

تجربه زنان بیوه سرپرست خانواده از تغییر نقش: مطالعه کیفی

شهلا خسروان^۱، شایسته صالحی^۲، فضل اله احمدی^۳، محمد رضا منصوریان^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیوگی زود هنگام منجر به افزایش فشار زندگی و آسیب مادر سرپرست خانوار می‌گردد. هدف این مطالعه، بررسی تجربیات زندگی این زنان در ارتباط با پذیرش نقش سرپرستی و پیامدهای آن بود.

روش: مطالعه حاضر از نوع کیفی- اکتشافی بود. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف صورت گرفت و داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق بدون ساختار، با ۲۴ مادر بیوه سرپرست خانواده تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی جمع‌آوری شد. از روش تحلیل محتوای کیفی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها در ۴ طبقه اصلی «پذیرش هویت متضاد سرپرست بی‌سرپرست، مشکلات پیش روی سرپرستان زن، بستر مشکل‌ها و فرسودگی زنانه» و با زیرطبقات متعلق به هر طبقه بیان شد.

نتیجه‌گیری: مورد غفلت قرار دادن زنان بیوه سرپرست خانواده که اغلب در شرایط آسیب‌زا و به صورت داوطلبانه به مراقبت از فرزندان‌شان ادامه داده‌اند، نتایج زیانباری را برای این گروه آسیب‌پذیر به همراه خواهد داشت. آن‌ها در این فرایند تغییر نقش و برای تطابق سالم و مثبت با زندگی پس از مرگ همسر، علاوه بر حمایت‌های اقتصادی، نیازمند حمایت جامع خانواده و سیستم‌های رفاه اجتماعی و مراقبت سلامت اجتماعی به خصوص توسط پرستاران می‌باشند.

کلید واژه‌ها: تغییر نقش، زنان بیوه سرپرست خانواده، مطالعه کیفی، حمایت

ارجاع: خسروان شهلا، صالحی شایسته، احمدی فضل اله، منصوریان محمد رضا. تجربه زنان بیوه سرپرست خانواده از تغییر نقش: مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۱): ۶۲-۷۵.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

می‌باشند (۳، ۲). بر اساس مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها، سلامت مادران دارای فرزند و تنها، در ابعاد مختلف در مقایسه با مادران تنهای بدون فرزند و نیز مادران دارای همسر در معرض آسیب بیشتری قرار دارد (۵، ۴). رفتارهای پرخطر در آن‌ها بیشتر (۶) و کیفیت و رضایتمندی از زندگی خانوادگی کمتر می‌باشد (۷). روند رو به رشدی در تعداد خانواده‌های تک والد رسمی و

مقدمه

نقش سرپرستی خانواده توسط مادران تنها، به خصوص در کشورهای در حال توسعه از مسایل مهم است و مدیریت روزانه خانواده توسط یک والد به تنهایی کار مشکلی می‌باشد که آن‌ها را با مسایل متعدد مالی و معنوی روبرو می‌کند (۱). این زنان تنها اغلب با کاهش درآمد، تغییرات نقش، تعدد و تضاد نقش و نیز مشکلات متعدد برای فرزندان‌شان مواجه

۱- استادیار، گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴- مربی، گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

Email: mansoorian@gmu.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: محمد رضا منصوریان

تعیین کدهای واقعی در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفت (۱۳). داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق بدون ساختار با ۲۴ مادر بیوه سرپرست خانواده که همسر خود را به علت مرگ از دست داده، حداقل یک فرزند زیر ۱۸ سال داشته و ازدواج مجدد نکرده بودند، جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و برای ایجاد حداکثر تنوع طول مدت بیوگی، استفاده از برنامه‌های حمایتی دولتی و مردمی و محل سکونت مورد توجه قرار گرفتند.

مشارکت کنندگان تحت حمایت سازمان‌های حمایتی (۸ نفر) از طریق تماس با سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی و ۲ مؤسسه خیریه غیر دولتی در چند شهر ایران مورد شناسایی قرار گرفتند. سایر مشارکت کنندگان (۱۶ نفر) از طریق دوستان و اقوام آن‌ها در همان شهرها معرفی شدند. در حین انجام تحقیق، گاهی لازم بود تا دوباره برای تأیید داده‌ها و یا جمع‌آوری داده‌های بیشتر به مشارکت کننده مراجعه شود و در مجموع ۳۳ مصاحبه تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی و عدم ایجاد داده‌های جدید و معنی‌دار شدن طبقات با این مشارکت کنندگان انجام شد (۱۳). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده گردید. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، کدگذاری باز آغاز شد و سپس از طریق مقایسه مداوم، کدهای به دست آمده بر اساس شباهت‌ها و اختلاف‌ها طبقه‌بندی شدند تا موضوعات اصلی و معنی‌دار ایجاد شدند (۱۳).

به منظور افزایش دقت مطالعه از ۴ معیار پیشنهادی برای تحقیقات کیفی شامل مقبولیت، تأثیرپذیری، اعتمادپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد (۱۴). برای افزایش مقبولیت، محققین در تحلیل داده‌ها مشارکت داشته و کدهای مورد توافق محققین برای اطمینان از توافق بین نظر آن‌ها و مشارکت کنندگان مورد نظرسنجی و کنترل فردی با چند نفر از مشارکت کنندگان و نیز چند نفر از استادان قرار گرفت. به منظور افزایش تأثیرپذیری داده‌ها از روش‌های انتخاب مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع از نظر محل زندگی، علت فوت همسر، وضعیت اشتغال استفاده گردید و یا بر اساس سؤالات پیش آمده در روند تحقیق و همچنین روش‌های جمع‌آوری اطلاعات مثل مصاحبه، خاطره‌نویسی،

تحت سرپرستی زنان در ایران دیده می‌شود (۸). زنان سرپرست، گروه ناهمگنی هستند. اغلب مطالعات انجام شده بر روی زنان سرپرست در سال‌های اخیر و در کشورهای غربی بر روی خانواده‌های تک والد به سرپرستی والد هرگز ازدواج نکرده و یا مطلقه انجام شده است و در ایران نیز با وجود ناهمگنی زنان سرپرست، به طور کلی تحت یک گروه همگن و بیشتر در رشته‌های علوم اجتماعی و با ویژگی‌های مشابه در مورد مسأله مورد پژوهش (با تأکید بر مشکلات اقتصادی) و همچنین روش تحقیق مورد استفاده (روش‌های کمی) و حتی نتایج مشابه انجام گرفته است (۹). این در حالی است که در ۸۵ درصد از موارد، علت تک والد شدن این خانواده‌ها و سرپرست شدن زنان، فوت همسر می‌باشد (۸) و این زنان در حالی که هنوز در سوگ فقدان همسرشان به عنوان مهم‌ترین حادثه تنش‌زای زندگی (۱۰) هستند، باید مسؤولیت سرپرستی خانواده را نیز به عهده بگیرند (۱۱).

مطالعات مربوط به بررسی نیازها و سلامت زنان در حیطه پرستاری قرار می‌گیرد. از سوی دیگر، فراهم ساختن مراقبت‌های سلامت زمانی امکان‌پذیر است که نشأت گرفته از تجارب زندگی مددجویان بوده و با توجه به دیدگاه آنان کسب شود (۱۲)؛ بنابراین از آن‌جا که مشکلات زنان همسر فوت شده دارای فرزند به طور خاص و با روش پژوهش کیفی -که روش مناسبی برای دستیابی به ادراک کلی از پدیده درک شده می‌باشد- در پرستاری کمتر مورد توجه بوده است، محققین، مادران بیوه سرپرست خانواده به علت فوت همسر (به عنوان بزرگ‌ترین گروه زنان سرپرست خانواده در ایران) را با هدف دستیابی به تجربه زنده آن‌ها در ارتباط با شرایط پذیرش این نقش و پیامدهای آن مورد پژوهش قرار دادند.

