

بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار شهری و روستایی

شهرستان جهرم و عوامل اجتماعی - اقتصادی مرتبط با آن

آرمان حیدری^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۷/۵

عزت الله میرزایی^۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۲/۹

چکیده

این مقاله به بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار در شهرستان جهرم پرداخته است. روش پژوهش کمی و پیمایشی، و از روش نمونه‌گیری طبق سهمیه‌ای برای دستیابی به پاسخگویان استفاده شده است. حجم نمونه بر اساس جدول تعیین حجم نمونه لین، ۳۲۶ نفر از زنان سرپرست خانوار شهر و روستاهای جهرم بوده‌اند. بر اساس یافته‌های تحقیق، سالخوردگان، روستاییان، کسانی که در منزل غیرشخصی ساکن هستند و کسانی که به علل ارادی سرپرست خانوار شده، و سرپرستی یک تا چهار نفر را عهده‌دار بوده‌اند در مقایسه با دیگران، سلامت جسمانی کمتری داشتند. همچنین، شاغلان و باسوادان، سلامت روانی کمتر و کسانی که رضایت اجتماعی بیشتری داشته‌اند، سلامت روانی بیشتری داشتند. بر اساس نتایج پژوهش علت سرپرستی (ارادی یا غیرارادی بودن) از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت جسمانی و روانی پاسخگویان بوده است؛ هر سه عامل بیولوژیکی، جغرافیایی و اجتماعی - اقتصادی برای سلامت مهم است؛ اما سهم دو عامل اول برای سلامت جسمانی و سهم عامل سوم برای سلامت روانی بیشتر است. مهمتر از همه اینکه این عوامل، می‌تواند تأثیرات منفی همدیگر را تقویت کند به گونه‌ای که زنان پیر، بیسواد و شهری‌ای که فاقد مسکن شخصی، و به علل غیرارادی سرپرست خانوار شده‌اند، کمترین مقدار سلامت جسمانی داشته‌اند.

کلید واژه: سلامت زنان سرپرست خانوار جهرم، سلامت جسمانی و سلامت روانی زنان خانه‌دار، سلامت روانی و جسمانی زنان بی‌سرپرست.

۱- نویسنده مسئول: استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه یاسوج

alheidari2011@yu.ac.ir

ezatalahmirzaei@yahoo.com

۲- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی(ره)

مقدمه

چگونگی توزیع و نابرابری جنسی سلامت را از دو طریق می‌توان بررسی کرد: ۱- زنان را به صورت مقوله‌ای واحد در تقابل مردان در نظر گرفت و سلامت آنان را با سلامت مردان مقایسه و ارزیابی کرد. بیشتر پژوهشهای مربوط در این دسته جای می‌گیرد و یافته‌های آنها اغلب بیانگر سلامت کمتر زنان نسبت به مردان است (شاکلا^۱، ۲۰۱۲؛ سیفرت و دیگران^۲، ۲۰۰۴؛ گیون و مک فرگوسن^۳، ۲۰۱۲؛ چالز و لمپرت^۴، ۲۰۰۴؛ اسدی و همکاران، ۱۳۵۹؛ محسنی، ۱۳۷۹؛ احمدی، ۱۳۸۵؛ بیابان‌گرد و جوادی، ۱۳۸۳؛ ودادهیر و دیگران، ۱۳۸۷؛ سام آرام و امینی یخدانی، ۱۳۸۸؛ پرویزی و همکاران، ۱۳۸۸). این نابرابریها را می‌توان تفاوت و نابرابری بین جنسی سلامت^۵ نامید. ۲- سلامت زنان را با توجه به شکافها و نابرابریهای اساسی درون و بین خود زنان بررسی کرد؛ پدیده‌ای که می‌توان آن را تفاوت و نابرابری سلامت درون جنسیتی^۶ نامید.

تفاوتهای درون جنسیتی سلامت را می‌توان بر اساس دو دسته ویژگیهای اجتماعی - اقتصادی و جغرافیایی مورد بررسی قرار داد؛ عواملی که تحت عنوان نابرابریهای سلامت مبتنی بر "ساخت"^۷ و "زمینه"^۸ از آنها یاد می‌شود (کامینز و دیگران^۹، ۲۰۰۵) بویژه از دهه ۱۹۹۰، علاقه زیادی به اهمیت نسبی زمینه و ساخت در سلامت افراد شکل گرفته است.

-
- 1 - Shukla
 - 2 - Siefert et al
 - 3 - Gibbone & McPherson
 - 4 - Schulz & Lempert
 - 5 - Inter- Gender Difference And Unequality Of Health
 - 6 - Inter- Gender Difference And Unequality Of Health
 - 7 - Composition
 - 8 - Context
 - 9 - Cummins Et Al

یافته‌های تجربی مربوط نیز به تأثیر هر دو دسته عوامل اجتماعی و اقتصادی (احمدنیا، ۱۳۸۳؛ فروزان و دیگران، ۱۳۸۲؛ زند و کیلی^۱، ۲۰۰۰) و جغرافیایی (محسنی، ۱۳۸۵؛ گراهام و دیگران^۲، ۲۰۰۴؛ شاکلا، ۲۰۱۲) اشاره کرده‌اند. با وجود اهمیت فزاینده این پژوهشها، ایراد اساسی آنها جدا کردن سهم "مستقل"^۳ عوامل سطح مکان یا ساخت بوده است؛ در صورتی که این دو عامل می‌تواند رابطه‌ای متقابلاً تقویت‌کننده و دوسویه با یکدیگر داشته باشد (کامینز و دیگران، ۲۰۰۵).

آنچه بر پیچیدگی بیشتر مسئله سلامت درون جنسیتی می‌افزاید، نتایج متفاوت و تا حدی متعارض پژوهشهای پیشین در خصوص اهمیت نسبی هر یک از دو عامل زمینه (مکان) یا ساخت (ویژگیهای افراد) است (مک کین تیر و همکاران، ۲۰۰۲).

انتشار این یافته‌های متناقض نما به همراه رشد نظریه‌های فمینیستی زمینه را برای پیدایش نظریه "تقاطع" بودن تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۴ (مک گیبون و همکاران، ۲۰۱۲) فراهم کرد. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، وضعیتی است که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند و این وضع، فرصت‌هایشان برای داشتن زندگی سالم را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (شاکلا، ۲۰۱۲). این نظریه، سلامت را نتیجه تأثیرات به هم مرتبط^۵ و چندگانه عوامل متفاوتی می‌داند که با قطع یکدیگر، نوعی تأثیر تقویتی متقابل^۶ برای تحت تأثیر قرار دادن سلامت افراد به وجود می‌آورد.

از این رو هرچند انتشار و توزیع سلامت افراد، همانند درآمد، نابرابر و غیر تصادفی است و تحت تأثیر سن، قومیت، جنسیت، درآمد، محل سکونت و پایگاه آنها قرار دارد (ترنر، ۲۰۰۴: ۶) در بعضی مواقع، این عوامل همدیگر را "قطع" و

-
- 1 - Zandvakili
 - 2 - Graham et al
 - 3 - Independent
 - 4 - Intersectionality of social determinants of health
 - 5 - Interlocking
 - 6 - Synergy

تأثیر یکدیگر را تشدید می‌کند. این تأثیر تقاطعی که با عناوین دیگری مانند "پاره‌پاره شدن طبقاتی^۱ یا دسته‌ها و خرده گروه‌های متفاوت هر طبقه" (بریدلی، ۱۹۹۵: ۵۵) و "تقاطع نژاد، طبقه و جنسیت" (چافتز، ۲۰۰۶) مطرح شده است. در بیشتر پژوهش‌های اجتماعی مرتبط با سلامت زنان بویژه در کشور ما کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ این وضعیت بویژه در مورد زنان آسیب‌پذیر و زنان سرپرست خانوار مصداق بیشتری می‌یابد؛ زیرا این دسته از زنان به دلایل متعددی (مانند فوت همسر، طلاق و تجرد قطعی)، عهده‌دار هر دو نوع مسئولیت نان‌آوری و کارهای خانواده به شمار می‌رود. در سالهای اخیر، تعداد آنها به علل متعددی مانند افزایش طلاق، کاهش میزان ازدواج، مرگ‌ومیر (شوهران یا همسران)، مهاجرت‌های داخلی و خارجی، روند افزایشی داشته است (شادی طلب، گرایبی نژاد، ۱۳۸۳: ۵۰).

