

کیفیت زندگی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی - روانی (مورد مطالعه): زنان سرپرست خانوار شهر شیراز

حلیمه عنایت*
فاطمه گراوند^۲
رقیه فتوح‌آبادی^۳

چکیده

مطالعه پیش‌رو عوامل اجتماعی - روانی مرتبط با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر شیراز را بررسی می‌کند. داده‌های تحقیق حاضر حاصل یک مطالعه پیمایشی است. حجم نمونه مورد بررسی ۴۰۰ نفر است که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامه بوده است. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، ترکیبی از اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سرمایه اجتماعی، مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ و پرسشنامه کیفیت زندگی است. این پرسشنامه توسط زنان سرپرست خانوار ساکن شهر شیراز پر شده است. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش استنباطی از آزمون‌های تفاوت میانگین (آزمون T)، تحلیل واریانس (آزمون F)، آزمون همبستگی و رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان داد که بین متغیرهای تعداد افراد تحت سرپرستی، درآمد، تعداد سال‌های تحت پوشش در موسسه حمایتی خاص، عزت‌نفس، انسجام اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه اجتماعی و سرمایه اقتصادی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه معنادار وجود دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیونی نشان داد که متغیرهای عزت‌نفس، اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی و درآمد، متغیرهای تعداد افراد تحت سرپرستی و تعداد سال‌های تحت پوشش در موسسه خاص، تعیین‌کننده‌های اصلی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار هستند. در مجموع، این متغیرها ۵۳ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را تبیین کردند.

کلید واژگان: زنان سرپرست خانوار، کیفیت زندگی، عوامل اجتماعی، عوامل روانی، شیراز.

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۷/۰۵ - 2021/09/27

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۱۵ - 2021/12/06

۱. استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران، (نویسنده مسئول).
(henayat@rose.shirazu.ac.ir)
۲. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
(fatemehgeravand2020@gmail.com)
۳. کارشناسی ارشد مطالعات زنان، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.
(fotohabadi315@gmail.com)

مقدمه و بیان مسأله

«کیفیت زندگی^۱ مفهومی بین‌رشته‌ای بوده که نظر گسترده‌ی وسیعی از محققان رشته‌های دانشگاهی، سیاست‌گذاران اجتماعی و حوزه‌های طراحی محیط را به خود جلب کرده است» (مرنز، ۲۰۱۲: ۱۰). این مفهوم غنی، پیچیده و چندبعدی است که در پس آن ارزش‌های محیطی، اجتماعی، روانی و جسمانی (تئوفیلو^۳، ۲۰۱۳) پنهان است. در آثار تحقیقاتی رشته‌های مختلف از زوایای متفاوتی، چون رویکرد نیازها و رویکرد سلامت (سیرجی^۴، ۲۰۰۱) به بررسی کیفیت زندگی پرداخته شده است؛ این آثار تصدیق می‌کنند که دشوار بتوان این مفهوم را ارزیابی کرده و بر آن حد نهاد (بونومی^۵ و همکاران، ۲۰۰۰)؛ روی‌هم‌رفته، نظر غالب برآنست که کیفیت زندگی، ارزیابی فرد از جوانب زندگی خویش است، و این ارزیابی را آمیزه‌ای از واکنش‌های عاطفی فرد به رخدادها، تمایل و حس رضایت از زندگی، کار و روابط شخصی دانسته‌اند (داینر^۶ و همکاران، ۱۹۹۹).

باید توجه داشت که «کیفیت زندگی، از شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین مفاهیم در چارچوب تحلیل توسعه رفاه یک جامعه است» (دهلی^۷ و همکاران، ۲۰۰۲: ۱۶۸)؛ این مفهوم مضامین «رضایت، شادمانی، لذت و دستاورد، بهزیستی» (اینوگوچی و فیوجی^۸، ۲۰۱۲: ۳) را در خود نهفته دارد و معرف‌های آن ثروت، اشتغال، تحصیلات، تعلق اجتماعی، سلامت ذهنی و جسمی... است (گرگوری^۹ و همکاران، ۲۰۱۱). اما آنچه از برخی تحقیقات چند دهه‌ی پیش حاصل می‌آید این است که اغلب این تحقیقات، کیفیت زندگی را تنها با مفهوم بهزیستی بازسناسایی کردند؛ در این آثار، بهزیستی صرفاً به شرایط عینی زندگی عمومی مردم تقلیل یافته است. حال آنکه کیفیت زندگی در گستره‌ی فراگیرتر، ارزیابی‌های ذهنی افراد را هم در پوشش خود دارد. به‌عبارتی، شناخت فهم ذهنی فرد منوط به شناخت شرایط و معرف‌های عینی، و چگونگی تأثیر آن‌ها بر ارزیابی فرد از زندگی خویش پنداشته می‌شود (تئوفیلو، ۲۰۱۳).

برخی تحقیقات هم از نظرگاهی دیگر، ضمن تصدیق وجوه ذهنی و عینی کیفیت زندگی بر تمایز ابعاد ذهنی و عینی آن صحنه گذاشته‌اند. این تحقیقات، جنبه‌ی ذهنی کیفیت زندگی را سازه‌ای متضمن عناصر شناختی (رضایت کلی از زندگی یا رضایت از حوزه‌های خاص) و عناصر عاطفی (عواطف مثبت و منفی) می‌پندارند (مونتسرات^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۴)؛ و در جنبه‌ی عینی، بر ارضای نیازهای اساسی و بهبود شرایط زندگی افراد تأکید گذاشته‌اند (شمس‌الهی و کفاشی، ۱۳۹۱). این تمایز که

1- quality of life

2- Marans

3- Theofilou

4- Sirgy

5- Bonomi

6- Diener

7- Delhey

8- Inoguchi & Fujii

9- Gregory

10- Montserrat

ریشه در رویکردهای اقتصادی و ارزیابی‌های کمی دهه‌ی ۶۰ و ۷۰ میلادی دارد، امروزه رنگ باخته و در بسیاری از مطالعات در تعریف این دو، دیگری نهفته است (گلتزر^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). کامینز^۲ (۱۹۹۷) ضمن رد استقلال دو بعد ذهنی و عینی در مفهوم کیفیت زندگی، «کیفیت زندگی را دارای هفت حوزه بهزیستی مادی، سلامت، بهره‌وری، صمیمیت، امنیت، همبستگی بهزیستی عاطفی می‌داند» (اسکودر-مولون^۳ و همکاران، ۲۰۱۴: ۵۱۹).

از جمله گروه‌های که کیفیت زندگی آنان محل بحث بوده است، زنان سرپرست خانوار^۴ هستند. باید یادآور شد که، از مفهوم زنان سرپرست خانوار تصور یکسانی وجود ندارد چونکه زنان سرپرست خانوار گروهی همگون نبوده و درباره‌ی تعریف، سطوح، ارزیابی و فرایندهای آن توافق نظری وجود ندارد (پائلونی^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). با این وجود، به‌طور کلی خانوارهای زن سرپرست خانوارهایی هستند که به دلایل مختلف (طلاق، جدایی، مهاجرت و مرگ همسر) مردی به‌عنوان سرپرست در آن وجود ندارد و یا خانوارهایی که مرد به علت (بیماری، اعتیاد و...) در درآمد خانوار سهمی ندارد و زنان مسئولیت سرپرستی خانوار را برعهده دارند (امراه مجدآبادی و همکاران، ۱۳۹۸).

