مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۱۱، بهار ۱۳۹۷جلد ۲، ص۳۷-۳۱

http://www.jisc.ir

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۱/ بهار ۱۳۹۷ / ص۳۷-۳۱

مقایسه ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده با زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویر احمد

طیبه محمدی [۱] ، علی خواجه لندی [۲] ، سجاد رویین تن [۳]

[۱] کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران.

[۲] دکتری گروه تربیت بدنی،دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران.

[۳] کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج.

نام نویسنده مسئول:

طیبه محمدی

چکیده

هدف از بررسی این پژوهش بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده با زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویر احمد می باشد مطالعه حاضر در چهار چوب مطالعه علی مقایسه ای انجام یافت برای این منظور تعداد ۱۶۰زن در دو گروه زنان سرپرست خانوار و زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی در استان کهگیلویه و بویر احمدپرداخته با توجه به معیار های پژوهش انتخاب شدند برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با عنوان WHO, QOL-BREF استفاده شد. به منظور تجزیه اطلاعات حاصله از آزمون تی، واریانس یک طرفه استفاده شد. بر اساس اطلاعات استخراج شده از تحقیق، زنان سرپرست خانوار در این مطالعه در سن میانسالی قرار داشتند. یافته های پژوهش حاکی از این است که هر دو گروه کیفیت زندگی متوسطی داشته اما کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار باز توان شده نسبت به زنان سرپرست تحت پوشش وضعیت بهتری دارد. نمره ابعاد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و سلامت محیطی در دو گروه زنان سرپرست خانوار اختلاف معناداری نشان داد .

نتیجه گیری: زنان بازتوان شده و زنان سرپرست تحت پوشش دارای کیفیت زندگی متوسطی هستند اما در زنان بازتوان شده این میزان بالاتر می باشد.

واژگان کلیدی: زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان، زنان باز توان شده، کیفیت زندگی، بهزیستی.

مقدمه

در جوامع کنونی وقوع تحولات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی منجر به تغییرات ساخت خانواده شده و شکل‌گیری پدیده «زن سرپرستی» به امری عادی تبدیل گردیده (بادنجانی، بیرامی، هاشمی، ۱۳۹۱). این زنان، با از دست دادن همسر به یکباره با جهان دیگری روبرو می‌شوند. دنیایی که بسیاری از مختصات آن برای ایشان ناآشنا است (سیدمیرزایی، عبدالهی، کمربیگی، ۱۳۹۰). در این ساخت خانوادگی جدید زنان نیاز به تاب‌آوری بالایی دارند و در این بین زنان در زندگی روزمره خود با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند که ممکن است ایشان را به مشکلات اجتماعی و روانی دچار کند. طبق گزارش خبرگزاری مهر و اعلام رئیس پژوهشکده آمار ایران ۳۰ درصد از زنان سرپرست خانوار به دلیل مشکلات جسمی خاص یا مشکلات روانی از کار افتاده هستند. در این راستا یافته‌ها نشان می‌دهد، عمده‌ترین مشکلات زنان سرپرست خانوار در قالب مشکلات اجتماعی، اقتصادی، نگرش‌های منفی اجتماعی نسبت به آنها، نگرانی نسبت به آینده فرزندان و تعدد و تعارض نقش‌ها تظاهر پیدا می‌کند (بادنجانی، بیرامی، هاشمی،۱۳۹۱). از جمله موارد یاد شده مشکلات اقتصادی بوده و همواره مشکل فقر در خانواده‌های زن سرپرست بیشتر از خانواده‌هایی با سرپرست مرد می‌باشد، و این خود باعث نگرانی دربارهٔ آینده خود و فرزندانشان می‌شود (کوین، ۲۰۰۳). گزارش رئیس پژوهشکده آمار ایران نیز مؤید این موضوع بوده و درآمد زنان سرپرست خانوار را حدود ۳۴ درصد کمتر از مردان سرپرست خانوار بیان نموده است. عامل فقر اقتصادی ، به تنهایی تأثیر مستقیم و غیرمستقیم خود را بر وضعیت فرهنگی و اجتماعی خانواده بر جای می‌گذارد (حبیبی، قنبری، خدایی، قنبری، ۱۳۹۲).