بر اساس مطالعه فروزان و دیگران (۱۳۸۲)، شاخص فقر انسانی زنان سرپرست خانوار رقمی معادل ۵۳ درصد در مقایسه با رقم ۱۹ درصدی کل کشور است؛ بنابراین برخلاف تصور معمولی و رایج، که خانواده را چارچوبی فرض می‌کند که دربرگیرنده زن و شوهر همراه با یک یا چند فرزند است، برخی خانواده‌ها که تعداد آنها روزبه‌روز افزایش می‌یابد در این چارچوب قرار نمی‌گیرند. در این خانواده‌ها، مادر یا زن نقش دو نفر را ایفا می‌کند و افزون بر وظیفه اصلی خود، که مادری کردن و تربیت فرزندان است، نقش نان‌آوری خانواده را نیز به عهده دارد و با "فشار نقشی مضاعفی" روبه‌رو است. از این رو، بررسی و توجه به مسائل این قشر بویژه وضعیت بیماری و سلامت آنها، ضروری است؛ اما از آنجا که پژوهشگران فرض کرده‌اند زنان سرپرست خانوار ساکن در دو محیط شهری و روستایی دستیابی یکسانی به امکانات و خدمات رفاهی ندارند، اولین و برجسته‌ترین تمایز مورد توجه در این مقاله ارزیابی سلامت زنان سرپرست خانوار در شهر و روستا بوده

است. از سوی دیگر از آنجا که پژوهشگران علاقه‌مند به کنترل تأثیر متغیرهای اجتماعی مانند سواد و شغل زنان سرپرست خانوار بر وضعیت سلامتشان بوده‌اند در کنار بررسی تأثیر "مکان"، تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت نیز ارزیابی شده است.

از این رو هدف این مقاله بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر و مناطق روستایی شهرستان جهرم بوده است. سؤال اصلی این است که "وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد در شهر و مناطق روستایی شهرستان جهرم چگونه است و مهمترین عوامل (جغرافیایی و اجتماعی - اقتصادی) تأثیرگذار بر سلامت این زنان کدام است؟"

پیشینه پژوهش

خسروی (۱۳۸۰) در مقاله‌ای تحت عنوان "بررسی آسیب‌های روانی - اجتماعی زنان سرپرست خانواده" به بررسی مفهوم و میزان زنان سرپرست خانواده و مشکلات روانی - اجتماعی آنان پرداخته است. به نظر وی عمده‌ترین مشکلات زنان سرپرست خانواده در قالب مشکلات اقتصادی، عدم آمادگی برای اداره امور اقتصادی خانوادگی، نگرش‌های منفی اجتماعی نسبت به زن سرپرست خانواده، نگرانی نسبت به آینده فرزندان و تعدد و تعارض نقش مطرح می‌شود. خسروی (۱۳۸۴) پژوهشی در مورد "مشکلات روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر تهران" انجام داد. بر اساس یافته‌های پژوهش، زنان سرپرست خانوار در سنین متفاوت دارای مشکلات و خواسته‌های گوناگونی هستند و زنان مسن‌تر احساس خوشبختی بیشتری از زنان جوان داشته‌اند. موقعیت شغلی و حضور یا غیبت بچه‌ها در خانه شیوه‌های متفاوتی از زندگی را برای این زنان فراهم می‌آورد این زنان

روزانه تنشهای زیادی دارند؛ اما در وضعیتی که از منابع حمایتی خانواده و اجتماع برخوردار بوده‌اند، مشکلات و درجه آسیب‌پذیریشان نسبت به فشارهای روانی کاهش یافته است.

بهزیستی استان تهران با همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و توان‌بخشی (۱۳۸۴) تحقیقی با عنوان "بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی استان تهران" و مقایسه آن با زنان سرپرستی انجام داد که تحت پوشش نبوده‌اند. بر اساس نتایج تحقیق، زنانی که تحت پوشش بهزیستی نبودند در تمامی ابعاد سلامت روانی در وضعیت بمراتب بدتری از زنان تحت پوشش به سر می‌بردند و افسردگی بین آنان بسیار بیشتر از دیگران به چشم می‌خورد.

مودت (۱۳۸۶) به روش پیمایشی به "بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در شهر شیراز" پرداخته است. بر اساس نتایج این مطالعه، بیش از نیمی از این زنان (۵۰/۵ درصد) سلامت روانی کمی دارند و متغیرهای سن، میزان تحصیلات، محل تولد، تعداد فرزندان مجرد تحت سرپرستی، قومیت، وضعیت مالکیت خانه، علت قبول سرپرستی توسط زن، میزان سرمایه مالی، بعد ساختاری سرمایه اجتماعی و بعد ارتباطی سرمایه اجتماعی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار رابطه معناداری داشته است. سام آرام و امینی یخدانی (۱۳۸۸)، به بررسی وضعیت "سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی قم" پرداخته‌اند. پس از بررسی سلامت زنان در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی؛ تحلیل یافته‌ها بیانگر این بود که ۴۳ درصد زنان مورد مطالعه در بعد جسمانی سلامت لازم را ندارند؛ این وضعیت در ابعاد روانی و اجتماعی سلامت به ترتیب شامل ۳۱ و ۳۵ درصد از زنان می‌شد.

اسکام^۱ (۱۹۸۶) در تحقیقی در مورد "کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار مناطق شهری و روستایی در آلمان" پی برد بین محل اقامت و سلامت و رفتار پاسخگویان رابطه مثبت و معنی داری هست. زنان مناطق روستایی رضایتشان از زندگی از زنان ساکن شهری بیشتر بود؛ اما در عوض از خدمات و استانداردهای زندگی رضایت چندانی نداشتند. هارلو و دیگران^۲ (۱۹۹۱) مطالعه‌ای در مورد "بررسی نشانه‌های افسردگی در زنان بیوه سالمند" انجام دادند. این مطالعه، که به روش طولی انجام شد، نشان داد که نشانه‌های افسردگی یک ماه پس از درگذشت همسر در ۵۸ درصد از زنان افزایش می‌یابد. مرگ همسر می‌تواند تنها بخشی از افسردگی طولانی در زنان بیوه را تبیین کند. دراکر و آس^۳ (۲۰۰۳) در "مطالعه‌ای درباره زنان مطلقه"، ارتباط میان همسایگی، وضعیت اجتماعی اقتصادی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها را بررسی کردند. نتایج تحقیقشان نشان داد سرمایه اجتماعی بین محرومیت همسایگی و وضعیت اجتماعی و سطح سلامت این زنان واسطه‌گر مهمی به شمار می‌رود.

کاستیلون و همکاران^۴ (۲۰۰۵) در تحقیقی به بررسی و تعیین سهم متغیرهای اجتماعی، جمعیتی، سبک زندگی، شبکه اجتماعی، ناخوشی مزمن و استفاده از خدمات بهداشتی در مورد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روانی زنان پرداختند. بر اساس نتایج تحقیق، مهمترین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روانی زنان سبک زندگی، متغیرهای اجتماعی و جمعیتی (وضعیت تأهل، درآمد، تحصیلات، سن و جنس) بوده است. شاکلا (۲۰۱۲)، در تحقیقی که در مورد "وضعیت سلامتی زنان در هند" انجام داد، پی برد که نسبت فقر شهری در بعضی

1 - Schumm
 2 - Harlw & et.al
 3 - Drakker & Os
 4 - Castillon

از ایالات از فقر روستایی در بعضی ایالات کوچکتر، شدیدتر است. وی این پدیده را "شهری شدن فقر"^۱ نامید و آن را با مسائل مسکن، آب پاک، بهداشت عمومی، خدمات پزشکی، دسترسی به آموزش و امنیت اجتماعی همبسته می‌داند. سلامت زنان هم اساساً از ایالتی به ایالت دیگر متفاوت است.