روش

مطالعه حاضر به روش کیفی -اکتشافی و به منظور دستیابی به تجربه مادران همسر فوت شده در فرایند پذیرش نقش والد تنها و سرپرستی خانواده انجام شد. اصول اولیه گراندد تئوری Strauss و Corbin (1998- Grounded theory) شامل جمع‌آوری و تحلیل هم‌زمان داده‌ها، مقایسه مداوم داده‌ها و

خانوادگی، اجتماعی، قانونی و شخصی و فرسودگی زنانه با زیرطبقات جسمی و اجتماعی- روانی بیان شد.

پذیرش هویت متضاد سرپرست بی سرپرست

نتایج نشان داد که با گذر از مرحله حاد سوگواری برای همسر که منجر به انفعال و بی توجهی به فرزندان شده بود، بحران وظیفه‌ای تغییرات نقش با توجه مجدد این زنان به وظایف والدینی برای فرزندانشان آغاز شده است: «تا یک مدتی با بچه‌ها اصلاً کاری نداشتم، همش فکر می‌کردم که خودم می‌خوام برگردم و تربیت بچه‌ها رو به عهده بگیرم، اما بعدها با خودم فکر کردم که اون دیگه رفته و برنمی‌گرده ... با داشتن همچنین شوهری (خوبی) من هم دیگه نمی‌خوام ازدواج کنم... سه تا بچه هم که دارم باید این‌ها رو زیر بالم بگیرم و خوب تربیت کنم و تحویل جامعه بدم».

با وجود عدم اجبار قانونی برای قبول سرپرستی فرزندان و امکان انجام ازدواج مجدد برای بسیاری از آن‌ها، این مادران به دلایل متعددی از جمله علاقمندی به همسر از دست رفته و احساس پر شدن خلأ همسر توسط فرزندان، احساس نیاز فرزندان به مادر، حمایت شدن از سوی فرزندان برای اداره زندگی، اجابت درخواست همسر برای نگهداری فرزندان، عدم تمایل به انتقال سرپرستی فرزندان به افراد خانواده و یا سپردن آن‌ها به بهزیستی و مهم‌تر از همه به دلیل احساس مسئولیت و محبت تشدید شده مادر به فرزندان پس از فقدان همسر، پذیرفته بودند که هم مادر و هم پدر و هم سرپرست فرزندان باشند: «قانوناً مجبور نبودم، اما من اون‌ها رو به دنیا آوردم، بنابراین مسؤول اون‌ها هستم... مسؤولیت دو جانبه احساس می‌کنم. اون‌ها کسی رو جز من ندارند... من هم مادرشون هستم و هم مسؤولیت پدری دارم. در عین حال که دوستشون هم دارم».

با انتخاب نقش سرپرستی فرزندان و تصمیم‌گیری به عدم ازدواج مجدد، این مادران هویت متضاد «سرپرست بی سرپرست» را برای خود پذیرفته‌اند که با حسرت و غصه دائمی نداشتن سرپرست برای آن‌ها همراه بوده است: «مهم‌ترین مشکل زندگی خود من (به عنوان یک بیوه سرپرست خانواده) بی سرپرستی بود، این‌که سرپرست نداشتم. هر وقت زن و مردی را با هم می‌دیدم،

یادداشت‌برداری در عرصه و یادآورنویسی به صورت تلفیقی انجام گرفت. برای افزایش اعتمادپذیری اگرچه از مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار برای انجام تحقیق استفاده شد، اما صرف مدت زمان طولانی برای انجام مصاحبه و علاوه بر آن انجام مصاحبه‌های غیر رسمی با مشارکت کنندگان موردنظر بوده است و برای یکنواختی در داده‌ها سؤالات در زمینه‌های مختلف از طریق تماس مجدد با مشارکت کنندگان پیگیری شد. برای بررسی انتقال‌پذیری توصیفی از مقوله‌های به دست آمده با افرادی که در پژوهش مشارکت نداشتند، مطرح و توافق آن‌ها با این مضامین مورد بررسی قرار گرفت.

این تحقیق در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تأیید قرار گرفته است. جمع‌آوری داده‌ها پس از هماهنگی معرف با مشارکت کننده، تماس تلفنی نویسنده اول با مشارکت کنندگان برای توضیح شفاهی اهداف پژوهش به آن‌ها و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه کتبی برای ضبط مصاحبه‌ها انجام شد. مصاحبه‌ها در مکان و زمان مورد نظر مشارکت کنندگان انجام شد و به مشارکت کنندگان حق انصراف از مشارکت در هر مرحله از تحقیق با دریافت مصاحبه‌های انجام شده، داده شده بود.

یافته‌ها

در مجموع ۲۴ مشارکت کننده مادر بیوه سرپرست خانواده در این پژوهش وارد شدند. سن آن‌ها در هنگام بیوه شدن ۲۰-۴۸ سال (با میانگین ۳۵/۳۳ سال) و در زمان مصاحبه بین ۲۵-۵۵ سال (با میانگین ۴۱/۸۳ سال) بود. آن‌ها ۲۰-۳ سال قبل از بیوگی ازدواج کرده بودند و مدت ۴۰ روز تا ۱۵ سال (با میانگین ۲/۸ سال) از مرگ همسر آن‌ها گذشته و دارای ۶-۱۶ فرزند (با میانگین ۲/۸۳) بودند. نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها در ۴ طبقه اصلی با زیرطبقات مربوط شامل پذیرش هویت متضاد سرپرست بی سرپرست، مشکلات پیش روی سرپرستان زن با زیرطبقات نقش وظیفه‌ای سرپرست، سرپرستی فرزندان بدون پدر و بیوگی، بستر مشکل‌ها با زیرطبقات زیست‌شناختی، تربیتی، فرهنگی، شخصیتی و نیز سیستم‌های حمایتی

حسرت می‌خوردم و می‌گفتم این زن چه غصه‌ای داره وقتی شوهرش کنارش هست».

مشکلات سرپرستی زنانه

زنان بیوه سرپرست با قبول نقش سرپرستی با مشکلات متعدد روبرو می‌شوند که در ۳ زیرطبقه «مشکلات ایفای نقش وظیفه‌ای سرپرست، سرپرستی فرزندان بدون پدر و بیوگی» بیان می‌شوند.

مشکلات ایفای نقش وظیفه‌ای سرپرست

افزوده شدن نقش سرپرستی به نقش قبلی مادر، آن‌ها را با انجام وظایف متعدد همسر به جای وی مواجه نموده بود و اغلب مشارکت کنندگان از آن وظایف به عنوان کارهای مردانه یاد می‌کردند که شامل نان‌آوری و درامدزایی، فراهم سازی لوازم و مایحتاج زندگی، تأمین سوخت منزل، تعمیر وسایل و مسئولیت امور فنی خارج از منزل، خرید و فروش اموال، پرداخت دیون و وصول طلب‌ها، مسایل حقوقی و قانونی در خصوص ارثیه، اموال و دارایی‌ها، سرپرستی و قیمومیت فرزندان، مدیریت مالی و تصمیم‌گیری برای امور زندگی و فرزندان بود و از آن‌جا که قبل از فوت همسر وظایف اغلب آن‌ها محدود به انجام امور خانه‌داری و مراقبت از فرزندان بود، بنابراین توانایی کافی برای ایفای آن را نداشتند: «شوهر من راننده بود، اما من قبلاً اصلاً کار مالی و اداری انجام نداده بودم، حتی یک کپسول گاز عوض نکرده بودم، شوهرم قبل از رفتنش کارها رو برام مرتب می‌کرد، کار بانکی، خرید، کشاورزی، بازار، کار بنایی، چیزی تو خونه خراب می‌شد، آبیاری باغ همه کارهایی بودند که بعداً باهاش برخورد کردم... این کارها برام خیلی سخت بود، مشکل بود. ما زن‌ها این کارهای مردونه رو انجام نمی‌دیم».