. زنان سرپرست خانوار جزء گروه های آسیب پذیر اجتماع به شمار می روند این گروه از زنان به واسطه عواملی مانند طلاق، فوت، اعتیاد یا از کارافتادگی همسر، رها شدن توسط مردان مهاجر یا بیمبالاتی چنین مردانی به عنوان سرپرست خانوار یا بدسرپرست شناخته می شوند(نازا کاتابرا،۲۰۱۱ص۴۲). امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان، نان آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانواره ای جهان را زنان سرپرستی می کنند از جنگ جهانی در ایرلند۴۰ درصد و در کانادا ۵۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه هم ۵۰-۲۰ درصد کل خانواده ها به وسیله ی زنان اداره می شوند در ایران، نیز شاخص های آماری نشان می دهند که رشد زنان سرپرست خانوار در حال افزایش است، به طوری که در سال های ۱۳۵۵، ۱۳۶۵ به ترتیب ۱/۷ و ۳/۷ و در سال های ۱۳۸۵ و، ۱۳۸۹ به ترتیب ۹/۵ و ۱۱/۲۵ از کل خانواره ی ایرانی را تشکیل داده اند و این نسبت در سال ۱۳۹۰ به ۱۲/۱ درصد رسید. این در حالی است که در خانوارهای مرد سرپرست سیر کاهشی وجود دارد(چانت و همکاران ،۱۹۹۶ص ۱۴).

از سوی دیگر،بر اساس آمار سازمان بهزیستی کشور طی۱۰ سال گذشته هر ساله تعداد ۶۰۳۰۰ نفر به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده است البته این آمارها ممکن است واقعی نباشند، زیرا در خانوارهایی که مردان سرپرست خانوار، بیکار، زندانی، متواری و معتاد هستند، سرپرست خانوار همچنان مرد اعلام می شود، بنابراین به تعداد زنان سرپرست خانوار حداقل 3-4میلیون اضافه می شود اطلاعات در حوزهی زنان سرپرست خانوار نشان میدهد که این قشر از جامعه با مصایب، مشکلات و موانع زیادی هم در سطح فردی و هم در سطح کلان مواجهند یش از ۵۰ درصد خانواده های زن سرپرست در دو دهک اول و دوم قرار دارند؛ در حالی که این رقم در خانواده های مرد سرپرست ۱۶ درصد است، بنابراین میتوان گفت زنان سرپرست خانوار فقیرترین فقرا هستند شاید علت این امر ناشی از نبود پشتوانه های اقتصادی-اجتماعی، عدم دسترسی به شغل مناسب و نداشتن مهارت و ... باشد(کارینی،۲۰۰۲ص ۲۴).

به استناد تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی مجموعه ای است از رفاه و سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله فرد یا گروهی از افراد درک می شود و متأثر از عوامل متعددی می باشد. به این ترتیب، منظور از کیفیت زندگی فقط سطح استاندارد زیستی و سطح دستیابی به حداقل رفاه و امکانات نیست، بلکه در برگیرندهی کیفیت روابط بین فردی و اجتماعی نیز می باشد(سازمان بهداشت جهانی ،۱۹۹۶ص۴۹).تردیدی نیست که یکی از راهکارهای مطلوب برای بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بشر، شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد به ویژه گروه های آسیب پذیر جامعه می باشدپژوهشهای جامعه شناسی و علوم رفتاری به تأثیر محیط اجتماعی و اقتصادی بر کیفیت زندگی و رخداد بیماریهای روانی در افراد به ویژه اقشار آسیب پذیر زنان و کودکان اذعان دارند. در این راستا، روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار از نظر روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و تنش و اضطراب بیشتری را نسبت به خانوارهای مرد سرپرست تجربه می کنند چنانچه داده های حاصل از کانادا، بریتانیای کبیر و ایالات متحده آمریکا همگی نشان دادهاند که زنان سرپرست خانوار در خطر فزایندهای برای اختلالات روانی و مشکلات جسمانی می باشند و همچنین کارینی و همکاران (۲۰۰۲ص۱۰۵).با استفاده از نمونه ی جامع ملی از اتباع کانادایی نشان داد که زنان سرپرست خانوار نسبت به سایر زنان درحدود ۲ برابر بیشتر به افسردگی ماژور مبتلا می شوند