طی چند دهه‌ی اخیر مطالعاتی در رشته‌های مختلف در کاوش عوامل تأثیرگذار و پیامدهای مرتبط با کیفیت زندگی در کشور انجام‌گرفته است، حال شاید این پژوهش‌ها یکسره بیرون از بحث زنان نبوده اما کم دیدن بحث زنان به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیرتر چون زنان سرپرست خانوار در این مطالعات مشهود است. این درحالیست که مرور اجمالی آمارهای منتشر شده، نشانگر افزایش نرخ رشد خانوارهای زن سرپرست از سال ۱۹۷۸ در جهان است (آقاجانیان و تامپسون^۶، ۲۰۱۳). چنان‌که، این مسئله در دهه ۱۹۸۰ مسئله‌ی نسبتاً شناخته شده حتی در جهان در حال توسعه بوده است؛ به بیان دقیق‌تر، خانوارهای زن سرپرست به‌منزله‌ی شکل جدیدی از ساختار خانوادگی پدیدار شده و به‌یکسان در جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه رشد فزاینده‌ای داشته است (پانامپیتیا و ادیریسینگه^۷، ۲۰۱۹). به طور کلی، براساس برآورد آمارهای رسمی درصد زنان سرپرست خانوار از ۷/۳ درصد (سال ۱۳۶۵) به ۱۲/۷ درصد (سال ۱۳۹۵) از کل خانوارهای ایرانی رسیده است (دراهمی و نوبخت، ۱۴۰۰: ۴۲۹). این افزایش درحالی است که الگوی سرپرست زن در توافق با انتظارات سنتی جامعه‌ی ایرانی نیست؛ چرا که جامعه‌ی ایرانی به‌طور سنتی جامعه‌ی مردسالار بوده و همین جایگاه و نقش زنان را در خانواده و جامعه متأثر ساخته است. لکن برخلاف این مفروضه که با توجه به بستر فرهنگی و

^۱- Glatzer

^۲- Cummins

^۳- Escuder-Mollon

^۴- female-headed households

^۵- Paolini

^۶- Aghajanian & Thompson

^۷- Panampitiya & Edirisinghe

اجتماعی جامعه ایران نمی‌توان انتظار رشد فزاینده‌ی زنان سرپرست خانوار را داشت، واقعیت نشان از آن دارد که جایگاه و نقش سنتی زنان، و تعهد محکم جامعه به سرپرستی مردان تغییر کرده است؛ زنان سرپرست خانوار در جامعه وجود دارند و درصد آنان رو به افزایش است؛ هرچند؛ همواره الگوی غالب سرپرستی نیستند.

حال شاید به نظر رسد که سیر ملایم تغییر الگوی سرپرستی خانوار لرزه‌ای بر پیکره سخت پدرسالاری خواهد بود؛ اما باید خاطر نشان ساخت، این تغییرات و روندهای مشابه نه تنها فقدان ارزش‌های مساوات‌طلبانه در جامعه را آشکار می‌سازند؛ بلکه سرچشمه‌ی صور جدید تبعیض و نابرابری برای زنان خواهند بود. به گونه‌ای دقیق‌تر و پرداخته‌تر، قرابت زن سرپرستی با نابرابری موجد عدم توازن در میزان کیفیت زندگی این گروه از زنان است؛ نابرابری‌های ناشی از جنسیت، سببی است که آن‌ها را در موقعیتی فروتر به لحاظ کیفیت زندگی قرار داده است.

زنان به‌واسطه‌ی جنسیت فروتر در مقایسه با مردان موقعیت پایین‌تری در جامعه داشته و شکاف‌های عمیق اقتصادی- اجتماعی این وضعیت را تشدید می‌کند. بدین ترتیب، دو نقش مراقبتی^۱ و خدمات‌رسانی^۲ زنان سرپرست خانوار موجب بهبود جایگاه زنان سرپرست نمی‌شود؛ بر این مبنا، نقش سرپرستی نمی‌تواند عاملیتی قدرتمندتر و در نتیجه دسترسی بیشتر به کنترل منابع را برای این گروه از زنان به همراه داشته باشد؛ زیرا نقش‌ها و هنجارهای جنسیتی هستند که بر توانایی افراد در دسترسی و به‌کارگیری منابع، نقش تعیین‌کننده دارند (چاکرابارتی^۳، ۲۰۲۱). به‌بیان دیگر، زنان سرپرست خانوار بی‌آنکه قدرتی همسان با وضعیت‌شان در جامعه به ایشان تعلق گیرد، با مشکلات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی فراوانی مواجه هستند (پانامپیتیا و ادیریسینگه، ۲۰۱۹). این گروه در برابر خطرات آسیب‌پذیرتر، دارای پیوند اجتماعی کمتر، خودکفایی کمتر اقتصادی و سرانجام در زمینه‌ی اجتماعی و اقتصادی کمتر امکان رشد و پیشرفت را دارند (پائولونی و همکاران، ۲۰۰۶). به‌واقع، زنان سرپرست خانوار ملزم به ایفای نقش‌های چندگانه و به‌تبع مسئولیت‌های می‌شوند که خود محملی برای مشکلات اقتصادی، عاطفی، تجربه‌ی مشکلات روحی شدید و در نهایت عدم سلامت ایشان می‌شود.

بر مبنای داده‌های سرشماری سال ۱۳۹۵ تعداد کل خانوارهای زن سرپرست در استان فارس با در نظر گرفتن شاخص سنی (زنان سرپرست خانوار کمتر از ۵۵ سال سن) ۷۸۸۶۰ نفر برآورد شده است؛ این استان در جایگاه ۲۱ کشوری قرار گرفته است (معاونت امور زنان و خانواده، ۱۳۹۸). با اینکه در این آمارها تفکیکی بر اساس آمار شهرهای هر استان صورت نگرفته است؛ اما شهر شیراز همواره در زمره شهرهای بالاترین درصد زنان سرپرست خانوار در کشور بوده است. آقاجانیان درصد زنان سرپرست خانوار شهر شیراز را در سال ۱۹۸۰ میلادی کمی کمتر از ۸ درصد ذکر کرده است (آقاجانیان، ۱۹۸۱: ۱۰۳)؛ به‌عبارتی، شهر شیراز در همان دهه هم درصدی بالاتر از میانگین کشوری

^۱- caregiver

^۲- provider

^۳- Chakrabarti

داشته است. با این اوصاف، با توجه به افزایش زنان سرپرست خانوار و اهمیت کیفیت زندگی آن‌ها در چند دهه‌ی اخیر، بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار و عوامل مؤثر بر آن در شهر شیراز همچنان ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا، این پژوهش برآنست به مطالعه عوامل اجتماعی-روانی مرتبط با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در شهر شیراز بپردازد.

مبانی نظری

کیفیت زندگی مفهومی پیچیده است که دیدگاه‌های نظری متفاوتی به آن پرداخته‌اند. این مفهوم از عوامل فردی و اجتماعی متأثر بوده و دارای دو بعد عینی و ذهنی است. بعد عینی کیفیت زندگی، فرایند دستیابی به هدف است که بر نیازها تأکید دارد، این بعد «براساس سلسله‌مراتب ارضای نیازهای اکثریت اعضای آن جامعه تعریف می‌شود؛ با ارضای نیازهای سطح بالاتر، افراد آن جامعه کیفیت زندگی بالاتر دارند» (محیط^۱، ۲۰۱۴: ۶۵۸). محیط «رویکردهای کیفیت زندگی را سه رویکرد شادمانی و رضایت زندگی، رویکرد ارضای نیازها، و رویکرد رضایتمندی زندگی و ارضای نیازها می‌داند» (محیط، ۲۰۱۴: ۶۵۷)

در میان رویکردهای موجود، نظریه سلسله‌مراتب نیازهای مازلو دو بعد رضایتمندی و ارضای نیازها را با هم دارد. مازلو فرد را یک کل یکپارچه و سازمان‌یافته می‌داند که با ارضای نیاز، کل یک فرد و نه جزئی از او برانگیخته می‌شود (مازلو^۲، ۱۳۷۵). وی در نظریه سلسله‌مراتب نیازها با تأکید بر نیازهای فردی «راه جالبی را برای نگرستن به رابطه میان انگیزه‌های آدمی و فرصتهایی که محیط عرضه می‌کند، فراهم می‌آورد» (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۵۰). مازلو نیازهای اساسی انسان را، به ترتیب نیاز جسمانی، یعنی نیازهای بنیادی برای حیات می‌داند، که اکسیژن، آب و رفتارهای مادی... را در بر می‌گیرد. نیاز دیگر نیاز امنیت است؛ که شامل ثبات، ایمنی از تجاوز، رهایی از ترس، اضطراب و بی‌نظمی... است. نیاز سوم، تعلق و عشق است که شامل دل بستگی به دوستان، خانواده، جامعه و داشتن ریشه است. نیاز چهارم، نیاز به احترام یا عزت‌نفس، نیاز به تأیید یا تصدیق دیگری است. و سرانجام نیاز به خودشکوفایی که تمایل فرد برای شکوفا شدن توانایی‌های بالقوه است (البرز^۳، ۲۰۱۷) این نیازها مبتنی بر اصل توالی، به ترتیب بر مبنای سلسله‌مراتبی از نیازهای ابتدایی و سطح پایین تا نیازهای سطح عالی امتداد می‌یابند؛ و هر سطح نیازهای انسان، با ارضای نیازهای سطح پایین‌تر فعال می‌شوند (مازلو، ۱۳۷۵). «این سطوح را می‌توان با سطوح کیفیت زندگی منطبق کرد» (موحد و حسین‌زاده کاسمانی، ۱۳۹۰: ۱۲۲).

