



عنوان طرح:

**بررسی علل عدم موفقیت گروههای همیار زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهداشتی در
استان هرمزگان**

کارفرما:

اداره کل بهداشتی استان هرمزگان

مجری:

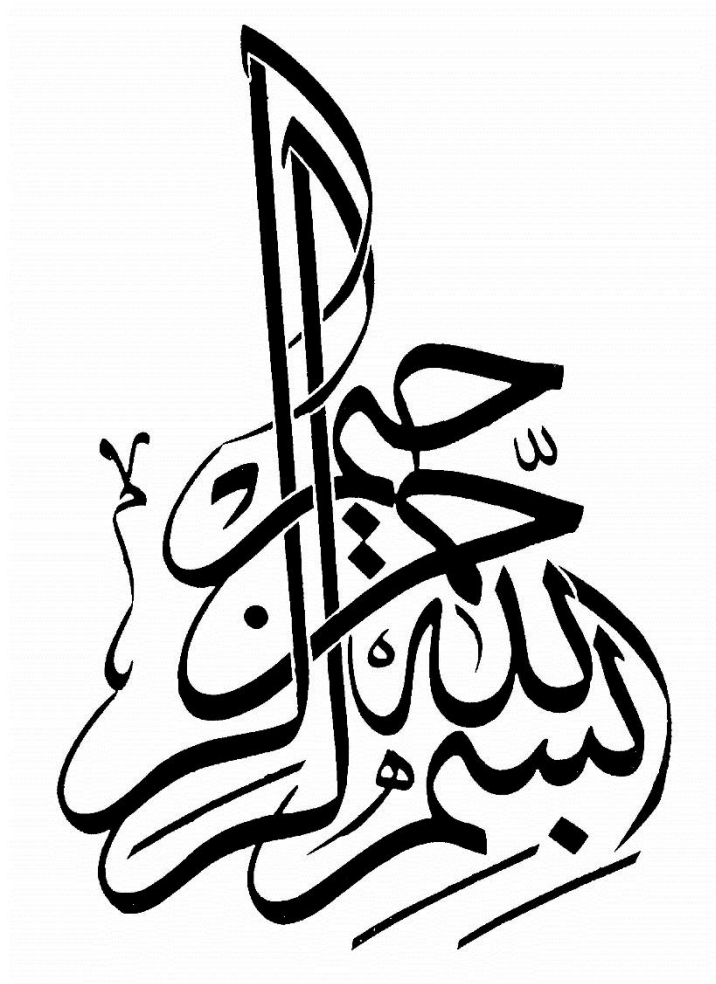
مرکز آموزشی علمی - کاربردی بهداشتی استان هرمزگان

محقق:

آزاده خداوردی

سال ۱۳۹۵

کد سمات طرح: ۱۳۴۱۸۶-۱۴۸۸۱



فهرست

صفحه

۱	چکیده.....
۲	فصل اول: طرح پژوهش.....
۳	۱-۱ مقدمه.....
۳	۱-۲ بیان مسئله.....
۶	۱-۳ اهمیت و ضرورت.....
۷	۱-۴ اهداف تحقیق.....
۷	۱-۴-۱ اهداف اصلی.....
۷	۱-۴-۲ اهداف اختصاصی.....
۷	۱-۵ سوالات تحقیق.....
۸	۱-۶ تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....
۸	۱-۶-۱ سازمان بهزیستی.....
۹	۱-۶-۲ زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی.....
۹	۱-۶-۳ گروه همیارزنان.....
۱۰	فصل دوم: پیشینه نظری و پژوهش.....
۱۱	۲-۱ مقدمه.....
۱۲	۲-۲ مبانی نظری.....
۱۲	۲-۲-۱ سازمان بهزیستی کشور.....
۱۳	۲-۲-۱-۱ معاونت امور اجتماعی.....
۱۳	۲-۲-۱-۲ گزینه ای از شرح وظایف معاونت فرهنگی و امور اجتماعی.....
۱۴	۲-۲-۱-۳ دفاتر حوزه اجتماعی سازمان بهزیستی.....
۱۴	۲-۲-۱-۴ دفتر توانمند سازی زنان و خانواده.....
۱۴	۲-۲-۲ زنان سرپرست خانوار.....
۱۳	۲-۲-۲-۱ وضعیت آماری زنان سرپرست خانوار در ایران.....
۲۰	۲-۲-۳ گروه های همیار زنان.....
۲۱	۲-۲-۳-۱ تاریخچه تشکیل گروه های همیار.....
۲۱	۲-۲-۳-۲ اهداف تشکیل گروههای همیار.....
۲۲	۲-۲-۳-۳ مستندات قانونی طرح.....
۲۲	۲-۲-۳-۴ جامعه هدف گروههای همیار در سازمان بهزیستی.....
۲۳	۲-۲-۳-۵ روش اجرای طرح گروه های همیار.....
۲۳	۲-۲-۳-۶ شرایط عضویت در گروه.....
۲۳	۲-۲-۳-۷ عناوین فعالیت های گروههای همیار.....

۲۴	..... ۲-۳-۸ آموزش های ارائه شده به گروههای همیار.....
۲۴	..... ۲-۳-۹ نتایج مثبت ناشی از اجرای این طرح.....
۲۵	..... ۲-۳-۱۰ تهدیدهای فراروی این طرح.....
۲۵	..... ۲-۳-۱۱ فرصت های ناشی از اجرای این طرح.....
۲۹	..... فصل سوم: روش تحقیق.....
۳۰	..... ۳-۱ مقدمه.....
۳۰	..... ۳-۲ روش پژوهش.....
۳۰	..... ۳-۳ جامعه آماری.....
۳۳	..... ۳-۴ نمونه مورد مطالعه، حجم نمونه، روش نمونه گیری.....
۳۳	..... ۳-۵ ابزار جمع آوری داده ها و روایی و پایایی.....
۳۵	..... ۳-۶ روش اجرای پژوهش.....
۳۵	..... ۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۳۵	..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها.....
۳۷	..... ۴-۱ مقدمه.....
۳۷	..... ۴-۲ بررسی ویژگی های جمعیت شناختی.....
۵۴	..... ۴-۲ نتایج سوال های تحقیق.....
۶۰	..... فصل پنجم بحث و نتیجه گیری.....
۶۱	..... ۵-۱ مقدمه.....
۶۱	..... ۵-۲ خلاصه تحقیق.....
۶۲	..... ۵-۳ تبیین یافته ها.....
۶۸	..... ۵-۴ نتیجه گیری.....
۶۹	..... ۵-۵ محدودیت های تحقیق.....
۶۹	..... ۵-۶ پیشنهاد های تحقیق.....
۶۹	..... ۵-۶-۱ پیشنهاد های کاربردی.....
۷۰	..... ۵-۶-۲ پیشنهاد های پژوهشی.....
۷۲	..... منابع.....
۷۴	..... پیوست.....

فهرست جدول ها

صفحه

۳۰	جدول ۱-۳ وضعیت گروه های همیار زنان برحسب شهرستان های استان.....
۳۲	جدول ۲-۳ وضعیت گروههای همیارزنان برحسب شهرستان در سال ۱۳۹۴.....
۳۳	جدول ۳-۳ پایایی پرسشنامه.....
۳۶	جدول ۳-۳ پایایی پرسشنامه.....
۳۷	جدول ۲-۴ توزیع فراوانی سن پاسخگویان.....
۳۸	جدول ۳-۴ توزیع فراوانی تاهل پاسخگویان.....
۳۹	جدول ۴-۴ توزیع فراوانی تحصیلات پاسخگویان.....
۴۰	جدول ۵-۴ توزیع فراوانی محل سکونت پاسخگویان.....
۴۱	جدول ۶-۴ توزیع فراوانی گویه اول از پرسشنامه.....
۴۲	جدول ۷-۴ توزیع فراوانی گویه دوم از پرسشنامه.....
۴۳	جدول ۸-۴ توزیع فراوانی گویه سوم از پرسشنامه.....
۴۳	جدول ۹-۴ توزیع فراوانی گویه چهارم از پرسشنامه.....
۴۴	جدول ۱۰-۴ توزیع فراوانی گویه پنجم از پرسشنامه.....
۴۴	جدول ۱۱-۴ توزیع فراوانی گویه ششم از پرسشنامه.....
۴۵	جدول ۱۲-۴ توزیع فراوانی گویه هفتم از پرسشنامه.....
۴۵	جدول ۴-۱۳. توزیع فراوانی گویه هشتم از پرسشنامه.....
۴۶	جدول ۱۴-۴ توزیع فراوانی گویه نهم از پرسشنامه.....
۴۷	جدول ۱۵-۴ توزیع فراوانی گویه دهم از پرسشنامه.....
۴۷	جدول ۱۶-۴ توزیع فراوانی گویه یازدهم از پرسشنامه.....
۴۸	جدول ۱۷-۴ توزیع فراوانی گویه دوازدهم از پرسشنامه.....
۴۸	جدول ۱۸-۴ توزیع فراوانی گویه سیزدهم از پرسشنامه.....
۴۹	جدول ۱۹-۴ توزیع فراوانی گویه چهاردهم از پرسشنامه.....
۵۰	جدول ۲۰-۴ توزیع فراوانی گویه پانزدهم از پرسشنامه.....
۵۰	جدول ۲۱-۴ توزیع فراوانی گویه شانزدهم از پرسشنامه.....
۵۱	جدول ۲۲-۴ توزیع فراوانی گویه هفدهم از پرسشنامه.....
۵۱	جدول ۲۳-۴ توزیع فراوانی گویه هیجدهم از پرسشنامه.....
۵۲	جدول ۲۴-۴ توزیع فراوانی گویه نوزدهم از پرسشنامه.....
۵۲	جدول ۲۵-۴ توزیع فراوانی گویه بیستم از پرسشنامه.....
۵۳	جدول ۲۶-۴ توزیع فراوانی گویه بیست و یک از پرسشنامه.....
۵۴	جدول ۱-۲-۴ خلاصه مدل رگرسیون.....
۵۴	جدول ۴-۲-۲. تحلیل واریانس رگرسیون.....

۵۵	جدول ۴-۲-۳. ضرایب رگرسیون.....
۵۶	جدول ۴-۲-۴. نتایج تاثیر دوره های آموزشی برگزار شده بر عدم موفقیت گروههای همیار.....
۵۶	جدول ۴-۲-۵. نتایج تاثیر سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار بر عدم موفقیت گروه های همیار.....
۵۷	جدول ۴-۲-۶. نتایج تاثیر تحول فردی زنان سرپرست خانوار بر عدم موفقیت گروههای همیار.....
۵۸	جدول ۴-۲-۷. نتایج تاثیر ویژگی های شغلی زنان سرپرست خانوار بر عدم موفقیت گروه های همیار.....
۵۸	جدول ۴-۲-۸. نتایج تاثیر رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار بر عدم موفقیت گروههای همیار.....

فهرست نمودارها

صفحه

۳۷	..... نمودار ۴-۱: توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان
۳۸	..... توزیع فراوانی سن پاسخگویان
۳۹	..... نمودار ۳-۴: توزیع فراوانی تاهل پاسخگویان
۴۰	..... نمودار ۴-۴: توزیع فراوانی تحصیلات پاسخگویان
۴۱	..... نمودار ۴-۵: توزیع فراوانی محل سکونت پاسخگویان

چکیده

زنان سرپرست خانوار از جمله گروه های آسیب پذیر جامعه هستند، که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر، رهاشدگی توسط مردان مهاجر، موجب آسیب پذیرتر شدن این طیف وسیع از جامعه می شود. بر اساس یک تعریف، زنان سرپرست خانوار شامل زنان بیوه، زنان مطلقه اعم از زنانی که پس از طلاق به تنهایی زندگی می کنند یا به خانه پدری بازگشته، ولی خود امرار معاش می کنند، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان بیکار، همسران مردان مهاجر، همسران مردانی که در نظام وظیفه مشغول خدمت هستند، زنان خود سرپرست (زنان سالمند تنها)، دختران خود سرپرست (دختران بی سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده اند)، همسران مردان از کار افتاده و سالمند، می شوند. زنان سرپرست خانواده زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایتی مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند. آن ها علاوه بر تعلیم تربیت فرزندان خود، مسئولیت های مراقبتی و نگهداری از خانواده را بر عهده دارند. در نتیجه در معرض آسیب های جسمی، روانی، بهداشتی و اجتماعی بیشتر قرار دارند.

لذا پژوهش حاضر به بررسی علل عدم موفقیت گروه های همیار زنان سرپرست خانوار در سطح استان می پردازد و این که چه عواملی باعث بروز این عدم موفقیت شده اند. روش پژوهش حاضر توصیفی- تحلیلی از نوع پس رویدادی است. جامعه آماری پژوهش زنان عضو گروه های همیار فعال و زنان سرپرست خانواری بوده است که در گذشته عضو گروه های همیار بوده اند و هم اکنون به دلایل مختلف از جمله ناموفق بودن یا منحل شدن گروه دیگر عضو نیستند. براساس سالنامه آماری اداره کل بهزیستی استان هرمزگان تعداد کل گروه های فعال در استان ۱۰ گروه می باشد که اعضای آنها از ۴۰ نفر زنان سرپرست خانوار تشکیل شده است. که تعداد ۸۳ نفر نمونه به صورت تمام شماری مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت داده ها از طریق پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری شده و با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و استنباطی (رگرسیون تک متغیری و چندمتغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج بررسی توصیفی شرکت کننده های پژوهش نشان داد که که همه ۸۳ نفر (۱۰۰ درصد) مشارکت کننده در پژوهش زن بودند. بیشتر شرکت کننده در گروه های سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۴۸/۲ درصد) و ۴۰ تا ۴۹ سال (۳۱/۳ درصد)، مجرد (۶۰/۲ درصد)، دارای تحصیلات سیکل (۴۸/۲ درصد) و دیپلم (۱۸/۱ درصد) و ساکن شهر (۷۵/۹ درصد) بودند. نتایج تحلیل سوالات نیز نشان داد که خصوصیات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه های همیار در استان هرمزگان موثر نبودند ($P>0.05$). همچنین (دوره های آموزشی برگزار شده، سلامت جسمانی زنان، میزان تحول فردی، ویژگی های شغلی و رضایت شغلی) زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه های همیار در استان هرمزگان موثر بودند.

فصل اوّل:

طرح پژوهش

هنگامی که از خانواده سخن به میان می‌آید بیشتر چارچوبی در برگیرنده یک زن و شوهر همراه با یک یا چند فرزند در ذهن شکل می‌گیرد، اما برخی خانواده‌ها در این چارچوب قرار نمی‌گیرند. به گونه‌ای که مادر نقش دو نفر را ایفا کرده؛ فزون بر انجام وظیفه‌ی اصلی خود که مادری کردن و تربیت فرزندان است، نقش نان آور خانواده را نیز به عهده دارد.

زنان به منزله یک گروه بزرگ می‌توانند نقشی سازنده و تأثیر گذار در روند پیشرفت، تکامل و توسعه جامعه داشته باشند؛ اما همواره طی قرون متمادی، به رغم فعالیت در همه‌ی عرصه‌های مختلف تولید و خدمت، بدان کم توجهی شده و بیش از مردان در معرض تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار گرفته‌اند. نقش‌های اجتماعی و سبک زندگی زنان باعث شده است که آن‌ها از نظر جسمی ضعیف‌تر از مردان باشند و شیوع بیماری‌های روانی در آن‌ها، به دلیل مراجعه زودهنگام به مراکز بهداشتی درمانی، بیشتر از مردان گزارش شود (اسمایک، ۱۳۸۲).

زنان سرپرست خانواده زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایتی مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند. آن‌ها علاوه بر تعلیم تربیت فرزندان خود، مسئولیت‌های مراقبتی و نگهداری از خانواده را بر عهده دارند. در نتیجه در معرض آسیب‌های جسمی، روانی، بهداشتی و اجتماعی بیشتر قرار دارند (باقری، ۱۳۸۲).

۱-۲ بیان مسئله

زنان سرپرست خانوار^۱ از جمله گروه‌های آسیب پذیر جامعه هستند، که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر، رهاشدگی توسط مردان مهاجر، موجب آسیب پذیرتر شدن این طیف وسیع از جامعه می‌شود. بر اساس یک تعریف، زنان سرپرست خانوار شامل زنان بیوه، زنان مطلقه اعم از زنانی که پس از طلاق به تنهایی زندگی می‌کنند 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 خود سرپرست (زنان سالمند تنها)، دختران خود سرپرست (دختران بی سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده اند)، همسران مردان از کار افتاده و سالمند، می‌شوند. زنان سرپرست خانواده زنانی هستند که بدون حضور

¹ - women-Headed Household

منظم یا حمایتی مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند. آن‌ها علاوه بر تعلیم تربیت فرزندان خود، مسئولیت‌های مراقبتی و نگهداری از خانواده را بر عهده دارند. در نتیجه در معرض آسیب‌های جسمی، روانی، بهداشتی و اجتماعی بیشتر قرار دارند (باقری، ۱۳۸۲).