پژوهش دیگری، لونریی و همکاران(۲۰۰۹ص۲۶) نیز به این نتیجه رسیدند که زنان بدون همسر، علایم جسمانی و روانی از جمله افسردگی را بیشتر تجربه می کنند که میتواند نشان دهندهی کیفیت زندگی پایین آنان باشد همچنین در پژوهشی در ایران، نشان داده شد که زنان سرپرست خانوار به خاطر فراوانی بالای نقش هایی که بر عهده می گیرند، نسبت به سایر زنان تنش بیشتری را تجربه می نمایند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند با توجه به روند روبه رشد تعداد زنان سرپرست خانوار در جامعه و نیز آسیب پذیر بودن آنان

و از طرفی پژوهشهای اندک در این حوزه، بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش و زنان سرپرست خانوار باز توان شده استان کهگیلویه و بویر احمد روری به نظر رسید تا بر اساس آن راهکارهای مطلوب برای افزایش کیفیت زندگی در این گروه ارایه شود.

روش کار

با توجه به هدف این تحقیق مطالعه حاضر یک تحقیق علی - مقایسه ای است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل کلیهٔ زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی در استان کهگیلویه و بو یر احمد می باشند، که بنا به گزارش سازمان بهزیستی استان تعداد کل این زنان که در سال 1395 وارد طرح توانمندسازی شده اند ۳۲۰ نفر هستند حجم نمونه با توجه جدول مورگان انتخاب ۱۶۰ نفر انتخاب که از این تعداد ۸۰ نفر زنان سرپرست خانوار بازتوان شده و ۸۰ نفر زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی به روش نمونه گیری سرشماری انتخاب شدند. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[1]یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود.

ویژگی های روان سنجی :برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در جدول زیر آمده است (جات و همکاران، ۱۳۸۵).برای اجرای این پژوهش بعد از مراجعه واحد پژوهش دانشگاه وکسب مجوز لازم از دانشگاه، و در مر حله بعدی به سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویر احمد مراجعه شد سپسس مجوز های لازم دریافت گردید. و مرحله بعد گرفتن آمار زنان سرپرست خانوار و زنان باز توان شده، از این تعداد ۱۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند سپس با افراد نمونه تماس تلفنی گرفته شد هدف پژوهش و شرایط شرکت در پژوهش برای آنها توضیح داده شد و سپس در چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه ها صحبت شد، بعد از پاسخگویی انها، سپس پرسشنامه ها نمره گذاری شدند و داده های به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت همچنین برای انجام تجزیه وتحلیل داده‌های نیز از آزمون تی تست مستقل چند متغیری استفاده شد. ضمناً سطح معنی داری دراین تحقیق($p < ۰/۰۵$) تعیین شد.