از سوی دیگر، بعد ذهنی کیفیت زندگی بر رضایت فرد از زندگی دلالت دارد، این رضایت، فردی نبوده و در پیوند با خانواده، دوستان، همسایگان و حتی نظام اجتماعی کل معنا می‌یابد؛ یعنی افراد

^۱- Mohit

^۲- Maslow

^۳- Alborz

در روابط اجتماعی و عضویت در شبکه‌ها به رضایت دست می‌یابند و این دال بر ارتباط بین سرمایه‌ی اجتماعی و کیفیت زندگی است. البته هر یک از انواع سرمایه‌ها می‌توانند برای دستیابی به یکی از ابعاد و شاخص‌های کیفیت زندگی، به کار گرفته شوند؛ لکن بر رابطه‌ی ابعاد سرمایه اجتماعی، یعنی شبکه‌های اجتماعی در سطح فردی و نظام کلان اجتماعی و روابط اجتماعی با کیفیت زندگی تأکید شده است. «بانک جهانی و سازمان همکاری اقتصادی و توسعه برای کاهش فقر و بهبود کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی را به عنوان بخشی مهمی از راهبردهای خود در نظر گرفته‌اند» (زاهدی اصل و فرخی، ۱۳۸۹: ۸).

سرمایه اجتماعی از عوامل اجتماعی- فرهنگی است که بر عناصر بنیادین بهزیستی بشری تأکید دارد. از دیدگاه پاتنام «سرمایه اجتماعی شبکه‌ها، هنجارها و اعتمادی است که مشارکت‌کنندگان را قادر می‌سازد تا به طور مؤثرتری با همدیگر کنش داشته باشند و اهداف مشترکشان را پی‌گیری نمایند» (پاتنام^۱، ۱۹۹۶: ۵۶، به نقل از غفاری و اونق، ۱۳۸۵: ۱۶۴). پاتنام مانند دیگر نظریه‌پردازان سرمایه‌ی اجتماعی، روابط اجتماعی افراد و تعاملات آنان با یکدیگر را بنیادی‌ترین جزء سرمایه اجتماعی معرفی می‌کند و شبکه‌ها را به عنوان خاستگاه دو مؤلفه‌ی دیگر سرمایه‌ی اجتماعی یعنی هنجارهای اعتماد و هم‌باری مطرح می‌کند (پاتنام و گاس، ۲۰۰۲: ۶؛ به نقل از وصالی و توکل، ۱۳۹۱: ۲۰۴). «این منابع (شبکه‌ها، هنجارها و اعتماد) در جوامع مدنی خصلتی خود تقویت‌کننده دارند و باعث ارتقاء همکاری، مشارکت مدنی، اعتماد متقابل و رفاه اجتماعی می‌گردند و در جوامع غیر مدنی به خاطر نداشتن توان خودتقویتی باعث عهدشکنی، بی‌اعتمادی، بهره‌کشی، انزوا و رکود می‌گردند» (پاتنام، ۱۳۹۲: ۳۰۰). پاتنام معتقد است «همکاری داوطلبانه و افزایش اعتماد اجتماعی، ناشی از هنجارهای متقابل عمومی و شبکه‌های مشارکت مدنی است، زیرا آنها انگیزه‌های عهدشکنی و جو ابهام‌آمیز و غیرشفاف را کاهش داده و الگوهای برای همکاری ارائه می‌دهند» (پاتنام، ۱۳۹۲: ۳۰۳). از نگاه بوردیو، سرمایه‌ی اجتماعی مجموعه‌ای از منابع مادی یا معنوی است که به یک فرد یا گروه اجازه می‌دهد تا شبکه پایداری از روابط کم و بیش نهادینه شده آشنایی و شناخت متقابل را در اختیار داشته باشد (فیلد^۲، ۱۳۸۸). «بوردیو سرمایه اجتماعی را به عنوان مجموع منابع بالقوه و بالفعل که به عضویت در یک گروه مرتبط می‌شود، تعریف می‌کند، که هر یک از اعضا با پشتیبانی از سرمایه اجتماعی فراهم می‌کنند» (بوردیو، ۱۹۸۶: ۲۴۳؛ به نقل از وصالی و توکل، ۱۳۹۱: ۲۰۱). «بنابراین در تعریف بوردیو تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، دسترسی به منابع گروهی را فراهم می‌آورند. نتایج سرمایه‌ی اجتماعی، نهایتاً پاداش اقتصادی است که از راه مشارکت مداوم در شبکه وجود دارد» (فاین^۳، ۱۳۸۵: ۱۰۳)؛ چرا که بوردیو سرمایه اجتماعی را در رده‌ی سرمایه‌های فرسایش دانسته است که با

^۱- Putnam

^۲- Field

^۳- Fine

تقلیل رابطه و مشارکت فرد از میزان آن کاسته می‌شود. بورديو بر قابليت تبديل اشكال مختلف سرمايه تأکید کرده و در نهایت همه‌ی اشکال سرمايه را قابل تبدیل به سرمايه اقتصادی می‌داند.

پیشینه تجربی

در چند دهه اخیر، تحقیقات بسیاری درباره مسئله کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در جوامع مختلف انجام شده است. پاره‌ای از این مطالعات زمینه‌ها و عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را مورد بررسی قرار داده‌اند، اما برخی دیگر بر پیامدهای که در پیوند با مسئولیت سرپرستی زنان است، تأکید کرده‌اند. به طور کلی، در بررسی زمینه‌ها و عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، تحقیقات داخلی بیشتر رابطه بین عوامل اجتماعی، اقتصادی، و روانی با کیفیت زندگی بویژه سلامت روان زنان سرپرست خانوار را بررسی کرده‌اند. اما، عمده تأکید پژوهش‌های خارجی مسائل اقتصادی زنان سرپرست خانوار مانند فقر، اشتغال، عرضه نیروی کار، مالکیت خانه... بوده است. مطالعات پیش‌رو، شماری از پژوهش‌های انجام شده در زمینه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار است که در چند سال اخیر به انجام رسیده است.

مطالعه امراله مجدآبادی و همکاران (۱۳۹۸)، در کاوش مهم‌ترین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در ایران عوامل جمعیت‌شناختی، اجتماعی و روانی - عاطفی را ذکر کرده است. پژوهش دراهکی و نوبخت (۱۴۰۰) در بررسی چالش‌ها و فرصت‌های پیش‌روی زنان سرپرست خانوار در ایران بر سه بُعد فرهنگی، اقتصادی و مسائل جمعیتی تأکید دارد؛ در پژوهشی دیگر در این راستا، یوسفی لبنی و همکاران (۲۰۲۰) چالش‌های پیش‌روی زنان سرپرست خانوار در ایران را به صورت بالقوه تهدید یا فرصتی برای این گروه از زنان دانسته‌اند؛ که از طریق آموزش، کمک برای سازگاری با نقش‌های جدید و حمایت اقتصادی این چالش‌ها را می‌توان به فرصت برای ایشان مبدل ساخت. مطالعه سادات‌میری و همکاران (۱۳۹۸) هم با محدود کردن موضوع خود به بررسی تأثیر حمایت‌های اجتماعی به‌منزله یکی از ابعاد کیفیت زندگی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار شهر مشهد، سلامت زنان سرپرست خانوار را کمتر از دیگر زنان ارزیابی کرده است؛ لذا حمایت‌های اجتماعی را یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سلامتی زنان به‌ویژه زنان سرپرست خانوار ذکر کرده‌اند. همچنین، بابایی‌فرد (۱۳۹۳) در بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با فشارهای زندگی زنان سرپرست خانوار در شهرهای کاشان و آران و بیدگل با تأکید بر ایفای نقش‌های چندگانه توسط زنان سرپرست خانوار، فشارهای زندگی این گروه از زنان را متوسط و زیاد ارزیابی کرده است. نتایج این تحقیق بیانگر آنست که متغیرهای تعداد افراد تحت سرپرستی و مسئولیت‌پذیری مهم‌ترین عوامل بالا رفتن فشار زندگی است؛ و حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی و اعتماد اجتماعی عوامل زمینه‌ساز کاهش فشار زندگی زنان سرپرست خانوار است. رضایی و همکاران (۱۳۹۶) نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین کارکرد خانواده و ابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار را مورد مطالعه قرار

داده‌اند. پژوهشگران تاب‌آوری را متغیری مؤثر بر ارتباط بین کیفیت زندگی با سطوح کارکرد خانواده می‌دانند. براساس نتایج تحقیق، کارکرد بهتر خانواده می‌تواند از طریق تاب‌آوری بالا امکان مقابله مؤثرتر در موقعیت‌های دشوار زندگی را فراهم آورد و همین سبب بالا رفتن کیفیت زندگی این افراد می‌شود.

