



واکاوی جامعه‌شناختی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در محلات حاشیه‌نشین شهر گرگان

مهدی نظری^۱، مرجان نوری^{۲*}، شهرزاد بذرافشان^۲، رحمت اله امیراحمدی^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

۲. گروه جامعه‌شناسی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: m.nory@iau.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین جامعه‌شناختی عوامل، فرایندها، راهبردها و پیامدهای مؤثر بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) در محلات حاشیه‌نشین شهر گرگان انجام شد. این پژوهش با رویکرد کیفی و روش نظریه داده‌بنیاد مبتنی بر الگوی اشتراوس و کوربین انجام شد. جامعه پژوهش شامل مدیران، کارشناسان و مددکاران کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان گرگان بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و سپس نظری انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. داده‌ها با استفاده از روش مقایسه مستمر و طی مراحل کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل شدند و روابط میان شرایط زمینه‌ای، شرایط علی، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها در قالب یک الگوی پارادایمی سازمان یافت. تحلیل استنباطی داده‌های کیفی نشان داد که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، پدیده‌ای چندبعدی و حاصل تعامل ساختارهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، روانی و نهادی است. سکونت در محلات حاشیه‌نشین، ضعف سرمایه انسانی، ناپایداری خانوادگی و تله فقر ذهنی، زمینه کاهش کیفیت زندگی را فراهم می‌کنند. ناپایداری اقتصادی، بحران معیشت و مسکن و فرسایش جسمانی و روانی، عوامل علی اصلی بودند. محدودیت منابع، ضعف حکمرانی اجتماعی، ناهماهنگی نهادی، غیربومی بودن سیاست‌ها و ناکارآمدی برنامه‌های توانمندسازی نیز اثربخشی حمایت‌ها را کاهش می‌دهند. راهبردهای مؤثر شامل توانمندسازی اقتصادی، ارتقای سلامت روان، حمایت تحصیلی از فرزندان، بازسازی منزلت اجتماعی، تقویت سرمایه اجتماعی و بهبود کیفیت سکونت بود. تداوم شرایط موجود به بازتولید فقر بین‌نسلی، وابستگی اقتصادی، افت سلامت روان و بی‌اعتمادی نهادی منجر می‌شود. ارتقای پایدار کیفیت زندگی این زنان مستلزم گذار از حمایت‌های کوتاه‌مدت و جبرانی به سیاست‌های بومی، چندبعدی، هماهنگ و توانمندساز است که به‌طور هم‌زمان امنیت معیشتی، سلامت روان، اشتغال پایدار، سرمایه اجتماعی، وضعیت سکونت و آینده تحصیلی فرزندان را هدف قرار دهند.

کلیدواژه‌گان: کیفیت زندگی، زنان سرپرست خانوار، حاشیه‌نشینی، نظریه داده‌بنیاد، توانمندسازی، فقر بین‌نسلی

تاریخ ارسال: ۱۱ اسفند ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۲ مرداد ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۱ مرداد ۱۴۰۵

تاریخ چاپ اولیه: ۱۵ مرداد ۱۴۰۵

تاریخ چاپ نهایی: ۱ آبان ۱۴۰۶



How to cite: Nazari, M., Nouri, M., Bazrafshan, S., & Amirahmadi, R. (2027). A Sociological Analysis of the Quality of Life of Female-Headed Households in the Marginalized Neighborhoods of Gorgan. *Training, Education, and Sustainable Development*, 5(4), 1-18.



© 2027 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

A Sociological Analysis of the Quality of Life of Female-Headed Households in the Marginalized Neighborhoods of Gorgan

Mahdi Nazari¹, Marjan Nouri^{2*}, Shahrzad Bazrafshan², Rahmatolah Amirahmadi²

1. PhD Student, Department of Sociology, Az.C., Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

2. Department of Sociology, Az.C., Islamic Azad University, Azadshahr, Iran

*Corresponding Author's Email: m.nory@iau.ac.ir

Abstract

This study aimed to develop a sociological explanation of the factors, processes, strategies, and consequences shaping the quality of life of female-headed households supported by the Imam Khomeini Relief Foundation in the marginalized neighborhoods of Gorgan. This qualitative study employed grounded theory based on the Strauss and Corbin model. The study population consisted of managers, experts, and social workers affiliated with the Imam Khomeini Relief Foundation in Gorgan, who were recruited through purposive and subsequently theoretical sampling. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews until theoretical saturation was achieved. Constant comparative analysis was conducted through open, axial, and selective coding. The relationships among contextual conditions, causal conditions, intervening factors, strategies, and consequences were subsequently organized into a paradigmatic model. Inferential analysis of the qualitative data demonstrated that the quality of life of female-headed households is a multidimensional phenomenon produced through the interaction of economic, social, cultural, psychological, and institutional structures. Residence in marginalized neighborhoods, limited human capital, family instability, and a psychological poverty trap constituted the principal contextual conditions. Economic instability, livelihood and housing crises, and physical and psychological deterioration emerged as the main causal conditions. Limited resources, weak social governance, interinstitutional fragmentation, insufficient localization of policies, and ineffective empowerment programs reduced the effectiveness of existing support. The central strategies included economic empowerment, mental health promotion, educational support for children, restoration of social dignity, strengthening of social capital, and improvement of housing conditions. The continuation of the existing situation was inferred to reproduce intergenerational poverty, economic dependency, psychological distress, social disengagement, and institutional distrust. Sustainable improvement in the quality of life of female-headed households requires a transition from short-term compensatory assistance toward localized, multidimensional, coordinated, and empowerment-oriented policies. Such policies should simultaneously address livelihood security, stable employment, mental health, social capital, housing quality, social dignity, and the educational future of children.

Keywords: *Quality of life, female-headed households, marginalized neighborhoods, grounded theory, empowerment, intergenerational poverty*

Submit Date: 02 March 2026

Revise Date: 24 July 2026

Accept Date: 02 August 2026

Initial Publish: 06 August 2026

Final Publish: 23 October 2027

کیفیت زندگی در دهه‌های اخیر به یکی از مفاهیم محوری در جامعه‌شناسی، سیاست‌گذاری اجتماعی، مطالعات رفاه و پژوهش‌های مرتبط با گروه‌های آسیب‌پذیر تبدیل شده است. این مفهوم، برخلاف برداشت‌های تقلیل‌گرایانه، صرفاً به میزان درآمد، برخورداری از مسکن یا دسترسی به خدمات رفاهی محدود نمی‌شود، بلکه مجموعه‌ای از ابعاد مادی، روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و نهادی زندگی انسان را در بر می‌گیرد. کیفیت زندگی نشان می‌دهد افراد تا چه اندازه قادرند در بستر اجتماعی خود، نیازهای اساسی‌شان را برآورده سازند، از امنیت و سلامت برخوردار باشند، روابط اجتماعی رضایت‌بخش ایجاد کنند، احساس ارزشمندی و منزلت داشته باشند و برای آینده خود و خانواده‌شان برنامه‌ریزی کنند. از منظر جامعه‌شناختی، کیفیت زندگی نه یک ویژگی کاملاً فردی، بلکه نتیجه تعامل میان منابع شخصی، فرصت‌های اجتماعی، ساختارهای اقتصادی، روابط قدرت، نظام‌های ارزشی و عملکرد نهادهای حمایتی است. به همین دلیل، ارزیابی کیفیت زندگی گروه‌هایی که در معرض محرومیت‌های چندگانه قرار دارند، می‌تواند تصویری روشن از نحوه توزیع منابع، فرصت‌ها، منزلت و حمایت اجتماعی در جامعه ارائه کند (Mokhtari & Nazari, 2010; Ritzer, 2016).

در میان گروه‌های اجتماعی، زنان سرپرست خانوار از جمله جمعیت‌هایی هستند که کیفیت زندگی آنان تحت تأثیر مجموعه‌ای از فشارهای هم‌زمان اقتصادی، خانوادگی، روانی و اجتماعی قرار دارد. زنان سرپرست خانوار به زانی اطلاق می‌شود که در نتیجه عواملی مانند فوت، طلاق، جدایی، مهاجرت، بیماری، ناتوانی، اعتیاد یا زندانی‌شدن همسر، مسئولیت اصلی اداره اقتصادی، تربیتی و عاطفی خانواده را بر عهده می‌گیرند. این زنان علاوه بر نقش مادری، مراقبتی و عاطفی، ناگزیرند نقش تأمین‌کننده اصلی معیشت خانواده را نیز ایفا کنند. تراکم این نقش‌ها، به‌ویژه در شرایطی که فرصت‌های شغلی، منابع مالی و حمایت‌های اجتماعی کافی در دسترس نیست، می‌تواند آنان را در معرض خستگی مزمن، فرسایش روانی، تعارض نقش، ناامنی اقتصادی و کاهش رضایت از زندگی قرار دهد. چندنقشی‌بودن زنان سرپرست خانوار از یک سو ممکن است زمینه رشد توانمندی، استقلال و عاملیت آنان را فراهم کند، اما از سوی دیگر، در نبود حمایت‌های نهادی و خانوادگی، می‌تواند به فشار مضاعف و کاهش کیفیت زندگی منجر شود (Ghaffari, 2004).

کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را نمی‌توان جدا از جایگاه اجتماعی و اقتصادی آنان تحلیل کرد. بسیاری از این زنان به علت پایین‌بودن سطح تحصیلات، محدودیت مهارت‌های حرفه‌ای، مسئولیت مراقبت از فرزندان و نگرش‌های جنسیتی حاکم بر بازار کار، در مشاغل غیررسمی، ناپایدار، کم‌درآمد و فاقد بیمه اشتغال دارند. چنین وضعیتی، امکان برنامه‌ریزی بلندمدت، پس‌انداز، تأمین هزینه‌های درمانی و آموزشی و دستیابی به مسکن مناسب را کاهش می‌دهد. یافته‌های پژوهشی در ایران نشان داده‌اند که میان وضعیت اقتصادی - اجتماعی زنان سرپرست خانوار و کیفیت زندگی آنان رابطه معناداری وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که کاهش درآمد، ضعف امنیت شغلی و محدودیت دسترسی به منابع اجتماعی با افت ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی همراه است (Vaisani et al., 2014). مقایسه زنان سرپرست خانوار با سایر زنان نیز نشان می‌دهد که این گروه در بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی، از جمله سلامت، امنیت اقتصادی، روابط اجتماعی و رضایت از شرایط زندگی، وضعیت نامطلوب‌تری را تجربه می‌کند (Babaei et al., 2023).

