

بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران

دکتر سیداحمد حسینی*، دکتر آمنه- ستاره فروزان**، معصومه امیرفریاری***

چکیده: موضوع این پژوهش عبارت است از سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران و هدف اصلی تحقیق تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران است. اهداف فرعی آن عبارتند از: ۱- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان با توجه به نوع علت سرپرستی زنان سرپرست خانوار، ۲- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران با توجه به میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار، ۳- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران با توجه به مدت زمان تحت پوشش قرار گرفتن در سازمان بهزیستی شهر تهران.

جامعه آماری این پژوهش را ۲۵۰۰ نفر از زنان سرپرست خانواری که تحت پوشش مجتمع های حمایتی بهزیستی شهر تهران قرار دارند تشکیل می دهد. حجم نمونه این پژوهش ۳۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش مجتمع های بهزیستی شهر تهران است که به صورت تصادفی سهمیه ای از بین مجتمع های بهزیستی انتخاب شده اند. ابزار پژوهش عبارت است از: آزمون GHQ ۲۸ سؤالی و یک پرسشنامه اطلاعاتی. روش این پژوهش پیمایشی است.

داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و تحلیل آماری کای اسکور مورد تحلیل قرار گرفته است. و یافته های پژوهش حاکی از آن است که ۷۷٪ از زنان سرپرست خانوار این پژوهش از سلامت روان کامل برخوردار نبوده و تنها ۲۳٪ از زنان سرپرست خانوار از سلامت روان کامل برخوردار بوده اند. همچنین نشان می دهد که بین علت سرپرستی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران و سلامت روان آنان رابطه وجود ندارد. اما در رابطه با دو متغیر تحصیلات و مدت زمان سرپرستی نشان می دهد که رابطه ای بین این دو متغیر با سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران وجود دارد. و می توان نتیجه گرفت

* عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

** عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

*** کارشناس ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

و پیشنهاد کرد که توجه به وضعیت روانی زنان سرپرست خانوار از طریق تشکیل جلسات مشاوره و کارگاه‌های آموزشی (شناخت خود، مهارت‌های زندگی، مقابله با استرس و خشم) نیز حائز اهمیت است. لازم به ذکر است که توجه به وضع اقتصادی زنان سرپرست خانوار بسیار مهم و ضروری است.

کلید واژه‌ها: زنان سرپرست خانوار، سلامت روان، تحصیلات، علت سرپرستی، مدت زمان تحت پوشش

مقدمه

خانواده معمولاً مرکب از پدر و مادر، فرزند یا فرزندان است. هرگاه خانواده یکی از ارکان اصلی و طبیعی خود یعنی پدر یا مادر را به هر دلیل از دست بدهد تقارن آن به هم می‌ریزد و مسائل و مشکلات گوناگونی چون مسائل اقتصادی، آموزشی، فرهنگی، رفتاری و اجتماعی را برای دیگر افرادش به وجود می‌آورد. اکثر تعاریفی که از پدیده بی سرپرستی شده فقدان پدر را در خانواده با این مفهوم مترادف دانسته و در میان اکثریت قریب به اتفاق جوامع انسانی پدر به عنوان عنصر اصلی و محوری خانواده در طول قرون و اعصار پذیرفته شده است. مسئولیت‌ها و تصمیم‌گیری‌نهایی در امور اقتصادی، آموزشی و پرورشی فرزندان خانواده همچنین مسایل اجتماعی چون ازدواج، مهاجرت جابه‌جایی و نظایر آنها برعهده اوست. مادر معمولاً در خانواده موجب تلطیف احساسات و عواطف فرزندان می‌شود. هماهنگی همگامی، هم‌اندیشی پدر و مادر در یکپارچگی خانواده و شادمانی و سلامت جسمی روانی افراد آن نقش تعیین‌کننده‌ای دارد هرگاه پدر یا مادر به هر دلیل از خانواده دور بماند اعضای دیگر خانواده به ویژه نفر دوم با مسائل و مشکلات عدیده‌ای رو به رو خواهد شد غیبت پدر مسائل اقتصادی، مدیریتی و غیبت مادر مشکلات روانی و عدم یکپارچگی خانواده را سبب می‌شود (مهشید نوری، ۱۳۸۲).

بیان مسئله

خانواده به عنوان کوچکترین و در عین حال منسجم‌ترین گروه موجود در جامعه محسوب می‌شود. ویرانی و آبادانی فردای جامعه در خانواده امروز رقم می‌خورد. خانواده به عنوان کانونی است که اکثریت قریب به اتفاق آسیب‌ها و مسایل اجتماعی مانند طلاق، اعتیاد، کودکان خیابان، کودک‌آزاری، فرار از خانه و... از آن نشأت می‌گیرد (شادی طلب، ۱۳۸۴). از این رو جامعه‌ای پویا، توانمند، سازنده، مستقل و مترقی در گرو ساختن ساختمان خانواده

است. به طور کل خانواده از جمله نهادهای اجتماعی مقدم و ضامن سلامتی جامعه است. اما عوامل متعددی از جمله، جنگ، شهرنشینی، طلاق، اعتیاد همسر، مرگ همسر و نظایر آن موجب تغییر ساختار خانواده شده است. منظور از تغییر ساختار خانواده افزایش تعداد خانواده های تک والدی با سرپرستی مادران در سراسر جهان است. نتایج سرشماری جمعیت ایران نیز حاکی از افزایش تعداد خانواده های زن سرپرست است.

در دهه های ۵۰ و ۶۰ درصد خانواده های با سرپرستی زنان به ترتیب ۷/۳ و ۷/۱ درصد از کل خانواده های ایرانی را تشکیل می داده است. سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۷۵ نشان دهنده آن است که بالغ بر ۸/۴ درصد خانوارهای کشور را زنان سرپرستی می کنند و به عبارت دیگر از هر دو هزار خانواده کشور یک خانواده توسط زنان اداره می شود این نسبت در فاصله دو سرشماری آخر افزایش داشته است و این در شرایطی است که به نظر می رسد با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی کشور رقم واقعی زنان سرپرست خانوار بیش از رقم اعلام شده است. البته آمارهای رسمی، زنانی که سرپرستی خانوار را در ایران به عهده دارند ۹/۴ در صد را هم نشان داده است (همان منبع).

لازم به ذکر است که استان تهران دارای بیشترین درصد زنان سرپرست خانوار به دلایل زیر است:

- ۱- وجود فرصت های شغلی
 - ۲- رواج بیشتر خانواده های هسته ای
 - ۳- عینیت بیشتر زنان در سرپرستی خانوار
 - ۴- جمعیت بیشتر
- استان های ایلام- کهگیلویه و بویراحمد نیز دارای کمترین درصد زنان سرپرست خانوار به دلایل زیرند:

- ۱- رواج بیشتر خانواده های گسترده
- ۲- رواج بیشتر مرد سالاری
- ۳- کم رنگ بودن نقش زنان در سرپرستی خانوار
- ۴- جمعیت کمتر (تحلیل و بررسی وضعیت زنان سرپرست خانوار، مرکز امور مشارکت زنان، ۱۳۸۰: ۲۷).

انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن باعث به وجود آمدن رشته ای از ناامنی ها و وظایف

مضاعف شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان، ایفای نقش دوگانه (پدر و مادر) برای زنان می شود. در نتیجه اثر معکوس بر سلامت روان زنان گذاشته و مسائل بهداشتی تازه ای را به بار می آورد.

از آنجائی که تصمیم گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی خانوادگی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده سرپرست خانوار (مادر) است و اوست که باید کاری کند که نظام روابط عاطفی موجود در خانواده حفظ شود و از ایجاد حداقل تنش ها در خانواده جلوگیری نماید و از لحاظ مادی و معنوی فرزندان را حمایت کند از این رو توجه و مشخص نمودن سلامت روان زنان سرپرست خانوار (مادر) برای جلوگیری و حل بسیاری از معضلات و مشکلات خانواده ضروریست.

هدف های تحقیق

هدف اصلی این تحقیق تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرتهران است

هدف های فرعی این تحقیق:

- ۱- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار با توجه به نوع علت سرپرستی زنان سرپرست خانوار
- ۲- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار با توجه به میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار
- ۳- تعیین وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانوار با توجه به مدت زمان تحت پوشش قرار گرفتن در سازمان بهزیستی.

نظریه های جامعه شناسی مرتبط با زنان سرپرست خانوار

وضعیت زندگی زنان سرپرست خانوار و کودکانشان مورد توجه و بررسی جامعه شناسان قرار گرفته است در واقع گسترش این شکل از خانواده در همه کشورهای جهان چه صنعتی و چه جهان سوم ضرورت این بررسی را ایجاد کرده است در این بخش نظریه های مربوط به زنان سرپرست خانوار از جهت آثار و نتایج گسترش این نوع خانوارها طبقه بندی شده است:

الف) نظریه زنانه شدن فقر یا آسیب پذیری زنان سرپرست خانوار: طرفداران این نظریه نشان

می دهند که خانواده های زن سرپرست نه تنها در همه کشورهای جهان گسترش یافته اند بلکه به درصد خانوارهای زن سرپرستی که جمعیت کم درآمد قرار می گیرند افزوده شده است این مسئله حتی در کشورهای که پیشرفته ترین قوانین را به نفع زنان داشته اند دیده شده است در این کشورها به رغم کمکهای دولتی به این زنان فرایند فقیر شدن آنان همچنان ادامه دارد از طرف دیگر کودکان در این خانواده ها امکانات رفاهی و عاطفی ناچیزی دارند یعنی اولاً به دلیل فقیر بودن حضور کمتری در مدارس دارند و میزان افت تحصیلی آنان بیش از کودکان خانواده های دو والدی است ثانیاً به دلیل کم سواد مادران کمتر به انجام تکلیف در خانه کمک و تشویق می شوند همچنین میزان بزهکاری در میان نوجوانان این خانواده ها بیشتر از سایر نوجوانان است از سایر مشخصات زنان خانواده های زن سرپرست عدم دسترسی به مشاغل با منزلت است به عبارت دیگر این زنان سرپرست خانوار یا اغلب بیکارند و یا مشاغل حاشیه ای، نیمه وقت، غیر رسمی و کم درآمد دارند مشکل دیگری که بر میزان آسیب پذیری این زنان می افزاید؛ حتی اگر در مشاغل با منزلت مشغول به کار باشند مسئله تنظیم وقت برای انجام کار و کار بیرون از خانه است این مشکل را صاحب نظران از دیدگاه اصطلاحاً فقر زمانی^۱ بررسی نموده اند یعنی زنانی که به طور تمام وقت و در شبکه رسمی بازار، کار می کنند 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 آسیب پذیر می کند (کیسمن^۲، ۱۹۹۱).

شرایط حاکم بر زندگی خانوادهایی که با سرپرستی زن اداره می شوند عبارتند از:

۱- عدم دسترسی به فرصت های شغلی برابر با مردان

۲- سطوح پایین تر سواد هم در بین زنان و هم در بین فرزندان

۳- دستمزدهای کمتر

۴- درصد بالای افت تحصیلی و بزهکاری کودکان و نوجوانان

۵- مسئله فقر زمانی برای زنان شاغل تمام وقت

در نتیجه شیوع شرایط فوق در خانواده های زن سرپرست این گروه بسیار آسیب پذیر می شوند. علت اصلی شروع این شرایط با دلیل آسیب پذیری زنان سرپرست خانوار غلبه نظام تبعیض آمیز جنسیتی است. یعنی نظامی که به هر دو جنس امکان نمی دهد تا از فرصت های اجتماعی شغل تحصیل درآمد تفریح و یکسان بهره ببرند.

1. time poverty

2. kissman

ب) نظریه ساختی کارکردی:

براساس این نظریه خانواده های زن سرپرست اساساً با شکل طبیعی و سنتی خانواده های دو والدی در تضادند و درواقع پیدایش این گروه از خانواده ها نوعی انحراف محسوب می شود در این خانواده ها به علت غیبت پدر و مادر زندگانی زوجی «شانس های زندگی» کودکان تا حد زیادی کاهش می یابد و عدم اقتدار پدر برای ساماندهی به زندگی خانوادگی، خانواده را با بحران مواجه می کند بحرانی که با ورود زنان به بازار کار به جای انجام وظیفه سنتی (خانه داری) به تربیت نامناسب کودکان، افت تحصیلی و بزهکاری آنان ختم می شود (شانتل^۱، ۱۹۸۹).