این گروه از زنان که تحت عنوان "زنان سرپرست خانوار" یا "خودسرپرست" در جامعه نامیده می‌شوند با مصایب، مشکلات و موانع زیادی در زندگی مواجه هستند. متأسفانه در جامعه ما زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت، طلاق ...) غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبرو می‌باشد. از جمله مسولیت سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، تحمل مشکلات اقتصادی 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 روبرو می‌کند. با توجه به اینکه بحث اشتغال و فعالیت اقتصادی برای زنان به ویژه زنان سرپرست خانوار با در نظر گرفتن مشکلات عدیده‌ای که آنها در زندگی با آن مواجه هستند دارای اهمیت زیادی می‌باشد. بنابراین اولین و مهمترین عاملی که در سرپرستی خانواده به نظر می‌رسد بحث فعالیتهای اقتصادی و اشتغال زن سرپرست خانوار می‌تواند باشد. پژوهش‌ها در مورد زنان سرپرست خانوار و فرزندان آنها نشان می‌دهد که آسیب‌های اجتماعی، این قشر از افراد جامعه را بیشتر تهدید می‌کند. تکدی‌گری، روسپیگری، روی آوردن به شغل‌های کاذب، اعتیاد و... از جمله آسیب‌هایی است که ممکن است دامن زنان سرپرست خانوار و فرزندان آنها را بگیرد. آنها همچنین در معرض خودکشی، افسردگی و ابتلا به بیماری‌های روانی هستند و فرزندان آنها علاوه بر این مشکلات، در زندگی تحصیلی و شغلی نیز خود دچار مشکل می‌شوند. باید توجه داشت که عدم رسیدگی به زنان سرپرست خانوار منجر به هر چه بیشتر شدن تعداد آسیب‌دیدگان اجتماعی و افراد در معرض آسیب می‌شود. در واقع عدم حمایت از یک زن سرپرست خانوار برابر با ایجاد خطر برای تعدادی از افراد است و اگر چرخه آسیب دیدن و در معرض آسیب بودن آنها ادامه یابد، مشکلات اجتماعی بیش از اکنون وضعیت نامطلوبی پیدا می‌کند. آنچه در شرایط کنونی جامعه قابل توجه است بحث سرپرستی خانواده توسط زنان، که به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر که با مشکلات بیشتری روبرو هستند و نیاز به حمایت و نظارت بیشتری دارند به علت موارد زیر ایجاد می‌شوند: همسرش فوت نموده و ازدواج نکرده باشد، از همسرش طلاق گرفته، یا به علت اختلاف با همسرش جدا زندگی می‌کند، یا همسرش در

زندان می باشد، بعضی هم بخاطر از کار افتادگی همسر و عده ای از زنان هم اصلاً ازدواج نکرده و مجرد می باشد(نوری،۱۳۸۲).

در این راستا از سال ۱۳۷۹ طرحی در سازمان بهزیستی اجرا شده است که بر اساس آن زنان سرپرست خانوار در قالب گروه های همیار مورد حمایت قرار می گیرند و به فعالیت اقتصادی می پردازند.

سازمان بهزیستی برای ارتقاء کیفیت زندگی افراد جامعه از طریق توانمندسازی زنان و مردان در تامین نیازهای اساسی، رشد و توسعه فرهنگ عمومی، افزایش اعتماد به نفس و رشد و پیشرفت در برنامه های توسعه اجتماعی و اقتصادی فعالیت می کند. توانمندسازی فرآیندی است که طی آن زنان قادر می شوند اتکا به نفس خود را افزایش داده و حق مستقل برای انتخاب کسب کنند، خود را سازمان دهی و منابعی را کنترل کنند. این مجموعه به آنها برای کاهش فقر، حذف فرو دستی و تحولات، بسیار کمک خواهد کرد. در این راستا طرح گروههای همیار از سال ۱۳۷۸ در کشور توسط سازمان بهزیستی جهت ایجاد اشتغال پایدار در کنار افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در حال اجرا است، و هدف اصلی و نهایی این طرح ایجاد اشتغال پایدار توسط خود این افراد از طریق، کار گروهی، حفظ و ارتقاء سطح سلامت عمومی و کیفیت زندگی این زنان می باشد(سازمان بهزیستی کشور،۱۳۷۸).

بر اساس یک تعریف گروه همیار جمعی است که دارای کنش دوسویه و متقابل بوده و اغلب بین افراد با توانایی های کم و بیش یکسان صورت می گیرد. در این گروه ها نقش یاری دهنده و یاری گیرنده به طور متناوب تغییر می کند. به معنی ساده تر این گروههای ۷ الی ۱۵ نفره از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی، با مشکلات مشترک و توانمندی های کم و بیش مشترک دور هم جمع می شوند و علاوه بر کمک به یکدیگر و استفاده از تجربیات هم اقدام به کاری می کنند که درآمدزا باشد و نیازهای مادی شان را رفع کند. در استان هرمزگان نیز همانند سایر استان های کشور این طرح در حال اجرا می باشد. ولیکن گزارشی در این زمینه نشان می دهد که بسیاری از گروه های همیار به ویژه در چند سال اخیر در استان نتوانسته اند از لحاظ اقتصادی درآمدزا باشند و نیازهای زنان سرپرست خانوار را رفع کنند. و تعداد گروههای همیار فعال در استان که در آغاز شروع طرح شامل ۲۰ گروه فعال بود هم اکنون به ۱۲ گروه فعال کاهش یافته است(سالنامه آماری اداره کل بهزیستی استان هرمزگان ۱۳۹۳).

مسلم است که باید به طرح گروه های همیار توجه بیشتری شود تا با گسترش آنها یک بار برای همیشه زنان را از فقر اقتصادی و اجتماعی نجات دهیم. چرا که اکنون دیگر باید برای مسوولان دولتی محرز شده باشد که پرداخت ماهیانه مبلغ ناچیزی به یک زن سرپرست خانوار راهکار مناسب حمایت از او نیست و تنها او را وابسته تر و فقیر تر می کند. بنابراین با توجه به اهمیت موارد ذکر شده این پژوهش در صدد یافتن پاسخ این مساله می باشد که علل عدم موفقیت گروههای همیار زنان سرپرست خانوار در سطح استان چیست؟ و چه عواملی باعث بروز این عدم موفقیت می شود؟

۳-۱ ضرورت و اهمیت تحقیق

از آنجایی که از دست دادن همسر به هر دلیل مانند طلاق، فوت، اعتیاد و ... باعث می شود زنان مصائب و مشکلات فراوانی را متحمل شوند، و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار می تواند شامل برقراری ارتباط موثر، مذاکره و گفتمان با دیگر افراد جامعه بوده و توانایی بدست آوردن حمایت و پشتیبانی (دفاع از حقوق خود) باشد. و با توجه به این که رکن اصلی توانمند سازی زنان سرپرست خانوار علاوه بر حمایت عاطفی، روانی و اجتماعی توانمند سازی اقتصادی می باشد. و اساس توانمندی اقتصادی امروزه با توجه به پیچیدگی های زندگی و پیشرفت روز افزون تکنولوژی و اطلاعات ایجاد اشتغال پایدار است که مستلزم وجود ظرفیت های مناسب در این گروه از زنان می باشد و مطمئناً در صورت فقدان چنین ظرفیت هایی و نیز وجود موانع اشتغال پایدار تجلی پیدا نخواهد کرد. در حال حاضر دفتر امور زنان و خانواده سازمان بهزیستی کشور فعالیت خود را حول محور سلامت نگری قرار داده است و هدف اصلی خود را فراهم نمودن، عادی سازی شرایط زندگی زنان سرپرست خانوار در زمانی که در وضعیت خاص دارند، قرار داده است. استفاده از طرح گروه های همیار به عنوان یکی از این روش ها می باشد. در استان هرمزگان نیز همانند سایر استان های کشور طرح گروه های همیار زنان سرپرست خانوار در حال اجرا می باشد. ولیکن گزارش در این زمینه نشان می دهد که بسیاری از گروه های همیار به ویژه در چند سال اخیر در استان نتوانسته اند از لحاظ اقتصادی درآمدزا باشند و نیازهای زنان سرپرست خانوار را رفع کنند. و تعداد گروه های همیار فعال در استان که در آغاز شروع طرح شامل ۲۰ گروه فعال بود هم اکنون به ۱۲ گروه فعال کاهش یافته است (سالنامه آماری اداره کل بهزیستی استان هرمزگان

۱۳۹۳). لذا با توجه به اهداف مهم اجرای این طرح در سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، لزوم اجرای این طرح به عنوان پژوهشی کاربردی در جهت شناسایی علل عدم موفقیت عملکرد گروه‌های همیار استان ضرورت دارد.

۱-۴ اهداف تحقیق

۱-۴-۱ هدف اصلی

- شناسایی و بررسی علل عدم موفقیت گروه‌های همیار زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی در استان هرمزگان

۱-۴-۲ اهداف اختصاصی

- بررسی تاثیر خصوصیات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه های همیار در استان هرمزگان

- بررسی تاثیر دوره های آموزشی برگزار شده جهت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان

- بررسی سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان

- بررسی میزان تحول فردی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان

- بررسی ویژگی های شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان

- بررسی میزان رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان

- بررسی تاثیر حمایت های مالی صورت پذیرفته از سوی سازمان بهزیستی به گروه‌های همیار زنان تحت پوشش در استان هرمزگان

۵-۱ سوالات تحقیق

- آیا خصوصیات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر است؟
- آیا دوره‌های آموزشی برگزار شده جهت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر است؟
- آیا سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر است؟
- آیا میزان تحول فردی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر است؟
- آیا ویژگی‌های شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر است؟
- آیا میزان رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر است؟
- آیا حمایت‌های مالی صورت پذیرفته از سوی سازمان بهزیستی به گروه‌های همیار زنان تحت پوشش بر نحوه عملکرد آنها موثر است؟

۶-۱ تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

۱-۶-۱ سازمان بهزیستی:

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، سازمان بهزیستی کشور از ادغام سازمان‌های خیریه و حمایتی که در این بخش فعالیت می‌کردند، آغاز به کار کرد. پس از بررسی و مطالعات دکتر محمد علی فیاض بخش، سازمان بهزیستی کشور به موجب لایحه قانونی مورخ ۱۳۵۹/۴/۲۴ و در جهت تحقق مفاد اصول سوم، بیست و یکم و بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، از ادغام ۱۶ سازمان، نهاد، موسسه و انجمن خیریه تشکیل شد تا با اتخاذ تدابیر و ارائه خدمات و حمایت‌های غیر بیمه‌ای و با تکیه بر مشارکت‌های مردم و همکاری

نزدیک سازمان های ذی ربط در جهت گسترش خدمات توانبخشی، حمایتی، بازپروری، پیشگیری از معلولیت ها و آسیب های اجتماعی و نیز کمک به تامین حداقل نیازهای اساسی گروه های کم درآمد اقدام نماید. در تیرماه ۱۳۸۳ براساس قانون ساختار وزارت رفاه و تامین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی از وزارت رفاه و تامین اجتماعی ملحق شد.

۲-۶-۱ زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی

زنان سرپرست خانوار از جمله گروههای آسیب پذیر اجتماع هستند که گاه عواملی چون طلاق، فوت همسر، اعتیاد همسر، ازکار افتادگی سرپرست، رها شدن توسط مردان مهاجر و یا بی مبالات، موجب آسیب پذیرتر شدن این طیف وسیع از جامعه می شود(غفاری، ۱۳۸۲).

الف) تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از زنان سرپرست خانوار، زنان سرپرستی را شامل می شود که تحت پوشش اداره کل بهزیستی استان هرمزگان هستند.

۳-۶-۱ گروه همیارزنان:

هدف اصلی و نهایی سازمان بهزیستی در بحث زنان سرپرست خانوار، توانمندسازی افراد و خانواده ها در جهت کسب استقلال و خودکفایی و فراهم کردن ضوابط و امکانات لازم به منظور بهبود دسترسی زنان به فرصت های اقتصادی، اجتماعی، منابع فرهنگی و بازار اشتغال و کاهش نابرابری های جنسیتی می باشد. و در راستای این هدف طرح تشکیل گروههای همیار از سال ۱۳۸۲ حائز اهمیت است و هدف اصلی و نهایی این گروهها ایجاد اشتغال پایدار توسط خود این افراد از طریق کار گروهی و حفظ و ارتقاء سطح کیفیت زندگی این زنان می باشد.

فصل دوم

پیشینه نظری و پژوهش

این فصل دو بخش را شامل می‌شود که در بخش اول نظر روان‌شناسان را در مورد مؤلفه‌های تحقیق بررسی شده است و در بخش دوم به بررسی پیشینه تحقیقاتی موضوع تحقیق می‌پردازد.

زنان از جمله اقشار آسیب پذیر در جامعه هستند که در این میان زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که به دلایل متعدد از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، از کارافتادگی همسر، مفقود الاثر بودن همسر و.. سرپرستی خانواده خود را برعهده گرفته‌اند. آنها علاوه بر نقش مادری وظیفه سنگین پدری را نیز عهده دار شده‌اند. در اکثر جوامع مسئولیت تامین مخارج زندگی وظیفه مرد است و مرد سرپرست و محور اصلی خانواده است که با رفتن مرد از زندگی - به هر دلیل - این بار سنگین به دوش زن خانواده می‌افتد. زنی که تاکنون در نقش همسر و مادر ایفای وظیفه کرده حال باید نقش پدر و نان آور خانواده را بعهده گیرد.

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 بی سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده‌اند)، همسران مردان از کارافتاده و سالمند می‌شود. این وضعیت جدید و وظایف دشوار و متعددی که به اجبار به زنان محول می‌شود مانند تربیت فرزند، رسیدگی به امور منزل، تامین نیازهای روحی، روانی، مادی فرزند، تامین هزینه مسکن و غیره آنها را با مسائل و مشکلات بی‌شماری روبرو می‌کند و فشارها و تنش‌هایی بیش از حد توان و ظرفیتشان به آنها وارد می‌کند که به مرور آنها را به سمت انواع ناراحتی‌های روحی و روانی سوق می‌دهد. بررسی وضعیت سلامت جسمانی و روانی زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد که آنها در مقایسه با سایر زنان از سلامت جسمانی و روانی کمتری برخوردارند و با انواع بیماری‌های روحی مانند اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، انزوای طلبی، وسواس و غیره دست و پنجه نرم می‌کنند. همچنین از درد‌های جسمانی متعددی رنج می‌برند که منشا اکثر آنها روحی و روانی است. با توجه به اینکه این گروه وظیفه تامین معاش زندگی را نیز عهده دار می‌باشند لازمه آن داشتن شغلی مناسب با درآمد مکفی و بدور از هیاهوهای

اجتماعی و مهارت‌های فنی و حرفه‌ای و شغلی جهت اشتغال است پس عمده مشکلات آنها نداشتن مهارت و توانمندی لازم جهت شروع به کار و یا ادامه آن می‌باشد لذا به منظور توانمندسازی زنان سرپرست خانوار جهت اهراز شغل مناسب فراگیری آموزشهای مهارتی فنی، شغلی و کسب و کار حائز اهمیت بوده و در همین راستا سازمانهای آموزشی به ویژه سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور می‌تواند با ارائه دوره‌های مختلف آموزشی نقش مهمی در آموزش و مهارت‌اندوزی این افراد جهت ورود به بازار کار داشته باشد.

۲-۲ مبانی نظری

۲-۲-۱ سازمان بهزیستی کشور

سازمان بهزیستی کشور از مهمترین نهادهای حمایتی دولتی است که از طریق بودجه عمومی به افراد معلول و محروم جامعه کمک می‌نماید. پس از پیروزی انقلاب، سازمان بهزیستی کشور از ادغام سازمان‌های خیریه و حمایتی که در این بخش فعالیت می‌کردند، آغاز به کار کرد.

پس از بررسی و مطالعات شهید گرانقدر دکتر محمد علی فیاض‌بخش، سازمان بهزیستی کشور به موجب لایحه قانونی مورخ ۱۳۵۹/۴/۲۴ و در جهت تحقق مفاد اصول سوم، بیست‌ویکم و بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، از ادغام ۱۶ سازمان، نهاد، موسسه و انجمن تشکیل شد تا با اتخاذ تدابیر و ارائه خدمات و حمایت‌های غیربیمه‌ای با حفظ ارزش‌ها و کرامت والای انسانی و تکیه بر مشارکت‌های مردم و همکاری نزدیک سازمان‌های ذیربط، در جهت گسترش خدمات توانبخشی، حمایتی، بازپروری و پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی و کمک به تأمین حداقل نیازهای اساسی گروه‌های کم درآمد، اقدام نماید. در تیرماه سال ۱۳۸۳ بر اساس قانون ساختار وزارت رفاه و تأمین اجتماعی سازمان بهزیستی کشور به همراه سازمان‌های تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش منفک و به زیر مجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ملحق شد.