فقر زنان سرپرست خانوار صرفاً به کمبود درآمد محدود نیست، بلکه صورتی چندبعدی و انباشتی دارد. فقر اقتصادی می‌تواند دسترسی به آموزش، سلامت، تغذیه، مسکن ایمن، مشارکت اجتماعی و فرصت‌های اشتغال را محدود کند و در ادامه به تضعیف اعتمادبه‌نفس، کاهش قدرت تصمیم‌گیری و وابستگی به حمایت‌های بیرونی منجر شود. رویکرد قابلیت‌آماریا سن، فقر را محرومیت از آزادی‌ها و قابلیت‌های اساسی برای انتخاب و تحقق شیوه‌ای از زندگی می‌داند که فرد برای خود ارزشمند تلقی می‌کند. بر این اساس، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نه فقط به میزان منابع در اختیار آنان، بلکه به توانایی تبدیل این منابع به فرصت‌های واقعی برای زیستن، اشتغال، آموزش، سلامت، مشارکت و تصمیم‌گیری وابسته است (Sen, 2011). مطالعات کیفی درباره کیفیت زندگی زنان نیز نشان داده‌اند که یک «زندگی خوب» برای زنان،

مفهومی بومی، زمینه‌مند و چندبعدی است و باید بر اساس قابلیت‌هایی مانند امنیت، سلامت، روابط اجتماعی، احترام، استقلال، مشارکت و کنترل بر تصمیم‌های زندگی تعریف شود (Greco et al., 2015).

در این زمینه، ساختارهای جنسیتی نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم محرومیت زنان ایفا می‌کنند. نظریه‌های جامعه‌شناختی جنسیت تأکید دارند که نابرابری میان زنان و مردان تنها محصول تفاوت‌های فردی نیست، بلکه در ساختارهای اقتصادی، تقسیم کار، روابط خانوادگی، هنجارهای فرهنگی و نهادهای اجتماعی بازتولید می‌شود (Ritzer, 2016). بوردیو نیز با مفهوم سلطه مردانه نشان می‌دهد که روابط نابرابر جنسیتی از طریق توزیع نامتوازن سرمایه اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و نمادین و نیز از طریق هنجارهایی که فرودستی زنان را طبیعی جلوه می‌دهند، استمرار می‌یابد. زنان سرپرست خانوار ممکن است علاوه بر فقر مادی، با کاهش اعتبار اجتماعی، برچسب‌زنی، بی‌اعتمادی، محدودیت فرصت‌ها و درونی‌شدن احساس ناتوانی مواجه شوند؛ عواملی که دامنه انتخاب‌ها و عاملیت آنان را محدود می‌کنند (Bourdieu, 2013). از این منظر، کیفیت زندگی پایین زنان سرپرست خانوار صرفاً پیامد فقدان درآمد نیست، بلکه نتیجه قرارگرفتن در موقعیتی اجتماعی است که در آن دسترسی به منابع و منزلت به‌صورت نابرابر سازمان یافته است.

تجربه زیسته زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد که فرودستی اجتماعی می‌تواند در روابط روزمره، تعامل با نهادها، بازار کار و حتی شبکه‌های خویشاوندی بازتولید شود. زنان ممکن است به دلیل طلاق، بیوگی یا فقدان همسر در معرض داوری‌های منفی، کنترل اجتماعی، بی‌اعتمادی و محدودیت تعاملات اجتماعی قرار گیرند. پژوهش‌های کیفی در ایران نشان داده‌اند که تجربه این زنان با مفاهیمی مانند تبعیض، طرد، احساس بی‌پناهی، ضعف حمایت مؤثر، ناپایداری اقتصادی و کاهش منزلت اجتماعی گره خورده است (Amirpanahi & Namian, 2024). همچنین روایت‌های زنان سرپرست خانوار درباره موانع شادمانی نشان داده است که فشارهای اقتصادی، مسئولیت‌های چندگانه، محدودیت روابط اجتماعی، نگرش منفی جامعه و نگرانی درباره آینده فرزندان، امکان تجربه رضایت، آرامش و شادی را کاهش می‌دهد (Azadeh et al., 2015). از این رو، کیفیت زندگی این زنان باید نه فقط از طریق شاخص‌های عینی، بلکه با توجه به ادراک آنان از امنیت، احترام، امید، آرامش و توان کنترل بر زندگی مطالعه شود.

رابطه میان کیفیت زندگی و سلامت روان نیز در وضعیت زنان سرپرست خانوار اهمیت ویژه‌ای دارد. فشار مستمر برای تأمین هزینه‌های خانواده، نگرانی درباره مسکن، اشتغال، تحصیل فرزندان و مواجهه با انگ اجتماعی، می‌تواند اضطراب، افسردگی، درماندگی و احساس تنهایی را افزایش دهد. در مقابل، کاهش سلامت روان توان زنان را برای اشتغال، حل مسئله، برقراری روابط اجتماعی و مدیریت خانواده محدود می‌کند و به افت بیشتر کیفیت زندگی می‌انجامد. به این ترتیب، میان فقر، سلامت روان و کیفیت زندگی نوعی چرخه متقابل و تقویت‌شونده شکل می‌گیرد. پژوهش‌های انجام‌شده در میان زنان سرپرست خانوار نیز رابطه معنادار کیفیت زندگی و سلامت روان را تأیید کرده‌اند و نشان داده‌اند که هرگونه برنامه مداخله‌ای برای این گروه باید به‌طور هم‌زمان ابعاد اقتصادی و روان‌شناختی را در نظر بگیرد (Amirinejad et al., 2021).

مطالعات بین‌المللی نیز نشان می‌دهند که کیفیت زندگی زنان و مراقبان زن، به‌شدت تحت تأثیر نقش‌های جنسیتی، فشار مراقبتی، وضعیت اقتصادی و دسترسی به حمایت اجتماعی قرار دارد. پژوهشی درباره مراقبان بیماران زن مبتلا به سرطان نشان داد که جنسیت مراقب، مدت مراقبت و شدت مسئولیت‌های مراقبتی می‌تواند با کاهش کیفیت زندگی ارتباط داشته باشد و زنان مراقب به علت پذیرش هم‌زمان مسئولیت‌های خانوادگی و مراقبتی، آسیب‌پذیری بیشتری دارند (Tümkey et al., 2024). همچنین بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان در نیمه دوم عمر نشان داده است که کیفیت زندگی آنان حاصل تعامل شرایط جسمانی با وضعیت اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی است و نمی‌توان آن را صرفاً با عوامل زیستی تبیین کرد (Chiu et al., 2008). این یافته‌ها اهمیت توجه به زمینه اجتماعی و نقش‌های انباشته زنان را در مطالعه کیفیت زندگی برجسته می‌سازند.

بحران‌های اجتماعی و اقتصادی نیز آسیب‌پذیری خانوارهای زن‌سرپرست را تشدید می‌کنند. شواهد حاصل از همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داده‌اند که خانوارهای زن‌سرپرست در مقایسه با خانوارهای مردسرپرست، بیشتر در معرض ناامنی غذایی و پیامدهای اقتصادی بحران قرار گرفته‌اند؛

زیرا معمولاً درآمد کمتر، اشتغال ناپایدارتر و دسترسی محدودتری به منابع حمایتی دارند (Akalu & Wang, 2023). چنین یافته‌ای نشان می‌دهد که در شرایط بحران، نابرابری‌های موجود نه تنها از بین نمی‌روند، بلکه به دلیل ضعف ظرفیت سازگاری، کمبود دارایی و محدودیت شبکه‌های حمایتی، تشدید می‌شوند. در محلات حاشیه‌نشین نیز که فقر شهری، ضعف زیرساخت‌ها، اشتغال غیررسمی و ناامنی سکونتی متراکم است، زنان سرپرست خانوار ممکن است با شکل شدیدتری از محرومیت چندبعدی مواجه شوند.

خشونت و ناامنی در روابط خانوادگی از دیگر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان است. مطالعات نشان داده‌اند که تجربه خشونت خانگی با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی، روانی و روابط اجتماعی ارتباط دارد و می‌تواند احساس امنیت، اعتماد و استقلال زنان را تضعیف کند (Lucena et al., 2017). با این حال، صرف شناسایی یا غربالگری خشونت، در صورتی که با خدمات حمایتی، حقوقی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه نباشد، لزوماً به بهبود کیفیت زندگی زنان منجر نمی‌شود (Nelson et al., 2012). این امر نشان می‌دهد که مسائل زنان آسیب‌پذیر باید از طریق مداخلات چندسطحی و پیوسته پاسخ داده شوند و سیاست‌های محدود و منفرد قادر به تغییر پایدار شرایط آنان نیستند.

کیفیت زندگی زنان همچنین با سطح اختیار، عاملیت و کنترل آنان بر تصمیم‌های شخصی و خانوادگی ارتباط دارد. پژوهش درباره استفاده از روش‌های جدید تنظیم خانواده نشان داده است که افزایش قدرت انتخاب زنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت و بدن، با کیفیت زندگی مطلوب‌تر همراه است (Alyahya et al., 2019). این یافته را می‌توان در سطح گسترده‌تر نیز تفسیر کرد؛ به این معنا که هرچه زنان در حوزه‌های اقتصادی، خانوادگی، آموزشی و اجتماعی از قدرت تصمیم‌گیری و استقلال بیشتری برخوردار باشند، امکان تجربه امنیت، رضایت و کنترل بر زندگی آنان افزایش می‌یابد. بنابراین، توانمندسازی زنان باید فراتر از اعطای کمک مالی تعریف شود و شامل گسترش آزادی انتخاب، مهارت، آگاهی، مشارکت و دسترسی به منابع باشد.

