

بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری در سال ۱۳۸۸

محمد رضا ایروانی^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱/۲۶

تاریخ تأیید مقاله: ۸۹/۷/۲۰

صفحات مقاله: ۱۴۵-۱۱۷

چکیده

هدف از این تحقیق بررسی و مقایسه سلامت روانی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری در سال ۱۳۸۸ است. روش تحقیق مورد استفاده از نوع علی - مقایسه ای می باشد. جامعه آماری مورد نظر در این تحقیق را تعداد ۱۲۵۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری تشکیل می دهند. نمونه آماری مورد نظر در این تحقیق را ۳۸۰ نفر از زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تشکیل می دهند که به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و پرسشنامه در اختیار آنها قرار داده شده است. روش های آماری استفاده شده، روش آمار توصیفی است که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته و شامل فراوانی، درصد، میانگین، میانه، انحراف استاندارد و واریانس است. همچنین از روشهای آمار استنباطی مانند آزمون T تست در تجزیه و تحلیل استفاده شده است. ابزار مورد استفاده، تست پرسشنامه سلامت روانی می باشد.

یافته ها: نتیجه حاصل از فرضیه اول، نشانگر آن است که علائم اضطراب و اختلال در زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل می باشد. در فرضیه دوم نتیجه حاصل نشان داد که از لحاظ آماری بین میزان اختلال کارکردهای اجتماعی بین زنان عادی شاغل و سرپرست خانوار شاغل در سطح ۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد و میزان

۱. استادیار مددکاری اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر

اختلال کارکردهای اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل می باشد. در فرضیه سوم نتیجه حاصل نشان داد از لحاظ آماری بین میزان افسردگی زنان عادی شاغل و زنان سرپرست خانوار شاغل در سطح ۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد و میزان افسردگی در زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل می باشد.

* * * * *

کلیدواژه:

افسردگی، سلامت روانی، زنان سرپرست خانواده، زنان خودسرپرست



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

زنان سرپرست خانوار از جمله گروه‌های آسیب پذیر اجتماع هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر، ازکارافتادگی او، رها شدن توسط مردان مهاجر و یا بی‌مبالات، موجب آسیب پذیرتر شدن این طیف وسیع از خانوارهای ایرانی می‌شود. براساس آمارهای رسمی کشور، فقدان سرپرست خانوار، موجب فقر عاطفی و اقتصادی آنان شده است (غفاری، ۱۳۸۲).

در حال حاضر ۲۹ درصد خانوارهای دهک اول اقتصادی را خانوارهای بی‌سرپرست یا زنان سرپرست خانوار تشکیل می‌دهند (مدنی، ۱۳۸۱).

این گروه از زنان که با عنوان زنان سرپرست خانوار یا خود سرپرست در جامعه نامیده می‌شوند با مصائب، مشکلات و موانع زیادی در زندگی مواجه‌اند که در کنار مشکلات و مسائل شهرهای بزرگ، آسیب‌های جبران ناپذیری را به آن‌ها و جامعه وارد می‌سازد. توجه به مسائل و مشکلات این قشر و بررسی همه جانبه و دقیق این مشکلات و ارائه راهکارهای درست و اصولی به منظور حمایت از این قشر، از جمله وظایف نهادها و سازمان‌های خدمات اجتماعی در هر کشور می‌باشد. متأسفانه در جامعه ما زندگی زنان پس از ترک شوهر به دلیل فوت و یا طلاق، غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبه‌رو است، از جمله: سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی همراه با افسردگی و ناامیدی، همچنین نگرش غلط جامعه نسبت به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان، آنان را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو می‌کند. زنان سالمند از این گروه نیز مشکلات خاص خود را دارند.

از نظر جامعه‌شناسان، واژه سرپرست خانواده، اصطلاحی توصیفی است و به

کسی اطلاق می‌شود که قدرت قابل ملاحظه‌ای در مقایسه با سایر اعضای خانواده دارد و معمولاً مسن‌ترین فرد خانواده است و مسئولیت‌های اقتصادی خانواده به‌عهده وی است (بیانون^۱، ۱۶، ۱۹۹۶).

بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی، زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که عهده‌دار تامین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار هستند (خسروی، ۱۳۸۰: ۲۵).

در یک دسته بندی، زنان سرپرست خانوار به چند گروه عمده تقسیم می‌شوند: گروه اول، خانوارهایی که در آن مرد به طور دائمی حضور ندارد و زنان به دلیل فوت همسر یا طلاق، بیوه شده‌اند و یا دخترانی که ازدواج نکرده و تنها زندگی می‌کنند و سرپرستی خانواده را عهده‌دار می‌شوند. گروه دوم: خانوارهایی که مرد به طور موقت و به دلیل مهاجرت، مفقودالایر بودن، متواری یا زندانی شدن، سرباز بودن و... غایب است و زنان مجبورند معاش زندگی خود و احیاناً فرزندان‌شان را بپردازند. گروه سوم: خانوار شاغل‌هایی که مرد در آنها حضور دارد اما به دلیل بیکاری، از کارافتادگی، اعتیاد، سرباز بودن و... نقشی در امرار معاش ندارد و عملاً زنان مسئولیت زندگی خود و احیاناً فرزندان‌شان را عهده‌دار می‌شوند (چانت^۲، ۲۵، ۲۰۰۱).

بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، میزان سهم زنان در سرپرستی خانواده ها، ۹/۴ درصد بود، که این میزان در سال ۱۳۷۵، ۸/۴ درصد بوده و طی یک دهه از رشد یک درصدی برخوردار شده است. بنابراین، سالانه ۶۰ هزار زن در کشور

^۱ Bianon

^۲ Chant

بی‌سرپرست شده‌اند. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

ارقام مربوط به ساختار سنی این گروه از زنان، حاکی از آن است که حدود ۲۶ درصد از آنها در گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال، ۳۸ درصد بین ۴۵ تا ۶۴ سال و ۳۲ درصد نیز بین سنین ۶۵ ساله و بالاتر قرار دارند. به بیان دیگر، هر چه سن زنان افزایش می‌یابد، احتمال قرار گرفتن آنها بین گروه زنان سرپرست خانوار بیشتر می‌شود (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

دلایل عمده این موضوع، بر اثر وقوع دو اتفاق است، نخست فوت همسر که حدود ۷۰٪ این گروه را به خود اختصاص می‌دهد و در وهله دوم، عامل طلاق است که ۵ درصد زنان در شهرها و ۲ درصد در روستاها را در برمی‌گیرد. در میان زنان سرپرست خانوار شاغل شهری، ۴۳/۶ درصد باسوادند که این نسبت در نقاط روستایی ۱۶/۸ درصد است. در جامعه شهری ۳۱/۴ درصد و در جامعه روستایی ۴۴/۲ درصد از این زنان به منابع درآمدی مستقل دسترسی دارند و سایر زنان به طور عمده باید به کمک سایر اعضای خانواده و یا کمک‌های انفاقی متکی باشند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

انواع زنان سرپرست خانوار شامل: زنان بیوه، زنان مطلقه (اعم از زنانی که پس از طلاق به تنهایی زندگی می‌کنند و یا به خانه پدری بازگشته ولی خود امرار معاش می‌کنند)، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان بی‌کار، همسران مردان مهاجر، همسران مردانی که در نظام وظیفه مشغول خدمت هستند، زنان خودسرپرست (زنان سالمند تنها)، دختران خودسرپرست (دختران بی‌سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده‌اند)، همسران مردان از کارافتاده و سالمند می‌شود.

با توجه به این که در سال‌های اخیر با روند درحال رشد شمار زنان

سرپرست خانوار مواجه بوده‌ایم (که یکی از مهمترین دلایل آن افزایش آمار طلاق بوده است) نگاه ویژه به مسائل و مشکلات آنها امری ضروری و لازم است.

رفاه اجتماعی زنانی که سرپرستی خانوار را برعهده دارند، مقوله‌ای است که توجه چندانی به آن نشده است. اگر مسائل و مشکلات این زنان را با شاخص‌های رفاه مقایسه کنیم، شکاف گسترده‌ای مشاهده خواهیم کرد. برای مثال، شاخص‌هایی که برای سنجش رفاه اجتماعی بکار گرفته می‌شود، عبارتند از: بهداشت، آموزش و یادگیری، اشتغال و موقعیت اقتصادی فرد، مشارکت، فرصت‌های اجتماعی، محیط فیزیکی زیست، محیط و روابط اجتماعی. در مورد این زنان، عامل فقر اقتصادی، تعیین‌کننده اصلی وضعیت نابسامان آنهاست.

همواره مشکل فقر در خانوارهای زن سرپرست، بیشتر از خانوارهای با سرپرست مرد است. عامل فقر اقتصادی، تأثیر مستقیم و غیرمستقیم خود را بر وضعیت فرهنگی، اجتماعی و همین‌طور وضعیت اکولوژیکی خانواده بر جای می‌گذارد. بسیاری از این زنان، از فقدان یک چتر حمایتی و تأمین مالی و اجتماعی رنج می‌برند. از میان نزدیک به یک میلیون و هفتصد هزار زن سرپرست خانوار در ایران، تنها ۲۸۲۷۴ نفر، تحت پوشش طرح بیمه اجتماعی زنان قرار گرفته‌اند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

علاوه بر این، فقر زمانی، از دیگر مسائل پیش‌روی این زنان است. به طوری که تحقیقات نشان می‌دهد این زنان زمان بیشتری را صرف کار می‌کنند و این امر موجب ایجاد فقر زمانی و بی‌توجهی به جنبه‌های فرهنگی، آموزشی و تربیتی خود و فرزندان می‌شود.

دیدگاه‌های نظری

در حوزه روانشناسی؛ آدامز، سبیل، سومر و دیگر روانشناسان، معتقدند که زنان سرپرست خانوار با تقبل نقش‌های متفاوت در برابر یک سری از مسائل و مشکلاتی نظیر استرس و اضطراب، بیماری‌های روانی و افسردگی قرار می‌گیرند (بیانون، ۱۹۹۹).

در حوزه جامعه‌شناسی؛ طرفداران نظریه زنانه شدن فقر معتقدند که زنان سرپرست خانوار با مسائل و مشکلاتی نظیر عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی مناسب، سطوح پایین‌تر تحصیلات در بین زنان و فرزندانشان، افزایش بزهکاری اما دیدگاه ساختی-کارکردی با آرای پارسونز، فرزندان و فقر در ابعاد مختلف روبه‌رو هستند (مک کاون^۱، ۱۹۹۰، ۷۸).

دورکیم، شلسکی و رنه کونینگ بر این باور هستند که عدم حضور یکی از همسران خصوصاً مرد، سبب می‌شود ایفای نقشها در خانواده دچار اختلال یا کاستی شود و احتمالاً در خانواده، نابسامانی رخ می‌دهد. اساس این نظریه خانواده-های زن سرپرست، با شکل طبیعی و سنتی خانواده‌های دو والدی در تضادند. در واقع پیدایش این گروه از طرفداران نظریه طبقاتی نیز، اولاً آسیب‌پذیری و خانواده‌ها و نوعی انحراف محسوب می‌شود (رابرتسون، ۱۳۷۲، ۱۳۶).

بهداشت روانی

بهداشت روانی عبارت از بررسی قوانین و روش‌های زندگی که به کار بردن یا قبول آن موجب سلامت روانی و جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی می‌شود و همچنین توانایی کامل برای ایفای نقشهای اجتماعی، روانی، جسمی و بهداشت تنها نبود بیماری یا عقب ماندگی نیست (گنجی، ۱۳۷۶).

^۱ Mc Coven

نظریه اسلام

معیار سلامت روانی در اسلام با عنوان رشد به کار رفته یعنی به معنای قائم به خود بودن هدایت، بخت، صلاح و کمال می‌باشد. دستیابی به حداقل رشد، مجوزی برای انجام معاملات و دخالت در دارائی و انجام کارهای مستقل تلقی شده و بیشتر قائم به خود بودن و توانائی زندگی مستقل داشتن مورد توجه است (حسینی، ۱۳۷۱).