قانون تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در جلسه علنی روز چهارشنبه مورخ هشتم تیرماه یکهزار و سیصد و نود مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۹۰/۴/۱۱ به تأیید شورای نگهبان رسید: به موجب این قانون ادغام سه وزارتخانه تعاون، کار و امور اجتماعی و رفاه و تأمین وزارتخانه تعاون، کار و رفاه

اجتماعی تشکیل می‌شود و کلیه وظایف و اختیاراتی که طبق قوانین برعهده وزارتخانه های یادشده بوده است به وزارتخانه جدید و وزیر آن منتقل می‌گردد.

بر همین اساس در تیرماه سال ۱۳۹۰ بر اساس قانون ادغام سه وزارتخانه تعاون، کار و رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور به زیر مجموعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ملحق شد.

۱-۲-۲-۱-۱ معاونت امور اجتماعی:

اهداف معاونت امور اجتماعی سازمان بهزیستی:

- توانمندسازی در جامعه تحت پوشش
- توسعه ارائه خدمات سازمان به افراد در معرض آسیب
- توسعه برنامه های تربیتی و پرورشی پیش از سن دبستان
- افزایش کیفیت ارائه خدمات
- گزارش پوشش جغرافیایی ارائه خدمات
- ارتقا بر حضور سازمان در سیاست گذاری های مرتبط با آیین و لوایح مرتبط
- تقویت و توسعه فرهنگ فرزندخواندگی
- تقویت حضور افراد تحت پوشش در برنامه های فرهنگی، علمی، ورزشی و هنری

۲-۲-۱-۲-۲ گزیده ای از شرح وظایف معاونت فرهنگی و امور اجتماعی:

- سیاستگذاری و اتخاذ تدابیر و راهبردهای عملیاتی به منظور توسعه و ارتقای کمی و کیفی خدمات اجتماعی در گروه های هدف سازمان
- تدوین، اجرا، هدایت و به روز رسانی برنامه راهبردی معاونت امور اجتماعی
- نظارت عالی بر تهیه، تدوین و اصلاح برنامه ها، طرح ها، استانداردها و دستورالعمل های تخصصی
- دفاتر زیر مجموعه به منظور انطباق با اهداف، سیاست ها و تکالیف محوله در قوانین و اسناد بالادستی.

- مطالعه، بررسی، تدوین، پیشنهاد تصویب، اصلاح و به روز رسانی مصوبات، طرح ها و لوایح قانونی مورد نیاز جامعه هدف معاونت امور اجتماعی
- سیاستگذاری، برنامه ریزی و اتخاذ روبه در راستای توانمندسازی جامعه هدف معاونت امور اجتماعی

۳-۱-۲-۲ دفاتر حوزه اجتماعی سازمان بهزیستی :

- دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
- دفتر امور کودکان و نوجوانان
- دفتر توانمندسازی زنان و خانواده

۴-۱-۲-۲ دفتر توانمند سازی زنان و خانواده:

این دفتر به زنان سرپرست خانوار و افراد تحت تکفل آنها که دچار مشکل و معضلاتی در یک یا چند جنبه زندگی (عاطفی، فرهنگی، اقتصادی و ...) شده و نیازمند حمایت از طریق مددکاری می باشند خدماتی به شرح ذیل ارائه می دهد:

- ارائه خدمات حمایتی و اجتماعی به خدمت گیرندگان تحت پوشش در راستای بازتوانی و قادرسازی
 - آموزش های فنی و حرفه ای، پرداخت کمک هزینه تحصیلی به محصلین و دانشجویان
 - تامین بیمه خدمات درمانی خانواده های تحت پوشش
- سرپرست خانوار براساس تعاریف مرکز آمار سرپرست خانوار، عضوی از خانوار است که اعضای خانوار وی را به این عنوان معرفی می کنند. در مواردی که اعضای خانوار کسی را بعنوان سرپرست معرفی نکنند، مسن ترین فرد به عنوان سرپرست خانوار شناخته می شود. سرپرست خانوار لزوماً مسن ترین عضو خانوار نیست و می تواند زن یا مرد باشد. در خانوارهای یک نفره، همان فرد سرپرست خانوار به شمار می آید. سرپرست خانوار معمولاً مسئولیت تامین تمام یا بخش عمده ای از هزینه های خانوار یا تصمیم گیری در مورد نحوه هزینه کردن درآمدهای خانوار را بر عهده دارد.

۲-۲-۲ زنان سرپرست خانوار :

زنان سرپرست خانوار زانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند. و سرپرست خانواده به کسی اطلاق می شود که مسئولیت اداره اقتصادی خانواده را به دوش دارد و تصمیم گیری های عمده و حیاتی به عهده اوست. طبقه بندی زنان سرپرست خانوار

الف- زنان بی سرپرست: زنان بی همسر به کلیه زنانی اطلاق شده که به دلایل مختلف از جمله فوت همسر، طلاق و رهاشدگی، مجرد زندگی می کنند. زنانی که به دلایل مختلف همسرانشان را از دست می دهند یا از همسرانشان جدا می شوند به یکباره با جهان دیگری روبه رو می شوند که با مشکلات زیادی مواجه هستند. زنان بیوه حتی اگر هم بخواهند سالم زندگی کنند در صورت محتاج بودن، شرایط اقتصادی به او اجازه نمیدهد. علاوه بر اینها زنان بیوه از نظر عاطفی هم دچار مشکل هستند.

ب- زنان بد سرپرست: عنوان زنان بدسرپرست به زنانی اطلاق می شود که شامل همسران مردان معتاد، زندانی، همسران مردان بیکار، همسران مردان از کار افتاده بر اثر حوادث ناشی از کار و یا همسران مردان ناسازگاری باشد. زنان بدسرپرست به نوعی از حمایت سرپرست خانواده برخوردار نیستند و حضانت فرزندان نیز بر عهده آنهاست که به دلیل بدسرپرستی نیازمند توجه ویژه دولت هستند.

ج- زنان خودسرپرست: قوانین این زنان را به دو دسته عمده تقسیم می کند که عبارتند از:

۱- زنان دارای درآمد: شامل زنان شاغل، بازنشسته و زنان وظیفه بگیر. در واقع قوانین مرتبط به نوعی این زنان را به عنوان سرپرست خانوار می شناسد پس به دلیل تمکن مالی مشمول قوانین حمایتی قرار نمی گیرند.

۲- زنان بدون درآمد: شامل تمام زنانی می شود که به دلیل عدم تمکن مالی مشمول قوانین حمایتی قرار می گیرند و به عنوان زنان بی سرپرست در قوانین یاد می شوند. قوانین مصوب بیشتر سعی در ایجاد راهبرد حمایتی از این زنان (دارای درآمد یا بدون درآمد) را دارند ولی ماده قانونی مشخصی برای پر کردن خلأ عاطفی این زنان وجود ندارد در حالی که یکی از دغدغه های تمام این زنان ترس از تنهایی خود در آینده است.

۱-۲-۲- وضعیت آماری زنان سرپرست خانوار در ایران

از زمان زیست انسان بر روی کره زمین ورشد جمعیت و نسلها بر روی آن همواره جمعیت زنان بی سرپرست و یا خود سرپرست به دلایل مختلف از جمله جنگ، تصادفات، غارت، قتل، عوامل طبیعی و غیر مترقبه و... روبه

افزایش بوده و این موضوع خاص کشور مانیت بلکه چتر این پدیده در سراسر جهان گسترده شده است که حاصل آن شکستن ستون های خانواده و از دست دادن همسر و به وجود آمدن پدیده بی سرپرستی و یا خودسرپرستی و یا سرپرستی خانواده بوده و چون مسئولیت اداره زندگی خود و یا فرزندان بر عهده این قشر (زنان سرپرست خانوار) می باشد این مسئولیت ها در اغلب موارد در شرایطی به این زنان تحمیل می شوند که در طول زندگی خود آموزشی برای پذیرش آن ندیده اند و هیچ گونه آمادگی برای مواجه شدن با آن را ندارند. در اکثر این خانواده ها مادران به لحاظ سطح سواد، مهارت و سرمایه در وضعیت مناسبی قرار ندارند و فرزندان آنها به عنوان یکی از آسیب پذیر ترین قشر های جامعه آماج محرومیت هایی قرار می گیرند که بقا و رشد آنها را مورد تهدید جدی قرار می دهد. از طرفی کمبود ها و فقر، فشار مضاعفی را بر این گونه خانواده ها تحمیل کرده و موجب افزایش انواع نا هنجاری ها گردیده و سلامت آنها و در نهایت سلامت جامعه را به خطر می اندازد.

عمده ترین مشکلات زنان سرپرست خانواده، مشکلات اقتصادی، ناآگاهی برای اداره امور اقتصادی خانواده، نگرش های منفی اجتماعی نسبت به زن سرپرست خانواده و نگرانی از آینده فرزندان است. زنانی که از صبح تا شب بدنبال کسب لقمه نانی برای خود و خانواده خود هستند به ناچار وقت کمی را برای فرزندان خود باقی می گذارند. کم رنگ شدن حضور مادر در خانه، عدم تامین نیازهای عاطفی فرزندان، نداشتن نظارت کافی و مناسب بر فرزندان، آنها را در برابر انواع معضلات اجتماعی نظیر بزهکاری، اعتیاد و..... آسیب پذیر می کند. در صورتی که زنان سرپرست خانواده از حمایت های اجتماعی مناسب برخوردار باشند، شیوه های مقابله مناسب را بیاموزند و دارای منبع کنترل درونی باشند، کمترین آسیب را متحمل می شوند. به طور کلی مسایل و مشکلات زنان سرپرست خانوار را می توان به چند دسته طبقه بندی کرد:

الف) مشکلات مادی و اقتصادی: مهمترین دغدغه فکری این زنان این است که چگونه هزینه های کمر شکن زندگی را تامین نمایند. تعداد کمی از این زنان شاغل هستند و از درآمد خوبی نیز برخوردارند و یا میراث قابل توجهی از همسرشان به جا مانده است. عده ای نیز شاغل هستند ولی درآمد چندانی ندارند و دسته سوم نیز زنانی هستند که نه شغلی دارند و نه منبع درآمدی که اکثریت زنان در این دسته جای دارند.

ب) مشکلات فرهنگی و اجتماعی: زنان سرپرست خانوار در فرهنگ ما با مشکلات متعددی روبرو هستند. از مسایل عمده ای که این زنان با آن مواجه اند نگرش های منفی جامعه نسبت به آنهاست. این زنان مجبورند زیر نگاه های سنگین دیگران به زندگی خود ادامه دهند و با انواع تهدیدها و ناامنی ها مقابله کنند. وقتی سایه مردی بالای سر نباشد عده ای فرصت طلب از خللی که در خانواده پدیدار شده می خواهند به نفع خود استفاده نمایند و با مزاحمت های خود آسایش را از این خانواده ها سلب می کنند. مسئله دیگر طرد شدن از سوی فامیل و دوستان است. بسیاری از دوستان و آشنایان که تا چندی پیش با آنان ارتباط و معاشرت داشتند، بتدریج رابطه خود را با این زنان قطع می کنند زیرا زنان بی سرپرست را تهدیدی برای زندگی خود می دانند. بسیاری از این زنان از گرفتن و اجاره کردن مکانی برای زندگی ناتوانند زیرا به محض اینکه صاحبخانه متوجه می شود که خانواده فاقد سرپرست مرد است از اجاره دادن منزل خود امتناع می کند. طرد شدن از سوی اجتماع، دوستان و در مواردی طرد شدن از سوی خانواده، فقدان امنیت اجتماعی، نداشتن همراز و محرم اسراری برای تسکین آلام و درد ها واقعیت تلخی است که زندگی این زنان با آن پیوند می خورد.

ج) مشکلات روحی و روانی: فقر و تنگدستی، نداشتن حامی و سرپرست، طرد اجتماعی، نداشتن مسکن مناسب، نداشتن شغل و حرفه، عدم دسترسی به فرصت های شغلی و تحصیلی، همه و همه دست به دست هم داده و زنان سرپرست خانوار را به سمت انواع بیماری های روحی و روانی که برجسته ترین آن افسردگی است سوق می دهند. همچنین تعدد نقش هایی که برعهده دارند باعث ایجاد استرس و در نتیجه تشدید اختلالات روانی و بروز بیماری های جسمی می شود.

د) مشکلات آموزشی و مهارتی: بسیاری از خانواده های زن سرپرست زیر خط فقر زندگی می کنند، پایین بودن سطح سواد، شرایط نابرابر کار در بازارکار، تبعیض میان زن و مرد نداشتن مهارت و تخصص از جمله علل فقر این خانوارهاست. سازمان فنی و حرفه ای جهت کاهش مشکلات اقتصادی زنان سرپرست خانوار علاوه بر اینکه برنامه هایی در گذشته جهت آموزش مهارتی فنی و حرفه ای و توانمندسازی این گروه داشته، به منظور اثر بخشی بیشتر این آموزشها با همکاری با سایر دستگاههای (دولتی و غیردولتی) برنامه ریزی کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت و منسجمی دارد. عوامل مؤثر بر بروز مشکلات زنان سرپرست خانوار:

- فقر: از جمله حادثترین مشکلات زنان سرپرست خانوار است و دلایل بسیاری در تایید محرومیت آنان به دلیل جنسیت و در پی آن محرومیت از منابع وجود دارد. معمولاً خانوارهای با سرپرست زن از خانوارهای با دوسرپرست (زن و مرد) از نظر اقتصادی ضعیف تر هستند. این گونه خانواده ها با از دست دادن مرد خانواده نان آور خود را از دست می دهند و گاه مجبور می شوند از دیگر وابستگان نیز سرپرستی کنند. در این گونه خانوارها زنان باید به تنهایی علاوه بر سرپرستی خانواده و کسب درآمد و مدیریت اقتصادی، مواظبت از بچه ها، کارهای خانه و بهبود شرایط زندگی اعضای خانوار را نیز بر عهده بگیرند. در چنین شرایطی ، از سویی وقت و انرژی کمتری برای انجام اموری چون تهیه کالاها و مواد غذایی ارزان تر یا تهیه برخی اقلام مورد نیاز خانواده در منزل دارند و از سوی دیگر آنان را مجبور به کار پاره وقت، انعطاف پذیر یا اشتغال خانگی می کند. این شرایط زنان را از آموزش و کسب مهارت باز داشته، موجب دریافت دستمزد کمتر نیز می شود. دشواری ترکیب شغل زن با مراقبت از خانواده موجب تمرکز فعالیت این زنان در بخش غیررسمی بازارکار نیز می شود. این عوامل و دیگر عوامل اجتماعی شرایط را برای فقر بیشتر زندگی خانوارهای با سرپرست زن فراهم می کند. از دیگر دلایل فقیر بودن زنان سرپرست خانوار کم توجهی دولت ها و نبود سیاست های تأمین اجتماعی جامع و مستمری است که این خانواده ها را مورد حمایت قرار می دهد. نبود سیستم جبران کننده کسری درآمدها از طرف نهاد های دولتی یا ناچیز بودن آثار خدمات این سیستم های جبرانی بر وضعیت خانواده و به طور خلاصه محدودیت حمایت دولت و اجتماع ، این زنان را به خط فقر کشانده است.

- منزوی شدن زنان سرپرست خانوار : پیامدهای فرهنگی ناشی از طلاق و در مواردی شرمساری از نوع شغل سبب می شود این زنان از روابط اجتماعی و ارتباط با دیگران پرهیز کنند. البته با توجه به مسئولیت چندگانه آنان در زندگی ، وقتی برای برقراری ارتباط با دیگران برایشان باقی نمی ماند. بیش از نیمی از زنان سرپرست خانوار احساس ضعف و ناتوانی می کنند.

- ترس و نگرانی از آینده مبهم و نامعلوم : نبود تضمین برای تأمین نیازهای زندگی آتی از مهم ترین دغدغه های زنان سرپرست خانوار می باشد.

- نداشتن مهارت های فنی و شغل: مهم ترین دغدغه زنان سرپرست خانوار نداشتن مهارت های فنی و حرفه ای و شغل مناسب و نبود تأمین اجتماعی لازم است. نداشتن شغل مناسب خود معلول نداشتن مهارت کافی جهت

اشتغال می باشد لذا سازمان آموزش فنی و حرفه ای با همکاری سایر نهادهای حمایتی می تواند ضمن حمایت‌های آن سازمانها این گروه را با توانمند سازی و مهارت اندوزی به سمت احراز شغلی مناسب با درآمد مکفی و استقلال مالی سوق داده و نیاز آنها را از حمایت‌های سازمان‌های پوشش دهنده کاهش دهد.

