معنای آن نیست که ایشان مطلقاً از این شرایط تأثیر می گیرند و نمی توانند بر مشکلات خود فایق آیند. به عبارت دیگر نمی توان این گونه از زنان قربانی و منفعل در برابر شرایط دانست بلکه باید با بررسی تجربه های شخصی این زنان راه های مبارزه با شرایط حاکم بر زندگی آنان را از نزدیک شناخت. در برخی از شهر های آفریقای غربی، زنان معتقدند در نبود مردان بهتر می توانند خانواده را سازماندهی کنند. در مکزیک زنان سرپرست خانوار زندگی تنها را بهتر از زندگی مردان غیرمسئول می دانند سایر بررسی‌ها نشان می‌دهد که سرپرستی خانواده در خانواده‌های زن سرپرست موجب افزایش استقلال و آگاهی طبقاتی زنان شده است. در حوزه جامعه شناسی زنان سرپرست بامسائل و مشکلاتی نظیر عدم دسترسی به فرصت های شغلی مناسب سطوح پایین تر تحصیلات در بین فرزندان شان افزایش بزهکاری فقر در ابعاد مختلف روبرو هستند. بنابراین در شبکه خویشاوندی و در ارتباط با اقوام و آشنایان و در عین حال چگونگی گذران اوقات فراغت آنان خلاءهای جبران ناپذیری به وجود می آید (رابرتسون^۱، ۱۹۸۲: ۱۳۶).

مهم ترین مشکلات زنان سرپرست خانوار

زنان سرپرست خانواده از جمله گروه‌های آسیب پذیر اجتماعی هستند که با مشکلات و

موانع زیادی در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خویش مواجهند. به لحاظ مشکلات و مسائل شهرنشینی در شهرهای بزرگ و عدم توجه به رفع معضلات خانوارهای زن سرپرست، این گروه می‌توانند آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر جامعه وارد سازند.

۱. مشکلات روانی

زنان سرپرست خانواده به علت داشتن چندین نقش مختلف به طور هم‌زمان (نقش مادر، نقش سرپرست، نقش یک کارگر کارخانه ...) استرس، مسائل و مشکلات روانی بیشتری را تجربه می‌کنند (بختیاری و محبی، ۱۳۸۶: ۳۲).

۲. مشکلات اقتصادی

درصد زنان فقیر در طول دو دهه گذشته پیوسته افزایش یافته است. معمولاً فقر به ویژه در مورد زنان دارای کودکان خردسال که نیاز به مراقبت دائمی دارند، شدیدتر است. در اینجا یک دور باطل وجود دارد، زنی که می‌تواند شغلی با درآمد نسبتاً خوب به دست آورد. چون مجبور است هزینه‌های مراقبت از کودکان خود را بپردازد، ممکن است از لحاظ مالی فلج شود. با وجود این اگر به طور نیمه وقت شروع به کار کند درآمدش کاهش می‌یابد و هرگونه احتمال پیشرفت شغلی از بین می‌رود و هم‌چنین مزایای اقتصادی دیگری مانند حقوق بازنشستگی را که کارکنان تمام وقت دریافت می‌کنند از دست می‌دهد (گیدنز، ۱۳۸۳: ۹۵).

