ارتباط وضعیت اقتصادی- اجتماعی با سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار

نسرین شهبازی[۱]، یوسف ویسانی[۲]، علی دل پیشه[۳]، کورش سایه میری[۳]، زهرا نادری[۴]، علی سهراب نژاد[۵]، شهرام مامی[۱*]

۱) گروه روان شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
۲) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۳) مرکز تحقیقات پیشگیری ازآسیب های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۴) پژوهشگر سازمان بهزیستی استان ایلام، ایلام، ایران
۵) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۳/۶/۱

چکیده

مقدمه: زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیشتری را نسبت به مردانی که سرپرست خانوار هستند تجربه می کنند. اطلاعات بسیار کمی در ارتباط با وضعیت سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار در سراسر کشور وجود دارد. بنا بر این مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام انجام گرفته است.

مواد و روش ها: مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام و حجم نمونه ۷۵۰ نفر از آنان بود. ابزار جمع آوری داده در این مطالعه شامل پرسش نامه های اطلاعات اقتصادی، اجتماعی و سلامت عمومی(GHQ–28) بود. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار آماری SPSS vol.16 و با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی مانند میانگین، انحراف معیار و آنالیز رگرسیون لجستیک انجام شد. معنی داری در این مطالعه $P<0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش: نمونه شامل ۷۵۰ نفر می باشد که در نهایت ۷۰۸ نفر با میزان پاسخ دهی ۹۴/۴ درصد پرسش نامه ها را تکمیل نمودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده ۱۹/۸۸±۵۳/۳ بود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر ۷۹/۸ درصد از زنان شرکت کننده در مطالعه از سلامت عمومی برخوردار نبودند. سن($P=0.004$)، افزایش زمان تحت پوشش بودن($P=0.001$) و وجود بیماری تشخیص داده شده($P=0.001$) در آنالیز رگرسیون لجستیک مهم ترین متغیرهای پیش بینی کننده سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار بود.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس نتایج مهم ترین دلایل تاثیرگذار بر سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار کمی سواد، وضعیت اقتصادی نامطلوب و داشتن بیماری های مزمن بود. لذا لزوم توجه بیشتر به این قشر جامعه که از نظر سلامت عمومی در سطح پایین تری از سایر اقشار جامعه هستند نیاز به برنامه ریزی و تلاش همگانی دارد.

واژه‌های کلیدی: زنان سرپرست خانوار، سلامت عمومی، ایلام

* **نویسنده مسئول:** گروه روان شناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

Email: shahram.mami@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

تحقیقات صورت گرفته نشان می دهد که امروزه ۶۰ درصد زنان جهان نان آور خانه هستند(۱)، و حدود ۳۷/۵ درصد آنان سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند(۲). شاخص های آماری نشان می دهد که تعداد زنان سرپرست خانوار در کشور ما نیز رو به افزایش است. در طول سه دهه اخیر در سال های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۴/۷، ۷/۷ و ۹/۴ درصد از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده اند و این نسبت در سال ۹۰ به ۱۲ درصد رسیده است(۳)، و طی سال های ۸۵-۷۵ هر ساله تعداد ۶۰ هزار و سیصد نفر به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده است(۴). این روند اکنون نیز ادامه دارد(۵).

زنان سرپرست خانوار از همان زمان که همسر خود را به هر دلیلی از دست می دهند مجبور به ایفای نقش های چندگانه ای می شوند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل با منزلت، مجبور به اشتغال در مشاغل حاشیه ای، نیمه وقت، غیررسمی و کم درآمد می گردند(۶). زنان سرپرست خانوار فعال از نظر اقتصادی در جمعیت شهری و روستایی به ترتیب ۹۶ درصد و ۹۷/۴ درصد است. این میزان برای کل زنان کشور ۸/۱ درصد شهری و ۱۰/۷ درصد روستایی است که بالاترین نرخ اشتغال در بین کل زنان کشور را دارند(۷)، که این به دلیل شرایط خاص زندگی و ضرورت پاسخ گویی به نیازهای اعضای خانوار می باشد که البته اکثر این مشاغل موقتی و بدون پشتوانه بیمه ای و به صورت غیررسمی هستند(۸). نتایج یک پژوهش در شهر تهران نشان داد که سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار با مشاغل خدماتی بهتر از زنان سرپرست بدون شغل بوده است(۹).

روان شناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی، روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیشتری را نسبت به سایر زنان تجربه می کنند و احتمال ابتلاء به بیماری های روانی در زنانی که طلاق گرفته اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند از متاهلین و کسانی که تنها زندگی می کنند بیشتر است(۱۰). در پژوهشی که به منظور بررسی سلامت عمومی زنان سرپرست در تهران انجام شده بود ۷۲ درصد از شرکت کنندگان از سلامت عمومی کامل برخوردار نبودند(۱۱)، و این بسیار بیشتر از مطالعه ای است که بر روی جمعیت بالای ۱۵ سال انجام شده است(۱۲).

به همین دلیل توجه به سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان های حمایتی کاملاً ضروری به نظر می رسد و می تواندکمک شایانی به سیاست گذاران و برنامه ریزان عرصه های حمایتی و اجتماعی جهت برنامه ریزی های منسجم و پربار جهت بهبود وضعیت این گروه آسیب پذیر کند. لذا این پژوهش با هدف تعیین ارتباط سلامت عمومی و متغیرهای اقتصادی-اجتماعی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام انجام شده است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی-تحلیلی و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام بود. نمونه ۷۵۰ نفری از زنان با استفاده از روش نمونه گیری سهمیه ای و با انتخاب تصادفی سیستماتیک توسط شماره هر فرد انجام شد. در ابتدا به هر کدام از شهرستان های استان سهمیه ۲۵ درصدی اختصاص داده شد و سپس به صورت تصادفی شرکت کنندگان انتخاب گردیدند. متغیرهای مورد بررسی پرسش نامه های معتبر شامل پرسش نامه بررسی وضعیت اقتصادی-اجتماعی و پرسش نامه GHQ–28 برای بررسی سلامت عمومی بود. اطلاعات جمع آوری شده در پرسش نامه وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر اساس خوداظهاری و درآمد ماهیانه شرکت کنندگان تکمیل گردید و از آزمون GHQ–28 جهت ارزیابی وضعیت سلامت روانی استفاده شد(۱۳). پرسش نامه گلدبرگ شامل ۲۸ سوال در چهار حیطه ۷ سوالی است. در این مطالعه نمره گذاری به روش لیکرت و به این صورت بود که حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۳ در نظر گرفته شد. نمره ۲۳ و بالاتر از آن در کل آزمون نشان دهنده مشکوک بودن سلامت روان و پایین تر از آن نشانه سلامت روانی در نظر گرفته شد(۱۳). هم چنین برای هر کدام از مقیاس های نقش جسمانی، اضطراب و بی خوابی، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی از نقط برش ۷ استفاده شد و نمره بیشتر از ۷ در هر کدام از حیطه ها به عنوان مشکوک بودن سلامت روان در آن حیطه در نظر گرفته شد(۱۳). معیار ورود به مطالعه سرپرست خانوار بودن در زمان تکمیل پرسش نامه و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه عدم همکاری در تکمیل پرسش نامه و عدم حضور در پی دو بار مراجعه بود. پرسش نامه ها به صورت حضوری بعد از کسب رضایت آگاهانه و با کمک کارشناسان آموزش دیده به مدت ۶ ماه تکمیل گردید. داده ها پس از جمع آوری و کدگذاری با نرم افزار SPSS vol.16 و به وسیله

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری در این مطالعه $\alpha<\%5$ در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش

نمونه شامل ۷۵۰ نفرمی باشد که در نهایت ۷۰۸ نفر با میزان پاسخ دهی ۹۴/۴ درصد پرسش نامه ها را تکمیل نمودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده ۱۹/۸۸±۵۳/۳، میانگین و انحراف معیار مدت زمان تحت پوشش بودن ۸/۱۰±۱۰/۲۲ سال و میانگین و انحراف معیار تعداد افراد تحت سرپرستی ۱/۴۱±۲/۱۳ نفر بود. از بین شرکت کنندگان در مطالعه ۴۳/۶ درصد ساکن روستا و از نظر شغلی ۸۳ درصد آنان فاقد هر گونه شغل ثابتی بودند. فراوانی و درصد فراوانی علت از دست دادن همسر، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و وضعیت مسکن به تفکیک در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

مدت زمان تحت پوشش بودن با اختلال در کارکرد اجتماعی شرکت کنندگان($P=0.026$) و هم چنین با بروز افسردگی در شرکت کنندگان ارتباط داشت($P=0.023$) و با افزایش مدت زمان تحت پوشش نمره سلامت عمومی کاهش پیدا کرده است. ارتباط متغیرهای کمی در مطالعه شامل سن شرکت کنندگان، مدت زمان تحت پوشش بودن و تعداد افراد تحت سرپرستی با سالم و مشکوک از نظر سلامت عمومی مورد بررسی قرار گرفت و بر این اساس از بین سه عامل، سن شرکت کنندگان با نمره کلی سلامت عمومی ارتباط داشت($P\leq0.001$) و نشان داد که با افزایش سن زنان سرپرست خانوار سلامت عمومی در آنان کاهش پیدا می کند.

جدول شماره ۱. فراوانی متغیرهای مورد بررسی در زنان سرپرست خانوار.

متغیر				فراوانی(درصد)
وضعیت تاهل	بدون همسر	دارای همسر(خودسرپرست)		۱۳۲(۱۸)
		جدا شده	فوت همسر	۳۲۵ (۴۵)
			طلاق	۲۱۰(۳۰)
			متارکه	۳۴ (۵)
		مجرد		۷ (۲)
سطح تحصیلات	بی سواد			۴۰۵(۵۷/۲)
	ابتدایی			۱۷۰(۲۴)
	راهنمایی			۶۷(۹/۵)
	دیپلم			۵۰(۷/۱)
	دانشگاهی			۱۶(۲/۳)
وضعیت اقتصادی	ضعیف			۳۴۵(۴۸/۷)
	متوسط			۳۴۸(۴۹/۲)
	خوب			۱۵(۲/۱)
وضعیت مسکن	شخصی			۴۴۵ (۶۴)
	اجاره نشین			۱۸۰(۲۵)
	زندگی با اقوام			۸۳(۱۱)

نمره کلی سلامت عمومی شرکت کنندگان با محل زندگی آن ها در شهر یا روستا ارتباط داشت($P=0.029$) و شرکت کنندگانی که در روستا زندگی می کردند دارای سلامت عمومی بهتری بودند. نمره کلی سلامت عمومی با علت جدا شدن زنان سرپرست خانوار مرتبط بود($P=0.007$). پایین ترین میزان نمره سلامت عمومی مربوط به زنانی است که به علت طلاق از همسرانشان جدا شده اند در نتیجه بالاترین میزان سلامت عمومی مربوط به این زنان است(جدول شماره ۲). از نظر میزان تحصیلات شرکت کنندگان بیشترین و کمترین میزان به ترتیب ۵۷/۲ درصد بی سواد و تنها ۲/۳ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. سواد پایین شرکت کنندگان با کاهش نمره نقش جسمانی سلامت عمومی($P=0.004$) ارتباط دارد(جدول شماره ۳).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

جدول شماره ۲. ارتباط ابعاد سلامت عمومی و نمره کلی سلامت عمومی با علت جدا شدن از همسران در شرکت کنندگان در مطالعه.

ابعاد	سلامت عمومی	علت جدا شدن						P
		فوت همسر		طلاق		متارکه		
		(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	
نقش جسمانی	سالم	۳۷/۳	۴۴	۴۰/۷	۴۸	۰/۸	۱	<۰/۰۰۱
	مشکوک	۵۹/۳	۲۰۸	۲۶/۵	۹۳	۱/۱	۴	
اضطراب و بی خوابی	سالم	۵۳/۲	۱۱۵	۲۷/۳	۵۹	۰/۵	۱	۰/۰۹
	مشکوک	۵۴/۲	۱۳۷	۳۲/۴	۸۲	۱/۶	۴	
اختلال در کارکرد اجتماعی	سالم	۵۱/۱	۲۳	۴۴/۴	۲۰	۰	۰	۰/۰۲۷
	مشکوک	۵۴/۰	۲۲۹	۲۸/۵	۱۲۱	۱/۲	۵	
افسردگی	سالم	۵۳/۷	۱۸۳	۳۰/۲	۱۰۳	۰/۶	۲	۰/۴۲۴
	مشکوک	۵۳/۹	۶۹	۲۹/۷	۳۸	۲/۳	۳	
نمره سلامت عمومی	سالم	۳۸/۲	۳۴	۳۷/۱	۳۳	۱/۱	۱	۰/۰۰۸
	مشکوک	۵۷/۴	۲۱۸	۲۸/۴	۱۰۸	۱/۱	۴	

جدول شماره ۳. ارتباط ابعاد سلامت عمومی و نمره کلی سلامت عمومی با میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار.

ابعاد	سلامت عمومی	میزان تحصیلات										P
		بی سواد		ابتدایی		راهنمایی		دیپلم		دانشگاهی		
		(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	
نقش جسمانی	سالم	۴۷/۳	۸۶	۲۸/۶	۵۲	۱۱	۲۰	۸/۲	۱۵	۴/۹	۹	۰/۰۰۴
	مشکوک	۶۰/۶	۳۱۹	۲۲/۴	۱۱۸	۸/۹	۴۷	۶/۷	۳۵	۱/۳	۷	
اضطراب و بی خوابی	سالم	۵۹/۳	۱۸۱	۲۴/۳	۷۴	۷/۲	۲۲	۶/۲	۱۹	۳	۹	۰/۲۹۱
	مشکوک	۵۵/۶	۲۲۴	۲۳/۸	۹۶	۱۱/۲	۴۵	۷/۷	۳۱	۱/۷	۷	
اختلال در کارکرد اجتماعی	سالم	۶۶/۷	۴۸	۲۵	۱۸	۶/۹	۵	۱/۴	۱	۰	۰	۰/۱۲۱
	مشکوک	۲۳/۹	۳۵۷	۲۳/۹	۱۵۲	۹/۷	۶۲	۷/۷	۴۹	۲/۵	۱۶	
افسردگی	سالم	۵۶/۹	۲۹۰	۲۴/۷	۱۲۶	۸/۸	۴۵	۷/۱	۳۶	۲/۵	۱۳	۰/۷۶۰
	مشکوک	۵۸/۱	۱۱۵	۲۲/۲	۴۴	۱۱/۱	۲۲	۷/۱	۱۴	۱/۵	۳	
نمره سلامت عمومی	سالم	۵۴/۵	۷۸	۲۶/۶	۳۸	۹/۱	۱۳	۶/۳	۹	۳/۵	۵	۰/۷۱۷
	مشکوک	۵۷/۹	۳۲۷	۲۳/۴	۱۳۲	۹/۶	۵۴	۷/۳	۴۱	۱/۹	۱۱	

بر اساس نتایج ۴۸/۷ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه وضعیت اقتصادی ضعیف و فقط ۲/۱ درصد آن ها دارای وضعیت اقتصادی خوب بودند. در بین چهار بعد سلامت عمومی دو بعد اختلال در کارکرد اجتماعی($P\leq0.001$) و افسردگی($P\leq0.001$) با وضعیت اقتصادی در زنان سرپرست خانوار ارتباط داشت به طوری که وضعیت اقتصادی بهتر سلامت عمومی بهتری را برای آنان رقم زده است(جدول شماره ۴). بر اساس نتایج مطالعه حاضر ۷۹/۸ درصد از زنان شرکت کننده در مطالعه از سلامت عمومی برخوردار نبودند. آنالیز رگرسیون لجستیک به منظور تهیه مدل پیش بینی کننده و تعیین عوامل موثر بر سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار استفاده شد. سلامت عمومی به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای سن، مدت زمان تحت پوشش بودن، تعداد افراد تحت سرپرستی، علت جدا شدن از همسران، بیماری تشخیص داده شده، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات و وضعیت مسکن وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند که در نهایت و با توجه حذف متغیرهای که از لحاظ آماری معنی دار نبودند مدل نهایی در این زمینه در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

جدول شماره ٤. ارتباط ابعاد سلامت عمومی و نمره کلی سلامت عمومی با وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان در مطالعه.

ابعاد	سلامت عمومی	وضعیت اقتصادی						P
		بد		متوسط		خوب		
		(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	
نقش جسمانی	سالم	۵۱/۶	۹۴	۴۶/۷	۸۵	۱/۶	۳	۰/۶۱۲
	مشکوک	۴۷/۷	۲۵۱	۵۰/۰	۲۶۳	۲/۳	۱۲	
اضطراب و بی خوابی	سالم	۴۱/۳	۱۲۶	۵۶/۴	۱۷۲	۲/۳	۷	۰/۰۰۳
	مشکوک	۵۴/۳	۲۱۹	۴۳/۷	۱۷۶	۲/۰	۸	
اختلال در کارکرد اجتماعی	سالم	۷۵/۰	۵۴	۲۳/۶	۱۷	۱/۴	۱	<۰/۰۰۱
	مشکوک	۴۵/۸	۲۹۱	۵۲	۳۳۱	۲/۲	۱۴	
افسردگی	سالم	۴۴/۳	۲۲۶	۵۳/۷	۲۷۴	۲	۱۰	<۰/۰۰۱
	مشکوک	۶۰/۱	۱۱۹	۳۷/۴	۷۴	۲/۵	۵	
نمره سلامت عمومی	سالم	۵۴/۵	۷۸	۴۳/۴	۶۲	۲/۱	۳	۰/۲۹۱
	مشکوک	۴۷/۳	۲۷۶	۵۰/۶	۲۸۶	۲/۱	۱۲	

مدت زمان تحت پوشش بودن با ضریب(β=-0.108) و بودن بیماری(β=-1.376) از عوامل مهم در کاهش نمره سلامت عمومی هستند و افزایش سن(β=0.031) باعث افزایش نمره و در نتیجه کاهش سلامت عمومی شده است.

میزان OR در متغیر سن(CI %95 OR:1.01-1.07) OR=1.032 نشان می دهد که در نتیجه سن بالا به عنوان یک متغیر برای کاهش سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار عمل کرده است.

جدول شماره ۵. مدل آماری رگرسیون لجستیک عوامل تعیین کننده نمره کلی سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار.

متغیر	β	df	P	OR	(CI 95%)
مقدار ثابت	۱/۲۲	۱	۰/۰۷۹	۳/۴۱	
سن	۰/۰۳	۱	۰/۰۱۳	۱/۰۳	۱/۰۱-۱/۰۷
مدت زمان تحت پوشش بودن	-۰/۱۰	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۸۴۹-۰/۹۴۸
نداشتن بیماری	-۱/۳۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۱۰۹-۰/۵۸۷

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی در چهار بعد نقش جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام انجام گرفت. در این مطالعه با افزایش سن نقش جسمانی سلامت عمومی به سمت افزایش شکایات و ناراحتی های جسمی میل می کند($P\leq0.001$). هم چنین مدت زمان تحت پوشش بودن با اختلال در کارکرد اجتماعی شرکت کنندگان ($P=0.026$) و بروز افسردگی ارتباط داشت که با نتیجه مطالعه‌های دیگر هماهنگی دارد(۳،۹،۱۱). شاید این یافته امری طبیعی به نظر برسد زیرا به طور طبیعی افزایش سن همراه با بروز بیماری و کاهش توانایی جسمی می باشد. سواد پایین در این مطالعه با کاهش نمره نقش جسمانی سلامت مرتبط بود. در مطالعه مشابه میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار با سلامت عمومی در ارتباط بود(۱۱). ولی در مطالعه حاضر نمره کلی سلامت عمومی با میزان تحصیلات مرتبط نبود. در این مطالعه شرکت کنندگانی که در روستا زندگی می کردند سلامت عمومی بهتری داشته اند. زندگی در شهرها باعث کاهش فرصت های شغلی برای زنان شده است(۱۴)، هر چند میزان اشتغال در مناسب دولتی برای زنان سرپرست خانوار ساکن شهرها بیشتر از روستا است(۷).

در بین چهار بعد سلامت عمومی، دو بعد اختلال در کارکرد اجتماعی($P\leq0.001$) و افسردگی($P\leq0.001$) با وضعیت اقتصادی در زنان سرپرست خانوار ارتباط قوی آماری داشت به طوری که وضعیت اقتصادی بهتر، سلامت عمومی بهتری را به دنبال داشته است. کاهش و رفع مشکلات اقتصادی زنان سرپرست خانوار از طریق استفاده از توانایی آنان که همراه با افزایش منزلت باشد می تواند به افزایش سلامت عمومی منجر شود(۱۳).

هم چنین بر اساس نتایج مطالعه بیشترین و کمترین فراوانی علت از دست دادن همسر در بین زنان سرپرست خانوار فوت همسر و متارکه به میزان ۵۷ درصد و ۶ درصد بود. نمره کلی سلامت عمومی با علت جدا شدن زنان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

سرپرست خانوار مرتبط بود($P=0.007$) که مطالعه مشابه هماهنگی دارد(۱۱).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر ۷۹/۸ درصد از زنان شرکت کننده در مطالعه از سلامت عمومی برخوردار نبودند در مطالعه مشابه که بر روی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران انجام شده بود ۷۷ درصد از سلامت روان کامل برخوردار نبودند که با نتایج مطالعه حاضر هماهنگی دارد(۴). از جمله محدودیت های مطالعه می توان به مستند نبودن بعضی متغیرهای مورد بررسی نظیر وضعیت مسکن و وضعیت اقتصادی اشاره کرد که بر اساس خوداظهاری زنان سرپرست مورد بررسی قرار گرفت و عدم اطمینان به موثر بودن نتایج تحقیق در زندگی آنان در مطالعه حاضر مشارکت کافی را نداشتند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر از مهم ترین دلایل تاثیرگذار بر سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار کمی سواد، وضعیت اقتصادی نامطلوب و داشتن بیماری های مزمن است. برنامه ریزی جهت کاهش این مشکلات می تواند در بهبود وضعیت سلامت عمومی زنان موثر باشد.

References

1.Hamidi F. Relationship between Social support and mental health among Female headed households employed a military university. J Milit Psychol 2010;1:51-60.

2.Gholipoor A, Rahimian A. Economic cultural and educational factors related to empowerment of head of household women.Soc welfare quart 2011;11:29-62.

3.Rezaei M,. Problems of female headed households in Sistan Baluchistan province, Iran. J Res Health 2013;3:452-7.

4.Kimiaee A. Methods Used for empowering head of household women. Soc welfare quart2011;11:63-92.

5.Foruzan S, Biglerian A. Head of household women: opportunities and challenges. Women Dev Politic. 2001;1:35-58.

6.Connell J, Brazier J, Ocathain A, Lloydjones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. Health Qual Life Outcome2012;22:138.

7.Shahande Kh, Bigi Z, Jamshidi E. Formation of women self help groups in the female headed households in 17 district of Tehran municipality: a step towards women empowerment. J Shahrekord Uni Med Sci 2005;8:31-6.

8.Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. Acta Psychiatr Scand Suppl 2006;429:46-50.

9.Bldaji A, Frozan A, Rafiee H. Quality of life for the welfare of women headed households and women working service. Quart J Soc Welf2010;11:9-28.

10.Pieters J. Education and household inequality change: a decomposition analysis for India. J Dev stud. 2010;47:1909-24.

11.Hossini A. Mental health survey of households covered by social welfare organizations Tehran. J Soc Res2009;2:117-37.

12.Khairabadi GR, Yousefi F. Study of mental health in people over 15 years old in Kordestan province. Sci J Kurdistan Uni Med Sci. 2002;6:34-8.

13.Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. Psychometric properties and factor structure of general health questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. J Res Behav Sci 2007;5:5-11.

14.Akinsola HA. The quality of life of families of female headed households in Botswana: a secondary analysis of case studies. Health Care Women Int 2002;237:761-72.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

Relationship between Socioeconomic Status and General Health in the Female-headed Households

Shahbazi N[1], Veisani Y[2], Delpisheh A[3], Sayehmiri K[3], Naderi Z[4], Sohrabnejad A[5], Mami S[1]*

(Received: April 4, 2014 Accepted: August 23, 2014)

Abstract

Introduction: Female-headed households have lots of financial and emotional problems, and experience stress and anxiety more than male-headed households. There is little information about general health status in Female-headed households in Iran. So the aim of this study was to determine general health status in Female-headed households under cover of Welfare Organization of Ilam Province.

Materials & Methods: 750 Female-headed households under cover of Welfare Organization of Ilam province participated in this descriptive-analytical study. In this study, the tool for collecting data included social-financial information, and general health questionnaires (GHQ - 28). Data analysis was conducted by SPSS statistical software ver.16, using descriptive-analytic statistics tests such as average, standard deviation, and logistic regression analysis. The significance rate in this study was considered as P<0.05.

Findings: From 750 Female-headed households contributing to the project, 708 people completed questionnaires (response rate 94%). The age average and SD (standard deviation) of participants was 53.3± 19.88. According to the results, 79.8% of participants had the low rate of general health. In logistic regression analysis, there were the most significant general health predictor variables in female-headed households, include the age of participants (p=0.004), increasing duration of coverage (p=0.001), diagnosed disease (p=0.001).

Discussion & Conclusions: According to the results, the most important causes affecting general health in female-headed households were illiteracy, inappropriate financial status, and having chronic illnesses. Since women-headed households have a lower level of general health than other classes of society. Therefore, increasing general health of this group requires planning and more effort.

Keywords: Female-Headed Households, General Health, Ilam.

1.Dept of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
2.Student Research Committee, Ilam University of Medical Science, Ilam, Iran
3.Prevention of Psychosocial Injuries Research Centre, Ilam University of Medical Science, Ilam, Iran
4.Researcher, Welfare Organization of Ilam Province, Ilam, Iran
5.Dept of Public Health, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
** Correspondin author Email: shahram.mami@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]