براساس این نظریه «طبقه زیرین^۲» از افراد منزوی تشکیل شده که در «محلات غیر سازمان یافته» ساکنند. در این محلات حضور خانواده های زن سرپرست میزان بالای جنایت، معاملات، مواد مخدر، افت تحصیلی، تولدهای بدون ازدواج و دریافت کمک های دولتی شایع است (آبراموویز^۳، ۱۹۹۲). تفاوت این نظریه با نظریه قبلی این است که درنظریه قبلی علت اصلی آسیب پذیری زنان و کودکان «تبعیض های جنسیتی» بود یعنی نابرابر بودن فرصت های اجتماعی برای زنان و مردان ولی درنظریه ساختی- کارکردی علت فقر و آسیب پذیری این گروه از زنان این است که شکل «طبیعی» زندگی خانوادگی یعنی خانواده هسته ای - دو زوجی از میان رفته است و خانواده های زن سرپرست اساساً به منزله نوعی انحراف از شکل طبیعی خانواده در نظر گرفته می شوند در خانواده هسته ای یا شکل «طبیعی» خانواده وظایف بین زن و شوهر تقسیم شده است زن باید به کودک و انجام امور خانگی بپردازد و مرد باید به عنوان نان آور در خارج از خانه فعالیت کند به هم زدن سامان طبیعی زندگی خانوادگی خود به خود مویذ پیدایش فقر و آسیب های اجتماعی است

ج) نظریه طبقاتی و ناتوانی دولت ها:

صاحبان این نظریه معتقدند که فقر و آسیب های اجتماعی مقوله ای طبقاتی است نه جنسیتی. به عبارت دیگر تمام زنان یا تمام زنان سرپرست خانوار در معرض فقر و آسیب پذیری نیستند بلکه آن گروهی که از نظر طبقاتی در رده های پایین اجتماع قرار می گیرند بیشتر در معرض آسیب هستند.

1. Chantel

2. underclass

3. Abramoviz

به عقیده‌ی طرفداران این نظریه، مردم به دلیل سن، جنس یا خصیصه‌های نژادی و قومی شان فقیر نمی‌شوند بلکه به دلیل قرار گرفتن در طبقه‌ای خاص است که فقیر به شمار می‌آیند مثلاً آمار (آمریکا) نشان می‌دهد که بین سال‌های ۷۹ تا ۸۰ هر دو جنس بیشترین میزان فقر را تجربه کرده‌اند و تعداد مردانی که زیر خط فقر زندگی می‌کنند بیش از زنان بوده است.

مهمترین شاخص‌های تعیین طبقه عبارت است از سه شاخص درآمد، تحصیل و شغل یعنی 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 قرار می‌گیرند، آسیب‌پذیرترند به عقیده این گروه با بزرگ کردن مسئله آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانواده، زنان درمقابل مردان، جوانان در مقابل پیران قرار می‌گیرند در حالی که فقر زن و مرد، پیر و جوان نمی‌شناسد. در واقع آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانواده و همه فقرای دیگر به دلیل فرایند سیاسی و اجتماعی و اقتصادی مشترکی است که همگی آنها را از دسترسی به شرایط مناسب حیات محروم می‌کند. این شرایط خانواده‌ها را از هم می‌گسلد و تشکیل خانواده را برای فقرا غیر ممکن می‌کند به عبارت دیگر زنانه شدن فقر بخشی از واقعیت بزرگ‌تر و با اهمیت‌تر است، یعنی فرایندی که نظم نوین جهانی ایجاد کرده است تا سطح دستمزد نهایی و سطح زندگی طبقه کارگر کاهش یابد، ارزش ذخیره کار گسترش یابد قطبی شدن گروه‌های زنان تشدید شود و شرایط مادی ضروری برای تداوم و حیات طبقه متوسط، حتی طبقه متوسط رو به بالا تحلیل رود، (گیمنز^۱، ۱۹۹۲) همچنین به نظر این گروه سیاست‌های تامین اجتماعی که اخیراً دولت‌های جوامع غربی برای مهار بحران اقتصادی به کار گرفته‌اند علت دیگری برای کاهش کمک‌های دولتی مثل استفاده از مهدکودک‌های مجانی، امکانات بهداشتی و خدمات اجتماعی که قبلاً وسیع‌تر در اختیار خانواده‌های زن سرپرست قرار می‌گرفت بر میزان آسیب‌پذیری آنان افزوده است این دولتمردان برنامه‌های تامین اجتماعی را محدود کردند با این توجیه که اجرای این برنامه‌ها از میزان امنیت و رشد اقتصادی کاسته است. به هر حال طرفداران نظریه طبقاتی اولاً آسیب‌پذیری و فقر زنان سرپرست خانوار را پدیده‌ای عمومی نمی‌دانند ثانیاً علت اصلی آن را به نظام اقتصادی نابرابر یعنی سرمایه‌داری نسبت می‌دهند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

د) نظریه کنش:

بر خلاف نظریه های قبلی که همگی جنبه ای ساختاری و کلی داشتند و با دیدی کلی وساختی به بررسی مسایل زنان سرپرست خانوار می پرداختند، طرفداران نظریه کنش از جنبه دیگری به طرح مسئله می پردازند به نظر آنان اگرچه خانواده های 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 تاثیر می گیرند و نمی توانند بر مشکلات خود فائق آیند به عبارت دیگر نمی توان این گروه از زنان کاملاً «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. مثلاً مطالعات نشان می دهد که در بوتساوانا غیب طولانی مرد در خانواده آن چنان عادی شده که زنان به طور تحسین بر انگیزی خانواده را به عهده گرفته اند.

در برخی از شهرهای آفریقایی غربی زنان معتقدند در نبود مردان بهتر می توانند خانواده را هدایت و سازماندهی کنند در مکزیک زنان سرپرست خانوار زندگی تنها را بهتر از زندگی با مردان غیر مسئول می دانند. سایر بررسی ها نشان می دهد که سرپرستی خانواده در خانواده های زن سرپرست موجب افزایش استقلال و آگاهی طبقاتی زنان شده است (کلاریس^۱، ۱۹۸۲؛ صفا^۲، ۱۹۸۰؛ جوکز^۳، ۱۹۸۵). بررسی دیگری نشان می دهد کودکانی که در خانواده های تک والد بزرگ شده اند اغلب استقلال و خوداتکایی بیشتری دارند (کیسمن، ۱۹۹۱).

به عقیده ی طرفداران این نظریه شواهدی که از نزدیک موقعیت زندگی زنان سرپرست خانوار را می سنجد نشان می دهد که اطلاق لفظ «آسیب پذیر» به این گروه حداقل به طور مطلق و فراگیر درست نیست زیرا به این ترتیب واکنش فردی یا جمعی آنان نسبت به تغییر و بهبود شرایطشان نادیده گرفته می شود.

به نظر می رسد که هیچ کدام از نظریات بیان شده به تنهایی قادر به تبیین و تحلیل وضعیت و شرایط زندگی زنان سرپرست خانوار نبوده و هر کدام ابعادی از مسئله را بیان نموده است از این رو الگوی التقاطی و ترکیبی از دیدگاه های مختلف به شرح زیر بیان می شود.