یافته‌ها

جدول۱ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه ها

مؤلفه‌های کیفیت زندگی	زنان سرپرست خانوار		زنان بازتوان شده	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت جسمانی	۶۱/۲۰	۲۷/۱۰	۳۲/۷۵	۲۱/۷۱
سلامت روانشناختی	۲۱/۷۵	۲/۰۴۶	۱۶/۶۵	۴/۳۹
روابط اجتماعی	۱۶/۸	۲/۳۷	۱۲/۴۰	۲/۵۲
محیط زندگی	۲۰/۵۵	۴/۱۳	۱۵/۸۵	۲/۷۱
کل	۲۵/۶۹	۶/۴۴	۵۵/۵۰	۸/۱۴

[1]- WHOQOL-BREF

جدول شماره ۲ : آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار بازتوان شده با زنان سرپرست خانوار تحت پوشش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	df	p
کیفیت زندگی	زنان سرپرست خانوار بازتوان شده	۵۵/۵۰	۲۳/۱۳	۹/۵۵	۱۵۸	۰/۰۰۱
	زنان سرپرست خانوار تحت پوشش	۲۵/۶۹	۱۵/۶۱			

نتایج مندرج در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی را در زنان بازتوان شده نشان می‌دهد. همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار و زنان بازتوان شده به ترتیب ۲۵/۶۹ (۶/۴۴) و ۵۵/۵۰ (۸/۱۴) است که میانگین نمره زنان سرپرست خانوار بیشتر است. همچنین همانطور که ملاحظه می‌شود، میانگین زنان سرپرست خانوار در تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی بالاتر از زنان بازتوان شده است. همان‌طور که جدول ۲نشان می‌دهد، t محاسبه شده (۹/۵۵) از t جدول با درجه آزادی ۱۵۸ در سطح معنی داری ۰/۰۰۱ بیشتر است. به عبارتی میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار بازتوان شده (۵۵/۵۰) و انحراف معیار۲۳/۱۳ است و نسبت به زنان سرپرست خانوار تحت پوشش با میانگین (۲۵/۶۹) و انحراف معیار ۱۵/۶۱ بیشتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ یعنی سطح کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار بازتوان شده از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بیشتر بود. لذا فرضیه پژوهش تایید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که بین کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده با زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ک-ب تفاوت معنی داری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