در همین راستا، توانمندسازی اقتصادی و اجتماعی به عنوان یکی از راهبردهای اصلی ارتقای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مطرح شده است. توانمندسازی زمانی تحقق می‌یابد که زنان علاوه بر دریافت منابع مالی، به آموزش‌های کاربردی، فناوری، شبکه‌های محلی، بازار فروش، حمایت سازمانی و فرصت مشارکت در تصمیم‌گیری دسترسی داشته باشند. نقش فناوری و سازمان‌های محلی در ایجاد فرصت‌های اشتغال، افزایش آگاهی و گسترش شبکه‌های حمایتی می‌تواند به تقویت استقلال و امنیت معیشتی زنان منجر شود (Narayan, 2020). در ایران نیز مقایسه زنان سرپرست خانوار دریافت‌کننده و دریافت‌نکننده وام‌های اشتغال‌زایی نشان داده است که مداخلات اقتصادی هدفمند می‌توانند کیفیت زندگی و رضایت از زندگی را بهبود بخشند؛ هرچند اثربخشی چنین مداخلاتی به نحوه تخصیص منابع، آموزش، نظارت و اتصال فعالیت اقتصادی به بازار وابسته است (Khatibi & Khezraei, 2025).

از سوی دیگر، بهبود کیفیت زندگی مستلزم استفاده از رویکردهای ارتباطی و اجتماعی متناسب با نیازهای واقعی زنان است. پژوهش مبتنی بر مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی نشان داده است که ارائه پیشنهادات اجتماعی مناسب، کاهش هزینه‌های مشارکت، تسهیل دسترسی، ارتباطات مؤثر و سیاست‌گذاری هماهنگ می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نقش داشته باشد (Aynevand et al., 2023). این دیدگاه نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی تنها زمانی اثربخش است که خدمات از نظر محتوایی، مکانی، اقتصادی و فرهنگی برای جامعه هدف قابل دسترسی و پذیرفتنی باشند. برنامه‌هایی که بدون توجه به تجربه زیسته، ویژگی‌های محلی و نیازهای متفاوت زنان طراحی شوند، ممکن است با وجود صرف منابع، پیامد پایداری ایجاد نکنند.

نقش دولت رفاه و نهادهای حمایتی نیز در کیفیت زندگی زنان بنیادی است. مقایسه نظام‌های رفاهی نشان داده است که سیاست‌های اجتماعی، سطح حمایت از خانواده، دسترسی به خدمات سلامت، امنیت درآمدی و حمایت از نقش‌های مراقبتی زنان می‌توانند تفاوت‌های معناداری در کیفیت زندگی آنان ایجاد کنند (Raphael & Bryant, 2004). از دیدگاه ساختی - کارکردی نیز، خانواده، بازار کار، نظام سلامت، آموزش و نهادهای حمایتی اجزایی به هم پیوسته‌اند که اختلال در عملکرد هر یک می‌تواند فشار نقش بر زنان را افزایش دهد. هنگامی که خانواده حمایت کافی ارائه نمی‌دهد، بازار کار فرصت مناسب ایجاد نمی‌کند و نظام رفاهی نیز قادر به جبران این کاستی‌ها نیست، زنان سرپرست خانوار ناگزیر

بار چند نهاد را به‌طور هم‌زمان بر دوش می‌کشند (Etemadifard, 2010). بنابراین، کیفیت زندگی آنان را باید به‌عنوان برآیند عملکرد یا ناکارآمدی مجموعه‌ای از نهادهای اجتماعی مطالعه کرد.

با وجود اهمیت عوامل عینی، کیفیت زندگی همواره دارای بعد تفسیری و ذهنی نیز هست. افراد بر اساس تجربه‌ها، ارزش‌ها، انتظارات و مقایسه‌های اجتماعی خود به شرایط زندگی معنا می‌دهند. از منظر برساخت‌گرایانه، دانش و واقعیت اجتماعی در بستر فرهنگ و تعاملات شکل می‌گیرند و نمی‌توان تجربه زنان را مستقل از زمینه معنایی آنان بررسی کرد (Boghossian, 2016). ممکن است دو زن با سطح درآمد مشابه، ارزیابی متفاوتی از کیفیت زندگی خود داشته باشند؛ زیرا میزان حمایت خانوادگی، احساس احترام، امید به آینده، تجربه تبعیض و قدرت تصمیم‌گیری آنان یکسان نیست. از این‌رو، رویکردهای صرفاً کمی نمی‌توانند تمامی لایه‌های تجربه کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را آشکار سازند.

برآیند مطالعات پیشین نشان می‌دهد که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت تأثیر برهم‌کنش پیچیده وضعیت اقتصادی، سلامت روان، سرمایه اجتماعی، جایگاه جنسیتی، فرصت‌های اشتغال، ساختار خانواده، مسکن، حمایت نهادی و ادراک ذهنی آنان از زندگی قرار دارد. با این حال، بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌های موجود بر اندازه‌گیری متغیرها و بررسی روابط آماری متمرکز بوده‌اند و کمتر به فرایندهایی پرداخته‌اند که از طریق آنها شرایط زمینه‌ای، علل مستقیم، عملکرد نهادهای حمایتی، راهبردهای مقابله‌ای و پیامدهای اجتماعی به یکدیگر پیوند می‌خورند. این خلأ در مورد زنان سرپرست خانوار ساکن محلات حاشیه‌نشین اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا در این مناطق، فقر اقتصادی با ضعف زیرساخت شهری، ناامنی سکونتی، انگ اجتماعی، محدودیت دسترسی به خدمات و کاهش سرمایه اجتماعی ترکیب می‌شود. همچنین، شناخت دیدگاه مدیران، کارشناسان و مددکارانی که به‌طور مستقیم با مسائل این زنان مواجه‌اند، می‌تواند درک عمیق‌تری از کاستی‌های برنامه‌های حمایتی و راهبردهای قابل‌اجرا فراهم سازد.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر واکاوی جامعه‌شناختی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) در محلات حاشیه‌نشین شهر گرگان و تبیین شرایط زمینه‌ای، علی و مداخله‌گر، راهبردها و پیامدهای مرتبط با آن با استفاده از روش نظریه داده‌بنیاد بود.

روش‌شناسی

در این پژوهش از رویکرد کیفی و روش نظریه داده‌بنیاد بر مبنای الگوی اشتراوس و کوربین استفاده شد تا کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار از منظر کنشگران نهادی و در بستر تجربه‌های میدانی به‌صورت عمیق واکاوی شود. جامعه مطالعه شامل مدیران، کارشناسان و مددکاران کمیته امداد امام خمینی (ره) بود که با نمونه‌گیری هدفمند و سپس نظری انجام شد و گردآوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و عمیق بود و داده‌ها با روش مقایسه مستمر در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل شدند. در این فرایند، مفاهیم اولیه استخراج، مقوله‌ها سازمان‌دهی و در نهایت مقوله هسته‌ای پژوهش شناسایی شد تا تبیینی نظری از سازوکارهای اثرگذار بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار ارائه شود.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با مدیران و کارشناسان کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان گرگان، با استفاده از رویکرد نظریه داده‌بنیاد، زمینه استخراج مجموعه‌ای از مفاهیم، مقوله‌های فرعی و مقوله‌های اصلی را فراهم کرد. در فرآیند کدگذاری باز، مفاهیم اولیه از متن مصاحبه‌ها استخراج و سپس در مرحله کدگذاری محوری در قالب مقوله‌های زمینه‌ای، علی، مداخله‌گر، راهبردی و پیامدی سازمان‌دهی شدند. در نهایت، ارتباط میان این مقوله‌ها، مدل نظری پژوهش را شکل داد.

