

Investigating the Social Health of Female Heads of Households and its Social and Demographic Determinants: A Case Study of Female Heads of Households in Tehran

Ahmad Dorahaki * 

Associate Professor of Demography, Department of Demography, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Mahtab Mohammadkhani 

Master's degree in Demography, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Introduction

Evidence and statistical data indicate an increase in the number of female heads of households in Iran in recent years; this is happening at a faster rate in Tehran, the country's main metropolis. Female heads of households are raised as an important social issue from various perspectives. If we look at the causes of female headship, we can conclude that each of these causes originates from contexts that have a fundamental impact on various aspects of health, especially their social health. A review of studies conducted on the harms of female heads of households in Iran shows that in many cases, female heads of households are more vulnerable psychologically and socially than they are financially. This makes it necessary and essential to pay attention to the health of female heads of households, especially their social health.

Literature Review

Larsen defines social health as an individual's report of the quality of his or her relationships with other people, relatives, and social groups of which he or she is a member. Social health includes social participation, living harmoniously with other people, creating positive, mutually supportive relationships, and having healthy relationships. According to Keyes, social health, or in other words, social well-being, includes elements that together indicate how well individuals function in

* Corresponding Author: adorahaki@atu.ac.ir

How to Cite: Dorahaki , A; Mohammadkhani, M. (2025). Investigating the social health of female heads of households and its social and demographic determinants: A case study of female heads of households in Tehran, *Journal of Social Work Research*, 11(42) , 97-142.

social life, such as neighbors or colleagues, or as citizens. This study mainly uses Keyes' social health theory. He considers social health to have five components: social actualization, social cohesion, social integration, social acceptance, and social participation.

Methodology

This study is a descriptive and cross-sectional study. In this research, the survey method was used. The sample size was 589 eligible female heads of households. For sampling, multi-stage cluster sampling and stratified sampling proportional to the volume were used according to the information of the NGOs of the selected regions. In this way, initially, the neighborhoods of Tehran were divided into several clusters. In the next stage, three neighborhoods were selected from each region, and a total of 12 neighborhoods. The share of each neighborhood in the sample size was determined to be 50 people. In the next stage, according to the results and analyses of the characteristics of female heads of households according to the marital status of the census data of the Statistics Center, an attempt was made to carry out stratified sampling proportional to the volume, according to the marital status. Finally, the volume determined in the stratified sample proportional to the volume was distributed in each neighborhood.

Results

The results show that the women heads of households in the study are not in a desirable state in terms of social health. Among the different dimensions of social health, social integration and social acceptance are more complicated in the women heads of households in the study. The results of this study show that the social health of women heads of households varies according to demographic variables, so that, according to the reasons for headship, women heads of households due to divorce have a lower level of social health than other reasons for headship. In bivariate analysis or hypothesis testing, a statistically significant relationship was obtained between the variables of marital status, reason for headship, type of housing ownership, number of household members, level of physical health, level of social support, level of role pressure, level of feeling of social security in social interactions, level of income and financial empowerment, and feeling of economic insecurity in recent years with the variable of social health of women heads of households. The results of multivariate analysis showed that social variables - including education, social support, role pressure, and feeling of security in social interactions - have the greatest impact on the social health of women heads of households. In general, with the entry of all variables into the regression model, the

variables of physical health level, social support level, education level, role pressure level, type of housing ownership, and level of feeling of economic insecurity have maintained their significance in recent years. In general, the research variables have been able to explain about 39 percent of the changes in the social health variable of female heads of households. Given that demographic studies and evidence indicate that in the coming years, due to changes in the age structure, the number of female heads of households will increase significantly, paying attention to the issue of their social health will become even more important. Policy solutions arising from the research are presented in this text.

Keywords: Social Health, Female Heads of Households, Social Cohesion, Social Acceptance, Tehran City



بررسی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و تعیین کننده‌های اجتماعی و جمعیتی آن: مورد مطالعه زنان سرپرست خانوار شهر تهران

دانشیار جمعیت‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه
طباطبائی، تهران، ایران.

احمد دراهکی * ID

دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی دانشکده علوم
اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مهتاب محمدخانی ID

چکیده

زنان سرپرست خانوار در بسیاری از موارد بیش از آن که از نظر مادی آسیب‌پذیر باشند، از نظر روانی و اجتماعی آسیب‌پذیر هستند. این امر توجه به مسئله سلامت زنان سرپرست خانوار، به‌ویژه سلامت اجتماعی آنها را ضروری می‌سازد. در این راستا، پژوهش حاضر با انتخاب نمونه‌ای بالغ بر حدود ۵۸۹ نفری از زنان سرپرست خانوار در شهر تهران به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای سعی نمود به بررسی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و عوامل تعیین‌کننده آن بپردازد. نتایج نشان‌دهنده آن است که زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه، به لحاظ سلامت اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند. در بین ابعاد مختلف سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی و پذیرش اجتماعی وضعیت بغرنج‌تری در زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه دارند. نتایج تحلیل چند متغیره نشان داد که بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار، متغیرهای اجتماعی - شامل تحصیلات، حمایت اجتماعی، فشار نقش و احساس امنیت در تعاملات اجتماعی - ایفا می‌کنند. در مجموع با ورود همه متغیرها به مدل رگرسیونی، متغیرهای سطح سلامت جسمانی، سطح حمایت اجتماعی، سطح تحصیلات، سطح فشار نقش، نوع مالکیت مسکن و سطح احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر معنی‌داری خود را حفظ کرده‌اند. راهکارهای سیاستی برخاسته از پژوهش در متن حاضر آمده است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، زنان سرپرست خانوار، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شهر تهران

مقدمه

تعداد زنان سرپرست خانوار در طی دهه‌های اخیر به‌طور چشمگیری به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه به علت طلاق، مرگ همسر، اعتیاد یا معلولیت شوهر، افزایش امید زندگی در میان زنان، مهاجرت یا ترک همسر در حال افزایش بوده است (Horrell & Krishnan, 2007: 3؛ Akinsola & Popovich, 2002). در ایران نیز داده‌های رسمی از روند رو به رشد تعداد زنان سرپرست خانوار در دهه‌های اخیر حکایت دارند؛ به‌طوری‌که در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۷/۳، ۸/۴، ۹/۴ و ۱۲/۱ درصد از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). بر مبنای تعریف سازمان بهزیستی، زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که عهده‌دار تأمین معاش مادی و معنوی خود و اعضای خانوار می‌باشند. مطابق تعریف مرکز آمار ایران، زنان سرپرست خانوار به کسانی گفته می‌شوند که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانوار را بر عهده می‌گیرند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده، تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی با آنهاست (مومن‌زاده، ۱۳۹۲: ۵).

زنان سرپرست خانوار از جهات گوناگون می‌توانند به‌عنوان یک مسئله اجتماعی مطرح شوند: ۱- سرپرستی خانوار نیازمند تأمین منابع مالی و معنوی اعضای خانواده می‌باشد و بر اساس تقسیم کار جنسیتی رایج، نقش سرپرستی بر عهده مردان است و زنان از ابتدا برای انجام این نقش آموزش و تربیت داده نمی‌شوند (احمدنیا و کامل قالیباف، ۱۳۹۵: ۳). ۲- در شرایطی که به هر دلیلی تقسیم کار جنسیتی کارکردش را از دست دهد، زنان با موقعیت دشواری مواجه می‌گردند. مهم‌ترین مسئله قرار گرفتن در یک موقعیت ایفای نقش‌های دوگانه داخل و خارج از خانه است. ۳- زنان سرپرست خانوار اساساً دسترسی کمتری به منابع کار، زمین و بازارهای بیمه دارند و همچنین تبعیض‌ها از طریق هنجارهای اجتماعی و عدم تحرک اقتصادی بر روی آنها قرار دارد (Chant, 2007: 3). ۴- چهارمین دلیل آن است که اگر به علل سرپرستی خانوار زنان نگاه شود، می‌توان به این نکته پی برد هر کدام از این علل خود از بسترهایی نشأت می‌گیرد که بر جنبه‌های مختلف سلامت،

به‌ویژه سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیر اساسی دارد؛ مسئله فوت همسر، طلاق، تجرد، ازکارافتادگی یا معلولیت همسر، ترک همسر، مهاجرت همسر، فوت والدین، اعتیاد همسر و ... هرکدام از مسائل اجتماعی مهمی هستند که بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد تأثیرگذارند. زنان سرپرست خانوار، در حالی مسئولیت سرپرستی خانوار را بر عهده می‌گیرند که خود با یک مسئله دشوار اجتماعی روبرو هستند.

مرووری بر مطالعات انجام‌شده در زمینه آسیب‌های زنان سرپرست خانوار در ایران نشان‌دهنده آن است که زنان سرپرست خانوار در بسیاری از موارد بیش از آن‌که از نظر مادی آسیب‌پذیر باشند، از نظر روانی و اجتماعی آسیب‌پذیر هستند (ترابی و همکاران، ۱۴۰۱: ۱). حتی اگر زنان سرپرست خانوار فقیر هم نباشد، ممکن است در معرض آسیب‌های اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی قرار گیرند زیرا با ریسک‌های بیشتر و استراتژی‌های مقابله‌ای کمتر مواجه هستند (ترابی و همکاران ۱۴۰۱ به نقل از استفن و همکاران، ۲۰۱۱). این امر توجه به مسئله سلامت زنان سرپرست خانوار، به‌ویژه سلامت اجتماعی آن‌ها را لازم و ضروری می‌سازد. لارسن^۱، سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنها است تعریف می‌کند (لارسن، ۱۹۹۶: ۷). سلامت اجتماعی شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان‌ها، ایجاد روابط مثبت متکی به یکدیگر و داشتن روابط سالم است.

مسئله زنان سرپرست خانوار و سلامت اجتماعی آن‌ها در کلان‌شهری مانند تهران ابعاد پیچیده‌تری به خود می‌گیرد. تهران بزرگ‌ترین شهر ایران است و دارای بالاترین تراکم جمعیت می‌باشد. تهران به‌عنوان پایتخت، محل تجمع اقوام و فرهنگ‌های مختلف است؛ این تنوع در مقایسه با سایر شهرها بیشتر مشهود است. تهران شهری است که مسائلی که منجر به بروز سرپرست خانوار شدن در میان زنان می‌شود مانند مهاجرت، طلاق، اعتیاد نمود قابل‌توجهی دارد و نکته مهم‌تر شکل مناسبات و تعاملات اجتماعی در این شهر است که به‌شدت می‌تواند بر سلامت اجتماعی ساکنان اثرگذار باشد. مناسبات در زندگی

1. Larson

کلان‌شهری به‌شدت به سمت توداری و محافظه‌کاری پیش می‌رود و مناسبات حالت کمیت وار به خود می‌گیرد (زیمیل، ۱۳۷۲).

سلامت اجتماعی تلاقی و پیوند بین فرد و جامعه است. سلامت اجتماعی زمینه مشارکت و پیوند بهتر با جامعه را افزایش می‌دهد و دارای اثرات پایدار بر فرایند توسعه شهری و فردی است. لذا این مطالعه می‌کوشد به این سؤالات اصلی پاسخ دهد: ۱- وضعیت سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار شهر تهران چگونه است؟ کدام عوامل اجتماعی و اقتصادی بر سلامت اجتماعی آنها تأثیرگذارند و به چه صورت؟ پیشنهادها و سیاست‌های لازم جهت ارتقای سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر تهران با توجه به یافته‌های پژوهشی چیست؟

مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و عوامل مرتبط با آن

بر اساس مطالعه همتی، مهدوی و سرابی (۱۳۹۱) که بر روی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن انجام گرفته است، نمره سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در سطح متوسط قرار داشت. در این تحقیق متوسط نمره سلامت اجتماعی برابر با $3/2$ (کمی بیش از متوسط)، و نمره زیر مقوله‌های آن شامل نمره انسجام برابر با $3/5$ (کمی بیش از متوسط)، نمره پذیرش اجتماعی برابر با $2/9$ (نزدیک به متوسط)، نمره مشارکت اجتماعی برابر با $3/3$ (متوسط)، نمره امنیت اجتماعی برابر با $2/9$ (نزدیک به متوسط)، نمره برابری اجتماعی $3/5$ (کمی بیش از متوسط)، نمره شکوفایی اجتماعی برابر با $3/5$ (کمی بیش از متوسط)، و نمره حمایت اجتماعی برابر با $2/6$ (نزدیک نمره متوسط) گزارش شده است.

در مطالعه یحیی‌زاده و رضانی (۱۳۹۲) بر روی زنان سرپرست خانوار شهر قروه ۵۸/۷ درصد پاسخگویان دارای میزان سلامت اجتماعی پایین، ۳۹/۱ درصد دارای سلامت اجتماعی متوسط و حدود ۲/۲ درصد سطح بالای سلامت اجتماعی بودند. مطالعه افشاری،

هاشمی و رضایی (۱۳۹۸) بر روی زنان سرپرست خانوار شهر مشهد حکایت از آن دارد که ابعاد سلامت اجتماعی، غیر از انسجام اجتماعی، همگی بالاتر از حد متوسط بودند. در مطالعه شعبان و قویدل (۱۳۹۹) میانگین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در دامنه حداقل ۳۹ و حداکثر ۵۳ و به صورت متوسط ۴۶/۹ گزارش شده است.