مکتب رفتار گرائی

مکتب رفتارگرائی معتقد است که بهداشت روانی به محرک‌ها و محیط‌ها وابسته است. آنچه مکاتب دیگر بیماری روانی به حساب می‌آورند، از دید رفتارگرایان، رفتاری است که مثل سایر رفتارها آموخته شده است.

پس از دید رفتارگرائی، بهداشت روانی رفتاری است که با محیطی معین با نوعی هنجار رفتاری، سازگاری دارد. این مکتب معتقد است رفتار ناسالم نیز مثل سایر رفتارها در اثر تقویت آموخته می‌شود، بنابراین بهداشت روانی نیز رفتاری است که آموخته می‌شود (گنجی، ۱۳۷۶).

مکتب روان کاوی

روان‌کاوی معتقد است که شخصیت فرد از سه عنصر تشکیل می‌شود: نهاد، من و من برتر. نهاد عنصر ذاتی شخصیت است و به هنگام تولد وجود دارد، منبع تمام نیروهای غریزی فرد است و از اصل کسب لذت پیروی می‌کند.

من برتر که در اوائل کودکی آغاز می‌شود و اصلی آرمانی است و از اصل کمال جوئی پیروی می‌کند و همان وجدان اخلاقی می‌باشد.

من از تولد به بعد همراه با رشد کودک، ساخته می‌شود. من، تابع اصل

واقعیت است. تحلیل می‌کند، می‌فهمد و ناسازگار می‌شود.

به نظر روان‌کاوان، بهداشت روانی زمانی تضمین می‌شود که من با واقعیت سازگار شود و همچنین تکانش‌های غریزی نهاد به کنترل درآید. بعضی دیگر می‌گویند که باید من بین سه عنصر شخصیت (نهاد - من - من برتر) تعادل برقرار کند. بدین صورت که من باید بتواند بین تعارض‌های نهاد و من برتر تعادل به وجود آورد (گنجی، ۱۳۷۶).

مکتب زیست گرائی

دیدگاه روان‌پزشکی برای تبیین بیماری روانی به پدیده‌ها و اختلال‌های فیزیولوژیک اهمیت می‌دهد و درباره‌ی فرد، دید تعادل حیاتی دارد. طبق این دید، بهداشت روانی عبارت است از نظام متعادلی که خوب کار می‌کند. اگر تعادل به هم بخورد، بیماری روانی ظاهر خواهد شد. بنابراین می‌توان رفتار را به پاندولی تشبیه کرد که بین دو قطب بیماری نوسان دارد و بهداشت روانی بین آن دو قطب جای می‌گیرد. ممکن است پاندول از نوسان بیفتد و اینجاست که دشواری‌های ناسازگاری با واقعیت زندگی روزانه ظاهر می‌شود.

بهداشت روانی زمانی وجود خواهد داشت که بافت‌ها، اندام‌های بدن به طور سالم کار کنند. هر نوع اختلال در دستگاه عصبی و در فرآیندهای شیمیایی بدن اختلال روانی را به همراه خواهد آورد (گنجی، ۱۳۸۰).

درمان روانکاوی

درمانگر سعی می‌کند تعارض‌های موجود بین سه سطح (نهاد، من و من برتر) را از بین ببرد و بهداشت روانی را برای خود بازگرداند. در این روش سعی می‌شود فرد از تعارض‌های ناآگاه خود مطلع شود در نتیجه احساس کند بر خود تسلط

دارد و بر اثر همین احساس تسلط بر خویشتن، اعتماد به نفس بهبود یابد. برای این کار، روان‌کاوان از روش‌های تداعی آزاد و تعبیر خواب کمک می‌گیرند.

درمان رفتار گرائی

در این روش درمانگرها از اصول یادگیری کمک می‌گیرند تا رفتارهای نابهنجار را اصلاح کنند. این دیدگاه، خود رفتار مسأله‌دار را هدف قرار می‌دهد و علت‌های آن را بررسی نمی‌کند.

درمانگران رفتارگرا، فهرست رفتارهای ناسازگار و فهرست رفتارهای سازگار را فراهم می‌آورند. بعد از فراوانی گروه اول می‌کاهند و در مقابل به فراوانی گروه دوم می‌افزایند.

آن‌ها برای انجام این کار از اصول شرطی شدن کلاسیک یا پاسخگر و عامل و یا کنشگر کمک می‌گیرند که در آن از فنون حساسیت زدائی منظم و درمان از طریق ایجاد بی‌زاری استفاده می‌شود (گنجی، ۱۳۸۰).

درمان انسانگرا

انسانگراها معتقدند انسان‌ها در مورد آن چه می‌خواهند باشند، آزادند و مسئولیت انتخاب را برعهده دارند. این گروه به مردم می‌قبولاند که توانائی‌های بالقوه زیادی دارند، می‌توانند مسائل خود را حل کنند و از ارزش بسیار بالائی برخوردارند.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده

در پژوهشی که توسط عباس سالاری با عنوان تأثیر فقدان پدر بر اختلالات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر تهران در

سال ۱۳۷۳ انجام شده، حاکی از آن است که مسئله اساسی پی بردن به تأثیر فقدان پدر در اختلالات رفتاری کودکان فاقد پدر بوده و به مسائل دیگری چون جنس، سن کودک، میزان تحصیلات، سن مادر و فقدان پدر پرداخته است. نمونه پژوهش شامل ۱۶۰ دختر و پسر تحت پوشش کمیته امداد بوده که از ۴ منطقه ۱۱، ۱۵، ۱۷ و ۲۰ آموزش و پرورش به روش خوشه‌ای انتخاب شده است. از مجموعه ۱۲ فرضیه، ۴ فرضیه تایید و نتایج زیر استخراج شده است: هیچ یک از متغیرهای سن کودک، ترتیب تولد، سن و تحصیلات مادر با اختلالات رفتاری رابطه معناداری نداشت و حتی داشتن یا نداشتن پدر نیز بر کودکان تحت پوشش کمیته امداد تأثیری نداشت. بلکه شرایط و اوضاع اقتصادی عامل اصلی است. مادران این کودکان که بار اصلی زندگی را به دوش می‌کشند مانند سایر مادران، تعامل لازم را با کودکانشان ندارند. پدران کودکان نیز به علت نقایص و بیماری جسمی و روانی، حضورشان مؤثر نیست و مادران آنها به نوعی دچار افسردگی و نگرانی هستند و در نتیجه فرزندان آنها نیز دچار اختلالات روانی می‌شوند.