نظریه‌های مرتبط

سلامت پدیده‌ای چند بعدی و تحت تأثیر وضعیت جسمی، ژنتیکی، روانی، سبک زندگی فردی و وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی گسترده‌تری است که فرد در آن زندگی می‌کند. در کل، سه گفتمان متفاوت درباره سلامت هست: اول، گفتمان سلامت زیست پزشکی^۲ که عوامل ژنتیک و بیولوژیکی را علت ناخوشی و ناتوانی افراد مطرح می‌کند. دوم، گفتمان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت^۳ است که عوامل اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و اقتصادی را اساس بشتر بیماریها^۴ می‌داند. سوم، گفتمان رفتارهای سالم^۵ است که هر دو نوع سلامت ضعیف و مناسب را پیامد تصمیم‌گیری و انتخاب فردی می‌داند (رید و تام، ۲۰۰۶). در سطح نظری نیز نظریه‌های متعددی برای تبیین وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار هست که به بعضی از آنها اشاره می‌شود:

نظریه حمایت اجتماعی: بر اساس این نظریه با از دست رفتن سرپرست مرد خانوار و یا تنها شدن زن (به دلایل متعدد) و نبود یا ضعف سیاستهای اجتماعی دولتی حامی زنان سرپرست خانوار، وجود شبکه‌های حمایتی غیررسمی مانند خویشاوندان زن یا شوهر سابق یا فرزندان جوان زنان مسن می‌توانند انواع حمایت

-
- 1 - Urbanization Of Poverty
 - 2 - Biomedical Discourse
 - 3 - Social Determinant Of Health
 - 4 - Illness
 - 5 - Health Behaviors

از این گونه زنان را فراهم کنند. هم‌چنین شبکه‌های اجتماعی محلی می‌توانند با عرضه خدمات گوناگون به این گونه زنان وضعیت سلامت آنان را تا حد زیادی ارتقا بخشند (کامونیز و همکاران، ۲۰۰۷).

نظریه تعارض نقش: بر اساس این نظریه معمولاً از زنان انتظار می‌رود نسبت به نیازهای دیگران پاسخگو، و از نظر جسمانی، عاطفی و هیجانی حامی اعضای خانواده باشند. در زنان سرپرست خانوار تعارض نقش به دلیل ناتوانی در ایجاد هماهنگی بین نیازهای خود، فرزندان و سایر نزدیکان ایجاد می‌شود. یکی از مهمترین منابع فشار برای زنان سرپرست خانوار، نگرانی نسبت به تأمین اقتصادی و آینده تحصیلی، تربیتی و شغلی فرزندانشان است (شادی طلب و دیگران، ۱۳۸۴).

گفتمان یا نظریه راهنما در این مقاله، نظریه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت وضعیتی است که مردم در آن کار و زندگی می‌کنند و این وضعیت، فرصتهایشان را برای داشتن زندگی سالم تحت تأثیر قرار می‌دهد. کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سال ۲۰۰۵، در شصت و دومین نشست سلامت جهانی، سه قطب مهم کنش مرتبط با سلامت را موارد زیر می‌داند: ۱- بهبود بخشیدن وضع زندگی و موقعیتی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند. ۲- مطرح کردن توزیع نابرابر محرکهای ساختاری، قدرت، پول و منابع، در سطوح جهانی، ملی و محلی ۳- سنجش سلامت و ارزیابی اعمال و طرح مسئله منابع انسانی که از طریق آنها خدمات تأمین اجتماعی می‌تواند عرضه شود (شاکلا، ۲۰۱۲).

مک گیون و مک فرسون (۲۰۱۲) که بیشترین تلاش را در جهت ارزیابی و توسعه نظریه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH) انجام داده‌اند، می‌گویند: "این دیدگاه به‌طور رو به افزایشی عوامل ساختاری محرومیت اجتماعی و مادی

مرتبط با ناسلامت^۱ را بررسی می‌کند. به نظر آنها سرکوبگریهای مربوط به جنس، نژاد، ناهمجنس‌گرایی و سالخوردگی به‌عنوان نمونه برای تولید نوعی محرومیت مادی و اجتماعی تأثیرات همدیگر را تقویت^۲ می‌کند. اینجا هم تقویتی به تأثیرگذاری توأمان، ترکیب، هم‌حضور و همزیستی عوامل مرتبط با سلامت اشاره دارد.

مک‌گیبون و مک‌فرسون نابرابریهای سلامت را به‌عنوان تقاطعهای سه حوزه توصیف می‌کنند: تقاطعهای اول، شامل عوامل درآمد و توزیع درآمدی، سواد، بیکاری و امنیت شغلی، ناامنی غذایی، مسکن، محرومیت اجتماعی، شبکه ایمنی اجتماعی، خدمات تأمین اجتماعی، جنسیت، نژاد و معلولیت است. تقاطعهای دسته دوم، تقاطعهای هویتی یا ایسمها^۳ است که تبعیض علیه زنانی با ویژگیهای خاص را شامل می‌شود و عوامل سن، فرهنگ، ناتوانی، قومیت، جنسیت، وضعیت مهاجرت، جهتگیری جنسی، طبقه اجتماعی و وابستگی مذهبی را دربر می‌گیرد. دسته سوم، تقاطعهای مبتنی بر جغرافیاهای متفاوت است که به تفاوت‌های شهری و روستایی سلامت اشاره دارد و با جدایی‌سازی تشدید می‌شود. هنگامی تقاطع این سه حوزه، مفهوم سینرژی، روشی سودمند برای درک پیچیدگی سلامت و تأثیرات اجتماعی همه این تقاطعات در طول دوره زندگی فراهم می‌کند.

جغرافیدانان انسانی که بر تأثیر "مکانها" بر تنوع سلامت تأکید دارند. به نظر آنها دسترسی به کالاهای خدمات و دیگر داراییها ممکن است تا حدی به وضع جغرافیایی تسهیلات و قلمروهای قدرتشان وابسته باشند؛ اما هم‌چنین شبکه‌های اجتماعی و قدرت اجتماعی و مداخلات کنشگران گوناگون می‌توانند "لایه‌هایی" از منابع دسترس‌پذیر را برای اعضای متفاوت جمعیت‌های محلی به شیوه‌های

1 - Ill health
2 - Synergy
3 - Isms

متفاوت عرضه کنند. آنها هم‌چنین مکانها را نه واحدهای فضایی مرزبندی شده مستقل و جدا، بلکه گره‌گاه‌هایی^۱ در شبکه‌ها می‌بینند که می‌توانند برای دسترسی افراد به هم تابع و حمایت‌های رسمی و دولتی سودمند باشند.

بر اساس این نظریه‌ها از مجموع عوامل مفروض تأثیرگذار بر سلامت، عوامل محل سکونت (روستایی / شهری)، سن، قومیت (که بعداً به دلیل کم بودن تعداد غیر فارسیها وارد تحلیل نشد)، درآمد، سواد، اشتغال، مسکن، علت سرپرستی و دسترسی به خدمات کمیته امداد به‌عنوان مهمترین عوامل تأثیرگذار بر سلامت زنان سرپرست خانوار مورد بررسی در نظر گرفته شد.

روش‌شناسی پژوهش

روش تحقیق، کمی، و از مصاحبه حضوری و شیوه پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری مورد مطالعه، زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی در شهرستان جهرم است. این زنان افرادی هستند که بدون حضور منظم و یا حمایت مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را بر عهده دارند و مسئولیت اداره خانه و تصمیم‌گیریهای مهم و حیاتی به عهده آنهاست (شادی طلب و دیگران، ۱۳۸۴: ۸). زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد به دو دلیل به‌عنوان جامعه آماری تحقیق انتخاب شدند: (۱) فرض می‌شد با انتخاب این زنان هم‌تاسازی نسبی وضع زنان مورد بررسی تا حدودی امکانپذیر می‌شود و از این طریق ارزیابی تأثیر عامل جغرافیا و سایر عوامل اجتماعی - اقتصادی امکانپذیرتر می‌گردد. (۲) با محدود کردن جامعه آماری به این گروه، دسترسی به پاسخگویان به منظور پر کردن پرسشنامه‌ها با آسانی بیشتری امکانپذیر بود. بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، کل جمعیت این زنان ۱۷۲۵ نفر بوده‌اند که ۱۱۱۷ نفر

از آنان در شهر و ۶۰۸ نفر در روستا زندگی می‌کردند. از این تعداد، ۳۲۶ نفر بر اساس فرمول کوکران به‌عنوان نمونه انتخاب شدند.

روش نمونه‌گیری، مطابق سهمیه‌ای بوده است. ابتدا کل افراد جامعه آماری به دو منطقه شهری و روستایی تقسیم شدند؛ سپس متناسب با جمعیت آنان، ۲۱۵ نفر از زنان ساکن در شهر و ۱۱۱ نفر از زنان ساکن در روستا به‌صورت تصادفی برای پرسشنامه‌های تحقیق انتخاب شدند. برای ارزیابی اعتبار از اعتبار صوری و برای ارزیابی پایایی آنها از ضریب آلفای کرونباخ^۱ استفاده شد. متغیرهای مستقل تحقیق به ترتیب، سن، محل سکونت (شهری یا روستایی بودن پاسخگو)، نوع مسکن (شخصی یا غیرشخصی بودن مسکن)، سواد (سالهای حضور فرد در مدرسه و آموزش رسمی)، وضعیت تأهل، علت سرپرستی، وضعیت اشتغال (شاغل یا شاغل نبودن پاسخگو)، درآمد و میزان دریافت خدمات عرضه شده توسط کمیته امداد بود. متغیر وابسته نیز سلامت بود که در دو بعد سلامت فیزیکی و سلامت روانی ارزیابی شد.

علت سرپرستی: منظور این است که پاسخگو به کدام‌یک از دلایل فوت همسر (بیوگی)، عدم ازدواج (تجرد)، ازکارافتادگی یا زندانی شدن شوهر (متأهل)، جدایی از شوهر (مطلقه) یا ترک خانواده توسط شوهر بدون طلاق (متارکه) سرپرست خانواده شده است. با توسل به تفکیکی که الریش بک (۲۰۰۷) بین "مخاطرات انسان ساخته"^۲ و "مخاطرات طبیعی"^۳ قائل می‌شود، عوامل منتهی به سرپرست شدن زنان را به دو دسته ارادی و غیرارادی تقسیم کردیم. منظور از عوامل ارادی این است که زنان بر اثر عواملی تنها شده‌اند که ناشی از عوامل اجتماعی و لذا، قابل پیشگیری است و اینکه میل و اراده یا رفتار خود یا همسر این زنان، در پیدایی

1 - Cronbach
2 - Manufactured Risks
3 - Natural Risks

وضعیتشان، سهمی اساسی داشته است. در این دسته، سرپرستیهای ناشی از مجرد، زندانی شدن شوهر، طلاق و متارکه جای می‌گیرد (سرپرستی‌های ارادی). در نقطه مقابل این دسته، زنان سرپرست خانواری قرار دارند که به عللی غیرارادی و غیرقابل پیشگیری (فوت و ازکارافتادگی همسر یا پدر) سرپرست خانوار شده‌اند. از این رو، این دسته را با عنوان سرپرستی ناشی از علل غیرارادی تعریف کرده‌ایم.

میزان درآمد: منظور، مقدار درآمد ریالی است که ماهانه به‌وسیله فرد به دست می‌آید. این درآمد شامل درآمد شغل یا حرفه دولتی و یا غیردولتی؛ هم‌چنین درآمد حاصل از مستمری کمیته امداد یا نهادهای حمایتی دیگر است.

تعداد فرزندان تحت سرپرستی: تعداد فرزندان مجردی است که زن سرپرست خانوار مسئولیت نگهداری و مراقبت و تأمین نیازهای آنها را بر عهده دارد.

خدمات دریافتی از کمیته امداد: خدماتی است که کمیته امداد به افراد تحت پوشش این سازمان عرضه می‌کند. این خدمات شامل خدمات فرهنگی و آموزشی (شرکت در کلاسهای آموزشی، آموزش مکاتبه‌ای، کارهای هنری و اقدامات فرهنگی)، خدمات بیمه‌ای - درمانی و خدمات مالی (دریافت کمکهای جنسی، مستمری و وامهای قرض‌الحسنه) است. ارزیابی میزان خدمات دریافتی پاسخگویان از طریق ۱۵ گویه سنجیده شد که در بررسی نهایی مشخص شد خیلی از پاسخگویان، حتی با نام خیلی از این خدمات هم آشنایی ندارند و یا تعداد خیلی محدودی از آنان برای مثال حدود ۵ درصد، این خدمات را دریافت کرده‌اند؛ لذا تعداد این گویه‌ها برای پرهیز از داده‌های گم‌شده به شش گویه با آلفای ۸۵ درصد کاهش یافت.

رضایت اجتماعی: رضایت اجتماعی با تمام ابعاد زندگی اجتماعی اعم از مادی و معنوی در ارتباط است و از مفاهیمی است که کمیت‌پذیری آن دشوار است. موانع مؤثر در ایجاد ناکامی و عدم رضایت می‌تواند دارای جنبه‌های اجتماعی - فرهنگی

(آداب و رسوم و مقررات)، فیزیکی (موقعیت بدنی، معلولیت)، روانی (انگیزه‌ها)، شناختی و اقتصادی باشد (محسنی، ۱۳۷۹: ۴۲۶). میزان رضایت اجتماعی پاسخگو از طریق گویه‌هایی با طیف لیکرت سنجیده شد که پس از جمع‌آوری داده‌ها و ارزیابی پایایی آنها، تعداد آنها به دو گویه با ضریب آلفای ۰/۷۲ کاهش یافت.

سلامت: در رویکرد جامعه‌شناختی، سلامت به‌عنوان نداشتن احساس بیماری تعریف می‌شود و فرد سالم، کسی است که ادراک ذهنی از بیماری واقعی نداشته باشد و یا احساس درد، ناراحتی، ناتوانی در نتیجه بیماری واقعی گزارش نکند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۲۱ - ۲۲). سلامت دارای دو بعد ذهنی و عینی است و ارزیابی آن مستلزم هر دو بعد عینی (داشتن بیماری واقعی) و ذهنی (احساس بیماری یا سلامت) است. سلامت جسمانی (بعد عینی) به چگونگی عملکرد موجود زنده و وظایف فیزیولوژیک بدن مربوط، و شامل چهار بعد است: ۱- عملکرد جسمانی ۲- عملکرد در نقش فیزیکی ۳- دردهای جسمانی ۴- سلامت کلی فرد (بعد ذهنی) به آگاهی ذهنی فرد از اختلال و یا تغییرات منفی در سلامت و بهزیستی اشاره دارد و بیانگر بعد روحی - روانی و عاطفی کیفیت زندگی است (فلیپ و گرج لوید، ۱۹۹۷: ۱۶۲).

سلامت جسمانی و روانی پاسخگویان از طریق هفت گویه با طیف لیکرت و ضریب آلفای ۰/۸۹ و پنج گویه با ضریب آلفای ۰/۷۲ ارزیابی شد.

ویژگیهای پاسخگویان

از نظر سنی، ۳۱ درصد پاسخگویان زیر ۴۰ سال؛ ۲۴/۵ درصد بین ۴۱ تا ۵۰ سال؛ ۲۵/۸ درصد بین ۵۱ تا ۶۰ سال و ۱۸/۷ درصد بیش از ۶۱ سال داشته‌اند. ۳۴ درصد از پاسخگویان در روستا و ۶۶ درصد در شهر زندگی می‌کرده‌اند. ۷۷/۹ درصد از

پاسخگویان زیر پنج سال سواد داشتند. میانگین سالهای تحصیل پاسخگویان ۳/۲۴ سال (سوم ابتدایی) بوده است. ۸۷/۷ درصد از پاسخگویان غیر شاغل، و تنها ۱۲/۳ درصد آنها شاغل بوده‌اند. ۶۸/۴ درصد بیوه، ۵/۸ درصد مجرد، ۵/۵ درصد متأهل، ۱۷/۵ درصد مطلقه و ۲/۸ درصد متارکه بوده‌اند. ۳۸/۳ درصد از پاسخگویان هیچ‌گونه افراد تحت تکفلی نداشته‌اند، ۲۱/۱۷ درصد یک نفر، ۱۸/۷ درصد دو نفر، ۱۲ درصد سه نفر و ۴/۳ درصد چهار نفر تحت تکفل داشته‌اند. مدت زمان سرپرستی ۵۸/۶ درصد از پاسخگویان ۱ تا ۱۰ سال، ۲۶/۱ درصد از ۱۱ تا ۲۰ سال و ۱۵/۳ درصد بیش از ۲۰ سال بوده است. ۸۸/۴ درصد از پاسخگویان گفته‌اند هیچ وسیله‌ای از کمیته امداد نگرفته‌ام؛ بعد از آن بیشترین کالایی که پاسخگویان از کمیته دریافت کرده‌اند به ترتیب، پتو (۶/۷ درصد)، فرش (۱/۵ درصد) و منبع آب (۱/۵ درصد) بوده است. ۵۶/۷ درصد از پاسخگویان مالک خانه شخصی بوده، از تعداد باقیمانده، ۱/۸ درصد در مسکن رایگان، ۷/۱ درصد در مسکن رهنی یا استیجاری و ۳۴/۴ درصد در منزل خویشاوندان ساکن بوده‌اند. از کل پاسخگویان، ۱۹ درصد به مدت یک سال، ۲۷/۹ درصد بین ۲ تا ۵ سال، ۲۴/۵ درصد بین ۶ تا ۱۰ سال و ۲۸/۵ درصد بیشتر از ده سال تحت پوشش کمیته بوده‌اند.

جدول ۱: توزیع درصدی پاسخگویان برحسب میزان سلامت جسمانی، روانی، خدمات

دریافتی از کمیته و درآمد ماهانه

نام متغیر	کم	متوسط	زیاد	میانگین	انحراف میانگین
سلامت جسمانی	۲۵/۴	۴۹/۴	۴۵/۱	۱۹/۲۶	۱/۰۱
سلامت روانی	۳۵	۳۷/۷	۲۷/۳	۴/۳۴	۳/۲۱
خدمات دریافتی از کمیته امداد	۲۵/۸	۴۸/۸	۳۵/۲	۶/۶۰	۶/۱
درآمد ماهانه	۳۸/۳	۲۷	۳۴/۷	۳۱۰۵۸	۶۵۰۶

آزمون فرضیه‌های پژوهش

برای بررسی رابطه عوامل دو شقی محل سکونت، وضع اشتغال، نوع منزل مسکونی، علت سرپرستی و تعداد افراد تحت تکفل زنان سرپرست خانوار بر سلامت جسمانی و روانی آنان از آزمون T استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون (جدول ۲)، همه این عوامل با سلامت جسمانی پاسخگویان رابطه معنی‌داری داشته است. بر اساس مقدار میانگین مربوط می‌توان گفت ساکنان روستا در مقایسه با ساکنان شهر، شاغلان در مقایسه با خانه‌داران، کسانی که به دلایل ارادی سرپرست خانوار شده‌اند و کسانی که تعداد افراد تحت تکفلشان یک تا چهار نفر است به نسبت کسانی که هیچ فرد تحت تکفلی ندارند از نظر جسمانی سالم‌تر بوده‌اند. با توجه به مقدار T می‌توان گفت علت سرپرستی (غیرارادی بودن) با مقدار $T = -8/18$ عاملی است که سلامت جسمانی پاسخگویان را به بیشترین وجه منفی تحت تأثیر قرار داده است. در مورد سلامت روانی، تنها رابطه عامل وضع اشتغال بر آن معنی‌دار شده است؛ بدین ترتیب که کسانی که خانه‌دار هستند در مقایسه با شاغلان از سلامت روانی بیشتری برخوردار است. یافته‌ها بیانگر این است که سلامت جسمانی و روانی پاسخگویان تحت تأثیر عوامل یکسانی قرار ندارد؛ به‌علاوه، عامل واحد نیز (اشتغال زنان) رابطه واحدی با ابعاد سلامت جسمی و روانی پاسخگویان نداشته است.

جدول شماره ۲: آزمون معناداری تفاوت میانگین سلامت جسمانی و روانی پاسخگویان
بر حسب محل سکونت، وضع اشتغال، نوع مسکن و علت سرپرستی آنان

نام متغیر	بعد سلامت	وضعیت	فراوانی	نمره میانگین	خطای استاندارد	T	SIG.
محل سکونت	سلامت جسمانی	شهر	۲۱۵	۱۸/۳۳	.۶۷	۲/۳۱	.۰۲
	سلامت	روستا	۱۱۱	۲۱/۰۵	.۹۷		
وضع اشتغال	سلامت	روستا	۱۱۱	۴/۶۷	.۳۰	۱/۳۱	.۱۸
	سلامت جسمانی	شهر	۲۱۵	۴/۱۸	.۲۱		
وضع اشتغال	سلامت	خانه‌دار	۲۸۶	۱۸/۸۹	.۶۰	-۱/۷۶	.۰۷
	سلامت جسمانی	شاغل	۴۵	۲۱/۹۰	۱/۴۰		
وضع اشتغال	سلامت	خانه‌دار	۲۸۶	۴/۵۰	.۱۶	۲/۷۰	.۰۰۹
	سلامت جسمانی	شاغل	۴۵	۳/۲۵	.۴۲		
نوع مسکن	سلامت	شخصی	۱۸۵	۱۸/۰۰	.۶۵	-۲/۵۲	.۰۱
	سلامت جسمانی	غیر شخصی	۱۴۱	۲۰/۹۲	.۹۵		
نوع مسکن	سلامت	شخصی	۱۸۵	۴/۴۵	.۲۲	.۶۹	.۴۸
	سلامت جسمانی	غیر شخصی	۱۴۱	۴/۲۰	.۲۹		
علت سرپرستی	سلامت	غیر ارادی	۲۲۳	۱۶/۳۹	.۵۸	-۸/۱۸	.۰۰۰
	سلامت جسمانی	ارادی	۸۰	۲۵/۹۱	۱/۰۳		
تعداد تکفل	سلامت	غیر ارادی	۲۲۳	۴/۲۸	.۲۰	.۰۱	.۹۹
	سلامت جسمانی	ارادی	۸۰	۴/۲۸	.۳۸		
تعداد تکفل	سلامت	هیچ نفر	۱۲۵	۱۷/۷۲	.۹۶	-۲/۱۱	.۰۳
	سلامت جسمانی	۱ تا ۴ نفر	۲۰۱	۲۰/۲۱	.۶۷		
تعداد تکفل	سلامت	هیچ نفر	۱۲۵	۴/۵۳	.۲۸	.۸۲	.۴۱
	سلامت جسمانی	۱ تا ۴ نفر	۲۰۱	۴/۲۳	.۲۲		

آزمون ضریب همبستگی: برای بررسی رابطه بین متغیرهای فاصله‌ای از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول ۳ نشان می‌دهد بیشترین همبستگی به متغیرهای سن و سواد مربوط است (۰/۶۴). همبستگی متغیرهای سن با سلامت جسمانی (۰/۵۹) در مرتبه دوم قرار دارد. هر دو نوع این همبستگی منفی، و معکوس است؛ بدین ترتیب که با افزایش سن پاسخگویان، سواد و سلامت جسمانی آنها به گونه قابل توجهی کاهش می‌یابد. متغیرهای سلامت جسمانی، رضایت از زندگی و سواد پاسخگو به ترتیب، بیشترین همبستگی مستقیم و مثبت را با سلامت روانی پاسخگویان داشته است. در مقابل همبستگی میزان خدمات دریافتی از کمیته امداد با سلامت روانی پاسخگویان منفی است که از نکات جالب توجه تحقیق، و مستلزم تحقیق و بررسی بیشتر است. می‌توان گفت هرچند دو بعد جسمانی و روانی سلامت تا حدی تحت تأثیر یکدیگر قرار دارد (همبستگی ۰/۲۳). افزایش یا کاهش آنها تحت تأثیر عوامل یکسان و واحدی قرار ندارد.

جدول ۳: همبستگی دومتغیره متغیرهای با سطح سنجش فاصله‌ای تحقیق با یکدیگر و با

متغیر وابسته

متغیر وابسته	سن	سواد پاسخگو	درآمد	رضایت از زندگی	خدمات دریافتی	سلامت جسمانی	سلامت روانی
سن	۱	۰/۶۴**	۰/۱۸**	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۵۹**	۰/۱۰
سواد پاسخگو	۱	۰/۰۵	۰/۱۰*	۰/۰۶	۰/۴۶**	۰/۱۳**	
درآمد	۱	۰/۱۶**	۰/۲۷**	۰/۰۷	۰/۰۵		
رضایت از زندگی	۱	۰/۱۲**	۰/۱۴**	۰/۲۰*			
خدمات دریافتی	۱	۰/۰۴	۰/۱۰**				
سلامت جسمانی	۱	۰/۲۳**					
سلامت روانی	۱						

* در سطح ۹۵ درصد معنی دار است.

** در سطح ۹۹ درصد معنی دار است.

رگرسیون چند متغیره

بر اساس نتایج آزمون (جدول ۴)، متغیرهای سن و سواد پاسخگویان به ترتیب، بیشترین تأثیر را بر وضعیت سلامت جسمانی آنان داشته است. این دو متغیر باهم توانسته است ۰/۳۶ از واریانس تغییرات سلامت جسمانی پاسخگویان را تبیین کند. بر اساس ضرایب بتا در مورد سلامت روانی، متغیرهای رضایت اجتماعی و سواد به ترتیب بیشترین سهم را در افزایش سلامت روانی پاسخگویان داشته است. این دو متغیر باهم توانسته است ۰/۱۳ از واریانس سلامت روانی پاسخگویان را تبیین کند.

بر اساس نتایج رگرسیون می‌توان گفت سلامت جسمانی پاسخگویان بیشتر تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی و افزایش سن آنان قرار دارد. در مقابل، سلامت روانی آنان، بیشتر تحت تأثیر عوامل اجتماعی مانند رضایت اجتماعی و سواد بوده است.

جدول ۴: آزمون رگرسیون چند متغیره گام به گام برای بررسی رابطه متغیرهای مستقل با

سلامت جسمانی و سلامت روانی پاسخگویان

SIG	T	BETA	B	ADJ.R2	R	نام متغیر	ابعاد سلامت
.۰۰۰	-۱۳/۱۹	.۰۵۹	.۳۷	.۳۵	.۰۵۹	سن	سلامت جسمانی
.۰۲	۲/۳۱	.۰۱۳	.۳۶	.۳۶	.۰۶۰	سواد	
A=۲۸/۴۸ F= ۸/۳۸ SIG= .۰۰۰							
.۰۰۲	۳/۲۵	.۰۲۹	.۰۴۲	.۰۹	.۰۲۹	رضایت	سلامت روانی
.۰۲	-۲/۳۶	.۰۲۱	.۰۱۹	.۰۱۳	.۰۳۷	سواد	
A=۳۰/۵۳ F= ۸/۳۱ SIG= .۰۰۰							

تحلیل واریانس دوطرفه: یکی از مهمترین سؤالاتی که در اینجا مطرح می‌شود، بررسی تأثیر مستقل و تقابلی^۱ متغیرها با کنترل تأثیر متغیرهای همراه^۲ است (آماره‌های جدول ۵). بر اساس داده‌های جدول متغیر سن با مربع میانگین ۲۳۷/۲۳ و مقدار $F(۳۸/۶۲)$ بیشترین تأثیر را بر سلامت جسمانی پاسخگویان داشته است. از آنجا که تأثیر معنی‌دار متغیرهای محل اقامت، سواد و رضایت از زندگی بر سلامت جسمانی پاسخگویان، بعد از کنترل متغیرها از بین رفته است، می‌توان گفت متغیر بیولوژیکی (سن) تأثیرگذارترین متغیر بر سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار است. نتیجه آماره تأثیر تعاملی متغیرها نشان می‌دهد تنها اثر تعاملی نوع مسکن* و علت سرپرستی بر سلامت جسمانی پاسخگویان معنی‌دار است؛ یعنی کسانی که در مسکن غیرشخصی سکونت دارند و به دلایل اختیاری و ارادی سرپرستی خانوار را برعهده گرفته‌اند با داشتن بیشترین نمره میانگین (۳۹/۲۷)، در مقایسه با دیگر گروه‌ها، بیشترین میزان سلامت جسمانی را دارند. برعکس کسانی که در منازل غیرشخصی ساکن هستند و به صورت غیرارادی سرپرستی خانوار را عهده‌دار شده‌اند با نمره میانگین ۱۶/۲۳ کمترین میزان سلامت جسمانی را دارند. بعد از کنترل تأثیر متغیرهای سن، سواد و رضایت از زندگی (کوواریت)، تنها تأثیر متغیر علت سرپرستی خانوار بر سلامت جسمانی معنی‌دار باقی مانده است. کاهش قابل ملاحظه مقدار میانگین سلامت جسمانی روستاییان (به میزان ۲/۲۹ نمره) در مقابل کاهش ناچیز میانگین زنان شهری (۰۹/). نمره) گویای این واقعیت است که تأثیر متغیرهای سواد و سن بر احساس سلامت جسمانی پاسخگویان مهمتر از محل سکونتشان بوده است.

1 - Interactional
2 - Covariate

جدول شماره ۵: تحلیل واریانس دوطرفه سلامت جسمانی برحسب محل سکونت، نوع منزل مسکونی و علت سرپرستی قبل و بعد از کنترل متغیرهای (سواد، سن و رضایت از زندگی)

منبع تغییرات	مربع میانگین ^۱	F	سطح معنی داری
محل اقامت	.۷۷	.۰۱	.۹۱
نوع مسکن	۱۱/۹۵	۲/۷۷	.۰۶
علت سرپرستی	۴۸۸/۸۸	۷/۹۳	.۰۰۵
سن	۲۳۷۹/۲۳	۳۸/۶۲	.۰۰۰
سواد پاسخگو	۱۴/۸۳	.۲۴	.۶۲
رضایت	۲۱۹/۷۷	۳/۵۶	.۰۶
اقامت* مسکن	۳/۴۷	.۰۵	.۸۱
اقامت* علت سرپرستی	۳۷/۲۳	.۶۰	.۴۳
مسکن* علت سرپرستی	۱/۷۴	.۱۸	.۱۸
اقامت* مسکن* علت سرپرستی	۲۴/۲۳	.۳۹	.۵۳

داده‌های جدول ۶ بیانگر تأثیر برگ خریدهای محل اقامت، نوع منزل مسکونی و علت سرپرستی بر سلامت روانی پاسخگویان، قبل و بعد از کنترل تأثیر متغیرهای کوواریت (سن، سواد و رضایت از زندگی)، است. مقدار F، سطح معنی داری (جدول ۷) و اندازه‌های میانگین متغیرهای مربوط (جدول ۸) نشان می‌دهد قبل از کنترل متغیرهای کوواریت، تنها عامل محل سکونت بر سلامت روانی پاسخگویان تأثیر معنی داری داشته است بدین ترتیب که کسانی که در روستاها زندگی می‌کنند با داشتن نمره میانگین سلامت روانی ۴/۹۸، از سلامت روانی بیشتری به نسبت همتهای زن شهریشان برخوردارند. در این مرحله، تأثیر تعاملی هیچ‌یک از عاملها بر سلامت روانی پاسخگویان معنی دار نبوده است. بعد از کنترل تأثیر متغیرهای

کوواریت، تأثیر عامل علت سرپرستی نیز معنی دار شده است بدین ترتیب که کسانی که بنا به عواملی ارادی و اختیاری سرپرستی خانوار را برعهده گرفته‌اند در مقایسه با کسانی که به دلیل عواملی غیرارادی به این وضعیت رسیده‌اند از سلامت روانی بیشتری برخوردار هستند (میانگین نمره ۵/۲۷ در برابر ۴/۰۹).

جدول شماره ۶: تحلیل واریانس دوطرفه سلامت روانی برحسب محل سکونت، نوع منزل مسکونی و علت سرپرستی قبل و بعد از کنترل متغیرهای (سواد، درآمد، سن...)

سطح معنی داری		F		میانگین مربعات		منبع تغییرات
بعدازآن	قبل از	بعدازآن	قبل از	بعدازآن	قبل از	
کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	محل اقامت
.۰۴	.۰۴	۴/۲۱	۴/۱۴	۳۹/۰۷	۴۲/۰۹	
.۵۹	.۴۵	.۲۸	.۵۷	۲/۶۶	۵/۷۸	نوع مسکن
.۰۲	.۶۴	۵/۱۰	.۲۱	۴۷/۳۶	۲/۱۶	علت سرپرستی
.۰۷	-----	۳/۱۹	-----	۲۹/۶۶	-----	سن
.۰۲	-----	۵/۱۸	-----	۲۸/۰۸	-----	سواد پاسخگو
.۰۴	-----	۱۵/۴۱	-----	۱۴۲/۹۴	-----	رضایت از زندگی
.۹۱	.۵۸	.۰۱	.۳۰	.۱۰	۳/۰۸	محل اقامت* مسکن
.۶۴	.۴۷	.۲۰	.۵۱	۱/۹۳	۵/۲۴	محل اقامت* علت سرپرستی
.۶۸	.۶۷	.۱۶	.۱۷	۱/۵۱	۱/۸۱	مسکن* علت سرپرستی
.۲۲	.۲۵	۱/۵۰	۱/۲۸	۱۳/۹۰	۱۳/۰۰۲	اقامت* مسکن* علت سرپرستی

بحث و نتیجه گیری

تمایزات درون جنسی از دهه آخر قرن بیستم، در راستای گسترش رهیافت اجتماعی، رشد نظریات فمینیسم انتقادی و اجرای پژوهشهای فراوان به صورت جدی تری مورد توجه پژوهشگران حوزه سلامت قرار گرفت؛ به عبارتی، محققان پی برده‌اند که اگرچه زنان در مقایسه با مردان به منابع باارزش جامعه و در نتیجه سلامت کمتری دسترسی کمتری دارند، همه زنان جامعه نیز، وضعیت یکسانی از نظر سلامت ندارند بویژه زنان فقیر و آسیب پذیر مانند مادران تنها، زنان پیر، زنان معلول و ازکارافتاده و زنان سرپرست خانوار، زنان سیاه پوست امریکایی و زنان روستایی هند وضعیت زندگی و سلامت و خیمتری نسبت به دیگر زنان دارند (رید و رام، ۲۰۰۶؛ شاکلا، ۲۰۱۲؛ چالز و لمپرت، ۲۰۰۴).

از این رو در بررسی وضعیت سلامت زنان، توجه از ویژگیهای بیولوژیک و ژنتیک آنها فراتر رفت و به "عوامل تعیین کننده های اجتماعی سلامت" معطوف شد؛ تعیین کننده هایی که به صورت "مقاطع" می تواند تأثیرات یکدیگر را تقویت کند و سلامت گروه هایی از زنان فقیر و محروم را بیشتر از دیگران تحت تأثیر قرار دهد. این مقاله با توجه به رهیافت تقاطعی بودن مورد نظر مک گیون و دیگران با روش کمی و پیمایشی به بررسی سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهرستان جهرم پرداخت. سلامت زنان در دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی ارزیابی شد. مهمترین یافته های تحقیق به این شرح است:

- داده های توصیفی بیانگر این است که نزدیک به ۸۰ درصد از این زنان زیر پنجم ابتدایی، ۸۷/۷ درصد از آنها غیر شاغل، و ۸۸/۴ درصد از آنان گفته اند هیچ وسیله ای از کمیته امداد دریافت نکرده اند. ۳۴/۴ درصد در منزل خویشاوندانشان ساکن، و میانگین درآمد آنان ۳۱۰۵۸ تومان در ماه بوده است. بیش از یک چهارم آنان از نظر

سلامت جسمانی و بیش از یک سوم از نظر سلامت روانی وضعیت مساعدی نداشته‌اند.

- بر اساس نتایج آزمون T، روستاییان، کسانی که در منزل غیرشخصی ساکن هستند، کسانی که به دلایل ارادی سرپرست خانوار شده‌اند و کسانی که افراد تحت تکفلشان از یک تا چهار نفر بوده است، وضعیت سلامت جسمانی آنان بهتر از زنانی است که ساکن شهر جهرم، و در منزل شخصی خود ساکن بوده‌اند؛ به دلایل غیرارادی سرپرستی خانوار را برعهده گرفته و هیچ‌گونه افراد تحت تکفلی نداشته‌اند. بین این عوامل، تنها وضعیت اشتغال بر سلامت روانی پاسخگویان تأثیر معنی‌داری داشته است؛ بدین گونه که خانه‌داران در مقایسه با شاغلان از سلامت روانی بیشتری برخوردار بوده‌اند.

- بر اساس آزمون همبستگی، سن، بیشترین همبستگی منفی و معکوس را (۰/۵۹) با سلامت جسمانی داشته است. بعد از سن، متغیرهای سواد پاسخگو و رضایت اجتماعی به ترتیب بیشترین همبستگی مثبت را با سلامت جسمانی پاسخگویان داشته‌اند. در بعد سلامت روانی، متغیر رضایت از زندگی بیشترین همبستگی مثبت (۰/۲۰) را با آن داشته است. متغیر سواد پاسخگو در مرتبه دوم قرار دارد که همبستگی آن با سلامت روانی منفی و معکوس بوده است. بهبود و ارتقای این دو بعد سلامت تحت تأثیر متغیرهای یکسانی قرار ندارد و متغیر واحدی مانند سن یا سواد تأثیر یکسانی بر این دو بعد سلامت نداشته است.

- بر اساس نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره، مهمترین متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت جسمانی پاسخگویان، سن و سواد است که باهم توانسته است ۳۶ درصد از واریانس این بعد از سلامت را تبیین کند. در بعد سلامت روانی، مهمترین متغیرهای تأثیرگذار، رضایت اجتماعی و سواد پاسخگویان است که ۱۳ درصد از واریانس این بعد از سلامت را تبیین کرده است.

- نتایج آزمون تحلیل واریانس دوطرفه بیانگر تأثیر تقاطعی متغیرهای مورد استفاده بوده است؛ بر اساس نتایج این آزمون، تنها اثر تعاملی متغیرهای نوع مسکن* علت سرپرستی بر سلامت جسمانی پاسخگویان معنی‌دار بوده است؛ یعنی زنانی که در مسکن غیرشخصی سکونت دارند و به علل ارادی (مانند طلاق) سرپرست خانوار شده‌اند، بیشترین مقدار سلامت (میانگین ۲۷/۳۹) را بین سایر گروه‌ها داشته‌اند. در مقابل، زنانی که در منازل غیرشخصی ساکن، و به علل غیرارادی (مانند فوت همسر) سرپرست خانوار شده‌اند، کمترین میزان سلامت جسمانی را دارند. در مورد سلامت روانی، نتایج این آزمون نشان داد که اثر تعاملی هیچ‌یک از متغیرها بر سلامت روانی پاسخگویان معنی‌دار نبوده است؛ اما در هر دو حالت قبل و بعد از کنترل متغیرهای کواریت، کسانی که به علل ارادی سرپرست خانوار شده‌اند در مقایسه با هم‌تاهایشان که به علل غیرارادی سرپرست خانوار شده‌اند از سلامت روانی بیشتری برخوردار بوده‌اند.

- با در نظر گرفتن نتایج همه آزمون‌ها، می‌توان گفت وضعیت سلامت جسمانی و روانی پاسخگویان تحت تأثیر عوامل یکسانی قرار ندارد (برای مثال تأثیر سن بر سلامت جسمانی چندین برابر تأثیر این متغیر بر سلامت روانی است)؛ هم‌چنین متغیر واحد تأثیر یکسانی بر این دو بعد سلامت ندارد (برای مثال تأثیر سن). این یافته‌ها مؤید مفروضات چارچوب نظری پژوهش است که شکافهای درون جنسی یکی از مهمترین برگ خریدهایی است که باید در بررسی وضعیت سلامت زنان لحاظ شود؛ هم‌چنین، عوامل مؤثر بر سلامت می‌تواند با قطع یکدیگر سلامت گروه‌های خاصی از زنان را بشدت آسیب‌پذیر سازد. بر اساس یافته‌های تحقیق می‌توان گفت زنان پیر و بیسواد که فاقد مسکن شخصی هستند و به علل غیرارادی (فوت یا ناتوانی همسر) خودشان سرپرستی خانوار را عهده‌دار شده‌اند از

نظر سلامت جسمانی وضعیتی بمراتب وخیمتر از زنان جوان باسوادی دارند که به دلایلی ارادی از همسرشان جدا شده‌اند و با یکی از همبستگانش زندگی می‌کنند. - درنهایت می‌توان گفت در بررسی سلامت زنان، توجه به هر دو دسته عوامل بیولوژیکی و اجتماعی - فرهنگی ضروری است؛ هرچند تأثیر عوامل بیولوژیکی بر بعد جسمانی و تأثیر عوامل اجتماعی - فرهنگی بر بعد روانی سلامت برجسته‌تر بوده است.

منابع

- ۱- احمدنیا؛ شیرین (۱۳۸۳)، اثرات اشتغال بر سلامت زنان. **فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی**. س سوم. ش ۱۲. بهار: ۱۵۶ تا ۱۸۰.
- ۲- احمدی؛ بتول (۱۳۸۵). معرفی پژوهش، بررسی وضعیت سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران. **کتاب زنان**. س هشتم. ش ۳۱. بهار: ۲۲۳ تا ۲۲۸.
- ۳- اسدی، علی؛ محسنی، منوچهر؛ بهکیش، محمد مهدی (۱۳۵۹). گرایش‌های فرهنگی و نگرش‌های اجتماعی در ایران، تهران، پژوهشکده علوم ارتباطی و توسعه ایران.
- ۴- بهزیستی استان تهران (۱۳۸۴). بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانواده تحت پوشش بهزیستی تهران. **روزنامه جوان**. ش ۱۸۳۲: ۱۷.
- ۵- بیابان‌گرد، اسماعیل؛ جوادی، فاطمه (۱۳۸۳). سلامت روان‌شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران. **فصلنامه رفاه اجتماعی**. س چهارم. ش ۱۴. پاییز: ۱۳۹ تا ۱۵۰.
- ۶- پرویزی، سرور؛ قاسم‌زاده کاکرودی، فرزانه؛ سید فاطمی، نعیمه؛ ناصری، فروغ (۱۳۸۸). عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران، یک پژوهش کیفی. **پژوهش پرستاری**. دوره ۴. ش ۱۵. زمستان: ۶ تا ۱۵.
- ۷- خسروی؛ زهره (۱۳۸۰). بررسی آسیب‌های روانی - اجتماعی زنان سرپرست خانواده. **فصلنامه علمی - پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهرا (س)**. س یازدهم. ش ۳۹. پاییز.
- ۸- خسروی؛ زهره (۱۳۸۴). مشکلات روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار. **روزانه جوان**. ش ۱۸۲۱: ۱۴.

- ۹- سام آرام، عزت‌الله؛ امینی یخدانی، مریم (۱۳۸۸). بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی قم. **فصلنامه علمی - ترویجی بانوان شیعه**. س هشتم. ش ۲۱. پاییز: ۱۳۳ تا ۱۶۰.
- ۱۰- شادی طلب، ژاله؛ گرابی نژاد، علیرضا (۱۳۸۳). فقر زنان سرپرست خانوار. **پژوهش زنان**. دوره ۲. ش ۱: ۴۹ تا ۷۰.
- ۱۱- شادی طلب، ژاله؛ وهابی، معصومه؛ ورمزیار، حسن (۱۳۸۴). فقر درآمدی فقط یک جنبه از فقر زنان سرپرست خانوار. **فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی**. ش هفدهم: ۱ تا ۲۳.
- ۱۲- فروزان، ستاره؛ بیلگیریان، اکبر (۱۳۸۲). زنان سرپرست خانوار، فرصت‌ها و چالش‌ها. **فصلنامه پژوهش زنان**. ش ۵: ۳۵ تا ۵۸.
- ۱۳- محسنی، منوچهر (۱۳۷۹). **بررسی آگاهی‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای اجتماعی و فرهنگی در تهران**. تهران: زهد.
- ۱۴- محسنی، منوچهر (۱۳۸۵). **جامعه‌شناسی پزشکی**. چ پنجم. تهران: طهوری.
- ۱۵- مسعود نیا، ابراهیم (۱۳۸۹). **جامعه‌شناسی پزشکی**. تهران: دانشگاه تهران.
- ۱۶- ودادهیر، ابوعلی؛ هانی ساداتی، سید محمد؛ احمدی، بتول (۱۳۸۷). سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران، تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی - پژوهشی بهداشت و سلامت. **پژوهش زنان**. دوره ۶. ش ۲. تابستان: ۱۳۳ تا ۱۵۵.
- ۱- Bradley, Harriet, " Changing Social Divisions: Class, Gender and Race", in: *Social and Cultural Forms of Modernity*, Edited by Robert Bocoock and Kenneth Thompson, 1995, vol,3, Great Britain, open university, Pp. 11- 68.
- ۲- Macintyre, Sally; Ellaway, Anne&Cummins, Steven (2002). " Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them? *Social Science& Medicine*, 55, 125- 139.
- ۳- Smyth, Flona (2008). "Medical Geography: Understanding Health Inequalities", *Progress in Human Geography*, 32(1), Pp. 112- 119.
- ۴- Beck, U. (2007). *Risk Society*. Malden: Polity.
- ۵- Castillon, P. G. Rendondo, A. Banegas, J. R. Garcia, E. L. & Artaleio, F.R. (2005). "Differences in Quality of Life Between Women and Men in the Older Population of Spain", *Social science& Medicine*. Vol. 60, No. 6, PP. 1229-1240.

- ۶- Chafetz, Janet Saltzman (2006). "The Varieties of Gender Theory in Sociology" in: Handbook of the Sociology of Gender, Janet Saltzman Chafetz (Eds), USA ,Springer, Pp: 3-24, <http://www.Jstor.Org/page/info/about/policies/terms.jsp>
- ۷- Cummins, Steven; Sarah Curtis; Ana V. Diez- Roux & Solly Macintyre (2005). "Understanding and Representing "Place" in Health Research: A Relational Approach", Social Science and Medicine, 65, 1825- 1835.
- ۸- Drukker, M. & Os, J. V. (2003). " Mediators of Neighbourhood Socioeconomic Deprivation and Quality of Life", Social Psychiatry & Psychiatr Epidemiol, Vol. 38, PP. 698-706.
- ۹- Harlow, S. D. E. L. Goldberg; C. Comstock (1991). "A Longitudinal Study of the Prevalence of Depressive Symptomatology in Elderly Widowed and Married Women." Archives of General Psychiatry, Vol. 48, Pp. 1065-1068.
- ۱۰- Lerner, D.J. Levine, S. Malspeise, S. Agostino, D. & Ralph, B. (2003). " Job Strain and Health Related Quality of Life in a National Sample", American Journal Public Health, Vol. 84, No.10, Pp. 1580-1585.
- ۱۱- Lokshin, M. (2000). "Single Mothers in Russia: Household Strategies for Coping with Poverty", World development, Vol. 29, No. 12. Pp. 2183-2193.
- ۱۲- McGibbon, Elizabeth & McPherson, Chamaine (2012). "Applying Intersectionality and Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women's Health", Pp: 59- 86, <http://www.Jstor.Org/page/info/about/policies/terms.jsp>
- ۱۳- Reid, Colleen & Tom, Allison (2006). "Poor Women,s Discourses of Legitimacy, Poverty and Health", Gender and Society, Vol. 20, No.3, June, Pp: 402- 421.
- ۱۴- Schulz, Amy J. & Lempert, Lora Bex (2004), " Being Part of The World: Detroit Women,s Perceptions of Health and the Social Environment", Journal of Contemporary Ethnography, 2004, 33, Pp: 437- 465.
- ۱۵- Schulz, Amy J. & Lempert, Lora Bex (2004). "Being Part of The World: Detroit Women, s Perceptions of Health and the Social Environment", Journal of Contemporary Ethnography, 33, Pp: 437- 465.

- ۱۶- Schumm, W.R. McCallum, E.E. Bugaighis, M.A. Jurich, A.P. & Bollman, S. R. (1986). "Characteristics of the Kansas Family Life Satisfaction", *Sample Psychological Reports*, Vol. 58, pp. 975-980.
- ۱۷- Seed, Philip and Lloyd, Greg (1977). *Quality of Life*. London: Pennsylvania.-
- ۱۸- Seifert, Kristine; Collen M. Heflin; Mary E. Cocoran; David R. Williams (2004), " Food Insecurity and Physical and mental Health in a Longitudinal Survey of Welfare Recipients," *Journal of Health and Social Behavior* ,Vol. 45 (June), Pp: 171- 186.
- ۱۹- Shukla ,Jyotsama ,(2012). "Social Developments of Urban Indian Women's Health Status" 2012 ,pp. 87- 111, [http: //www. Jstor. Org/page/info/about/policies/terms.jsp](http://www.Jstor.Org/page/info/about/policies/terms.jsp)
- ۲۰- Turner, Bryan(2004). *The New Medical Sociology, Social Forms of Health and Illness*. New York: Norton Company.
- ۲۱- Zanvakili, S. (2000). "Dynamics of Earnings Inequality Among Female-Headed Households in the United States", *Journal of socio-economics*, Vol. 29, No. pp. 73-89.

