

# ارتباط کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با وضعیت اقتصادی-اجتماعی آنان

نوع مقاله: پژوهشی  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۱  
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۲۹

## نویسندگان

### یوسف ویسانی\*

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام  
yousefveisani@yahoo.com

### علی دل پیشه

گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام

### کوروش سایه میری

مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های از آسیب های روانی - اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام

### نسرین شهبازی

گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام

### زهرا نادری

پژوهشگر سازمان بهزیستی استان ایلام، ایلام

### علی سهراب نژاد

گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام

\* نویسنده مسئول

## چکیده

**مقدمه:** زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان به دلیل داشتن چند نقش مختلف به طور همزمان مانند اداره امور خانه و تربیت و مراقبت از فرزندان به تنهایی و کار خارج از خانه با دستمزد کمتر با استرس، مسائل و مشکلات روانی بیشتری مواجه هستند در نتیجه در مقایسه با دیگر زنان از سطح زندگی روحی و روانی پایین تری برخوردار می باشند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام انجام گرفته است.

**روش ها:** مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی و جامعه پژوهش شامل کلیه زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام بود. ابزار جمع آوری داده در این مطالعه شامل پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی (SF-۳۶) بود. تجزیه و تحلیل نتایج به کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی مانند میانگین، انحراف معیار و آنالیز رگرسیون چند متغیره انجام شد. سطح معنی داری در این مطالعه  $\alpha < 0.05$  در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** نمونه شامل ۷۵۰ نفر که در نهایت ۷۰۸ نفر با میزان پاسخدهی ۹۴/۴٪ پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده  $53.3 \pm 19.88$  بود. بر اساس وضعیت اقتصادی بد با برخی از ابعاد کیفیت زندگی نظیر عملکرد جسمی ( $p < 0.001$ ) درد جسمی ( $p < 0.001$ )، سلامت عمومی ( $p < 0.001$ ) و نمره کلی کیفیت زندگی ( $p < 0.001$ ) ارتباط داشت. میانگین نمره کیفیت زندگی در کل نمونه مورد مطالعه ۴۶/۰۸ بود که نشان دهنده کیفیت پایین زندگی زنان سرپرست خانوار بود.

**بحث و نتیجه گیری:** بر اساس نتایج مهمترین دلایل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار کمی سواد، وضعیت اقتصادی نامطلوب و داشتن بیماری های مزمن بود.

علی دل پیشه، یوسف ویسانی، کوروش سایه میری، نسرین شهبازی، زهرا نادری، علی سهراب نژاد. ارتباط وضعیت اقتصادی - اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۳؛ ۳ (۱): ۲۷-۳۳

نحوه استناد به مقاله:

# Relationship Between Socio-economic Status and Quality of Life in the Female-Headed Households

Study Type: Original  
Received: 21 Apr 2014  
Accepted: 19 May 2014

## Keywords

Female-headed households

quality of life

Ilam

## Abstract

**Introduction:** There is little information about general health in Female-headed households. Women, who are usually the bread winners in female-headed households, face gender discrimination with respect to education, earnings, rights, and economic opportunities. Aims of this study determine of quality of life and associated factors in Female-headed households under cover Welfare Organization of Ilam Province.

**Materials & Methods:** In this descriptive analytical study, 750 Female-headed households under cover Welfare Organization of Ilam in urban and rural Ilam province participated. A validated questionnaire (SF - 36) completed in a Six-month interval and the data were collected for analysis.

**Findings:** From 750 Female-headed households contributing to the project, 708 completed questionnaires (response rate 94%). Mean  $\pm$  SD age of participants was  $53.3 \pm 19.18$ . According to the results, some aspects of quality of life in this women including physical function ( $p < 0.001$ ), physical pain ( $p < 0.001$ ), general health ( $p < 0.001$ ), and overall quality of life score ( $p < 0.001$ ) were associated to poor economic status. A total average life quality score was 46.08 which reflect the poor quality of life of female-headed households.

**Discussion & Conclusions:** According to the results, the most important causes affecting quality of life in female-headed households, illiteracy, economic status, and having a chronic illness.