انجام وظایف جدید مردانه با سایر نقش‌های زنانه آن‌ها تداخل می‌نمود. تداخل نقش «نان‌آوری با خانه‌داری» و کمبود زمان یکی از این مشکلات بود: «از صبح تا ساعت ۴ سر کار بودم (کارگر کارخانه)، بعد از ساعت ۴ می‌آمدم خونه حیرون بودم که به خونه زندگیم برسم یا بازار برم... خیلی برام سخت بود و مشکل خیلی داشتم... به خونه زندگیم نمی‌تونستم برسم، فرصتشو نداشتم...».

تداخل «نقش نان‌آوری با نقش مراقبتی از فرزندان» مشکل دیگری بود. از یک سو کار کردن و تنها گذاشتن فرزندان در کیفیت مراقبت از فرزندان اشکال ایجاد می‌کرد: «توی یک بیمارستان کار پیدا کردم، خیلی هم خوب بود قرار بود بیمه بشم. گفتند شب‌ها باید کار کنی دیدم نمی‌تونم بچه‌ها رو تنها بذارم... اگر اتفاقی بیفته چی؟».

از سوی دیگر مراقبت از فرزندان در کیفیت انجام کار خارج از منزل مادر مداخله می‌نمود: «اون پیشرفتی رو که در شرایط عادی می‌تونستم تو کارم داشته باشم، ندارم... تدریس گرفتم که خیلی هم واسه کارم خوب و مناسب بود، مجبور شدم ول کنم چون بعد از ظهرها برای بچه‌هام کم می‌داشتم و صبح‌ها هم توی ساعت کارم نمی‌تونستم».

مشکل تأمین هزینه‌های زندگی با فقدان پدر برای مادر، فارغ از وظیفه نان‌آوری و یا مادری که نقش اساسی و اولیه نان‌آوری را نداشته است آغاز و یا بارزتر می‌شود و بسیاری از این زنان مشکلات شدید مادی به خصوص در ابتدای ورود به زندگی پس از فقدان را داشتند تا حدی که توان تأمین نیازهای اولیه را نداشتند: «فقیر بودم... چیزی نداشتم بپزم، یک قابلمه آب روی گاز می‌گذاشتم تا مردم فکر نکنند چیزی نداریم، بعد هر چی بود مثلاً نون خالی می‌خوردیم».

این امر آن‌ها را مجبور به انجام کارهای سخت و کم‌درآمد، وابستگی به حمایت‌های مردمی، دولتی و در موارد محدود حتی امور غیر متعارف از جمله تکدی‌گری به دلیل ناتوانی برای انجام کار نموده بود: «تا سال گذشته تو خونه مردم کار می‌کردم، اما حالا از بس لباس و فرش شستم دیگه دستام درد می‌کنه... نمی‌تونم کار کنم، می‌رم گدایی تا هزینه زندگی را تأمین کنم چون پول کمینه کافی نیست... پسرارم بزرگ شدند، اما کار نمی‌کنند من باید خرج اونا رو هم بدم...».

اگرچه «قطع موقت مستمری و حقوق ماهانه همسر» و «عدم باقی ماندن مستمری» از مهم‌ترین این دلایل بود، اما دلایل دیگری مانند «تعداد فرزندان و فرهنگ ایرانی در توجه به فرزندان و تأمین نیازهای آن‌ها برای شروع زندگی»، «نقص در تخصص و تحصیلات»، «نداشتن شغل»، «هزینه‌های مراسم سوگواری همسر»، «عدم حمایت مالی

نداشتند: «برای پسر مشکلاتی پیش آمده بود، بردم پیش روان‌شناس. گفت: تو نمی‌تونی هم مادر باشی و هم پدر و تو باید مادری کنی و یکی از اقوام مرد خانواده را بیاور... خوب من دارم سعی می‌کنم، اما بعضی چیزها دیگه دست من نیست، مثل همین که گفت تو نمی‌تونی هم پدر باشی هم مادر».

علاوه بر این «حسرت نداشتن پدر (برای فرزندان) و دل‌تنگی برای وی» این مادران را تحت فشار عاطفی شدید قرار داده بود: «بچه بود می‌رفت بیرون می‌اومد می‌گفت پس چرا پدر رضا نمرده و پدر من مرده، باباش دستشو گرفته می‌بره بیرون من با کی برم؟ اون حرف‌ها رو که می‌شنیدم و جوابی پیدا نمی‌کردم به بچه بگم خیلی ناراحت می‌شدم».

تصمیم‌گیری برای فرزندان در غیاب پدر در خصوص ادامه تحصیل، کارایی و ازدواج آن‌ها، زنی را که همیشه با کمک همسر خود تصمیم‌گیری نموده و یا از تصمیم او تبعیت می‌کرده است دچار مشکل و سردرگمی کرده بود: «برای این دخترم خواستگار می‌یاد، اما خوب هنوز قبول نکردم... نسبت به مسؤولیت تصمیم‌گیریم نگرانم که آیا اینو بدم چه جوری باشه... الان یک موقع‌هایی می‌شینم و گریه می‌کنم می‌گم اگه خودش بود کار من خیلی سبک‌تر بود».

«لیست بلند نیازهای مادی فرزندان برای زندگی فعلی و آتی» و «دشواری‌های مراقبت و محافظت از فرزندان» از دیگر مشکلات این زنان تنها و پرمشغله برای سرپرستی فرزندان‌شان بود.

دشواری‌های بیوه زن بودن

رفتارهای اجتماعی تجربه شده پس از فوت همسر، این زنان را متوجه می‌کند که بیوه و بدون حمایت همسر زندگی کردن در جامعه امر دشواری است و مورد احترام قرار نمی‌گیرند: «به آدم تو جامعه احترام نمی‌دارند مثل این می‌مونه که این طرف یکی هست که کیف پول داره و اون طرف کسی که کیف پول نداره. یعنی این کیف پول یعنی این که مردی دارم، آبرویی دارم و این بی‌پولی یعنی شوهر ندارم، هیچی ندارم، ندارم دیگه».

سایر مشکلات این زنان سوءظن و تردیدهای جنسی، تحت نظارت بودن و پاییده شدن توسط اقوام و اطرافیان به

خانواده»، «کم شدن مستمری»، «افزوده شدن هزینه‌های فنی تعمیرات وسایل ناشی از ناتوانی زن برای تعمیر وسایل»، «تورم قیمت‌ها و هزینه افزوده شده تهیه مسکن»، «قرض‌های باقی‌مانده از همسر»، «شرایط قانونی در خصوص دسترسی به اموال بعد از فوت همسر»، «حمایت‌های ناکافی اقتصادی سازمان‌های دولتی و مردمی»، «قوانین قیمومیت و ارث‌بری والدین همسر از اموال شوهر» و «شرایط دشوار دریافت تسهیلات بانکی و بیمه‌ها به دلیل نیاز به داشتن به ضامن» سبب دشوارتر شدن شرایط مالی این زنان شده بود: «آن یک وام جور شده، اما دو تا ضامن می‌خواد ما هم که ضامن نداریم».

نکته مهم دیگر آن است که با وجود نیاز به انجام کار و لزوم کسب درآمد برای خانواده، بسیاری از این زنان به دلیل احساس عدم امنیت به راحتی نمی‌توانستند در جامعه و در محیط‌های کاری حاضر باشند: «هوی یک اداره برام کار پیدا شد، اما چون محیطش مردونه بود نرفتم کار کنم».