بین ابعاد کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده با زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ک-ب تفاوت وجود دارد نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بازتوان شده با زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است. بر اساس نتایج آزمون t برای نمرهٔ کل رضایت از کیفیت زندگی و ابعاد آن مشخص شد که در هر دو گروه زنان سرپرست خانوار کیفیت زندگی و ابعاد سلامت جسمانی، روانی و ارتباط اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و زنان بازتوان شده نسبت به زنان سرپرست خانوار تحت پوشش در این ابعاد وضعیت بهتری در کیفیت زندگیشان داشته اند. پژوهش های همسو با این فرضیه اقلیما (۱۳۹۱) ، حسن لو(۱۳۹۲) بلداجی و همکاران (۱۳۹۰) در دورودیان(۱۳۸۸) زنجانی زاده(۱۳۸۶)زن سرپرست خانواده فاقد شغل مناسب باری بر دوش جامعه است، جامعه هرگز به اندازهٔ کافی غنی و آماده نیست که تا پایان عمر به وی مدد اجتماعی دهد شیرین احمدنیا (۱۳۸۱)بیان داشت که مادران شاغل نسبت به مادران خانه دار سلامت روانی بهتری دارند. منک و واگنر در سال 7 به این نتیجه رسیدند که زنان سرپرست خانوار بی خانمان احساس حقارت و احساس متفاوت بودن با دیگران دارند. مروین سومردر سال ۱۹۶۹ در تحقیق از وضعیت زنان عنوان داشت که زنان سرپرست خانوار به علت تعدد نقش (خانه داری، نقش اقتصادی ومراقبتهای جسمی و هیجانی از اعضای خانواده) استرس و مشکلات روانی مختلفی را تجربه می کنند در خصوص ارتباط بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی با ویژگیهای دموگرافیک زنان سرپرست (سن، سطح تحصیلات، مدت زمان تحت پوشش بودن، داشتن مهارتهای درآمدزا) . درتبین این فرضیه می توان بیان داشت در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش نتیجه می شود که در بعد سلامت روانی، اجتماعی و نمرهٔ کیفیت زندگی متغیر تحصیلات بر کیفیت زندگی این گروه از زنان تأثیر دارد، به نظر میرسد که در ابعاد فوق افراد با تحصیلات راهنمایی به بالا وضعیت بهتر و مناسبتری نسبت به افراد با تحصیلات ابتدایی و یا بیسواد دارند در همین گروه متغیر تحصیلات تأثیری بر سلامت جسمانی و محیطی این گروه ندارد. با توجه به نتایج کسب شده به نظر میرسد زنانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند به دلیل آگاهی بیشتر نسبت به شرایط خود و مشکلاتشان، کمتر احساس ناتوانی در برابر برخورد با مشکلات را دارند و دارای اعتماد به نفس بالاتری در برخورد با مسائل و مشکلاتشان هستند. همچنین با افزایش تحصیلات تمایل به مشارکت در اجتماع و روابط اجتماعی در این زنان مشهودتر میباشد متغیر تحصیلات در زنان سرپرست خانوار شاغل خدماتی بر ابعاد کیفیت زندگی از جمله سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی این گروه تأثیر گذار میباشد. یعنی با افزایش تحصیلات در این زنان کیفیت زندگی این گروه در ابعاد ذکر شده افزایش مییابد .به نظر میرسد افزایش سطح تحصیلات آگاهی این گروه از زنان را نسبت به شرایطشان افزایش میدهد. لذا تمایل به انجام معاینات پزشکی و رجوع به مراکز درمانی در صورت احساس نیاز و یا استفاده از روشهای درمانی درست از طریق مطالعهٔ کتاب و یا مجلات مرتبط، تلاش برای داشتن زندگی بهتر و بالا بردن ظرفیت برخورد با مشکلات و حل مسئله باعث سلامت روانی و افزایش حس اعتماد به نفس و عزت نفس این زنان میشود. بنابراین روحیهٔ مبارزه طلبی در برابر مشکلات فردی و اجتماعی نه تنها این افراد را ناتوان نکرده، بلکه آنها را توانمندتر می کند. به همین منظور افزایش سطح تحصیلات و افزایش تمایل به شرکت در فعالیتهای اجتماعی، مشارکت در گروه های مختلف اجتماعی را دراین گروه از زنان افزایش میدهد. همچنین از منظر دیگر میتوان گفت که تحصیلات بالاتر سبب افزایش توانایی این افراد در یافتن شغل و افزایش سلامت جسمانی، روانی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی این افراد میگردد. طبق نظریهٔ دان تعلیم و تربیت و تحصیل با کیفیت زندگی رابطهٔ مستقیم داشته و یکی از متغیرهای اصلی و مرتبط با کیفیت زندگی است لذا با توجه به نتیجه تحقیق می توان پیشنهاد کرد زنان سرپرست خانوار از سلامت جسمی پایین تری نسبت به سلامت روانی و اجتماعی برخوردار هستند. با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهادهای ذیل راهگشای انجام فعالیت ها و اقدامات بیشتری در خصوص افزایش سلامت زنان سرپرست خانوار خواهد بود. پیشنهاد می شود با تغییر و مداخله در امنیت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی بتوان راهی برای ارتقای سطح کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار یافت. این تغییر و مداخله، از طریق آموزش مستقیم و غیرمستقیم و تأکید بر سنتهای کهن حمایت از اعضای خانواده امکانپذیر است. افزایش تعداد گروه های همیار زنان سرپرست خانوار، به منظور بالابردن میزان اشتغال و سلامت روانی و اجتماعی آنان به دلیل حس همدردی، که در گروه های شاغل به خوبی به چشم می خورد فراهم کردن شرایطی برای توانمند سازی زنان سرپرست خانوار از راه های مختلف؛ از جمله آموزش های فنی و حرفه ای و افزایش میزان تسهیلات اشتغال . -با توجه به مشکلات جسمانی، تقریباً نیمی (۴۳ درصد) از زنان سرپرست خانوار و مبتلا بودن آنان به بیماری های روان تنی همچون دیسک کمر و...، پیشنهاد می گردد: سازمان آموزش فنی و حرفه ای آموزشهای خود را بر اساس شرایط جسمی، روحی و روانی این قشرمتناسب سازدوتسبت به برنامه ریزی جهت توانمندسازی آنان از طریق ارائه آموزشهای فنی وحرفه ای برای تصدی مشاغل مناسب وبا درآمد مکفی، اقدام نماید. با توجه به مشکلات جسمانی، تقریباً نیمی (۴۳ درصد) از زنان سرپرست خانوار و مبتلا بودن آنان به بیماری های روان روانی همچون اضطراب اجتماعی پیشنهاد می گردد: سازمان آموزش فنی و حرفه ای آموزش های خود را بر اساس شرایط جسمی ، روحی و روانی

