مجله ره آورد سلامت ،دوره ۱ ،شماره ۱ ، پاییز ۱۳۹۴ http://Rsj.iums.ac.ir مقاله علمی

بررسی کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بهزیستی استان تهران

دکتر مهناز صلحی: دانشیار و متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. solhi.m@iums.ac.ir

* **مرضیه شعبانی همدان:** دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ، ایران(* مولف مسئول). a.jshabani@gmail.com

دکتر مسعود صالحی: استادیار و متخصص آمار زیستی،گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. salehi.m@iums.ac.ir

چکیده

زمینه وهدف: آسیب پذیری زنان سرپرست خانوار در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی به کاهش کیفیت زندگی در زنان منجر می شود . فشار زندگی ناشی از تک سرپرستی به کاهش کیفیت زندگی در زنان منجر می شود . شناخت مشکلات و موانع زندگی زنان سرپرست در کنترل موثر مشکلات آنان مهم است. هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در بهزیستی استان تهران است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی با روش نمونه گیری تخصیص تصادفی چند مرحله ای ۱۸۰ نفر از زنان سرپرست خانوار شاغل بهزیستی استان تهران انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS(15) و در سطح معنی دار ی ۰/۰۵ با استفاده از روش های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق ، فراوانی نسبی) و تحلیلی (آزمون کای دو، همبستگی اسپیرمن، آنالیز واریانس و کروسکال والیس) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار سن زنان مورد بررسی ۸/۸۳ ±۴۳/۳۹ و در۴۸/۳ درصد مدت سرپرستی کمتر از پنج سال بود. وضعیت کیفیت زندگی آنان متوسط بود. بیشترین مقدار نمره میانگین مربوط به بعد جسمی(۵۰/۳۵) و کمترین مقدار میانگین (۳۷/۸۲) مربوط به بعد محیطی بود. میان کیفیت زندگی با وضعیت تاهل (p=۰ /۰۱۹)، مدت زمان سرپرستی (p=۰ /۰۳۹)، مدت زمان اشتغال (p=۰ /۰۲) و میزان دستمزد ارتباط معنی داری مشاهده شد(p=۰ /۰۰۲).

نتیجه گیری: کیفیت زندگی زنان مورد بررسی مطلوب نیست و طراحی مداخلات مناسب برای بهبود کیفیت زندگی آنان ضروریست.

کلید واژه ها: زنان سرپرست خانوار، کیفیت زندگی، پرسشنامه WHOQOL - BREF

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

مقدمه

زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند و مسئولیت اداره اقتصادی و اجتماعی و تربیتی خانواده و تصمیم گیری های عمده و حیاتی زندگی به عهده ایشان است(۱, ۲). زنان سرپرست خانوار جزء گروههای آسیب پذیر جامعه به شمار می روند (۳-۵). نقش سرپرستی خانواده توسط مادران تنها، به خصوص در کشورهای در حال توسعه از مسایل مهم است و مدیریت خانواده توسط یک والد کاری بسیار مشکل است که زنان را با مسایل مادی و معنوی روبرو می کند(۶, ۷). عواملی نظیر طلاق، فوت، اعتیاد همسر و از کارافتادگی موجب آسیب پذیر شدن این گروه وسیع از جامعه شده و باعث بروز مشکلاتی به ویژه مشکلات مالی برای آنان می شود(۱, ۲, ۸). تحقیقات صورت گرفته نشان می دهد امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان نان آور خانه هستند و ۳۷ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می کنند(۹, ۱۰). در کشورهای در حال توسعه ۴۸/ ۱۰٪ سرپرستان خانواده را زنان تشکیل می دهند. ولی هنوز برآورد جامعی از وقوع و شیوع و نوع خانواده هایی که توسط زنان سرپرستی می شوند در دست نیست. واحد آمار و انفورماتیک دفتر امور مشارکت زنان، در سال۱۳۸۳ تعداد زنان سرپرست خانواده در ایران را ۱۰۳۷۱۱۲ اعلام کرده است (۹/۱ درصد) که این رقم در سال ۱۳۹۰ به ۲۵۴۸۰۷۲ (۱۲/۵درصد) افزایش یافته است(۱, ۸, ۱۱). از سوی دیگر، بر اساس آمار سازمان بهزیستی کشور طی ۱۰ سال گذشته(۸۵-۱۳۷۵)هر ساله تعداد ۶۰۳۰۰ نفر به جمعیت زنان سرپرست خانوار اضافه شده است(۵, ۱۱).البته این آمارها ممکن است واقعی نباشند، زیرا در خانوارهایی که مردان سرپرست خانوار، بیکار، زندانی، متواری و معتاد هستند، سرپرست خانوار همچنان مرد، اعلام می شود، بنابراین به تعداد زنان سرپرست خانوار حداقل۴-۳ میلیون اضافه می شود (۱۲, ۱۳). زنان سرپرست خانوار علاوه بر وظیفه سرپرستی خانواده و کسب درآمد برای تامین معاش، وظیفه خطیر مادری را عهده دار هستند. تعدد نقشهای مضاعف، نگرانی درباره ی مسائل اقتصادی و دغدغه از آینده بر مشکلات آنان می افزاید. ایفاگری نقش متعدد، مستلزم تطبیق شرایط کار با وضعیت خانوادگی و حمایتهای شغلی و مادری است. وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی آسیب پذیر زنان سرپرست، بر کیفیت زندگی آنها تاثیرگذار است (۸, ۱۴). کیفیت زندگی مجموعه ای است از رفاه و سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله فرد یا گروهی از افراد درک میشود و متأثر از عوامل متعددی می باشد .به این ترتیب، منظور از کیفیت زندگی فقط سطح استاندارد زیستی و سطح دستیابی به حداقل رفاه و امکانات نیست، بلکه در برگیرنده ی کیفیت روابط بین فردی و اجتماعی نیز می باشد(۱۵, ۱۶). یک زندگی دارای کیفیت، معمولا به صورت خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فایق آمدن بر مشکلات بروز می کند. در واقع کیفیت زندگی به وسیله فرد ارزیابی و توصیف می شود(۱۷-۱۹). مطالعات در حوزه ی زنان سرپرست خانوار نشان میدهد که این قشر از جامعه با مصایب، مشکلات و موانع زیادی هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی مواجهند (۵, ۲۰).