لزوم هویت‌یابی دوگانه جنسیتی به معنای لزوم داشتن توأم ویژگی‌های مردانه و زنانه (هم زن و هم مرد بودن در آن واحد) برای اداره زندگی به تنهایی ضروری به نظر می‌رسید و این در حالی بود که خصوصیات و ویژگی‌های مردانه با ویژگی‌های ذاتی و آموخته شده این زنان مانند توان و قدرت جسمی و روحیات متفاوت مردانه و زنانه در تداخل بود و منجر به بروز تضاد برای ایفای توأم نقش‌های مردانه و زنانه می‌شد: «مردانه رفتار کردن ضرورت اداره زندگی به عنوان یک سرپرست است. بنابراین باید از جنسیت زنانه گذر کنه... الان احساس می‌کنم خیلی زودرنج و حساس شدم... به خاطر برخورد با مشکلات بیرون از خونت چون می‌خوام مثل مردها رفتار کنم. چون روحیات زنانه دارم نمی‌تونم یک مرد باشم. توان زن برای انجام کارهای مردونه محدود هست، من نمی‌تونم مرد باشم چون توان جسمی یا زور مردانه ندارم».

دشواری‌های سرپرستی فرزندان بدون پدر (تک والد بودن)

«پدر و مادر بودن هم‌زمان» به نظر این زنان امر دشواری بود و توانایی ایفای نقش پدری به ویژه برای فرزندان پسر خود را

خصوص از طرف خانم‌ها، تقاضاهای جنسی از سوی مردان، تهمت‌های جنسی، برچسب فقر خوردن و احساس عدم امنیت در محل زندگی و محل کار بود.

بستر مشکل‌ها

مشکلات رویارویی نقش‌های جدید و تغییر یافته سرپرستی، تک والدی و بیوگی این زنان بعد از فوت همسر تحت شرایطی و از تعامل عوامل متعدد زیست‌شناختی، تربیتی، فرهنگی، شخصیتی و نیز سیستم‌های حمایتی خانوادگی، اجتماعی، قانونی و شخصی ایجاد شده بود. «توان عضلانی» بیشتر مردان نسبت به زنان یکی از این تفاوت‌های زیست‌شناختی بود که اهمیت آن در موارد متعدد از جمله حمل و جابجایی وسایل در منزل و خارج از آن و به خصوص به عنوان یک ابزار دفاعی توسط بسیاری از مشارکت کنندگان بیان شد. خانمی ۳۰ ساله می‌گفت: «من توان جسمی یا زور مردانه ندارم و نمی‌تونم در تقابل جسمی با اون‌ها قرار بگیرم».

از طرفی اغلب این خانم‌ها این طور می‌گفتند که آن‌ها از نظر «توان کنترل عواطف» از مردان ضعیف‌تر هستند و در برابر ناملایمات بیشتر دچار فشار عاطفی می‌شوند. وابستگی هویتی زن به مرد توسط اغلب این زنان به طور واضحی بیان می‌شد: «مرد خدای کوچک زن هست، تکیه‌گاه و پشتیبان اونه... هیچ کاری رو بدون اجازه اون انجام نمی‌دادم».

این «وابستگی هویتی» منجر به احساس از دست رفتن پشتیبان و نقص در اعتماد به نفس مشارکت کنندگان بعد از فوت همسر شده بود: «من فکر می‌کردم بعد از خونه پدر و مادر آدم می‌ره خونه شوهر، اون همه چیز آدمه. وقتی فوت کرد همه چیزمو از دست دادم... سرپرستم، پشتیبانمو... بعد از رفتن (فوت) اون مثل پیچکی بودم که به دور درختی پیچیده و اون درخت حالا خشک شده بود، خودمو باخته بودم...».

تربیت این زنان اغلب برای آماده‌سازی آنان به منظور ایفای وظایف زنانه درون منزل بود. این امر منجر به عدم آمادگی کافی آنان برای انجام امور خارج از منزل شده بود: «تا وقتی دختر بودیم تو خونه بابا کارای بیرونو انجام می‌داد، بعد هم که شوهر کردیم اون این کارها رو انجام می‌داد. بلد نبودم کارهای خارج از خونه رو انجام بدم...».

وابستگی اقتصادی زنان به مردان تحت شرایط قانونی و فرهنگی و تعریف وظیفه نان‌آوری مردان برای زنان، زمینه مهمی برای وابسته سازی زن به مرد بود. اغلب این زنان قبل از فوت همسر خانه‌دار بوده و منبع درآمد مستقلی نداشته و یا کارهای درآمدزا را پس از ازدواج کنار گذاشته بودند: «من قبل از ازدواج کار می‌کردم، اما بعد از ازدواج شوهرم خواست از کار استعفا بدم. می‌گفت مرد باید بره سر کار من هم همین کارو کردم، شوهرمو داشتم، بچه‌هامو داشتم و از زندگیم راضی بودم».

آن‌ها حتی در انجام «امور خانه‌داری»، «خریده‌های کوچک»، «مراقبت از سلامت خود و فرزندان»، «برقراری ارتباط با خانواده شوهر»، «انجام امور بیرون از منزل»، «مدیریت رفتارهای فرزندان» و «رانندگی» به حمایت همسر وابستگی افراطی داشته‌اند که برخی از آن‌ها در نقل قول زیر قابل دریافت هستند: «ناوایی روبروی خونمون بود، یعنی باید از عرض خیابان رد می‌شدم و نون می‌خریدم. من هیچ وقت حتی یک دونه نون نخریده بودم. اگه یک وقتی نون نداشتم شوهرم یا خودش می‌خرید و یا به یکی از دوستانش می‌گفت برو نون بخر ببر خونه...».

تغییر شبکه ارتباطی و حمایت خانواده از زن سرپرست به خصوص خانواده همسر یکی از عواملی بود که اغلب این زنان آن را دلیل بسیاری از مشکلات خود از جمله مشکلات اقتصادی، کاهش ارتباطات، کنترل و مراقبت از فرزندان و حتی احتمال از دست دادن آن‌ها می‌دانستند: «پدر شوهرم که همیشه می‌گفت تو روی چشم‌های من جا داری از وقتی شوهرم مرده یک بار هم حال ما را نپرسیده و ارثیه‌اش رو هم گرفته».

«نقص در سیستم حمایتی اجتماعی» یکی از عوامل مؤثر در بروز مشکلات این زنان بود. تعدد سازمان‌های دولتی و مردمی متولی که حمایت از زنان سرپرست دارای فرزند قسمتی از کار آن‌ها می‌باشد، نداشتن برنامه جامع، تخصصی و ناهماهنگی میان آن‌ها موجب ناکارآمدی خدمات به صورت موازی کاری با تمرکز کلیشه‌ای بر حمایت اقتصادی (هر چند بسیار ناکافی) از ایتم و کم‌رنگ بودن توجه به سایر نیازها و مشکلات این زنان و فرزندان آن‌ها مانند نیازهای معنوی، تفریحی، مشاوره‌ای - آموزشی به ویژه در مسایل قانونی برای

که اغلب به عنوان وظایف مردانه می‌دانستند بیان می‌کردند.

فرسودگی‌های زنانه

این مادران بیه سرپرست خانواده تحت شرایط سخت تجربه شده دچار فرسودگی جسمی، اجتماعی و روانی شده بودند. انجام کارهای سخت و سنگین خانگی و خارج از خانه برای کسب درآمد ناشی از تحصیلات ناکافی و مهارت تخصصی سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد: «خدا بپس سخته کارش، سنگینه کمرم درد گرفته، نمی‌تونم خسته‌ام، تا صبح باید این سالمندان رو جابجا بکنی. یکی آب می‌خواد، یکی می‌خواد بره دستشویی، حمام کنی، جاشونو عوض کنی».

بیماری‌های مفاصل دست و پا، کمردرد و آسیب مهره‌های کمری در بسیاری از آن‌ها گزارش شد. بیماری‌های گوارشی (درد معده، اختلال در اشتها، تغییر وزن و سوء تغذیه)، سردرد و اختلال سیستم ایمنی، بیماری‌های قلبی و بروز سرطان، پیر شدن زودهنگام چهره و ظاهر سایر مشکلاتی بود که مشارکت کنندگان گزارش کردند.