این قشرمتناسب سازدوتسبت به برنامه ریزی جهت توانمندسازی آنان از طریق ارائه آموزش های فنی وحرفه ای برای تصدی مشاغل مناسب و با درآمد مکفی، اقدام نماید.

منابع و مراجع

[۱] اقلیما ، مصطفی ؛ (۱۳۹۱) مقایسه‌ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد و زنان سرپرست خانوار عضو گروه همیار بهزیستی نهاوند ،پایان نامه جهت اخد مدرک کارشناسی ارشد ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

[۲] بلداجی ، تاتینا ؛ فروزان ، ستاره ؛ رفیعی ، حسین(۱۳۹۰) مقایسه بین کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی، رفاه اجتماعی ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

[۳] بختیاری، آمنه محبی، سید فاطمه(۱۳۸۵)حکومت وزنان سرپرست خانوار فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان،شماره ۲صص۲۵-۳۶.

[۴] حسن لو، مهدی(۱۳۹۲) مقایسه ای کیفیت زندگی تمام زنان سرپرست خانوار بازتوان شده با زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان زنجان،پایان نامه جهت اخد مدرک کارشناسی ارشد ،دانشگاه آزاد زنجان.

[۵] خسروی، زهره(۱۳۸۹) بررسی مشکلات عاطفی، روانی واجتماعی زنان سرپرست خانوار، مرکز مشارکت امور زنان نهاد ریاست جمهوری شماره ۲صص۱۴-۴۷.

[۶] زنجانی زاده، هما (۱۳۸۴). بررسی وضعیت اقتصادی اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مشهد،، مرکز مشارکت امور زنان نهاد ریاست جمهوری شماره ۲صص۱۴-۴۷.

[۷] یاریان، سجاد (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی، استرس و سلامت روان در معتادان مبتلا به HIV و غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی

[8] Chant, S. Women Headed Households(1996) Poorest of the Poor: Perspectives from Mexico, Costa Rica and the Philippines1. IDS Bulletin. 1997; 28: 26-48

[9] Cairney J, Wade TJ. Single parent mothers and mental health care service use. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2002; 37: 236-42

[10] Landero Hernández R, Estrada Aranda B, and González Ramírez M(2009). Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. Spanish Journal of Psychology. pag 12: 171-183.

[11] Nazoktabar H, NamdarAliabadi A. Analysis of the female- headed households' situation. A case study of female- headed households in Iran. 2011 International Conference on Social Science and Humanity. IPEDR vol.5 (2011) (2011) IACSIT Press, Singapore. V1-427.

[12] Statistical Center of Iran (2012). Iran Statistic Yearbook, 2012. Tehran: Statistical Center of Iran . http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/sar shomari90_nahaii.pdf

[13] Tahmasebi A. Quality of life of female heads of households covered by the Welfare South of Tehran and its relationship with personal and family characteristics. MS Dissertation, Tehran, University of Welfare Sciences, 2006: 22-35

[14] The WHOQOL Group (1996) WHOQOL BREF -introduction, administration, scoring and generic version of assessment. WHO The world health organization