با استناد به قانون اساسی، حمایت‌های شغلی و بیمه‌ای از زنان سرپرست خانوار وظیفه حاکمیت می باشد قانون گذار دولت را مکلف نموده که علاوه بر حمایت بیمه ای از زنان سرپرست خانوار زمینه اشتغال و آموزش فنی و حرفه ای را نیز برای آنها مهیا نماید همچنین سازمانهای مردم نهاد می توانند هم به عنوان بازروی مشورتی دولت در اجرای قانون کمک کنند و هم زمینه ساز توانمند سازی زنان در ابعاد مختلف باشند.

-ناکافی بودن حمایت های مالی و معنوی دولت : این امر سبب شده تا زنان در بخش خصوصی و غیررسمی از جمله انجمن های خیریه امرار معاش کنند.

-محدودیت خدمات بیمه ای و نبود تأمین اجتماعی کافی جهت تمامی زنان سرپرست خانوار : هم اکنون ۲۳۵ هزار زن خودسرپرست و سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور قرار دارند که از این تعداد ۱۵۰ هزار نفر مستمری دریافت می کنند و بقیه زنانی هستند که بازتوان شده از خدمات بیمه ای مانند دفترچه بیمه درمانی بهره مند می باشند.

با توجه به آنچه گفته شد، می توان به صورت خلاصه برخی از مهم ترین عوامل مؤثر در بروز مشکلات زنان سرپرست خانوار را چنین برشمرد:

الف- نبود دید مثبت برای ازدواج مجدد

ب- نگاه ها، گرایشات نادرست بعضی از مردان طماع برای بهره مندی موقت و آسان از این زنان

ج- درگیری پیرامونی با خانواده همسر و خانواده فرزندان ازدواج کرده و رهاشدن زن با کوله باری از مشکلات

د- نبود قدرت تامین نیازهای مالی و مادی فرزندان

ه- نبود پشتیبان عاطفی- روحی برای تداوم زندگی و در نتیجه پدید آمدن انواع بیماریهای افسردگی برای این

زنان

و- پدیدآمدن بحران‌های عاطفی و روانی در محیط خانواده توسط فرزندان و غیره آنهم به میزان وابستگی به پدر خانواده

ط- ناامن بودن جامعه و رشد روزافزون نگرانی‌ها و مشکلات خاص زنان سرپرست خانوار. ی- مشکل دسترسی به شغل مناسب

ک- نداشتن مهارت کافی جهت اشتغال و مشکلات ارتباطات خاص اجتماعی

گ- نداشتن مهارت کافی در هماهنگی میان تامین زندگی خانواده با تربیت فرزندان و بروزرکاستی‌هایی در تربیت اخلاقی و اجتماعی فرزندان و ناتوانی در حمایت از فرزندان در هنگام بروز مشکلات و کاهش ارتباط درست و مداوم با آنان

ل- ناتوانی در تهیه مسکن مناسب برای زندگی و در نتیجه سرگردانی در دوران سالخوردگی که نیاز به استراحت و آرامش است.

م- نبود سازوکارهای لازم و مناسب حمایتی از سوی دولت و دستگاه‌های اجرایی

زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت، طلاق و...) غالباً با ابهامات و مخاطراتی روبه‌روست؛ از جمله سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی و 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. با توجه به روند رو به افزایش شمار زنان سرپرست خانوار در سال‌های اخیر در نتیجه افزایش میزان طلاق در جامعه، لزوم توجه بیشتر به این قشر از افراد جامعه، ملموس‌تر است. پیامدهای مشکلات زنان سرپرست خانوار:

- روی آوردن به جرم و فساد برای تامین نیازهای مالی زندگی، به طوری که امروزه اکثر زنان خیابانی را این گروه اجتماعی تشکیل می‌دهند.

- ایجاد انحراف و اختلال در تربیت نیروهای فعال و جوان جامعه

- افزایش تعداد خانواده‌های ناآرام و ایجاد اختلالات روانی و جمعی در اعضای خانواده

- گسترش فقر مادی بواسطه نداشتن شغل و مهارت‌های فنی کافی و فرهنگی در جامعه

راهکار های حل مشکل امروزه زنان سرپرست خانوار نیازمند حل دو مشکل شامل حل گذشته دردناک خود و تضمین آینده هستند.

۲-۲-۳ گروه های همیار زنان:

گروه های ۷ الی ۱۵ نفره از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی که با مشارکت و همیاری و کمک به خود و یکدیگر، در راستای توانمندسازی خود و خانواده هایشان فعالیت می کنند. گروه های همیار عبارت است از جمعی که دارای کنش دو سویه، متقابل و افقی بوده و اغلب بین افراد با توانایی های کم و بیش یکسان یا کسانی که بتوانند توانایی های همدیگر را تکمیل یا کمبودهای یکدیگر را جبران کنند صورت می

گیرد. در این گروه ها نقش یاری دهنده و یاری گیرنده به طور متناوب تغییر می کند. این گروه ها از طرفی موجبات رشد فکری و افزایش اعتماد به نفس و حس مشارکت و همکاری در زنان سرپرست خانوار را فراهم می نماید و از سوی دیگر فعالیت های اقتصادی که اعضا گروه دارند باعث کسب درآمد و بهبود نسبی سطح رفاه در این خانواده ها می گردد.

۱-۲-۲-۳ تاریخچه تشکیل گروه های همیار:

سازمان بهزیستی از سال ۱۳۷۹ با رویکرد ارتقاء کیفیت زندگی و با هدف توسعه اجتماعی، ظرفیت سازی، ارتقاء خودباوری و کاهش آسیب های اجتماعی در جامعه هدف و همچنین تغییر رویکرد حمایتی به توانمندسازی، با توجه به الگوی گروه های خودیار زنان کشور هند اقدام به راه اندازی گروه های همیار به منظور توان افزایش و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار نموده است. عضویت در این گروه ها موجب جلوگیری از طولانی شدن چرخه حمایت های سازمان، عدم وابستگی جامعه هدف به این حمایت ها، افزایش خود اتکایی اقتصادی، روانی، اجتماعی زنان سرپرست خانوار و ارتقاء سطح آموزش و مهارت ها در ایشان می گردد. در حال حاضر " دستورالعمل اجرایی و اساسنامه گروه های همیار زنان سرپرست خانوار " که در سال ۱۳۸۴ مورد تصویب شورای معاونین سازمان قرار گرفته در کلیه استانها اجرا می گردد.

۲-۲-۳-۲ اهداف تشکیل گروه های همیار:

- فراهم نمودن زمینه های مشارکت خدمت گیرندگان در حل مسائل اجتماعی - اقتصادی مربوط به خود و فراهم نمودن زمینه مناسب جهت توانمندسازی مادی و معنوی جامعه هدف.
 - کاهش وابستگی به سیستم حمایت دولتی و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار.
 - بالابردن سطح اعتماد به نفس و تقویت روحیه همکاری جمعی و مشارکتی بین اعضاء.
 - افزایش احساس کفالت در اعضاء گروهها و فراهم نمودن بستر مناسب جهت تامین آسایش روحی و روانی.
 - افزایش سطح درآمد اعضاء و ارتقاء سطح کیفیت زندگی خانواده های آنان.
 - فراهم آوردن زمینه هایی که جمعیت هدف بتواند توانایی های بالقوه خود را بالفعل نماید.
 - فراهم نمودن زمینه های مساعد جهت ارتقاء دانش و آگاهی خانواده برای شناخت بهتر مشکلات خود و مشارکت در حل آنها.
 - تلاش در جهت کاهش هزینه های مالی دولت و جلوگیری از طولانی شدن وابستگی افراد به حمایت های اقتصادی مستقیم.
 - فراهم نمودن موجبات رشد شخصیت خدمت گیرندگان به منظور شناخت و درک بهتر از خود و ایجاد رابطه سازنده و خلاق با دیگر افراد جامعه.
 - تلاش در جهت حل معضلات اقتصادی و مادی خود بدون تکیه بر منابع مالی دولت و رفع حوائج روزانه در قالب شیوه های همیاری.
 - فراهم نمودن بستری مناسب برای رشد استعداد ها و قابلیت های جامعه هدف و افزایش آگاهی های آنان از منابع اجتماعی موجود. جامعه جهت بهره مندی از آنها در هنگام نیاز.
- ۳-۲-۲-۳ مستندات قانونی طرح:
- اصل ۲۹، ۲۱ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.
 - بند "ه" و "و" و "ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.
 - برنامه های توسعه چهارم و پنجم.
- ۴-۳-۲-۲ جامعه هدف گروههای همیار در سازمان بهزیستی:
- زنان سرپرست خانوار و زنان و دختران خود سرپرست تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور.

۵-۳-۲-۲ روش اجرای طرح گروه های همیار:

نظام اجرایی این طرح در ۴ سطح "ستاد بهزیستی کشور، ستاد بهزیستی استان ، اداره بهزیستی شهرستان و مجتمع های خدمات بهزیستی "اعم از شهری و روستایی فعالیت می نماید. در این بین از توان و مشارکت بخش غیر دولتی "در قالب کلینیک های مددکاری اجتماعی و مجتمع های خدمات بهزیستی خصوصی" نیز در اجرای طرح استفاده می گردد.

مددکاران مجری طرح ، پس از بررسی وضعیت و شرایط افراد تحت پوشش و اخذ اطلاعات ، مصاحبه و سایر

اقدامات لازم، با برگزاری جلسات اطلاع رسانی، به آگاه سازی و حساس نمودن افراد و خانواده های تحت پوشش می پردازند و در مراحل بعدی شرایط تشکیل و فعالیت گروهها را با مشارکت فعال داوطلبین عضویت در گروهها فراهم می آورند.

تعداد اعضا هر گروه حداقل ۷ و حداکثر ۱۵ نفر می باشد. هدف و مقاصد گروهها با مشارکت خود اعضا مشخص می شود و در این بین مددکاران به عنوان تسهیلگران این فرایند، اقدامات لازم را انجام می دهند.

۶-۳-۲-۲ شرایط عضویت در گروه:

- با سواد بودن حداقل یک سوم اعضا
- داشتن توان کار و فعالیت اعضا
- قرار گرفتن در گروه های سنی ۱۵ تا ۶۰ سال
- داشتن هدف و نیاز مشترک با سایر اعضا گروه

۷-۳-۲-۲ عناوین فعالیت های گروه های همیار:

- پرورش و تولید قارچ
- تولید قالی ابریشمی
- تاسیس مهد کودک

-تولید رشته و ماکارونی

-خیاطی

-پیتزا فروشی، تهیه ساندویچ

-پخت و پز انواع کلوچه، نان و شیرینی

-خدمات کامپیوتری

-بوفه مواد غذایی دانشگاهها

-فیلم برداری از مجالس

-آرایشگری

-پذیرایی در مجالس و همایش ها

-پرورش گل

-تاکسی سرویس بانوان

و....

۸-۳-۲-۲ آموزش های ارائه شده به گروههای همیار:

-ارتباطات موثر و فنون مذاکره

-اخلاقیت و نوآوری

-کارآفرینی و مهارتهای کسب و کار

-بازاریابی ، فروش و ارتقاء کیفیت محصولات

-تکنیک های کار گروهی

-مدیریت مالی و تأمین منابع کسب و کار

-آموزش های مهارت های زندگی

-مهارت های کنترل خشم و استرس

۹-۳-۲-۲ نتایج مثبت ناشی از اجرای این طرح:

-ایجاد حس استقلال و افزایش سطح اعتماد به نفس، خودباوری و خوداتکایی در زنان تحت پوشش این

طرح.

- ایجاد زمینه دسترسی به منابع اجتماعی و تسهیل مشارکت اجتماعی زنان سرپرست خانوار.
- اهمیت یافتن آموزش کارشناسان و اعضاء این گروهها.
- تغییر رویکرد حمایتی صرف به توانمندسازی.
- ارتقاء سطح توانایی ها و مهارت های زنان تحت پوشش این طرح.
- ایجاد حس استقلال و افزایش سطح اعتماد به نفس ، خودباوری و خوداتکائی در تحت پوشش این طرح.

۱۰-۳-۲-۲ تهدیدهای فراروی این طرح:

- عدم حمایت نظام بانکی کشور از اعضاء این گروهها در ارائه تسهیلات مالی.
- شناخت ناکافی جامعه از گروههای همیار و فعالیت های کارآفرینانه.
- کمبود برنامه های تبلیغاتی در خصوص فعالیت های کارآفرینانه فردی و گروهی در رسانه های جمعی جامعه.

۱۱-۳-۲-۲ فرصت های ناشی از اجرای این طرح:

- تغییر رویکرد جامعه از پوشش حمایت صرف به توانمندسازی و ارتقاء سطح توانمندی افراد.
- ایجاد تفکر مثبت پیرامون مباحث کارآفرینی در جامعه امروز.

۲-۳ پیشنهاد تحقیق

مطالعات و بررسی هایی به منظور سنجش میزان سلامت جسمی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی صورت گرفته و نتایج آن نشان داده ۴۱ درصد آنان از سلامت جسمانی برخوردار نمی باشد و ما بقی (۵۹ درصد) دارای سلامت جسمانی می باشند. داده های به دست آمده نشان داد اغلب زنان بیمار، بین ۱ تا ۴ سال با مشکل جسمی خود دست و پنجه نرم می کرده اند. همچنین نتایج توصیفی نشان داد زنان شاغل سرپرست خانوار از سلامت جسمی بیشتری نسبت به زنان غیرشاغل برخوردار بودند. سلامت روانی زنان سرپرست خانوار بر اساس یافته های به دست آمده، ۳۷ درصد (بیشترین میزان) کل زنان سرپرست خانوار

مورد مطالعه از نظر وضعیت سلامت روانی در شرایط متوسطی قرار داشته اند. حدود ۳۲ درصد در وضعیت خوب و خیلی خوب و ۳۱ درصد در حالت نامناسبی از نظر سلامت روانی قرار داشتند. نتایج توصیفی سلامت روانی بیانگر این مطلب بود که زنان شاغل سرپرست خانوار از سلامت روانی بیشتری نسبت به زنان غیر شاغل برخوردارند که شاغل بودن به دلایلی، نظیر تأثیر روحی و روانی آن و ایجاد احساس همدردی در زنان سرپرست خانوار، بخصوص زمانی که فعالیت ها در قالب گروه های همیار انجام می شود، افزایش میزان سلامت روانی را برای آنان به همراه دارد.

سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار بر اساس نتایج حاصله، ۳۹/۵ درصد (بیشترین میزان) کل زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه، از نظر وضعیت سلامت اجتماعی در شرایط متوسط، حدود ۳۵ درصد در شرایط ضعیف و مابقی زنان (۲۵/۵ درصد) در حالت مناسبی از نظر سلامت اجتماعی قرار داشتند. داده های گردآوری شده نشان می دهد زنان شاغل سرپرست خانوار از سلامت اجتماعی بیشتری نسبت به زنان غیر شاغل برخوردارند. به نظر می رسد دلایلی نظیر افزایش مشارکت اجتماعی، افزایش مشارکت در آموزش پذیری و مهارت آموزی، افزایش همبستگی اجتماعی و بالا رفتن میزان پذیرش اجتماعی زنان سرپرست خانوار باعث این امر شده است. پس دولت با توانمند سازی این گروه از طریق آموزش های فنی و حرفه ای می تواند شرایط اشتغال را برای آنها تسهیل نماید.

فروزان (۱۳۸۲) در تحقیقی تحت عنوان « زنان سرپرست خانوار: فرصت ها و چالش ها» با هدف بررسی وضعیت زنان سرپرست خانوار و فرصت ها و چالش هایی که این گروه از زنان با آن مواجه هستند، گزارش نمودند که توسعه یافتگی هدفی است که هر کشوری برای رسیدن به آن تلاش می کند. ارزش های اساسی توسعه پایدار را می بایست در ارتقای کیفیت زندگی یعنی توانمندسازی زنان و مردان جست و جو کرد. از مواردی که توسعه یافتگی را تحت تاثیر قرار می دهد، امکان دسترسی زنان مانند مردان به فرصت های برابر، کسب امنیت اقتصادی و رفع فقر از آنان است. این مسائله برای زنان سرپرست خانوار، در جامعه محسوس تر است. این مقاله بر پایه یافته های یک مطالعه میدانی درباره ۴۲۸۰ زن سرپرست خانوار در مراکز پنج استان کشور تدوین شده است. بررسی شاخص های توسعه و فقر و معیارهای توانایی وابسته به جنسیت ضروری است. اطلاعات به دست آمده حاکی از فقر شدید زنان است. شاخص فقر انسانی زنان سرپرست خانوار رقمی

معادل ۰,۵۲۷ است که در مقایسه با همین شاخص در کل کشور که برابر با ۰,۱۹۳ می باشد. بسیار بالا است. زنان سرپرست خانوار ۸,۴ درصد از خانوارها در ایران را تشکیل می دهند که مهم ترین علل این سرپرستی از کار افتادگی (۴۲ درصد) و فوت همسر (۳۶ درصد) است.