به‌طور کلی، مباحث کیفیت زندگی متوجه بهبود شرایط زندگی افراد است؛ بدین ترتیب، تأکید عمده تحقیقات حوزه کیفیت زندگی، بررسی وضعیت فرد و شرایط محیطی آن‌ها است (گلنزر و همکاران، ۲۰۱۵). تحقیقات پیش‌رو به بررسی یکی از عواملی که سبب بهبود شرایط زندگی و به تبع کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار می‌شود، پرداخته‌اند. کوان و کیم^۱ (۲۰۲۰) در بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در کره جنوبی نشان می‌دهند که متغیر سن تبیین‌کننده‌ی بسیاری مهمی برای سلامت روان این گروه از زنان است. عدم سلامت جسمانی، تنهایی و فقر اقتصادی - اجتماعی که با بالا رفتن سن زنان سرپرست خانوار شدت می‌یابند بیش از همه سبب تحلیل رفتن سلامت آن‌ها می‌شوند. می^۲ (۲۰۱۷) با بررسی وضعیت اقتصادی زنان سرپرست خانوار در مقابل هم‌تایان مرد در مناطق روستایی جنوب غرب اوگاندا با تأکید بر شرایط مالکیت این دو گروه، قائل به شکاف در موقعیت اقتصادی زنان و مردان سرپرست خانوار در این مناطق هستند. پژوهشگران دسترسی به مالکیت برای زنان سرپرست خانوار حتی با وجود کار بیشتر را امکان‌پذیر نمی‌دانند؛ براساس نتایج تحقیق، جدایی از همسر و کمبود منابع اقتصادی، مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر عدم دسترسی زنان سرپرست خانوار به مالکیت است. در تحقیقی مشابه کوپکه^۳ و همکاران (۲۰۱۴) میزان مالکیت زنان سرپرست خانوار استرالیایی را پایین‌تر از مردان می‌دانند. فضلی^۴ و همکاران (۲۰۲۱) مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده رضایت زنان سرپرست خانوار در مالزی را منبع کنترل^۵، تمکن مالی، دینداری و آسیب‌پذیری مالی ذکر کرده‌اند. کاپور^۶ (۲۰۱۹) سرمایه و وضعیت معیشت زنان سرپرست خانوار کشور غنا را از دیدگاهی چند بعدی مورد بررسی قرار داده است. براساس نتایج تحقیق، مردان سرپرست خانوار کشور غنا از سرمایه اقتصادی و مالی بیشتری برخوردارند، اما زنان سرمایه اجتماعی بیشتری نسبت به مردان دارند؛ با این وجود، شرایط معیشتی مردان سرپرست خانوار در غنا بهتر از زنان است.

پژوهش حاضر در شمار پژوهش‌های بررسی‌کننده عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار است. مروری اجمالی تحقیقات نشان می‌دهد که برای نخستین بار است عوامل

1- Kwon & Kim

2- Mei

3- Kupke

4- Sabri

5- locus of control

6- Kpoor

اجتماعی-روانی مرتبط با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مورد بررسی قرار می‌گیرد. از سوی دیگر، پیش از این، پژوهش‌های درباره کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در شهر شیراز انجام شده است؛ این پژوهش‌ها وضعیت اقتصادی (علی مندگاری و همکاران، ۱۳۹۷)، حمایت اجتماعی (سهامی و قلی‌پور، ۱۳۹۸)، و بررسی نگرش زنان سرپرست خانوار به ازدواج موقت (زاهد و خیری خامنه، ۱۳۹۰) را بررسی کرده‌اند. لذا، پژوهش پیش‌رو با دیدی فراخ‌تر از پژوهش‌های پیش انجام شده در شهر شیراز تلاش دارد عوامل اجتماعی و روانی که از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار هستند را مورد بررسی قرار دهد.

روش‌شناسی

داده‌های مورد استفاده این پژوهش حاصل پیمایشی است که از زنان سرپرست خانوار ساکن شهر شیراز گردآوری شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان سرپرست خانوار شهر شیراز است. روش نمونه‌گیری این پژوهش به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بوده است؛ بدین صورت که ابتدا مراکز مرتبط با زنان سرپرست خانوار در مناطق مختلف شهر شیراز مشخص شده‌اند؛ سپس به صورت تصادفی مراکزی از مناطق مختلف انتخاب شده و با مراجعه به این مراکز نمونه‌ها به طور تصادفی انتخاب شده‌اند. از بین زنان سرپرست خانوار ابتدا تعداد ۳۸۳ نفر براساس فرمول کوکران با ضریب خطایی ۵٪ و سطح اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شدند که برای اطمینان بیشتر و با در نظر گرفتن احتمال وجود موارد بدون پاسخ نمونه ۴۰۰ نفری مورد پژوهش قرار گرفتند. روش گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامه بوده است. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش، ترکیبی از اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سرمایه اجتماعی، مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ و پرسشنامه کیفیت زندگی است. متغیر وابسته تحقیق کیفیت زندگی است که در این تحقیق با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی سنجیده شده است و دارای پنج بعد سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیطی و سلامت عمومی و کلی می‌شود. گویه‌های مورد استفاده برای سنجش ابعاد متغیر وابسته شامل ۲۵ گویه بوده است. تعریف و محتوای گویه‌های مورد استفاده برای سنجش ابعاد متغیر وابسته، در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱: تعریف عملیاتی ابعاد مختلف متغیر وابسته تحقیق (کیفیت زندگی)

تعریف	ابعاد متغیر
شامل سؤالاتی مربوط به دردهای جسمانی و مشکلات بدنی، نیاز به درمان‌های پزشکی، انرژی کافی برای زندگی، ظرفیت کاری برای زندگی روزمره، وضعیت خواب، توانایی برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و توانایی برای کار کردن می‌شود.	کیفیت زندگی سلامت جسمانی
شامل سؤالاتی است مربوط به میزان لذت از زندگی، معنادار و باارزش بودن زندگی، توانایی تمرکز، رضایت از شکل و قیافه ظاهری بدن، رضایت از توانایی کار کردن، خواب، خوراک و رفت و آمد و حالاتی مثل یأس و ناامیدی و اضطراب می‌شود.	سلامت روان
شامل سؤالاتی است که مربوط به روابط اجتماعی و حمایت دوستان و آشنایان می‌شود.	روابط اجتماعی
شامل سؤالاتی است که مربوط به بهداشت و سالم بودن محیط اطراف افراد پاسخگو، احساس امنیت و آرامش، داشتن پول کافی، دسترسی به اطلاعات و اخبار روزانه، فرصت پرداختن به کارهای مورد علاقه، شرایط و امکانات محل زندگی، دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و دسترسی به امکانات حمل و نقل و وضعیت رفت و آمد می‌شود.	سلامت محیطی
شامل سؤالاتی است که مربوط به کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی پاسخگو به طور کلی می‌شود.	سلامت عمومی و کلی

متغیرهای مستقل تحقیق شامل متغیرهای جمعیتی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع شغل، تعداد افراد تحت تکفل، تحت پوشش بودن یا نبودن در موسسه حمایتی خاص، تعداد سال‌های تحت پوشش در موسسه حمایتی خاص، تعداد سال‌های سرپرستی، علت سرپرست شدن و درآمد)، متغیرهای اجتماعی سرمایه اجتماعی، سرمایه اقتصادی است. سرمایه اجتماعی دارای چهار بُعد انسجام اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه اجتماعی است. گویه‌های استفاده شده برای سنجش ابعاد مختلف متغیر مستقل اجتماعی ۵۵ گویه بوده است. یکی دیگر از متغیرهای مستقل تحقیق متغیر روانی است که زیرمقیاس آن عزت‌نفس است و دارای ۱۰ گویه بوده است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد. تعریف و محتوای گویه‌های مورد استفاده برای سنجش ابعاد متغیر وابسته، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: تعریف عملیاتی ابعاد مختلف متغیرهای مستقل تحقیق