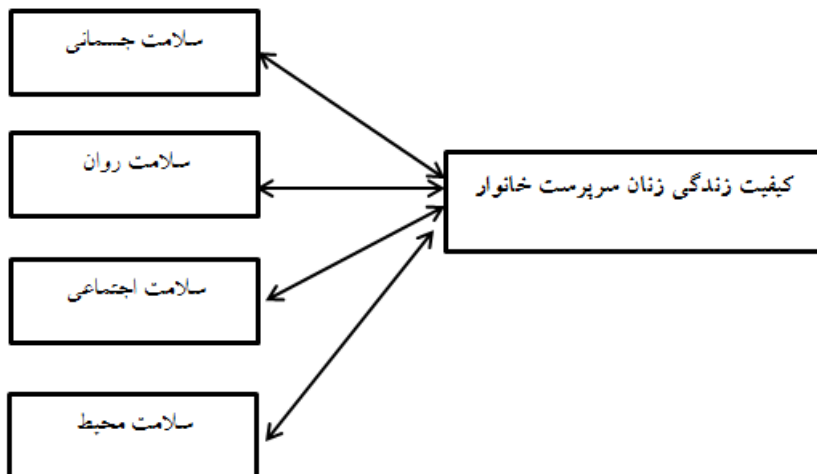
۴. مشکلات اجتماعی

زنان سرپرست خانواده و فاقد همسر با مشکل احساس تنهایی، انزوا، طردشدگی و عدم درک از سوی دیگران مواجهند فقدان حمایت‌های اجتماعی مهم‌ترین عامل جهت پیش‌بینی پیامدهای منفی وضعیت این زنان است. (بختیاری و محبی، ۱۳۸۶: ۷۱).

تعریف کیفیت زندگی

کیفیت زندگی^۱ سازه‌ای است که از نیمه دوم قرن بیستم مورد توجه نظریه پردازان شاخه‌های مختلف اجتماعی، مدیران و کارگزاران سیاست اجتماعی قرار گرفته است. این توجه تحت تأثیر بروز پیامدهای حاصل از فرایند صنعتی شدن و تحول در رویکردهای نظری و سیاست‌های عملی توسعه بوده است.

مدل نظری پژوهش



فرضیه های پژوهش

- ۱- وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر سلامت جسمانی آنان تأثیر می گذارد.
- ۲- وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر سلامت روان آنان تأثیر می گذارد.
- ۳- وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر روابط اجتماعی آنان تأثیر می گذارد.
- ۴- وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر سلامت محیط آنان تأثیر می گذارد.

جامعه آماری پژوهش

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل شامل ۱۰۰۰ زن سرپرست خانوار است که در سال ۱۳۹۲ تحت پوشش شهرداری منطقه ۱۲ شهر تهران بوده اند.

نمونه و روش نمونه گیری

روش نمونه گیری تصادفی ساده بود که طبق جدول مورگان تعداد ۲۷۸ نفر به عنوان نمونه برای پژوهش حاضر انتخاب شده اند.

در مواردی که واریانس جامعه یا درصد مورد نیاز در اختیار نداشته باشید می توان از جدول

کرجسی مورگان برای برآورد حجم نمونه استفاده کنند. این جدول حداکثر تعداد نمونه را می دهد و اگر با فرمول کوکران نیز محاسبه کنید حتماً کمتر از این باید باشد. جدول کرجسی مورگان یکی از پرکاربردترین روش ها برای محاسبه حجم نمونه آماری است. این جدول در واقع حاصل زحماتی است که رابرت وی. کرجسی و داریل دبلیو. مورگان^۱ کشیده اند و به ازای مقادیر مختلف از اندازه های جامعه با استفاده از فرمول کوکران نمونه را برآورد کرده اند. یعنی شما هر یک از اعداد این جدول را در فرمول کوکران بگذارید همین حجم نمونه را مشاهده خواهید کرد.

ابزار تحقیق

روش این پژوهش میدانی بوده و از پرسش نامه برای گردآوری داده ها استفاده شده است. هنگامی که پژوهشگر دقیقاً می داند در پی چیست؟ و چگونه باید متغیرهای خود را اندازه گیری کند، پرسشنامه ابزاری کارآمد برای گردآوری اطلاعات به شمار می رود. در این پژوهش از پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ فرم ۲۶ سوالی استفاده شده است که دارای ۴ مولفه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط است، هم چنین این پرسش نامه دارای پایایی و روایی (ایرانی و خارجی) قابل قبولی می باشد.