دلایل متعدد دیگر مانند مشغله کاری، کمبود وقت برای استراحت، تفریح و مراقبت از خود، استرس‌های مسؤولیت سرپرستی، نقص امکانات و تجهیزات زندگی، مشکلات مالی و کاری، فقدان حمایت همسر در مراقبت از سلامت زن، بی‌توجهی آنان نسبت به خود و به ویژه نقص پایش سیستمیک سلامت زنان سرپرست خانوار توسط سیستم‌های بهداشتی- درمانی و یا سازمان‌های حمایتی از عوامل مهم مختل کننده سلامت جسمی این زنان بود.

فرسودگی اجتماعی- روانی مادر بیه سرپرست خانواده

این زنان به خصوص آن‌هایی که به دلیل داشتن منبع درآمد مانند حقوق شخصی و یا دریافت مستمری همسر تحت حمایت سازمان‌های حامی و خانواده نبودند، اغلب احساس تنهایی و رهاشدگی در برابر مشکلات را داشتند: «توی جامعه ما هیچ کس نیست که از زن بیه پیرسه چه طوری داره زندگی می‌کنه و بدون شوهرش چه طوری مخارج زندگیشو تأمین می‌کنه؟ هیچ سیستم حامی نیست».

آن‌هایی نیز که از این حمایت‌ها برخوردار بودند احساس می‌کردند که این حمایت‌ها برای فرزندان و برای تداوم

سرپرستی و ارث، تربیت فرزندان تک والد و نیز ناتوانی آن‌ها در مراقبت از سلامتی همه جانبه خود و فرزندانشان و گاهی حتی وجود همان بدبینی‌ها و رفتارهای نامناسب اجتماعی نسبت به بیه زن بودن از سوی پرسنل با آنان و «مددجویی» اولیه بر اساس نیازهای اقتصادی و دیدگاه کلیشه‌ای به نقص توان اقتصادی و نیازمند بودن آن‌ها به برنامه‌های حمایتی اقتصادی موجب بروز دیدگاه «صدقه‌گیری» نسبت به مددجویان این سازمان‌ها شده است و مورد اشاره مشارکت کنندگان قرار گرفت. این عوامل باعث بی‌اعتمادی و مانع مراجعه برخی مادران به این سیستم‌ها برای دریافت حمایت موجود نیز شده بود: «گفتم اسم کمیته امداد را برای من نیار که اصلاً حاضر نیستم چنین چیزی رو تحمل کنم. من می‌خوام خودم کار کنم و به خودم متکی باشم».

از موارد دیگری که این زنان به آن‌ها به عنوان دلایل بروز مشکلات زندگی پس از فوت همسر اشاره کرده بودند «در نظر گرفته نشدن تسهیلات قانونی سرپرستی برای زنان مشابه مردان» و همچنین «در نظر نگرفتن نیازهای خاص این زنان در تدوین مقررات اداری» به خصوص نیاز آن‌ها به زمان بود که برخی از آن‌ها در نقل قول‌های زیر قابل دریافت است: «من قیم هستم، اما اختیار همه اموال دست من نیست». «من حتی امسال این بحث رو با مشاور زنان کردم... گفتم یک وقت آزاد می‌دید به خانم‌های شیرده... یک ساعت فرصت دارند که می‌تونند برند برای شیر دادن. خوب همین وقت را برای زنان سرپرست خانواده هم بدهید. خوب به هر حال این زن یک نفره با دو کار. حتی خانه‌های سازمانی که می‌خواستیم بگیریم به آقایون می‌دهند به خانم‌ها نمی‌دهند».

نقص در توانمندی شخصی تحت تأثیر جو تربیتی- فرهنگی در ارتباط با «مهارت فنی و علمی برای انجام امور منزل»، «نقص آگاهی از فرایند اجرای امور قانونی- اداری»، «نداشتن مهارت‌های تخصصی»، «تحصیلات ناکافی»، «تجربه ناکافی برای مدیریت و تصمیم‌گیری مستقل»، «اعتماد به نفس ناکافی اجتماعی» و نیز «نقص در سلامت جسمی و روانی» موارد دیگری بود که این زنان به عنوان عوامل زمینه‌ساز بروز دشواری ایفای نقش وظیفه‌ای سرپرستی

برای کمک به خصوص در شرایطی که کمک کننده دیگری نباشد را عاملی برای [اقدام به یاری کردن دیگران (Decision making to help)] در شرایط بحرانی می‌داند. همچنین از آن‌جا که این تصمیم با توجه به اولویت‌دهی به نیازهای فرزندان نسبت به نیازهای خود انجام شده است، می‌توان آن را تصمیم‌گیری هویتی از خودگذشتگی (Giving up or altruism) یا اجتماع‌گرا (Prosocial) نامید. تصمیم‌گیری از خودگذشتگی نوعی رفتار اجتماعی است که نفع دیگران در آن بر نفع خود ترجیح داده می‌شود و ویژگی کمک‌کنندگی داشته و غیر خودخواهانه می‌باشند (۱۵).

در این مرحله مادر هویت جدید خود - که با افزایش نقش‌های پدر به نقش‌های خود ایجاد شده - را بازتوصیف کرده و گسترش می‌دهد. او می‌خواهد هم مادر، هم پدر و هم سرپرست خانواده باشد. در مطالعه دیگر نیز زنان شوهر از دست داده تمایل نداشتند که مرد دیگری نقش پدر فرزندان آن‌ها را به عهده بگیرد و تلاش داشتند تا هم نقش پدر و هم مادر را خود به عهده بگیرند (۱۶)، اما مادران مشارکت‌کننده در این پژوهش با درک منفی از نقش بیوگی به عنوان نقشی فروتر (کم‌ارزش‌تر) از نقش همسردار بودن، خود را سرپرستانی بی‌سرپرست می‌دانستند. احساس نقص هویت در رویارویی با واقعیت یک زن بیوه به جای یک زن همسردار بودن و بروز واکنش‌های احساس بی‌ارزش بودن خود بدون همسر و یأس و خجالت را برخی محققین از جمله Parkes نیز گزارش نموده‌اند (۱۷).

بر اساس هدف دوم، مشکلات پیش روی این مادران به عنوان مشکلات همه جانبه مربوط با نقش‌های وظیفه‌ای، والدینی و بیوگی بیان شد. عدم آمادگی برای انجام وظایف جدید که اغلب آن‌ها آن را وظایف مردانه می‌دانستند از مهم‌ترین موارد بود. در مطالعات دیگر نیز به کاهش احساس کفایت شخصی برای تطابق با نقش‌های قبلی و یا نقش‌های جدید و انجام فعالیت‌های زندگی (۱۸) و نیز به نگرانی زنان بیوه در مورد مسئولیت تصمیم‌گیری‌ها، مدیریت خانواده، سازگاری با زندگی روزانه که پیش‌تر توسط همسرشان کنترل و مراقبت می‌شده است، اشاره گردید (۱۹).

نگهداری فرزندان توسط آن‌ها است و نه تنها برای خود آن‌ها خدمتی ارایه نمی‌شود، بلکه با وجود شرایط سخت کیفیت مراقبت از فرزندان نیز تحت پایش و ارزشیابی می‌باشد که برخی از آن‌ها در نقل قول‌های زیر قابل دریافت است: «هر ماه یک بار از کمیته/امداد یک خانم مشاور می‌یاد این‌جا با دخترام صحبت می‌کنه تا ببینه چه طور هستند. همون خانم به من گفت خونه خیلی دلگیره و برای روحیه بچه‌ها خوب نیست. خوب من هم وام گرفتم تا خونه رو یک کمی تغییر بدم...». «خانواده شوهرم خیلی به من می‌رسند، اما من می‌فهمم که این کارها برای خود من نیست برای این است که من بچه‌ها را نگه دارم و ازدواج نکنم...».