تعریف	ابعاد متغیرهای مستقل
منظور احتمال حمایت شدن از طرف افرادی است که پاسخگو با آنها در ارتباط است که شامل ۵ گویه و ۵ طیف از خیلی کم تا خیلی زیاد می‌باشد؛ و گویه‌ها با طیف‌های مختلف از میزان احتمال حمایت مالی افراد مختلف (خویشاوندان نزدیک و دور، دوستان، همسایه ها) در مواقع ضروری نسبت به پاسخگویان سؤال می‌کنند.	انسجام اجتماعی
منظور اعتماد پاسخگو نسبت به افراد و نهادهای مختلف است. شامل ۱۷ گویه، ۶ گویه مربوط به اشخاص و ۱۱ گویه مربوط به نهادهای مختلف بوده است. اعتماد به هر کدام از این اشخاص و نهادها با پنج طیف از خیلی کم تا خیلی زیاد سنجیده شده است.	اعتماد اجتماعی
منظور مشارکت افراد در گروه‌ها و انجمن‌های مختلف مذهبی، علمی، ورزشی، شغلی و... می‌باشد که با ۱۱ گویه و ۵ طیف از عضو نبوده‌ام تا خیلی زیاد سنجیده شده است که شامل مشارکت در انجمن‌ها و گروه‌های مختلف می‌باشد.	مشارکت اجتماعی
منظور اندازه شبکه اجتماعی، فراوانی تعامل در شبکه اجتماعی و میزان حمایت مالی کسب شده در شبکه اجتماعی می‌باشد که هر کدام با گویه‌های مختلف و به صورت جداگانه سنجیده شده‌اند. اندازه شبکه اجتماعی، از تعداد افرادی از گروه‌های مختلف (افراد نزدیک، دوستان، همکاران و ...) که پاسخگویان مسائل خود را با آن‌ها در میان می‌گذارند سؤال می‌کند. فراوانی تعامل در شبکه اجتماعی از میزان رفت و آمد و دیدار پاسخگویان با افرادی که با آن‌ها در ارتباط هستند با پنج طیف از هر روز تا اصلاً سؤال می‌کند. میزان حمایت مالی در شبکه نیز از میزان حمایت مالی دریافت شده از افراد مختلف شبکه اجتماعی پاسخگویان (دوستان، نزدیکان، همسایه‌ها و ...) سؤال می‌کند.	شبکه اجتماعی

منظور قیمت‌داری افراد پاسخگو شامل اموال سرمایه اقتصادی غیرمنقول، میزان پس‌انداز، منزل، خودرو، طلا و جواهر است.

این مقیاس شامل ده سؤال و دو طیف موافق و مخالف است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس عزت نفس خوب در مورد خود را می‌سنجد.

جدول (۱) و (۲) حاوی تعریف عملیاتی ابعاد مختلف متغیرهای وابسته و مستقل تحقیق حاضر هستند. گزینه پاسخ به سؤالات مربوط به اکثر گویه‌های تحقیق براساس طیف لیکرت بوده است که در پیوستاری از خیلی کم تا خیلی زیاد و یا از به شدت ناراضی تا به شدت راضی و... ارائه شده‌اند. همچنین، روایی پرسشنامه تحقیق از نوع صوری و پایایی آن براساس ضریب آلفای کرونباخ بوده است. ضریب آلفای تمام متغیرهای مستقل تحقیق بالاتر از ۰/۷ و ضریب آلفای متغیر وابسته تحقیق (کیفیت زندگی) برابر با ۰/۹۴ بوده است که در مجموع گویای پایایی بالای پرسشنامه است. پس از تکمیل پرسشنامه، داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی شامل آمارهای گرایش مرکزی و پراکندگی است و در بخش استنباطی براساس سطح سنجش متغیرها از آزمون‌های تفاوت میانگین (آزمون T)، تحلیل واریانس (آزمون F) آزمون همبستگی و رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین درصد زنان سرپرست خانوار در رده‌ی سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار دارند. میزان تحصیلات درصد بالایی (۳۸/۳ درصد) از پاسخگویان زیر دیپلم است. ۶۱/۸ درصد از پاسخگویان شاغل هستند که از این تعداد بیشترین درصد مربوط به شغل معلمی (۲۷/۳ درصد) می‌باشد. ۰/۵۷ از زنان سرپرست خانوار نمونه مورد بررسی یک یا دو نفر را تحت سرپرستی خود داشتند. ۵۸/۵ درصد از پاسخگویان تحت پوشش موسسه حمایتی خاصی هستند و از میان مؤسسات حمایتی، کمیته امداد بیشترین درصد این زنان را تحت حمایت داشت. ۴۸/۴ درصد از پاسخگویان در حدود ۱ تا ۸ سال است که سرپرست خانوار هستند و علت سرپرستی درصد بالایی از پاسخگویان (۴۸/۳ درصد) مرگ همسر می‌باشد. درآمد ۵۶/۳ درصد از پاسخگویان بین صد تا هفتصد هزار تومان می‌باشد. ۰/۴۴ زنان سرپرست خانوار از عزت‌نفس متوسط و ۴۳/۸ درصد آنها عزت نفس بالایی دارند و تنها ۱۲/۳ درصد از پاسخگویان عزت نفس پایینی را دارا هستند. ۸۶/۵ درصد از پاسخگویان از انسجام اجتماعی پایینی برخوردار هستند. همچنین میزان اعتماد اجتماعی ۰/۶۵ از پاسخگویان پایین گزارش شده است؛ ۹۰/۵ درصد از پاسخگویان هم از مشارکت اجتماعی پایینی

برخوردار هستند. اندازه شبکه اجتماعی ۸۹/۳ درصد از پاسخگویان پایین است، ۵۱/۵ درصد از پاسخگویان تعامل در شبکه اجتماعی متوسطی داشته‌اند. ۹۲ درصد از پاسخگویان از حمایت مالی پایینی در شبکه اجتماعی برخوردار هستند. ۷۳/۸ درصد از پاسخگویان فاقد مسکن و ۸۲/۳ درصد فاقد طلا و جواهر هستند. ۹۳/۳ درصد از پاسخگویان فاقد اموال غیرمنقول و ۸۴/۸ درصد هم فاقد پس‌انداز هستند. و در نهایت ۷۳ درصد از زنان سرپرست خانوار پاسخگو در کل کیفیت زندگی متوسطی داشته‌اند.

نتایج بررسی رابطه‌های موجود بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته تحقیق در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج تفاوت میانگین‌ها (آزمون T) بین متغیرهای مستقل و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

سطح معناداری	آزمون T	متغیر
۰/۰۰۰	۴/۶۴۷	وضعیت اشتغال
۰/۰۰۰	-۲/۵۹۴	تحت پوشش بودن یا نبودن تحت مؤسسه حمایتی خاص

براساس نتایج آزمون تفاوت میانگین‌ها همانطور که در جدول (۳) نشان می‌دهد میزان کیفیت زندگی برحسب متغیرهای مستقل وضعیت اشتغال ($T=4/647$ ، سطح معناداری: ۰/۰۰۰) و تحت پوشش بودن یا نبودن تحت مؤسسه حمایتی خاص ($T=-2/594$ ، سطح معناداری: ۰/۰۰۰) تفاوت معنادار نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس (آزمون F) بین متغیرهای مستقل و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

سطح معناداری	آزمون F	متغیر
۰/۰۰۰	۱۹/۹۱۴	میزان تحصیلات
۰/۰۰۰	۴/۶۶۹	علت سرپرستی
۰/۰۰۰	۸/۵۰۲	نوع شغل

همچنین، نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس تفاوت میانگین کیفیت زندگی براساس متغیرهای میزان تحصیلات، نوع شغل و علت سرپرستی نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین متغیرهای میزان تحصیلات ($F=19/914$ ، سطح معناداری: ۰/۰۰۰)، نوع شغل ($F=4/669$ ، سطح معناداری: ۰/۰۰۰) و علت سرپرستی ($F=8/502$ ، سطح معناداری: ۰/۰۰۰) وجود دارد.