پژوهشی در سال ۱۳۸۱ توسط فاطمه رضایی با عنوان "بررسی مشکلات اقتصادی اجتماعی خانواده‌های زن سرپرست تحت پوشش بهزیستی شهرستان خمین" انجام شده است. تحقیق حاضر با هدف دستیابی به اطلاعات لازم در رابطه با وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده‌های زن سرپرست برای تقویت فعالیت‌های مربوط به این گروه خانواده‌ها انجام شده است. جامعه آماری ۵۰ خانوار زن سرپرست ۶۵-۱۵ ساله تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان خمین بوده است. روش تحقیق پیمایشی و اطلاعات به وسیله پرسشنامه استخراج شده و نتایج زیر به دست آمده است: ۶۹ درصد زنان سرپرست خانوار دارای تحصیلات پایین بودند، ۵۰ درصد آنها در مشاغل پایین جامعه اشتغال داشتند و

۳۴ درصد آنها در مشاغل نیمه مهم، ۱۶ درصد آنها شاغل نبودند، ۶۴ درصد دارای درآمد پایین و ۲۴ درصد فاقد درآمد بودند، ۸۰ درصد از خانواده‌ها زنان سرپرست خانوار دارای پایگاه اجتماعی، اقتصادی متوسط و پایین بودند. همچنین ۳۲ درصد علت سرپرستی زن و فوت مرد، ۲۲ درصد بیماری و ازکارافتادگی، ۱۸ درصد زندانی بودن مرد، ۱۲ درصد طلاق و ۱۶ درصد سایر موارد ذکر شده است.

نتایج حاصل از پژوهشی دیگر با عنوان "بررسی سیاست‌های اجتماعی پیرامون حقوق زنان مطلقه سرپرست خانوار" توسط فاطمه قربانی در سال ۱۳۸۰، حاکی از آن است که ضعف قوانین در زمینه دسترسی زنان مطلقه به حقوقی که بعد از طلاق در قوانین حقوقی برای آنها در نظر گرفته شده است به خصوص در زمینه مهریه، اجرات المثل و نفقه برای نگهداری فرزندان، از جمله مسائل و مشکلات زنان سرپرست خانوار بوده است.

نتایج پژوهش نازنین تدین نجف آبادی در سال ۱۳۸۰ با عنوان "بررسی وضعیت اشتغال زنان بیوه" نشان می‌دهد که مشکلات و موانع اشتغال برای زنان مربوط به سرپرست خانوار استان تهران به تمامی کشور مربوط است. وضعیت فیزیولوژیک زنان و نظام شخصیتی آنان از نظام فرهنگی و ارزش‌های جامعه تأثیر می‌پذیرد و در اکثر مناطق کشور از مهمترین موانع می‌باشد.

بررسی آسیب‌های روانی - اجتماعی زنان سرپرست خانواده و نتایج طرح توسط زهره خسروی در سال ۱۳۸۰ نشان می‌دهد که عمده‌ترین مشکلات زنان سرپرست خانواده، در قالب مشکلات اقتصادی، عدم آگاهی برای اداره امور اقتصادی خانوادگی، نگرش‌های منفی اجتماعی نسبت به زن سرپرست خانواده، نگرانی نسبت به آینده فرزندان و تعدد تعارض نقش اظهار می‌شود.

بررسی میزان موفقیت طرح‌های خودکفایی و اشتغال‌زایی کمیته امداد امام خمینی (ره) و نتایج بدست آمده از تحقیق توسط قدرت الله دوست محمدی در ایجاد و تقویت فرصت‌های شغلی مناسب برای زنان سرپرست خانوار استان سمنان طی سال‌های ۸۲-۱۳۸۱ نشانگر آن است که ارائه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای از سوی کمیته امداد در ایجاد و تقویت فرصت‌های شغلی مناسب برای زنان سرپرست خانوار، در جهت حل مشکلات آنها بسیار موثر بوده است.

ری‌دیک و استوارت (۱۹۹۴) در مورد ۶۰۰ زن سرپرست خانوار و عادی آمریکایی تحقیق کردند و دریافتند زنان سرپرست خانواری که در فعالیت‌های تفریحی مشارکت بیشتری داشتند، از بهداشت روانی بالاتری برخوردار بودند.

روش

در این پژوهش روش تحقیق استفاده شده از نوع تحقیق، روشی توصیفی است که به طریق نیمه تجربی اجرا می‌شود.

ابزار اندازه‌گیری

با توجه به این‌که در این پژوهش افسردگی مورد بررسی قرار گرفته، جمع‌آوری اطلاعات نیز از طریق تست بک صورت می‌گیرد. «تست افسردگی بک» (BDI) شامل ۱۲۴ سوال بوده و بر اساس ۳۶ جنبه مختلف افسردگی تدوین شده است.

روش نمونه‌گیری

به علت آسانی عملیات میدانی و کم شدن هزینه آمارگیری، از نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده می‌شود و همچنین برای یک نمونه با حجم معین سودبخشی نمونه‌گیری خوشه‌ای در مقایسه با نمونه‌گیری پراکنده واحدهایی که از جامعه به

صورت واحد به واحد انتخاب می‌شود کمتر است، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده می‌شود. در پیمایش ابتدا نمونه‌گیری از مناطق مختلف شهر ساری بر اساس تقسیم‌بندی نقاط شهرداری انتخاب گردید.