اختلال در عزت نفس و حرمت اجتماعی، انزجار از خود و انزوای طلبی احساسات و رفتارهای منفی دیگری هستند که در برخورد با اجتماع و دریافت برچسب‌های کلیشه‌ای اجتماعی در زمینه فقر مالی و به خصوص بدبینی‌های جنسی نسبت به این زنان که ناخواسته دچار از هم پاشیدگی خانوادگی شده‌اند، بروز می‌کند: «تحت نگرش‌های اجتماعی آدم بهش برمی‌خوره، از خودش بدش می‌یاد، دیگه خودش نیست... من با کسی رفت و آمد نمی‌کنم؛ چون متوجه شدم که دیگران به ویژه زنان همسردار از زنان بدون همسر می‌ترسند؛ در صورتی که به زن بیوه شرایط بی‌همسری تحمیل شده و این نیست که به زندگیش پایدار نبوده».

بحث

مطالعه حاضر با هدف، بررسی چرایی نقش‌پذیری به عنوان مادر بیوه سرپرست خانواده، مشکلات پیش رو و بسترهای ایجاد کننده آن در این زنان و نیز پیامدهای مؤثر بر سلامت در آنان انجام شد. در ارتباط با چرایی پذیرش این نقش نتایج بررسی نشان داد، در حالی که بر اساس قانون، پذیرش حضانت و سرپرستی فرزندان برای این مادران اختیاری می‌باشد، اما آن‌ها این مسئولیت را پذیرفته و ازدواج مجدد ننموده‌اند. احساس مسئولیت و علاقه مادرانه تشدید شده به فرزندان در غیاب پدر، مهم‌ترین عوامل در این تصمیم‌گیری بودند. در مدل «تصمیم برای کمک» مسئولیت‌پذیری شخصی

و نقص سلامت ناشی از پیش فرض‌های فرهنگی (۲۴) گزارش شده است.

وابستگی هویتی و وظیفه‌ای افراطی مشارکت کنندگان به همسر که عامل راحتی آن‌ها در زندگی مشترک بود، پس از فقدان باعث بروز مشکلات آن‌ها شده بود. شریفی نیز می‌گوید مردمحوری فرهنگی، اجتماعی، قانونی و تربیتی زنان را وابسته به مرد می‌نماید. آن‌ها طوری تربیت می‌شوند که برای خدمت کردن به مردانی آماده شوند که مسؤولیت مراقبت و حفاظت از آن‌ها را در جامعه به عهده دارند (۲۷). احمدی و گروسی در پژوهش خود در ارتباط با کلیشه‌های جنسیتی دریافتند که پاسخ دهندگان در حد بسیار زیادی به عقاید قالب جنسیتی باور داشتند و بیشتر آنان زنان را موجوداتی احساساتی، بدون مهارت‌های اداره و رهبری و متزلزل‌تر از مردان می‌پنداشتند (۲۸). این واکنش‌ها در پژوهش‌های دیگر نیز معرفی شده است (۲۹، ۲۵).

این زنان مجبور می‌شدند تا برای حفظ سرپرستی فرزندان‌شان گاهی بر خلاف ماهیت طبیعی جنسیتی خود و نیز بر اساس پیش فرض‌های فرهنگی برای مردان، به عنوان سرپرستان اصلی اقدام به مردنمایی کرده و به ایفای نقش‌ها و تقلید رفتارهای مردانه بپردازند. Towers نیز به ضرورت انجام این رفتار اشاره کرده است (۲۴) و این امر باعث احساس خستگی مشارکت کنندگان شده بود. Rogan و همکاران نیز بیان می‌کنند، تضاد واقعیت تجربه شده و واقعیت مورد انتظار (آن‌چه که هست و آن‌چه که باید باشد) که منشأ اصلی آن را نیز فقدان حمایت همسر می‌دانند، می‌تواند منجر به تغییر در اعتماد به نفس شده ایجاد و افسردگی نماید (۳۰). نقص در سیستم حمایتی بستر مهم ایجاد کننده مشکلات برای مشارکت کنندگان بود. حمایت اجتماعی نقش کلیدی را در کنترل بحران‌ها و استرس‌های زندگی دارد (۳۱). مشارکت کنندگان تحت حمایت نهادهای دولتی از حمایت‌های مالی محدودی برخوردار بودند. به علاوه مشکلات مالی، حمایت‌های قانونی، خانوادگی و اجتماعی - سلامتی نیز مورد درخواست آن‌ها بود. بختیارنژاد نیز می‌گوید، شفاف نبودن مقررات و قوانین حقوقی در مقابل زنانی که در نقش مردان

مشکلات تک والدی این زنان توسط محققین دیگر نیز بیان شده است. آن‌ها می‌گویند، پذیرش نقش‌های دوگانه مادری و پدری نیازمند مسؤولیت‌پذیری اضافه برای مراقبت از فرزندان است. این امر به خصوص برای مادرانی که آمادگی ندارند و خارج از منزل نیز کار می‌کنند، مشکل‌ساز است و مادران را تحت فشار قرار داده و موجب افزایش نقش‌ها می‌شود (۲۱، ۲۰). این امر در خصوص پدران بیوه سرپرست خانواده تحت عنوان احساس عدم کفایت برای انجام نقش مراقبت کنندگی به جای نان‌آوری نیز بیان شده است (۲۲). بنابراین مشکلات مالی شاید تنها عامل اضطراب روانی مادران تنها مانند افسردگی، پریشانی و عدم احساس غم نیست، بلکه عواملی نظیر ایفای هم‌زمان نقش دو والد توسط والد تنها، مشکلات عاطفی فرزندان و مشکلات دیگر همچون پیامدهای منفی شاخص شده به عنوان والد تنها و کمبود وقت به علت رویارویی با وظایف و نقش‌های متعدد نیز باید در نظر گرفته شود (۲۳).

در مطالعات دیگر مشابه این مطالعه کاهش حس احترام ناشی از برجسب فقر خوردن و نیازمند حمایت بودن در ارتباط با نقش بیوگی (۲۴) و بی‌اعتمادی نسبت به این زنان (۲۵) گزارش شده است. دریافت بسترهای ایجاد کننده مشکلات سرپرستی پیش روی مادران سرپرست، هدف مهم دیگر این پژوهش بود که تحت شرایطی از تعامل عوامل متعدد از جمله زیست‌شناختی، تربیتی، فرهنگی، شخصیتی و نیز سیستم‌های حمایتی خانوادگی و اجتماعی و قانونی بیان شده بود.

خسروی نیز در مطالعه بررسی آسیب‌های روانی - اجتماعی زنان سرپرست خانواده، مشکلات اقتصادی، عدم آمادگی برای اداره امور اقتصادی خانوادگی، نگرش‌های منفی اجتماعی نسبت به زن، نگرانی نسبت به آینده فرزندان، تعدد نقش‌ها و تعارضات نقشی را اظهار می‌دارد. همچنین وی به پیش فرض‌های اجتماعی در خصوص تفاوت‌های جنسیتی و برجسب‌های شاخص کننده اجتماعی و نابرابری (حقوقی و قانونی) برای مادران تنها اشاره کرده است (۲۶). در سایر مطالعات، حس محرومیت جنسی به دلیل نداشتن همسر باعث بی‌اعتمادی نسبت به این زنان (۲۵)، بروز انگ اجتماعی

(نان‌آور اصلی خانواده) ایفای مسئولیت می‌کنند، اما هم‌چنان به عنوان یک زن فاقد مزایای قانونی یک سرپرست خانواده می‌باشند بر مسایل و مشکلات اداره نهاد اجتماعی تحت عنوان خانواده می‌افزاید (۳۲). اگرچه ارایه مراقبت از فرزندان امری ارزشمند است، اما این کار آن‌قدر سخت است که می‌گویند دولت باید پیش قدم شده و مسئولیت آن را بر عهده بگیرد (۳۳).