روش آماری و تحلیل داده های تحقیق

جدول شماره ۱: جدول نتایج تحلیل واریانس چند متغیره کیفیت زندگی و سلامت جسمانی

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	شاخص	
					مدل	منابع تغییرات
۰/۰۰۰ ^b	۲۵۰/۳۷۴	۲۶/۶۰۹	۱	۲۶/۶۰۹	رگرسیون	
		۰/۱۰۶	۲۷۷	۲۹/۴۳۹	باقی مانده	۲۶/۶۰۹
			۲۷۸	۵۶/۰۴۸	کل	

1. Daryle W. Morgan & Robert V. Krejcie

2. WHOQOL-BREF

جدول شماره ۲: جدول نتایج تحلیل واریانس چند متغیره کیفیت زندگی و سلامت روان

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	شاخص	
					مدل	منابع تغییرات
.۰/۰۰۰ ^b	۲۹۳/۳۱۱	۲۸/۸۲۵	۱	۲۸/۸۲۵	رگرسیون	
		۰/۹۸	۲۷۷	۲۷/۲۲۲	باقی مانده	۱
			۲۷۸	۵۶/۰۴۸	کل	

جدول شماره ۳: جدول نتایج تحلیل واریانس چند متغیره کیفیت زندگی و روابط اجتماعی

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	شاخص	
					مدل	منابع تغییرات
.۰/۰۰۰ ^b	۵۴/۴۹۵	۹/۲۱۴	۱	۹/۲۱۴	رگرسیون	
		۰/۱۶۹	۲۷۷	۴۶/۸۳۴	باقی مانده	۱
			۲۷۸	۵۶/۰۴۸	کل	

جدول شماره ۴: جدول نتایج تحلیل واریانس چند متغیره کیفیت زندگی و سلامت محیط

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	شاخص	
					مدل	منابع تغییرات
.۰/۰۰۰ ^b	۲۷۵/۷۷۹	۲۷/۹۶۲	۱	۲۷/۹۶۲	رگرسیون	
		۰/۱۰۱	۲۷۷	۲۸/۰۸۶	باقی مانده	۱
			۲۷۸	۵۶/۰۴۸	کل	

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاضر رابطه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را با تک تک مولفه‌های کیفیت زندگی بررسی می‌کند، که شامل چهار قسمت زیر می‌باشد:

الف) وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد. بین کیفیت زندگی و سلامت جسمانی رابطه معناداری وجود دارد. و این رابطه به صورت مثبت و مستقیم است، یعنی هر چه سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار در وضعیت بهتری باشد، کیفیت زندگی آنان نیز در وضعیت بهتری است و به عکس. این رابطه با میزان بتای ۰/۶۸۹، در سطح آلفای ۰/۰۱ یعنی با اطمینان ۹۹٪ و $t: ۱۵.۸۲۳$ مورد تایید قرار گرفته است.

ب) وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر متغیر سلامت روان آنان تأثیر می‌گذارد.

بین کیفیت زندگی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. و این رابطه به صورت مثبت و مستقیم است، یعنی هر چه سلامت روان زنان سرپرست خانوار در وضعیت بالاتری باشد، کیفیت زندگی آنان نیز در وضعیت بالاتری است و به عکس. این رابطه با میزان بتای ۰/۷۱۷، در سطح آلفای ۰/۰۱ یعنی با اطمینان ۹۹٪ و $t: ۱۷.۱۲۶$ مورد تایید قرار گرفته است.

ج) وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر روابط اجتماعی آنان تأثیر می‌گذارد.

بین کیفیت زندگی و روابط اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. و این رابطه به صورت مثبت و مستقیم است، یعنی هر چه روابط اجتماعی زنان سرپرست خانوار در وضعیت بالاتری باشد، کیفیت زندگی آنان نیز در وضعیت بالاتری است و به عکس. این رابطه با میزان بتای ۰/۴۰۵، در سطح آلفای ۰/۰۱ یعنی با اطمینان ۹۹٪ و $t: ۷.۳۸۲$ مورد تایید قرار گرفته است.

د) وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بر سلامت محیط تأثیر می‌گذارد.