حسینی (۱۳۸۸) در تحقیقی به بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار شهر تهران پرداختند، این پژوهش از نوع شیوع شناسی وضعیت سلامت روان این جامعه بود. حجم پژوهش در این بررسی ۳۰۰ نفره صورت تصادفی سهمیه ای انتخاب شدند. پس از جمع آوری و تحلیل داده های جمع آوری شده از تست سلامت عمومی GHQ به این نتیجه رسیدن که فقط ۲۳٪ از زنان سرپرست خانوار دارای سلامت روان می باشند؛ و از محدودیت های این پژوهش عدم مقایسه آن با زنان متأهل می باشد که آیا این تفاوت معنادار است تا تصویر روشن تری از موضوع بررسی شکل می گرفت.

مومنی زاده (۱۳۹۳)، در تحقیقی تحت عنوان « تحلیل مقایسه ای در خصوص زنان سرپرست خانوار» به این نتیجه رسید که زنان به عنوان نیمی از منابع انسانی در جوامع، علاوه بر اینکه موضوع و هدف توسعه هستند، عامل مؤثری در پیشبرد اهداف توسعه نیز می باشند

قاسمی (۱۳۹۱) در تحقیقی تحت عنوان « بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد و زنان سرپرست خانوار عضو گروه همیار بهزیستی نهند» به این نتیجه رسید که زنان سرپرست خانوار عضو گروه همیار بهزیستی از مشارکت بیشتر در حل مسائل خود برخوردارند. دلیل وجود حمایت اجتماعی و گروهی انتظار می رود از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان سرپرست خانوار عضو کمیته امداد برخوردار باشند.

دورودیان (۱۳۸۸)، در پایان نامه کارشناسی ارشد خود تحت عنوان « بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار عضو گروه های همیار و زنان سرپرست خانوار غیر عضو سازمان بهزیستی استان تهران» به این نتیجه دست یافت که بین شاخص های روابط زناشویی، روابط با والدین، روابط فامیلی، رفتار سیاسی، اوقات فراغت و نمره کیفیت زندگی در دو گروه زنان سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود دارد، که زنان

سرپرست خانوار غیرعضو در شاخص های رفاه مادی محیطی نمره بالاتری را دارا هستند و در سایر شاخص های ذکر شده همچنین نمره کیفیت زندگی میانگین نمرات زنان سرپرست خانوار عضو گروه همیار پایین تر است.

سیمونس^۲ (۱۹۹۴) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و اضطراب و استرس بیشتری نسبت به زنان عادی تجربه می کنند؛ و اینکه احتمال به بیماری روانی در زنانی که طلاق گرفته اند و سرپرستی خانواده را بر عهده دارند از متاهلین و کسانی که تنها زندگی می کنند، بیشتر است.

لی^۳ (۱۹۹۸) در تحقیقی تحت عنوان مقایسه استرس و مشکلات روان شناختی در مردان سرپرست خانواده و زنان سرپرست خانواده گزارش نمودند که مردان سرپرست خانواده نسبت به زنان سرپرست خانواده استرس و مشکلات روانی کمتری را تجربه می کنند و از علائم افسردگی کمتری برخوردار می باشند.

بریسکو^۴ (۲۰۰۰) در تحقیقی به بررسی وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانواده به این نتیجه رسیدند که ۷۵ درصد از این زنان، از بیماری روانی رنج می بردند که عمده ترین آن ها با طلاق همبستگی نزدیکی دارد و شامل اختلالات عاطفی، شخصیت ضد اجتماعی و هیستری است.

آدامز^۵ (۲۰۰۰) در تحقیقی به بررسی اختلالات روانی زنان سرپرست خانواده مطلقه را بررسی نمود و اظهار داشت که: مادر پس از طلاق در برابر یک سری از مشکلات قرار می گیرد؛ مانند تامین مراقب از کودکان، سرپناهی مناسب، تامین معیشت خانواده و دشواری های ناشی از اینکه او تنها بزرگسال خانواده است و باید نقش پدر و نقش مادر را یک جا به عهده بگیرد. لذا زن هم از حیث مادی و هم از حیث روانی - عاطفی دچار مشکل می شود و استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می کند.

² Simmons

³ Lee

⁴ Brisco

⁵ Adamz

فصل سوم:

روش تحقیق

در این فصل با در نظر گرفتن هدف تحقیق، روش تحقیق مشخص شده و با انتخاب جامعه آماری، نمونه پژوهش مشخص و سپس با تهیه و توزیع پرسشنامه به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته شد تا به سؤالات تحقیق پاسخ نظام‌مند داده شود.

۳-۲ روش پژوهش

باتوجه به هدف کاربردی پژوهش، روش تحقیق توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای است. روش‌های علی-مقایسه‌ای یا روش‌های پس‌رویدادی معمولاً به تحقیقاتی اطلاق می‌شود که در آنها پژوهشگر با توجه به متغیر وابسته به بررسی علل احتمالی وقوع آن می‌پردازد (سرمد و بازرگان، ۱۳۷۷). این نوع تحقیق به این دلیل مورد استفاده قرار می‌گیرد که در برخی مواقع علت «خصیصه‌ای» بوده و قابل دستکاری نمی‌باشد، یا علت خصیصه‌ای نمی‌باشد ولی دستکاری آن از دست محقق خارج و یا غیر انسانی است. این تحقیق گذشته‌نگر می‌باشد و سعی بر آن دارد که از معلول به علت احتمالی پی ببرد. بدین منظور، آزمودنی‌های که دارای رفتار مورد نظر هستند با آزمودنی‌های که رفتار مورد نظر در آن‌ها مشاهده نمی‌شود، مقایسه می‌شوند (دلاور، ۱۳۸۶).

۳-۳ جامعه آماری

جامعه آماری، جامعه است متشکل از افراد یا واحدها که دارای حداقل یک صفت مشترک باشند (سرمد، بازرگان، حجازی، ۱۳۸۵). پژوهش حاضر به بررسی علل عدم موفقیت گروه‌های همیار زنان سرپرست خانوار بهزیستی در استان هرمزگان پرداخته است. بنابراین جامعه آماری پژوهش زنان عضوگروه‌های همیار فعال و زنان سرپرست خانواری بوده است که در گذشته عضو گروه‌های همیار بوده‌اند و هم‌اکنون به دلایل مختلف از جمله ناموفق بودن یا منحل شدن گروه دیگر عضو نیستند. براساس سالنامه آماری اداره کل بهزیستی استان هرمزگان تعداد کل گروه‌های فعال در استان ۱۰ گروه می‌باشد که اعضای آنها از ۴۰ نفر زنان سرپرست خانوار تشکیل شده است. و در سال جاری ۱۳۹۴ دو گروه دیگر در حال تاسیس می‌باشد.

ملاک خروج از تحقیق:

- عدم رضایت از شرکت در تحقیق حاضر
- تحت پوشش بودن سایر نهادهای حمایتی و بازتوانی

جدول ۱-۳ وضعیت گروه های همیار زنان برحسب شهرستان های استان

شهرستان	تعداد اعضا آماده فعالیت (آماده تشکیل)	تعداد اعضای گروه های تشکیل شده در سال جاری	تعداد دوره های برگزار شده در رابطه با گروه های همیار زنان- اعضا	تعداد دوره های برگزار شده در رابطه با گروه های همیار زنان- کارشناس گروه	تعداد گروه های همیار بازتوان شده (صرفاً در سال جاری)
ابوموسی	۰	۰	۰	۰	۰
بستک	۰	۰	۰	۰	۰
بشاگرد	۰	۰	۰	۰	۰
بندر خمیر	۰	۰	۰	۰	۰
بندر عباس	۵	۵	۱	۱	۰
بندر لنگه	۰	۰	۱	۱	۰
پارسیان	۰	۰	۰	۰	۰
جاسک	۵	۰	۱	۱	۰
حاجی آباد	۰	۰	۰	۰	۰
رودان	۰	۰	۱	۱	۰
سیریک	۰	۰	۰	۰	۰
قشم	۰	۰	۰	۰	۰
کیش	۰	۰	۰	۰	۰
میناب	۰	۰	۱	۱	۱
جمع کل	۱۰	۵	۵	۵	۱

جدول ۲-۳ وضعیت گروههای همیار زنان برحسب شهرستان در سال ۱۳۹۴

شهرستان	تعداد گروه موجود به غیر از گروه های تشکیل شده در سال جاری	تعداد گروه تشکیل شده در سال جاری	جمع گروه های موجود	تعداد گروه آماده فعالیت (آماده تشکیل)	تعداد اعضای موجود به غیر از گروه های تشکیل شده در سال جاری
ابوموسی	۰	۰	۰	۰	۰
بستک	۱	۰	۱	۰	۳
بشاگرد	۰	۰	۰	۰	۰
بندر خمیر	۰	۰	۰	۰	۰
بندرعباس	۴	۱	۵	۱	۲۲
بندرلنگه	۱	۰	۱	۰	۵
پارسیان	۰	۰	۰	۰	۰
جاسک	۱	۰	۱	۱	۵
حاجی آباد	۰	۰	۰	۰	۰
رودان	۱	۰	۱	۰	۵
سیریک	۰	۰	۰	۰	۰
قشم	۰	۰	۰	۰	۰
کیش	۰	۰	۰	۰	۰
میناب	۰	۱	۱	۰	۰
جمع کل	۸	۲	۱۰	۲	۴۰

۳-۴ نمونه مورد مطالعه، حجم نمونه، روش نمونه گیری

نمونه عبارت است از تعدادی عناصر یا افراد جامعه آماری که صفات آنها با صفات جامعه مشابهت داشته و معرف جامعه بوده و از تجانس و همگنی با اعضای جامعه برخوردار باشند (حافظ نیا، ۱۳۷۹). برای انتخاب نمونه آماری باتوجه به تعداد کم جامعه آماری از روش تمام شماری استفاده شده است.

۳-۵ ابزار جمع آوری داده ها و روایی و پایایی

در پژوهش حاضر به منظور جمع آوری داده های مورد نیاز از پرسشنامه مشتمل بر پرسش های چند گزینه ای استفاده شد. جهت سازگاری سوالات روایی محتوایی آن توسط پنج تن از اساتید روانشناسی و جامعه شناسی مورد بررسی قرار گرفت و پس از اصلاحات، در بین ۳۳ نفر از زنان سرپرست خانوار توزیع گردید. برای محاسبه ضریب قابلیت اعتماد ابزار اندازه گیری از آلفای کرونباخ استفاده شد.

بررسی پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و برابر با ۰/۷۹/۱ درصد می باشد و دارای پایایی قابل قبولی می باشد.

جدول ۳-۳. پایایی پرسشنامه

متغیر	تعداد	آلفای کرونباخ
پرسشنامه	۸۳	۰/۷۹/۱

۳-۶ روش اجرای پژوهش

به منظور جمع آوری داده ها در این پژوهش، از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شد. و روش گردآوری اطلاعات به صورت مصاحبه و پرسشنامه محقق ساخته می باشد که یکی از روش‌های متداول در گردآوری اطلاعات میدانی است. سوالات پس از سنجش روایی و پایایی آن‌ها با راهنمایی اساتید بزرگوار توسط محقق مورد پرسش قرار گرفت.

پرسشنامه های مورد استفاده شامل دو بخش بود: ابتدا سوالاتی در خصوص مشخصات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت بیمه و سطح درآمد می باشد. و در بخش دوم پرسشنامه به سنجش عوامل موثر بر نحوه عملکرد گروه‌ها که باعث عدم موفقیت آن گردیده است، پرداخته شده است.

سوالات ۱۴، ۱۵، ۱۶ مربوط به دوره های آموزشی ، سوالات ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ مربوط به سلامت جسمانی ، سوالات (۱، ۲، ۳، ۴) مربوط به تحول فردی، سوالات (۵، ۶، ۷، ۸) مربوط به ویژگی های فردی ، سوالات (۱۱، ۱۲، ۱۳) مربوط به رضایت شغلی و سوالات (۹، ۱۰) مربوط به حمایت های مالی می باشد.

۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss استفاده می شود. پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی می باشد. از آمار توصیفی نظیر میانگین و واریانس و انحراف استاندارد و... برای توصیف داده ها و برای تحلیل آماری داده ها از آمار استنباطی شامل رگرسیون تک متغیری و چند متغیری استفاده گردیده است.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

۴-۱ مقدمه

این فصل شامل دو قسمت عمده توصیف داده‌ها و تحلیل داده‌ها است. در قسمت توصیف داده‌ها به توصیف ویژگی‌های دموگرافیک و همچنین توصیف متغیرهای پژوهش توسط توزیع فراوانی و آماره‌های توصیفی پرداخته شد. در قسمت تحلیل داده‌ها به بررسی سوال‌های تحقیق پرداخته شد. قبل از آزمون سوال‌ها، نرمال بودن (توزیع طبیعی داشتن) متغیرهای مورد مطالعه توسط آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد و سپس از آزمون‌های آماری مناسب استفاده به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss ویراست ۲۳ استفاده شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که تمام بررسی‌ها در این فصل براساس ۸۳ پرسشنامه جمع آوری شده صورت گرفته است.

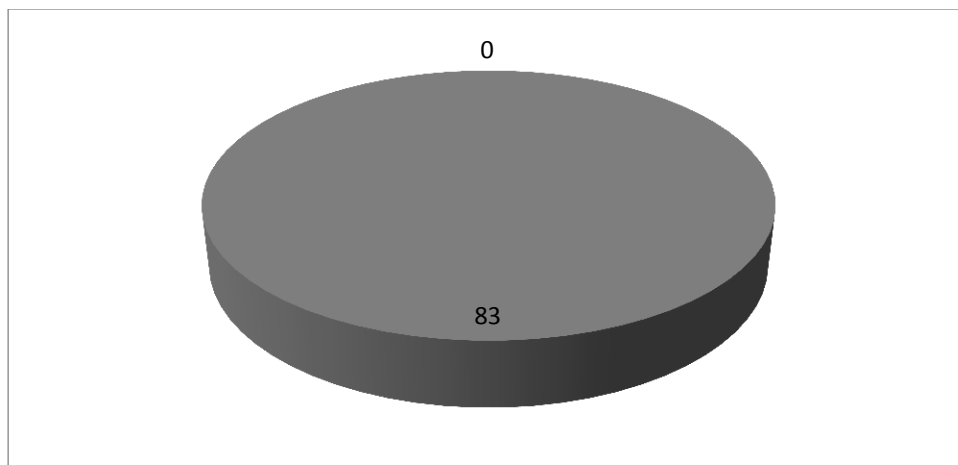
۴-۲ بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی

الف. وضعیت جنسی پاسخگویان

توجه به داده‌های توصیفی نشان داد که همه ۸۳ نفر (۱۰۰ درصد) مشارکت کننده در پژوهش زن بودند.

جدول ۴-۱. توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۸۳	۱۰۰/۰
	مرد	۰	۰



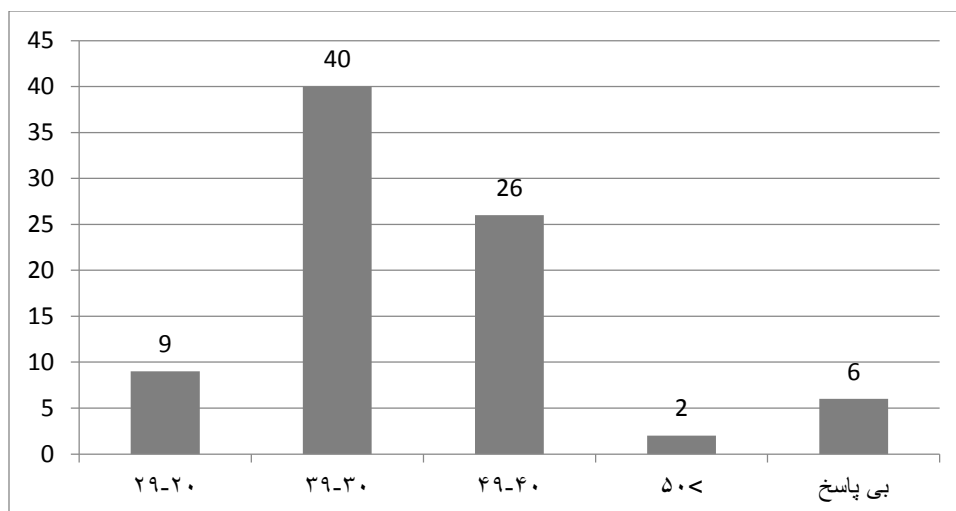
نمودار ۴-۱. توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان

ب. وضعیت سنی پاسخگویان

تجزیه و تحلیل داده های توصیفی نشان داد که بیشتر شرکت کننده در گروه های سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۴۸/۲ درصد) و ۴۰ تا ۴۹ سال (۳۱/۳ درصد) بودند.