جدول ۱. مقوله‌های اصلی استخراج‌شده از تحلیل کیفی

ابعاد الگوی پارادایمی	مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی و مفاهیم استخراج‌شده
پدیده محوری	کیفیت زندگی چندبعدی و ناپایدار	ناامنی معیشتی؛ فرسایش روانی؛ محدودیت انتخاب؛ کاهش احساس کنترل بر زندگی؛ ضعف منزلت اجتماعی؛ نگرانی درباره آینده فرزندان؛ ناتوانی در دستیابی به زندگی امن و باکرامت
شرایط زمینه‌ای	سکونت در محلات حاشیه‌نشین	بافت فرسوده؛ ضعف زیرساخت‌های شهری؛ دسترسی محدود به خدمات آموزشی، بهداشتی و رفاهی؛ ناامنی محیطی؛ فاصله از فرصت‌های شغلی؛ کیفیت نامناسب مسکن
شرایط زمینه‌ای	ضعف سرمایه انسانی	سطح پایین تحصیلات؛ فقدان مهارت‌های فنی و حرفه‌ای؛ آگاهی محدود از فرصت‌های شغلی؛ ضعف سواد مالی؛ کاهش توان رقابت در بازار کار
شرایط زمینه‌ای	ناپایداری خانوادگی	طلاق یا فوت همسر؛ اعتیاد، بیماری یا ناتوانی همسر؛ فقدان حمایت عاطفی؛ مسئولیت هم‌زمان تأمین معاش و مراقبت از فرزندان؛ تضعیف شبکه خویشاوندی
شرایط زمینه‌ای	تله فقر ذهنی	احساس درماندگی؛ کاهش اعتمادبه‌نفس؛ محدودشدن افق آینده؛ عادی‌شدن محرومیت؛ ضعف انگیزه تغییر؛ وابستگی ذهنی به حمایت‌های نهادی
شرایط علی	ناپایداری اقتصادی و شغلی	بیکاری؛ اشتغال غیررسمی؛ درآمد اندک و نامنظم؛ فقدان بیمه و امنیت شغلی؛ محدودیت فرصت‌های اشتغال؛ افزایش هزینه‌های زندگی
شرایط علی	بحران معیشت	ناتوانی در تأمین خوراک، پوشاک و نیازهای روزمره؛ بدهی مستمر؛ وابستگی به مستمری؛ حذف نیازهای غیرضروری؛ اولویت‌دادن نیازهای فرزندان بر نیازهای شخصی
شرایط علی	بحران مسکن	اجاره‌بهای سنگین؛ سکونت در خانه‌های فرسوده یا نامناسب؛ تراکم جمعیتی؛ ناامنی سکونتی؛ جابه‌جایی مکرر؛ فقدان مالکیت مسکن
شرایط علی	ضعف سلامت جسمانی	بیماری‌های مزمن؛ ناتوانی در پرداخت هزینه درمان؛ تأخیر در مراجعه به پزشک؛ تغذیه نامناسب؛ خستگی جسمانی ناشی از کار و مسئولیت‌های متعدد
شرایط علی	فرسایش روانی	اضطراب؛ افسردگی؛ احساس تنهایی؛ ناامیدی؛ ترس از آینده؛ فشار مسئولیت‌های چندگانه؛ کاهش عزت‌نفس و تاب‌آوری
شرایط مداخله‌گر	محدودیت منابع حمایتی	ناکافی بودن مستمری؛ محدودیت اعتبارات؛ پوشش‌ندادن تمامی نیازها؛ کمبود نیروی انسانی و امکانات اجرایی؛ ناپیوستگی حمایت‌ها
شرایط مداخله‌گر	ضعف حکمرانی اجتماعی	پراکندگی مسئولیت‌ها؛ موازی‌کاری سازمان‌ها؛ نبود تقسیم کار روشن؛ ضعف نظارت و ارزیابی؛ فقدان بانک اطلاعاتی یکپارچه
شرایط مداخله‌گر	ضعف هماهنگی بین‌نهادی	ارتباط محدود میان کمیته امداد، بهزیستی، شهرداری، مراکز بهداشت، نهادهای آموزشی و سازمان‌های مردم‌نهاد؛ ارجاع نامؤثر؛ نبود برنامه مشترک
شرایط مداخله‌گر	بومی‌نبودن سیاست‌ها	طراحی برنامه‌های یکسان؛ بی‌توجهی به ویژگی‌های محلات حاشیه‌نشین گران؛ ناسازگاری آموزش‌ها با بازار کار محلی؛ نادیده‌گرفتن تفاوت‌های فرهنگی و خانوادگی
شرایط مداخله‌گر	ناکارآمدی برنامه‌های توانمندسازی	آموزش‌های کوتاه‌مدت و غیرکاربردی؛ فقدان پشتیبانی پس از آموزش؛ ضعف دسترسی به سرمایه اولیه؛ نبود بازار فروش؛ اعطای تسهیلات بدون نظارت و مشاوره
راهبردها	توانمندسازی اقتصادی	مهارت‌آموزی متناسب با بازار کار؛ توسعه اشتغال پایدار؛ حمایت از مشاغل خرد و خانگی؛ تأمین سرمایه اولیه؛ آموزش سواد و مدیریت مالی؛ اتصال به بازار فروش
راهبردها	ارتقای سلامت روان	مشاوره فردی و خانوادگی؛ آموزش مهارت‌های زندگی؛ مدیریت استرس؛ تقویت تاب‌آوری؛ تشکیل گروه‌های حمایتی؛ مداخلات پیشگیرانه
راهبردها	حمایت تحصیلی و اجتماعی از فرزندان	تأمین هزینه‌های آموزشی؛ پیشگیری از ترک تحصیل؛ مشاوره تحصیلی؛ حمایت از استعدادها؛ پیشگیری از ازدواج زودهنگام؛ کاهش ورود زودرس کودکان به بازار کار
راهبردها	بازسازی منزلت اجتماعی	اصلاح نگرش عمومی؛ کاهش انگ اجتماعی؛ تقویت عزت‌نفس؛ به‌رسمیت‌شناختن توانمندی‌های زنان؛ افزایش مشارکت در تصمیم‌گیری‌های محلی
راهبردها	تقویت سرمایه اجتماعی	توسعه شبکه‌های حمایتی محلی؛ تشکیل گروه‌های همیار؛ تقویت ارتباط با سازمان‌های مردم‌نهاد؛ افزایش مشارکت اجتماعی؛ گسترش حمایت خویشاوندی و همسایگی
راهبردها	بهبود کیفیت سکونت	تأمین مسکن ایمن و پایدار؛ پرداخت تسهیلات ودیعه یا اجاره؛ بازسازی منازل فرسوده؛ ارتقای زیرساخت‌های محله؛ افزایش دسترسی به خدمات عمومی

راهبردها	تقویت هماهنگی و مدیریت یکپارچه	ایجاد شبکه بین بخشی؛ تدوین برنامه مشترک؛ تشکیل پرونده جامع حمایتی؛ پایش مستمر نتایج؛ مشارکت نهادهای محلی
پیامدها	افت سلامت روان و بهزیستی	تشدید اضطراب و افسردگی؛ احساس بی پناهی؛ کاهش عزت نفس؛ ناامیدی؛ فرسودگی عاطفی؛ کاهش رضایت از زندگی
پیامدها	بازتولید فقر بین نسلی	ترک تحصیل فرزندان؛ اشتغال زودهنگام؛ ازدواج زودهنگام؛ محدودیت تحرک اجتماعی؛ انتقال محرومیت به نسل بعد
پیامدها	وابستگی اقتصادی مزمن	اتکای مستمر به مستمری؛ کاهش انگیزه اشتغال؛ ناتوانی در پس انداز؛ بدهکاری؛ ناتوانی در مواجهه با بحران های مالی
پیامدها	تضعیف سرمایه و مشارکت اجتماعی	انزوای اجتماعی؛ کاهش اعتماد بین فردی؛ محدود شدن شبکه های حمایتی؛ کاهش مشارکت محلی؛ احساس طردشدگی
پیامدها	تضعیف هویت و منزلت اجتماعی	احساس بی ارزشی؛ کاهش اعتماد به نفس؛ درونی شدن فروستنی؛ محدود شدن عاملیت؛ احساس نادیده گرفته شدن
پیامدها	بی اعتمادی نهادی	نارضایتی از حمایت ها؛ احساس تبعیض؛ کاهش اعتماد به سازمان ها؛ بی میلی به مشارکت در برنامه ها؛ تصور ناکارآمدی نهادهای حمایتی
پیامدها	گسترش اشتغال غیرایمن و چرخه بدهی	پذیرش مشاغل سخت و کم درآمد؛ فقدان بیمه؛ استثمار شغلی؛ دریافت وام و قرض برای هزینه های جاری؛ ناتوانی در بازپرداخت بدهی ها
پیامدها	کاهش امید به آینده	محدود شدن اهداف زندگی؛ ضعف انگیزه پیشرفت؛ نگرانی دائمی درباره آینده فرزندان؛ احساس بن بست؛ پذیرش زندگی در سطح بقا

یافته های کیفی نشان داد که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد، حاصل تعامل پیچیده عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نهادی است و نمی توان آن را صرفاً به وضعیت درآمد یا معیشت تقلیل داد. در بعد **شرایط زمینه ای**، سکونت در محلات حاشیه نشین، ضعف زیرساخت های شهری، سرمایه انسانی محدود، ناپایداری خانوادگی و شکل گیری نگرش های مبتنی بر درماندگی، بستر اولیه شکل گیری آسیب های اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی را فراهم کرده اند.

در بخش شرایط علی، ناپایداری اقتصادی، اشتغال غیررسمی، بحران مسکن، مشکلات سلامت جسمی و روانی و فشارهای ناشی از تأمین معیشت خانواده، مهم ترین عوامل مستقیم کاهش کیفیت زندگی شناسایی شدند. مشارکت کنندگان معتقد بودند که این عوامل به صورت هم زمان عمل کرده و موجب تداوم چرخه فقر و کاهش توان کنشگری زنان می شوند.

از سوی دیگر، یافته ها نشان داد که عملکرد نظام حمایتی نیز با مجموعه ای از شرایط مداخله گر روبه رو است. محدودیت منابع مالی، نبود هماهنگی میان دستگاه های حمایتی، اجرای سیاست های غیرمتناسب با شرایط بومی گرگان، ضعف برنامه های اشتغال زایی و محدودیت ظرفیت اجرایی سازمان ها، اثربخشی مداخلات حمایتی را کاهش داده است. بنابراین، حتی برنامه های حمایتی موجود نیز در بسیاری از موارد نتوانسته اند به بهبود پایدار کیفیت زندگی زنان منجر شوند.

در پاسخ به این شرایط، مدیران و کارشناسان مجموعه ای از راهبردهای پیشنهادی را مطرح کردند که مهم ترین آن ها توانمندسازی اقتصادی از طریق آموزش مهارت های متناسب با بازار کار، توسعه مشاغل پایدار، حمایت از کسب و کارهای خرد، آموزش مدیریت مالی و اتصال زنان به بازار فروش بود. علاوه بر این، ارتقای سلامت روان از طریق مشاوره مستمر، آموزش مهارت های زندگی، تشکیل گروه های حمایتی و افزایش تاب آوری، به عنوان یکی از پیش شرط های موفقیت برنامه های اقتصادی معرفی شد.

همچنین، حمایت تحصیلی از فرزندان، پیشگیری از ترک تحصیل، جلوگیری از ازدواج زودهنگام، اصلاح نگرش جامعه نسبت به زنان سرپرست خانوار، کاهش انگ اجتماعی، تقویت سرمایه اجتماعی محلی، افزایش هماهنگی میان نهادهای حمایتی و بهبود وضعیت سکونت، از دیگر راهبردهای کلیدی استخراج شده از داده های کیفی بودند. این یافته ها نشان می دهد که ارتقای کیفیت زندگی نیازمند رویکردی چندبعدی و فرابخشی است که هم زمان ابعاد اقتصادی، روانی، اجتماعی و نهادی را پوشش دهد.