بین کیفیت زندگی و سلامت محیط رابطه معناداری وجود دارد. و این رابطه به صورت مثبت و مستقیم است، یعنی هر چه سلامت محیط زنان سرپرست خانوار در وضعیت بالاتری باشد، کیفیت زندگی آنان نیز در وضعیت بالاتری است و به عکس. این رابطه با میزان بتای ۰/۷۰۶، در سطح آلفای ۰/۰۱ یعنی با اطمینان ۹۹٪ و $t: ۱۶.۶۰۷$ مورد تایید قرار گرفته است.

بحث و نتیجه گیری

سلامت جسمانی و کیفیت زندگی

نتایج به دست آمده در رابطه با سلامت جسمانی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار که شامل حفظ تعادل در تغذیه و رژیم

غذائی انجام ورزش به صورت مرتب، خواب مناسب، استراحت کافی و توجه به علائم هشدار دهنده جسمانی است بیشتر و قوی تر باشد باعث خواهد شد درک فرد از وضعیت کنونی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند است و ارتباط این دریافت‌ها با تکیه بر هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و اولویت مورد نظر می‌باشد، نیز افزایش یابد و همان طور که می‌دانیم زنان سرپرست خانوار زانی هستند که عهده دار تامین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می‌باشد. هم چنین با توجه به نتایج به دست آمده، این یافته با مطالعات مهدوی و میرساردو (۱۳۸۱)، سروستانی (۱۳۹۰)، عساریان (۱۳۹۱)، کیانی و پودینه (۱۳۹۰)، خباز و همکاران (۱۳۹۰)، الیور و همکاران (۲۰۰۹)، هابر (۲۰۰۹)، پودروسکا و کار (۲۰۰۸)، هاجاک (۲۰۰۱) و اکرن (۲۰۱۲) هم سو است. و این توافق در نتایج مهر تأیید دیگری بر رابطه بین سلامت جسمانی و کیفیت زندگی است.

سلامت روان و کیفیت زندگی:

نتایج به دست آمده در رابطه با سلامت روان و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بیانگر آن است که هر چه میزان یکپارچگی شخصیت و شناخت خود و محیط، داشتن تعادل عاطفی و سطح بالایی از سازگاری و انطباق رفتاری و هیجانی و فقدان بیماری روانی در شرایط بهتری باشد، باعث خواهد شد درک فرد از وضعیت کنونی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند است و ارتباط این دریافت‌ها با تکیه بر هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و الویت مورد نظر می‌باشد نیز افزایش یابد. همانطور که می‌دانیم زنان سرپرست خانواده به علت داشتن چندین نقش مختلف به طور همزمان (نقش مادر، نقش سرپرست، نقش یک کارگر...) استرس، مسائل و مشکلات روانی بیشتری را تجربه می‌کنند. این نتیجه با نتایج تحقیقات خباز و همکاران (۱۳۹۰)، کیانی و پودینه (۱۳۹۰)، عساریان (۱۳۹۱)، حمید و همکاران (۱۳۹۰)، آقایی و تیمور تاش (۱۳۸۹)، مهدوی و میرساردو (۱۳۸۱)، کلانتری، روشن فکر و جواهری (۱۳۹۰)، جورج (۲۰۱۰)، اکرن (۲۰۱۲)، هاجاک (۲۰۰۱)، پودروسکا و کار (۲۰۰۸)، هابر (۲۰۰۹)، آلدرفر و همکاران (۲۰۰۹) و الیور و همکاران (۲۰۰۹) همسوست و هیچ یافته‌ای برخلاف این نتیجه یافت نشد.

روابط اجتماعی و کیفیت زندگی:

نتایج به دست آمده در رابطه با روابط اجتماعی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بیانگر آن است که هر چه مجموعه فن انتقال اطلاعات، افکار و رفتار های انسانی از یک شخص به شخص دیگر یا بطور کلی بیان تمامی اشکال اجتماعی با مشارکت آگاهانه افراد یا گروه ها و وسایل ارتباط اجتماعی، علامات، حرکات، نمادها، سخن و غیره و صور مربوط به زبان و هر بیان معنادار، که این روابط می تواند صورت همکاری، تفاهم و دوستی داشته باشد و می تواند به صورت تضاد و تنش و کشمکش و گاه بی تفاوتی و همزیستی باشد سالم تر باشد، باعث خواهد شد درک فرد از وضعیت کنونی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند است و ارتباط این دریافتها با تکیه بر هدفها، انتظارات، استانداردها و اولویت مورد نظر می باشد، نیز افزایش یابد. همان طور که می دانیم زنان سرپرست خانواده و فاقد همسر با مشکل احساس تنهایی، انزوا، طردشدگی و عدم درک از سوی دیگران مواجهند فقدان حمایت های اجتماعی مهم ترین عامل جهت پیش بینی پیامدهای منفی وضعیت این زنان است. این یافته با مطالعات قلی پور و رحیمیان (۱۳۸۶)، معیدفر و حمیدی (۱۳۸۶)، خادمیان (۱۳۹۰)، آقایی و تیمور تاش (۱۳۸۹)، کلانتری، روشن فکر و جواهری (۱۳۹۰)، الیور و همکاران (۲۰۰۹)، آلدرفر و همکاران (۲۰۰۹)، هابر (۲۰۰۹)، اکرن (۲۰۱۲)، هودسون (۲۰۱۲) و کونور (۲۰۱۲) هم سو است. و این توافق در نتایج مهر تأیید دیگری بر رابطه بین کیفیت زندگی و روابط اجتماعی است.

سلامت محیط و کیفیت زندگی:

نتایج به دست آمده در رابطه با سلامت محیط و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نشان می دهد هر چه وجود توسعه سیستماتیک، ارتقاء و هدایت معیارها به سمت اصلاح یا کنترل عواملی از محیط زندگی انسانی (محیط داخلی و بیرونی) است که می توانند از طریق ایجاد بیماری، ناتوانی یا رنجش و ناراحتی تأثیر سوء بر سلامت جسمی، روحی روانی و سلامت جامعه داشته باشند بیشتر و قوی تر باشد باعث خواهد شد درک فرد از وضعیت کنونی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند است و ارتباط این دریافتها با تکیه بر هدفها، انتظارات، استانداردها و اولویت مورد نظر می باشد، نیز افزایش یابد و همان طور که می دانیم بیشترین دغدغه زنان سرپرست خانوار، چگونگی پذیرش آنها در جامعه و در محیطی است که کار می کنند و همچنین مشکلات فرزندان و تربیت آنهاست، زنانی که برای حفظ کانون

خانواده و به خاطر فرزندان نشان حاضر به ازدواج با مردی نشده و خود به تنهایی بار زندگی را بر دوش می‌کشند. آخرین یافته پژوهش، با نتایج حاصل از تحقیقات کلانتری، روشن فکر و جواهری (۱۳۹۰)، خادمیان (۱۳۹۰)، معیدفر و حمیدی (۱۳۸۶)، قلی پور و رحیمیان (۱۳۸۶)، مهدوی و میرساردو (۱۳۸۱)، کونور (۲۰۱۲)، هاجاک (۲۰۰۱)، لیروی (۲۰۰۴)، هابر (۲۰۰۹) و الیور و همکاران (۲۰۰۹) همسوست و با هیچ یک از تحقیقات داخلی و خارجی یافت شده مخالف نمی‌باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر و پژوهش‌های پیشین که همگی در یک راستا می‌باشند، می‌توان بر اهمیت شرایط زندگی زنان سرپرست خانوار و تأثیر آن در ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنان تأکید کرد. در واقع کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی، نسبی، متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی، و اجتماعی است و دارای ابعاد عینی و بیرونی، ذهنی و درونی و متصور است اما کیفیت زندگی در سطح فردی به جهان بینی فرد و نگاه او به زندگی بستگی دارد، و به طور قطع کیفیت زندگی مناسب را بر خورداری از سرپرستی خوب، شرایط زندگی خوب، حقوق و مزایای مکفی و شغل چالش‌انگیز، جالب و سودمند می‌تواند عنوان کرد، که بهبود سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط زنان سرپرست خانوار به عنوان قشری ضعیف از جامعه که با توجه به نرخ طلاق، رو به افزایش هستند تأثیر به‌سزایی در کیفیت زندگی آنان داشته باشد. (نظریه کارکردگرایی ساختاری در دیدگاه کلی مبتنی بر دو نظریه عمده کشمکش دارند و نظریه توافق پارسونز است که نظریه توافق، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک را برای جامعه بنیادی می‌انگارد و بر نظم اجتماعی مبتنی بر توافق‌های ضمنی تأکید می‌ورزد و نیز دگرگونی اجتماعی را دارای آهنگی کند و سازمان یافته می‌دانند. برعکس، نظریه کشمکش بر چیرگی برخی از گروه‌های اجتماعی بر برخی دیگر تأکید می‌ورزد و نظم اجتماعی را مبتنی بر دخل و تصرف و نظارت گروه‌های مسلط می‌انگارد و دگرگونی اجتماعی را دارای آهنگی سریع و نابسامان می‌داند (جورج ریتزر، ۱۹۸۰: ۸۷).