جدول ۲-۴. توزیع فراوانی سن پاسخگویان

متغیر	تعداد	درصد
سن	۹	۱۰/۸
	۴۰	۴۸/۲
	۲۶	۳۱/۳
	۲	۲/۴
	۶	۷/۲
		بی پاسخ



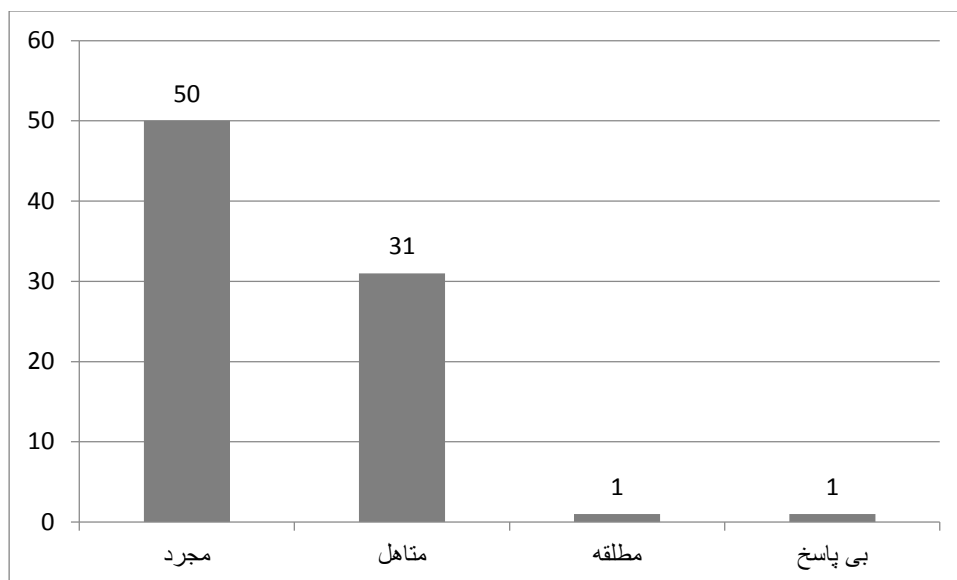
نمودار ۲-۴. توزیع فراوانی سن پاسخگویان

ج. وضعیت تاهل پاسخگویان

تجزیه و تحلیل داده های توصیفی نشان داد که بیشتر شرکت کننده ها مجرد (۶۰/۲ درصد) بودند.

جدول ۳-۴. توزیع فراوانی تاهل پاسخگویان

درصد	تعداد	متغیر	
۶۰/۲	۵۰	مجرد	وضعیت تاهل
۳۷/۳	۳۱	متاهل	
۱/۲	۱	مطلقه	
۱/۲	۱	بی پاسخ	



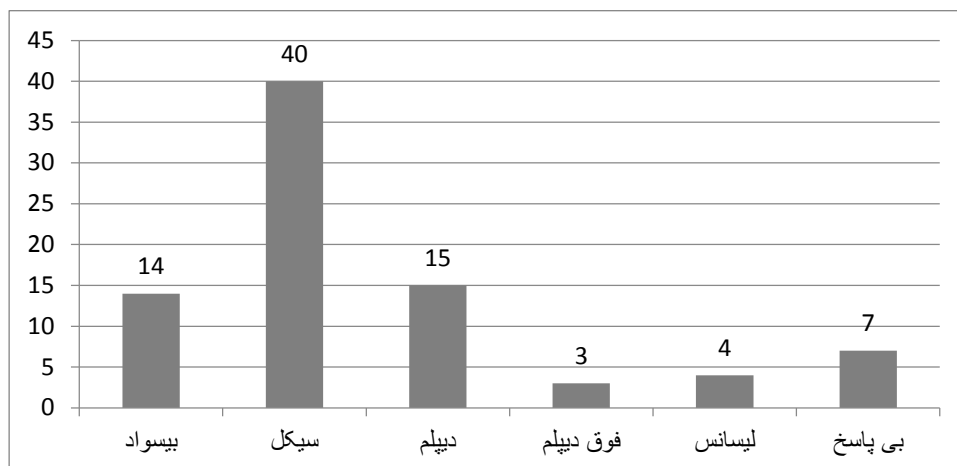
نمودار ۳-۴ توزیع فراوانی تاهل پاسخگویان

د. وضعیت تحصیلات پاسخگویان

تجزیه و تحلیل داده های توصیفی نشان داد که بیشتر شرکت کننده دارای تحصیلات سیکل (۴۸/۲ درصد) و دیپلم (۱۸/۱ درصد) بودند.

جدول ۴-۴. توزیع فراوانی تحصیلات پاسخگویان

متغیر	تعداد	درصد	
تحصیلات	بیسواد	۱۴	۱۶/۹
	سیکل	۴۰	۴۸/۲
	دیپلم	۱۵	۱۸/۱
	فوق دیپلم	۳	۳/۶
	لیسانس	۴	۴/۸
	بی پاسخ	۷	۸/۴



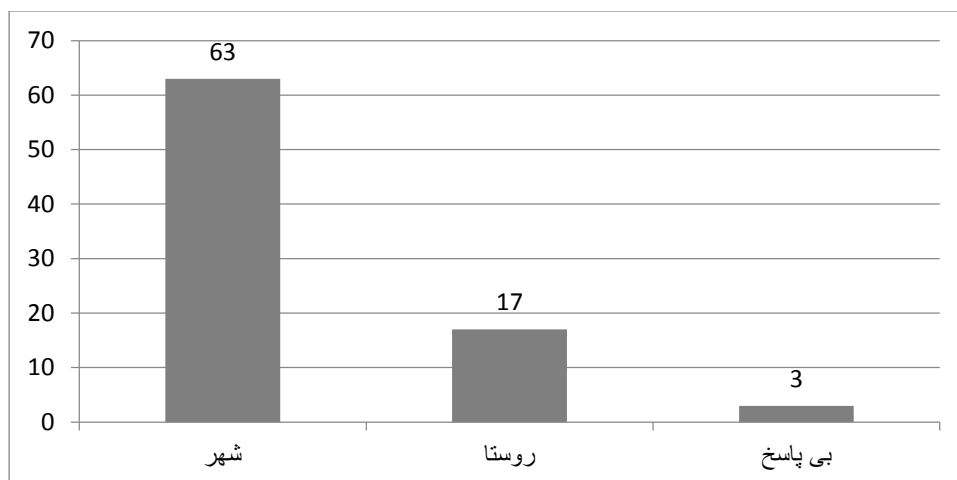
نمودار ۴-۴. توزیع فراوانی تحصیلات پاسخگویان

ه. وضعیت محل سکونت پاسخگویان

تجزیه و تحلیل داده های توصیفی نشان داد که بیشتر شرکت کننده ساکن شهر (۷۵/۹ درصد) بودند.

جدول ۴-۵. توزیع فراوانی محل سکونت پاسخگویان

متغیر	تعداد	درصد
محل سکونت	شهر	۶۳
	روستا	۱۷
	بی پاسخ	۳



نمودار ۴-۵ توزیع فراوانی محل سکونت پاسخگویان

الف. وضعیت گویه های پرسشنامه

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها معتقدند که در انجام این شغل زیاد احساس موفقیت می کنند.

جدول ۴-۶ توزیع فراوانی گویه اول از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۴	۴/۸
کم	۱۸	۲۱/۷
تا حدودی	۱۸	۲۱/۷
زیاد	۲۲	۲۶/۵
خیلی زیاد	۲۱	۲۵/۳

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کنندگان معتقدند که در انجام این شغل تاحدودی احساس به پیشرفت می کنند.

جدول ۴-۷ توزیع فراوانی گویه دوم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۱۲	۱۴/۵
کم	۱۱	۱۳/۳
تا حدودی	۳۵	۴۲/۲
زیاد	۱۹	۲۲/۹
خیلی زیاد	۶	۷/۲

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کنندگان معتقدند که انجام این شغل تاحدودی با استعدادهای فردی آنها تناسب دارد.

جدول ۴-۸ توزیع فراوانی گویه سوم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۲	۲/۴
کم	۴	۴/۸
تا حدودی	۳۸	۴۵/۸
زیاد	۲۸	۳۳/۷
خیلی زیاد	۹	۱۰/۸
بی پاسخ	۲	۲/۴

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها معتقدند که انجام این شغل تا حدودی با دانش تخصصی آنها تناسب دارد.

جدول ۴-۹ توزیع فراوانی گویه چهارم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۲	۲/۴
کم	۸	۹/۶
تا حدودی	۳۵	۴۲/۲
زیاد	۲۲	۲۶/۵
خیلی زیاد	۱۵	۱۸/۱
بی پاسخ	۱	۱/۲

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کنندگان معتقدند که تا حدودی امکان به کارگیری مهارت های آموخته شده در شغل آنها فراهم شده است.

جدول ۱۰-۴ توزیع فراوانی گویه پنجم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۵	۶/۰
کم	۲	۲/۴
تا حدودی	۴۶	۵۵/۴
زیاد	۲۲	۲۶/۵
خیلی زیاد	۸	۹/۶

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کنندگان معتقدند که مقدار زیادی امکان به کارگیری مهارت های آموخته شده در شغل برای آنها فراهم شده است.

جدول ۱۱-۴ توزیع فراوانی گویه ششم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۲	۲/۴
کم	۲	۲/۴
تا حدودی	۲۵	۳۰/۱
زیاد	۴۰	۴۸/۲
خیلی زیاد	۱۲	۱۴/۵
بی پاسخ	۲	۲/۴

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها معتقدند که تاحدودی وسایل و امکانات لازم را برای انجام کار در محل کارشان دارند.

جدول ۱۲-۴ توزیع فراوانی گویه هفتم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۳	۳/۶
کم	۶	۷/۲
تا حدودی	۴۷	۵۶/۶
زیاد	۱۴	۱۶/۹
خیلی زیاد	۱۰	۱۲/۰
بی پاسخ	۳	۳/۶

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها معتقدند که تاحدودی محیط کارشان از لحاظ دما، نور و... مناسب برخوردار می باشد.

جدول ۴-۱۳. توزیع فراوانی گویه هشتم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۱	۱/۲
کم	۷	۸/۴
تا حدودی	۳۶	۴۳/۴
زیاد	۳۱	۳۷/۳
خیلی زیاد	۶	۷/۲
بی پاسخ	۲	۲/۴

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها به مقدار کمی معتقدند که اندازه تسهیلات (وام) اعطایی از سوی سازمان بهزیستی برای انجام کارشان کافی می باشد.

جدول ۱۴-۴ توزیع فراوانی گویه نهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۵	۶/۰
کم	۳۷	۴۴/۶
تا حدودی	۲۳	۲۷/۷
زیاد	۹	۱۰/۸
خیلی زیاد	۶	۷/۲
بی پاسخ	۳	۳/۶

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها معتقدند تا حدودی از نظارت کارشناسان سازمان بهزیستی بر نحوه انجام کارشان رضایت دارند.

جدول ۱۵-۴ توزیع فراوانی گویه دهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۹	۱۰/۸
کم	۱۰	۱۲/۰
تا حدودی	۲۹	۳۴/۹
زیاد	۲۱	۲۵/۳
خیلی زیاد	۱۴	۱۶/۹

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها معتقدند به میزان کمی حس احترام بین اعضا وجود دارد.

جدول ۱۶-۴ توزیع فراوانی گویه یازدهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۸	۹/۶
کم	۳۰	۳۶/۱
تا حدودی	۲۴	۲۸/۹
زیاد	۲۱	۲۵/۳

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کنندگان معتقدند به مقدار زیادی در جایگاه خود احساس مفیدبودن می کنند.

جدول ۱۷-۴ توزیع فراوانی گویه دوازدهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۱	۱/۲
کم	۱۴	۱۶/۹
تا حدودی	۲۴	۲۸/۹
زیاد	۱۹	۲۲/۹
خیلی زیاد	۲۵	۳۰/۱

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کنندگان معتقدند به مقدار خیلی زیادی در کارهایشان با سایر اعضا گروه ارتباط موثری دارند.

جدول ۱۸-۴ توزیع فراوانی گویه سیزدهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۱	۱/۲
کم	۱۵	۱۸/۱
تا حدودی	۲۰	۲۴/۱
زیاد	۱۹	۲۲/۹
خیلی زیاد	۲۸	۳۳/۷

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کنندگان معتقدند دوره های آموزش فنی و حرفه ای تاحدودی بر عملکرد شغلی آنها موثر بوده است.

جدول ۱۹-۴ توزیع فراوانی گویه چهاردهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۲	۲/۴
کم	۶	۷/۲
تا حدودی	۳۵	۴۲/۲
زیاد	۲۰	۲۴/۱
خیلی زیاد	۱۹	۲۲/۹
بی پاسخ	۱	۱/۲

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کنندگان معتقدند دوره های آموزش عمومی (مهارت های زندگی و ...) تاحدودی بر عملکرد شغلی آنها موثر بوده است.

جدول ۲۰-۴ توزیع فراوانی گویه پانزدهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۱	۱/۲
کم	۲۹	۳۴/۹
تا حدودی	۳۳	۳۹/۸
زیاد	۱۶	۱۹/۳
خیلی زیاد	۰	۰
بی پاسخ	۴	۴/۸

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها معتقدند آموزش های داده شده تا حدودی در خلاقیت و نوآوری تا حدودی بر عملکرد شغلی آنها موثر بوده است.

جدول ۲۱-۴ توزیع فراوانی گویه شانزدهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۱۶	۱۹/۳
کم	۲۵	۳۰/۱
تا حدودی	۲۸	۳۳/۷
زیاد	۱۳	۱۵/۷
خیلی زیاد	۰	۰
بی پاسخ	۱	۱/۲

نتایج نشان داد که، بیشتر شرکت کننده ها معتقدند آموزش های داده شده تا حدودی در حل مشکلات و مسائل آنها موثر بوده است.

جدول ۲۲-۴ توزیع فراوانی گویه هفدهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۲	۲/۴
کم	۱	۱/۲
تا حدودی	۳۹	۴۷/۰
زیاد	۲۸	۳۳/۷
خیلی زیاد	۱۲	۱۴/۵
بی پاسخ	۱	۱/۲

نتایج نشان داد که، شرکت کننده ها معتقدند کمتر از دیگران زودتر بیمار می شوند.

جدول ۲۳-۴ توزیع فراوانی گویه هیجدهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۱	۱/۲
کم	۵۲	۶۲/۷
تا حدودی	۱۰	۱۲/۰
زیاد	۲۰	۲۴/۱
خیلی زیاد	۰	۰
بی پاسخ	۱	۱/۲

نتایج نشان داد که، شرکت کننده ها معتقدند به مقدار کمی سلامت من در حد سلامت دیگران می دانند.

جدول ۲۴-۴ توزیع فراوانی گویه نوزدهم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۱۰	۱۲/۰
کم	۲۹	۳۴/۹
تا حدودی	۲۵	۳۰/۱
زیاد	۸	۹/۶

نتایج نشان داد که، شرکت کننده ها معتقدند که خیلی زیاد وضعیت سلامتی آنها بدتر از دیگران می باشد.

جدول ۲۵-۴ توزیع فراوانی گویه بیستم از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۸	۹/۶
کم	۸	۹/۶
تا حدودی	۱۰	۱۰/۸
زیاد	۲۰	۲۴/۱
خیلی زیاد	۳۸	۴۵/۸
بی پاسخ	۱	۱/۲

نتایج نشان داد که، شرکت کننده ها معتقدند که به مقدار کمی از نظر جسمانی احساس می کنند توان انجام شغل خود را دارند.

جدول ۲۶-۴ توزیع فراوانی گویه بیست و یک از پرسشنامه

سطوح	فراوانی	درصد فراوانی
خیلی کم	۳۶	۴۳/۴
کم	۳۷	۴۴/۶
تا حدودی	۱	۱/۲
زیاد	۴	۴/۸
خیلی زیاد	۵	۶/۰

۴-۲ نتایج سوال های تحقیق

آیا خصوصیات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

رگرسیون چند گانه (چند متغیری) روش آماری است که اجازه می دهد نمره یک فرد در یک متغیر را بر اساس نمره های او در چندین متغیر دیگر پیش بینی شود. برای بررسی معنادار بودن رگرسیون از آزمون (تحلیل واریانس) ANOVA با توجه به آماره فیشر پرداخته می شود که فرض معنی دار بودن رگرسیون چند گانه با چهار متغیر مستقل با متغیر وابسته با توجه مدل رگرسیونی بصورت زیر می باشد. قبل از بررسی معنی دار بودن رگرسیون به بررسی جدول مقدار R چندگانه برای رگرسیون چند گانه پرداخته می شود.

H_0 : مدل رگرسیون برازش شده معنی دار نمی باشد.

H_1 : مدل رگرسیون برازش شده معنی دار می باشد.

جدول ۴-۲-۱ خلاصه مدل رگرسیون

R^2 (adj)	R^2	R
۰/۶۱۸	۰/۶۴۸	۰/۸۰۵

پیش بین ها: خصوصیات دموگرافیک

متغیر ملاک: عدم موفقیت گروههای همیار

با توجه به جدول (۴-۲-۲)، نتایج تحلیل نشان داد که، بر اساس مقدار R^2 تعدیل شده ۶۱/۸ درصد از تغییرات واریانس تبیین شده عدم موفقیت گروههای همیار استان توسط (خصوصیات دموگرافیک) تبیین می شود.