جباری نیز به مشکل تأمین اجتماعی برای زنان در جامعه مدرن که حمایت‌ها و مساعدت‌های سنتی مثبت ضعیف شده است تأکید دارد. او می‌گوید زنان به دلیل شرایط نابرابر کاری، محدودیت‌های فرهنگی و مسئولیت‌های اجتماعی مجال کمتری بر حضور در عرصه اقتصادی دارند و پس از بروز شرایط خاص مانند جدایی و فروپاشی خانواده نیازمند حمایت تأمین اجتماعی هستند (۳۴). کمک‌های مالی به خانواده‌های نیازمند برنامه شکست خورده‌ای است و نه تنها نتوانسته است مشکلاتی نظیر هدف‌دار شدن آن‌ها برای کنترل سلامتی خودشان را حل نماید (۲۴)؛ در حالی که حمایت‌های عاطفی، آموزشی، اشتغال‌یابی و حتی ادامه تحصیل می‌تواند هزینه-اثر بخشی بیشتری برای رفع نیازهای چندگانه آن‌ها داشته باشد (۳۵، ۳۶).

نیاز مردان بیوه تک‌والد به مکمل نقش (Role Supplementation) یکی از نیازهای مطرح شده است. مکمل نقشی فرایندی است که طی آن دلایل ناتوانی برای تقبل نقش جدید تک‌والد بودن معین و استراتژی‌های توصیف نقشی برای مثال از طریق گروه‌های حمایتی توسعه می‌یابد (۲۲). همان‌طور که Roy و Burton نیز بیان می‌کنند، بهتر است برنامه‌های حمایتی به جای در نظر داشتن فرد خاص (برای مثال کودکان در برنامه‌های حمایتی ایران) خانواده محور باشند؛ چرا که بهبود شرایط افراد بزرگسال خانواده از طریق دستیابی به کار خوب و درآمد بیشتر و مناسب، کمک در مراقبت از فرزندان، ارایه مراقبت‌های بهداشتی و حتی تهیه مسکن و سایر نیازها می‌تواند چشم‌انداز بهتری را برای مراقبت فرزندان فراهم آورد (۳۷).
نقص سیستم حمایتی و محدود شدن شبکه ارتباطی برای

مشارکت‌کنندگان این پژوهش بارز بود. Wilcox و همکاران نیز بر این عقیده هستند که اگرچه تطابق با بیوگی به انعطاف‌پذیری و تداوم ارتباط مربوط است، اما تقویت خدمات اجتماعی حمایتی ضروری می‌باشد (۳۸). مفهوم حمایت در خصوص خانواده، سیستم‌های حمایتی اجتماعی، مراقبتی، بهداشتی و گروه‌های حمایتی سوگواری بیان شده‌اند که در تطابق با بیوگی نقش داشته‌اند (۱۹). تداوم مشارکت‌های اجتماعی رسمی مانند همکاری در گروه‌های مذهبی و گروه‌های داوطلب و همچنین مشارکت‌های غیر رسمی نظیر تلفن زدن به دوستان و آشنایان برای تطابق با فقدان همسر و بیوگی لازم شمرده شده است (۳۹). این در حالی است که «نامشخص شدن مرزهای ارتباطی برای زن بیوه» به این معنی که رفتارهای زن همسر در هنگام بیوگی تفسیرهای متفاوتی می‌یابد، جو اجتماعی محدود کننده برای زن بیوه را مطرح می‌نماید (۱۹).

«فرسوده شدن» پیامد تلاش‌های مادران سرپرست برای ایفای وظیفه سرپرستی، والدینی و نیز بیوگی با احساس تحلیل در سلامت جسمی، روانی، اجتماعی ایجاد شده بود. والدینی نیاز به لوازم، امکانات اقتصادی و اجتماعی دارد. فقدان حمایت‌های همه‌جانبه برای تأمین این امکانات در شرایطی که مادران تنها، فاقد کار و درآمد و تجربه کافی برای سرپرستی بوده (۴۰) و دچار افزایش نقش‌ها، تضاد میان نقش‌ها و نیز تغییر نقش‌ها و اجرای توأم نقش پدری و مادری بدون حمایت همسر هستند (۴۱)، نتایج منفی را برای مادران به همراه داشته و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها را آسیب‌پذیر می‌سازد (۴۱، ۴۰). استرس مزمن ناشی از تلاش برای تأمین غذا، حمل و نقل فرزندان، حفظ سلامت و کنترل ثبات مالی خانواده در زنان سرپرست ایجاد می‌شود و سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد (۲۴).

فرسودگی‌های روانی-اجتماعی که در این مشارکت‌کنندگان گزارش شده بود، در مطالعات دیگر نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند. برای مثال Peden و همکاران مادران را تنها گروه در معرض خطر برای ابتلا به افسردگی به دلیل وقایع زندگی نظیر فقر، اعتماد به نفس پایین و منابع ناکافی حمایتی

نقص در سیستم مراقبت بهداشتی- اجتماعی و عدم تعریف پرستاران اجتماعی در این سیستم که توان ارائه خدمات بهداشتی- حمایتی وسیعی مطابق با نیازهای مشخص شده در این تحقیق و تحقیقات دیگر به این گروه را دارند نتایج زیانباری را برای آنان به همراه داشته است.

محدودیت‌ها

اگرچه محقق قبل از آغاز پژوهش با نگارش پیش فرض‌های خود در خصوص زنان سرپرست تلاش نمود تا اثرات احتمالی این پیش فرض‌ها را در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و نتیجه‌گیری دخالت ندهد و نیز استفاده از محققین همکار در فرایند تحلیل داده‌ها مورد توجه بوده است، اما به هر حال شرایط محقق اول به عنوان یک زن و نیز شرایط تأثیربرانگیز حاکم بر جو مصاحبه‌ها که ناشی از تألم خاطر مشارکت کنندگان در سوگ همسر و مصائب متحمل شده بود را یادآوری می‌نماییم.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از این دانشگاه و نیز کلیه مشارکت کنندگان که بدون آن‌ها امکان انجام تحقیق و نگارش مقاله امکان‌پذیر نبود، اعلام می‌دارند.

می‌دانند. این بیماری می‌تواند بر عملکردهای مادر در خصوص وظایف کاری و والدینی او تأثیر بگذارد که با اعتماد به نفس پایین مادران در ارتباط می‌باشد و موجب احساس عدم سلامت در این زنان می‌شود (۴۲).

نتیجه‌گیری

در این تحقیق تلاش شد تا درک عمیق‌تری برای مشکلات زنان بیوه سرپرست خانواده این سرپرستان بی‌سرپرست و به خصوص بسترهای تولید کننده آن ایجاد شود. نتایج این تحقیق نشان داد که این زنان برای ایفای نقش‌های جدید و توسعه یافته خود تحت شرایطی از تعامل عوامل متعدد دچار مشکل می‌شوند. بنابراین آن‌ها علاوه بر حمایت‌های اقتصادی معمول دولتی و مردمی نیازمند سیستم حمایتی همه جانبه حقوقی- قانونی، اجتماعی- خانوادگی، آموزشی- مشاوره‌ای و به خصوص پایش سلامت خودشان توسط سیستم بهداشتی می‌باشند. بنابراین بهبود مداخلات، جهت‌دهی سیاست‌ها و در نتیجه ایجاد انطباق هر چه بیشتر نظام ارائه خدمات با نیازها و مسایل خاص این گروه برای ارتقای کیفیت زندگی این زنان و کاهش مشکلات جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی آنان ضروری است. این امر به ویژه در ارتباط با نظام سلامت کشور و در حالی که اثرات منفی تک والد سرپرست خانواده بودن بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مورد تأکید تحقیقات زیادی بوده است، امری ضروری‌تر به نظر می‌رسد؛ چرا که متأسفانه کوتاهی در پایش سلامت این زنان به دلیل

References

1. Schatz E, Madhavan S, Williams J. Female-headed house holds contending with AIDS- related hardship in rural South Africa. Health & Place 2011; 17(2):598-605.
2. Berman A, Snyder Sh. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice. 9th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall PTR; 2011.
3. Clark MJD. Community Health Nursing: Caring for Populations. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2003.
4. Shakeri A, Sadeghi S. Quality of life of Esfahanian women (research work). Esfahan, Iran: Esfahan Welfare Organization; 2008. [In Persian].
5. Attree P. Low-income mothers, nutrition and health: A systematic review of qualitative evidence. Matern Child Nutr 2005; 1(4): 227-40.
6. Rahkonen O, Laaksonen M, Karvonen S. The contribution of lone parenthood and economic difficulties to smoking. Soc Sci Med 2005; 61(1): 211-6.
7. Mohammadi N, Alamdar FS. The Sociological Study of Life Satisfaction According to Family Pattern. Journal of Family Research 2012; 8(2): 129-40.