جامعه آماری

جامعه آماری مورد نظر در این تحقیق را بالغ بر ۱۲۵۰۰ نفر، مرکب از زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری تشکیل می‌دهد که بعد از احتساب میزان تراکم بخش‌ها و دهستان‌ها و نقاط شهری و روستایی از طریق اطلاعات بدست آمده از مناطق مذکور با استفاده از قواعد آماری مربوط به تعیین حجم نمونه از طریق لینک اینترنتی تعیین حجم نمونه به آدرس زیر پرداخته:

<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به شرح زیر اعضای نمونه انتخاب شدند:

حجم جامعه^۱ مورد مطالعه بالغ بر ۱۲۵۰۰ نفر است که مرکب از زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری می‌باشد.

Confidence Level= %۹۵

Confidence Interval=۵

n= تعداد نمونه^۲ که با جایگزینی مقادیر ذکر شده در فرمول تعداد، عدد ۳۷۳

^۱ Population

^۲ Sample size needed

محاسبه شد که برای اطمینان بیشتر ۳۸۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. براساس آمار موجود ۸٪ از زنان شاغل شهرستان ساری را زنان سرپرست خانوار تشکیل می‌دهند بنابراین تعداد ۳۰ نفر زنان سرپرست خانوار شاغل و ۳۵۰ نفر زنان عادی شاغل انتخاب شدند. سپس حجم برآورد شده به صورت متناسب به هر یک از مناطق شهری و روستایی مورد نظر تخصیص داده شد.

فرضیه‌های تحقیق

به نظر می‌رسد بین میزان اضطراب و اختلال خواب زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تفاوت معناداری وجود دارد. هم چنین بین میزان اختلال کارکردهای اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر این‌ها بین میزان افسردگی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تفاوت معناداری وجود دارد.

ابزار اندازه‌گیری

در روش‌های زمینه‌یابی برای جمع‌آوری اطلاعات از کلیه آزمودنی‌ها از یک نمونه از ابزار جمع‌آوری اطلاعات استفاده می‌شود. پرسشنامه و مصاحبه انفرادی معمولی‌ترین ابزاری هستند که در روشهای زمینه‌یابی به منظور جمع‌آوری اطلاعات به کار برده می‌شوند. در این تحقیق ابزار مورد استفاده پرسشنامه سلامت روانی می‌باشد.

این پرسشنامه فرم ۲۸ ماده‌ای است که در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگوهیلر برای غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیرپسیکوتیک طراحی شده است.

این پرسشنامه ۲۸ سئوالی، وضع کسالت و ناراحتی فرد را با تأکید بر مسائل روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی در زمان حال ارزیابی می‌کند. هر کدام از حیطه‌های مذکور هفت سئوالی می‌باشد و پاسخ‌های آن به صورت چهارگزینه‌ای می‌باشد. در همه گزینه‌ها درجات پایین نشان دهنده سلامتی و درجات بالا حاکی از عدم سلامتی و وجود ناراحتی در فرد است.

این پرسشنامه مشتمل بر چهار مقیاس فرعی است هر یک از این مقیاس‌ها دارای ۷ پرسش است. این مقیاس‌ها عبارتند از: علائم جسمانی شامل سوالات (۱-۷)، اضطراب و اختلال خواب شامل سوالات (۸-۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی سوالات (۱۵-۲۱) و بالاخره افسردگی شدید شامل سوالات (۲۲-۲۸).

روایی و اعتبار

گلدبرگ و بکل ول (۱۹۷۰) ضریب همبستگی نمرات سلامت عمومی را با نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات به ۸۰٪ گزارش کرده‌اند. همچنین همبستگی این آزمون (GHQ) با SCI-۹۰ برابر با ۷۸٪ گزارش شده است. در تحقیقی دیگر (۱۹۷۸) همبستگی بین GHQ و PSE یا پرسشنامه بررسی وضعیت فعلی را برابر با ۷۶٪ گزارش کرده‌اند.

تحقیقات به عمل آمده در ایران نیز اعتبار این پرسشنامه را در حد خوب و عالی بدست آورده‌اند برای نمونه یعقوبی حساسیت و ویژگی این آزمون را در نقطه برش ۲۳، به ترتیب ۸۹/۵٪ و ۸۲٪ گزارش نموده است.

پایایی

ضریب اعتبار با روش بازآزمایی ۵۵٪ و ضریب هماهنگی درونی پرسشنامه را ۸۵٪ گزارش شده است. در ایران نیز یعقوبی (۱۳۷۴) پایایی این آزمون را ۸۸٪

گزارش کرد.

روش نمره‌گذاری

پنج روش نمره‌گذاری پیشنهاد شده است. طبق تحقیقات به عمل آمده بهترین روش نمره‌گذاری به شیوه نمره‌گذاری ساده لیکرت است که نقطه برش این آزمون نمره ۲۳ می‌باشد. نمره آن‌هایی که در این آزمون زیر ۲۳ است از سلامتی برخوردارند و کسانی که نمره آنها بالای ۲۳ است نیازمند پیگیری‌های بعد هستند. روش آماری مورد نظر از نوع T تست می‌باشد.

تجزیه و تحلیل آماری

فرضیه ۱: به نظر می‌رسد بین میزان اضطراب و اختلال خواب زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول شماره ۱: توصیف داده‌های آماری میزان علائم اضطراب و اختلال

زنان سرپرست خانوار شاغل		زنان عادی شاغل									
انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین						
۴.۶۸	۳۰	۶.۸۹	۳.۷۱	۳۵۰	۶.۱۲						
<p>علائم اضطراب و اختلال خواب</p>											
<p>آزمون t</p> <p>df = ۱۱ : درجه آزادی T محاسبه شده: d=۲.۸۴</p>											
<table border="1"> <tr> <td>df</td> <td>۰.۰۵</td> <td>۰.۰۱</td> </tr> <tr> <td>۱۱۸</td> <td>۱.۸۷</td> <td>۲.۳۲</td> </tr> </table> <p>جدول توزیع t</p>						df	۰.۰۵	۰.۰۱	۱۱۸	۱.۸۷	۲.۳۲
df	۰.۰۵	۰.۰۱									
۱۱۸	۱.۸۷	۲.۳۲									
<p>قیاس</p> <p>در سطح اصمیان ۹۵٪ : $۱.۸۷ < ۲.۸۴$ در سطح اصمیان ۹۹٪ : $۲.۳۲ < ۲.۸۴$</p>											
<p>نتیجه</p> <p>فرضیه تأیید می‌شود</p>											

با توجه به نمرات جدول بالا در درجه آزادی ۱۱۸، t بدست آمده از آزمون t بزرگ‌تر از مقادیر t مشاهده شده از جدول در سطح ۹۹٪ و بزرگتر از مقادیر t مشاهده شده در سطح ۹۵٪ می‌باشد. نتیجه این که از لحاظ آماری، بین میزان اضطراب و اختلال خواب زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل در

سطح ۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد و علائم اضطراب و اختلال در زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل می‌باشد.