جدول ۵: نتیجه آزمون همبستگی (۲) بین متغیرهای مستقل تحقیق با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

متغیر	ضریب همبستگی (۲)	سطح معناداری
سن	-۰/۰۲۶	۰/۶۰۸
تعداد سال‌های سرپرستی زنان سرپرست خانوار	۰/۶۶	۰/۲۱۰
درآمد	۰/۳۸۲	۰/۰۰۰
تعداد افراد تحت سرپرستی	-۰/۲۷۳	۰/۰۰۰
تعداد سال‌های تحت پوشش در موسسه حمایتی خاص	-۰/۱۳۲	۰/۰۰۹
عزت نفس	۰/۶۴۹	۰/۰۰۰
انسجام اجتماعی	۰/۴۳۹	۰/۰۰۰
اعتماد اجتماعی	۰/۳۴۰	۰/۰۰۰
مشارکت اجتماعی	۰/۲۹۱	۰/۰۰۰
شبکه اجتماعی	۰/۳۷۵	۰/۰۰۰
سرمایه اقتصادی	۰/۱۸۲	۰/۰۰۰

در جدول ۵، رابطه و همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته کیفیت زندگی ارائه شده است. همانطور که در این جدول نشان داده شده است، بین متغیر سن، تعداد سال‌های سرپرستی زنان سرپرست خانوار با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. اما بین متغیرهای تعداد افراد تحت سرپرستی ($r = -0/273$)، درآمد ($r = 0/382$)، تعداد سال‌های تحت پوشش در موسسه حمایتی خاص ($r = -0/132$)، عزت نفس ($r = 0/649$)، انسجام اجتماعی ($r = 0/439$)، اعتماد اجتماعی ($r = 0/340$)، مشارکت اجتماعی ($r = 0/291$)، شبکه اجتماعی ($r = 0/375$) و سرمایه اقتصادی ($r = 0/182$) با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار رابطه‌ی معنادار وجود دارد.

در نهایت، به منظور تبیین کیفیت زندگی کل زنان سرپرست خانوار، از رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. رگرسیون چندمتغیره روشی آماری است که در آن برای تبیین متغیر وابسته، متغیرهای مستقل در کنار هم مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌گیرند. در این پژوهش برای تبیین متغیر وابسته کیفیت زندگی کل زنان سرپرست خانوار از روش رگرسیونی گام به گام استفاده شده است. در روش رگرسیونی گام به گام تمام متغیرهای مستقل وارد مدل می‌شوند و در نهایت متغیرهای که تأثیرگذاری بیشتر و معناداری بر متغیر وابسته داشته باشند در مدل باقی مانده و حذف نمی‌شوند. متغیرهای وارد شده در مدل پژوهش حاضر شامل سن، تعداد افراد تحت سرپرستی، تعداد سال‌های تحت پوشش بودن در موسسه‌ای خاص، درآمد، عزت نفس، انسجام اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شبکه اجتماعی و سرمایه اقتصادی بوده است. نتایج حاصل از آزمون رگرسیون گام به گام نشان می‌دهد که در مجموع متغیرهای عزت نفس، انسجام اجتماعی، درآمد، اعتماد اجتماعی، تعداد افراد تحت

سرپرستی و تعداد سال‌های تحت پوشش در موسسه حمایتی خاص در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار تشخیص داده شده و باقی ماندند و سایر متغیرها از مدل حذف شدند. این شش متغیر به ترتیب مرحله ورود عبارت‌اند از: عزت‌نفس که به تنهایی ۴۲ درصد متغیر وابسته را تبیین می‌کند. در مرحله دوم متغیر انسجام اجتماعی وارد شده و درصد تبیین را به ۴۷ درصد افزایش می‌دهد. در مرحله سوم متغیر درآمد وارد شده و درصد تبیین را به ۴۹ درصد افزایش می‌دهد. در مرحله چهارم متغیر اعتماد اجتماعی وارد شده و درصد تبیین را به ۵۱ درصد می‌رساند. در مرحله پنجم متغیر تعداد افراد تحت سرپرستی وارد شده و درصد تبیین را به ۵۲ درصد افزایش می‌دهد؛ و در مرحله آخر متغیر تعداد سال‌های تحت پوشش بودن در موسسه خاص حمایتی وارد شده و در مجموع این متغیرها ۵۳ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی کل زنان سرپرست خانوار را تبیین کردند.

جدول ۶: ضرایب تأثیرگذاری متغیرهای مستقل تحقیق بر متغیر وابسته کیفیت زندگی کل زنان سرپرست

خانوار

نام متغیر	R	ضریب B	Beta	T	Sig
عزت‌نفس	۰/۶۵۰	۳/۴۰۷	۰/۵۰۵	۱۲/۳۹۲	۰/۰۰۰
انسجام اجتماعی	۰/۶۹۰	۰/۷۲۶	۰/۱۳۶	۳/۱۷۹	۰/۰۰۲
درآمد	۰/۷۰۲	۳/۷۹۱	۰/۱۳۰	۳/۰۷۷	۰/۰۰۲
اعتماد اجتماعی	۰/۷۱۶	۰/۱۸۷	۰/۱۵۱	۳/۷۹۴	۰/۰۰۰
تعداد افراد تحت سرپرستی	۰/۷۲۲	-۱/۲۷۸	-۰/۱۰۳	-۲/۶۸۹	۰/۰۰۷
تعداد سال‌های تحت پوشش بودن در مؤسسه خاص	۰/۷۲۷	-۰/۳۱۲	-۰/۰۹۷	-۲/۴۹۹	۰/۰۱۳

براساس اطلاعات جدول شماره ۶ بین متغیرهای وارد شده در مدل به ترتیب عزت‌نفس با بتای ۰/۵۰۵، اعتماد اجتماعی با بتای ۰/۱۵۱، انسجام اجتماعی با بتای ۰/۱۳۶ و درآمد با بتای ۰/۱۳۰ بیشترین تأثیرگذاری بر افزایش کیفیت زندگی کل زنان سرپرست خانوار داشته‌اند. اما از دیگر متغیرهای وارد شده در مدل، متغیر تعداد افراد تحت سرپرستی با بتای ۰/۱۰۳- و تعداد سال‌های تحت پوشش در موسسه خاص با بتای ۰/۰۹۷- سبب کاهش کیفیت زندگی کل زنان سرپرست خانوار شده‌اند.

نتیجه‌گیری

برآورده شدن نیازهای اساسی و بهره‌مندی از یک زندگی خوشایند، مستقل و ارزشمند به معنای داشتن یک زندگی با کیفیت است؛ موضوعی که به‌مثابه یکی از اهداف برآورده شدن رشد و توسعه در هر جامعه مطرح بوده است. کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار موضوعی است که به‌واسطه‌ی آسیب-پذیر بودن وضعیت این گروه از زنان همواره محل بحث بوده است. بر این مبنا، این تحقیق عوامل اجتماعی-روانی مرتبط با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در شهر شیراز را مورد بررسی قرار داده است. داده‌های این پژوهش حاصل پیمایشی است که از زنان سرپرست خانوار ساکن شهر شیراز گردآوری شده است.

یافته‌های توصیفی پژوهش بیانگر آنست که بیشترین درصد زنان سرپرست خانوار شهر شیراز در رده‌ی سنی ۴۱ تا ۵۰ سال قرار دارند. میزان تحصیلات ۳۸/۳ درصد از پاسخگویان زیر دیپلم است. بخش مهمی از پاسخگویان علیرغم داشتن شغل در وضعیت اقتصادی مساعدی نبوده و تحت پوشش مؤسسه حمایتی خاصی (۵۸ درصد) هستند. درصد بالایی از پاسخگویان از اعتماد، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی حامی بسیار پایینی برخوردار بودند. البته، میزان عزت‌نفس پاسخگویان در سطح مناسبی قرار داشت، هرچند ۱۲/۳ درصد از پاسخگویان عزت‌نفس پایینی داشتند. نتایج آزمون همبستگی این تحقیق نشان داد که همبستگی بین متغیرهای سن و تعداد سال‌های سرپرستی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار معنادار نبوده است. براساس این نتایج، زنان سرپرست خانوار در هر گروه سنی از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت چندانی با هم ندارند و این نتیجه برخلاف یافته‌های ریماز و همکاران (۱۳۹۳) و کوان و کیم (۲۰۲۰) می‌باشد؛ چراکه رابطه سن با کیفیت زندگی در نتایج تحقیقات آن‌ها تأیید شده است. همچنین، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار از لحاظ تعداد سال‌هایی که سرپرست خانوار هستند تفاوت چندانی ندارد. این نتیجه با پژوهش حسینی و دیگران (۱۳۸۸) متفاوت است زیرا یافته‌های این تحقیق، وجود رابطه بین مدت زمان سرپرستی و سلامت روان زنان سرپرست خانوار را تأیید می‌کند.