نظریه زنانه شدن فقر تا حدی گویای مسایل در خصوص زنان سرپرست خانوار بخصوص در جامعه کنونی ماست. غلبه نظام تبعیض آمیز جنسی گاه زنان را از فرصت های شغلی تفریحی و

1. klarris
3. Jokes

2. Safa

یکسان با مردان محروم ساخته و در نتیجه زن نقش فعالی را ارائه نمی کند و فقدان مردان در خانواده مشکلات انبوهی را به دنبال خواهد داشت زنان سرپرست خانوار با از دست دادن اتکای خود در زندگی، جهت تأمین معاش به انجام کارهایی با درآمد و دستمزد اندک، در شرایطی سخت و دشوار تن می دهند. البته میزان بالای بزهکاری نوجوانان این خانواده ها چنانچه در این نظریه بیان شده است، نمی تواند ویژگی مطلقاً برای تمامی خانواده های دارای زن سرپرست قلمداد شود چرا که بسیاری از این مادران زندگی خود را چنان وقف فرزندانشان می کنند. که آنها تحصیلات خود را به پایان رسانیده و بدین وسیله آینده خود را تضمین نموده و به موفقیت دست می یابند. در هر صورت قوانین پیشرفته به نفع زنان و فزاینده شدن کمک های دولتی و همچنین برنامه ریزی های و سیاست گذاری های صحیح، نه تنها از فقر زنان می کاهد، بلکه به قادر سازی و توانمند بودن آنان می انجامد.

نظریه ساختی کارکردی نیز تا حد زیادی طرفدار شکل سنتی خانواده است و اشتغال زن را در خارج از خانه، موجب انحراف و ضعف کارکردهای خانواده می داند و ویژگی هایی نظیر میزان بالای جنایات، معاملات مواد مخدر و تولد های بدون ازدواج مشروع را به این گونه خانواده ها نسبت می دهد اما نتایج حاصل از تحقیقات نشان می دهد که این امر تا حد زیادی به عواملی از جمله عدم تمکین مالی و سواد کم همچنین ویژگی های فرهنگی بستگی دارد و در مورد همه خانواده های زن پرست صدق نمی کند و عدم حضور زن در خانه صرفاً انحراف از شکل اصلی خانواده محسوب نمی گردد آن هم در شرایطی که شکل سنتی خانواده ضعیف شده و به صورت هسته ای درآمده است و با پیشرفت تکنولوژی در جهان معاصر، زنان بیش از پیش وارد بازار کار و صحنه های اشتغال شده اند و آسیب پذیری خانواده ها نیز در این رابطه تنها مختص به خانواده های زن سرپرست است، اگرچه برای یک زن ایفای دو نقش مادری و پدری مشکل است، ولی در صورت برخورداری از حمایت، میزان آسیب پذیری تا حد بسیار زیادی کاهش می یابد، ولی در صورت عدم برخورداری از حمایت های لازم، بیشترین انرژی و وقت زن سرپرست صرف تأمین احتیاجات اولیه زندگی گشته، و این مسئله می تواند انحراف این خانواده ها را از مسیر اصلی موجب گردد.

دیدگاه طبقاتی و ناتوانی دولت ها به بیان این حقیقت می پردازد، در جامعه ای که فقر مقوله ای طبقاتی و افزون بر آن مقوله ای جنسیتی است، زنان محرومیت بیشتری را تجربه خواهند کرد و در این میان زنان سرپرست خانواری که در طبقات فقیر از تحصیل شغل و درآمدی برخوردار

نیستند، بیش از سایر گروه ها در معرض آسیب قرار می گیرند همچنین آسیب پذیری زنان سرپرست خانوار به دلیل فرایند سیاسی اجتماعی و اقتصادی مشترکی است که همه اقشار فقیر و طبقات پایین اجتماع را از دسترسی به شرایط مناسب حیات محروم می سازد از این رو زنان سرپرستی که در طبقات بالا زندگی می کنند نسبت به سایر زنان سرپرست خانوار محرومیت ها و ناکامی های کمتری را تجربه می نمایند.

نظریه کنش متقابل نیز بیانگر بخشی از مسئله درخصوص زنان سرپرست خانوار است این نظریه عنوان می کند که اطلاق لفظ آسیب پذیر به تمامی زنان سرپرست خانوار صحیح نیست و نباید همت بالایی مادرانی که در شرایط نامطلوب زندگی همچنان درجهت حفظ کیان خانواده ایستادگی می کنند و بر مشکلات فائق می گردند را نادیده گرفت و ارج نهادن به این تلاش ها از طریق توجه و رسیدگی به آنها ممکن می گردد (کتاب زنان: ۱۳۸۵).

ه) دیدگاه اسلام

در دیدگاه اسلام، زن و شوهر در همه امور خانوادگی و روابط بین خویش از حقوق همسان و برابری برخوردارند، جز اینکه مرد در مدیریت و سرپرستی خانواده و سر و سامان بخشیدن به امر همسر خویش، دارای تکلیفی افزون تر است.

مرد به سبب پرداخت مهریه، تحمل هزینه زندگی، دفاع از خانواده و مسئولیت زندگی مشترک، از حق سرپرستی بهره مند است البته این سرپرستی نشانه تقرب بیشتر مرد نزد خداوند نیست زیرا زن و مرد از ریشه واحدی آفریده شده اند و هر یک می توانند با تقوا و ایمان به خداوند نزدیک شوند قرآن کریم دلایل سرپرستی مردان را این گونه بیان می دارد:

«الرجال قوامون علی النساء» ترجمه آیه چنین است: «مردان را بر زنان تسلط و حق نگهداری است به واسطه آن برتری که خدا بعضی را بر بعضی مقرر داشته و هم به واسطه آن که مردان از مال خود باید به زن نفقه دهند پس زنان شایسته و مطیع در غیبت مردان حافظ حقوق شوهرانند و آنچه را که خدا به حفظ آن امر فرموده نگهدارند و...»

مسئله سرپرستی و مدیریت، مسئله ای اساسی و مهم در جامعه بشری است و یکی از تفاوت های حقوقی زن و مرد در مدیریت است. قرآن کریم مدیریت خانواده را به عهده مردان گذاشته و زنان را در سایر مسئولیت های عظیم خانواده یعنی تربیت نسل، ایجاد آرامش و حرکت تکاملی مشمول نموده است.

در آیه ششم سوره تحریم آمده است: «ای کسانی که ایمان آورده اید خود و خانواده خویش را از آتش نگاهدارید، چنان آتشی که مردم و سنگ خارا آتش افروز اوست و...» در خصوص لزوم تامین مخارج زندگی توسط مرد خداوند در قرآن کریم میفرماید: «هر جا که خود سکونت گزینید آنها را نیز به قدر توانایی خو مسکن دهید. به آنان ضرر نزنید تا بر آنها تنگ آید و اگر آبستن بودند نفقه شان را بدهید تا وضع حمل کنند و اگر فرزندان شما را شیر می دهند مزدشان را بدهید و به وجهی نیکو با یکدیگر توافق کنید...» (سوره طلاق: آیه).