فرضیه ۲: به نظر می‌رسد بین میزان اختلال کارکردهای اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۲: توصیف داده‌های آماری میزان علائم در کارکرد اجتماعی

زنان سرپرست خانوار شاغل		زنان عادی شاغل										
انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	علائم اختلال در کارکرد اجتماعی						
۳۸۶	۳۰	۶۹۸	۳۲۳	۳۵۰	۴۵۶							
df = ۱۱۸ : درجه آزادی T محاسبه شده: t = ۲۸۹						آزمون t						
<table border="1"> <tr> <td>df</td> <td>۰۰۵</td> <td>۰۰۱</td> </tr> <tr> <td>۱۱۸</td> <td>۱٫۷۳</td> <td>۲٫۷۹</td> </tr> </table>						df	۰۰۵	۰۰۱	۱۱۸	۱٫۷۳	۲٫۷۹	جدول توزیع t
df	۰۰۵	۰۰۱										
۱۱۸	۱٫۷۳	۲٫۷۹										
در سطح اطمینان ۹۵٪: ۲۸۹ < ۱٫۷۳ در سطح اطمینان ۹۹٪: ۲۸۹ < ۲٫۷۹						قیاس						
فرضیه تأیید می‌شود						نتیجه						

با توجه به نمرات جدول بالا در درجه آزادی ۱۱۸، t بدست آمده از آزمون t بزرگتر از مقادیر t مشاهده شده از جدول در سطح ۹۹٪ و بزرگتر از مقادیر t مشاهده شده در سطح ۹۵٪ می‌باشد. نتیجه این که از لحاظ آماری، بین علائم

اختلال در کارکرد اجتماعی در بین میزان اختلال کارکردهای اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل در سطح ۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد و میزان اختلال کارکردهای اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل می باشد .

فرضیه ۳: به نظر می رسد بین میزان افسردگی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۳: توصیف داده‌های آماری میزان میزان افسردگی

زنان سرپرست خانوار شاغل			زنان عادی شاغل			میزان افسردگی						
انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین							
۳۸۹	۳۰	۵.۷۸	۳.۱۸	۳۵۰	۴.۷۴							
df = ۱۱۸ : درجه آزادی T محاسبه شده: t=۲.۸۳						آزمون t						
<table border="1"> <tr> <td>df</td> <td>۰.۰۵</td> <td>۰.۰۱</td> </tr> <tr> <td>۱۱۸</td> <td>۱.۶۸</td> <td>۲.۵۴</td> </tr> </table>			df	۰.۰۵	۰.۰۱	۱۱۸	۱.۶۸	۲.۵۴				جدول توزیع t
df	۰.۰۵	۰.۰۱										
۱۱۸	۱.۶۸	۲.۵۴										
$۱.۶۸ < ۲.۸۳$ $۲.۵۴ < ۲.۳۸$			در سطح اصمیتان ۹۵٪ در سطح اصمیتان ۹۹٪			قیاس						
فرضیه تایید می شود						نتیجه						

با توجه به نمرات جدول بالا در درجه آزادی ۱۱۸، t بدست آمده از آزمون t

کوچکتر از مقادیر t مشاهده شده از جدول در سطح ۹۹٪ و بزرگتر از مقادیر t مشاهده شده در سطح ۹۵٪ می‌باشد. نتیجه این که از لحاظ آماری بین میزان افسردگی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل در سطح ۵٪ تفاوت معنادار وجود دارد و میزان افسردگی در زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل می‌باشد.

در فرضیه اول: به نظر می‌رسد بین میزان اضطراب و اختلال خواب زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه حاصل از این فرضیه نشان داد که از لحاظ آماری بین میزان اضطراب و اختلال خواب زنان سرپرست خانوار شاغل و عادی شاغل در سطح ۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد و علائم اضطراب و اختلال در زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل می‌باشد.

در فرضیه دوم: به نظر می‌رسد بین میزان اختلال کارکردهای اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه حاصل از این فرضیه نشان داد که از لحاظ آماری بین میزان اختلال کارکردهای اجتماعی در بین زنان عادی شاغل و سرپرست خانوار شاغل در سطح ۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد و میزان اختلال کارکردهای اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل می‌باشد.

فرضیه سوم: به نظر می‌رسد بین میزان افسردگی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه حاصل از این فرضیه نشان داد از لحاظ آماری بین میزان افسردگی زنان عادی شاغل و زنان سرپرست خانوار شاغل در سطح ۵٪ تفاوت معناداری وجود دارد و میزان افسردگی در زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی

شاغل می‌باشد.

بحث و تفسیر

همان‌گونه که در نتایج و یافته‌های تحقیق، ملاحظه شد، این پژوهش با پژوهش آقای عباس سالاری با عنوان "تأثیر فقدان پدر بر اختلالات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر تهران" در سال ۱۳۷۳ انجام شده انطباق دارد. همان‌گونه که در نتایج و یافته‌های تحقیق، ملاحظه شد مسائل اجتماعی، فرهنگی و آموزشی زنان سرپرست خانوار به لحاظ اهمیت موضوع، در صدر تمامی مسائل و مشکلات زنان سرپرست خانوار قرار گرفته‌اند. از سوی دیگر نتایج و بررسی مشکلات اقتصادی، اجتماعی، یافته‌های دیگر تحقیقات انجام گرفته از جمله پژوهش فاطمه رضایی با عنوان "بررسی آسیب‌های روانی- اجتماعی زنان" و "خانواده‌های زن سرپرست تحت پوشش اداره بهزیستی شهرستان خمین" توسط زهره خسروی در سال ۱۳۸۰ نیز حاکی از آن است که بدون ایجاد بستر فرهنگی و اجتماعی، سرپرست خانواده مناسب در جامعه، هیچ‌گاه ما شاهد جامعه‌ای سالم و متعالی نخواهیم بود.