براساس نتایج تحلیل چند متغیره، متغیرهای عزت‌نفس، اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی و درآمد دارای رابطه مثبت با متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی هستند؛ به این معنا که با افزایش عزت‌نفس، اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی و درآمد زنان سرپرست خانوار کیفیت زندگی آن‌ها افزایش می‌یابد. بدین ترتیب، زنان سرپرست خانواری که عزت‌نفس بالایی دارند کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند. به‌عبارتی، این افراد از روابط اجتماعی و وضعیت روانی بهتری برخوردارند. نتایجی که همسو با یافته‌های پژوهش افشاری و همکاران (۱۳۹۸) است. همچنین، زنان سرپرست خانواری که اعتماد اجتماعی بیشتر به اشخاص و نهادهای مختلف دارند از کیفیت زندگی بالاتری بهره‌مند هستند؛ این نتیجه در راستای نتایج تحقیق حسن‌لو (۱۳۹۴) است. از سوی دیگر، زنان سرپرست خانواری که درآمد بالاتری دارند از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار هستند. داشتن درآمد بالاتر

علاوه بر اینکه اوضاع اقتصادی زنان سرپرست خانوار را سامان می‌دهد؛ به طور غیرمستقیم شرایط جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی را به دلیل تغذیه بهتر، خدمات درمانی بهتر، محل سکونت مناسب- تر و... بهبود می‌بخشد. این نتیجه همسو با پژوهش ادیسی و حاتم‌وند (۱۳۹۱) است که رابطه معنی- داری را بین درآمد و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بیان می‌دارد.

افزون بر این، تحلیل‌ها نشان داد که متغیرهای تعداد افراد تحت سرپرستی و تعداد سال‌های تحت پوشش در مؤسسه خاص دارای رابطه منفی با متغیر وابسته بودند؛ بدین معنا که زنان سرپرست خانواری که تعداد بیشتری از افراد را تحت سرپرستی خود دارند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند؛ این نتایج همسو با نتایج تحقیق بابایی‌فرد (۱۳۹۳) است. همچنین، افزایش تعداد سال‌های تحت پوشش در مؤسسه‌های حمایتی سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود؛ زیرا تداوم وابستگی به کمک هزینه‌های رفاهی نه تنها سبب بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی ایشان نخواهد شد، بلکه بهداشت روانی ایشان را تهدید خواهد کرد.

به طور کلی، نظر غالب بر آنست که زنان سرپرست خانوار در جامعه از نظر اقتصادی، به موجب دسترسی کمتر به مشاغل پردرآمد و منابع تولیدی، درآمد کمتر و وابستگی بیشتری نسبت به مردان دارند؛ لذا کیفیت زندگی پایین‌تری خواهند داشت. اما، همانطور که نتایج یافته‌های این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی این گروه از زنان را نباید صرفاً به ماهیت اقتصادی آن تقلیل داد، زیرا این گروه از زنان از لحاظ اجتماعی و روانی حتی نسبت به هم‌تایان غیرسرپرست خود موقعیت آسیب‌پذیری دارند. درصد پایین اعتماد، انسجام اجتماعی، مشارکت پایین در امور اجتماعی و شبکه اجتماعی حامی زنان سرپرست نشانگر ضعف سرمایه اجتماعی زنان سرپرست است؛ عامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی که تأثیر مهمی بر بهره‌وری از فرصت‌ها و ایجاد برابری سلامت و رفاه دارد. از سوی دیگر، محدود بودن حمایت- های اجتماعی، مسئولیت تام زنان سرپرست در برابر فعالیتهای اقتصادی خانواده و وظیفه‌ی نظارت بر رفتار سایر اعضای خانواده سبب تحلیل رفتن ظرفیت روانی ایشان می‌گردد. لذا، ایجاد امنیت و بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار صورت‌بخش سلامت روانی آنان خواهد بود. بر این اساس، انجام اقدامات توانمندسازی، حمایت اجتماعی، حمایت و مددکاری روانشناختی، بالا بردن اعتماد اجتماعی زنان سرپرست خانوار با عمل کردن به تعهدات از طرف سازمان‌های مختلفی که با آنها سروکار دارند و حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد و شبکه‌های اجتماعی حامی که در جهت توانمندسازی زنان سرپرست خانوار از لحاظ مادی و معنوی می‌کوشند برای افزایش کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مفید به نظر می‌رسد.

منابع و مأخذ

- ادریسی، افسانه و حاتم‌وند، زیبا. (۱۳۹۱). بررسی مکانیزم تأثیرگذاری اشتغال بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، ۳ (۳)، ۹۸-۱۲۷.
- امراه مجدآبادی، زهرا؛ نیک پیما، نسرين؛ حضرتی گنبد، سارا؛ نوری، فاطمه و نوعی محمدباقر، الهام. (۱۳۹۸). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در ایران: یک مطالعه مروری، پژوهش پرستاری، ۱۴ (۵)، ۶۵-۵۸.
- بایابی فرد، اسداله. (۱۳۹۳). عوامل اجتماعی مرتبط با فشارهای زندگی زنان سرپرست خانوار در شهرهای کاشان و آران و بیدگل، مجله رفاه اجتماعی، ۱۴ (۵۴)، ۱۱۱-۱۴۵.
- پاتنام، روبرت. (۱۳۹۲). *دموکراسی و سنت‌های مدنی (سرمایه اجتماعی و سنت‌های مدنی در ایتالیای مدرن)*، ترجمه محمدتقی دلفروز، تهران: جامعه‌شناسان.
- حسن‌لو، مهدی. (۱۳۹۴). *بررسی رابطه بین ابعاد اعتماد اجتماعی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهرستان زنجان*، کنفرانس ملی پژوهش‌های کاربردی در علوم تربیتی و روانشناسی و آسیب‌های اجتماعی ایران، تهران.
- حسینی، احمد؛ فروزان، ستاره و امیرفریار، معصومه. (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، فصلنامه پژوهش اجتماعی، ۲ (۳)، ۱۱۷-۱۳۷.
- حمیدی، فریده. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی، فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱ (۲)، ۶۰-۵۱.
- دراهکی، احمد و نوبخت، رضا. (۱۴۰۰). بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار ایرانی: یک آنالیز ثانویه، مجله پیش، ۲۰ (۴)، ۴۳۷-۴۲۷.
- رضایی، زهرا سادات؛ دهقانی، محسن و حیدری، محمود. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده: نقش تاب‌آوری و کارکرد خانواده مبتنی بر مدل مک مستر، خانواده پژوهی، ۱۳ (۵۱)، ۴۰۷-۴۲۱.
- ریماز، شهناز؛ دستورپور، مریم؛ وصالی آذر شریبانی، سمیرا؛ ساعی‌پور، نرگس؛ بیگی، زهرا و نجات، سحرناز. (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ تهران، مجله تخصصی اپیدمیولوژی/ایران، ۱۰ (۲)، ۵۵-۴۸.
- زاهد، سید سعید و خیری خامنه، بهناز. (۱۳۹۰). بررسی نگرش زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر شیراز به ازدواج موقت، پژوهشنامه زنان، ۲ (۲)، ۶۶-۴۳.
- زاهدی اصل، محمد و فرخی، جواد. (۱۳۸۹). بررسی رابطه میزان سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی سرپرستان خانوارهای ساکن تهران، فصلنامه علوم اجتماعی، ۴۹ (۴)، ۱-۲۹.
- سلطانی، محمدرضا؛ ازگلی، محمد و احمدنیا آلاشتی، سیامک. (۱۳۹۵). درآمدی بر نقد نظریه سلسله‌مراتب نیازهای مازلو، مطالعات رفتار سازمانی، ۵ (۱)، ۱۷۲-۱۴۵.