در نهایت، تحلیل مصاحبه‌ها بیانگر آن بود که استمرار شرایط موجود، پیامدهایی همچون افت شدید سلامت روان، بازتولید فقر بین‌نسلی، کاهش سرمایه اجتماعی، وابستگی اقتصادی، تضعیف هویت اجتماعی، افزایش بی‌اعتمادی به نهادهای حمایتی، گسترش اشتغال غیرایمن، چرخه بدهی و کاهش امید به آینده را به دنبال دارد. این پیامدها نشان می‌دهد که فقر در میان زنان سرپرست خانوار صرفاً یک مسئله اقتصادی نیست، بلکه پدیده‌ای چندبعدی است که ابعاد مختلف کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار داده و به‌صورت ساختاری بازتولید می‌شود. بر اساس مدل نظری حاصل از نظریه داده‌بنیاد، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در مناطق حاشیه‌نشین گرگان، نتیجه تعامل میان شرایط زمینه‌ای، عوامل علی، شرایط مداخله‌گر، راهبردهای نهادی و پیامدهای اجتماعی است. این مدل نشان می‌دهد که مداخلات صرفاً حمایتی و کوتاه‌مدت قادر به شکستن چرخه فقر نیستند و ارتقای پایدار کیفیت زندگی مستلزم سیاست‌های توانمندساز، هماهنگی بین‌بخشی، بومی‌سازی برنامه‌های حمایتی و تقویت سرمایه‌های اقتصادی، اجتماعی و روانی زنان است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف واکاوی جامعه‌شناختی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) در محلات حاشیه‌نشین شهر گرگان انجام شد. یافته‌های حاصل از تحلیل کیفی نشان داد که کیفیت زندگی این زنان پدیده‌ای چندبعدی، زمینه‌مند و حاصل تعامل هم‌زمان عوامل اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی، روان‌شناختی، فرهنگی و نهادی است. بر اساس الگوی پارادایمی استخراج‌شده، سکونت در محلات حاشیه‌نشین، ضعف سرمایه انسانی، ناپایداری خانوادگی و شکل‌گیری تله فقر ذهنی به‌عنوان شرایط زمینه‌ای؛ ناپایداری اقتصادی، بحران معیشت و مسکن، ضعف سلامت جسمانی و فرسایش روانی به‌عنوان شرایط علی؛ و محدودیت منابع، ضعف حکمرانی اجتماعی، ناهماهنگی بین‌نهادی، بومی‌نبودن سیاست‌ها و ناکارآمدی برنامه‌های توانمندسازی به‌عنوان شرایط مداخله‌گر شناسایی شدند. همچنین، توانمندسازی اقتصادی، ارتقای سلامت روان، حمایت تحصیلی از فرزندان، بازسازی منزلت اجتماعی، تقویت سرمایه اجتماعی، بهبود کیفیت سکونت و هماهنگی بین‌بخشی از مهم‌ترین راهبردهای پیشنهادی بودند. در نهایت، تداوم شرایط موجود با پیامدهایی همچون افت سلامت روان، بازتولید فقر بین‌نسلی، وابستگی اقتصادی، تضعیف سرمایه اجتماعی، بی‌اعتمادی نهادی، اشتغال غیرایمن و کاهش امید به آینده همراه بود.

نخستین یافته مهم پژوهش آن بود که کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار را نمی‌توان صرفاً بر اساس میزان درآمد یا برخورداری مادی تبیین کرد. تجربه این زنان دربردارنده مجموعه‌ای از احساسات، محدودیت‌ها و برداشت‌هایی است که با امنیت، کرامت، سلامت، منزلت، روابط اجتماعی و امکان برنامه‌ریزی برای آینده ارتباط دارند. این نتیجه با رویکرد جامعه‌شناختی کیفیت زندگی همسو است که این مفهوم را برآیند تعامل وضعیت عینی با ادراک و ارزیابی ذهنی فرد از موقعیت زندگی خود می‌داند (Mokhtari & Nazari, 2010). همچنین، مطابق دیدگاه‌های جامعه‌شناختی، وضعیت زندگی افراد در خلأ شکل نمی‌گیرد، بلکه در پیوند با ساختارهای اجتماعی، توزیع منابع، هنجارهای فرهنگی و روابط قدرت معنا می‌یابد (Ritzer, 2016). بنابراین، پایین‌بودن کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه را باید نه به‌عنوان مسئله‌ای فردی، بلکه به‌عنوان پیامد قرارگرفتن آنان در موقعیت‌های ساختاری نابرابر تحلیل کرد.

یافته مربوط به سکونت در محلات حاشیه‌نشین نشان داد که ضعف زیرساخت‌های شهری، کیفیت نامناسب مسکن، دسترسی محدود به خدمات، ناامنی محیطی و فاصله از فرصت‌های شغلی، زمینه آسیب‌پذیری زنان را تشدید می‌کند. در چنین مناطقی، محرومیت اقتصادی با محرومیت مکانی و اجتماعی ترکیب می‌شود و امکان خروج از چرخه فقر را کاهش می‌دهد. این یافته با رویکرد قابلیت‌سن همخوان است؛ زیرا در این رویکرد، فقر تنها فقدان درآمد نیست، بلکه محرومیت از فرصت‌ها و آزادی‌های واقعی برای انتخاب شیوه مطلوب زندگی است (Sen, 2011). از این منظر، حتی در صورت برخورداری زنان از حداقلی از حمایت مالی، نبود دسترسی به حمل‌ونقل مناسب، خدمات سلامت، آموزش، بازار کار و شبکه‌های حمایتی می‌تواند قابلیت آنان برای تبدیل منابع به کیفیت زندگی مطلوب را محدود سازد. پژوهش Greco و همکاران نیز

نشان داد که کیفیت زندگی زنان مفهومی زمینه‌مند و چندبعدی است و باید در ارتباط با قابلیت‌هایی چون امنیت، روابط اجتماعی، استقلال، احترام و امکان تصمیم‌گیری ارزیابی شود (Greco et al., 2015).

ضعف سرمایه انسانی، شامل سطح پایین تحصیلات، محدودیت مهارت‌های فنی و حرفه‌ای، ضعف سواد مالی و ناآگاهی از فرصت‌های شغلی، از دیگر شرایط زمینه‌ای شناسایی شده بود. این وضعیت سبب می‌شود زنان سرپرست خانوار به مشاغل غیررسمی، کم‌درآمد و فاقد امنیت شغلی سوق داده شوند. این یافته با نتایج پژوهش Vaisani و همکاران همخوان است که نشان دادند وضعیت اقتصادی - اجتماعی، به‌ویژه درآمد، اشتغال و تحصیلات، با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار ارتباط معناداری دارد (Vaisani et al., 2014). همچنین یافته‌های Babaei و همکاران حاکی از آن بود که زنان سرپرست خانوار در مقایسه با سایر زنان، در ابعاد مختلف کیفیت زندگی وضعیت نامطلوب‌تری دارند و این تفاوت با محدودیت منابع اقتصادی و اجتماعی آنان مرتبط است (Babaei et al., 2023). بنابراین، ضعف سرمایه انسانی نه‌تنها دسترسی به اشتغال را کاهش می‌دهد، بلکه توان چانه‌زنی، تصمیم‌گیری و استفاده از فرصت‌های موجود را نیز محدود می‌سازد.

نتایج همچنین نشان داد که ناپایداری خانوادگی و تراکم نقش‌ها از عوامل مهم کاهش کیفیت زندگی زنان هستند. زنان سرپرست خانوار ناگزیرند به‌طور هم‌زمان مسئولیت تأمین معاش، مراقبت از فرزندان، مدیریت عاطفی خانواده و پاسخ‌گویی به انتظارات اجتماعی را بر عهده گیرند. یافته حاضر با تحلیل Ghaffari درباره چندنقشی‌بودن زنان سرپرست خانوار هماهنگ است؛ بر اساس این دیدگاه، پذیرش هم‌زمان نقش‌های متعدد، در صورت نبود حمایت کافی، به تعارض نقش، فرسودگی و افزایش فشار روانی منجر می‌شود (Ghaffari, 2004). از منظر ساختی - کارکردی نیز، هنگامی که خانواده، بازار کار و نهادهای حمایتی کارکردهای خود را به‌درستی انجام نمی‌دهند، بار حفظ انسجام خانواده بر دوش فرد متمرکز می‌شود (Etemadifard, 2010). در چنین وضعیتی، زن سرپرست خانوار ناگزیر می‌شود کاستی‌های چندین نهاد اجتماعی را به‌صورت فردی جبران کند و همین امر احتمال فرسایش جسمی و روانی را افزایش می‌دهد.

تله فقر ذهنی و احساس درماندگی یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش بود. استمرار فقر، تجربه شکست‌های مکرر، محدودیت فرصت‌ها و ناکارآمدی حمایت‌ها ممکن است به کاهش امید، درونی‌شدن احساس ناتوانی و محدودشدن افق آینده منجر شود. این نتیجه با یافته‌های Amirpanahi و Namian همسو است که تجربه زیسته زنان سرپرست خانوار را با احساس فرودستی، طرد اجتماعی، درماندگی و ضعف حمایت نهادی مرتبط دانسته‌اند (Amirpanahi & Namian, 2024). همچنین، Azadeh و همکاران نشان دادند که موانع شادمانی زنان سرپرست خانوار تنها اقتصادی نیست، بلکه فشار نقش‌ها، نگرش‌های اجتماعی، کاهش حمایت و نگرانی مستمر درباره آینده نیز در کاهش رضایت آنان نقش دارد (Azadeh et al., 2015). این یافته را می‌توان با توجه به نقش ساخت اجتماعی واقعیت نیز توضیح داد؛ بدین معنا که ادراک فرد از امکان تغییر، تحت تأثیر تجربه‌های تکرارشونده و معانی شکل‌گرفته در تعاملات اجتماعی قرار دارد (Boghossian, 2016). در بخش شرایط علی، ناپایداری اقتصادی و بحران معیشت برجسته‌ترین عوامل کاهش کیفیت زندگی بودند. اشتغال غیررسمی، درآمد نامنظم، فقدان بیمه، افزایش هزینه‌های زندگی و وابستگی به مستمری، زنان را در موقعیتی قرار می‌دهد که بخش عمده انرژی آنان صرف تأمین نیازهای روزمره می‌شود. این یافته با نتایج Khatibi و Khezraei همخوان است که نشان دادند دریافت وام‌های اشتغال‌زایی می‌تواند کیفیت زندگی و رضایت از زندگی زنان سرپرست خانوار را بهبود دهد (Khatibi & Khezraei, 2025). اهمیت این همسویی در آن است که نشان می‌دهد برخورداری از فرصت اقتصادی، زمانی که با اشتغال واقعی و درآمد پایدار همراه باشد، می‌تواند احساس کنترل، استقلال و امنیت را افزایش دهد. با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که صرف اعطای وام یا آموزش کوتاه‌مدت، بدون اتصال به بازار و حمایت مستمر، برای خروج از فقر کافی نیست.