همچنین نتایج این تحقیق با نتایج طرح آسیب‌های روانی- اجتماعی زنان سرپرست خانواده که توسط زهره خسروی در سال ۱۳۸۰ انجام شده در یک راستاست، با این تفاوت که عمده‌ترین مشکلات زنان سرپرست خانواده از دیدگاه طرح خانم خسروی در قالب مشکلات اقتصادی، زمانی برای زنان سرپرست خانوار زمینه‌های ارتقای شغلی را به وجود می‌آید که پایه‌ها، اصول و شرایط کار کردن و کارآفرینی فراهم شود. بنابراین زیربنای تمام مباحث اقتصادی و مشکلات

زنان سرپرست خانوار به عدم اعتماد به نفس آنها و فقدان آموزش‌های اولیه رسمی و غیررسمی مربوط می‌باشد.

عامل رفاهی نیز به عنوان عامل مؤثر دیگری در میزان افسردگی است و نشانگر این موضوع است که زنان سرپرست خانوار از لحاظ دارا بودن لوازم اولیه زندگی در بدترین شرایط موجود به سر برده‌اند، به طوری که وضعیت مالی و تغذیه مناسب نداشته و به واسطه عدم استطاعت مالی، فرزندان آنها از بسیاری از آموزش‌های رسمی و غیررسمی لازم دور شده‌اند. با توجه به آن چه گفته شد، می‌توان به صورت خلاصه برخی از مهمترین عوامل مؤثر در بروز افسردگی زنان سرپرست خانوار شهرستان ساری را چنین برشمرد:

فقدان نگرش و دید مثبت برای ازدواج مجدد در میان زنان سرپرست خانوار، عدم پشتیبانی مالی، عاطفی و روحی برای تداوم زندگی، ناامن بودن جامعه و رشد روزافزون نگرانی‌ها و مشکلات خاص زنان سرپرست خانوار، فقدان سازوکارهای لازم و مناسب حمایتی پایدار از سوی دولت و دستگاه‌های اجرایی کشور و عدم وجود مهارت و تخصص در شغل.

پیشنهادات

باید هرگونه تئوری جنسیتی که مانع از ارتقای شغلی زنان سرپرست خانوار شاغل شده و باعث می‌شود مردانی که از آنان لیاقت کمتری دارند به مشاغل بالای سازمانی بپردازند، از میان برود تا جامعه بیش‌تر در مسیر توسعه گام بردارد. باید آموزش را برای زنان سرپرست خانوار شاغل الزامی کرد تا آنان نسبت به آموزش و اثرات آموزش در محیط خانواده و جامعه آگاه شوند و بفهمند زمانی که آموزش ببینند می‌توانند فرزندان بهتر و آگاه‌تری را تحویل جامعه دهند و از

طرفی آموزش زنان باعث کاهش موالید و کنترل جمعیت می‌شود. برای زنان سرپرست خانوار شاغل باید امکانات و تسهیلاتی را فراهم کرد تا بتوانند از عهده‌ی نقش دوگانه‌ی خود در خارج و داخل خانه برآیند. سعی شود در محیط کار طبق قوانین استخدامی و قانون کار عمل شود. همچنین بین زنان سرپرست خانوار شاغل و مردانی که در شرایط مساوی استخدام می‌شوند در طول مدت کار نیز در احراز مشاغل بالا، تساوی حاکم باشد. مردان جامعه باید بدانند کارهای خانه وظیفه‌ی زن نیست و زن می‌تواند بابت انجام آن اجرت مطالبه کند.

شناسایی توانایی‌های زنان سرپرست خانوار شاغل با ایجاد سازمان‌هایی که در آن با توجه به علاقه‌ای که دارند به فعالیت بپردازند تا استعدادهای آنها شکوفا شده و به هدر نرود و در جامعه نیز بتوان از آنها نهایت استفاده را نمود.

برگزاری کارگاه‌های آموزشی در ارتقای فرصت‌های شغلی برای زنان سرپرست خانوار شاغل.

ایجاد انجمن‌ها، مؤسسات و سازمان‌ها و در واقع مراکز تجمع برای زنان سرپرست خانوار شاغل با هدف اعتلای آگاهی و دانش زنان که در آن مکان‌ها تبادل نظر بین افراد برای از بین بردن مشکلاتشان ایجاد شود.

ارائه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای از سازمان بهزیستی و کمیته امداد در ایجاد و تقویت فرصت‌های شغلی مناسب برای زنان سرپرست خانوار شاغل.

افزایش میزان آموزش با استفاده از وسایل ارتباطی جمعی یعنی با استفاده از تلویزیون و... می‌توان بینش علمی، سیاسی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل را افزایش داد.

اعطای وام برای تامین فضای خودکفایی در تقویت فرصت‌های شغلی برای

زنان سرپرست خانوار شاغل.

راهکارها

تاسیس مراکز مشاوره و ارائه خدمات فرهنگی، آموزشی و اجتماعی به زنان و اعضای خانواده از طریق مددکاران اجتماعی و افزایش حس اعتماد به نفس و شناخت توانایی‌ها و قابلیت‌های نهفته زنان سرپرست خانوار.

سازماندهی بیمه‌های مختلف از جمله بیمه عمر و غیره برای جهت تضمین زندگی آینده و تسهیل استفاده زنان سرپرست خانوار از بیمه‌های فوق برای تضمین آینده نامطمئن.