8. Statistical Center of Iran. National Census of Population and Housing of Iran [Online]. [Cited 2008 Nov 23]; Available from: URL: amar.sci.org.ir.
9. Mohammadi Z. Women guardians of households. Tehran, Iran: Public Relations of Women's Socio- Cultural Council; 2006.
10. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11(2): 213-8.
11. Behnoudi Z. Management and family health. Tehran, Iran: Boshra; 2003. [In Persian]
12. Mayer BH. Women's Health: A Guide to Health Promotion and Disorder Management. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
13. Strauss A, Corbin JM. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1998.
14. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
15. Nevid JS, Rathus SA. Psychology and the Challenges of Life. 10th ed. New York, NY: John Wiley & Sons; 2013.
16. Lopata HZ. Current Widowhood: Myths & Realities. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1995.
17. Parkes CM. A historical overview of the scientific study of bereavement. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.
18. Ott CH, Lueger RJ. Patterns of change in mental health status during the first two years of spousal bereavement. *Death Stud* 2002; 26(5): 387-411.
19. Lowe ME. The Lived Experience of Untimely Spousal Bereavement [Thesis]. Saskatoon, SK: University of Saskatchewan; 2005.
20. Amato PR, Partridge S. Widows and divorcees with dependent children: material, personal, family, and social well-being. *Family Relations* 1987; 36(3): 316-20.
21. Gass-Sternas KA. Single parent widows: Stressors, appraisal, coping, resources, grieving responses and health. *Marriage & Family Review* 1995; 20(3-4): 411-45.
22. Burgess JK. Widowers as Single Fathers. *Marriage & Family Review* 1994; 20(3-4): 447-61.
23. Hope S, Power C, Rodgers B. Does financial hardship account for elevated psychological distress in lone mothers? *Soc Sci Med* 1999; 49(12): 1637-49.
24. Towers ED. Single families empowering others: a reflection on my life [Thesis]. Long Beach, CA: California State University; 2005.
25. Suslak Vachon ML. Identity Change Over the First Two Years of Bereavement: Social Relationships and Social Support in Widowhood [thesis]. Toronto, ON: York University; 1979.
26. Khosravi Z. Evaluation of psycho-social damages of female-headed-households. *Human Sciences*. 2001; 39: 71-94. [In Persian]
27. Sharifi HP. Gender analysis of remarriage: socio- culturally factors and barriers [Online]. [cited 2011 May 4]; Available from: URL: <http://www.srba.blogfa.com/post-3.aspx>. [In Persian].
28. Grossi S, Ahmadi H. Affect of some social and cultural factors on gender inequality in families of Kerman a surrounding villages. *Women Studies* 2003; 6: 5-30. [In Persian].
29. Mohammadi N, Moghaddass Jaffarri MH. Problems of women in families headed by women. women heads of household sample survey covered Kerman Welfare. Proceedings of the 1st International Conference Sciences Role of Women in Development, Culture and Islamic Civilization; 2006 Dec 11; Esfahan, Iran; Volume II: 538-546. [In Persian]
30. Rogan F, Shmied V, Barclay L, Everitt L, Wyllie A. "Becoming a mother"--developing a new theory of early motherhood. *J Adv Nurs* 1997; 25(5): 877-85.
31. Edelman CL, Mandle CL, Kazer MW, Fulmer TT. Health Promotion throughout the Lifespan. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2001.
32. Bakhtiar Nejad M. Burnt women. Tehran: Samadieh; 2005.
33. Bahr HM, Bahr KS. Families and Self-Sacrifice: Alternative Models and Meanings for Family Theory. *Social Forces* 2001; 79(4): 1231-58.
34. Jabbari H. Gender approach to social security. *Women in Development & Politics* 2002; 6: 88-101. [In Persian].
35. Prater LP. Never Married/Biological Teen Mother Headed Household. *Marriage & Family Review* 1994; 20(3-4): 305-23.

36. Baker D, North K. Does employment improve the health of lone mothers? The ALSPAC Study Team. *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood*. *Soc Sci Med* 1999; 49(1): 121-31.
37. Roy K, Burton L. Mothering Through Recruitment: Kinscription of Non-Residential Fathers and Father Figures in Low-Income Families. *Family Relations* 2007; 56: 24-39.
38. Wilcox S, Evenson KR, Aragaki A, Wassertheil-Smoller S, Mouton CP, Loevinger BL. The effects of widowhood on physical and mental health, health behaviors, and health outcomes: The Women's Health Initiative. *Health Psychol* 2003; 22(5): 513-22.
39. Utz RL, Carr D, Nesse R, Wortman CB. The effect of widowhood on older adults' social participation: an evaluation of activity, disengagement, and continuity theories. *Gerontologist* 2002; 42(4): 522-33.
40. Mohr WK. *Johnson's Psychiatric Mental Health Nursing*. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
41. Friedman MM, Bowden VR, Jones E. *Family nursing: research, theory & practice*. 5th ed. Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2003.
42. Peden AR, Rayens MK, Hall LA, Grant E. Negative thinking and the mental health of low-income single mothers. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(4): 337-44.

The Experience of Widowed Head of the family during Role Transition: A Qualitative Study

Shahla Khosravan¹, Shayesteh Salehi², Fazlollah Ahmadi³, Mohammad Reza Mansoorian⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Early widowhood causes an increase in stress and health risks in mothers. The objective of this study was to investigate life experiences of these women regarding being the head of the household and its consequences.

Method: In this descriptive, exploratory study in-depth interviews were held with 24 widowed parents until achieving data saturation. The data were analyzed using the constant comparative method.

Results: The results of data analysis were classified into four main categories: acceptance of the paradoxical identity of a guardian without a guardian, difficulties facing the female head of the household, contexts of difficulties, and female weariness. The subcategories of each category were also determined.

Conclusion: The results indicate that lack of attention to widowed female head of the family, who continued to care for their children voluntarily and often in stressful situations, will have negative consequences. Therefore,, beside economical support, they also need the comprehensive support of their family during the process of role transition. Moreover, they need the support of social welfare and social healthcare delivery systems, especially community health nurses, in order to adapt positively to life after the death of their spouse.

Keywords: Quality study, Role transition, Support, Widow-headed family

Citation: Khosravan Sh, Salehi Sh, Ahmadi F, Mansoorian MR. **The Experience of Widowed Head of the family during Role Transition: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(1): 62-75.

Received date: 03.02.2013

Accept date: 12.04.2013

1- Assistant Professor, Department of Community and Mental Health Nursing, Social Development and Health Promotion Research Center, School of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

2- Associated Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Nursing, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4- Lecturer Department of Community and Mental Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Corresponding Author: Mohammad Reza Mansoorian Msc, Email: mansoorian@gmu.ac.ir