هم چنین راوی می گوید: به امام صادق (ع) عرض می کردم: «پرداخت نفقه چه کسی بر انسان واجب و الزامی است؟ فرمود: پدر، مادر، فرزند و همسر» (بحارالانوار ج ۱۰۴، ص ۷۴) همچنین امام صادق در تفسیر آیه «و من قدر علیه رزق فلینفق مما آتاه الله» فرمود: هرگاه مرد نفقه خود را به میزانی که برای او کفایت کند بپردازد و نیز پوشاک وی را فراهم نماید وظیفه اش را در مسئولیت اقتصاد خانواده انجام داده و گرنه آن دو از هم جدا می گردند» (همان، ص ۷). پیامبر اکرم فرمود: «کسی که برای روزی حلال خانواده اش تلاش کند مانند کسی است که در راه خدا جهاد کرده است» (بحارالانوار، ج ۱۰۳، ص ۱۰۳)

همچنین امام رضا (ع) می فرمایند: «اگر زن نیازمند شود بر عهده ی مرد است که نیاز او را بر طرف ساخته و نفقه اش را بدهد، اما اگر مرد نیازمند گشت بر عهده زن نیست که او را تامین کند یا اگر محتاج و نیازمند شود هزینه و نفقه او را بپردازد. به همین دلیل ارث مردان دو برابر زنان است و این سخن خداوند نیز از همین جا نشأت می گیرد که می فرماید: مردان کارگزار و سرپرست زنانند از آن روی که برخی را بر برخی فزونی و برتری داده و بدان سبب که مردان از مال خود به زنان نفقه دهند (داوودی، ۱۳۸۴، ص ۲۸۴-۲۵۱)

از نظر قوانین و مقررات حقوقی اسلام، زن وظیفه ای در تامین نیازهای اقتصادی خانواده ندارد و می تواند درآمد فعالیت های خود را صرف امور شخصی خود یا پس انداز نماید در این رابطه خداوند در قرآن کریم می فرماید: «للسا نصیب مم اکتسبن» (سوره نساء، آیه ۳۲) زنان را از آنچه به دست می آورند نصیبی است»

بنابراین زن در سرپرستی خانواده نیز وظیفه ای ندارد و اگر این امور را عهده دار می شود عملی پرمشقت است که از روی فداکاری و احسان انجام می دهد و اسلام نمی پسندد که زنان را موظف به آن نماید.

به طور کلی در دیدگاه اسلام مسئولیت های مهم زن، تربیت نسل انسانی (فرزندان)، گرم

نگهداشتن محیط خانه و فراهم سازی رشد و شکوفایی فضایل اخلاقی در خانواده است ساختار جسمی و روحی زن با این مسئولیت مهم و ظرفیت تناسب دارد درگیری و خشونت ورود به چالش های اجتماعی و حضور در نبردهای سیاسی با آنچه که خداوند در سرنوشت و طبیعت او قرار داده است همخوانی کمتری دارد حال اگر زانی که به دلایل مختلف علاوه بر مسئولیت های فرزندپروری مجبور شده اند که به تنهایی نقش اقتصادی خانواده را بر دوش کشیده و جای خالی پدر را نیز در خانواده پر کنند، گرفتار تعدد نقش خواهند شد که بنابر نظر فوق احتمالاً تعارض بین این نقش ها به وجود خواهد آمد و اگر قوانینی در جامعه نباشد تا از آنها حمایت نماید و از تعارض نقش های آنان بکاهد مشکلات جدی برای این دسته از خانواده ها به وجود خواهد آمد.

در مورد تفاوت بین زن و مرد در دیه و قصاص هم که از احکام ثابت اسلام بوده و قابل تغییر نیست، حکومت اسلامی در مقابل زنان سرپرست خانوار، مکلف به جبران خسارت بوده و لازم است با توجه به این دو اصل از احکام اسلام درباره زنان شاغلی که درآمد خود را در اداره زندگی مشترک هزینه می کنند، به ویژه زانی که سرپرستی خانوا ه را عهده دار هستند تجدید نظر نماید، زیرا با فوت زنان نان آور، اقتصاد خانواده آسیب دیده و اداره امور زندگی دچار اختلال و بحران می گردد (کتاب زنان، ۱۳۸۵).

دیدگاه های روانشناسی سلامت روانی

دیدگاه فمینیستی: روانشناسان ر.د. لینگ و توماس ژاژ و تاریخ نگار میشل فوکو شیوه ی استفاده ی جامعه از تعاریف مربوط به سلامت روانی را شکلی از کنترل اجتماعی توصیف کرده اند. طبق نظریه ی فمینیستی این تعاریف برای مردان و زنان شکل های متفاوت به خود می گیرند جامعه معاصر برای سلامت روانی معیاری دوگانه بکار می برد. طبق نظریه فیلیس چسلر در «زنان و جنون» تصور می شود که زن «نرمال» از سلامت روانی محدودی برخوردار است، زیرا زنانگی در جامعه ای که به پرخاشگری ارج می نهد ویژگی منفی به شمار می آید. از نظر تاریخی زنان در خانه و خانواده از رهگذر ساخت اجتماعی آسیب شناسی به بیمار روانی تبدیل شده اند. **پژوهش علوم انسانی و مطالعات فرهنگی**

منتقدان فمینیست توجه ما را به رابطه ی میان انواع تعریف از سلامت روانی و تصاویر زنان در ادبیات جلب می کنند. به اعتقاد جامعه شناسان سلامت روانی زنان که بر اثر تبعیض جنسی

آسیب دیده است سبب اشتغال زنان در کارهای رده پایین شده و مادران را در خانه منزوی می سازد. بنابر استدلال روان کاوی فمینیستی، تعاریف سلامت روانی بر مبنای احساس سعادت تعیین شده که به تصور مثبت داشتن از خود، وابسته است. از این رو درونی شدن نقش زنان سبب می شود زنان نتوانند به سلامت کامل دست یابند. الگوهای پزشکی اکثر بیماری های مربوط به افسردگی و اضطراب را به زنان و نه مردان منسوب می کند. روان درمانگران فمینیست بیشتر روی تفاوت های فرهنگی تکیه می کنند تا روی تفاوت های میان زنان و مردان و این امر می تواند نقطه آغاز متفاوتی برای درمان این بیماری باشد آنها یادآور می شوند جامعه ای که خود بسندگی را به صفاتی بیش از سایر صفات میان فردی ارتقا می دهد. تمایل زنان به ارزش دادن به صمیمیت بیش از استقلال، یک ضعف محسوب می شود. و فرد را به سوی از دست دادن عزت نفس و در بسیاری موارد افسردگی سوق می دهد. یکی از جنبه های ارتباط احتمالی بین افسردگی، ازدواج و کودکان، می تواند این باشد که زنان احساس می کنند و اغلب عملاً نیز تجربه می کنند که به سبب مسئولیت های خانوادگی، تحت فشار هستند.