نتایج مربوط به بحران معیشت و ناامنی غذایی نیز با شواهد بین‌المللی هماهنگ است. Wang و Akalu نشان دادند که خانوارهای زن‌سرپرست در دوره بحران کووید-۱۹ بیش از خانوارهای مردسرپرست در معرض ناامنی غذایی قرار گرفتند، زیرا منابع کمتر، اشتغال ناپایدارتر و ظرفیت محدودتری برای سازگاری با شوک‌های اقتصادی داشتند (Akalu & Wang, 2023). این یافته نشان می‌دهد که فقر زنان سرپرست خانوار

در برابر بحران‌های کلان، انعطاف‌پذیری اندکی دارد و هرگونه افزایش هزینه یا کاهش درآمد می‌تواند تعادل شکننده خانوار را برهم زند. در مطالعه حاضر نیز چرخه بدهی، حذف نیازهای شخصی مادر، کاهش کیفیت تغذیه و اولویت‌دادن مستمر نیازهای فرزندان از نشانه‌های بحران معیشت بود.

بحران مسکن نیز به‌عنوان یکی از عوامل علی مهم شناسایی شد. اجاره‌بهای بالا، جابه‌جایی مکرر، سکونت در خانه‌های فرسوده و فقدان احساس امنیت، علاوه بر فشار اقتصادی، بر سلامت روان، انسجام خانوادگی و عزت‌نفس زنان اثر می‌گذارد. یافته‌های Raphael و Bryant نشان داد که ساختار دولت رفاه، سیاست‌های مسکن، حمایت درآمدی و دسترسی به خدمات اجتماعی می‌توانند کیفیت زندگی زنان را به‌طور معناداری تحت تأثیر قرار دهند (Raphael & Bryant, 2004). از این‌رو، مسکن مناسب را نمی‌توان صرفاً یک دارایی مادی تلقی کرد؛ بلکه مسکن ایمن، پیش‌شرط احساس ثبات، حریم خصوصی، امنیت روانی و امکان برنامه‌ریزی برای آینده است.

ضعف سلامت جسمانی و فرسایش روانی نیز از عوامل مستقیم کاهش کیفیت زندگی زنان بودند. مشارکت‌کنندگان به شیوع اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی، خستگی مزمن و نگرانی دائمی درباره آینده اشاره کردند. این یافته با نتایج Amirinejad و همکاران همسو است که رابطه متقابل کیفیت زندگی و سلامت روان را در زنان سرپرست خانوار تأیید کردند (Amirinejad et al., 2021). به بیان دیگر، فقر و فشار مسئولیت‌ها موجب کاهش سلامت روان می‌شود و افت سلامت روان نیز توان اشتغال، حل مسئله و مدیریت خانواده را کاهش می‌دهد. پژوهش Tümkaya و همکاران نیز نشان داد که ایفای طولانی‌مدت نقش مراقبتی، به‌ویژه برای زنان، با کاهش کیفیت زندگی همراه است (Tümkaya et al., 2024). همچنین، Chiu و همکاران تأکید کردند که کیفیت زندگی زنان حاصل تعامل وضعیت جسمانی با عوامل اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی است (Chiu et al., 2008).

یافته دیگر پژوهش به نقش برجسته‌بازی و کاهش منزلت اجتماعی مربوط بود. زنان سرپرست خانوار ممکن است به دلیل طلاق، بیوگی یا فقدان همسر با داورهای منفی، بی‌اعتمادی و محدودیت در روابط اجتماعی مواجه شوند. این وضعیت را می‌توان در چارچوب نظریه سلطه مردانه بوردیو تفسیر کرد؛ زیرا نابرابری جنسیتی تنها از طریق محرومیت اقتصادی بازتولید نمی‌شود، بلکه در قالب سلطه نمادین، کاهش اعتبار و محدودکردن دسترسی زنان به سرمایه اجتماعی و فرهنگی نیز استمرار می‌یابد (Bourdieu, 2013). تجربه فرودستی و احساس نادیده‌گرفته‌شدن گزارش‌شده در مطالعه حاضر با یافته‌های Amirpanahi و Namian درباره تجربه اجتماعی زنان سرپرست خانوار هماهنگ است (Amirpanahi & Namian, 2024). بنابراین، بهبود کیفیت زندگی مستلزم بازسازی منزلت و اصلاح نگرش اجتماعی، در کنار حمایت اقتصادی است.

نتایج همچنین نشان داد که خشونت، ناامنی خانوادگی و فقدان حمایت مؤثر می‌توانند کیفیت زندگی زنان را تضعیف کنند. Lucena و همکاران رابطه خشونت خانگی با کاهش کیفیت زندگی زنان، به‌ویژه در ابعاد روانی و روابط اجتماعی، را گزارش کردند (Lucena et al., 2017). با این حال، Nelson و همکاران نشان دادند که صرف شناسایی آسیب، بدون ارائه خدمات حمایتی منسجم، تغییر قابل‌توجهی در وضعیت زنان ایجاد نمی‌کند (Nelson et al., 2012). این نتیجه با یافته پژوهش حاضر درباره ناکارآمدی مداخلات پراکنده و کوتاه‌مدت همسو است. به این معنا که شناسایی زنان آسیب‌پذیر، پرداخت مستمری یا ارجاع محدود به خدمات، در غیاب حمایت حقوقی، روان‌شناختی، اقتصادی و اجتماعی پیوسته، نمی‌تواند به بهبود پایدار منجر شود.

در بخش شرایط مداخله‌گر، محدودیت منابع، موازی‌کاری نهادی، ضعف حکمرانی اجتماعی و بومی‌نبودن برنامه‌ها از عوامل کاهش اثربخشی حمایت‌ها بودند. این نتیجه با یافته‌های Aynevand و همکاران همخوان است که تأکید کردند کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت تأثیر نحوه ارائه خدمات، دسترسی، هزینه مشارکت، ارتباطات و سیاست‌های اجتماعی قرار دارد (Aynevand et al., 2023). برنامه‌ای که با نیازهای واقعی، فرهنگ محلی و بازار کار منطقه سازگار نباشد، حتی در صورت برخورداری از منابع، ممکن است نتیجه‌پایداری ایجاد نکند. همچنین، رویکرد دولت رفاه بر ضرورت هماهنگی میان سیاست‌های درآمدی، سلامت، مسکن، آموزش و اشتغال تأکید دارد (Raphael & Bryant, 2004).

(Bryant, 2004). از این رو، پراکندگی مسئولیت‌ها و نبود مدیریت یکپارچه می‌تواند زنان را میان سازمان‌های متعدد سرگردان کرده و اعتماد آنان به نهادها را کاهش دهد.

توانمندسازی اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی از راهبردهای اصلی استخراج‌شده بود. یافته‌ها نشان دادند که مهارت‌آموزی باید با نیاز بازار کار، تأمین سرمایه، مشاوره، بازاریابی و حمایت پس از اشتغال همراه شود. این نتیجه با دیدگاه Narayan همسو است که توانمندسازی زنان را حاصل ترکیب آموزش، فناوری، منابع اقتصادی، سازمان‌های محلی و افزایش قدرت تصمیم‌گیری می‌داند (Narayan, 2020). همچنین، یافته Alyahya و همکاران مبنی بر ارتباط قدرت انتخاب و کنترل زنان بر تصمیم‌های زندگی با کیفیت زندگی مطلوب‌تر، اهمیت تقویت عاملیت زنان را تأیید می‌کند (Alyahya et al., 2019). بنابراین، توانمندسازی نباید فقط به معنای کسب درآمد باشد، بلکه باید افزایش اعتماد به نفس، استقلال، مشارکت و قدرت تصمیم‌گیری را نیز در بر گیرد.

در نهایت، پیامدهای استخراج‌شده، به‌ویژه بازتولید فقر بین‌نسلی، از مهم‌ترین نتایج پژوهش بودند. فقر مادران می‌تواند از طریق ترک تحصیل، ورود زود هنگام فرزندان به بازار کار، ازدواج زود هنگام، تغذیه نامناسب و محدودیت دسترسی به فرصت‌ها به نسل بعد منتقل شود. این یافته با رویکرد قابلیت‌سازگار است؛ زیرا محرومیت والدین، قابلیت‌های فرزندان برای دستیابی به آموزش، سلامت و مشارکت را نیز محدود می‌سازد (Sen, 2011). در نتیجه، حمایت از زنان سرپرست خانوار تنها مداخله‌ای فردمحور نیست، بلکه اقدامی برای کاهش نابرابری اجتماعی و جلوگیری از تداوم فقر در نسل آینده است. برآیند یافته‌ها نشان می‌دهد که ارتقای پایدار کیفیت زندگی این زنان مستلزم گذار از منطق حمایت جبرانی به نظامی جامع، بومی، هماهنگ و توانمندساز است که ابعاد اقتصادی، روانی، اجتماعی، آموزشی و مسکونی زندگی آنان را به‌طور هم‌زمان پوشش دهد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست، داده‌ها از طریق مصاحبه با مدیران، کارشناسان و مددکاران کمیته امداد گردآوری شد و زنان سرپرست خانوار به‌طور مستقیم در میان مشارکت‌کنندگان اصلی قرار نداشتند؛ از این رو، یافته‌ها بیشتر بازتاب‌دهنده برداشت کنشگران نهادی از وضعیت این زنان است. دوم، پژوهش در محلات حاشیه‌نشین شهر گرگان انجام شد و ویژگی‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی این شهر ممکن است قابلیت انتقال یافته‌ها به سایر مناطق را محدود کند. سوم، حساسیت موضوعاتی مانند فقر، خشونت، ناکارآمدی نهادی و مشکلات خانوادگی ممکن است بر میزان صراحت پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان اثر گذاشته باشد. همچنین، ماهیت کیفی پژوهش امکان تعیین میزان شیوع هر یک از مقوله‌ها یا بررسی روابط آماری میان آنها را فراهم نمی‌کرد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، تجربه زیسته خود زنان سرپرست خانوار، فرزندان آنان و نمایندگان سازمان‌های مردم‌نهاد نیز بررسی شود تا امکان مقایسه دیدگاه‌های فردی و نهادی فراهم آید. انجام پژوهش‌های کیفی مشابه در شهرها، استان‌ها و بافت‌های فرهنگی متفاوت می‌تواند به ارزیابی قابلیت انتقال الگوی به‌دست‌آمده کمک کند. همچنین، طراحی پژوهش‌های آمیخته برای سنجش کمی مقوله‌های استخراج‌شده و بررسی روابط میان فقر، سلامت روان، سرمایه اجتماعی، کیفیت مسکن و اعتماد نهادی پیشنهاد می‌شود. انجام مطالعات طولی نیز می‌تواند تغییرات کیفیت زندگی زنان را پس از دریافت خدمات توانمندسازی، اشتغال یا حمایت مسکن بررسی کند. افزون بر این، ارزیابی اثربخشی برنامه‌های موجود و مقایسه الگوهای حمایتی نهادهای مختلف می‌تواند شواهد عملی دقیق‌تری برای اصلاح سیاست‌ها فراهم سازد.