جدول ۴-۲-۲ تحلیل واریانس رگرسیون

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F آماره	معنی داری
رگرسیون	۵۰۴۶/۰۹	۵	۱۰۰۹/۲۱	۲۱/۳۵	$< ۰/۰۰۱^*$
باقیمانده	۲۷۴۱/۶۵	۵۸	۴۷/۲۷		
کل	۷۷۸۷/۷۵	۶۳			

در سطح ۰/۰۱ معنی دار * متغیر ملاک: عدم موفقیت گروههای همیار

با توجه به جدول (۴-۲-۳) آماره های آزمون رگرسیون نشان داد که، میزان واریانس در این مدل معنادار می باشد، یعنی متغیرهای پیش بین (خصوصیات دموگرافیک) می توانند تغییر در واریانس تبیین شده عدم موفقیت گروههای همیار استان هر مزگان را تبیین نمایند ($F=۲۱/۳۵, p<۰/۰۱$).

جدول ۳-۲-۴ ضرایب رگرسیون

P	T	ضریب استاندارد شده	ضریب استاندارد نشده		متغیرهای پیش‌بین
		Beta	خطای معیار	Bضریب	
۰/۰۰۰۱*	۱۶/۲۳		۵/۶۹	۹۲/۴۸	ثابت
۰/۰۳۱	۵/۰۹۹	۰/۴۴۷	۰/۱۴۲	۰/۷۲۴	تاهل
۰/۲۶	۱/۱۳۰	۰/۰۹۲	۱/۷۰۸	۱/۹۳۰	سکونت
۰/۰۱	۱/۶۰۱	۰/۱۳۲	۰/۹۸۳	۱/۵۷۴	تحصیلات
۰/۵۶	-۰/۵۸۷	-۰/۰۵۲	۲/۳۹	-۰/۸۲۱	سن

در سطح ۵٪ معنی‌دار* متغیر ملاک: عدم موفقیت گروه‌های همیار استان

بر اساس نتایج رگرسیون هم زمان نشان داد که از خصوصیات دموگرافیک وضعیت تاهل می‌تواند عدم موفقیت گروه‌های همیار استان را پیش‌بینی کند ($Beta=۰/۴۴۷, p<0.01$) و تحصیلات نیز می‌تواند عدم موفقیت گروه‌های همیار استان را پیش‌بینی کند ($Beta=۰/۱۳۲, p<0.01$)

آیا دوره‌های آموزشی برگزار شده جهت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر است؟

با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین واتسون در دامنه ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، لذا می‌توان گفت خطاها نا هم بسته‌اند. همچنین با توجه به سطح معناداری محاسبه شده برای آزمون این فرضیه (۰/۰۰۱) که معنی‌داری کوچکتر از سطح معنی‌داری $\alpha=۰/۰۵$ است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دوره‌های آموزشی برگزار شده جهت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر

است. از سویی با توجه به ضریب تأثیر (R-Square) بدست آمده، ۴۸/۴ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از دوره های آموزشی برگزار شده جهت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد.

جدول ۴-۲-۴. نتایج تاثیر دوره های آموزشی برگزار شده بر عدم موفقیت گروههای همیار

F	نوع تاثیر	سطح معناداری	R-Square	T	ضریب بتا
۷۶/۱۰	مثبت	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴	۸/۷۲	۲/۴۳

آیا سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین واتسون در دامنه ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، لذا می توان گفت خطاها نا هم بسته اند. همچنین با توجه به سطح معناداری محاسبه شده برای آزمون این فرضیه (۰/۰۰۱) که معنی داری کوچکتر از سطح معنی داری $\alpha=۰.۰۵$ است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است. از سویی با توجه به ضریب تأثیر (R-Square) بدست آمده، ۱۳/۸ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از تاثیر سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد.

جدول ۴-۲-۵ نتایج تاثیر سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار بر عدم موفقیت گروه های همیار

F	نوع تاثیر	سطح معناداری	R-Square	T	ضریب بتا
۱۲/۹۶	مثبت	۰/۰۰۱	۰/۱۳۸	۳/۹۵	۱/۵۹

آیا میزان تحول فردی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین واتسون در دامنه ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، لذا می توان گفت خطاها نا هم بسته اند. همچنین با توجه به سطح معناداری محاسبه شده برای آزمون این فرضیه (۰/۰۰۱) که معنی داری کوچکتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که تحول فردی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است. از سویی با توجه به ضریب تأثیر (R-Square) بدست آمده، ۶۷/۵ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از تاثیر تحول فردی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد.

جدول ۴-۲-۶ نتایج تاثیر تحول فردی زنان سرپرست خانوار بر عدم موفقیت گروههای همیار

F	نوع تاثیر	سطح معناداری	R-Square	T	ضریب بتا
۱۶۸/۳۹	مثبت	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵	۱۲/۹۷	۳/۵۹

آیا ویژگی های شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین واتسون در دامنه ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، لذا می توان گفت خطاها نا هم بسته اند. همچنین با توجه به سطح معناداری محاسبه شده برای آزمون این فرضیه (۰/۰۰۱) که معنی داری کوچکتر از سطح معنی داری ۰/۰۵ است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که ویژگی های شغلی زنان

سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است. از سویی با توجه به ضریب تأثیر (R-Square) بدست آمده، ۲۶ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از تاثیر ویژگی های شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد.

جدول ۴-۲-۷ نتایج تاثیر ویژگی های شغلی زنان سرپرست خانوار بر عدم موفقیت گروههای همیار

F	نوع تاثیر	سطح معناداری	R-Square	T	ضریب بتا
۲۸/۸۲	مثبت	۰/۰۰۱	۰/۲۶۰	۵/۳۶	۲/۱۱

آیا میزان رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

با توجه به اینکه مقدار آماره دوربین واتسون در دامنه ۱/۵ و ۲/۵ قرار دارد، لذا می توان گفت خطاها نا هم بسته اند. همچنین با توجه به سطح معناداری محاسبه شده برای آزمون این فرضیه (۰/۰۰۱) که معنی داری کوچکتر از سطح معنی داری ۵٪ است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است. از سویی با توجه به ضریب تأثیر (R-Square) بدست آمده، ۵۷/۱ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از تاثیر رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد.

جدول ۴-۲-۸ نتایج تاثیر رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار بر عدم موفقیت گروههای همیار

F	نوع تاثیر	سطح معناداری	R-Square	T	ضریب بتا
۱۰۷/۸۷	مثبت	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۱۰/۳۶	۵/۰۴

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۱-۵ مقدمه

در این فصل نتایج بدست آمده با یافته های پژوهش های قبلی در رابطه با هر یک از فرضیات، که در فصل دوم تحقیق به آنها اشاره شد، مورد مقایسه قرار گرفت. سپس محقق بر اساس یافته های خود و یافته های پیشینیان دلایل شخصی تایید یا رد هر یک از فرضیات و سوالات را مطرح کرده است و در انتها پیشنهاد هایی برای مسئولین و محققان بعدی ارائه و در پایان به محدودیت های تحقیق اشاره شده است.

۲-۵ خلاصه تحقیق

زنان سرپرست خانوار از جمله گروه های آسیب پذیر جامعه هستند، که گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر، رهاسدگی توسط مردان مهاجر، موجب آسیب پذیرتر شدن این طیف وسیع از جامعه می شود. بر اساس یک تعریف، زنان سرپرست خانوار شامل زنان بیوه، زنان مطلقه اعم از زنانی که پس از طلاق به تنهایی زندگی می کنند یا به خانه پدری بازگشته، ولی خود امرار معاش می کنند، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان بیکار، همسران مردان مهاجر، همسران مردانی که در نظام وظیفه مشغول خدمت هستند، زنان خود سرپرست (زنان سالمند تنها)، دختران خود سرپرست (دختران بی سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده اند)، همسران مردان از کار افتاده و سالمند، می شوند. زنان سرپرست خانواده زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایتی مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را به عهده دارند. آن ها علاوه بر تعلیم تربیت فرزندان خود، مسئولیت های مراقبتی و نگهداری از خانواده را بر عهده دارند. در نتیجه در معرض آسیب های جسمی، روانی، بهداشتی و اجتماعی بیشتر قرار دارند.

لذا پژوهش حاضر به بررسی علل عدم موفقیت گروه های همیار زنان سرپرست خانوار در سطح استان می پردازد و این که چه عواملی باعث بروز این عدم موفقیت شده اند. روش پژوهش حاضر توصیفی - تحلیلی از نوع پس رویدادی است. جامعه آماری پژوهش زنان عضو گروه های همیار فعال و زنان سرپرست خانواری بوده است که در گذشته عضو گروه های همیار بوده اند و هم اکنون به دلایل مختلف از جمله

ناموفق بودن یا منحل شدن گروه دیگر عضو نیستند. براساس سالنامه آماری اداره کل بهزیستی استان هرمزگان تعداد کل گروههای فعال در استان ۱۰ گروه می باشد که اعضای آنها از ۴۰ نفر زنان سرپرست خانوار تشکیل شده است. که تعداد ۸۳ نفر نمونه به صورت تمام شماری مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت داده ها از طریق پرسشنامه محقق ساخته جمع آوری شده و با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و استنباطی (رگرسیون تک متغیری و چندمتغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج بررسی توصیفی شرکت کننده های پژوهش نشان داد که همه ۸۳ نفر (۱۰۰ درصد) مشارکت کننده در پژوهش زن بودند. بیشتر شرکت کننده در گروه های سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۴۸/۲ درصد) و ۴۰ تا ۴۹ سال (۳۱/۳ درصد)، مجرد (۶۰/۲ درصد)، دارای تحصیلات سیکل (۴۸/۲ درصد) و دیپلم (۱۸/۱ درصد) و ساکن شهر (۷۵/۹ درصد) بودند. نتایج تحلیل سوالات نیز نشان داد که خصوصیات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر نبودند ($P>0.05$). همچنین (دوره های آموزشی برگزار شده، سلامت جسمانی زنان، میزان تحول فردی، ویژگی های شغلی و رضایت شغلی) زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر بودند.

۳-۵ تبیین یافته ها

آیا خصوصیات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

نتایج رگرسیون چندمتغیری هم زمان نشان داد که از خصوصیات دموگرافیک وضعیت تاهل می تواند عدم موفقیت گروههای همیار استان را پیش بینی کند ($Beta=0/447, p<0.01$) و تحصیلات نیز می تواند عدم موفقیت گروههای همیار استان را پیش بینی کند ($Beta=0/132, p<0.01$). این یافته با تحقیقات قبلی از جمله، فروزان (۱۳۸۲) در بررسی زنان سرپرست خانوار: فرصت ها و چالش ها» با هدف بررسی وضعیت زنان سرپرست خانوار و فرصت ها و چالش هایی که این گروه از زنان با آن مواجه هستند، گزارش

نمودند که توسعه یافتگی هدفی است که هر کشوری برای رسیدن به آن تلاش می‌شود، ارزش‌های اساسی توسعه پایدار را می‌بایست در ارتقای کیفیت زندگی یعنی توانمندسازی زنان و مردان جست و جو کرد. از مواردی که توسعه یافتگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، امکان دسترسی زنان مانند مردان به فرصت‌های برابر، کسب امنیت اقتصادی و رفع فقر از آنان است. این مسائله برای زنان سرپرست خانوار، در جامعه محسوس‌تر است. اطلاعات به دست آمده حاکی از فقر شدید زنان است. شاخص فقر انسانی زنان سرپرست خانوار رقمی معادل ۰,۵۲۷ است که در مقایسه با همین شاخص در کل کشور که برابر با ۰,۱۹۳ می‌باشد، بسیار بالا است. زنان سرپرست خانوار ۸,۴ درصد از خانوارها در ایران را تشکیل می‌دهند که مهم‌ترین علل این سرپرستی از کار افتادگی (۴۲ درصد) و فوت همسر (۳۶ درصد) بود، همخوانی دارد. در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش با توجه به نتایج کسب‌شده 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 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 است. به طوری که افزایش تحصیلات و تمایل به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، مشارکت در گروه‌های مختلف اجتماعی را در این 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 می‌شود. همچنین وضعیت تاهل نیز از جمله موارد است که می‌تواند با احساس حمایت بیشتر نسبت به زنان خود بیوه و مطلقه داشته باشد.

آیا دوره‌های آموزشی برگزار شده جهت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر است؟

نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیری نشان داد که دوره های آموزشی برگزار شده جهت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه های همیار در استان هرمزگان موثر است ($p < 0.01$) و ۴۸/۴ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از دوره های آموزشی برگزار شده جهت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد. این یافته با تحقیقات قبلی از جمله، مومنی زاده (۱۳۹۳) در برری مقایسه ای در خصوص زنان سرپرست خانوار عنوان کردند که زنان سرپرست خانوار به واسطه عدم آشنایی با مهارت های اجتماعی، عدم دسترسی به منابع، عدم فضا برای اشتغال در فعالیت های اقتصادی گسترده و نداشتن مهارت های حرفه آموزش مشکلات زیادی را دارا می باشند، همخوانی دارد. لذا بدلیل اینکه زنان بیشتر با فقر درآمد پایین، محرومیت از منابع مواجه هستند، در چنین شرایطی، نقش بازتولیدی زنان آنان را مجبور به کار پاره وقت، انعطاف پذیر یا اشتغال خانگی (کار در خانه) می کند. این شرایط، در عن حال که زنان سرپرست خانوار را از آموزش و کسب مهارت باز می دارد، موجب دریافت دستمزد کمتر می شود. بی سوادی و نی زکم سوادی از عوامل دیگر است که موجب عدم دسترسی این زنان به مشاغل دارای منزلت می شود. به عبارت دیگر، زنان خانوار اغلب بیکار و بدون هیچ مهارتی هستند. در صورتی که سازمان های مرتبط اقدام به برگزاری دوره های آموزشی و مهارت های مورد لزوم انجام شود، امید به بهبود وضعیت آنان بیشتر خواهد بود.

آیا سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیری نشان داد که سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است و ۱۳/۸ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از تاثیر سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد. این یافته در راستای تحقیقات قبلی از جمله، حسینی (۱۳۸۸) در بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار شهر تهران به این نتیجه رسیدن که فقط ۲۳٪ از زنان سرپرست

خانوار دارای سلامت روان می‌باشند؛ بریسکو (۲۰۰۰) نیز در تحقیقی در بررسی وضعیت سلامت روان زنان سرپرست خانواده به این نتیجه رسیدند که ۷۵ درصد از این زنان، از بیماری روانی رنج می‌بردند که عمده ترین آن‌ها با طلاق همبستگی نزدیکی دارد و شامل اختلالات عاطفی، شخصیت ضد اجتماعی و هیستری داشتند. آدامز (۲۰۰۰) در تحقیقی به بررسی اختلالات روانی زنان سرپرست خانواده مطلقه پرداخته و اظهار داشتند که: مادر پس از طلاق در برابر یک سری از مشکلات قرار می‌گیرد؛ مانند تامین مراقب از کودکان، سرپناهی مناسب، تامین معیشت خانواده و دشواری‌های ناشی از اینکه او تنها بزرگسال خانواده است و باید نقش پدر و نقش مادر را یک جا به عهده بگیرد. لذا زن هم از حیث مادی و هم از حیث روانی - عاطفی دچار مشکل می‌شود و استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کند، می‌باشد. به دلیل اینکه زنان سرپرست خانوار از همان زمان که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند مجبور به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای می‌شوند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند. گروه عمده‌ای از زنان با فقر، ناتوانی، بی‌قدرتی؛ به‌ویژه در اداره امور اقتصادی خانوار روبه‌رو هستند؛ به‌طوری‌که عزت نفس و سلامت روانی آنان را مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد. این گروه به علت آنکه توان اداره امور اقتصادی خود و خانواده خود را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی در چارچوب خانه دست و پنجه نرم می‌کنند. از سوی دیگر گروه دیگری از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی و بازار اشتغال شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌کنند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل با منزلت، مجبور به اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه‌وقت، غیررسمی و کم‌درآمد هستند.

آیا میزان تحول فردی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیری نشان داد که تحول فردی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است و ۶۷/۵ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از تاثیر تحول فردی زنان سرپرست خانوار تحت

پوشش بهزیستی می باشد. این یافته در راستای تحقیقات قبلی از جمله، قاسمی (۱۳۹۱) در بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد و زنان سرپرست خانوار عضو گروه همیار بهزیستی نهاوند، به این نتیجه رسید که زنان سرپرست خانوار عضو گروه همیار بهزیستی از مشارکت بیشتر در حل مسائل خود برخوردارند. بدلیل وجود حمایت اجتماعی و گروهی انتظار می رود از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان سرپرست خانوار عضو کمیته امداد برخوردار باشند. لی (۱۹۹۸) در تحقیقی تحت عنوان مقایسه استرس و مشکلات روان شناختی در مردان سرپرست خانواده و زنان سرپرست خانواده گزارش نمودند که مردان سرپرست خانواده نسبت به زنان سرپرست خانواده استرس و مشکلات روانی کمتری را تجربه می کنند و از علائم افسردگی کمتری برخوردار می باشند.