به رغم همه ی این استرس هایی که مادران شاغل تحمل می کنند زنانی که تمام وقت خود را در خانه و با کودکان خردسال می گذرانند. بیشتر افسرده می شوند. شاید این تفاوت بین زنان شاغل و زنان خانه دار ، به سبب دسترسی بیشتر زنان شاغل به حمایت اجتماعی باشد و این که کار به تنهایی احساس سربلندی، کامروایی و اعتماد به نفس ایجاد می کند. رسیدگی به امور منزل فعالیتی ناخوشایند، کسالت آور و تکراری است که پاداش درونی اندکی دارد (کارن جی^۱، ۱۳۸۲).

دیدگاه روان پزشکی: دیدگاه روانپزشکی درباره فرد اعتقاد به تعادل حیاتی دارد. در این دیدگاه فردی از سلامت روانی برخوردار است که دارای نظام متعادل است که خوب عمل می کند و اگر تعادل به هم بخورد بیماری روانی ظاهر خواهد شد (گنجی، ۱۳۷۹: ۷۵).

دیدگاه روان تحلیلی: دیدگاه روان تحلیلی یا روانکاوی معتقد است که شخصیت فرد از سه عنصر تشکیل شده است: نهاد، من و فرامن. بنابراین، براساس نظر صاحب نظران مکتب روانکاوی سلامت روانی زمانی تضمین می شود که «من» با واقعیت سازگار شود و همچنین تکانشهای غریزی نهاد به کنترل درآید (همان، ۷۶).
 فروید صاحب نظر دیدگاه روان تحلیلی، سلامت روان را از یک طرف نتیجه تعادل بین سه

1. Karen, J.

عنصر نهاد، من و من برتر و از طرفی نتیجه تعادل بین سطوح خود آگاه و ناخودآگاه می داند. وی معتقد است که شخص سالم از نظر روانی دو ویژگی اساسی دارد:

- ۱- می تواند دوست بدارد و دوست داشته شود.
 - ۲- می خواهد و می تواند کار کند (شعاری نژاد، ۱۳۷۱: ۲۸۷).
- به نظر هورنای دیگر صاحب نظر مکتب روانکاوی انسان برخوردار از سلامت روانی دارای ویژگی های زیر است:

- احساس امنیت می کند از این رو فاقد پرخاشگری و خودشیفتگی است.
 - به دلیل آگاهی از خود واقعی و استعداد بالقوه خویش تسلیم محض محیط اجتماعی و فرهنگی نیست بلکه ابتکار و شخصیت خودش را برعهده دارد و خودشناسی و کوشش برای تحقق استعدادهای فطری و ذاتی وظیفه اخلاقی و امتیاز معنوی شخصیت سالم است و هدف او کمال است.

- انسان سالم خودآگاهی دارد و از خود واقعی و استعدادهایش کم و بیش آگاه است، از این رو به دیگران وابستگی ندارد و بسیاری از مشکلات زندگی خود را حل می کند (به نقل از خداحیمی: ۱۳۷۴).

آدلر^۱ (۱۹۱۲) نیز معتقد است زندگی بودن نیست بلکه شدن است. آدلر به انتخاب مسئولیت ها و معناداری مفاهیم در شیوه های زندگی اعتقاد دارد و شیوه زندگی افراد را متفاوت میدانند. محرک اصلی رفتار بشر، هدف ها و انتظار او از آینده است.

فرد سالم به اعتقاد آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر حيله و بهانه نیست. او جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی سازنده و مثبتی با دیگران دارد. روابط خانوادگی سالم و مطلوب دارد. فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است (گنجی، ۱۳۷۹: ۷۹).

اریکسون^۲ سلامت روانی را نتیجه عملکرد قوی «من» می داند. من به عنوان مفهومی که نشان دهنده توانایی یکپارچه سازی اعمال و تجارب شخص به صورت انطباقی و سازشی است. اریکسون احساس هویت را نشانه سلامت فکر و روان می داند که خود از مراحل حس اعتماد، خود مختاری، ابتکار و اشتغال به کارهای سودمند می گذرد و سرانجام به احساس هویت منجر می شود (حسینی، ۱۳۶۰: ۲۸).

1. Alfred Adler

2. Ericson, Erick

اریک فروم^۱، تصویر روشنی از شخصیت سالم به دست می دهد. چنین انسانی عمیقاً عشق می ورزد، آفریننده است، قوه عقلش را کاملاً پرورانده است. جهان و خود را به طور عینی ادراک می کند. حس هویت پایداری دارد، با جهان در پیوند است و در آن ریشه دارد، حاکم و عامل خود و سرنوشت خویش است. فروم شخصیت سالم را دارای جهت گیری بارور می داند فروم با به کار بردن واژه جهت گیری این نکته را می گوید که جهت گیری گرایش با نگرش کلی است که همه جنبه های زندگی یعنی پاسخ های فکری، عاطفی و حسی به مردم و موضوعات و رویدادها را خواه در جهان و خواه در خود، در بر می گیرد.

بارور بودن و به کار بستن همه قدرت ها و استعدادها بالقوه خویش. چهار جنبه شخصیت سالم در روشن ساختن مراد فروم از جهت گیری بارور موثر است. این چهار جنبه عبارتند از عشق بارور، تفکر بارور، خوشبختی و وجدان اخلاقی (گنجی، ۱۳۷۹: ۹۰).

دیدگاه رفتارگرایی: رفتارگرایی معتقد است که بهداشت و سلامت روانی به محرک ها و محیط وابسته است به این ترتیب آنچه را که مکاتب دیگر بیماری روانی به حساب می آورند از دیدگاه رفتارگرایان رفتار ی است که مانند سایر رفتارها آموخته می شود. کسی که دارای سلامت روانی است رفتارش با محیط معینی با نوعی بهنجاری رفتاری سازگاری دارد (همان).

اسکینر^۲ صاحب نظر مکتب رفتارگرایی معتقد است سلامت روانی و انسان سالم معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است. چنین انسانی وقتی با مشکلی روبه رو می شود که از طریق جامعه نابهنجار تلقی می شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبود و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به طور مداوم سود می جوید.

انسان سالم کسی است که تایید بیشتری را به خاطر رفتارهای مناسب از محیط و اطرافیانش دریافت می کند (به نقل از خداحیمی، ۱۳۷۴: ۳۰).

دیدگاه انسان گرایی: این دیدگاه معتقد است که سلامت روانی یعنی ارضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به سطح خودشکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح نیازهای سطوح پایین نگهدارد و از خودشکوفایی او جلوگیری کند، اختلال رفتاری به وجود خواهد آورد (میلانی فر، ۱۳۸۴: ۳۰).