در حوزه عمل، ضروری است برنامه‌های حمایتی از پرداخت مستمری و کمک‌های کوتاه‌مدت فراتر روند و بر ایجاد اشتغال پایدار، آموزش مهارت‌های متناسب با بازار محلی، تأمین سرمایه اولیه، بازاریابی محصولات و پشتیبانی مستمر تمرکز کنند. ارائه خدمات روان‌شناختی، مشاوره خانوادگی، آموزش مهارت‌های زندگی و تشکیل گروه‌های همیار باید در کنار برنامه‌های اقتصادی قرار گیرد. حمایت تحصیلی از فرزندان، پیشگیری از ترک تحصیل و ازدواج زود هنگام، تأمین مسکن ایمن و بهبود زیرساخت‌های محلات حاشیه‌نشین نیز باید در اولویت باشد. ایجاد نظام مدیریت یکپارچه میان کمیته امداد، بهزیستی، شهرداری، مراکز سلامت، نهادهای آموزشی و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌تواند از موازی‌کاری

جلوگیری کند. همچنین، طراحی برنامه‌های محلی برای کاهش انگ اجتماعی، افزایش مشارکت زنان و بازسازی منزلت اجتماعی آنان می‌تواند به ارتقای اعتماد، عاملیت و کیفیت زندگی این گروه کمک کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

Extended Abstract

Introduction

Quality of life has become a central concept in sociology, social welfare, public policy, and studies of vulnerable populations. It is a multidimensional construct encompassing material conditions, physical and mental health, social relationships, perceived security, dignity, autonomy, participation, and the ability to pursue valued life goals. From a sociological perspective, quality of life cannot be understood solely as an individual evaluation of satisfaction or well-being; rather, it is shaped by the distribution of resources, institutional performance, social inequalities, cultural expectations, and power relations. Individuals' perceptions of their lives emerge within particular social contexts, and therefore their quality of life reflects both objective living conditions and the meanings they assign to those conditions (Mokhtari & Nazari, 2010; Ritzer, 2016).

Female-headed households constitute one of the social groups whose quality of life is especially affected by the interaction of economic, familial, psychological, and institutional pressures. Women become household heads for various reasons, including divorce, widowhood, abandonment, migration, incarceration, addiction, illness, or disability of a spouse. In such circumstances, women frequently assume responsibility for income generation, childrearing, emotional care, household management, and decision-making simultaneously. Although the assumption of multiple roles may enhance independence and agency in some cases, it often creates role overload, chronic fatigue, psychological strain, and economic insecurity when adequate familial and institutional support is unavailable (Ghaffari, 2004). The quality of life of these women should therefore

be examined within the broader context of gendered divisions of labor, unequal access to employment, limited social protection, and the burden of unpaid care work.

Evidence from Iranian studies suggests that female-headed households generally experience lower levels of socioeconomic security and quality of life than other women. Their access to stable employment is often restricted by low educational attainment, inadequate occupational skills, childcare responsibilities, and gender discrimination in the labor market. Consequently, many are concentrated in informal, temporary, low-paid, and uninsured jobs. Socioeconomic status, employment security, education, and income have been shown to be significantly associated with the physical, psychological, and social dimensions of quality of life among female-headed households (Vaisani et al., 2014). Comparative findings have similarly indicated that female-headed households experience poorer quality of life than women living in more stable household structures, particularly in relation to health, social support, economic security, and satisfaction with living conditions (Babaei et al., 2023).

The deprivation experienced by female-headed households is not limited to insufficient income. It also includes restricted access to education, healthcare, adequate housing, social participation, occupational opportunities, and decision-making power. Sen's capability approach conceptualizes poverty as the deprivation of substantive freedoms and capabilities required to live a life that individuals have reason to value (Sen, 2011). From this perspective, the quality of life of female-headed households depends not only on the resources they receive but also on their ability to convert those resources into meaningful opportunities. Qualitative research on women's quality of life has likewise emphasized that a good life should be understood through context-specific capabilities such as safety, bodily health, social respect, supportive relationships, independence, participation, and control over important life decisions (Greco et al., 2015).

Gender relations also influence the quality of life of female-headed households. Sociological theories of gender emphasize that women's disadvantages are reproduced through institutional structures, cultural norms, family relations, and unequal labor-market arrangements (Ritzer, 2016). Bourdieu's account of masculine domination further explains how unequal access to economic, cultural, social, and symbolic capital can normalize women's subordinate positions and restrict their life choices (Bourdieu, 2013). Female-headed households may therefore experience not only material deprivation but also social stigma, reduced credibility, distrust, symbolic exclusion, and diminished social status. Studies of the lived experiences of female-headed households in Iran have identified social subordination, institutional neglect, unstable income, limited support, discrimination, and feelings of helplessness as central features of their everyday lives (Amirpanahi & Namian, 2024). Their narratives also show that financial pressure, social judgment, multiple responsibilities, restricted relationships, and anxiety about their children's future function as major barriers to happiness and life satisfaction (Azadeh et al., 2015).

Mental health is another major component of quality of life among female-headed households. Persistent concerns about housing, employment, food, healthcare, and children's education may intensify anxiety, depression, loneliness, and hopelessness. At the same time, poor mental health can reduce women's capacity for employment, problem-solving, parenting, social interaction, and effective use of available support. This creates a reciprocal cycle in which poverty weakens psychological well-being, while psychological distress further reduces the ability to escape deprivation. Previous research has confirmed a significant relationship between mental health and quality of life among female-headed households (Amirinejad et al., 2021). Similar evidence from caregiving research suggests that long-term care responsibilities and gendered expectations can progressively reduce women's physical and psychological quality of life (Chiu et al., 2008; Tümkaya et al., 2024).

The vulnerability of female-headed households becomes more pronounced during economic and social crises. Evidence from the COVID-19 pandemic showed that female-headed households were more exposed to food

insecurity than male-headed households because they often possessed fewer assets, less stable employment, and weaker adaptive resources (Akalu & Wang, 2023). Domestic violence and unsafe family environments may further undermine women's physical health, mental well-being, social relationships, and perceived security (Lucena et al., 2017). However, identifying vulnerable women or screening them for violence is insufficient when it is not accompanied by coordinated legal, psychological, medical, and social services (Nelson et al., 2012). These findings underline the need for integrated rather than fragmented interventions. Empowerment has consequently been proposed as a central strategy for improving women's quality of life. Effective empowerment should include access to vocational training, technology, financial resources, local organizations, social networks, markets, and decision-making opportunities (Narayan, 2020). Studies in Iran have shown that employment loans may improve quality of life and life satisfaction when they generate sustainable economic activity (Khatibi & Khezraei, 2025). Social marketing approaches also suggest that the accessibility, acceptability, communication, cost, and local relevance of support programs influence their effectiveness (Aynevand et al., 2023). Furthermore, women's autonomy and control over personal and health-related decisions are positively associated with quality of life (Alyahya et al., 2019). At the structural level, welfare-state arrangements, social protection, housing policy, healthcare access, and income security can substantially shape women's well-being (Raphael & Bryant, 2004). When family, labor-market, health, educational, and welfare institutions fail to perform their supportive functions, the burden of maintaining household stability becomes concentrated on women themselves (Etemadifard, 2010). Despite the value of previous quantitative and qualitative studies, limited research has examined how contextual conditions, causal factors, institutional constraints, strategies, and consequences interact to shape the quality of life of female-headed households in marginalized urban neighborhoods. The present study therefore sought to develop a sociological explanation of the quality of life of female-headed households supported by the Imam Khomeini Relief Foundation in the marginalized neighborhoods of Gorgan.

Materials and Methods

This study adopted a qualitative approach using grounded theory based on the Strauss and Corbin paradigm. The research population consisted of managers, experts, and social workers affiliated with the Imam Khomeini Relief Foundation in Gorgan who had direct professional experience with female-headed households residing in marginalized neighborhoods. Participants were initially selected through purposive sampling and subsequently through theoretical sampling. Data collection continued until theoretical saturation was achieved. Data were gathered through in-depth, semi-structured interviews. The interview questions focused on participants' perceptions of the living conditions of female-headed households, the principal factors influencing their quality of life, the limitations of current support systems, the strategies considered effective for improving their circumstances, and the consequences of maintaining the existing conditions. Interviews were analyzed through the constant comparative method. Open coding was used to identify initial concepts, axial coding was applied to organize concepts into related categories, and selective coding was used to integrate the categories around the central phenomenon. The final paradigmatic model included contextual conditions, causal conditions, intervening conditions, strategies, and consequences.