- سهامی، سوسن و قلی‌پور، آمنه. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله و جو عاطفی خانواده در بین زنان سرپرست خانوار تحت حمایت و غیر حمایت در شیراز، *مطالعات علوم اجتماعی ایران*، ۱۷، (۶۴)، ۶۳-۴۷.
- علی مندگاری، ملیحه؛ بی بی رازقی نصرآباد، حجه و اشرف گنجویی، سمانه. (۱۳۹۷). وضعیت اقتصادی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش نهادهای حمایتی: مطالعه‌ای کیفی در شهر شیراز، *نامه انجمن جمعیت-شناسی ایران*، ۱۳ (۲۵)، ۱۹۲-۱۶۵.
- غفاری، غلامرضا و اونق، نازمحمد. (۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۱ (۱)، ۱۹۹-۱۵۹.
- فاین، بن. (۱۳۹۶). *سرمایه اجتماعی و نظریه اجتماعی: اقتصاد سیاسی و دانش اجتماعی در طلایع هزاره سوم*، ترجمه سیدمحمدکمال سروریان، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی.
- فیلد، جان. (۱۳۸۸). *سرمایه اجتماعی*، ترجمه غلامرضا غفاری و حسین رضانی، تهران: نشر کویر.
- گروسی، سعیده و شبستری، شیما. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار شهر کرمان، *مجله مطالعات اجتماعی*، ۵ (۱)، ۱۲۲-۹۹.
- مازلو، آبراهام هرولد. (۱۳۷۵). *انگیزش و شخصیت*، ترجمه احمد رضوی، مشهد: آستان قدس رضوی.
- معاونت امور زنان و خانواده. (۱۳۹۸). *کتابچه طرح جامع توانمندسازی زنان سرپرست خانوار*، تهران: معاونت ریاست جمهوری در امور زنان و خانواده.
- موحد، مجید و حسین‌زاده کاسمانی، مرتضی. (۱۳۹۱). رابطه اختلال هویت جنسیتی با کیفیت زندگی. *رفاه اجتماعی*، ۱۲ (۴۴)، ۱۴۲-۱۱۱.
- میری، هانیه سادات؛ زنجانی، حبیب اله و ذوالقدر، خدیجه. (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار شهر مشهد، *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸ (۸۴)، ۲۳۰۲-۲۲۹۵.
- وصالی، سعید و توکل، محمدمهدی. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی در شهر تهران، *مطالعات جامعه‌شناختی شهری*، ۲ (۲)، ۲۲۰-۱۹۷.
- Aghajanian, A. & Thompson, V. (2013). Female Headed Households in Iran (1976-2006). *Journal of Marriage & Family Review*, 49(2), 115-134.
- Aghajanian, A. (1981). Socioeconomics of female-headed households in Shiraz, Iran. *International journal of sociology of the family*, 99-104.
- Alborz, A. (2017). The Nature of Quality of Life: A Conceptual Model to Inform Assessment. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(1), 15-30.

- Baffoe, G., & Matsuda, H. (2018). An empirical assessment of households' livelihood vulnerability: The case of rural Ghana. *Social Indicators Research*, 140(3), 1225-1257.
- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., & Bushnell, D. M., Martin, M. (2000). Validation Of the United States Version of The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Instrument. *Journal Of Clinical Epidemiology*, 53(1), 1-12.
- Chakrabarti, A. (2021). Status of women: a comparative study of female and male household heads in India. *China Population and Development Studies*, 4(4), 405-438.
- Delhey, J., Böhnke, P., Habich, R., & Zapf, W. (2002). Quality of life in a European perspective: The EUROMODULE as a new instrument for comparative welfare research. In *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy* (pp. 163-176). Springer, Dordrecht.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin Journal*, 125(2), 276.
- Escuder-Mollon, P., Esteller-Curto, R., Ochoa, L., & Bardus, M. (2014). Impact on senior learners' quality of life through lifelong learning. *Journal Of Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 510-516.
- Georgian, B., & Lorand, B. (2015). The meaning of physical health in the improvement of the quality of life index. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 180, 1221-1228.
- Glatzer, W., Camfield, L., Moller, V., & Rojas, M. (2015). *Global handbook of quality of life*. Exploration of well-being of nations and continents.
- Gregory, D., Johnston, R., Pratt, G., Watts, M., & Whatmore, S. (Eds.). (2011). *The Dictionary of human geography*. John Wiley & Sons.
- Inoguchi, T. & Fujii, S. (2012). *The quality of life in Asia: A comparison of quality of life in Asia* (Vol. 1). Springer Science & Business Media.
- Kpoor, A. (2019). Assets and Livelihoods of Male-and Female-Headed Households in Ghana. *Journal of Family Issues*, 40(18), 2974-2996.
- Kupke, V., Rossini, P., McGreal, S., & Yam, S. (2014). Female-headed households and achieving home ownership in Australia. *Housing Studies*, 29(7), 871-892.
- Kwon, M., & Kim, H. (2020). Psychological Well-Being of Female-Headed Households Based on Age Stratification: A Nationwide Cross-Sectional Study in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6445.
- Marans, R. W. (2012). Quality of urban life studies: An overview and implications for environment-behaviour research. *journal of Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 35, 9-22.
- Mohit, M. A. (2014). Present Trends and Future Directions of Quality-Of-Life. *journal of Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 153, 655-665.

- Montoya, Á. J. A., & Teixeira, K. M. D. (2017). Multidimensional poverty in Nicaragua: Are female-headed households better off? *Social Indicators Research*, 132(3), 1037-1063.
- Montserrat, C., Dinisman, T., Bălăţescu, S., Grigoraş, B. A., & Casas, F. (2015). The effect of critical changes and gender on adolescents' subjective well-being: Comparisons across 8 countries. *Child Indicators Research*, 8(1), 111-131.
- Nakazawa, M. (2017). Unstable landownership and economic differentiation among female-headed households in rural area of southwestern Uganda. *Japanese Journal of Human Geography*, 69(1), 57-72.
- Panampitiya, W. G., & Edirisinghe, E. A. (2019). A buddhism as tool for psychological adaptation of female-headed households in Sri Lanka. *Buddhist Approach to Harmonious Families, Healthcare and Sustainable Societies*, 91.
- Paolini, L., Yanez, A. P., & Kelly, W. E. (2006). An Examination of Worry and Life Satisfaction Among College Students. *Journal of Individual Differences Research*, 4(5).
- Sabri, M. F., Dass, T. M., Burhan, N. A. S., Wahab, H. A. R. A., Wijekoon, R., & Simanjuntak, M. (2021). Determinants of Life Satisfaction among Female-Headed Households in Malaysia. *International Journal of Business and Society*, 22(1), 276-295.
- Sirgy, M. J. (2001). *Handbook of quality-of-life research: An ethical marketing perspective* (Vol. 8). Springer Science & Business Media.
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1), 150-162.
- Yoosefi Lebni, J., Mohammadi Gharehghani, M. A., Soofizad, G., & Irandoost, S. F. (2020). Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: a qualitative study. *BMC women's health*, 20(1), 1-11.

The quality of life and its correlation with Socio-Psychological Factors (Casestudy: Female-Headed Households in Shiraz)

Halimeh Enayat ^{1*}, Fatemeh Geravand ², Roghayyeh Fotohabadi ³

Abstract

The present Study examines the socio-psychological factors related to the quality of life (QoL) of female-headed households (FHHs) in Shiraz. Research data derived from a survey study. The sample consisted of 400 FHHs who were selected through multi-stage cluster sampling. Data has been collected through Questionnaire. Using questionnaire consisted of demographic information, social capital questionnaire, The Rosenberg self-esteem scale and QoL questionnaire. The questionnaire was completed by FHHs attending support agencies in Shiraz. Then, data were analyzed using SPSS Version 21.0. The data were analyzed using both descriptive and inferential statistics. Mean difference test (T test), analysis of variance (F test), correlation test and multivariate regression were used to analyze the data in the inferential statistics section. The results indicated that QoL of FHHs was significantly associated with the number of individuals under guardianship, number of years being covered by special support agencies, self-esteem, social cohesion, social trust, social participation, social network and economic capital. Regression analysis results, also, showed that self-esteem, social trust, social cohesion, income, number of individuals under guardianship and number of years being covered by special support agencies have determinative effects on QoL of FHHs. Overall, the variables accounted for 53% of the variance in QoL of FHHs.

Key words: female-headed households, quality of life, social factors, psychological factors, Shiraz.

1 . Professor of Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran. (Corresponding Author). (henayat@rose.shirazu.ac.ir)

2. Ph.D student in Sociology, Department of Sociology and Social Planning, Shiraz University, Shiraz, Iran. (fatemehgeravand2020@gmail.com)

3. M.A. in Women's Studies, Department of Sociology, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran. (fotohabadi315@gmail.com)