بسیاری بر این باورند که کارکردگرایی ساختاری بر نظریه جامعه‌شناسی مسلط بوده است. در این نظریه نباید دو اصطلاح ساختاری و کارکردی را لزوماً با هم به کار برد، هر چند که معمولاً این کار را انجام می‌دهند. ساختارهای یک جامعه را بدون توجه به کارکردهای آن برای ساختارهای دیگر می‌توان بررسی کرد. به همین‌سان، کارکردهای انواع فراگردهایی را که ممکن است ساختاری به خود نگیرند، نیز می‌توان به تنهایی بررسی کرد. با این همه، توجه به دو

عنصر، شاخص کارکردگرایی ساختاری است.

(مارک آبراهامسون استدلال می‌کند که کارکردگرایی ساختاری ماهیت یکپارچه‌ای ندارد و او سه نوع کارکردگرایی ساختاری را برمی‌شمرد. نخستین نوع کارکردگرایی فردگرایانه است که بر نیازهای کنش‌گران و انواع ساختارهای بزرگ به عنوان پاسخ‌های کارکردی به این نیازها پدیدار می‌شوند، تاکید می‌شود. نوع دوم کارکردگرایی دوطرفه باشد که در این نوع کارکردگرایی بر روابط اجتماعی به ویژه مکانیسم‌هایی که برای سازگاری با فشارهای موجود در این روابط به کار برده می‌شود، تاکید می‌گردد. نوع سوم کارکردگرایی اجتماعی است که رهیافت غالب را در میان جامعه‌شناسان هوادار کارکردگرایی ساختاری تشکیل می‌دهد که این نوع از کارکردگرایی بیشتر به ساختارهای اجتماعی و نهادهای پهن دامنه جامعه، روابط داخلی میان آنها و نیز تأثیرهای مقیدکننده آنها روی کنش‌گران، توجه دارد که رهیافت غالب ما در این تحقیق این نوع از کارکردگرایی است و در این زمینه اشاره‌ای به خدمات و نظریه پردازی‌های تالکت پارسونز اشاره می‌شود. پارسونز معتقد است که چهار تکلیف است که برای تمام نظام‌ها ضرورت دارد:

تطبیق (تطبیق دادن هر نظام با موقعیت اطرافش)

دستیابی به هدف (اینکه یک نظام باید اهداف اساسی‌اش را تعریف و بدان‌ها دست‌یابد)؛
یکپارچگی (هر نظامی باید روابط متقابل اجزای سازنده‌اش را تنظیم و به رابطه میان چهار تکلیف کارکردیش سرو سامانی دهد)؛

سکون یا نگهداشت الگو (هر نظامی باید انگیزش‌های افراد و الگوهای فرهنگی آفریننده و نگهدارنده این انگیزش‌ها را ایجاد، نگهداری و تجدید کند)؛

باری با توجه به مقدمه مختصری که گذشت و نقش کارکردی و اساسی نظریه کارکردگرایی ساختاری در جامعه‌شناسی و اهمیت توجه به نقش خانواده با توجه به چهار الگوی معرفی شده توسط پارسونز به وضعیت زنان سرپرست خانوار نیز در خانواده و جامعه اگر مسئولیت از یک سیستم (پدر) به سیستم دیگر (مادر) تفویض گردد چه تأثیرات و کارکردهایی می‌تواند بر کیفیت زندگی این قشر آسیب‌پذیر و زحمت‌کش در بر داشته باشد.