Findings

The analysis indicated that the quality of life of female-headed households was a multidimensional and unstable phenomenon shaped by the interaction of economic, social, cultural, psychological, residential, and institutional factors. The central phenomenon was characterized by livelihood insecurity, psychological erosion, limited life choices, diminished control over everyday decisions, weakened social dignity, and continuous concern about children's futures.

The contextual conditions included residence in marginalized neighborhoods, limited human capital, family instability, and a psychological poverty trap. Marginalized neighborhoods were characterized by inadequate

urban infrastructure, poor-quality housing, restricted access to health, educational, and welfare services, environmental insecurity, and distance from stable employment opportunities. Limited human capital included low levels of education, inadequate occupational skills, weak financial literacy, and limited awareness of available employment opportunities. Family instability involved divorce, widowhood, addiction or illness of a spouse, weakened kinship support, and the simultaneous responsibility for livelihood provision and childcare. The psychological poverty trap was reflected in helplessness, reduced self-confidence, normalization of deprivation, restricted future expectations, and declining motivation to change existing circumstances.

The main causal conditions were economic instability, livelihood crisis, housing insecurity, poor physical health, and psychological deterioration. Participants described unemployment, informal work, irregular income, absence of insurance, increasing living costs, and dependence on welfare allowances as direct causes of reduced quality of life. Livelihood pressures forced women to prioritize children's basic needs while neglecting their own nutrition, healthcare, rest, and personal development. Housing problems included high rents, frequent displacement, overcrowding, deteriorated buildings, and the absence of residential security. Chronic illness, delayed treatment, poor nutrition, and physical exhaustion further reduced women's employment capacity. Psychological consequences included anxiety, depression, loneliness, hopelessness, chronic stress, and emotional exhaustion.

The intervening conditions consisted of limited organizational resources, weak social governance, inadequate interinstitutional coordination, insufficient localization of policies, and ineffective empowerment programs. Existing allowances and services were described as insufficient and primarily focused on immediate subsistence. Parallel institutional activities, unclear division of responsibilities, weak monitoring, and the absence of integrated information systems reduced the efficiency of interventions. Standardized policies often failed to correspond to the economic and cultural characteristics of marginalized neighborhoods in Gorgan. Vocational programs were also considered ineffective when they were short-term, disconnected from the local labor market, unsupported by start-up capital, and lacking follow-up, marketing, or sales assistance.

The principal strategies identified in the data included economic empowerment, mental health promotion, educational support for children, reconstruction of social dignity, strengthening of social capital, improvement of housing conditions, and integrated institutional management. Economic empowerment involved labor-market-oriented training, development of sustainable employment, support for microenterprises and home-based businesses, financial literacy education, access to initial capital, and connection to markets. Mental health strategies included continuous counseling, life-skills training, stress management, resilience enhancement, and peer-support groups. Educational strategies focused on preventing school dropout, early marriage, and premature entry into the labor market. Social strategies included reducing stigma, strengthening women's self-respect, increasing local participation, and developing neighborhood-based support networks. The consequences of maintaining the existing conditions included declining mental health, intergenerational reproduction of poverty, chronic economic dependency, weakened social capital, diminished social identity, institutional distrust, unsafe employment, debt cycles, and reduced hope for the future. The findings demonstrated that poverty among female-headed households was not simply an economic condition but a structurally reproduced form of multidimensional deprivation.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that the quality of life of female-headed households in marginalized neighborhoods is produced through the accumulation and interaction of multiple disadvantages. Economic instability emerged as a central force, but its effects were intensified by poor housing, weak health, restricted employment opportunities, family instability, limited social support, and institutional fragmentation. The results therefore reject interpretations that reduce the problem to insufficient income alone.

The paradigmatic model also indicates that contextual and institutional factors shape women's ability to respond to hardship. Even when women receive financial assistance or vocational training, the absence of stable markets, childcare, healthcare, housing security, psychological support, and coordinated services limits the practical value of such interventions. This explains why short-term assistance may alleviate immediate hardship without producing lasting improvements in quality of life.

A major implication of the findings is that empowerment should be understood as a multidimensional process. Sustainable economic activity requires not only training or credit but also psychological readiness, social support, market access, institutional follow-up, and the capacity to make autonomous decisions. Similarly, mental health interventions are unlikely to be fully effective while women remain exposed to severe housing, employment, and livelihood insecurity. Economic and psychosocial interventions should therefore be designed as mutually reinforcing components of a unified support system.

The findings further show that the consequences extend beyond individual women. Children's education, health, occupational prospects, and social mobility are directly affected by household deprivation. School dropout, early employment, and early marriage may transmit disadvantage to the next generation. Improving the quality of life of female-headed households is therefore not only a welfare obligation but also a strategy for reducing intergenerational poverty and broader social inequality.

In conclusion, improving the quality of life of female-headed households in the marginalized neighborhoods of Gorgan requires a transition from short-term compensatory assistance to localized, coordinated, gender-sensitive, and empowerment-oriented policies. Such policies should simultaneously address livelihood security, stable employment, mental health, housing, educational support for children, social dignity, and community participation. Effective coordination among welfare organizations, municipalities, health services, educational institutions, and civil society organizations is essential for preventing duplication and ensuring continuity of care. Only through integrated and context-sensitive interventions can the cycle of poverty, dependency, psychological erosion, and institutional distrust be disrupted.

References

- Akalu, L. S., & Wang, H. (2023). Does the Female-Headed Household Suffer More than the Male-Headed from COVID-19 Impacts on Food Security? Evidence from Ethiopia. *Journal of Agriculture and Food Research*, 12, 100563. <https://doi.org/10.1016/j.jafr.2023.100563>
- Alyahya, M. S., Hijazi, H. H., Alshraideh, H. A., Al-Sheyab, N. A., Alomari, D., Malkawi, S., Qassas, S., Darabseh, S., & Khader, Y. S. (2019). Do Modern Family Planning Methods Impact Women's Quality of Life? Jordanian Women's Perspective. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 154. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1226-6>
- Amirinejad, A., Vaisani, Y., & Kazemini, L. (2021). The Relationship between Quality of Life and Mental Health among Female-Headed Households. *Journal of Psychosocial Injuries*, 1(1), 11-29.
- Amirpanahi, M., & Namian, F. (2024). Understanding the Lived Experience of Social Subordination among Female-Headed Households. *Social Welfare Quarterly*, 24(92), 9-43.
- Aynevand, S., Delavar, A., Mozaffari, A., & Majidi Ghahroudi, N. (2023). Improving the Quality of Life of Female-Headed Households Based on Social Marketing Components. *Innovation and Creativity in the Humanities*, 12(1), 1-24.
- Azadeh, A., Tafteh, M., & Tafteh, M. (2015). Narratives of Female-Headed Households about Barriers to Happiness: A Case Study in Tehran. *Women and Family Studies*, 3(2), 33-60.
- Babaei, K., Roshanai, A., & Jamali Ashtiani, H. (2023). Comparing the Quality of Life of Female-Headed Households and Other Women in Harsin County. *Journal of the Faculty of Medical Sciences*, 66(2), 313-338.
- Boghossian, P. (2016). *Fear of Knowledge* (Y. Mirdamadi, Trans.). Kargadan Publishing.
- Bourdieu, P. (2013). *Masculine Domination* (N. Fakouhi, Trans.). Ney Publishing.
- Chiu, Y. W., Moore, R. W., Hsu, C. E., Huang, C. T., Liu, H. W., & Chuang, H. Y. (2008). Factors Influencing Women's Quality of Life in the Later Half of Life. *Climacteric*, 11(3), 201-211. <https://doi.org/10.1080/13697130802056676>

- Etemadifard, M. (2010). Parsons: From the Voluntaristic Theory of Action to the Social System—A Review of Parsons's Theoretical Efforts toward Social Explanation. *Culture and Communication*, 1(2).
- Ghaffari, M. (2004). Multiple Roles of Female-Headed Households: Opportunities and Challenges. *Women's Studies Quarterly*, 5.
- Greco, G., Skordis-Worrall, J., Mkandawire, B., & Mills, A. (2015). What Is a Good Life? Selecting Capabilities to Assess Women's Quality of Life in Rural Malawi. *Social Science & Medicine*, 130, 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.002>
- Khatibi, A., & Khezraei, P. (2025). Comparing Quality of Life and Life Satisfaction among Loan-Recipient and Non-Recipient Female-Headed Households. *Strategic Research on Social Problems*, 14(3), 81-106.
- Lucena, K. D. T., Vianna, R. P. T., Nascimento, J. A., Campos, H. F. C., & Oliveira, E. C. T. (2017). Association between Domestic Violence and Women's Quality of Life. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2901. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>
- Mokhtari, M., & Nazari, J. (2010). *Sociology of Quality of Life*. Jame'ehshenasan Publishing.
- Narayan, D. (2020). Women's Empowerment for Improving Quality of Life: The Role of Technology and Local Organizations. *International Journal of Social Development*, 35(2), 123-145. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02555-7>
- Nelson, K. K., Borkan, J. B., & Valente, C. A. (2012). Effect of Computerized Screening for Partner Violence on Women's Health: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 308(7), 681-689. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.9499>
- Raphael, D., & Bryant, T. (2004). The Welfare State as a Determinant of Women's Health: Support for Women's Quality of Life in Canada and Four Comparison Nations. *Health policy*, 68(1), 63-79. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.07.002>
- Ritzer, G. (2016). *Sociological Theories* (H. Naeibi, Trans.). Ney Publishing.
- Sen, A. (2011). *The Idea of Justice* (V. Mahmoudi & H. Homayounpour, Trans.). Kandokav Publishing.
- Tümkeya, M. N., Salameh, T., & Seven, M. (2024). Quality of Life of Caregivers of Female Patients Receiving Cancer Treatment in Turkey. *International Journal of Gynecological Cancer*, 34(Suppl. 1), A427. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2024-ESGO.838>
- Vaisani, Y., Delpisheh, A., Sayehmiri, K., Shahbazi, N., Naderi, Z., & Sohrabnejad, A. (2014). The Association between Quality of Life and Socioeconomic Status among Female-Headed Households. *Social Work*, 3(1), 27-33.