در برخی از نظریه های شخصیت مساله سلامت روان تحت عنوان شخصیت سالم مورد بحث و بررسی قرار گرفته است که در آن ویژگی های افراد سالم و ملاک های سلامت روانی مشخص

1. From, Erick

2. Skinner. B,F

گردیده است در این رابطه به چند نظریه به نقل از شولتز به طور مختصر اشاره می شود (شولتز، ۱۳۷۷).

تعاریف سلامت روانی

سلامت روانی مفهوم وسیع و گسترده ای است که عوامل گوناگونی تحت شرایط مختلف بر آن تاثیر می گذارند بنابراین پرداختن به جنبه ای خاص در تعریف سلامت روان نمی تواند دیدگاه کامل و روشنی از آن ارائه دهد، بلکه در نظر گرفتن عوامل و جنبه های مختلف که در تعاریف گوناگون به آن اشاره می شود جهت شناختن دقیق و کامل این مفهوم ضروری به نظر می رسد. سلامت روانی فقط منحصر به تشریح علل مختلف رفتار نبوده بلکه هدف اصلی آن پیشگیری از وقوع ناراحتی هاست.

روش پژوهش

از دیدگاه صاحب نظران روش تحقیق در علوم اجتماعی به معنای عام کلمه ملاک ها و انواع متعددی دارد اما معمول ترین نوع طبقه بندی تحقیقات براساس هدف، میزان و درجه کنترل متغیرها و روش گرد آوری داده ها صورت گیرد. در این پژوهش با کمک تکنیک های نمونه گیری اجتماعی و آماره ها و آزمون های مربوطه سعی در تعمیم نتایج حاصله به جامعه آماری مورد نظر دارد و از طرفی پیمایش حاضر از نوعی توصیفی و تبیینی است به طوری که ضمن توصیف و توضیح متغیرها به بررسی روابط بین متغیرها به منظور تبیین و تفسیر عوامل اثرگذار بر سلامت روانی می پردازد. هر چند رویکرد غالب تحقیق پیمایشی است اما به منظور گردآوری داده های تکمیلی و نیل به نتایج دقیق تر از رهیافت های دیگر از جمله رویکرد اسنادی و میدانی بهره گرفته شد. به طوری که به منظور آشنایی با تحقیقات مشابه که توسط محققان دیگر در داخل و خارج از ایران انجام شده و همچنین انجام پاره ای از تجزیه و تحلیل های آماری از منابع اسناد و داده های موجود در دسترس استفاده شده است

فرضیه های تحقیق

۱. به نظر می رسد، علت سرپرستی زنان سرپرست خانوار بر وضعیت سلامت روان آنان تأثیر می گذارد؟

۲. به نظر می‌رسد، میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار بر وضعیت سلامت روان آنان تأثیر می‌گذارد؟
۳. به نظر می‌رسد، مدت زمان تحت پوشش گرفتن در سازمان بهزیستی بر سلامت روان زنان سرپرست خانوار تأثیر می‌گذارد؟

پرسش اصلی پژوهش

آیا زنان سرپرست خانوار از سلامت روان مطلوب برخوردار هستند؟

پرسش‌های فرعی:

- ۱- آیا علت سرپرستی زنان سرپرست خانوار با وضعیت سلامت روان آنان ارتباط دارد؟
- ۲- آیا میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار با وضعیت سلامت روان آنان ارتباط دارد؟
- ۳- آیا مدت زمان تحت پوشش گرفتن در سازمان بهزیستی با سلامت روان زنان سرپرست خانوار ارتباط دارد؟

جامعه آماری

در این پژوهش پنج مرکز از مراکز سازمان بهزیستی که عبارت بودند از مجتمع‌های: آسیه، سمانه، وحدت، طالقانی و شهدای افسریه که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انجام گرفت. جمعیت آماری اولیه ۲۵۰۰ نفر بود که پس از بررسی و محاسبه در فرمول ۳۰۰ نفر به عنوان جمعیت مورد بررسی از میان آنها انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۲۸ سوالی گلدبرگ استفاده شده زیرا این پرسشنامه توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانی را دارد. پس از تهیه و تکثیر و آماده‌سازی وسایل پژوهش و نمونه‌گیری از جامعه آماری زنان سرپرست خانوار تحت پوشش مجتمع‌های سازمان بهزیستی شهر تهران و هماهنگی‌های لازم با سازمان بهزیستی استان تهران ابزارهای اندازه‌گیری و روش اجرای آن به مددکاران اجتماعی آن مراکز آموزش، سپس توسط آزمونگر و مددکار اجتماعی به مرحله اجرا در آمده و پس از جمع‌آوری و بررسی اطلاعات نتایج استخراج شده است.

روش آماری و تحلیل داده های تحقیق

با توجه به حجم نمونه و متغیرهای مورد نظر که در سطح اسمی هستند آزمون اندازه گیری کای اسکوئر برای این منظور مناسب شناخته شده این آزمون میزان احتمال تصادفی بودن و شانس بودن همبستگی دو متغیر را اندازه می گیرد و نشان می دهد که آیا متغیرها ارتباط معناداری با هم دارند یا خیر.

نمونه: بین علت سرپرستی و وضعیت سلامت روان زنان

وضعیت سلامت روان زنان علت سرپرستی*	کم	متوسط	زیاد	f_j
کم	۳ ۰/۲۵	۱ ۰/۷۳	۵۰ ۰/۰۲	۵۴
متوسط	۱ ۵	۱۹ ۱۵	۱۶۹ ۰/۳۳	۱۸۹
زیاد	۱۵ ۹/۷۵	۲۴ ۲۸/۶	۱۸ ۰/۶۵	۵۷
f_i	۱۹	۴۴	۲۳۷	$N=۳۰۰$

* علت سرپرستی از چهار شاخص (فوت همسر، طلاق، از کارافتادگی همسر و اعتیاد همسر) تشکیل شده است که پس از Recode نمودن به سه گزینه کم، متوسط و زیاد تبدیل گشته است.

$$1 - \alpha = 0/95 \Rightarrow \alpha = 0/05$$

$$df = (K - 1)(L - 1) \Rightarrow (3 - 1)(3 - 1) \Rightarrow df = 4 \Rightarrow \chi^2 = 9/49$$

بحث و نتیجه گیری

با توجه به بررسی آماری بدست آمده مشخص گردید ۷۷٪ از زنان سرپرست خانوار سازمان بهزیستی شهر تهران از سلامت روانی کامل برخوردار نیستند و ۲۳٪ از زنان سرپرست خانوار

سازمان بهزیستی شهر تهران از سلامت روانی خوبی برخوردارند که این نتیجه به تحقیقی که مگگ واگنر ۱۹۹۷ و سولومون و همکارانش انجام داده اند بسیار نزدیک است: زنان با سرپرست شدن به علت تعدد و تعارضات نقش، آرامش روانی خود را از دست می دهند تجارب این گروه از زنان نشان می دهد که خود را متفاوت از دیگران می دانند و احساس حقارت و درماندگی، تنهایی و دلتنگی دارند (مگگ واگنر ۱۹۹۷).