با توجه به حمایت‌های ناکافی جامعه و دولت، لزوم اصلاح قوانین برای رفع مسائل موجود احساس می‌شود. به علاوه تصویب قوانین اجتماعی از نظر بیمه و دیگر خدمات رفاهی ضروری به نظر می‌رسد. اگر در اصلاح قوانین و ارائه راهکارها برای رفع مشکلات زنان سرپرست خانوار با رویکرد توانمندسازی زنان به مسائل آنها پرداخته شود، به آنها کمک خواهد شد تا حداقل در مدت کوتاهی به چرخه‌های حمایتی دولت وابسته باشند و سپس با استقلال اقتصادی به زندگی خود در سطح مناسب ادامه دهند.

شناسایی زنان سرپرست خانوار در هر محله از شهر یا روستا و ارائه آموزش‌های لازم در زمینه مهارت‌های خود اشتغالی با در نظر گرفتن دوره‌ها و شیوه‌های آموزشی کارگاهی در قالب عملی و اجرایی در محله‌ها.

شناسایی، حمایت و تأمین اقشار زنان آسیب دیده نیازمند (معلول، سالمند و سرپرست خانوار) برای تحقق عدالت اجتماعی.

تقویت نظارت و ضمانت اجرای قوانین و آیین‌نامه‌ها در خصوص زنان و کودکان بی‌سرپرست در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگ‌سازی و ترویج ازدواج مجدد زنان بیوه.

جلب توجه و حمایت مسئولین آموزش و پرورش، برای ارائه خدمات آموزشی، تربیتی و مشاوره ویژه برای حل مشکلات فرزندان این گونه خانواده‌ها و تأمین نیازهای عاطفی و آموزشی آنان.

ارتقاء آگاهی‌ها و آموزش خانواده، زنان و دختران در خصوص وقوع بحران‌هایی مانند بیوه‌گی، ازکارافتادگی همسر برای بالا بردن قدرت مدیریت زنان در مقابله با این گونه بحران‌ها.

توانمندسازی زنان سرپرست خانوار در عرصه‌های مختلف فرهنگی، اقتصادی.

تشکیل گروه‌ها و انجمن‌های حمایتی و خدمات رسانی به زنان سرپرست خانواده با اهداف کاریابی، گذران اوقات فراقت.

نظارت مستمر بر اعمال مقررات قانون کار نسبت به زنان سرپرست خانوار.

لزوم توانمندسازی فرزندان زنان سرپرست خانوار.

لزوم اتخاذ تدابیر لازم برای ساماندهی امنیت زن در محیط کار و در عرصه‌های دولتی و غیردولتی.

لزوم شناسایی زنان کارآفرین و زنان شاغل سرپرست خانوار و اولویت در اعطای تسهیلات به آنان.

اعطای تسهیلات به دانش‌آموختگان زن در جهت اشتغال آنان و زنان سرپرست خانوار.

ضرورت تأسیس صندوق حمایت از زنان بی‌سرپرست و سرپرست خانواده

در جهت ایجاد استقلال و خودکفایی و فعال کردن گروه‌های همیار زنان بی-سرپرست.

منابع

۱. تدین نجف آبادی، نازنین (۱۳۸۰)، بررسی وضعیت اشتغال زنان بیوه سرپرست خانوار استان تهران، دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی.
۲. حسینی، ابولقاسم (۱۳۷۱)، اصول بهداشت روانی، جلد اول، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد. چاپ سوم.
۳. خسروی، زهره، (۱۳۸۰)، آسیب‌های روانی - اجتماعی زنان سرپرست خانواده، انتشارات دهخدا، تهران.
۴. خسروی، زهره (۱۳۷۸)، بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل، مرکز امور مشارکت زنان نهاد ریاست جمهوری.
۵. دوست محمدی، قدرت‌الله (۱۳۸۲)، بررسی میزان موفقیت طرح‌های خودکفایی و اشتغال‌زایی کمیته امداد امام خمینی (ره) در ایجاد و تقویت فرصت‌های شغلی مناسب برای زنان سرپرست خانوار استان سمنان، کمیته بانوان و جوانان، کمیته امداد امام خمینی (ره) استان سمنان.

۶. رابرتسون، ایان (۱۳۷۲)، درآمدی بر جامعه با تاکید بر نظریه های کارکردگرایی، ستیز و کنش متقابل نمادی، ترجمه حسین بهروان، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
۷. رضایی، فاطمه (۱۳۸۱)، بررسی مشکلات اقتصادی اجتماعی خانواده‌های زن سرپرست تحت پوشش بهزیستی شهرستان خمین، دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی.
۸. سالاری، عباس (۱۳۷۳)، تأثیر فقدان پدر بر اختلالات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
۹. گنجی، حمزه (۱۳۷۶)، بهداشت روانی، انتشارات نشر ارسباران چاپ اول تهران.
۱۰. گنجی، حمزه (۱۳۸۰)، روانشناسی عمومی، چاپ یازدهم، انتشارات بعثت.
۱۱. غفاری، مریم، (۱۳۸۲)، چند نقشی بودن زنان سرپرست خانوار، فرصت‌ها و چالش‌ها، فصلنامه پژوهش زنان، ش ۵
۱۲. قربانی، فاطمه (۱۳۸۰)، بررسی سیاست‌های اجتماعی پیرامون حقوق زنان مطلقه سرپرست خانوار شاغل، دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی.
۱۳. لوگان، کرتیس (۲۰۰۵)، روانشناسی سلامت، ترجمه دکتر فرزاد شهابی، چاپ اول، انتشارات وراي دانش.

۱۴. مدنی، سعید (۱۳۸۱). طرح توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، دفتر بررسی های اقتصادی فرهنگی، انتشارات مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی.

۱۵. مرکز آمار ایران، نتایج سرشماری نفوس و مسکن، سال ۱۳۸۵.

۱۶. *Bianon, L. (1999), Gender, Psychological Perspective, Allan and Bacon, Boston.*

۱۷. *Chant, S., (2001). Women – headed Households: Diversity and Dynamics in the Developing World. Hound mills, Basingstoke: McMillan*

۱۸. *Mc Coven, L. (1990). The determinate and consequences of female-headed household. Population council and international center for Research on women.*

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی





پښتونستان ښار، پښتونستان
پښتونستان ښار، پښتونستان