## Authors

### Yousef Veisani\*

Student Research Committee, Ilam University of Medical Science, Ilam, Iran

yousefveisani@yahoo.com

### Ali Delpisheh

Prevention of Psychosocial Injuries, Research Centre, Ilam, Iran

alidelpisheh@yahoo.com

### Kourosh Sayehmiri

Dept of Clinical Epidemiology, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Iran

### Nasrin Shahbazi

Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic azad university, Ilam, Iran

### Zahra Naderi

Researcher, Welfare Organization of Ilam Province, Ilam

### Ali Sohrabnejad

Dept of Public Health, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Iran

\*Corresponding Author

Please cite this article as follows:

Delpisheh A, Veisani Y, Sayehmiri K, Shahbazi N, Naderi Z, Sohrabnejad A. Relationship between socioeconomic status and quality of life in the female-headed households. Quarterly Journal of Social Work. 2014; 3 (1):27-33

## مقدمه

زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان به دلیل داشتن چند نقش مختلف به طور همزمان مانند اداره امور خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان به تنهایی و کار خارج از خانه با دستمزد کمتر با استرس، مسائل و مشکلات روانی بیشتری مواجه هستند در نتیجه در مقایسه با دیگر زنان از سطح زندگی روحی و روانی پایین تری برخوردار می باشند (Hossini A, Frozan S, Amir-fariar M 2009).

از سوی دیگر زنان سرپرست خانواری که تحت پوشش سازمان‌های حمایتی بوده و از کمک‌ها و حمایت‌های آنها برخوردار می‌باشند علاوه بر رویارویی با مشکلات اقتصادی با برخی فشارهای منفی اجتماعی همچون نگرش منفی نسبت به زنان بیوه و مطلقه نیز روبرو هستند. تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که امروزه ۶۰٪ زنان جهان نان آور خانه هستند و حدود ۳۷/۵٪ آنان سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند. شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که تعداد زنان سرپرست خانوار در کشور ما نیز رو به افزایش است (Foruzan S, Biglerian A 0022).

گزارش‌های اخیر سازمان بهزیستی کل کشور در طول سه دهه اخیر در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۴/۷، ۷/۷ و ۹/۴٪ از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند و این نسبت در سال ۹۰ به ۱۲٪ رسیده است. اینها یعنی چرخ زندگی نزدیک به ۲/۵ میلیون خانوار به وسیله زنان می‌چرخد،

## روش

زنانی که بسختی شغل پیدا می‌کنند اغلب از مزایای بیمه بی‌بهره‌اند و به سبب سال‌ها تحمل سختی به انواع بیماری‌های جسمی و روحی مبتلا می‌شوند (Gholipoor A, Rahimian A.2011).

زنان سرپرست خانوار از همان زمان که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند مجبور به ایفای نقش‌های چند گانه‌ای می‌شوند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند. از سوی دیگر گروه دیگری از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه اقتصادی و بازار اشتغال شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌نمایند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل با منزلت مجبور به اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیر رسمی و کم درآمد می‌گردند. میزان اشتغال در جمعیت از نظر اقتصادی فعال برای زنان سرپرست خانوار 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 زنان سرپرست خانوار نسبت به کل زنان در کشور را نشان می‌دهد که این به دلیل شرایط زندگی خاص و ضرورت پاسخ‌گویی به نیازهای اعضای خانوار می‌باشد که البته اکثر این مشاغل موقتی و بدون پشتوانه بیمه‌ای و به صورت غیر رسمی هستند (مرکز آمار ایران ۱۳۸۵).

روانشناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج تحقیقات روان‌شناسی احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند بیشتر است (Connell J, Brazier J.2012).

فقر، فقدان حمایت‌های اجتماعی و نگرش منفی موجب فشار و تنش، فرسودگی و احساس ناتوانی در این گروه از زنان می‌شود و این امر منجر به بروز اختلالات روانشناختی و تاثیر بر سطح کیفیت زندگی آنان شده و آنان را مستعد پذیرش دیگر آسیب‌های اجتماعی می‌کند. لذا این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام انجام شده است.

مطالعه 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 نمونه‌گیری سهمیه‌ای و با انتخاب تصادفی سیستماتیک به این صورت که در ابتدا به هر کدام از شهرستان‌های استان سهمیه ۲۵ درصدی اختصاص داده شد و سپس بصورت تصادفی سیستماتیک شرکت کنندگان انتخاب گردیدند. پرسشنامه‌های معتبر شامل پرسشنامه بررسی وضعیت اقتصادی-اجتماعی و پرسشنامه SF-۳۶

پرسشنامه و عدم حضور در پی دو بار مراجعه پی در پی بوده است. پرسشنامه‌ها بصورت حضوری بعد از کسب رضایت آگاهانه و با کمک کارشناسان آموزش دیده به مدت ۶ ماه تکمیل گردیدند. اطلاعات پس از جمع‌آوری کدگذاری با نرم افزار SPSS16 و بوسیله آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی اسپیرمن، کای دو و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در کلیه آزمون‌ها سطح معنی داری کوچکتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

برای بررسی کیفیت زندگی استفاده شد. پرسشنامه SF-۳۶ یک وسیله اندازه‌گیری سلامت است که می‌تواند به خوبی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری کند. این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال و هشت مقیاس است که هر یک از ترکیب ۲ تا ۱۰ سؤال به دست می‌آید و سلامت را در هشت حیطه‌ی عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان مورد سنجش قرار می‌دهد. به مجموع نمرات ابعاد هشت گانه سلامت نمرات صفر تا صد تعلق می‌گیرد، که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند (Montazeri, A, Gashtasebi A 2005). معیارهای ورود به مطالعه سرپرست خانوار بودن در زمان تکمیل پرسشنامه و رضایت جهت شرکت در مطالعه بود و معیارهای خروج از مطالعه عدم همکاری در تکمیل

نمونه شامل ۷۵۰ نفر که در نهایت ۷۰۸ نفر با میزان پاسخ دهی ۹۴/۴٪ پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده ۵۳/۳±۱۹/۸۸، میانگین و انحراف معیار مدت زمان تحت پوشش بودن ۱۰/۲۲±۸/۱۰ سال و میانگین و انحراف معیار تعداد افراد تحت سرپرستی ۲/۱۳±۱/۴۱ نفر بود. از بین شرکت کنندگان در مطالعه ۴۳/۶٪ ساکن روستا و از نظر شغلی ۸۳٪ از آنان برای امرار معاش به نحوی دچار مشکل و فاقد هرگونه شغل ثابتی بودند.

جدول (۱) ارتباط ابعاد مختلف کیفیت زندگی با میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار

P-Value	میزان تحصیلات				ابعاد کیفیت زندگی
	دانشگاهی		بی سواد		
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
<۰/۰۰۱	۷۸/۴۵±۵/۶۹	۷۸/۳۷±۳/۳۶	۵۴/۱۲±۲/۶۰	۳۸/۲۱±۱/۵۰	عملکرد جسمی
۰/۰۱۴	۵۹/۳۸±۸/۱۸	۵۶/۰۲±۵/۰۷	۴۵/۷۵±۳/۰۵	۴۰/۴۴±۱/۷۳	جنبه جسمانی کیفیت زندگی
۰/۱۵۴	۶۸/۷۵±۸/۸۵	۴۵/۳۶±۵/۲۸	۴۶/۴۹±۳/۲۱	۴۵/۵۳±۱/۸۹	جنبه روانی کیفیت زندگی
۰/۸۵۳	۵۰/۳۱±۴/۵۲	۴۹/۰۹±۲/۶۵	۴۸/۲۹±۱/۵۶	۴۸/۹۳±۰/۸۹	انرژی، خستگی
۰/۰۴۱	۵۹/۲۵±۴/۰۰	۵۶/۴۰±۲/۵۲	۵۳/۴۱±۱/۴۹	۵۱/۱۶±۰/۸۲	سرزندگی
۰/۰۲۴	۶۷/۱۹±۴/۹۵	۶۳/۰۰±۲/۶۹	۵۶/۰۶±۱/۹۶	۵۲/۹۰±۰/۱۲	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۱	۶۹/۳۸±۵/۳۹	۶۲/۷۱±۴/۰۸	۴۹/۱۶±۲/۳۳	۴۲/۳۱±۱/۲۴	درد جسمی
<۰/۰۰۱	۵۸/۲۰±۵/۰۳	۴۳/۵۴±۲/۷۲	۴۱/۹۸±۱/۷۲	۳۸/۶۸±۰/۸۸	سلامت عمومی
<۰/۰۰۱	۶۲/۶۰±۳/۷۵	۵۸/۲۴±۲/۲۳	۴۸/۴۵±۱/۷۳	۴۲/۲۰±۰/۸۸	نمره کلی کیفیت زندگی

جدول شماره (۲) ارتباط ابعاد مختلف کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی زنان سرپرست خانوار

P-Value	وضعیت اقتصادی			ابعاد کیفیت زندگی
	خوب		بد	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۰/۲۷۶	۴۴/۶۷±۷/۶۱	۴۶/۱۶±۱/۷۵	۵۰/۱۲±۱/۸۴	عملکرد جسمی
۰/۴۷۲	۴۳/۳۳±۹/۲۸	۴۱/۸۲±۱/۸۶	۴۵/۲۲±۲/۰۶	جنبه جسمانی کیفیت زندگی
۰/۰۶۸	۶۰/۰۰±۹/۳۱	۴۳/۰۳±۱/۸۹	۴۸/۲۳±۲/۱۶	جنبه روانی کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۵۵/۰۰±۳/۴۵	۵۱/۶۲±۰/۹۰	۴۶/۲۸±۱/۰۸	انرژی، خستگی
۰/۴۷۷	۴۹/۰۶±۳/۵۳	۵۲/۸۳±۰/۸۳	۵۱/۵۲±۱/۰۱	سرزندگی
۰/۵۲۸	۵۹/۱۷±۷/۰۵	۵۶/۳۰±۱/۱۶	۵۴/۸۱±۱/۰۱	عملکرد اجتماعی
۰/۵۹۳	۴۶/۶۷±۶/۲۹	۴۷/۱۴±۱/۳۳	۴۶/۳۶±۱/۶۲	درد جسمی
۰/۰۴۱	۵۰/۱۶±۵/۳۷	۴۱/۹۰±۰/۹۶	۳۹/۲۹±۱/۱۶	سلامت عمومی
۰/۸۵۴	۴۸/۰۷±۵/۲۷	۴۵/۷۴±۰/۹۵	۴۶/۳۴±۱/۱۶	نمره کلی کیفیت زندگی

عملکرد جسمی به میزان ۷۸/۴۴ و کمترین نمره را بعد خستگی و سرزندگی به میزان ۵۰/۳۱ بوده است. (جدول یک)

آزمون تاثیر متغیرهای مورد بررسی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نشان داد که کیفیت زندگی به شدت تحت تاثیر میزان تحصیلات قرار دارد بطوریکه در شش بعد عملکرد جسمی، جنبه جسمانی کیفیت زندگی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، درد جسمی، سلامت عمومی و نمره کلی کیفیت زندگی ارتباط معنا دار آماری با میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار مشاهده شد و در زنان با تحصیلات بالاتر کیفیت زندگی بهتری مشاهده شد. کمترین میزان نمره کیفیت زندگی در زنان بی سواد به میزان ۳۸/۲۱ مربوط به بعد عملکرد جسمی و بیشترین میزان ۵۳/۹۰ مربوط به عملکرد اجتماعی در این گروه از زنان بوده است در مقابل در زنان با تحصیلات دانشگاهی بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد عملکرد جسمی به میزان ۷۸/۴۴ و کمترین نمره را بعد خستگی و سرزندگی به میزان ۵۰/۳۱ بوده است. (جدول یک)

جدول (۳) ارتباط ابعاد مختلف کیفیت زندگی با بیماری مزمن در زنان سرپرست خانوار

p-Value	بیماری تشخیص داده شده		ابعاد کیفیت زندگی
	خبر	بله	
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
<0/001	55/19 $\pm$ 1/67	37/35 $\pm$ 1/69	عملکرد جسمی
<0/001	50/88 $\pm$ 1/87	32/60 $\pm$ 2/01	جنبه جسمانی کیفیت زندگی
<0/001	52/88 $\pm$ 1/81	35/47 $\pm$ 2/15	جنبه روانی کیفیت زندگی
<0/001	53/20 $\pm$ 0/880	42/92 $\pm$ 1/05	انرژی، خستگی
<0/001	55/69 $\pm$ 0/83	46/77 $\pm$ 0/98	سرزندگی
<0/001	61/44 $\pm$ 1/08	46/92 $\pm$ 1/34	عملکرد اجتماعی
<0/001	56/00 $\pm$ 1/26	32/86 $\pm$ 1/39	درد جسمی
<0/001	45/88 $\pm$ 0/95	33/17 $\pm$ 1/06	سلامت عمومی
<0/001	51/96 $\pm$ 0/962	37/26 $\pm$ 0/96	نمره کلی کیفیت زندگی

مدل Forward به منظور تهیه بهترین مدل متغیرهای پیش کننده کیفیت زندگی انجام گرفت. در این روش کلیه متغیرهای که در آنالیز تک متغیره با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار ارتباط معنادار داشتند از قبیل سن زنان، مدت زمان تحت پوشش بودن، تعداد افراد تحت سرپرستی، محل زندگی، وجود یا عدم وجود بیماری تشخیص داده شده، وضعیت مسکن، وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات آنان وارد آنالیز چند متغیره شد. بر اساس مدل نبودن بیماری 7/13 به نمره کیفیت زندگی فرد می افزاید و بالارفتن یک سال سن به میزان 0/307- از نمره کیفیت زندگی می کاهد. مقدار Adjusted R Square نشان می دهد که 0/177 از تغییرات نمره کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار با استفاده از این مدل قابل پیش بینی است به بیان دیگر 0/177 از تغییرات نمره کیفیت زندگی در این گروه از زنان مربوط به سن آنها و وجود یا عدم وجود بیماری در آنان است (جدول چهار).

جدول (۴) نتایج حاصل از رگرسیون خطی چند متغیره برای تعیین بهترین مدل متغیرهای پیش بینی کننده کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار

P-Value	Adjusted R Square	t	انحراف معیار	$\beta$	مدل رگرسیون
<0/001		7/36	6/76	49/78	مقدار عدد ثابت
<0/001	0/177	-4/23	0/072	-0/307	سن
0/010		2/60	2/741	7/13	بیماری

بر اساس نتایج جدول دو بیشترین نمره کیفیت زندگی در زنانی که وضعیت اقتصادی بد داشته اند مربوط به بعد عملکرد اجتماعی به میزان 54/81 با انحراف معیار 1/01 بوده است و بیشترین نمره کیفیت زندگی در زنانی که وضعیت اقتصادی متوسط داشته اند مربوط به همین بعد به میزان 56/30 با انحراف معیار 1/13 بوده است. در بین زنان سرپرست خانوار با وضعیت اقتصادی خوب بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد جنبه روانی کیفیت زندگی به میزان 60/00 با انحراف معیار 9/31 بوده است. در بین کلیه ابعاد کیفیت زندگی دو بعد انرژی و خستگی و سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار با وضعیت اقتصادی آنان ارتباط معنادار آماری داشته است بطوریکه در زنان با وضعیت اقتصادی بهتر کیفیت زندگی هم بالاتر بوده است.

وجود بیماری تشخیص داده شده در زنان سرپرست خانوار به شدت بر روی کیفیت زندگی آنها تاثیر گذاشته است بطوری که کلیه ابعاد کیفیت زندگی با وجود یا عدم وجود بیماری از لحاظ آماری معنی دار بوده است (<0/001). در میان هشت بعد کیفیت زندگی بعد درد جسمی بیشترین تاثیر را بر کاهش کیفیت زندگی این افراد داشته است بطوری که نمره این بعد از کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار 32/86 با انحراف معیار 1/06 بوده است که کمترین در میان سایر ابعاد است (جدول سه). در این مطالعه آنالیز رگرسیون چندمتغیره و

### بحث و نتیجه گیری

علیرغم وجود عده کثیری از جمعیت زنان سرپرست خانوار در کشور اطلاعات بسیار کمی در ارتباط با وضعیت کیفیت زندگی این قشر از جامعه منتشر شده است (Hajbabaie H, Hajyousefi A 2012). بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار و ارتباط آن با وضعیت اقتصادی و اجتماعی زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام انجام گرفته است. در این مطالعه 80٪ از زنان

زندگی یا به اطرافیان خود وابسته می‌شوند. نتایج سایر مطالعه‌ها نیز ارتباط مستقیمی را بین کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار و وضعیت مسکن آن‌ها گزارش نموده است (Hajbabaei H, Hajyousefi A 2012).

در این مطالعه نمره کلی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با علت جدا شدن آنان مرتبط بود ( $p < 0.001$ ) که با نتایج سایر مطالعه‌ها هماهنگ است (Hamidi F, 2010). مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در کل نمونه مورد مطالعه ۴۶/۰۸ است و در نتیجه گواه بر کیفیت پایین زندگی زنان سرپرست خانوار است. در مطالعه‌ی مشابه که بر روی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی جنوب شهر تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شده است کیفیت زندگی ۲۳/۱٪ شرکت کنندگان پایین ۵۷/۵٪ متوسط و ۱۹/۴ درصد خوب ارزیابی شده بود (Hajbabaei H, Hajyousefi A 2012).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر از مهمترین دلایل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار کمی سواد، وضعیت اقتصادی نامطلوب و داشتن بیماری‌های مزمن است.

سرپرست خانوار همسرانشان را به دلایل فوت، طلاق و متارکه از دست داده بودند که با نتایج سایر مطالعه‌های انجام شده هماهنگی دارد (Foruzan S, Biglerian 2012).

در این مطالعه ۵۷/۲٪ زنان بی‌سواد و تنها ۲/۳٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در گزارش ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران نیز ۵۵٪ زنان سرپرست خانوار بی‌سواد و ۱۹ درصد از آن‌ها کم‌سواد با تحصیلات ابتدایی بوده‌اند که با نتایج مطالعه حاضر هماهنگی دارد بر اساس همین گزارش از این بابت استان‌های سیستان و بلوچستان و هرمزگان در صدر از لحاظ کمی سواد قرار دارند. بخوبی معلوم می‌شود ۷۴٪ از زنان سرپرست خانوار کل کشور تا چه اندازه به علت بی‌سوادی شکننده‌اند و همچنین بر اساس این گزارش ۱۱٪ از زنان بی‌سواد سرپرست خانوار کمتر از ۳۵ سال دارند و ۴۴٪ از آن‌ها نیز در گروه سنی ۳۵ تا ۶۴ سال هستند.

میانگین و انحراف معیار سنی زنان با تحصیلات کم در این مطالعه ۴۴/۷۷±۱/۰۸ بود. سواد پایین در این مطالعه با کاهش نمره کلی کیفیت زندگی نیز همراه بود ( $p < 0.001$ )، در مطالعه مشابه در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی ساکن شهر تهران میزان تحصیلات با کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط داشته است (Hossini A, Frozan S, Amir-fariar M. 2009).

در این مطالعه شرکت کنندگان ساکن در مناطق روستایی کیفیت زندگی بهتری داشته‌اند بطوری که در ابعاد عملکرد جسمی، جنبه جسمانی کیفیت زندگی، جنبه روانی کیفیت زندگی و درد جسمی دارای کیفیت زندگی بهتری بوده‌اند. که این مسئله را می‌توان به مشکلات و دردهای زندگی شهرنشینی مرتبط دانست.

در بین ۸ بعد کیفیت زندگی دو بعد سلامت عمومی و انرژی و خستگی با وضعیت اقتصادی زنان سرپرست خانوار ارتباط قوی آماری داشته است بطوریکه وضعیت اقتصادی بهتر سلامت عمومی بهتری را برای این قشر رقم زده است. مطابق آمار سالانه مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۰ زنان سرپرست خانوار استان هرمزگان کمترین درآمد سالانه را داشته‌اند به طوری که متوسط درآمد آن‌ها در طول سال سه میلیون و ۳۰۰ هزار تومان بوده است که آمار بسیار پایینی است و در مورد سایر استان‌های محروم نظیر ایلام وضع به همین منوال است که نتایج مطالعه حاضر نیز با این گزارش‌ها هماهنگی دارد. بر اساس نتایج این مطالعه حاضر ۸۳٪ از زنان سرپرست خانوار برای امرار معاش به نحوی دچار مشکل هستند که در مقایسه با آمار سال ۱۳۹۰ که نشان می‌دهد فقط ۱۸٪ زنان سرپرست خانوار موفق به پیدا کردن شغل می‌شوند و ۸۲٪ از این قافله جا می‌مانند مطابقت دارد یعنی زنانی که هیچ شغلی ندارند، تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند و برای گذران

## منابع

- Hossini A, Frozan S, Amir-fariar M. Mental health survey of households covered by social welfare organizations Tehran. *Journal of Social Research*. 2009;2(3):117-37.
- Foruzan S, Biglerian A. Head-of-Household Women: opportunities and challenges. *Women in Development & Politics*. 2001;1(5):35-58.
- Gholipoor A, Rahimian A. Economic, Cultural, and Educational Factors Related to Empowerment of Head-of-Household Women. *Social welfare quarterly*. 2011;11(40):29-62.
- Connell J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;22(10):138.
- Montazeri A, Gashtasebi A, Vahdaninia M. Translation and reliability and validity of the Persian version of the SF-36. *Payesh*. 2005;5:49-56.
- Hajbabaei H, Hajyousefi A, Tahmasebi A. Relationship between quality of life of female-headed families with their personal and family characteristics. *Quarterly Journal of Social Work*. 2012;23:39-45.
- Hamidi F. Relationship between Social support and mental health among Female-headed households employed a military university. *Journal of Military Psychology*. 2010;1(2):51-60.