مشکلات عاطفی روانی این زنان، به قربانی شدن و آسیب های روحی مانند اختلال استرس پس از حادثه، اضطراب، افسردگی و سوءمصرف از مواد مخدر منجر می شود (سولومون و همکارانش ۱۹۹۶).

در بررسی های بعمل آمده مشخص گردید که ۵۵٪ از زنان سرپرست خانوار سازمان بهزیستی شهر تهران از عزت نفس پایینی برخوردار هستند که بیشترین فراوانی از بین گزینه ها: علائم جسمانی، اضطراب، عزت نفس، افسردگی مربوط به عزت نفس پایین آزمودنی هاست و این نتیجه به پژوهشی که خانم دکتر مطیع در سال ۱۳۷۸ انجام داده است نزدیک است: افراد جامعه، فرزندان زنان سرپرست خانوار را به چشم یتیم نگاه می کنند. فرزندان این خانواده ها از وضعیت زندگی خود راضی نیستند چون خانواده های تک واحدی هنوز از نظر فرهنگی مورد پذیرش جامعه قرار نگرفته اند و همین امر موجب می شود که در جامعه در ارتباطات خود احساس حقارت، ترس و خجالت و درماندگی کنند (مطیع، ۱۳۷۸).

در بررسی های بعمل آمده مشخص گردید که ۵۴٪ از زنان سرپرست خانوار سازمان بهزیستی شهر تهران از اضطراب بالایی برخوردارند و این نتیجه به پژوهشی که توسط زینگ و کین در سال ۱۹۹۷ انجام شده است بسیار نزدیک است: نتایج نهایی گزارش های بالینی و مطالعات کنترل شده حاکی از این است که رویدادهای استرس زای زندگی می تواند هم در شروع و هم در تشدید اختلالات روانی و بیماری های جسمی نقش کلیدی داشته باشد (زینگ و کین، ۱۹۹۴).

در بررسی های بعمل آمده مشخص گردید که ۵۳٪ از زنان سرپرست خانوار سازمان بهزیستی شهر تهران از نظر جسمانی در وضعیت خوبی قرار ندارند و این نتیجه به پژوهشی که توسط آقای دکتر جغتایی در سال ۱۳۷۲ انجام شده است بسیار نزدیک است: نتایج تحقیقات نشان می دهد که حدود ۲۲٪ از زنان سرپرست خانوار برای تسکین آلام جسمانی خود به

مصرف داروهای آرام بخش روی آورده اند و همین مسأله توجه به موضوع و وضعیت سلامت جسمانی و روانی زنان سرپرست خانوار را آشکارتر می سازد (جغتایی، ۱۳۷۲).

در بررسی های بعمل آمده مشخص گردید که ۴۹٪ از زنان سرپرست خانوار سازمان بهزیستی شهر تهران دچار افسردگی اند و این به پژوهشی که مهشید نوری در سال ۱۳۸۲ انجام داده است بسیار نزدیک است: و این تحقیق نشان می دهد زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران دچار علائم افسردگی و شکایات جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افکار پارانوئید، اضطراب، وسواس، پرخاشگری و روان پریشی هستند به این ترتیب شدیدترین علائم در این زمینه افسردگی است (مهشید نوری، ۱۳۸۲).

بررسی های به عمل آمده تا حدودی به نظریه طبقاتی و ناتوانی دولت ها که بیان می کند فقر و آسیب های اجتماعی، طبقاتی است نه جنسیتی، بدین صورت که هر چقدر حمایت دولت و سازمان ها از زنان سرپرست خانوار بیشتر باشد، میزان آسیب پذیری آنان کمتر است و تحقیق حاضر بیانگر این مطلب است که زنان سرپرست خانواری که مدت زمان بیشتری از حمایت های دولتی سازمان بهزیستی استفاده کرده اند، از سلامت روان مناسب تری برخوردار هستند.

پیشنهادهای تحقیق

ارائه راهکار های مناسب اقتصادی- معیشتی در زمینه استفاده بهینه از امکانات موجود جهت خانواده های زنان سرپرست خانوار و کارآمد کردن آنان در زمینه اقتصادی به طوری که زنان سرپرست خانوار فقط مصرف کننده از منابع اقتصادی نباشند بلکه بتوانند در تولید کار و تأمین اقتصاد جامعه شریک باشند. که این راهکار می تواند از طریق آموزش مهارت های فنی و حرفه ای به زنان سرپرست خانوار انجام گیرد.

- اجرای کارگاه ها و کلاس های آموزش رایگان از قبیل مهارت های فردی و خودشناسی ویژه زنان سرپرست خانوار جهت بهبود سلامت روانی آنان و آموزش حق و حقوق زنان سرپرست خانوار به آنها، و آگاه کردن آنان به این مسأله که خود تعیین کننده و تأثیرگذار بر سرنوشت آنان است.

- ایجاد مراکز آموزشی و تفریحی ویژه زنان سرپرست خانوار و فرزندان آنان جهت بهبود کیفیت و رفاه خانواده

- ایجاد کلاس های سوادآموزی جهت ارتقاء سطح تحصیلات زنان سرپرست خانوار

منابع فارسی

- حسینی، ا. (۱۳۶۰). اصول بهداشت روانی. مشهد، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
- خداحیمی، س. (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روانشناختی. مشهد، انتشارات جاودان خرد.
- شادی طلب، ژ؛ کریمی نژاد، ع. (۱۳۸۱). فقر زنان سرپرست خانوار. فصلنامه پژوهش زنان شماره ۳.
- شعاری نژاد، ع. ا. (۱۳۷۱). درآمدی بر روانشناسی انسان. تهران، انتشارات آزاد.
- کتاب زنان، پیشینه نظری و تجربی زنان سرپرست خانوار. شماره ۳۴، ۱۳۸۵
- کرلینجر، ف. ا. (۱۳۷۶). مبانی پژوهش در علوم رفتاری. ترجمه حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند، تهران، انتشارات آوای نو.
- گنجی، ح. (۱۳۷۹). بهداشت روانی. تهران، انتشارات ارسباران.
- مرکز امور مشارکت زنان، ۱۳۸۰: ۲۸
- نوری، م. (۱۳۸۲). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار. انتشارات دانشگاه بهزیستی.
- میلانی فر، ب. (۱۳۸۴). بهداشت روانی. تهران، انتشارات قومس.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی