

بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی قم

دکتر عزت‌الله سام آرام / مریم امینی یخدانی

استاد دانشگاه علامه طباطبائی / دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

چکیده

مقاله حاضر به بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار می‌پردازد. هدف مقاله پاسخ به این سؤال است که آیا زنان سرپرست خانوار از سلامت برخوردار می‌باشند؟ وضعیت سلامت آنان چگونه است؟ پس از مطالعه و بررسی مبانی نظری مرتبط، با توجه به چندبعدی بودن سلامت، سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی مورد مطالعه و ارزیابی قرار گرفت و پرسشنامه‌ای از ترکیب پرسشنامه سلامت عمومی گلابرگ و سلامت اجتماعی کییز تدوین گردید.

جمعیت مورد مطالعه، تمامی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر قم می‌باشند که به شیوه نمونه‌گیری متناسب، ۱۸۱ نفر برای نمونه انتخاب گردید و به روش پیمایشی مورد مطالعه قرار گرفت.

پس از جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل آن، مشخص شد ۴۳ درصد زنان مورد مطالعه در بعد جسمانی از سلامت لازم برخوردار نبودند و در دو بعد روانی و اجتماعی نیز این وضعیت در حدود ۳۰ درصد آنان مشاهده گردید و می‌توان گفت: سلامت جسمی این زنان نسبت به دو بعد روانی و اجتماعی در وضعیت پایین‌تری قرار داشته است.

کلیدواژه‌ها: سلامت، زنان سرپرست خانوار.

مقدمه

زنان به عنوان نیمی از جمعیت می‌توانند نقشی سازنده و تأثیرگذار در روند پیشرفت، تکامل و توسعه جامعه داشته باشند، اما همواره در طی قرون متمادی علی‌رغم فعالیت در تمامی عرصه‌های مختلف تولید و بازتولید، مورد کم‌توجهی قرار گرفته‌اند. چه در درون چارچوب خانواده به لحاظ حقوقی - اقتصادی و چه در سطح جامعه، نسبت به نقش آنان عموماً بی‌توجهی صورت گرفته است. (پیران، ۱۳۷۶، ص ۱)

علاوه بر این، زنان به عنوان یکی از اقشار در معرض آسیب جوامع، بیش از سایرین در معرض تبعیض‌های اجتماعی و فشارهای روانی قرار می‌گیرند. در این میان، آن دسته از زنانی که به دلایلی، عهده‌دار مسئولیت‌های خانوادگی هستند در معرض آسیب بیشتری قرار دارند. این گروه، عموماً شامل زنان سرپرست خانوار، دختران و زنان خودسرپرست می‌باشند که در طی سال‌های اخیر تعداد آنها به علل متعدد، مانند بالارفتن میزان طلاق، کاهش میزان ازدواج، مرگ و میر، مهاجرت‌های داخلی و خارجی و... روند افزایشی داشته است. بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵، ۸/۴ درصد کل خانوارهای ایرانی را زنان سرپرستی می‌نمودند؛ بدین معنا که از هر ۱۲ خانوار کشور، یک خانوار توسط زنان اداره می‌شده است. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۱، ص ۱۰) این نسبت (نسبت ۸/۴ درصدی سال ۷۵) در سال ۸۵ به ۹/۴ درصد رسیده است. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵)

بنابراین، بخش عمده‌ای از این زنان همواره با مشکلات اقتصادی و اجتماعی - روانی ناشی از بی‌سرپرستی و یا خودسرپرستی بودن روبه‌رو هستند و این امر، سلامت آنان را به خطر می‌اندازد.

افزایش میزان مشارکت اقتصادی زنان که از عوامل متعددی (از جمله عوامل اقتصادی - اجتماعی، فرهنگی و جمعیتی) تأثیر می‌پذیرد (محمودیان، ۱۳۸۲، ص ۱۹۱) بر سلامت آنان تأثیرگذار است.

توجه به مفهوم سلامت و افزایش امید به زندگی همراه با سلامت، همان مفهومی است که نخستین بار توسط جان کالدول در سال ۱۹۹۰ تحت عنوان «گذار سلامتی» مطرح شد. وی با مطرح کردن این مفهوم، امید داشت جمعیت‌شناسان را تشویق کند توجه خود را بیشتر بر روی سؤال «چطور مردم می‌توانند مدت بیشتری سالم و زنده بمانند؟» معطوف کنند؛ به جای اینکه تمرکز بیش از حد بر روی افزایش تعداد سال‌های زندگی افراد داشته باشند. (Mcni coll, 2003 p.475)

با توجه به مطالب ذکر شده، سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود، این است: وضعیت سلامت زنان سرپرست تحت پوشش سازمان بهزیستی چگونه است؟

۱. مبانی نظری تحقیق

۱-۱. دیدگاه‌های سلامت

۱-۱-۱. مفهوم سلامت: سلامت مفهوم وسیعی است و تعریف آن تحت تأثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد. (Jennie & Wills, 2000, p.5) ضمن اینکه سلامتی یک روند پویاست و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر خواهد کرد. (Kerr, 2000, p.5) قدیمی‌ترین تعریفی که از سلامتی شده، بیمار نبودن است. (Jennie & Wills, 2001, p.9)

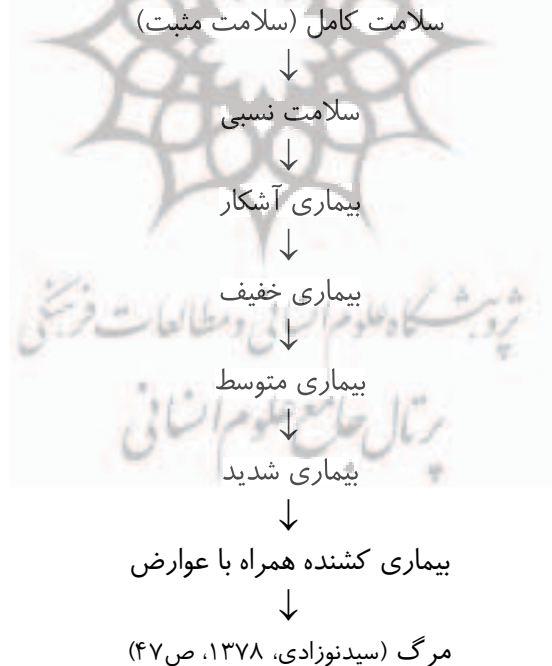
در طب سنتی برای انسان چهار طبع مختلف دموی، بلغمی، صفراوی و سوداوی قائل بودند و اعتقاد داشتند هرگاه این چهار طبع مخالف، در حال تعادل باشند فرد سالم است و زمانی که تعادل میان طبایع چهارگانه مختل شود، بیماری عارض می‌شود. فرهنگ وبستر (Webster) سلامتی را وضعیت خوب جسمانی و روحی و بخصوص عاری بودن از درد یا بیماری جسمی می‌داند. فرهنگ آکسفورد (Oxford)

سلامتی را وضعیت عالی جسم و روح و حالتی که اعمال بدن به موقع و مؤثر انجام شود، می‌داند. (سیدنوزادی، ۱۳۸۷، ص ۴۶)

تعریف سلامت از دیدگاه آماری: معمولاً بر اساس توزیع فراوانی، افراد را به دو جمعیت طبیعی و غیرطبیعی (بیمار و سالم) تقسیم می‌کنند. به فراوان‌ترین رویداد یا عادی‌ترین حالت، طبیعی اطلاق می‌شود. در الگوی آماری، تمام مقادیر کمتر و بیشتر از دو انحراف معیار از میانگین، «غیرطبیعی» است (با فرض توزیع نرمال). (همان)

تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت: «سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو.» (لست، ۱۳۶۷، ص ۸۹)

۱-۲-۱. طیف سلامت و بیماری: سلامتی و بیماری مرز مشخصی ندارد و بهتر است برای سلامتی طیفی در نظر گرفته شود که یک طرف آن سلامت کامل و در طرف دیگر مرگ قرار دارد.



۱-۱-۳. ابعاد سلامت: با توجه به تعریف سلامتی سازمان جهانی بهداشت (WHO)، کاملاً واضح است سلامتی یک مسئله چندبعدی است که علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در بر می‌گیرد.

این ابعاد بر یکدیگر اثر کرده، تحت تأثیر یکدیگر قرار می‌گیرد. چنان‌که مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه اثر می‌گذارد. (Martin & Kinsella, 1994 p.362)

به‌طور کلی، می‌توان گفت: ابعاد مختلف سلامت، به تفصیل چنین است:

سلامت جسمی: «سلامت جسمانی، عبارت است از عدم وجود بیماری، عدم وجود

نشانه‌های بیماری و عدم استفاده از مداخله‌های پزشکی» (بیک محمدلو، ۱۳۸۴، ص ۶۸)

سلامت روانی: سلامت روانی همانند سلامت جسمانی چیزی فراتر از نبودن بیماری

یا سایر مشکلات نیست. «سلامت روانی به عواطف و احوال، یعنی به احساسات و افکار ما، اطلاق می‌شود و شامل آگاهی و پذیرش طیف گسترده‌ای از احساسات در خود و دیگران، توانایی نشان دادن آنها، مستقل عمل کردن و توانایی کنار آمدن با مشکلات و موانع استرس‌زای روزانه است.» (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳، ص ۲۴۴)

سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی، بدین معناست که جامعه و اجتماع استانداردهایی

را برای فعالیت‌های مطلوب با توجه به نقش‌ها و وظایف اجتماعی ارائه داده است.

«سلامت اجتماعی به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع، به منظور ایجاد

روابط ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌شود.» سلامت اجتماعی شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان‌ها، ایجاد روابط مثبت متکی به یکدیگر و داشتن روابط سالم است. (همان)

سلامت معنوی: یکی از زمینه‌های عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی

و اجتماعی آن، احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدف‌دار بودن زندگی، پایبندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن

ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می‌شود.

جنبه‌های معنوی زندگی باعث می‌شود فرد همواره برای اهداف عالی‌تر زندگی تلاش نماید و در مقابل کمبودها و مشکلات، تحمل و بردباری بیشتری داشته و همواره از رضایت خاطر برخوردار باشد، ضمن اینکه در ارتباط با افراد دیگر جامعه نیز رفتار مناسب خواهد داشت. بنابراین، تقویت جنبه معنوی به سلامت جسم و روح افراد و در نهایت، سلامت جامعه بزرگ بشری کمک بسزایی خواهد کرد. (سید نوزادی، ۱۳۸۷، ص ۴۸)

۴-۱-۱. **نظریه‌های تک علتی سلامت: سلامت**، هم به تنهایی ارزشمند است و هم بدین دلیل که افراد را قادر می‌سازد تا از فرصت‌های زندگی برای پیشرفت استفاده کنند. در طول تاریخ به دلیل محوری بودن سلامت، نظریه‌های آن در بسیاری از فرهنگ‌ها شکل گرفته است. چند نظریه تک‌علتی سلامت شامل نظریه بیماری واگیردار، نظریه میکروب (نظریه جرم)، نظریه رفتار فردی و فساد هوا^۱ می‌باشد. (بیک محمدلو، ۱۳۸۴، ص ۲۸)

این نظریه‌ها همواره یک علت، برای سلامت مطرح می‌کنند.

۱. **نظریه بیماری واگیردار:** این نظریه، بر این فرض استوار است که تمام بیماری‌ها از یک فرد به فرد دیگر انتقال می‌یابد و از دولت‌ها انتظار می‌رود با بستن مرزها و ایجاد شرایط قرنطینه، از مردم کشورشان محافظت نمایند. این نظریه نتوانست پاسخگوی این سؤال باشد که چرا بعضی افراد تنها و منزوی دچار بیماری می‌شوند، در حالی که عده‌ای دیگر که با افراد بیمار در رابطه هستند دچار بیماری نمی‌شوند؟ (همان)

۲. **نظریه میکروب:** در این قرن، دستاوردهای علمی قابل توجه و توانایی کنترل بیماری‌های مسری از طریق شیوه‌های علمی باعث شد تا نظریه میکروب نقش مهمی

1. Miasma.

در حیطه سلامت و بیماری ایفا کند. فرض این نظریه مثل نظریه واگیردار بر یک علت خاص و قابل کنترل مبتنی است. این نظریه، علت بیماری را موجودات زنده ذره‌بینی می‌داند.

نظریه میکروب (جرم) معتقد است یک عامل بیرونی بیماری را ایجاد می‌کند. این نظریه تحت مطالعات اپیدمیولوژیست‌ها زیر سؤال رفت؛ زیرا آنها معتقد بودند فقط یک عامل در ایجاد بیماری کافی نیست.

۳. نظریه رفتار فردی: این نظریه ایده آزادی فردی و آزادی عمل را تأیید می‌کند. نظریه رفتار فردی، همان نظریه سبک زندگی قرن بیستم است که بر عادت‌ها و رفتارهای سلامت فردی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر سلامت تأکید می‌کند و مسئولیت اصلی را متوجه شخص می‌نماید.

۴. نظریه فساد هوا: نظریه فساد هوا به این مسئله می‌پردازد که دلیل اصلی بیماری، فساد هوا و نوعی تغییر در اتمسفر می‌باشد. این نظریه دولت را هم مسئول بیماری واگیردار می‌داند و هم مسئول جلوگیری از بیماری. (همان، ص ۲۹)

۱-۱-۵. نظریه‌های چند علتی سلامت: به‌طور کلی، در کشورهای غربی نظریه‌های سلامت بیشتر چند علتی هستند؛ به عبارتی، بر پایه عواملی قرار دارند که هم به‌طور مستقل و هم از طریق مداخله به سلامت منجر می‌شوند. پس از نظریه جرم، دو عامل «میزبان» و «محیط» مطرح شد که این دو عامل نیز جوابگو نبود؛ از این‌رو، نظریه گروه‌های آسیب‌پذیر و سپس نظریه مدل سوسیال توسط جامعه‌شناسان مطرح شد. بر اساس این نظریه‌ها همه عوامل مؤثر در زندگی به یک شکل در پیدایش و درمان بیماری‌ها مؤثر هستند.

سلامت و بیماری، مفاهیمی دارای همپوشی هستند که در طیفی گسترده قرار دارند. یک طرف طیف را سلامت، وضع جسمی، روانی و اجتماعی مطلوب تشکیل

می‌دهد که در طول زمان تغییر می‌کند. طرف دیگر طیف، بیماری قرار دارد که با علایم و ناتوانی توأم است.

اغلب پژوهشگران در زمینه الگوهای زیست - پزشکی به این نتیجه رسیده‌اند که جنبه‌های فردی بیماران - سوابق، روابط اجتماعی، شیوه زندگی، شخصیت و فرایندهای روانی آنان - باید در مفهوم سلامت و بیماری در نظر گرفته شود. در نتیجه، الگوی زیستی، روانی، اجتماعی به عنوان پیشرفته‌ترین نظریه مورد قبول واقع شده است. (سارافیند، ۱۳۸۱، ص ۷)

۱-۲. دیدگاه‌های سلامت روان

۱-۲-۱. دیدگاه رفتارگرایی: رفتارگرایان معتقد به این امر هستند که بهداشت روانی و سلامت، به محرک‌ها و محیط وابسته است. به این ترتیب، آنچه مکاتب دیگر بیماری روانی به حساب می‌آورند، از دیدگاه رفتارگرایان رفتاری است که مانند سایر رفتارها آموخته می‌شود. کسی که دارای سلامت روانی است رفتارش با محیط معینی با نوعی بهنجاری رفتاری سازگاری دارد. (گنجی، ۱۳۷۹، ص ۹۰)

اسکینر، صاحب‌نظر مکتب رفتارگرایی، معتقد است: انسان سالم معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است. چنین انسانی وقتی با مشکلی روبه‌رو می‌شود که جامعه، آن را نابهنجار می‌داند، از طریق شیوه اصلاح رفتار، برای بهبود و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش به‌طور مداوم سود می‌جوید. انسان سالم کسی است که تأیید بیشتری را به خاطر رفتارهای مناسب از محیط و اطرافیانش دریافت می‌کند. (خدارحیمی، ۱۳۷۴، ص ۳۰)

۱-۲-۲. دیدگاه انسان‌گرایی: این دیدگاه معتقد است سلامت روانی یعنی: ارضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به سطح خودشکوفایی. هر عاملی که فرد را در سطح نیازهای سطوح پایین نگه دارد و از خودشکوفایی او جلوگیری کند، اختلال رفتاری به وجود خواهد آورد و سلامت فرد را با مشکل مواجه می‌کند. (میلانی‌فر، ۱۳۸۴، ص ۳۰)

در برخی نظریه‌های شخصیت، مسئله سلامت روان تحت عنوان «شخصیت سالم» مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. در این نظریه‌ها، ویژگی‌های افراد سالم و ملاک‌های سلامت روانی مشخص گردیده است. در این رابطه، به چند نظریه می‌توان اشاره کرد:

۱-۲-۳. **شخصیت سالم از نظر راجرز:** به نظر راجرز، اساسی‌ترین انگیزه رفتار آدمی، خودشکوفایی است. مهم‌ترین مفهوم نظریه وی خویشتن است که شامل افکار، ادراکات و ارزش‌هایی است که «من» را تشکیل می‌دهند. راجرز خویشتن را شامل خویشتن واقعی و آرمانی می‌داند. خویشتن آرمانی در فرد وجود ندارد، ولی ایدئال خود دست‌یابی به آن است. فاصله زیاد میان خود واقعی و خود آرمانی به نارضایتی منجر می‌شود. به عقیده وی، شخص سالم می‌تواند در دگرگونی‌های جدی شرایط محیطی، سازگاری بیشتری نشان دهد. این‌گونه افراد از چنان خودانگیختگی و خلاقیتی برخوردارند که حتی با دگرگونی‌های دردناکی همچون جنگ و بلایای طبیعی کنار می‌آیند.

۱-۲-۴. **شخصیت سالم بر اساس نظر آلپورت:** آلپورت، از افراد برخوردار از سلامت روانی به عنوان «انسان بالغ» یاد می‌کند. به نظر وی فردی که با فعالیت‌ها و اندیشه‌های متنوع‌تری در ارتباط باشد، سلامت روانی بهتری دارد. شخص سالم می‌تواند به دیگران صمیمیت نشان دهد. آلپورت ضمن تأکید بر اهمیت کار، معتقد است حسن تعهد در اشخاص سالم بسیار نیرومند است. (شولتر، ۱۳۷۷، ص ۵۶)

۱-۲-۵. **شخصیت سالم از نظر مازلو:** مازلو، انسان سالم را انسان خواستار تحقق خود می‌داند و معتقد است در همه انسان‌ها تلاش یا گرایش فطری برای تحقق خود یا خودشکوفایی وجود دارد. وی شرط نایل شدن به خودشکوفایی را در برآوردن نیازهایی می‌داند که به ترتیب از نیازهای جسمانی یا فیزیولوژیک، نیاز ایمنی، نیازهای محبت و احساس تعلق شروع می‌شود و به نیاز به احترام به خود و در نهایت، نیاز به خودشکوفایی می‌رسد. به نظر مازلو، درجه رضایت‌مندی از نیازهای انسانی به‌گونه‌ای مثبت با درجه سلامت روانی

همبستگی دارد. ناکام‌گذاردن نیازها موجب بیماری افراد می‌شود. انسان سالم کسی است که به بالاترین نیازها دست یابد و از این رو، کسی که به مرحله تحقق خود نرسیده باشد، از سلامت روانی برخوردار نیست. (همان)

بنابراین، بر اساس نظریه مازلو مبنی بر طبقه‌بندی سلسله مراتب نیازهای انسان، می‌توان نتیجه گرفت: سلامت جسمی و روانی انسان در گرو رفع نیازهای زیستی در مرحله اول و سپس به ترتیب ارضای احساس ایمنی و ارضای احساس نیاز به محبت می‌باشد. (حیدری بیگوند، ۱۳۸۳، ص ۸۹)

۳-۱. عوامل مؤثر بر سلامت

از آن رو که سلامت دارای چند بعد است و با شاخص‌های گوناگون و متنوع سنجیده می‌شود، عوامل متعددی نیز بر آن تأثیرگذار است. این عوامل در سطح وسیع مطالعه می‌شود.

عوامل دربرگیرنده سلامت، هم در درون فرد و هم بیرون از او و هم در جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، قرار دارد. این عوامل با هم در تعامل بوده و در نهایت، سلامت فرد را ارتقا و یا کاهش می‌دهند.

گزارش‌کننده^۱ منتشرشده در سال ۱۹۷۴ در کانادا، چهار حیطة تعیین‌کننده سلامت را چنین بیان می‌کند:

- فاکتورهای ژنتیک و بیولوژیک که می‌تواند تعیین‌کننده آمادگی فرد برای پذیرش یک بیماری باشد؛

- فاکتورهای مربوط به شیوه زندگی و رفتارهایی مانند سیگار کشیدن؛

- فاکتورهای زیست‌محیطی؛ مانند مسکن و آلودگی هوا؛

- دامنه و گستردگی خدمات بهداشتی. (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳، ص ۲۴۵)

1. Lalonde.

از نظر جانس استین،^۱ به طور کلی می‌توان عوامل تأثیرگذار بر سلامت را در چهار گروه عمده جای داد:

الف) شرایط طبیعی یا محیطی؛

ب) عوامل جامعه‌شناختی، به‌ویژه عوامل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی؛

ج) عواملی که مستقیماً با سلامت و مراقبت‌های پزشکی مرتبطند؛

د) عوامل فردی.

از آن‌رو که اکثر عوامل تعیین‌کننده مزبور در سطح کلان هستند، نمی‌توانند قابلیت کاربرد چندانی برای این تحقیق داشته باشند. به همین دلیل، به ذکر نظر ویچد و همکارش^۲ (۱۹۹۱) درباره‌ی لایه‌های مؤثر بر سلامت می‌پردازیم.

از نظر این دو، لایه‌های مؤثر بر سلامت عبارتند از:

- فاکتورهای ارثی (سن و جنس)؛

- فاکتورهای سبک زندگی فردی؛

- حمایت‌ها (حمایت‌های مالی و...) و تأثیرات جامعه که می‌تواند تداوم‌بخش یا مخرب سلامت باشد؛

- وضع زندگی و کار و دسترسی به خدمات و تسهیلات؛

- وضع اقتصادی، وضع فرهنگی و زیست‌محیطی؛ مانند استانداردهای زندگی، بازار

کار و... (همان)

۴-۱. عوامل مؤثر بر سلامت زنان

بیش از یک میلیارد انسان که بیشترشان را زنان تشکیل می‌دهند، در فقر مطلق به سر می‌برند. زنان بیشتر از مردان احتمال دارد فقیر و یا جزء فقیرترین فقیرها باشند.

2. Jance stein

3. whithead & dahlagren

علاوه بر این، احتمال دارد که خانواده‌های تحت سرپرستی زنان (قریب یک‌سوم کل خانوارها) در مقایسه با خانواده‌های تحت سرپرستی مردان فقیرتر باشند.

فقر حق انتخاب را در زمینه‌هایی که اساس سلامت‌اند، به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، تأثیر فقر بر سلامت افراد را نمی‌توان انکار کرد.

زنان فقرزده زمان و انرژی بیشتری را صرف تولید و یافتن غذا می‌کنند. آنان در صورت داشتن کار درآمدزا، ساعات بیشتری کار می‌کنند، و یا زمان بیشتری را در بازار به کسب می‌پردازند. زنان معمولاً به دلیل نداشتن آموزش و مهارت لازم، ناگزیر از پذیرش هر کاری هستند. این کارها اغلب خطرناک‌ترین، کم‌شکن‌ترین، پست‌ترین و نامطلوب‌ترین کارها هستند. پیامد چنین کارهایی برای سلامت زنان و خانواده‌های آنها ممکن است فاجعه‌آمیز باشد.

کمترین پیامد این کارها، کاهش تدریجی و اجتناب‌ناپذیر شور و نشاط، و پیری زودرس است. از دیدگاه توسعه منابع انسانی، بهای دیگری نیز باید پرداخته شود: اگر زنان برای ادامه حیات باید این چنین کار کنند، پس جایی برای ادامه تحصیل، فراگیری مهارت‌های جدید و یا شرکت در فعالیت‌های اجتماعی باقی نمی‌ماند. (اسمایک، ۱۳۸۲، ص ۳۸)

آربر^۱ بر این باور است که نقش‌های خانوادگی برای زنان بسیار مهم است و زنانی که فرزندی ندارند و یا ازدواج نکرده‌اند از نظر سلامتی در شرایط نامساعدی به سر می‌برند. علاوه بر این، نقش‌های اجتماعی و سبک زندگی زنان باعث می‌شود زنان از نظر بیولوژیکی بیمارتر شوند.

فاکتور دیگر شیوع بیشتر بیماری در میان زنان نسبت به مردان، ناشی از تفاوت‌های این دو جنس در گزارش بیماری است. زنان غالباً بیشتر از مردان در مورد احساس خود با پزشک مشورت می‌کنند و اشکالاتی را که در سلامتی‌شان رخ

1. Arber.

می‌دهد - از جمله ناراحتی‌های روانی -^۱ زمانی که هنوز در مراحل ابتدایی هستند سریعاً پیگیری می‌نمایند، حال آنکه مردان غالباً فقط به دلیل مشکلات فیزیکی‌شان به پزشک مراجعه می‌نمایند. از این رو، این امر نشان‌دهنده این نیست که زنان بیمارتر و یا حتی افسرده‌تر از مردان هستند. (White, 2002, p.104)

۵-۱. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (دیدگاه ویلکینسون)

ویلکینسون معتقد است: حتی در مرفه‌ترین کشورها، مردمی که از رفاه کمتری برخوردارند، دارای امید به زندگی کمتر و بیماری بیشتری نسبت به افراد متمول هستند. نه تنها این تفاوت‌ها در سلامتی یک بی‌عدالتی مهم اجتماعی می‌باشد، بلکه ذهن ما را متوجه قوی‌ترین استانداردهای تعیین‌کننده سلامت، در جوامع پیشرفته می‌سازد، به‌ویژه متوجه درک روزافزون و حساسیت قابل توجه به امر سلامت در رابطه با محیط اجتماعی؛ یعنی چیزی که به نام «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت» شناخته شده است. این تعیین‌کننده‌ها عبارتند از:

۵-۱-۱. **طبقه اجتماعی:** «در یک جامعه هرچه وارد طبقات اجتماعی پایین‌تر شویم، امید به زندگی کوتاه‌تر و اکثر بیماری‌ها شایع‌تر می‌شوند. در این راستا، سیاست‌های بهداشتی باید تعیین‌کننده‌های اقتصادی - اجتماعی سلامت را مهار نماید.»
در طول زندگی، شرایط ضعیف اقتصادی - اجتماعی بر سلامتی اثرگذار است. افرادی که در طبقات پایین نردبان اجتماع قرار گرفته‌اند، معمولاً حداقل دو برابر افرادی که در طبقات بالاتر هستند، دچار بیماری جدی و مرگ زودرس می‌شوند.
علل مادی، روانی و اجتماعی در به‌وجود آمدن این تفاوت‌ها سهیم هستند و آثار آن منجر به بروز بیماری‌ها و علل مرگ می‌شوند. مشکلات زندگی ممکن است شکل‌های مختلف داشته و به صورت مطلق یا نسبی باشد؛ از قبیل: داشتن سرمایه کم

در خانواده، داشتن تحصیلات پایین در نوجوانی، داشتن کاری نامطمئن، مواجه شدن با خطرهای کاری یا بن‌بست شغلی، زندگی در خانواده‌ای محقر، اداره کردن خانواده در شرایطی مشکل و سرکردن با مستمری ناکافی.

به‌طور کلی، هرچه مردم در شرایط اقتصادی - اجتماعی تنش‌دار طولانی‌تر زندگی کنند به همان نسبت به لحاظ فیزیکی بیشتر رنج می‌برند و کمتر می‌توانند در سنین کهنسالی از لذت سلامتی بهره‌مند شوند. (ویلکینسون، ۱۳۸۳، ص ۱۶)

۲-۵-۱. استرس: «شرایط استرس‌زا مردم را نگران، مضطرب و ناسازگار می‌سازد و از این‌رو، مخرب سلامتی است و منجر به مرگ زودرس می‌شود.»

شرایط اجتماعی و روانی می‌تواند منجر به استرس طولانی‌مدت شود. عواملی همچون اضطراب مداوم، ناامنی، اعتماد به نفس پایین، انزوای اجتماعی، و عدم کنترل بر کار و زندگی خانوادگی آثار زیادی بر سلامت دارد. تجمع چنین خطرهای اجتماعی - روانی در طول زندگی باعث افزایش ضعف سلامت روان و مرگ زودرس می‌شود. اضطراب، عدم امنیت و نداشتن دوستان حامی در هر مقطع از زندگی که به‌وجود آید در بلندمدت اثر مخرب دارد.

احساس تنش به مدت کوتاه مهم نیست، اما اگر این احساس تنش به مدت طولانی باقی بماند، ما را در معرض دامنه وسیعی از شرایطی همچون بیماری عفونی، دیابت، فشارخون بالا، حمله قلبی، سکته، افسردگی و تهاجم قرار می‌دهد. (همان، ص ۱۹)

۳-۵-۱. انزوای اجتماعی: «جایی که کیفیت زندگی پایین است. طول عمر کوتاه می‌شود. مشقت و رنجش، فقر، انزوای اجتماعی و تبعیض به قیمت زندگی‌ها تمام می‌شود.» فقر، تبعیض، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تأثیر مهمی بر سلامتی و مرگ زودرس دارد. زندگی فقیرانه بر دوش برخی از گروه‌های اجتماعی سنگینی می‌کند.

فقر مطلق، یعنی: کمبود نیازهای ضروری و اولیه زندگی؛ مسئله‌ای که در غنی‌ترین کشورهای اروپایی نیز وجود دارد. در این میان، بیکاران، گروه‌های اقلیت قومی، کارگران خارجی، افراد ناتوان، پناهندگان و بی‌خانمان‌ها به‌طور اخص در معرض خطر فقر مطلق و انزوای اجتماعی قرار دارند. (همان، ص ۲۷)

۴-۵-۱. کار: «استرس در هنگام کار خطر بیماری را افزایش می‌دهد. افرادی که کنترل بیشتری بر کارهایشان دارند، از سلامت بهتری برخوردارند.»

به‌طور کلی، داشتن کار، برای سلامتی بهتر است تا اینکه شغلی نداشته باشیم. اما سازمان اجتماعی کار، روش‌های مدیریت و روابط اجتماعی در محل کار تماماً در سلامتی دخیل می‌باشند. شواهد نشان می‌دهد که استرس در کار نقش مهمی را در تفاوت‌های اجتماعی بر سلامت، فقدان بیماری و مرگ زودرس ایفا می‌کند.

داشتن کار در سطح پایین، رابطه قوی با افزایش خطر در ناحیه کمر و پشت، و بیماری‌های قلبی - عروقی دارد. به علاوه، مشخص گردیده دریافت پاداش‌های ناکافی برای تلاش‌های کاری، با خطر افزایش بیماری‌های قلبی - عروقی همراه می‌باشد. پاداش‌ها می‌توانند به شکل پول، مقام یا احترام به نفس باشند. تغییرات اخیر در بازار کار موجب تغییراتی در ساختار فرصت‌ها گردیده و دادن پاداش مناسب به افراد را سخت‌تر ساخته است.

بنابراین، محیط روانی - اجتماعی کار تعیین‌کننده بسیار مهمی برای سلامتی است و یکی از محرک‌های اجتماعی در ضعف سلامت به شمار می‌رود.

در نتیجه، می‌توان گفت: یک رابطه متقابل بین سلامتی و بهره‌وری در کار وجود دارد؛ شرایط بهبود یافته کاری منجر به نیروی سالم‌تر کاری می‌شود که آن هم منجر به بهبود بهره‌وری می‌گردد. در نهایت، سلامتی بیشتر، بهره‌وری و سودمندی در محل کار را به دنبال دارد. (همان، ص ۳۵)

۵-۵-۱. **بیکاری:** «امنیت شغلی بالا باعث افزایش سلامتی، رفاه و رضایت شغلی می‌شود. میزان بیکاری بالا موجب بیماری و مرگ زودرس می‌گردد.»

بیکاری، سلامتی را به خطر می‌اندازد و این خطر در مناطقی که بیکاری گسترش دارد، بیشتر است. این آثار از زمانی شروع می‌شود که افراد ابتدا احساس کنند شغلشان در معرض تهدید است، حتی پیش از اینکه واقعاً بیکار شوند. این امر نشانگر آن است که اضطراب در مورد ناامنی شغلی یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت است.

۶-۵-۱. **حمایت اجتماعی:** «دوستی، روابط خوب اجتماعی و شبکه‌های حمایتی قوی، باعث ارتقای سلامتی در خانه، کار و جامعه، می‌گردد.»

حمایت اجتماعی و روابط خوب اجتماعی سهم مهمی در سلامتی دارند. حمایت اجتماعی در جهت محقق شدن نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک‌کننده هستند. تعلق داشتن به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند. این امر اثر حفاظتی قوی بر سلامت دارد.

به‌طور کلی، روابط اجتماعی و روابط حمایتی می‌تواند موجب برانگیختن الگوهای رفتاری سالم‌تر گردد.

همبستگی اجتماعی که به عنوان کیفیت روابط اجتماعی و وجود اعتماد، الزامات متقابل و احترام در جوامع تعریف گردیده، محافظ مردم و سلامت آنان است. جوامعی که دارای سطح بالایی از درآمد هستند، تمایل کمتری به همبستگی اجتماعی و در نتیجه، افزایش خشونت دارند. حمایت‌های متقابل در سطح بالا باعث حفظ سلامتی می‌شوند، در حالی که به هم خوردن روابط اجتماعی بعضاً نابرابری‌های بیشتری به دنبال دارد و موجب کاهش اعتماد و افزایش خشونت می‌گردد.

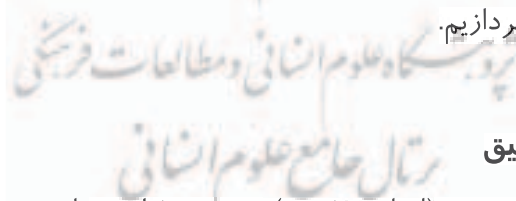
در نتیجه، کاهش نابرابری‌های اجتماعی - اقتصادی و کاهش انزوای اجتماعی می‌تواند منجر به همبستگی اجتماعی و استانداردهای بهتری از سلامتی گردد. (همان، ص ۴۱)

۷-۱-۵. **اعتیاد:** اعتیاد یکی دیگر از عوامل مؤثر بر سلامت و افزایش شمار مرگ و میرها به شمار می‌آید.

۸-۱-۵. **غذا:** نوع رژیم غذایی و میزان کالری‌های دریافتی بدن در سنین مختلف در سلامت افراد و افزایش طول عمر مؤثر است.

۹-۱-۵. **زندگی اولیه:** سبک زندگی فرد در مراحل اولیه، در کاهش یا افزایش میزان سلامت افراد تأثیر قابل توجهی دارد.

۱۰-۱-۵. **حمل و نقل:** دسترسی و یا عدم دسترسی به وسایل حمل و نقل منجر به افزایش و یا کاهش شمار مرگ و میرها و در نهایت، طول عمر افراد می‌شود. (همان) حال پس از مطالعه و بررسی مبانی نظری مرتبط با سلامت، با توجه به اینکه سلامت دارای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد و سنجش بعد معنوی تا حدودی با بعد روانی هم‌پوشانی دارد، در این مطالعه به سنجش سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی می‌پردازیم.



۲. پرسش‌های تحقیق

این تحقیق شامل دو پرسش (اصلی و فرعی) به شرح ذیل می‌باشد:

پرسش اصلی: وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار چگونه است؟

پرسش فرعی: آیا میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار از سلامت

جسمی و روانی آنها بالاتر است؟

۳. جمعیت آماری، حجم و شیوه گردآوری اطلاعات

جمعیت آماری مدنظر، شامل تمامی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان قم می‌باشد که به شیوه نمونه‌گیری سیستماتیک (پس از دست‌یابی به شماره تماس و آدرس منزل زنان سرپرست خانوار، فهرستی تهیه شد و عدد یک به عنوان عدد مینا انتخاب گردید. سپس سه تا سه تا پیش رفتیم). نمونه مدنظر (با فرمول کوکران) از تعداد کل جمعیت آماری (۵۲۰ نفر)، انتخاب گردیدند (به تعداد ۱۸۱ نفر) و به روش پیمایشی مورد مطالعه قرار گرفتند.

$$n = \frac{N t^2 p(1-p)}{Nd^2 + t^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{520(1/96)^2 \cdot 0/5(1-0/5)}{520(0/04)^2 + (1/96)^2 \cdot 0/5(1-0/5)}$$

$$n = 278/6$$

$$n = \frac{278/6}{520} = .534$$

بر اساس محاسبات انجام‌شده، چون نسبت n بر N بزرگ‌تر از $0/05$ شده است

$$n = \frac{278}{1 + 0/534} = 181$$

۴. ابزار گردآوری داده‌ها

در این تحقیق، از پرسشنامه به عنوان پرکاربردترین تکنیک گردآوری داده استفاده شده است و پرسشنامه‌ای از ترکیب پرسشنامه سلامت عمومی گلابرگ (GHQ) (۱۹۷۲) و پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز (۲۰۰۴) تهیه و تدوین گردید. در نهایت، مجموع نمره‌های هر پاسخگو، نشانگر میزان سلامت روانی و سلامت اجتماعی وی خواهد بود. علاوه بر این، برای سنجش میزان سلامت جسمی، سؤالات مرتبط با آن در پرسشنامه گنجانده شد.

۵. تعریف مفهومی متغیرهای مورد مطالعه و شاخص‌های آن

منظور از زنان سرپرست خانوار،^۱ زنانی هستند که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را بر عهده دارند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی به عهده ایشان است. (کریمی، ۱۳۸۴، ص ۹۰)

۵-۱. سلامت

سلامت عبارت است از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. (لست، ۱۳۶۷، ص ۸۹) سلامت شامل ۵ بعد (جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و جنسی) می‌باشد که این تحقیق فقط به بررسی سه بعد از آن پرداخته است:

۵-۱-۱. سلامت جسمی: سلامت جسمی حالتی است که تمامی قسمت‌های بدن فعالیت‌های خود را به درستی انجام می‌دهند.

در این مطالعه، از پاسخ‌گویان سؤال شد: آیا بیماری خاصی دارید یا خیر؟

۵-۱-۲. سلامت روانی: طبق تعریف سازمان بهداشت و انسان در آمریکا، حالت سلامت روانی عبارت است از: عملکرد موفق فرایندهای ذهنی، شامل فعالیت‌های کارآمد، روابط پربار با افراد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط نامطلوب. (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳، ص ۷۵)

شاخص‌های سلامت روانی: سلامت روانی با مؤلفه‌های ذیل سنجیده شده است:

- تصور می‌کنم زندگی ارزش زنده‌بودن را دارد.
- به توانایی‌های خودم پی برده‌ام و فهمیده‌ام چقدر قدرت دارم.
- اکثر اوقات از فعالیت‌های روزمره لذت می‌برم.
- بسیار کم اتفاق می‌افتد دچار سردرد شوم.

1. Female-headed house holds .

- زیاد اتفاق می‌افتد عصبانی و بدخلق شوم.
 - اغلب تصور می‌کنم ای کاش مرده بودم و کاملاً از شر زندگی خلاص می‌شدم.
 - بسیار کم پیش می‌آید استرس داشته باشم.
 - بسیار اتفاق می‌افتد بی‌هیچ دلیلی هراسان و وحشت‌زده شوم.
 - اکثر اوقات عصبانی بوده و دلشوره دارم.
 - اغلب تصور می‌کنم چقدر انسان بی‌ارزشی هستم.
- ۳-۱-۵. سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) است که او عضوی از آنهاست. (Keyes, 2004)
- مؤلفه‌های سلامت اجتماعی که با آن سلامت اجتماعی افراد در این تحقیق سنجیده شده، عبارتند از:
- شکوفایی اجتماعی (Social Actualization):** شکوفایی اجتماعی عبارت است از دانستن و اعتقادداشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکر کردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد؛ این تفکر که جامعه پتانسیل خود را به شکل واقعی درمی‌آورد.
- اجتماع جلوی پیشرفت انسان‌ها را نمی‌گیرد.
 - اجتماع به هر سوی که من بخواهم تغییر نمی‌کند.
 - تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی من مؤثرند.
 - جامعه مکانی پربار و مفید برای افراد آن است.
 - اجتماع دائم در حال تغییر است.
 - پیشرفت اجتماعی بی‌معنی است.
 - دنیا روز به روز برای افراد مکان بهتری می‌شود.

پذیرش اجتماعی (Social Acceptance): منظور از پذیرش اجتماعی، داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به‌طور کلی، پذیرش افراد علی‌رغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آنهاست.

- رفتار من روی سایر افراد اجتماع اثر می‌گذارد.

- می‌توان به افراد اعتماد کرد.

- مردم مهربانند.

- مردم فقط برای خودشان زندگی می‌کنند.

- مردم به مشکلات همدیگر اهمیت می‌دهند.

مشارکت اجتماعی (Social Contribution): این احساس که افراد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارند و این تفکر که فعالیت‌های روزمره آنها به وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود، نشان‌دهنده مشارکت اجتماعی می‌باشد.

- کارهایی که من انجام می‌دهم، باارزش است.

- کارهای روزانه من هیچ ارزشی برای جامعه ندارد.

- زمان و توان لازم را ندارم تا چیز مهمی به جامعه‌ام عرضه کنم.

- مردم این روزها متقلب‌تر شده‌اند.

- کار من نتیجه مهمی برای جامعه ندارد.

- چیز باارزشی ندارم تا در اجتماع سهیم شوم.

۶. یافته‌های تحقیق

اطلاعات استخراج‌شده از داده‌های سرشماری سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد ۸/۴ درصد خانوارها، توسط زنان سرپرستی می‌شدند؛ بدین معنا که از هر ۱۲ خانوار کشور، یک خانوار توسط زنان اداره می‌شده است. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۱، ص ۱۰) این نسبت

(نسبت ۸/۴ درصدی سال ۱۳۷۵) در سرشماری سال ۱۳۸۵ به ۹/۴ رسیده است. (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵)

از نظر سنی، با بالا رفتن سن، تعداد زنان سرپرست خانوار در هر دو سرشماری (۱۳۷۵ و ۱۳۸۵) افزایش یافته و بیشترین میزان، در گروه سنی ۶۵ ساله و بیشتر قرار داشت. دلایل متعددی، از جمله بیوگی (به دلیل فوت همسر یا طلاق)، منجر به افزایش تعداد آنان، همراه با افزایش سن شده است.

۱-۶. وضعیت سنی، تأهل، تحصیلات پاسخ‌گویان

بر اساس یافته‌های حاصله، بیشتر پاسخ‌گویان در دو گروه سنی ۲۹-۲۵ سال و ۳۴-۳۰ سال، قرار گرفته‌اند و تنها ۰/۶ درصد آنان که در نمونه آمده‌اند، در گروه سنی ۵۵-۵۹ سال قرار داشته‌اند. میانگین سنی آنان حدود ۳۲ سال بوده است. توزیع درصدی وضعیت تأهل زنان سرپرست خانوار نشان داد که سهم بیشتری (۸۳ درصد) از زنان، متأهل و تنها ۱۷ درصد آنان مجرد بوده‌اند. در ارتباط با تحصیلات، سهم بیشتری (۳۲ درصد) از زنان سرپرست خانوار تحصیلات دیپلم، ۲۴/۵ درصد تحصیلات ابتدایی و ۱۸ درصد تحصیلات راهنمایی داشته‌اند. حدود ۹ درصد نیز دارای تحصیلات دانشگاهی بوده و تنها ۶/۷ درصدشان بی‌سواد بوده‌اند.

۲-۶. علل سرپرست شدن زنان سرپرست خانوار

از کل زنان سرپرست خانواری که در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، ۳۶/۵ درصد (بیشترین میزان) علت سرپرست شدن خود را طلاق از همسر، ۳۶ درصد ناتوانی همسر در پرداخت و تأمین مخارج زندگی، ۱۱ درصد فوت همسر و ۱۶ درصد ناتوانی پدر در تأمین مخارج زندگی اعلام کرده‌اند.

۳-۶. اشتغال زنان و همسران زنان سرپرست خانوار

بر اساس اطلاعات به دست آمده، ۵۷ درصد از زنان سرپرست خانوار شاغل و حدود ۴۳ درصد بیکار بوده‌اند. این در حالی است که حدود ۳۷ درصد همسران زنان سرپرست خانوار شاغل و ۶۳ درصد بیکار بوده‌اند. همان گونه که ملاحظه می‌شود، اشتغال زنان سرپرست خانوار نسبت به همسرانشان حالت معکوس داشته است و درصد بیشتری از زنان سرپرست خانوار شاغل بوده‌اند.

۴-۶. سلامت جسمی زنان سرپرست خانوار

مطالعات و بررسی‌هایی به منظور سنجش میزان سلامت جسمی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی صورت گرفته و نتایج آن نشان داد ۴۱ درصد آنان از سلامت جسمانی برخوردار نمی‌باشند و مابقی (۵۹ درصد) دارای سلامت جسمانی می‌باشند.

داده‌های به دست آمده نشان داد اغلب زنان بیمار، بین ۱ تا ۴ سال با مشکل جسمی خود دست و پنجه نرم می‌کرده‌اند. همچنین نتایج توصیفی نشان داد زنان شاغل سرپرست خانوار از سلامت جسمی بیشتری نسبت به زنان غیرشاغل برخوردار بودند.

۵-۶. سلامت روانی زنان سرپرست خانوار

بر اساس یافته‌های به دست آمده، ۳۷ درصد (بیشترین میزان) کل زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه از نظر وضعیت سلامت روانی در شرایط متوسطی قرار داشته‌اند. حدود ۳۲ درصد در وضعیت خوب و خیلی خوب و ۳۱ درصد در حالت نامناسبی از نظر سلامت روانی قرار داشتند.

نتایج توصیفی سلامت روانی بیانگر این مطلب بود که زنان شاغل سرپرست خانوار از سلامت روانی بیشتری نسبت به زنان غیرشاغل برخوردارند که شاغل بودن به دلایلی، نظیر تأثیر روحی و روانی آن و ایجاد احساس همدردی در زنان سرپرست خانوار، بخصوص زمانی که فعالیت‌ها در قالب گروه‌های همیار انجام می‌شود، افزایش میزان سلامت روانی را برای آنان به همراه دارد.

۶-۶. سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

بر اساس نتایج حاصله، ۳۹/۵ درصد (بیشترین میزان) کل زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه، از نظر وضعیت سلامت اجتماعی در شرایط متوسط، حدود ۳۵ درصد در شرایط ضعیف و مابقی زنان (۲۵/۵ درصد) در حالت مناسبی از نظر سلامت اجتماعی قرار داشتند.

داده‌های گردآوری شده نشان داد زنان شاغل سرپرست خانوار از سلامت اجتماعی بیشتری نسبت به زنان غیرشاغل برخوردارند. به نظر می‌رسد دلایلی نظیر افزایش مشارکت اجتماعی، افزایش همبستگی اجتماعی و بالارفتن میزان پذیرش اجتماعی زنان سرپرست خانوار باعث این امر شده است.

نتیجه

نتایج به دست آمده از اطلاعات سرشماری‌های مختلف نشان می‌دهد طی سال‌های اخیر جمعیت زنان سرپرست خانوار رو به گسترش بوده است. گسترش تعداد این قشر، به معنای افزایش فشار بر زنان سرپرست خانوار می‌باشد؛ چراکه این افراد علاوه بر وظیفه مادری، نقش پدری و تأمین معاش خانواده را نیز بر عهده دارند و همین امر (افزایش فشار مالی و روانی) سلامت آنان را به خطر می‌اندازد.

بنابراین، در این مطالعه تلاش گردید به بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار پرداخته شود. پس از بررسی دیدگاه‌های مختلف مرتبط با سلامت و گردآوری اطلاعات (از طریق پرسشنامه) از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان قم، نتایج ذیل حاصل گردید:

- بیشتر زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه در گروه سنی ۲۵-۲۹ سال قرار داشته ۸۲ درصدشان متأهل بوده‌اند. از نظر وضعیت تحصیلی، اکثر آنها دیپلم داشته، در حالی که شوهرانشان در سطح ابتدایی بوده‌اند.

- در مورد علت سرپرست شدنشان، علت‌های طلاق از همسر و ناتوانی همسر در تأمین مخارج زندگی بیشترین فراوانی را داشت.

- حدود ۴۳ درصد زنان سرپرست خانوار از سلامت جسمی برخوردار نبودند.

- زنان سرپرست خانوار از سلامت جسمی پایین‌تری نسبت به سلامت روانی و اجتماعی برخوردار هستند.

با توجه به نتایج به‌دست آمده، پیشنهادهای ذیل راهگشای انجام فعالیت‌ها و اقدامات بیشتری در خصوص افزایش سلامت زنان سرپرست خانوار خواهد بود.

الف. پیشنهادهای تحقیقی: در خصوص پیشنهادهای تحقیقی، می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد:

- انجام مطالعات بیشتر به منظور بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار، بخصوص سلامت روانی و اجتماعی آنان و مراقبت بهتر از بیماران مبتلا به مشکل روانی و اجتماعی؛

- انجام مطالعاتی برای بهبود شیوه زندگی و ارتقای سلامت زنان سرپرست خانوار از طریق انتقال آگاهی و فراهم کردن زمینه‌های اعتقاد و عمل در بین آنان.

ب. پیشنهادهای اجرایی: پیشنهادهای اجرایی شامل موارد ذیل می‌باشد:

- افزایش تعداد گروه‌های همیار زنان سرپرست خانوار، به منظور بالابردن میزان اشتغال و سلامت روانی و اجتماعی آنان به دلیل حس همدردی، که در گروه‌های شاغل به‌خوبی به چشم می‌خورد؛

- فراهم کردن شرایطی برای توانمندسازی زنان سرپرست خانوار از راه‌های مختلف؛ از جمله افزایش میزان تسهیلات اشتغال؛

- با توجه به مشکلات جسمانی، تقریباً نیمی (۴۳ درصد) از زنان سرپرست خانوار و مبتلا بودن آنان به بیماری‌های روان‌تنی همچون دیسک کمر و... پیشنهاد می‌گردد: در حل مشکلات سلامت جسمانی این قشر آسیب‌پذیر، سازمان بهزیستی در هماهنگی با مراکز خدمات درمانی تسهیلات بیشتری در نظر گیرد؛

- فراهم کردن شرایط به منظور ارائه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای و حرفه‌آموزی به زنان سرپرست خانوار.



منابع

۱. اسمایک، پاتریشا؛ **زنان و سلامت**؛ ترجمه بتول احمدی، حسن افتخار اردبیلی، داود شجاعی زاده و الهه میرزایی؛ تهران: نشر دانشگاهی، ۱۳۸۲.
۲. بیک محمدلو، سکینه؛ **بررسی تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت کارکنان آموزش و پرورش شهرستان قزوین**؛ پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی، ۱۳۸۴.
۳. پیران، پرویز؛ «خلاصه گزارش گروه‌های مطالعاتی»؛ **گردهمایی زنان، مشارکت و کشاورزی ۱۴۰۰**؛ تهران: انتشارات مؤسسه پژوهش‌های برنامه‌ریزی و اقتصاد کشاورزی وزارت کشاورزی، ۱۳۷۶.
۴. حیدری بیگوند، داریوش؛ «بررسی مسائل و مشکلات زنان و دختران ۱۸ تا ۵۰ ساله شهر مشهد و عوامل مؤثر بر آن»؛ **مجله علوم اجتماعی**، دوره اول، ۱۳۸۳.
۵. خداحیمی، سیامک؛ **مفهوم سلامت روان شناختی**؛ تهران: جاویدان خرد، ۱۳۷۴.
۶. سارافیند، ادوارد؛ **روان‌شناسی سلامت**؛ ترجمه گروهی از مترجمان (زیر نظر الهه میرزایی)؛ تهران: نشر رشد، ۱۳۸۱.
۷. سجادی، حمیرا، صدرالسادات، سیدجلال؛ «شاخص‌های سلامت اجتماعی»؛ **اطلاعات سیاسی - اقتصادی**؛ سال ۱۹، شماره ۳ و ۴، تهران.
۸. سید نوزادی، محسن؛ **بهداشت عمومی (سلامت و بیماری)**؛ فصل دوم، گفتار ۱؛ ۱۳۸۷، برگرفته از سایت: www.elib.hbi.ir/Persian/public_health_book/volume.1.htm
۹. شولتز، دوان؛ **روان‌شناسی کمال**؛ ترجمه گیتی خوش‌دل؛ تهران: نشر نی، ۱۳۷۷.
۱۰. فارسی‌نژاد، معصومه؛ **شبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدگی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر دوم دبیرستان‌های شهر تهران**؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران، ۱۳۸۳.
۱۱. کریمی، نرگس؛ **بررسی تأثیر حمایت‌های سازمان‌های غیردولتی بر وضعیت اجتماعی - معیشتی زنان سرپرست خانوار**؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مطالعات زنان، تهران: دانشکده علوم اجتماعی علامه طباطبایی، ۱۳۸۴.
۱۲. گنجی، حمزه؛ **بهداشت روان**؛ تهران: ارسباران، ۱۳۷۹.
۱۳. لست، جان م؛ **فرهنگ اپیدمیولوژی**؛ ترجمه کیومرث ناصری؛ تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۶۷.

۱۴. مارموت، مایکل، ویلکینسون، ریچارد؛ مؤلفه‌های اجتماعی سلامت؛ ترجمه علی منتظری؛ تهران: سازمان جهاد دانشگاهی پژوهشکده علوم بهداشتی، ۱۳۸۶.
۱۵. محمودیان، حسین؛ «بررسی مشارکت زنان در استان‌ها»؛ نامه علوم اجتماعی؛ ش ۲۱، تهران، ۱۳۸۲.
۱۶. مرکز آمار ایران؛ زنان سرپرست خانوار در ایران (ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی)؛ تهران: مرکز آمار ایران، اردیبهشت ماه ۱۳۸۱.
۱۷. مرکز آمار ایران؛ سرشماری عمومی نفوس و مسکن؛ ۱۳۸۵.
۱۸. میلانی فر، بهروز؛ بهداشت روان؛ تهران: قومس، ۱۳۸۴.
۱۹. ویلکینسون، ریچارد. مامورت؛ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت؛ ترجمه محمد زارع و فرحناز زهرایی؛ تهران: مرکز بین‌المللی بهداشت جامعه (سازمان بهداشت جهانی)، انتشارات سیمیندخت، ۱۳۸۳.
20. Demeny paul. Mcni coll. Geoffrey. **Encyclopedia of POPULATION.** USA: Volume 1&2, 2003.
21. Jennie.NaidooWills Jane.**Health Promotion Foundation for Practice.**second Edition,Harcourt Published, 2000.
22. Jennie.NaidooWills Jane.**Health Studies an Introduction.**First Edition Antony Rowe Led.chippenham wilts,2001.
23. Kerr.Joanne.**Community Health Promotion Changes for practices.**Bailliere Tindal, 2000.
24. Keyes. C.L.M. **complete mental health:an agenda for the 21 century.**washington, 2004.
25. Martin, Linda and kinsella, Kevin. **Research on the demography of aging in developing countries.** Demography of agingnational academy press washing. D.C, 1994.
26. white.Kevin. **An introduction to the sociology of health and illness.** London:health gender and feminism, sage publications. Thousand oaks-new delhi, 2002.