با توجه به مطالعاتی که مرتبط با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است، می توان عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار را در چهار دسته کلی عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی، اقتصادی و زمینه ای تقسیم بندی کرد. عوامل جمعیت شناختی شامل سن (مشعوفی، حریرچی و آقابخشی ۱۳۹۰؛ زاهدی اصل و پيلهووری ۱۳۹۳؛ Kwon & HyungSeon 2020)، مدت زمان سرپرستی خانوار (مشعوفی، حریرچی و آقابخشی؛ مجدآبادی و همکاران، ۱۳۹۸)، تنهایی زندگی کردن (Kwon & HyungSeon, 2020)، کیفیت محل سکونت (Akinsola & Popovich, 2002)، موقعیت شغلی (Keyes & Shapiro, 2004؛ افشاری، هاشمی و رضایی ۱۳۹۸؛ شیانی و زارع ۱۳۹۸) و مشکلات جسمانی (شیانی و زارع ۱۳۹۸؛ Akinsola & Popovich, 2002) می باشند.

دسته دوم که بیشترین موارد اثرگذاری را در خود جای داده است عوامل اجتماعی می باشند. این عوامل شامل تحصیلات (شعبان و قویدل ۱۳۹۹؛ زاهدی اصل و پيلهووری ۱۳۹۸؛ میری، ذوالقدر و قاسمی ۱۳۹۸)، روابط بین فردی (شعبان و قویدل ۱۳۹۹؛ کییز ۱۹۹۸؛ یحیی زاده و رمضان ۱۳۹۲)، حمایت اجتماعی (حسینی حاجی بکنده و تقی پور ۱۳۸۹، همتی، مهدوی و سرایی ۱۳۹۱؛ میری، ذوالقدر و قاسمی ۱۳۹۸؛ مجدآبادی و همکاران ۱۳۹۸)، رضایت از خدمات دریافتی از سازمان بهزیستی (مشعوفی، حریرچی و آقابخشی، ۱۳۹۰)، نوع توانایی ها و مهارت ها (مشعوفی، حریرچی و آقابخشی ۱۳۹۰)، عدم امنیت در تعاملات اجتماعی (شیانی و زارع، ۱۳۹۸)، میزان مسئولیت پذیری (شعبان و قویدل ۱۳۹۹؛ Keyes, 1998)، فشار و تعارض نقش (یوسفی لبنی و همکاران ۲۰۲۰؛ شیانی و

زارع (۱۳۹۸)، تنش‌های درون خانواده و اختلال در آن (یوسفی لبنی و همکاران، ۲۰۲۰) و انزوا و طرد اجتماعی (یوسفی لبنی و همکاران ۲۰۲۰؛ Connell & et al 2012) می‌گردند. دسته سوم عوامل اقتصادی است که شامل اشتغال در مشاغل غیررسمی و بی‌ثبات (شیانی و زارع ۱۳۹۸؛ Ozawa, Lee & Wang 2011)، میزان درآمد و توانمندی مالی (زاهدی اصل و پيله‌وری ۱۳۹۳؛ یحیی‌زاده و رضانی ۱۳۹۲) و توانمندسازی اقتصادی (قجری و حق‌پرست ۱۴۰۱؛ افشاری، هاشمی و رضایی ۱۳۹۸؛ Stewart-Withers, 2011) است و در نهایت دسته چهارم عوامل زمینه‌ای است که شامل بحران‌های اقتصادی، سیاسی و اجتماعی می‌گردند. الفرا^۱ (۲۰۲۴) در پژوهشی با عنوان "آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار: چالش‌های دسترسی به کمک در شرایط بحران" در رابطه با این مسئله اساسی بحث می‌کند که آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار به‌طور چشمگیری در شرایط بحرانی مانند جنگ یا بحران‌های اقتصادی بیشتر می‌شود.

باوجود مطالعات متعدد و ارزشمندی که در زمینه سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار به‌ویژه در ایران انجام گرفته است می‌توان گفت: مسئله اصلی تحقیقات پیشین این است که در این تحقیقات به گزارش دقیقی از وضعیت سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار پرداخته نشده است. اینکه سطح سلامت اجتماعی در میان زنان سرپرست خانوار با توجه به متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، علت سرپرستی خانوار، تحصیلات و ... به چه صورت است می‌تواند در تحلیل و فهم سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار بسیار کمک‌کننده باشد. در این تحقیقات یا هیچ توصیفی از وضعیت و سطح سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار ارائه نشده است، یا اگر توصیفی در آنها صورت گرفته، بسیار ناقص بوده است؛ این در حالی است که برای بررسی سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار، ابتدا باید یک توصیف دقیق و شفاف از وضعیت سلامت اجتماعی و زیر مقوله‌های آن در بین زنان سرپرست خانوار با توجه به مشخصه‌های جمعیتی و اجتماعی ارائه شود.

مبانی نظری پژوهش

در رابطه با سلامت اجتماعی دو دیدگاه کلی وجود دارد: ۱- سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد و ۲- سلامت اجتماعی به مثابه سلامت جامعه یا جامعه سالم. تلقی اول فرد را واحد تعریف سلامت اجتماعی قرار می‌دهد و در واقع سلامت اجتماعی را به مثابه ویژگی و صفتی از زندگی فردی و اجتماعی تعریف می‌کند. در این زمینه دیدگاه‌های لارسن (۱۹۹۶)، کیز (۱۹۹۸) مطرح می‌شود. در رویکرد دوم محوریت حول جامعه است. بر این اساس سلامت اجتماعی را به مثابه صفتی برای یک جامعه در نظر می‌گیرد و به جامعه سالم یا جامعه برخوردار از سلامت توجه دارد (توکل، ۱۳۹۳). در این رویکرد دیدگاه‌های تامپسون (۲۰۰۱) و میرینگوف (۱۹۹۹) مطرح می‌شود. در این پژوهش، از رویکرد سلامت اجتماعی به مثابه ویژگی از زندگی فردی و اجتماعی فرد استفاده گردیده و از این میان نظریه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) به عنوان مبنای تعریف و عملیاتی کردن سلامت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود.

از نظر کیز سلامت اجتماعی یا به عبارت دیگر، بهزیستی اجتماعی شامل عناصری است که با همدیگر نشان می‌دهند که تا چه اندازه افراد در زندگی اجتماعی مانند همسایه یا همکار یا به عنوان یک شهروند خوب عمل می‌کنند (Keyes & Shapiro, 2004).

کیز پنج بعد را برای سلامت اجتماعی یا بهزیستی فردی برمی‌شمرد که شامل:

۱- شکوفایی اجتماعی^۱: شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم‌تر در مورد شرایط و آینده اجتماع امیدوار هستند، آن‌ها می‌توانند پتانسیلی را که در یک اجتماع به هم پیوسته وجود دارد را تشخیص دهند و باور دارند که جهان می‌تواند برای انسان‌هایی چون آنها بهبود یابد (Keyes & Shapiro, 2004).

۲- همبستگی اجتماعی^۱: همبستگی اجتماعی درک کیفیت، سازمان‌دهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیش‌تر بداند. افراد سالم، علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند؛ خود را با تصور اینکه در حال زندگی در یک دنیای در حال تکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را جهت فهم و درک زندگی ارتقاء می‌بخشند. (Keyes & Shapiro, 2004).

۳- انسجام اجتماعی^۲: انسجام اجتماعی در لغت به معنای یکی کردن و به هم پیوستن، ائتلاف، انضمام، یکپارچگی، اتحاد عناصر مختلف اجتماع است. (توسلی ۱۳۸۲، به نقل از کنگرلو ۱۳۸۶). انسجام اجتماعی، ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند، سهم می‌داند. از دیدگاه دورکیم (به نقل از کیز، ۱۹۹۸) سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند. مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد؛ بیگانگی اجتماعی یعنی شکاف بین فرد و اجتماع. بیگانگی یعنی مردود شمردن اجتماع و باور به اینکه اجتماع، ارزش‌های شخصی و شیوه‌های زندگی فرد را منعکس نمی‌کند. انزوای اجتماعی یعنی شکستن روابط حمایتگر شخصی. بنابراین فردی که از انسجام اجتماعی برخوردار است نسبت به اجتماع خود احساس نزدیکی می‌کند و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند (Keyes & Shapiro, 2004).

۴- پذیرش اجتماعی^۳: پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت روان است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خودش و زندگی گذشته دارد و باوجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد همه جنبه‌های خود را می‌پذیرد. در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و

1. social cohesion
2. social integration
3. social acceptance

جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (کیبز ۱۹۹۸، به نقل از کنگرلو ۱۳۸۶).

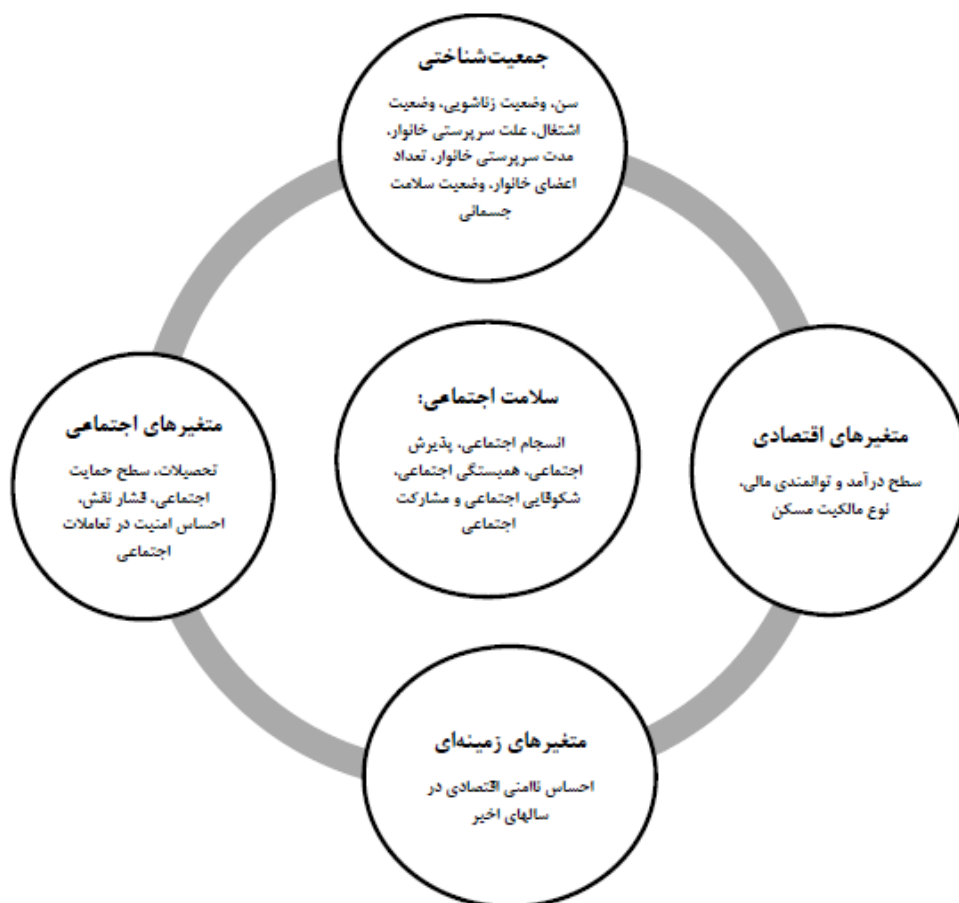
۵- مشارکت اجتماعی^۱: مشارکت در لغت به معنای جبران ضرر وارده به یکی از شرکا به وسیله سایرین، اعانه دادن پولی که برای مصارف عام‌المنفعه داده شود، شرکت، سهمیه، اعانه، هم بخشی و همکاری و تعاون و کمک است. در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیزی ارزشمند برای عرضه به دنیا دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است، سهم باشند. مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در زندگی از مقیاس‌های سلامت روانی نیز هست. مشارکت اجتماعی همچنین با مفهوم مسئولیت‌پذیری و کارآمدی مشابهت دارد (کیبز ۱۹۹۸ به نقل از حسینی حاجی بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹).

ارائه چارچوب نظری پژوهش و فرضیات پژوهشی

با توجه به مبانی نظری و مطالعات پیشین، مدل نظری تحقیق در شکل ۱ آمده است. همان‌گونه که در این مدل مشاهده می‌گردد؛ سلامت اجتماعی در سطح فردی به‌عنوان مهم‌ترین متغیر این پژوهش یا به‌عبارتی دیگر، متغیر وابسته منبعث از نظریه سلامت اجتماعی کیبز (۱۹۹۸) شامل پنج بعد ۱- انسجام اجتماعی ۲- پذیرش اجتماعی ۳- شکوفایی اجتماعی ۴- همبستگی اجتماعی و ۵- مشارکت اجتماعی است.

سلامت اجتماعی فرد بر اساس مطالعات پیشین که توضیح داده شد از چهار بعد اصلی تأثیر می‌پذیرد که شامل متغیرهای: ۱- جمعیت شناختی: شامل سن، وضعیت زناشویی، وضعیت اشتغال، علت سرپرستی خانوار، مدت سرپرستی خانوار، تعداد اعضای خانوار، وضعیت سلامت جسمانی ۲- متغیرهای اجتماعی: شامل تحصیلات، سطح حمایت اجتماعی، فشار نقش، احساس امنیت در تعاملات اجتماعی ۳- متغیرهای اقتصادی: شامل

سطح درآمد و توانمندی مالی و نوع مالکیت مسکن ۴- متغیرهای زمینه‌ای: شامل احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر است. انتخاب این متغیرها با توجه به اهمیت آنها در مطالعات پیشین و همچنین مشورت با خبرگان در حوزه‌های مددکاری اجتماعی، جامعه‌شناسی و جمعیت‌شناسی انجام شده است. به دلیل آنکه در این مطالعه نمی‌توان همه متغیرهای مؤثر در مطالعات پیشین را مطالعه نمود این رویکرد اتخاذ شده است. با توجه به این مدل فرضیات پژوهشی تعریف می‌شود.



شکل ۱. مدل نظری تحقیق و نحوه ارتباط متغیرهای مستقل با متغیر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

فرضیات مربوط به متغیرهای جمعیتی

- به نظر می‌رسد هرچقدر سن زنان سرپرست خانوار افزایش یابد سلامت اجتماعی آنها کاهش یابد.
- به نظر می‌رسد بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و وضعیت زناشویی آنها رابطه معنی‌داری وجود داشته باشد.
- به نظر می‌رسد بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه و علت سرپرستی خانوار آنها رابطه معنی‌داری وجود داشته باشد.
- به نظر می‌رسد بین سلامت اجتماعی و وضعیت اشتغال زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه، رابطه معنی‌داری وجود داشته باشد.
- به نظر می‌رسد با افزایش مدت‌زمان سرپرستی خانوار، سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه افزایش یابد.
- به نظر می‌رسد بین تعداد اعضای خانوار و سطح سلامت اجتماعی افراد مورد مطالعه، رابطه معنی‌داری وجود داشته باشد.
- به نظر می‌رسد هرچقدر زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه از وضعیت جسمانی بهتری برخوردار باشد از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار خواهند بود.

فرضیات مربوط به متغیرهای اجتماعی

- به نظر می‌رسد با افزایش سطح تحصیلات زنان سرپرست خانوار، سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش یابد.
- به نظر می‌رسد با افزایش سطح حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار، سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش یابد.
- به نظر می‌رسد با افزایش فشار نقش در زنان سرپرست خانوار، سلامت اجتماعی آنها کاهش یابد.

- به نظر می‌رسد با افزایش احساس امنیت در تعاملات اجتماعی، سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار افزایش یابد.

فرضیات مربوط به متغیرهای اقتصادی

- به نظر می‌رسد با افزایش درآمد و توانمندی مالی زنان سرپرست خانوار، سطح سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش یابد.

- به نظر می‌رسد بین سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع مالکیت مسکن آنها رابطه معنی‌داری وجود داشته باشد.

فرضیات مرتبط به متغیرهای زمینه‌ای

- به نظر می‌رسد هرچقدر احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر در زنان سرپرست خانوار بیشتر باشد، سطح سلامت اجتماعی آنها کاهش یابد.

روش تحقیق و فرایند نمونه‌گیری

این مطالعه از نوع توصیفی و مطالعه مقطعی است. در این تحقیق، روش پیمایش مورد استفاده قرار گرفت. جمعیت مورد مطالعه زنان سرپرست خانوار شهر تهران است. بر اساس سرشماری ۱۳۹۵ حدود ۴۵۹۵۳۴ خانوار زن سرپرست در شهرستان تهران وجود داشته است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵، جمعیت شهرستان تهران برابر با ۸۷۳۷۵۱۰ نفر بوده است؛ که از این تعداد، ۸۶۹۳۷۰۶ نفر در شهر تهران زندگی می‌کردند (همان). بنابراین حدود ۹۹/۵ درصد جمعیت شهرستان تهران در شهر تهران زندگی می‌کنند. با این برآورد می‌توان گفت تعداد خانوارهای زن سرپرست در شهر تهران حدود ۴۵۷۲۳۶ می‌باشد. حجم نمونه برای چنین جمعیتی با توجه به فرمول کوکران ۳۸۴ نفر محاسبه گردید، اما از آنجاکه زنان سرپرست

خانوار جمعیت ناهمگونی است و توصیف با توجه به مشخصه‌های جمعیتی و اجتماعی آن برای این تحقیق مهم بود، حجم نمونه به ۶۰۰ نفر افزایش یافت تا بتوان به نمونه‌ای نمایا تر دست یافت.

برای نمونه‌گیری از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم با توجه به اطلاعات نهادهای مردم‌نهاد مناطق انتخاب‌شده، استفاده گردید. به این صورت که در ابتدا محلات شهر تهران به چند خوشه تقسیم شدند. در زمینه خوشه‌بندی مناطق تهران از مطالعه احمدی و جهانگرد (۱۳۹۹) با عنوان رتبه‌بندی محلات شهر تهران از نظر سطح برخورداری و کیفیت زندگی استفاده شده است. بر این اساس با توجه به مطالعه ذکر شده ابتدا، چهار منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد که شامل منطقه ۶، ۸، ۱۲ و ۱۰ بودند.

در مرحله بعد از میان هر منطقه سه محله و مجموعاً ۱۲ محله انتخاب گردید که شامل محلات یوسف‌آباد، جهاد، ساعی، تهرانپارس، مجیدیه، سبلان، بهارستان، هرندي، ایران، زنجان جنوبی، بریانک و سلسبیل جنوبی بودند. سهم هر محله از حجم نمونه ۵۰ نفر تعیین شد. در مرحله بعد برای جمع‌آوری داده در هر محله از افراد و نهادهای مردم‌نهاد استفاده گردید. شناسایی این افراد و نهادها از طریق پایگاه‌های اجتماعی مانند مساجد انجام گرفت. در مرحله بعد با توجه به نتایج و تحلیل‌هایی که از ویژگی‌های زنان سرپرست خانوار با توجه به وضعیت زناشویی داده‌های سرشماری مرکز آمار ارائه شد سعی بر آن شد که نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم، با توجه به وضعیت زناشویی انجام شود. بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۵، حدود ۱۴/۴ درصد زنان سرپرست خانوار دارای همسر، ۶۸/۱ درصد بی‌همسر به علت فوت، ۱۲/۱ درصد به علت طلاق و ۵/۳ درصد هرگز ازدواج نکرده گزارش شده است. بنابراین با توجه به حجم نمونه که ۶۰۰ نفر در نظر گرفته شده بود سعی بر آن شد که این تنوع رعایت شود، به‌طوری‌که ۱۰۰ نفر سهم زنان سرپرست خانوار دارای همسر، ۳۰۰ نفر سهم زنان بی‌همسر به علت فوت، ۱۲۰ نفر سهم زنان بی‌همسر به علت طلاق

و ۸۰ نفر سهم زنان سرپرست خانوار هرگز ازدواج نکرده در نظر گرفته شد. در نهایت حجم تعیین شده در نمونه طبقه‌ای متناسب با حجم در هر محله توزیع گردید.

داده‌های تحقیق

متغیر وابسته در تحقیق حاضر، سلامت اجتماعی است که در قسمت مبانی نظری به صورت مبسوط توضیح داده شده است. در این تحقیق برای عملیاتی کردن و اندازه‌گیری سلامت اجتماعی، از مدل چندوجهی سلامت اجتماعی کیز استفاده شده است. پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) ۳۳ گویه دارد. گویه‌های ۱، ۱۱، ۱۳، ۲۰، ۲۲ و ۳۳ خرده‌مقیاس همبستگی اجتماعی، گویه‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۶ و ۲۱ خرده‌مقیاس انسجام اجتماعی، گویه‌های ۳، ۴، ۲۴، ۲۶، ۲۸ و ۳۲ خرده‌مقیاس مشارکت اجتماعی، گویه‌های ۵، ۷، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۵ و ۳۰ خرده‌مقیاس شکوفایی اجتماعی و گویه‌های ۶، ۸، ۱۴، ۱۹، ۲۳، ۲۷ و ۳۱ خرده‌مقیاس پذیرش اجتماعی را می‌سند. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای به صورت کاملاً موافق = ۵، موافق = ۴، تا حدودی = ۳، مخالف = ۲ و کاملاً مخالف = ۱ انجام می‌شود.

بر اساس مدل نظری تحقیق متغیرهای مستقل به چند دسته کلی تقسیم می‌شوند:

دسته اول **مشخصه‌های جمعیتی**: مشخصه‌های جمعیتی به ویژگی‌های گفته می‌شود که افراد با توجه به آنها از یکدیگر متمایز می‌شوند. این ویژگی‌های در تحقیق حاضر شامل: سن، وضعیت زناشویی، علت سرپرستی خانوار، مدت‌زمان سرپرستی خانوار، تعداد اعضای خانوار، وضعیت سلامت جسمانی پاسخگو: از طریق این سؤال که در مورد سلامت کلی جسمانی خود چه می‌گویید؟ از نظر جسمی کاملاً ناتوانم، از نظر جسمی به شدت آسیب‌دیده‌ام، دارای اختلالات جسمانی متوسط هستم، تا حدودی از سلامت جسمانی برخوردارم، دارای سلامت جسمانی خوبی هستم، اندازه‌گیری شده است.

دسته دوم در زمره **متغیرهای اجتماعی** تقسیم‌بندی شده‌اند که شامل: تحصیلات افراد و متغیر حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی فرایند تبادل کالا و خدمات میان

افراد شبکه اجتماعی است. کوب معتقد است حمایت اجتماعی، اطلاعاتی است که منجر به شکل گیری این اعتقاد در فرد می شود که او مورد توجه، دوست داشتنی، ارزشمند و محترم بوده یا متعلق به شبکه ای از روابط و تعهدات متقابل است (حیدرخانی و همکاران، ۱۳۹۵) برای اندازه گیری این متغیر از شکل خلاصه شده پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت (۱۹۸۶) که بر مبنای تعریف کوب از حمایت اجتماعی ساخته گردیده استفاده شده است. فشار نقش به وضعیتی اشاره دارد که در آن فرد تحت تأثیر انتظارات و الزامات مختلفی قرار می گیرد که از او خواسته می شود در نقش های مختلفی که در زندگی خود ایفا کند، عمل کند (Bohen & Viveros-Long, 1981). برای اندازه گیری این متغیر از شکل خلاصه پرسشنامه استاندارد بوهن و ویوروس لانگ (۱۹۸۱) استفاده شده است. احساس امنیت در تعاملات اجتماعی: امنیت تعاملی نوعی احساس امنیت است که در بستر تعامل با دیگران معنا پیدا می کند. در این زمینه اعتماد به دیگری رکن اساسی را ایفا می کند. ویژگی های احساس امنیت در تعاملات شامل مواردی مانند ارتباط صادقانه، همدلی و پشتیبانی، حفظ مرزها و رعایت حریم شخصی و صداقت و تعهد است (نجف پور و همکاران، ۲۰۲۳). این متغیر با استفاده از گویه های فرا تحلیل مطالعات احساس امنیت که توسط نجف پور، بن لیمت و بیگدلی راد (۲۰۲۳) صورت گرفته، عملیاتی گردیده است

دسته سوم متغیرهای اقتصادی است. بر اساس مدل نظری تحقیق متغیرهای اقتصادی شامل نوع سکونت: در این تحقیق توسط سؤال "نوع سکونت شما چگونه است؟" "ملکی، استیجاری، سکونت در منزل پدر و مادر و سایر... اندازه گیری شده است. متغیر وضعیت درآمد و توانایی مالی: این متغیر از طریق این گویه که "درآمد ماهیانه خانواده شما تا چه حد کفاف هزینه های زندگی شما را می دهد؟" کاملاً=۵، زیاد=۴، تا حدودی=۳، کم=۲ و اصلاً=۱ اندازه گیری شده است.

دسته آخر متغیرها بر اساس مدل نظری متغیرهای زمینه ای می باشد که شامل: احساس ناامنی اقتصادی در سال های اخیر است. احساس امنیت به معنای احساس آرامش و

یا عدم احساس تهدید و عدم احساس ترس ناشی از آن از سوی محیط دور و نزدیک فرد است (دراهکی و مشفق، ۱۴۰۳). احساس امنیت پدیده‌ای روان‌شناختی اجتماعی می‌باشد که دارای جوانب مختلفی است. برای اینکه این پدیده معنای دقیق‌تری یابد، لازم است قیدهایی به آن اضافه شود. که در این تحقیق این قیدها شامل اقتصادی است. این متغیر در تحقیق حاضر از طریق گویه‌های احساس امنیت اقتصادی در پژوهش (دراهکی و مشفق، ۱۴۰۳) اندازه‌گیری شده است. به دلیل طولانی شدن مطالب از آوردن تمامی گویه در قسمت عملیاتی شدن اجتناب شده است و در صورت نیاز می‌توان به مطالعات ارجاع داده‌شده مراجعه کرد.

روایی و پایایی ابزار اندازه‌گیری

اعتبار بیانگر آن است که آیا ابزار ما قادر به سنجش و اندازه‌گیری متغیر یا سازه‌ای که برای آن ساخته شده است، می‌باشد یا خیر. بنابراین روایی یا اعتبار، میزان انطباق بین تعریف مفهومی متغیر با تعریف عملیاتی آن است. در این تحقیق برای بررسی روایی ابزار اندازه‌گیری از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شده است. برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸)، متغیر حمایت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی توسط واکس، فیلیپس، هالی، تامپسون، ویلیامز و استوارت (۱۹۸۶)، برای متغیر فشار نقش از پرسشنامه استاندارد بوئن و ویوروس لانگ (۱۹۸۱)، برای متغیر احساس امنیت در تعاملات اجتماعی از سؤالات استاندارد مطرح‌شده در مطالعه نجف‌پور، بن لیمت و بیگدلی راد (۲۰۲۳) و برای متغیر احساس ناامنی اقتصادی از سؤالات اعتبار سنجی شده در مطالعات قبلی توسط دراهکی و مشفق، (۱۴۰۳) استفاده شده است. لذا اعتبار و پایایی این سؤالات در تحقیقات قبلی بررسی و تأیید شده است. همچنین اعتبار این سؤالات از روش‌های دیگر چون اعتبار صوری با استفاده از نظر متخصصین نیز مورد بررسی

و تأیید قرار گرفته است. از طریق برگزاری پیش‌آزمون نیز این مسئله مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌های پژوهش

در جدول ۱ تحلیل یک متغیره برخی از متغیرهای جمعیتی و اجتماعی پژوهش آمده است. لازم به ذکر است به دلیل جلوگیری از آوردن جداول متعدد سعی شده است تا حد امکان متغیرها را در یک جدول خلاصه کرد و هدف اصلی در اینجا توصیف متغیرهای پژوهشی است اما در تحلیل چند متغیره از چارچوب نظری تحقیق یعنی دسته‌بندی متغیرها در چهار دسته کلی پیروی می‌شود. میانگین سنی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه ۵۰/۱ سال است. در رابطه با متغیر تعداد اعضای خانوار بیشترین توزیع فراوانی با خانوارهای تک‌نفره با ۳۵/۶ درصد می‌باشد. در رابطه با وضعیت زناشویی بیشترین توزیع فراوانی مربوط به بی‌همسر به علت فوت با ۴۸ درصد می‌باشد. در رابطه با تعداد فرزندان زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه بیشترین توزیع درصدی مربوط به ۳ و بالاتر با توزیع درصدی ۴۲/۷ است. در رابطه با وضعیت اشتغال بیشترین توزیع درصدی مرتبط به طبقه بیکار است. در رابطه با متغیره طول مدت دوره سرپرستی خانوار یافته‌های پژوهشی بیانگر آن است بیشترین توزیع درصدی مرتبط به طبقه بالاتر از ۱۰ سال با ۴۵/۲ درصد می‌باشد.

جدول ۱- تحلیل تک متغیره برخی از مشخصه‌های جمعیتی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار

متغیر	درصد	متغیر	
		تعداد اعضای خانوار	درصد
۲۹-۰ ساله	۲/۲	تک‌نفره	۳۵/۶
۳۰-۳۹ ساله	۲۵/۵	دو نفره	۱۸/۶
۴۰-۴۹ ساله	۳۱/۲	سه نفره	۱۸/۱
۵۰-۵۹ ساله	۹/۷	چهار نفره	۱۷/۴
۶۰ و بالاتر	۳۱/۴	پنج و بالاتر نفره	۱۰/۲

بررسی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و ... دراهکی و محمدخانی | ۱۱۷

۲/۷	میانگین بعد خانوار	۵۰/۲	میانگین
۵۸۹	کل	۵۸۹	کل
درصد	تعداد فرزند	درصد	وضعیت زناشویی
۲۳/۱	بدون فرزند	۲۰/۷	دارای همسر
۹/۱	۱	۴۸	بی همسر به دلیل فوت
۲۳	۲	۱۸	بی همسر به دلیل طلاق
۴۲/۷	۳ و بالاتر	۱۳/۲	هرگز ازدواج نکرده
۲/۴	میانگین	۵۸۹	کل
درصد	مدت زمان سرپرستی خانوار	درصد	وضعیت اشتغال
۲۷/۵	کمتر از ۵ سال	۱۴/۴	شاغل
۲۷/۳	۵ تا ۱۰ سال	۸۵/۶	بیکار
۴۵/۲	بالاتر از ۱۰ سال	۵۸۹	کل
۱۱/۹	میانگین		

در جدول ۲ تحلیل تک متغیره برخی دیگر از متغیرهای جمعیتی و اقتصادی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه آمده است. به لحاظ سطح تحصیلات بیشترین توزیع فراوانی برای زنان سرپرست خانوار در طبقه بی سواد با ۳۷/۲ درصد است. به لحاظ وضعیت سلامت جسمانی ۲۷/۲ درصد زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه، سلامت جسمانی خود را تا حدودی مطلوب گزارش کرده‌اند. بر اساس نتایج جدول مذکور بیشترین توزیع درصدی علت سرپرستی خانوار مربوط به فوت همسر با ۴۹/۹ درصد می‌باشد. در مراتب بعد به ترتیب طلاق با ۱۶ درصد، از کار افتادگی یا معلولیت همسر با ۱۲/۹ درصد، مجرد با ۱۱ درصد، اعتیاد همسر با ۵/۳ درصد، فوت والدین (هم پدر و هم مادر) با ۱/۹ درصد، ترک همسر با ۱/۵ درصد، مهاجرت همسر با ۰/۸ درصد، زندانی بودن همسر و فوت پدر با ۰/۳ درصد قرار دارند.

در رابطه با زنان سرپرست خانواری که شاغل هستند ۳۰/۴ درصد شغل را تا حدودی باثبات، ۲۷/۱ درصد بی ثبات، ۲۰/۴ درصد کاملاً بی ثبات و تنها ۱۲/۲ درصد کاملاً باثبات توصیف کرده‌اند. همچنین ۹/۹ درصد نیز شغل را باثبات توصیف کرده‌اند. برای متغیر نوع

اشتغال برای زنان شاغل سرپرست خانوار مورد مطالعه، دست‌فروشی با ۱۲/۴ درصد بیشترین توزیع فراوانی را دارد. به لحاظ نوع محل سکونت بیشترین توزیع درصد مربوط به طبقه استیجاری با ۵۷/۷ درصد می‌باشد. ۲۴/۴ درصد زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه در منزل ملکی و ۱۲/۲ درصد در منزل پدری ساکن بوده‌اند. نکته قابل تأمل ۵/۶ درصد در طبقه سایر قرار دارند که بنا بر اظهارات پرسشگران پژوهش، این مورد اکثراً مربوط به زنان سرپرست خانواری است که خود را بی‌خانمان توصیف می‌کردند.

برای متغیر توانمندی مالی و اقتصادی از متغیر کفاف درآمدی استفاده شده است. در این متغیر بیشترین توزیع درصدی مربوط به طبقه کم با ۴۳/۳ درصد است. ۳۲/۹ درصد زنان سرپرست خانوار، درآمدهای خود را اصلاً جوابگوی مخارج خود نمی‌دانند و تنها ۲/۴ درصد آنها درآمد خود را زیاد و کاملاً تأمین‌کننده مخارج زندگی خود توصیف کرده‌اند.

جدول ۲- تحلیل تک متغیره برخی از مشخصه‌های اجتماعی و اقتصادی زنان سرپرست خانوار

متغیر	درصد	متغیر	درصد
تحصیلات	درصد	وضعیت سلامت جسمانی	درصد
بی‌سواد	۳۷/۲	کاملاً ناتوان	۶/۵
زیر دیپلم	۲۲/۸	به شدت آسیب‌دیده	۱۶/۳
دیپلم	۱۹/۲	اختلالات جسمی متوسط	۲۴/۶
فوق دیپلم و لیسانس	۱۸	تا حدودی	۲۷/۲
فوق لیسانس و دکتری	۲/۹	دارای سلامت جسمانی خوب	۲۵/۵
علت سرپرستی خانوار	درصد	کفاف درآمد برای هزینه خانوار	درصد
طلاق	۱۶	اصلاً	۳۲/۹
فوت همسر	۴۹/۹	کم	۴۳/۳
اعتیاد همسر	۵/۳	تا حدودی	۲۱/۱
ازکارافتادگی یا معلولیت همسر	۱۲/۹	زیاد	۲/۴
ترک همسر	۱/۵	کاملاً	۰/۰۰
زندانی بودن همسر	۰/۳	وضعیت ثبات شغلی زنان شاغل	درصد
مهاجرت همسر	۰/۸	کاملاً بی‌ثبات	۲۰/۴

۲۷/۱	بی‌ثبات	۱۱	تجرد
۳۰/۴	تا حدودی باثبات	۰/۳	فوت پدر
۹/۹	باثبات	۱/۹	فوت والدین
۱۲/۲	کاملاً باثبات	۵۸۹	کل
درصد	نوع محل سکونت	درصد	نوع اشتغال برای افراد شاغل
۲۴/۴	منزل ملکی	۷/۵	مشاغل دولتی
۵۷/۷	منزل استیجاری	۱۲/۴	دست‌فروشی
۱۲/۲	سکونت در منزل پدری	۳/۶	خیاطی و بافندگی
۵/۶	سایر	۲/۵	کارهای دستی و هنری
		۱/۴	کار در فروشگاه
		۱/۹	خدمات خانگی
		۰/۸	آشپزی و قنادی
		۱/۰	فروش محصولات خانگی
		۱/۲	تدریس در آموزشگاه

در جدول ۳ تحلیل تک متغیره متغیر اصلی پژوهش حاضر یعنی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و هر کدام از مؤلفه‌ها آن آمده است. در متغیر سلامت اجتماعی، زنان سرپرست خانوار در وضعیت مناسبی قرار ندارند. میانگین نمره سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه ۷۸/۷ می‌باشد که پایین‌تر از میانگین مورد انتظار یعنی ۸۲/۲ قرار دارد. حداقل نمره‌ای که افراد در این متغیر می‌توانستند به دست آورند ۳۳ و حداکثر نمره ۱۶۵ بوده است. بیشترین توزیع درصدی در این متغیر در طبقه متوسط (یعنی نمرات ۷۷ تا ۱۲۰) با ۵۷/۷ درصد بوده است. حدود ۴۰/۹ درصد زنان سرپرست خانوار پاسخگو در این متغیر نمره کم (۳۳ تا ۷۶) دریافت کرده‌اند و تنها ۱/۴ درصد آنها در این متغیر نمره زیاد یعنی ۱۲۱ تا ۱۶۵ دریافت کرده‌اند.

در رابطه با مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده سلامت اجتماعی، در مؤلفه همبستگی اجتماعی میانگین نمره کسب‌شده زنان سرپرست خانوار ۱۵ و در حدود میانگین مورد انتظار یعنی ۱۵/۴ قرار دارد. در رابطه با مؤلفه مشارکت اجتماعی میانگین نمره دریافتی زنان سرپرست

۱۲۰ | فصلنامه علمی پژوهشنامه مددکاری اجتماعی | سال یازدهم | شماره ۴۲ | زمستان ۱۴۰۳

خانوار ۱۵/۵ و در حوالی میانگین مورد انتظار ۱۵ قرار دارد.. توصیف ابعاد مختلف سلامت اجتماعی نیز در جدول مذکور آمده است که برای جلوگیری از طولانی شدن مطالب می‌توان به جدول مراجعه کرد.

جدول ۳- تحلیل تک متغیره متغیر سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در زنان سرپرست خانوار

مورد مطالعه

درصد	مؤلفه	درصد	متغیر
	همبستگی اجتماعی		سلامت اجتماعی (کلی)
۱۷/۵	کم (۱۴-۶)	۴۰/۹	کم (۷۶-۳۳)
۸۱/۷	متوسط (۲۱-۱۵)	۵۷/۷	متوسط (۱۲۰-۷۷)
۰/۸	زیاد (۳۰-۲۲)	۱/۴	زیاد (۱۶۵-۱۲۱)
۱۵	میانگین	۷۸/۷	میانگین
۱۵/۴	میانگین مورد انتظار	۸۲/۲	میانگین مورد انتظار
۶	حداقل نمره	۳۳	حداقل نمره
۳۰	حداکثر نمره	۱۶۵	حداکثر نمره
درصد	مؤلفه	درصد	مؤلفه
	انسجام اجتماعی		مشارکت اجتماعی
۵۲/۵	کم (۱۴-۶)	۴۰/۷	کم (۱۴-۶)
۴۷/۰	متوسط (۲۱-۱۵)	۵۲/۶	متوسط (۲۱-۱۵)
۰/۵	زیاد (۳۰-۲۲)	۶/۶	زیاد (۳۰-۲۲)
۱۵	میانگین مورد انتظار	۱۵	میانگین مورد انتظار
۱۴/۵	میانگین	۱۵/۵	میانگین
۶	حداقل نمره	۶	حداقل نمره
۳۰	حداکثر نمره	۳۰	حداکثر نمره
درصد	مؤلفه	درصد	مؤلفه
	پذیرش اجتماعی		خودشکوفایی
۶۱/۸	کم (۱۶-۷)	۳۵/۵	کم (۱۶-۷)
۳۹/۹	متوسط (۲۶-۱۷)	۵۸/۸	متوسط (۲۶-۱۷)
۰/۰۰	زیاد (۳۵-۲۷)	۲/۷	زیاد (۳۵-۲۷)

۱۷/۵	میانگین مورد انتظار	۱۷/۵	میانگین مورد انتظار
۱۵/۱	میانگین	۱۷/۸	میانگین
۷	حداقل نمره	۷	حداقل نمره
۳۵	حداکثر نمره	۳۵	حداکثر نمره

در جدول ۴ تحلیل تک متغیر حمایت اجتماعی، فشار نقش و احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر آمده است. در رابطه با متغیر حمایت اجتماعی میانگین نمره کسب‌شده افراد ۳۷/۸ و کمی بالاتر از میانگین مورد انتظار یعنی ۳۰ قرار دارد. در متغیر فشار نقش میانگین نمره کسب‌شده توسط افراد ۲۲/۱ و در حوالی میانگین مورد انتظار یعنی ۲۰ می‌باشد. در متغیر احساس امنیت در تعاملات اجتماعی میانگین نمره کسب‌شده توسط زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه ۲۶/۴ و میانگین مورد انتظار ۲۰ بوده است. در رابطه با متغیر احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر به عنوان متغیر زمینه‌ای، وضعیت گزارش شده، نگران کننده است. میانگین نمره کسب‌شده ۱۶/۴ و میانگین مورد انتظار ۱۰ بوده است؛ که بیانگر احساس ناامنی اقتصادی بالا در زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه در سال‌های اخیر است.

جدول ۴- تحلیل تک متغیر حمایت اجتماعی، فشار نقش و احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر

متغیر	درصد	متغیر	درصد
حمایت اجتماعی	کم (۱۲-۲۷)	فشار نقش	کم (۸-۱۹)
متوسط (۲۸-۴۳)	۷۰/۷	متوسط (۲۰-۲۸)	۵۴/۵
زیاد (۴۴-۶۰)	۲۰/۱	زیاد (۲۹-۴۰)	۱۱/۵
میانگین مورد انتظار	۳۰	میانگین مورد انتظار	۲۰
میانگین	۳۷/۸	میانگین	۲۲/۱
حداقل نمره	۱۲	حداقل نمره	۸
حداکثر نمره	۶۰	حداکثر نمره	۴۰
متغیر	درصد	متغیر	درصد

متغیر احساس امنیت در تعاملات اجتماعی		احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر	
کم (۸-۱۹)	۱۱/۷	کم (۵-۹)	۱
متوسط (۲۰-۲۸)	۵۳/۱	متوسط (۱۰-۱۴)	۲۶/۳
زیاد (۲۹-۴۰)	۳۵/۳	زیاد (۱۵-۲۰)	۷۲/۷
میانگین مورد انتظار	۲۰	میانگین مورد انتظار	۱۰
میانگین	۲۶/۴	میانگین	۱۶/۴
حداقل نمره	۸	حداقل نمره	۵
حداکثر نمره	۴۰	حداکثر نمره	۲۰

در ادامه با توجه به تحلیل دو متغیره به آزمون فرضیات پژوهشی پرداخته می‌شود. در این زمینه با توجه به سطح سنجش متغیرها آزمون‌ها در دو جدول ۵ و ۶ آمده است. لازم به ذکر است آزمون نرمال بودن برای متغیرهای فاصله‌ای که نیازمند به بررسی داشتند نیز انجام پذیرفته و شواهد نشان‌دهنده آن بود که تمامی متغیرها از توزیعی نرمال یا در حدود توزیع نرمال برخوردار بوده‌اند.

فرضیات مربوط به متغیرهای جمعیتی:

نتایج ارائه‌شده در جدول ۶ نشان‌دهنده آن است که رابطه معناداری بین سن زنان سرپرست خانوار و سلامت اجتماعی آنها وجود ندارد. نتایج جدول ۵ نشان‌دهنده آن است که بین وضعیت زناشویی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه معناداری به لحاظ آماری وجود دارد. ضریب فی و وی کرامر برای این دو متغیر ۰/۱۱ است که نشان از رابطه ضعیف بین این دو متغیر دارد. همچنین نتایج جدول تقاطعی نشان‌دهنده آن است که بغرنج‌ترین وضعیت در سلامت اجتماعی مربوط به زنان بی‌همسر به علت طلاق است. با توجه به نتایج جدول ۵ بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه و علت سرپرستی خانوار آنها رابطه معنی‌داری وجود دارد. مقدار ضریب فی و وی کرامر برای این دو متغیر ۰/۱۵ به‌دست آمده است که بیانگر آن است که رابطه بین دو متغیر چندان قوی

نیست. همچنین نتایج جدول تقاطعی بیانگر آن است که زنان سرپرست خانوار به علت طلاق در سلامت اجتماعی وضعیت نامطلوب‌تر را نسبت به سایر علت‌ها گزارش کرده‌اند. با توجه به نتایج جدول ۵ بین وضعیت اشتغال زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود ندارد. همچنین با توجه به نتایج جدول ۶ بین مدت‌زمان سرپرستی خانوار و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود ندارد. بین تعداد اعضای خانوار و سطح سلامت اجتماعی افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود دارد. مقدار ضریب پیرسون محاسبه‌شده بین این دو متغیر $0/118$ می‌باشد، که بیانگر آن است با افزایش تعداد اعضای خانوار سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار افزایش می‌یابد. با توجه به نتایج جدول ۶ بین وضعیت جسمانی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. مقدار ضریب همبستگی به‌دست‌آمده ($0/334$) بیانگر آن است با افزایش سطح سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار سطح سلامت اجتماعی آنها نیز افزایش می‌یابد.

فرضیات مربوط به متغیرهای اجتماعی:

با توجه به نتایج جدول ۶ بین سطح تحصیلات زنان سرپرست خانوار و سلامت اجتماعی آنها رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین این دو متغیر ($0/150$) بیانگر آن است که این همبستگی به‌صورت مثبت یا مستقیم است. بین سطح حمایت اجتماعی از زنان سرپرست خانوار و سلامت اجتماعی آنها رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. مقدار ضریب همبستگی پیرسون محاسبه‌شده بین این دو متغیر ($0/500$) بیانگر آن است که همبستگی نسبتاً قوی بین سطح حمایت اجتماعی و سطح سلامت اجتماعی وجود دارد. این همبستگی به‌صورت مثبت یا مستقیم است. بین فشار نقش در زنان سرپرست خانوار و سلامت اجتماعی آنها نیز رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. ضریب همبستگی محاسبه‌شده ($0/326$) بین سطح فشار نقش و سلامت اجتماعی حکایت از آن دارد که با افزایش سطح فشار نقش در زنان سرپرست خانوار سطح

سلامت اجتماعی آنها کاهش می‌یابد. بین احساس امنیت در تعاملات اجتماعی و سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیز رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون به دست آمده (۰/۴۲۲) حکایت از آن دارد که این همبستگی به صورت مثبت یا مستقیم است.

فرضیات مربوط به متغیرهای اقتصادی:

با توجه به نتایج جدول ۵ بین درآمد و توانمندی مالی زنان سرپرست خانوار و سطح سلامت اجتماعی آنها رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شده (۰/۲۷۹) بیانگر همبستگی مستقیم بین این دو متغیر است. با توجه به نتایج جدول ۵ بین سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع مالکیت مسکن آنها رابطه معنی‌داری وجود دارد. ضریب فی و وی کرامر محاسبه شده بین این دو متغیر ۰/۱۴۳ است که نشان‌دهنده آن که این رابطه چندان قوی نیست. نتایج جدول تقاطعی نیز بیانگر آن است ۴۲/۳ درصد از زنان سرپرست خانوار دارای مسکن ملکی، نمره پایین‌تر از میانگین در سلامت اجتماعی و ۵۷/۷ درصد از آنها، نمره بالاتر از میانگین را در متغیر سلامت اجتماعی کسب کرده‌اند. ۵۹/۹ درصد از زنان سرپرست خانوار استیجاری نمره پایین‌تر از میانگین و ۴۱/۱ درصد آنها نمره بالاتر از میانگین را در متغیر سلامت اجتماعی کسب کرده‌اند. ۴۲/۷ درصد از زنان سرپرست خانوار که در منزل پدر سکونت دارند نمره پایین‌تر از میانگین و ۵۷/۳ درصد از آنها نمره بالاتر از میانگین را در سلامت اجتماعی کسب کرده‌اند. ۶۶/۷ درصد از زنان سرپرست خانواری که نوع مالکیت مسکن خود را سایر ذکر کرده‌اند، نمره پایین‌تر از میانگین و ۳۳/۳ درصد از آنها نمره بالاتر از میانگین را کسب کرده‌اند.

فرضیات مرتبط به متغیرهای زمینه‌ای:

با توجه به نتایج جدول ۶ بین احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر در زنان سرپرست خانوار و سطح سلامت اجتماعی آنها رابطه معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد. همبستگی پیرسون محاسبه شده (۰/۱۷۴-) بیانگر همبستگی منفی یا معکوس بین این

بررسی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و ... در اهکی و محمدخانی | ۱۲۵

دو متغیر است، به این معنا که با افزایش احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه نیز کاهش می‌یابد.

جدول ۵- تحلیل دومتغیره متغیرهای وضعیت زناشویی، علت سرپرستی خانوار، وضعیت اشتغال و نوع مالکیت مسکن با متغیر وضعیت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه

وضعیت سلامت اجتماعی		متغیر - طبقات متغیر	
کمتر از میانگین	بالاتر از میانگین		
۴۷٪	۵۳٪	هرگز ازدواج نکرده	وضعیت زناشویی
۴۵/۹٪	۵۴/۱٪	دارای همسر	
۴۴/۲٪	۵۵/۸٪	بی همسر به علت فوت	
۵۵/۸٪	۴۴/۲٪	بی همسر به علت طلاق	
۰/۱۱ = Phi & Cramers V		$X^2 = ۹/۰۴۶^{**}$	آزمون آماری
۵۹/۶٪	۴۰/۴٪	طلاق	علت سرپرستی خانوار
۴۲/۵٪	۵۷/۵٪	فوت همسر	
۴۸/۴٪	۵۱/۶٪	اعتیاد همسر	
۴۳/۴٪	۵۶/۶٪	ازکارافتادگی یا معلولیت همسر	
۵۵/۴٪	۴۴/۶٪	تجرد	
۳۷/۹٪	۶۲/۱٪	سایر علل	
۰/۱۵ = Phi & Cramers V		$X^2 = ۱۱/۵۴^{**}$	آزمون آماری
۴۱/۲٪	۵۸/۸٪	شاغل	وضعیت اشتغال
۴۷/۸٪	۵۲/۲٪	بیکار	
۰/۰۴ = Phi & Cramers V		$X^2 = ۱/۲۸۸$	آزمون آماری
۴۲/۳٪	۵۷/۷٪	ملکی	نوع مالکیت مسکن
۵۹/۹٪	۴۱/۱٪	استیجاری	
۴۲/۷٪	۵۷/۳٪	سکونت در منزل پدری	
۶۶/۷٪	۳۳/۳٪	سایر	
۰/۱۴۳ = Phi & Cramers V		$X^2 = ۱۲/۰۸۷^{**}$	آزمون آماری

* معنادار در سطح $P < ۰/۰۵$

** معنادار در سطح $P < ۰/۰۱$

جدول ۶- تحلیل دومتغیره سایر متغیرهای پژوهشی با متغیر وضعیت سلامت اجتماعی زنان

سرپرست خانوار مورد مطالعه

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	Sig
سن	۰/۰۱۹	۰/۳۲۵
مدت زمان سرپرستی خانوار	-۰/۰۳۴	۰/۲۰۳
تعداد اعضای خانوار	۰/۱۱۸	۰/۰۰۰
سطح سلامت جسمانی	۰/۳۳۴	۰/۰۰۰
سطح تحصیلات	۰/۱۵۰	۰/۰۰۰
سطح حمایت اجتماعی	۰/۵۰۰	۰/۰۰۰
سطح فشار نقش	-۰/۳۲۶	۰/۰۰۰
سطح احساس امنیت اجتماعی در تعاملات اجتماعی	۰/۴۲۲	۰/۰۰۰
درآمد و توانمندی مالی	۰/۲۷۹	۰/۰۰۰
احساس ناامنی اقتصادی در سال های اخیر	-۰/۱۷۴	۰/۰۰۰

* معنادار در سطح $P < ۰/۰۵$

** معنادار در سطح $P < ۰/۰۱$

با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از متغیرهای پژوهشی این تحقیق در سطح سنجش اسمی می باشند و از اهمیت زیادی نیز به لحاظ تحلیلی برخوردار هستند برای تحلیل بهتر متغیر وابسته در تحقیق حاضر یعنی سطح سلامت اجتماعی به صورت یک متغیر دوجهی (سطح سلامت اجتماعی پایین تر از میانگین / و سطح سلامت اجتماعی بالاتر از سطح میانگین) طبقه بندی شد. در واقع در تحلیل چند متغیره به این سؤال اساسی پاسخ می دهد کدام عوامل تبیین کننده احتمال قرار گرفتن افراد در سطح بالاتر از میانگین سلامت اجتماعی می باشند و به چه صورت؟

در این راستا از تحلیل رگرسیون لجستیک دوجهی با الهام از مدل نظری پژوهش استفاده می شود. به این صورت که تحلیل رگرسیون لجستیک در چهار مرحله انجام خواهد شد.

در جدول ۷ نتایج رگرسیون لجستیک آمده است. در مدل یک، تنها متغیرهای جمعیت‌شناسی وارد معادله رگرسیونی شده‌اند. همان‌طور که آماره نیجل کرک نشان می‌دهد متغیرهای جمعیتی توانسته‌اند حدود ۱۵ درصد از تغییرات متغیر سطح سلامت اجتماعی زنان پاسخگو را تبیین کنند. شاخص ام‌نی بوس ($69/317^{**}$) هم نشان از برازش خوب مدل لجستیک دارد. در مرحله دوم متغیرهای اجتماعی وارد معادله رگرسیونی شده‌اند با ورود آنها افزایش قابل توجهی در ضریب تعیین نیجل کرک رخ داده است و این ضریب از حدود ۱۵ درصد به بیش از دو برابر یعنی $0/345$ افزایش یافته است که بیانگر اهمیت متغیرهای اجتماعی در تبیین تغییرات متغیر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. در مرحله سوم متغیرهای اقتصادی که در مدل نظری تحقیق صحبت شد وارد معادله رگرسیون لجستیک شده است با ورود این متغیرهای ضریب نیجل کرک نیز به $0/362$ افزایش یافته است. در نهایت در مدل چهار متغیر زمینه‌ای احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر به معادله رگرسیونی اضافه شده است. با ورود این متغیر نیز ضریب تعیین نیجل کرک با افزایش به حدود $0/385$ افزایش یافته است.

با ورود همه متغیرهای به مدل لجستیک از بین متغیرهای جمعیتی تنها وضعیت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار معناداری خود را در مدل لجستیک حفظ کرده است نسبت بخت به دست آمده برای این متغیر $1/295$ می‌باشد که بیانگر آن است که با افزایش یک واحد در نمره متغیر سطح سلامت جسمانی زنان سرپرست خانوار، احتمال رفتن از نمره سلامت اجتماعی زیر سطح میانگین به بالای سطح میانگین سلامت اجتماعی $1/295$ برابر افزایش می‌یابد.

متغیرهای اجتماعی اکثراً در مدل رگرسیونی معناداری خود را حفظ کرده‌اند. نسبت بخت به دست آمده برای متغیر سطح تحصیلات $1/550$ می‌باشد. به این معنا که با افزایش یک واحد در متغیر سطح تحصیلات، احتمال رفتن از نمره سلامت اجتماعی زیر سطح میانگین به بالای سطح میانگین سلامت اجتماعی $1/550$ برابر افزایش می‌یابد. متغیر حمایت اجتماعی از دیگر متغیرهایی است که در معادله رگرسیونی لجستیک با کنترل سایر متغیرها

معناداری خود را حفظ کرده است. نسبت بخت به دست آمده برای این متغیر $1/111$ می باشد؛ که به این معناست که با افزایش یک واحد در متغیر حمایت اجتماعی زنان سرپرست خانوار احتمال رفتن از نمره سلامت اجتماعی زیر سطح میانگین به بالای سطح میانگین سلامت اجتماعی $1/111$ برابر افزایش می یابد. متغیر فشار نقش نیز معناداری خود را در معادله رگرسیونی حفظ کرده است. نسبت بخت به دست آمده برای این متغیر $0/922$ است. این به آن معناست با افزایش فشار نقش در بین زنان سرپرست خانوار احتمال رفتن از نمره سلامت اجتماعی زیر سطح میانگین به بالای سطح میانگین سلامت اجتماعی کاهش می باشد. برای تفسیر آسان تر اگر عدد یک را بر $0/922$ تقسیم کنیم نسبت بخت برای افرادی که دارای فشار نقش کمتر هستند نسبت به کسانی که دارای فشار نقش بیشتر هستند به دست می آید. بر این اساس می توان گفت احتمال رفتن از نمره زیر سطح میانگین سلامت اجتماعی به بالای میانگین سلامت اجتماعی در افراد دارای فشار نقش کمتر $1/084$ برابر بیشتر است.

هر دو متغیر اقتصادی در مدل نهایی مدل رگرسیون لجستیک معناداری خود را حفظ کرده اند. نسبت بخت به دست آمده برای سطح درآمد و توانمندی مالی $1/351$ می باشد که بیانگر آن است با افزایش یک واحد در متغیر سطح درآمد و توانمندی مالی احتمال رفتن از سطح سلامت اجتماعی پایین تر از سطح میانگین به سطح بالای میانگین سلامت اجتماعی به نسبت $1/351$ افزایش می یابد. در رابطه با متغیر نوع مالکیت مسکن، طبقه سایر به عنوان طبقه مرجع قرار داده شده است و سایر طبقات با آن مقایسه می شود. همان گونه که قبلاً توضیح داده شد این طبقه بیشتر شامل زنان سرپرست خانواری است که خود را به نوعی بی خانمان می دانند. نسبت بخت به دست آمده برای طبقه دارای مسکن ملکی $3/876$ می باشد. این بدان معناست زنان سرپرست خانواری که دارای مسکن ملکی هستند احتمال رفتن به سطح سلامت اجتماعی بالاتر از میانگین $3/876$ برابر بیشتر از زنان سرپرست خانواری است که در طبقه سایر قرار دارند. نسبت بخت به دست آمده برای طبقه زنان سرپرست خانوار استیجاری $3/795$ است. این بدان معناست که زنانی که در مسکن

استیجاری ساکن هستند احتمال رفتن به سطح سلامت اجتماعی بالاتر از میانگین ۳/۷۹۵ برابر بیشتر از زنان سرپرست خانواری است که در طبقه سایر قرار دارند. نسبت بخت به دست آمده برای طبقه ساکن در منزل پدری ۱/۹۷۹ است. این بدان معناست که زنانی که در مسکن پدری ساکن هستند احتمال رفتن به سطح سلامت اجتماعی بالاتر از میانگین ۱/۹۷۹ برابر بیشتر از زنان سرپرست خانواری است که در طبقه سایر قرار دارند و در نهایت نسبت بخت به دست آمده برای متغیر زمینه‌ای احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر ۰/۸۵۱ می‌باشد. این بدان معناست با افزایش احساس ناامنی اقتصادی در زنان سرپرست خانوار احتمال رفتن به سطح سلامت اجتماعی بالاتر از میانگین کاهش می‌یابد؛ یا به عبارتی دیگر زنان سرپرست خانواری که احساس ناامنی اقتصادی کمتری می‌کنند به نسبت ۱/۱۷۵ برابر احتمال بیشتری برای رفتن به سطح سلامت اجتماعی بالاتر از میانگین را دارند.

جدول ۷- تحلیل چند متغیره متغیرهای پژوهشی با متغیر وضعیت سلامت اجتماعی زنان سرپرست

خانوار مورد مطالعه با استفاده از رگرسیون لجستیک دوجبهی

۲			۱			متغیر
B	Wald	EXP (B)	B	Wald	EXP (B)	
-۰/۰۱۱	۰/۸۶۲	۰/۹۸۹	-۰/۰۱۱	۰/۸۶۲	۰/۹۸۹	سن
-	۰/۰۰۱	-	-	۰/۰۰۱	-	وضعیت زناشویی (مرجع بی همسر به علت طلاق)
-۴۱/۴۶۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۴۱/۴۶۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	هرگز ازدواج نکرده
-۴۱/۴۹۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۴۱/۴۹۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	دارای همسر
-۲۱/۰۹۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۲۱/۰۹۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	بی همسر به علت فوت
۰/۴۸۵	۲/۴۹۸ **	۱/۶۲۵	۰/۴۸۵	۲/۴۹۸ **	۱/۶۲۵	وضعیت اشتغال (بیکار)
-۰/۱۵۰	۰/۱۶۸	۰/۸۶۱	۰/۲۳۹	۰/۷۰۸	۱/۲۶۹	شاغل
	۴/۳۵۵			۴/۳۵۵		علت سرپرستی خانوار (مرجع سایر علل)
-۴۴/۲۶۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۴۴/۲۶۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	طلاق

۱۳۰ | فصلنامه علمی پژوهشنامه مددکاری اجتماعی | سال یازدهم | شماره ۴۲ | زمستان ۱۴۰۳

۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	فوت همسر
۰/۶۱۵	۰/۴۸۸	۰/۴۸۶	۰/۶۱۵	۰/۴۸۸	۰/۴۸۶	اعتیاد همسر
۰/۹۷۴	۰/۰۰۲	۰/۰۲۶	۰/۹۷۴	۰/۰۰۲	۰/۰۲۶	ازکارافتادگی یا معلولیت همسر
۰/۲۵۲	۳/۳۲۴	۱/۳۷۸	۰/۲۵۲	۳/۳۲۴	۱/۳۷۸	تجرد
۰/۹۹۱	۰/۸۳۵	۰/۰۰۹	۰/۹۹۱	۰/۸۳۵	۰/۰۰۹	مدت سرپرستی خانوار
۱/۰۵۳	۰/۸۷۸	۰/۰۵۲	۱/۰۵۳	۰/۸۷۸	۰/۰۵۲	تعداد اعضای خانوار
۱/۷۰۹	**۳۴/۰۷	۰/۵۳۶	۱/۷۰۹	**۳۴/۰۷	۰/۵۳۶	وضعیت سلامت جسمانی
						سطح تحصیلات
						سطح حمایت اجتماعی
						سطح فشار نقش
						احساس امنیت در تعاملات اجتماعی
						سطح درآمد و توانمندی مالی
						نوع مالکیت مسکن (مرجع سایر)
						ملکی
						استیجاری
						سکونت در منزل پدری
						احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر
۰/۱۵۹	۰/۳۴۵		۰/۱۵۹	۰/۳۴۵		Nagelkerke R Square
۶۹/۳۱۷**	۹۴/۳۳۴**		۶۹/۳۱۷**	۹۴/۳۳۴**		Omnibus Tests

* معنادار در سطح $P < ۰/۰۵$

** معنادار در سطح $P < ۰/۰۱$

ادامه جدول ۷- تحلیل چند متغیره متغیرهای پژوهشی با متغیر وضعیت سلامت اجتماعی زنان

سرپرست خانوار مورد مطالعه با استفاده از رگرسیون لجستیک دووجهی

۴			۳			متغیر
B	Wald	EXP (B)	B	Wald	EXP (B)	
-۰/۰۱۱	۰/۸۶۲	۰/۹۸۹	-۰/۰۱۲	۰/۸۶۲	۰/۹۸۸	سن
-	۰/۰۰۱	-	-	۰/۰۰۱	-	وضعیت زناشویی (مرجع بی همسر به علت طلاق)
-۴۱/۴۶۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۴۱/۴۶۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	هرگز ازدواج نکرده
-۴۱/۴۹۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۴۱/۴۹۸	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	دارای همسر
-۲۱/۰۹۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۲۱/۰۹۱	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	بی همسر به علت فوت
۰/۴۸۵	۲/۴۹۸**	۱/۶۲۵	۰/۴۸۵	۲/۴۹۸**	۱/۶۲۵	وضعیت اشتغال (بیکار)
-۰/۱۵۰	۰/۱۶۸	۰/۸۶۱	-۰/۱۵۰	۰/۱۶۸	۰/۸۶۱	شاغل
	۴/۳۵۵			۴/۳۵۵		علت سرپرستی خانوار (مرجع سایر علل)
-۴۴/۲۶۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۴۴/۲۶۶	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	طلاق
-۲۱/۷۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-۲۱/۷۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	فوت همسر
-۰/۴۸۶	۰/۴۸۸	۰/۶۱۵	-۰/۴۸۶	۰/۴۸۸	۰/۶۱۵	اعتیاد همسر
-۰/۰۲۶	۰/۰۰۲	۰/۹۷۴	-۰/۰۲۶	۰/۰۰۲	۰/۹۷۴	ازکارافتادگی یا معلولیت همسر
-۱/۳۷۸	۳/۳۲۴	۰/۲۵۲	-۱/۳۷۸	۳/۳۲۴	۰/۲۵۲	تجرد
۰/۰۰۲	۰/۵۲	۱/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۵۲	۱/۰۰۲	مدت سرپرستی خانوار
۰/۰۵۲	۰/۸۷۸	۱/۰۵۳	۰/۰۵۲	۰/۸۷۸	۱/۰۵۳	تعداد اعضای خانوار
۰/۲۵۹	۶/۱۳۸**	۱/۲۹۵	۰/۲۵۹	۶/۱۳۸**	۱/۲۹۵	وضعیت جسمانی
۰/۳۸۵	۶/۸۴۲**	۱/۵۵۰	۰/۳۸۵	۶/۸۴۲**	۱/۵۵۰	سطح تحصیلات
۰/۱۰۶	۲۸/۸۲۹**	۱/۱۱۱	۰/۱۰۶	۲۸/۸۲۹**	۱/۱۱۱	سطح حمایت اجتماعی
-۰/۰۸۱	۱۳/۱۱۹**	۰/۹۲۲	-۰/۰۸۱	۱۳/۱۱۹**	۰/۹۲۲	سطح فشار نقش
۰/۰۲۴	۱/۳۰۳	۱/۰۲۴	۰/۰۲۴	۱/۳۰۳	۱/۰۲۴	احساس امنیت در تعاملات اجتماعی
۰/۳۰۱	۳/۷۶۶**	۱/۳۵۱	۰/۳۰۱	۳/۷۶۶**	۱/۳۵۱	سطح درآمد و توانمندی مالی
	۷/۷۰**			۷/۷۰**		نوع مالکیت مسکن (مرجع سایر)
۱/۳۵۲	۵/۶۶۹**	۳/۸۷۶	۱/۳۵۲	۵/۶۶۹**	۳/۸۷۶	ملکی
۱/۳۳۴	۵/۵۲۴**	۳/۷۹۵	۱/۳۳۴	۵/۵۲۴**	۳/۷۹۵	استیجاری
۰/۶۸۱	۳/۲۴۳**	۱/۹۷۹	۰/۶۸۱	۳/۲۴۳**	۱/۹۷۹	سکونت در منزل پدری

۰/۱۶۲	۰/۸۵۱	احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر
۰/۳۸۵	۰/۳۶۲	Nagelkerke R Square
۱۷۶/۵۸۹**	۱۷۳/۳۹۴**	Omnibus Tests

* معنادار در سطح $P < 0/05$

** معنادار در سطح $P < 0/01$

بحث و نتیجه‌گیری

شواهد و داده‌های آماری حکایت از افزایش تعداد زنان سرپرست خانوار در ایران دارد. مروری بر مطالعات انجام‌شده در زمینه آسیب‌های زنان سرپرست خانوار در ایران نشان‌دهنده آن است که این زنان، در بسیاری از موارد، بیش از آن‌که از نظر مادی آسیب‌پذیر باشند، از نظر روانی و اجتماعی آسیب‌پذیر هستند. این امر توجه به مسئله سلامت زنان سرپرست خانوار، به‌ویژه سلامت اجتماعی آنها را لازم و ضروری می‌سازد.

در این راستا، پژوهش حاضر با انتخاب نمونه‌ای بالغ بر حدود ۵۸۹ نفری از زنان سرپرست خانوار در شهر تهران به‌صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای سعی نمود به بررسی سلامت اجتماعی آنها و عوامل تعیین‌کننده آن بپردازد. نتایج تحلیل یک متغیره نشان‌دهنده آن است که زنان سرپرست خانوار به لحاظ سلامت اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند. نتایج مطالعه همتی، مهدوی و سرابی (۱۳۹۱) حکایت از آن داشت نمره سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در سطح متوسط قرار دارد؛ بنابراین نتایج این مطالعه نسبت به مطالعه ذکرشده نشان‌دهنده مقداری کاهش در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. نتایج تحلیل تک متغیره این پژوهش از سلامت اجتماعی تا حدودی با نتایج پژوهش یحیی‌زاده و رضانی (۱۳۹۲) همخوانی دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده آن است که در مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، مؤلفه‌های پذیرش اجتماعی و انسجام اجتماعی وضعیت بغرنج‌تری را دارند. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده آن است که وضعیت سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار

به علت طلاق، از وضعیتی بغرنج تر نسبت به سایر علل قرار دارد. در زنان بیکار نیز نسبت به زنان شاغل، این وضعیت در شرایط نامساعدتری قرار دارد. همچنین با توجه به نوع سکونت، سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار نمودهای متفاوتی دارد؛ به طوری که بر اساس نتایج این پژوهش، زنانی که در طبقه "سایر" (اساساً زنانی که خود را به نوعی بی خانمان توصیف می کنند) قرار دارند، به مراتب سلامت اجتماعی کمتری دارند.

نتایج تحلیل دومتغیره متغیرهای پژوهشی نشان از آن داشت که از بین متغیرهای جمعیتی انتخاب شده، وضعیت زناشویی، علت سرپرستی خانوار، تعداد اعضای خانوار، نوع مالکیت مسکن و سطح سلامت جسمانی دارای رابطه معنادار با وضعیت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. این نتایج برخی همسو با مطالعات قبلی و برخی ناهمسوایی ها نیز مشاهده می شود. در مطالعات مشعوفی، حریرچی و آقابخشی (۱۳۹۰)؛ مجدآبادی و همکاران (۱۳۹۸)؛ زاهدی اصل و پیلهوری (۱۳۹۳)؛ کوون و کیم (۲۰۲۰) بین سن و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه معناداری به دست آمده بود که در این مطالعه این رابطه معنادار وجود نداشت. در مطالعه مجدآبادی و همکاران (۱۳۹۸) بین مدت زمان سرپرستی خانوار و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه معناداری گزارش شده بود که در این تحقیق این رابطه معنادار وجود ندارد. کییز و شایرو (۲۰۰۴)؛ مجدآبادی و همکاران (۱۳۹۸)؛ افشاری، هاشمی و رضایی (۱۳۹۸)؛ شیان و زارع (۱۳۹۸) بر رابطه معنادار بین وضعیت شغلی و سلامت اجتماعی تأکید داشتند که در این مطالعه این رابطه معنادار وجود نداشت. مطالعه شیان و زارع (۱۳۹۸)؛ آکینسولا و پوپوویچ (۲۰۰۲) از رابطه معنادار بین سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی حکایت داشت که در این پژوهش نیز تأیید شد. در تحلیل چند متغیره با کنترل سایر متغیرهای پژوهشی، رابطه معنادار همه متغیرهای جمعیتی به جز وضعیت سلامت جسمانی از میان رفت. این امر نشان دهنده آن است ابعاد مختلف سلامت بر روی هم تأثیر و بر هم کنش دارند که باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

در تحلیل دومتغیره تمامی متغیرهای اجتماعی معنادار بودند. نتایج تحلیل دومتغیره نشان‌دهنده رابطه معنادار بین تحصیلات، حمایت اجتماعی، فشار نقش و احساس امنیت در تعاملات اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است. در مطالعات شعبان و قویدل (۱۳۹۹)؛ مجدآبادی و همکاران (۱۳۹۸)؛ زاهدی اصل و پیله‌وری (۱۳۹۳)؛ میری، ذوالقدر و قاسمی (۱۳۹۸) بین تحصیلات و سلامت اجتماعی رابطه معناداری گزارش شده است که در این تحقیق نیز مورد تأیید قرار گرفت. در مطالعه حسینی حاجی بکنده و تقی‌پور (۱۳۸۹)؛ مجدآبادی و همکاران (۱۳۹۸)؛ همتی، مهدوی و سرابی (۱۳۹۱)؛ میری، ذوالقدر و قاسمی (۱۳۹۸) از رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی صحبت شده بود که در این مطالعه نیز این رابطه معنادار به دست آمد. مطالعه شیان و زارع (۱۳۹۸) از رابطه معنادار بین احساس امنیت در تعاملات اجتماعی با سلامت اجتماعی صحبت شده بود که در این پژوهش نیز مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت در مطالعه یوسفی لبنی و همکاران (۲۰۲۰)؛ شیان و زارع (۱۳۹۸) بین سلامت اجتماعی و فشار و تعارض نقش رابطه معناداری گزارش شده بود که در این مطالعه نیز این رابطه معنادار شد. نتایج تحلیل چند متغیره این پژوهش نشان‌دهنده آن است که بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار متغیرهای اجتماعی ایفا می‌کنند.

نتایج تحلیل دومتغیره نشان‌دهنده آن بود که متغیرهای اقتصادی انتخاب‌شده، شامل توانمندی اقتصادی و مالی و نوع سکونت، دارای رابطه معنادار با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار هستند. این نتایج همسو با مطالعات قبلی است. در مطالعه آکینسولا و پوپوویچ (۲۰۰۲) بر کیفیت و نوع محل سکونت بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تأکید شده بود که در این مطالعه نیز رابطه معناداری بین این دو متغیر به دست آمد. مطالعه مجدآبادی و همکاران (۱۳۹۸)؛ زاهدی اصل و پیله‌وری (۱۳۹۳)؛ یحیی‌زاده و رضانی (۱۳۹۲) نشان از رابطه معنادار بین توانمندی مالی و اقتصادی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار بود که این امر در مطالعه حاضر نیز تأیید شد.

نتایج تحلیل چند متغیره با استفاده از رگرسیون لجستیک نشان‌دهنده آن بود که مهم‌ترین متغیر اثرگذار بر سلامت اجتماعی، بر اساس نسبت بخت شناسایی در معادله لجستیک، نوع مالکیت مسکن است؛ به‌طوری‌که زنان سرپرست خانواری که در منازل ملکی، استیجاری و منزل پدری زندگی می‌کنند، به‌مراتب از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به زنانی که در طبقه "سایر" دسته‌بندی شده‌اند، برخوردارند. طبقه "سایر" به‌احتمال زیاد شامل زنان سرپرست خانواری می‌شود که خود را بی‌خانمان می‌دانند و احساس می‌کنند هیچ جایی برای سکونت در شهر تهران ندارند.

متغیر توانمندی مالی و اقتصادی نیز در معادله رگرسیون لجستیک اثر معناداری بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار داشته است؛ به‌طوری‌که با افزایش سطح توانمندی مالی و اقتصادی، احتمال رفتن از سطح پایین‌تر از میانگین به سطح بالاتر از میانگین افزایش می‌یابد.

در تحلیل دومتغیره بین متغیر زمینه‌ای انتخاب‌شده یعنی احساس ناامنی اقتصادی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری به دست آمد که این امر با پژوهش‌های پیشین همسو است. پژوهش الفرا (۲۰۲۴) نشان‌دهنده آن بود که بحران‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تأثیر معناداری دارد که در این پژوهش نیز مورد تأیید قرار گرفت. در تحلیل چند متغیره، متغیر زمینه‌ای انتخاب‌شده (احساس ناامنی اقتصادی در سال‌های اخیر) نیز به‌صورت معناداری در معادله رگرسیون لجستیک باقی‌مانده است. بنابراین می‌توان گفت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار بیش از آنکه از مشخصه‌های جمعیتی و فردی آنها نشأت بگیرد، از ویژگی‌ها یا متغیرهای اجتماعی، اقتصادی و زمینه‌ای اثرپذیر بوده است. با تغییر و کاهش این متغیرها در سال‌های اخیر یا آینده، روند کاهش سلامت اجتماعی می‌تواند تسریع شود؛ چنانچه این تحقیق نیز نسبت به تحقیقات پیشین نشان‌دهنده کاهش سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار است با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهادهای سیاستی زیر ارائه می‌گردد:

- در رابطه با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار می‌بایست به علت سرپرستی خانوار توجه ویژه شود؛ موضوعی که در مطالعات پیشین به آن توجه نشده بود. همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار به علت طلاق وضعیت بغرنج‌تری دارد.

- نتایج این تحقیق نشان‌دهنده آن است که یکی از متغیرهایی که بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تأثیرگذار است، سلامت جسمانی آنها است. این امر به‌ویژه در زنان سرپرست خانوار به علت فوت همسر تجلی می‌یابد. از آنجا که این زنان سرپرست خانوار اکثراً در سنین سالمندی و بالاتر از ۶۰ سال قرار دارند، از دست دادن سلامت جسمانی بر سایر ابعاد سلامت، به‌ویژه سلامت اجتماعی آنها تأثیرگذار است. لذا توجه به بحث سالمندی فعال با توجه به حرکت جامعه ایران به سمت سالخوردگی جمعیت طی سال‌های آینده بسیار لازم و ضروری است.

- توجه به ابعاد اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار بسیار لازم و ضروری است. همان‌گونه که نتایج این تحقیق نشان می‌دهد، بیشترین تأثیر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار را متغیرهای اجتماعی دارند؛ متغیرهایی مانند تحصیلات، حمایت اجتماعی و فشار نقش. بنابراین سیاست‌گذاری در زمینه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار علاوه بر مؤثر بودن، دارای مخارج کمتر و در صورت تحقق، تأثیر پایدارتری خواهد داشت.

- توانمندی اقتصادی و کمک در راستای حل مشکلات مسکن: همان‌طور که انتظار می‌رفت، مسائلی که در حال حاضر در جامعه ایران وجود دارد، به‌ویژه کاهش توانمندی اقتصادی و به‌خصوص بازار مسکن، بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیز اثرگذار است. در این راستا اجرای سیاست‌های حمایتی لازم و ضروری است.

- نتایج این تحقیق نشان‌دهنده آن است که احساس ناامنی اقتصادی که در سال‌های اخیر در جامعه ایران در حال وقوع است، بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیز تأثیرگذار است. سلامت اجتماعی به‌عنوان یک متغیر اجتماعی، بیانگر پیوند فرد و جامعه

است و همان گونه که فرد بر جامعه تأثیرگذار است، بیش از آن، جامعه و واقعیت های آن بر زندگی افراد تأثیر می گذارند. سلامت اجتماعی ماحصل پیوند جامعه و فرد و تبلوری از جامعه در وجود فرد است.

نکته آخر که با توجه به شواهد پژوهشی، به ویژه شواهد جمعیتی، می توان به آن اشاره کرد در سال های آینده با توجه به حرکت جمعیت ایران به سمت سالخوردگی جمعیت، به طور قابل ملاحظه ای بر شمار زنان سرپرست خانوار افزوده خواهد شد. همان گونه که تحلیل های جمعیتی و همچنین شواهد این پژوهش نشان می دهد بیش از نیمی از زنان سرپرست خانوار در سنین بالای ۶۰ سال قرار دارند و این زنان اکثراً همسران خود را ازدست داده اند. لذا با توجه به حرکت جمعیت ایران به سمت سالخوردگی جمعیت، پیش بینی های جمعیتی نشان می دهد حدود ۳۰ درصد از جمعیت ایران تا سال ۱۴۳۰ را جمعیت سالمند تشکیل خواهند داد، پس به طور قابل ملاحظه ای بر شمار زنان سرپرست خانوار اضافه خواهد شد.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان "بررسی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و راهکارهای ارتقای آن" می باشد که با حمایت مادی و معنوی مرکز مطالعات و برنامه ریزی شهر تهران انجام شده است. نویسندگان مقاله از همه افرادی که در فرایند پژوهش همکاری داشته اند؛ تشکر و قدردانی می کنند.

ORCID

Ahmad Dorahaki



<https://orcid.org/0000-0003-4115-6872>

Mahtab Mohammadkhani



<https://orcid.org/0009-0002-0954-4576>

منابع

- احمدنیا، شیرین، کامل قالیباف، آتنا. (۱۳۹۶)، "زنان سرپرست خانوار در تهران: مطالعه کیفی تجربیات، چالش‌ها و ظرفیت‌های آن‌ها"، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال هفدهم، شماره ۶۵: ۱۳۷-۱۰۳.
- احمدی، اکبر و جهانگرد، اسفندیار. (۱۳۹۹)، "رتبه‌بندی محلات شهر تهران از نظر سطح برخورداری و کیفیت زندگی با استفاده از Fuzzy TOPSIS"، اقتصاد شهری، سال پنجم، شماره ۱: ۱۲۷-۱۲۸.
- افشاری، علی، هاشمی، زهره و رضایی، رسول. (۱۳۹۸)، "بررسی سطح سلامت اجتماعی و عزت‌نفس در خانوارهای زن سرپرست توانمند شده و توانمند نشده، مطالعه موردی سازمان بهزیستی"، زن و جامعه، سال دهم، شماره: ۱-۱۶.
- مجدآبادی، زهرا، نیک پیم، نسرين، حضرتی گنبد، سارا، نوری، فاطمه و نوعی باقر، الهام. (۱۳۹۸)، "کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در ایران: یک مطالعه مروری"، نشریه پژوهش پرستاری/ایران، سال چهاردهم، شماره ۵: ۶۰-۶۵.
- ترابی، فاطمه، صادقی، حنا، سادات و رنجبری بیوردی، سمانه. (۱۴۰۱)، "آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار و دلالت‌های سیاست‌گذاری آن در ایران"، بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال سیزدهم، شماره ۱: ۳۱۲-۳۳۸.
- توکل، محمد. (۱۳۹۳)، "سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها، و شاخص‌ها در مطالعات جهانی و ایرانی"، فصلنامه اخلاق زیستی، سال چهارم، شماره ۱۴: ۱۱۵-۱۳۴.
- حسینی حاجی بکنده، سید احمد و تقی پور، ملیحه. (۱۳۸۹)، "بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار"، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال سوم، شماره ۷: ۱۴۰-۱۵۹.
- حیدرخانی، هاییل، حقیقتیان، منصور، قنبری، نوذر و پرن‌دین، شیما. (۱۳۹۵)، "تحلیل و بررسی ارتباط بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی شهرستان کرمانشاه"، مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی، سال پنجم، شماره ۲: ۳۱-۵۷.
- دراهکی، احمد و مشفق، محمود. (۱۴۰۳)، "بررسی تأثیر احساس امنیت بر تمایل به مهاجرت

بررسی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و ... در اهکی و محمدخانی | ۱۳۹

جوانان: مورد مطالعه شهرستان آبدانان در استان ایلام". فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال پانزدهم، شماره ۵۹: ۴۷-۸۳.

- زاهدی اصل، محمد و پیلهوری، اعظم. (۱۳۹۳)، "فرا تحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی"، فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال ششم، شماره ۱۹: ۷۱-۱۰۶.

- زیمیل، گنورگ. (۱۳۷۳)، "کلانشهر و حیات ذهنی"، ترجمه یوسف اباذری، نامه علوم اجتماعی، سال دوم، شماره ۶: ۵۳-۷۵.

- شعبان، مریم و قویدل، نوشین. (۱۴۰۰)، "ارتباط بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر کرج"، نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، سال دهم، شماره ۲: ۱۹۶-۲۰۸.

- شیان، ملیحه و زارع، حنا. (۱۳۹۸)، "فرا تحلیل مطالعات زنان سرپرست خانوار در ایران"، مطالعات جامعه‌شناختی، سال بیست و ششم، شماره ۲: ۶۸-۹۷.

- قجری، حسینی و حق‌پرست، فاطمه. (۱۴۰۱)، "مطالعه تأثیر توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار بر سلامت اجتماعی آنان"، مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی، سال چهاردهم، شماره ۲: ۱۵۱-۱۷۷.

- کنگرلو، مریم. (۱۳۸۶)، بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی.

- مرکز آمار ایران. (۱۴۰۳). نتایج تفصیلی سرشماری‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۵. قائل دسترس در <https://amar.org.ir>

- مشعوفی، میترا، حریرچی، امیر محمود و آقابخشی، حبیب‌الله. (۱۳۹۰)، "عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران"، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶: ۲۱-۴۵.

- مومن‌زاده، ندا. (۱۳۹۳)، "تحلیل مقایسه‌ای در خصوص زنان سرپرست خانوار"، مجله اقتصادی، سال سوم، شماره ۲: ۱۲۰-۹۵.

- میری، هانیه سادات، ذوالقدری، خدیجه، قاسمی، عاصمه. (۱۳۹۸)، "مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیر سرپرست خانوار شهر مشهد"، مجله علوم روان‌شناختی، سال هجدهم، شماره ۸۴: ۲۲۹۵-۲۳۰۲.

- همتی، الهام، مهدوی، محمدصادق و بقائی سرابی، علی. (۱۳۹۱)، "تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رودهن"، *فصلنامه پژوهش اجتماعی*، سال ششم، شماره ۲: ۴۷-۹۲.

- یحیی زاده، حسین و رمضانی، محمود. (۱۳۹۲)، "سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه"، *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، سال شانزدهم، شماره ۳: ۶۹-۱۰۲.

- Akinsola HA, Popovich J.M. (2002). "The quality of life of families of female - headed households in Botswana: a secondary analysis of case studies." *Health Care Women International*, 23(6-7):761-72.
- Al Fara, H. (2024). "Vulnerability of Female Headed Households: Challenges to Accessing Aid in Crisis Settings." *Journal of Women of the Middle East and the Islamic World*, 159 (877): 1-17.
- Bohen, H., & Viveros-Long, A. (1981). "Balancing jobs and family life." Philadelphia: Temple University Press. Items were taken from Appendix H, pp. 274, 278. Reprinted with permission.
- Chant S. (2007). Gender, generation and poverty: exploring the Feminization of poverty in Africa, Asia and Latin America. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Connell J, Brazier J, O'Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. (2012). "Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research." *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1):138.
- Horrell S, Krishnan P. (2007). "Poverty and productivity in female-headed households in Zimbabwe". *The Journal of Development Studies*, 43(8):1351-80.
- Keyes, C.L.M.. (1998). "Social well-being". *Social Psychology Quarterly*, 61: 121-140.
- Keyes, M and Shapiro, A. (2004). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology in How Healthy Are We? A National Study of Well Being at Midlife, edited by Orville G. Brim, Carol Ryff and Ronald Kessler. Chicago: University of Chicago Press.
- Kwon, M, HyungSeon, M (2020). "Psychological Well-Being of Female-Headed Households Based on Age Stratification: A Nationwide Cross-Sectional Study in South Korea", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17: 1-11.
- Larson JS (.1996") .The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health." *Social indicators research*; 38(2):181-192.
- Najafpour, H, Bin Lamit, H, Bigdeli Rad, V. (2023). "A systematic Method for Questionnaire Design: Sense of Security". *Journal of Survey in Fisheries Sciences*, 10(1) 1741-1781.

- Ozawa MN, Lee Y, Wang KY-T. (2011). "Economic conditions of female-headed households in Taiwan in comparison with the United States and Sweden." *Journal of Comparative Social Welfare*, 27(1):63-74.
- Stewart-Withers R. (2011). "Contesting a Third World development category: Female-headed households in Samoa." *Women's Studies International Forum*, 34(3)171-84.
- Yoosefi Lebni, J, Mohammadi Gharehghani, A, Soofizad, G, khosravi, B, ziapour, A, Irandoost, S. F. (2020). "Challenges and opportunities confronting female-headed households in Iran: aqualitative study." *BMC Women's Health*, 20(183): 2-11.
- References [In Persian]
- Ahmadnia S, Ghalibaf kamel A. (2017). "Women-Headed Households in Tehran: A Qualitative Study of Their Experiences, Challenges and Capacities." *refahj*. 17(65), 103-136.
- Ahmadi, A. and Jahangard, E. (2020). "Ranking of the neighborhoods of Tehran metropolis in terms of development and quality of life: A fuzzy TOPSIS approach". *Urban Economics*, 5(1), 127-148. doi: 10.22108/ue.2021.124422.1151
- Afshari, A, Hashemi, Z and Rezaei, R. (2019). "Investigating the level of social health and self-esteem in empowered and non-empowered female-headed households, a case study, Welfare Organization." *Women and Society*, 10(3): 1-16.
- Majdabadi, Z, Nikpeema, N, Hazrate Gonbad, S, Noori, F, and Nooibaqer, E. (2019). "Quality of life of female heads of households in Iran: A review study." *Iranian Journal of Nursing Research*, 14(5):60-65.
- Torabi, F., Sadeghi, H. S. and Ranjbari Beivardi, S. (2022). "Vulnerability of female heads of household and its policy implications in Iran." *Journal of Social Problems of Iran*, 13(1), 313-338. doi: 10.22059/ijsp.2022.90414
- Tawakol, M. (2014). "Social Health: Dimensions, Axes, and Indicators in Global and Iranian Studies." *Quarterly Journal of Bioethics*, 4 (14): 115-134.
- Hosseini Haji Bakandeh, S. A and Taghipour, M. (2010). "Investigating the effect of social support on the social health of female heads of households." *Quarterly Journal of Social Research*, 3 (7): 140-159.
- Heidarkhani H, Haghighatian M, Ghanbari N. (2016). "Analyzing the different aspects of social protection and social health of women heads of households in rural areas Kermanshah city". *Scds*, 5 (2):31-57.
- Dorahaki, A., Moshfegh, M. and Mohebi, M. (2024). "Investigating the effect of the sense of security on the tendency of young people to migrate: the case study of Abdanan city in Ilam province." *Social Development & Welfare Planning*, 15(59), 39-76. doi: 10.22054/qjsd.2023.72173.2457
- zahediasl, M. and pelhvari, A. (2014). "A meta-analysis of studies related to social health." *Social Development & Welfare Planning*, 5(19): 71-106.
- Simmel, G. (1994). "The Metropolis and Mental Life." translated by Yousef Abazari, *Letter of Social Sciences*, 2 (6): 53-75.

- Sha'ban M, Ghavidel N. (20121). "The Relationship between Health-Promoting Lifestyle and social well-being in Female Heads of Suburban Households of Karaj City." *Alborz University Medical Journal*, 10 (2):196-205
- Shiyani, M. and Zare, H. (2020). "A meta-analysis of female-headed household studies in Iran." *Sociological Review*, 26(2), 67-97. doi: 10.22059/jsr.2020.75859
- Ghajari, H. and Hghparast, F. (2022). "The effect of economic empowerment of women household heads on their social health." *Interdisciplinary Studies in the Humanities*, 14(2), 151-177. doi: 10.22035/isih.2022.4654.4595
- Kangarloo, M. (2007). "Investigating the level of social health of witness and non-witness students at Allameh Tabatabaei University, Master's thesis in social work, Allameh Tabatabaei University.
- Statistical Center of Iran (2023). Detailed results of the censuses from 1986 to 2016. Available at <https://amar.org.ir/>
- Mashoof, M, Harirchi, A.M and Aghabakhshi, H. (2011). "Economic and social factors affecting the social health of female heads of households covered by the Tehran Welfare Organization." *Quarterly Journal of Social Research*, 7 (26): 21-45.
- Momenzadeh, N. (2014). "Comparative analysis of female heads of households." *Economic Journal*, 3: 95-120.
- Miri H S, Zolghadr K, Qasemi A. (2019). "A comparison of the effect of social support on the social health of female - headed and non - headed households in mashhad." *Journal of Psychological Science*, 18(84), 2295-2302.
- Hemmati, E, Mahdavi, M. S and Baghaei Sarabi, A. (2012). "The effect of social support on the social health of female heads of households in Roudehen." *Quarterly Journal of Social Research*, 6: 47-92.
- Yahyazadeh, H. and rmzany, M. (2013). "The Study of the Social Health Rate and The Social Factors Effective on it: A Case Study of Women Heading Households in Qurveh." *Social Development & Welfare Planning*, 4(16), 68-102. doi: 10.22054/qjsd.2013.839

استناد به این مقاله: دراهکی، احمد و محمدخانی، مهتاب. (۱۴۰۳). دلایل، بررسی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و تعیین کننده‌های اجتماعی و جمعیتی آن: مورد مطالعه زنان سرپرست خانوار شهر تهران، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۱ (۴۲)، ۹۷-۱۴۲.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.