پیشنهاد‌های پژوهشی

- مقایسه متغیرهای پژوهش در دیگر فرهنگ‌ها و یا مقایسه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش دیگر ارگان‌ها مثل بهزیستی و کمیته امداد و یا زنان سرپرست خانوار در دیگر استان‌ها.
- مقایسه وضعیت متغیرهای پژوهش در دیگر اعضای خانواده زنان سرپرست، مثل کودکان یا نوجوانانی که سرپرستشان، مادرانشان هستند.
- مقایسه یک متغیر برای سنجش وضعیت عاطفی زنان سرپرست خانوار با متغیرهای مطرح شده در پژوهش. (مانند سبک‌های دلبستگی، احساس حقارت و ...)
- یافتن عواملی که باعث بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌شود.
- مقایسه متغیرهای پژوهش با توجه به سطح تحصیلات و مرتبه شغلی زنان سرپرست خانوار.

منابع

فارسی

- احمدیان، ع. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران. مجله پزشکی هرمزگان. سال ۱۶. شماره ۳.
- اسلامی واحد، ع. (۱۳۷۰). نظریه‌های شخصیت، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- باقریان فاضل، ف. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین تعارض کار- خانواده و کیفیت زندگی رؤسا و نایب رؤسای هیئت‌های ورزشی استان همدان. پایان نامه زندگی شناسی ارشد. تهران: انتشارات دانشکده علوم انسانی. دانشگاه پیام نور استان تهران. چاپ دوم.
- بیگلریان، الف. و فروزان، س. (۱۳۸۳). زنان سرپرست خانوار: فرصت‌ها و چالش‌ها. فصلنامه پژوهش زنان سال دوم، شماره ۳.
- پرداختچی، م. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی. تهران: انتشارات به‌آوران.
- تعالی، ح. (۱۳۷۴). بررسی اثرات عوامل کیفیت زندگی بر بهره‌وری. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- جعفری، ف. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بالا بردن خودکارآمدی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه.

- حجتی، ح. (۱۳۹۰). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. دوره ۱۸. شماره ۳.
- خادیمان، م. (۱۳۸۹). بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر گرایش به جرم زنان سرپرست خانواده. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه مازندران.
- طایفی، ع. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت و مشکلات زنان سرپرست خانوار. تهران: انتشارات دانشگاه بهزیستی.
- عنبری، م. (۱۳۸۷). تحولات کیفیت زندگی در ایران، پایان نامه کارشناسی. تهران: دانشگاه پیام نور.
- مختاری، م. (۱۳۸۹). جامعه شناسی کیفیت زندگی. تهران: انتشارات جامعه شناسان.
- معیدفر، س. و حمیدی، ن. (۱۳۸۶). زنان و سرپرست خانوار: نگفته‌ها و آسیب‌های اجتماعی. فصلنامه علوم اجتماعی شماره ۸.

انگلیسی

- Emmipoor S, Shams Asfandabad H, Sadrasadat J, Nadery S. (2009). **Comparison of psychological differences, quality of life in four men addicted suffering AIDS**, non – addicted patients with AIDS, AIDS patients and Healthy unwonted. Journal of Medical Sciences University to the city; 10 (1). [Persian]
- Robinson PF. (2004). xx. J Assoc Narses in AIDS Care.; (15).
- Wojtyna E, Zycinska J, Stawiaska P.(2007). **The influence of cognitive behavior therapy on quality of life and self – esteem in women suffering from breast cancer**. Reports of practical Oncology and Radiotherapy. 12