آیا ویژگی های شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیری نشان داد که ویژگی های شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است و ۲۶ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از تاثیر ویژگی های شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد. این یافته با تحقیقات قبلی از جمله، دورودیان (۱۳۸۸)، در بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار عضو گروههای همیار و زنان سرپرست خانوار غیر عضو سازمان بهزیستی استان تهران، این نتیجه دست یافت که: بین شاخص های روابط زناشویی، روابط با والدین، روابط فامیلی، رفتار سیاسی، اوقات فراغت و نمره کیفیت زندگی در دو گروه زنان سرپرست خانوار تفاوت معناداری وجود دارد، که زنان سرپرست خانوار غیرعضو در شاخص های رفاه مادی محیطی نمره بالاتری را دارا هستند و در سایر شاخص های ذکر شده همچنین نمره کیفیت زندگی میانگین نمرات زنان سرپرست خانوار عضو گروه همیار پایین تر بود. مومنی زاده (۱۳۹۳) در پژوهش خود زنان را بیشتر در بخش صنعت به صورت کارگران یدی و مشاغل پرستاری و خدماتی گزارش

کردند، همخوانی دارد. این مسئله که زنان سرپرست خانوار معمولاً در مشاغل دارای کیفیت پایین و درآمد پایین هستند، باعث شده شغلی با ویژگی های سطح پایین را داشته باشند.

آیا میزان رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است؟

نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیری نشان داد که رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر است و ۵۷/۱ درصد تغییرات در عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان ناشی از تاثیر رضایت شغلی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی می باشد. این یافته در راستای تحقیقات قبلی از جمله، سیمونس (۱۹۹۴) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و اضطراب و استرس بیشتری نسبت به زنان عادی تجربه می کنند؛ و اینکه احتمال به بیماری روانی در زنانی که طلاق گرفته اند و سرپرستی خانواده را بر عهده دارند از متاهلین و کسانی که تنها زندگی می کنند، بیشتر است، می باشد. به نظر می رسد زنان سرپرست خانوار تحت پوشش به دلیل نداشتن شغل و کسب درآمد و مهارت ها و تخصص های لازم ممکن است تنها به مستمری سازمان های خاصی اکتفا کرده باشند، و بدلیل داشتن درآمد پایین و انتخاب در شغل های خدماتی و سطح پایین مشکلاتی برای آنها ایجاد شده و این مسئله بر رضایت آنها از شغل و حرفه اشان تاثیر گذار باشد و این بر حفظ عزت نفس خود آنها تاثیر گذار می باشد و این مسئله به رضایت آنها از شغلشان تاثیر گذار می باشد.

۴-۵ نتیجه گیری

زنان از جمله اقشار آسیب پذیر در جامعه هستند که در این میان زنان سرپرست خانوار بیش از سایر زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که به دلایل متعدد از جمله فوت همسر، متارکه، طلاق، از کارافتادگی همسر، مفقود الاثر بودن همسر و.. سرپرستی خانواده خود را برعهده گرفته‌اند. آنها علاوه بر نقش مادری وظیفه سنگین پدری را نیز عهده دار شده‌اند. در اکثر جوامع مسئولیت تامین مخارج زندگی وظیفه مرد است و مرد سرپرست و محور اصلی خانواده است که با رفتن مرد از زندگی - به هر دلیل - این بار سنگین به دوش زن خانواده می‌افتد. زنی که تاکنون در نقش همسر و مادر ایفای وظیفه کرده حال باید نقش پدر و نان آور خانواده را بعهده گیرد. 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 بی سرپرستی که هرگز ازدواج نکرده‌اند)، همسران مردان از کارافتاده و سالمند می‌شود.

این وضعیت جدید و وظایف دشوار و متعددی که به اجبار به زنان محول می‌شود مانند تربیت فرزند، رسیدگی به امور منزل، تامین نیازهای روحی، روانی، مادی فرزند، تامین هزینه مسکن و غیره آنها را با مسائل و مشکلات بی شماری روبرو می‌کند و فشارها و تنش‌هایی بیش از حد توان و ظرفیتشان به آنها وارد می‌کند که به مرور آنها را به سمت انواع ناراحتی‌های روحی و روانی سوق می‌دهد. لذا پژوهش حاضر به بررسی علل عدم موفقیت گروه‌های همیار زنان سرپرست خانوار در سطح استان می‌پردازد و این که چه عواملی باعث بروز این عدم موفقیت شده‌اند. نتایج تحلیل سوالات نیز نشان داد که خصوصیات دموگرافیک زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروه‌های همیار در استان هرمزگان موثر نبودند ($P>0.05$). همچنین (دوره‌های آموزشی برگزار شده، سلامت جسمانی زنان، میزان تحول فردی، ویژگی

های شغلی و رضایت شغلی) زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی بر عدم موفقیت گروههای همیار در استان هرمزگان موثر بودند.

۵-۵ محدودیت های تحقیق

- از محدودیت های این پژوهش عدم مقایسه آن با زنان دارای سرپرست می باشد که آیا تفاوت بین آنها می تواند تصویر روشن تری از موضوع بررسی شکل می گرفت.

- مشکلات در جلب همکاری مشارکت کننده ها

۵-۶ پیشنهاد های تحقیق

۵-۶-۱ پیشنهاد های کاربردی

- با وجود اینکه سازمان های متعدد در کشور برای ساماندهی زنان سرپرست خانوار فعالیت می کنند، اما فقط با تدوین قانون مناسب می توان شدت مشکلات زنان سرپرست خانوار را کاهش داد. در اصل توجه به این افراد نیازمند تدوین قانون مناسب و کاراست، اما به همان نسبت هم باید از سوی نهادهای اجتماعی و فرهنگی یک برنامه مشخص اعمال شود.
- اما در هر صورت توانمندی زنان سرپرست خانوار یکی از اولویت های مهم کشور محسوب می شود. اقدامات انجام شده برای زنان سرپرست خانوار باید با سودآوری و تامین نیازهای مادی همراه باشد، چون برای این افراد نیازهای اقتصادی جزو مسائل اصلی است.
- تعداد زنان سرپرست خانوار را می توان از سوی کمیته امداد مورد بررسی قرار داد. چون پوشش دهی این افراد در قالب چندین سازمان انجام می شود.
- شناسایی زنانی که از لحاظ مالی با مشکلات متعدد مواجه هستند جهت بهبود وضعیت مالی آنها
- شناسایی زنان توانمند و فراهم آوردن دوره های آموزشی رایگان و اشتغال زایی آنها

- با توانمندی و ارائه تسهیلات از طریق بنگاه‌های زود بازده این افراد می‌توانند با توانمندی فراوان به فعالیت پردازند، چون برای یک زن، خانواده و مسئولیت‌های ناشی از آن در اولویت قرار دارد و به نسبت استفاده از ظرفیت بنگاه‌های زود بازده و اشتغال در زمینه ایجاد مشاغل خانگی می‌تواند به ارتقای مهارت‌های زنان بینجامد.
- شناخت بیشتر قابلیت‌های مشارکت زنان و میزان پذیرش افراد غیرفامیل توسط زنان در شبکه روابط اجتماعی و انجام فعالیت‌های مشترک گروهی به بهبود وضعیت سلامت روانی زنان سرپرست خانوار منجر می‌شود.
- به طور کلی عدم اعتماد به دیگران در این زنان، انگیزه شرکت در کارجمعی، به‌ویژه کار اقتصادی را به شدت کاهش داده است.
- ریسک‌پذیری آن‌ها در از دست دادن زمان و وقت به‌عنوان تنها منبع با ارزشی که در اختیار دارند لذا سازمان‌های زیربسط ضرورت استفاده از این وقت برای کسب درآمد حداقل ولی مطمئن، برای آنها فراهم سازد.
- میزان آشنایی و اطلاع زنان درباره سازمان‌های غیردولتی، حتی موسسات خیریه‌ای (نه فرد خیر) در ساتان افزایش یابد.
- از طریق همایش‌ها یا برنامه‌های عمومی نوع نگرش جامعه نسبت به زنان سرپرست خانوار (به‌ویژه طلاق گرفته) و مسائل فرهنگی، محدودیت‌هایی جدی در شبکه روابط اجتماعی آن‌ها به‌وجود آورده و در واقع بر توانمندی اجتماعی زنان برای حضور در عرصه عمومی را افزایش دهند.

۲-۶-۵ پیشنهادهای پژوهشی

- با توجه به نتایج تحقیق به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که:
- به بررسی دلایل عدم موفقیت گروه‌های همیار زنان سرپرست خانوار پرداخته شود.
- به بررسی عوامل موثر بر تک سرپرست شدن خانواده‌ها پرداخته شود.
- رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت جسمی و روانی زنان سرپرست خانوار بررسی شود.
- رابطه بین نوع آموزش‌های مهارت‌آموزی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بررسی شود.

منابع:

- اسلامی، م. (۱۳۸۴). ارتباط کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس در بیماران قلبی و عروقی. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشکده الزهرا.
- اسمایک، پ. (۱۳۹۳). زنان و سلامت. ترجمه بتول احمدی، حسن افتخار اردبیلی، داوود شجاعی زاده و الهه میرزایی. تهران: نشر دانشگاهی.
- باقری، ش. (۱۳۸۲). اشتغال زنان در ایران. تهران: انتشارات روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
- بلداجی ام لیلیا، ن. فروزان آمنه، س. رفیعی، ح. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی. رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۴۰، ۹-۲۸.
- جمالی، م. سپاه منصور، م. فلاحیان، م. (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست. نشریه زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۱، شماره ۴، صص ۵۳۱-۵۴۲.
- حسینی، س. ا. فروزان آمنه، س. امیرفریار، م. (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران. فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره ۳، صص ۱۱۹-۱۳۹.
- حیدری، ح. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه رابطه بین کیفیت زندگی، امید و شادکامی با رضایت زندگی همسران جانباز و عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- دستورالعمل توصیف گروههای همیار زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی تهیه شده در دفتر حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی کارشناسان سرکار خانم اسعدی و حق پرست. ناظر: اتاق فکر رفاه اجتماعی
- دستورالعمل آموزش های مهارتی فنی و حرفه ای در توانمند سازی زنان سرپرست خانوار، دفتر کاهش آسیب های اجتماعی، معاونت آموزش، سازمان آموزش فنی و حرفه ای کشور، تابستان ۱۳۹۰.
- فروزان، س. (۱۳۷۹). طرح بررسی شاخص های فقر انسانی زنان سرپرست خانوار خدمت گیرنده از سازمان بهزیستی کشور. تهران: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور اجتماعی.
- قلی پور، آ. رحیمیان، ا. (۱۳۹۰). رابطه عوامل اقتصادی، فرهنگی و آموزشی با توانمندسازی زنان سرپرست خانوار. رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۴۰، ۲۹-۶۲.
- کاشانی نیا، ز. علیا، ز. (۱۳۸۸). عوامل استرس زا و رابطه آن با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده. تهران: مجموعه مقالات دومین همایش توانمندسازی و توان افزایی زنان سرپرست خانواده، ۳۹۱-۴۰۱.
- کیمیایی، علی. (۱۳۹۰). شیوه های توانمند سازی زنان سرپرست خانوار. رفاه اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۴۰، ۶۳-۹۲.

- گال، م. بورگ. گال، ج. (۱۳۸۷). روش‌های تحقیق کیفی و کمی در علوم رفتاری جلد ۱ و ۲. ترجمه: رضا نصر و همکاران. تهران: نشر سمت.
- محمدی، ز. (۱۳۹۳). زنان سرپرست خانوار. انتشارات روابط عمومی شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
- مصلحی، م. (۱۳۷۳). بررسی وضعیت شخصیتی دختران بی سرپرست شبانه روزی ها و مقایسه با دختران تحت سرپرستی والدین بر اساس تست MMPI. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم.
- مومنی زاده، ن. (۱۳۹۳). تحلیل مقایسه ای در خصوص زنان سرپرست خانوار. مجله اقتصادی. شماره های ۳ و ۴. صص ۹۵-۱۲۰.

- Chambers, M. (2004). Quality indicators for progress: a guide to community quality of life assessments, Jacksonville, FL: *Jacksonville Community Council, Inc.*
- Ghasemi, W., 2005. Cronbach Coefficient Alpha for social research, Journal of Esfahan University (human sciences), Number 19/2, Pp: 155-174. (In Persian)
- Ryan, R. M. and Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annu. Rev. Psychol.* 52, 141-166.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Diaz, D. Rodriguez-Carvajal, R. Blanco, A. Moreno-Jimenez, B. Gallardo, I. Valle, C. et al. (2006). Spanish adaptation of the Psychological Well-Being Scales (PWBS). *Psicothema*, 18, 572-577.

پیوست:

پرسشنامه گروههای همیار زنان:

با سلام

با تشکر از همراهی شما این پرسشنامه صرفاً جهت یک کار تحقیقاتی طراحی شده است. از شما تقاضا می گردد سوالات آن را با توجه به علائق و معیارهای خود پاسخ دهید.

عنوان شغل	تعداد اعضای خانواده تحت سرپرستی:
سن (سال):	محل سکونت: شهر <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/>
جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/>
تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> سیکل <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/>	
عضو گروه همیار هستم <input type="checkbox"/> نیستم <input type="checkbox"/>	

• لطفا در پاسخ گویی به این نکته توجه داشته باشید که اگر در گذشته عضو گروههای همیار بوده اید با توجه به آن شرایط و در غیر اینصورت با توجه به وضعیت کنونی خود به سوالات پاسخ دهید.					
گزینه ها:	خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم
۱- تا چه اندازه در انجام این شغل احساس موفقیت می کنید/ می کردید؟					
۲- تا چه اندازه در انجام این شغل احساس می کنید به پیشرفت رسیده اید/ رسیده بودید؟					
۳- این شغل تا چه اندازه با استعدادهای فردی شما تناسب دارد/ داشت؟					
۴- این شغل تا چه اندازه با دانش تخصصی شما تناسب دارد/ داشت؟					
۵- تا چه اندازه امکان به کارگیری مهارت های آموخته شده در شغل شما فراهم شده است/ بود؟					
۶- بازار تا چه اندازه به محصولات و خدمات شما نیاز دارد/ داشت؟					
۷- تا چه اندازه وسایل و امکانات لازم را برای انجام کار در محل کارتان دارید/ داشتید؟					
۸- تا چه اندازه محیط کارتان از لحاظ دما، نور و... مناسب می باشد/ بود؟					
۹- تا چه اندازه تسهیلات (وام) اعطایی از سوی سازمان بهزیستی برای انجام کارتان کافی می باشد/ بود؟					
۱۰- تا چه اندازه از نظارت کارشناسان سازمان بهزیستی بر نحوه انجام کارتان رضایت دارید/ داشتید؟					
۱۱- آیا حس احترام بین اعضا گروه وجود دارد/ داشت؟					

					۱۲- آیا در جایگاه شغلی خود احساس مفید بودن می کنید/ می کردید؟
					۱۳- آیا در انجام کارهایتان با سایر اعضا گروه ارتباط موثری وجود دارد/ داشت؟

• در صورتی که دوره های آموزشی برای شما اجرا شده است، به سوالات زیر پاسخ دهید.					
گزینه ها:					
خیلی زیاد	زیاد	تا حدودی	کم	خیلی کم	
					۱۴- دوره های آموزش فنی و حرفه ای تا چه اندازه بر عملکرد شغلی شما موثر بوده است؟
					۱۵- دوره های آموزش عمومی (مهارت های زندگی و ...) تا چه اندازه بر عملکرد شغلی شما موثر بوده است؟
					۱۶- آموزش های داده شده تا چه اندازه در خلاقیت و نوآوری شما موثر بوده است؟
					۱۷- آموزش های داده شده تا چه اندازه در حل مشکلات و مسائل گروه موثر بوده است؟

• موارد زیر تا چه اندازه در مورد شما صادق یا نادرست است.					
گزینه ها:					
کاملاً نا درست	بیشتر نادرست	نمی دانم	بیشتر درست	کاملاً درست	
					۱۸- من از دیگران زودتر بیمار می شوم.
					۱۹- سلامت من در حد سلامت دیگران است.
					۲۰- انتظار دارم وضعیت سلامتی ام بدتر شود.
					۲۱- از نظر جسمانی احساس می کنم توان انجام شغل خود را دارم.

- لطفاً چنانچه پیشنهاد خاصی در خصوص نحوه فعالیت و عوامل موثر بر موفقیت و یا عدم موفقیت گروه های همیار زنان دارید عنوان نمایید.

با تشکر از شما