در پژوهش دیگری، هرمانداز و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند، که زنان بدون همسر، علایم جسمانی و روانی از جمله افسردگی را بیشتر تجربه می کنند که می تواند نشان دهنده ی کیفیت زندگی پایین آنان باشد(۱۴).

همچنین در پژوهشی که توسط طهماسبی انجام گرفت ، نتایج نشان داد که زنان سرپرست خانوار به خاطر فراوانی بالای نقشهایی که بر عهده میگیرند، نسبت به سایر زنان تنش بیشتری را تجربه می نمایند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند(۲۱).

هدف این پژوهش تعیین کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار بهزیستی استان تهران در سال ۱۳۹۳ در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، محیط، سلامت عمومی است.

Email:rsj@iums.ac.ir

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

یافته های این مطالعه در طراحی مداخلات ارتقایی برای این زنان کار برد دارد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که روی زنان سرپرست خانواده سازمان بهزیستی استان تهران انجام گردید. حجم نمونه مورد نیاز، بر اساس مطالعات قبلی وبا توجه به فرمول مقایسه میانگین های دو گروه غیر وابسته و با احتساب سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای اول۰/۰۵، ۱۸۰ نفر تعیین شد. نمونه گیری به روش تصادفی ساده از بین مراکز بهزیستی استان تهران انجام گرفت. بدین صورت که از میان مراکز بهزیستی تحت پوشش مرکزبهزیستی استان تهران، ۵ مرکز جهت گردآوری داده ها به طور تصادفی انتخاب شد. پس از انجام هماهنگی های لازم با مراکز فوق، جهت به دست آوردن لیست زنان سرپرست خانواده تحت پوشش مراکز، از پرونده های موجود در مراکز بهزیستی استفاده شد. معیار ورود به مطالعه، زنان سرپرست شاغل تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران بودند. سپس برای زنان مورد مطالعه جلسه توجیهی در مورد اهمیت طرح، معیارهای ورود و خروج مطالعه و چگونگی تکمیل پرسشنامه ها برگزار شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)(۲۲) بود که دارای چهار حیطه سلامت جسمانی (۷ سوال)، سلامت روانی(۶ سوال)، سلامت اجتماعی(۳ سوال)، سلامت محیط (۸ سوال) است. این پرسشنامه دو سوال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت وکیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند که در مجموع شامل ۲۶ سوال است. مقیاس لیکرت ۵ تایی(۱تا۵) برای پاسخ به عبارات این ابزار استفاده می‌شود پس از به دست آوردن نمرات خام هر خرده مقیاس باید آن را به یک نمره استاندارد تبدیل کنیم. هر حیطه امتیازی معادل با ۰تا۱۰۰کسب میکند که۰ نشانه بدترین و ۱۰۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است ،یعنی کسب امتیاز بالاتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می دهد. داده ها در نرم افزار آماری SPSS(15) و در سطح معنی داری ۰/۰۵ با استفاده از روش های توصیفی (میانگین، انحراف معیار ، فراوانی مطلق ، فراوانی نسبی و تحلیلی ،آزمون کای دو، همبستگی اسپیرمن، آنالیز واریانس و کروسکال والیس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

محدوده سنی زنان سرپرست خانواده مورد بررسی سازمان بهزیستی استان تهران ۲۳ تا ۶۴ سال (۸/۸۳±۴۳/۳۹) بود. ۳۹/۴درصد واحدهای مورد پژوهش تحصیلات در سطح دیپلم، ۶۵/۶درصد از آنها مطلقه بودند. در ۴۸/۳درصد از آنها مدت سرپرستی کمتر از پنج سال،در ۶۹/۴درصد از آنها بعد خانوار کمتر از ۳نفر، در۴۲/۲درصد از آنها مدت اشتغال کمتر از پنج سال و ۹۱/۷درصد از آنها روزمزد بودند. ۵۶/۷ درصد از آنها بیشتر از ۶۰۰هزار تومان دستمزد دریافت می کردند. سایر متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ مشاهده می شود.

میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده مورد بررسی سازمان بهزیستی استان تهران ۱۱/۵۱±۴۴/۴۹بدست آمد. در بین ابعاد کیفیت زندگی مورد بررسی در زنان مورد بررسی، بیشترین مقدار میانگین مربوط به بعد جسمی و کمترین مقدار میانگین مربوط به بعد محیطی بود(جدول ۲).

۸۲/۸ درصد زنان مورد بررسی کیفیت زندگی متوسط و ۱۵ درصد از آنان کیفیت زندگی ضعیف داشتند و فقط ۲/۲ درصد آنان از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند (جدول ۳).

در این پژوهش با استفاده از آزمون کای دو میان کیفیت زندگی و وضعیت تاهل ارتباط معنی داری مشاهده شد(p=۰/۰۱۹) بین کیفیت زندگی و مدت زمان سرپرستی ارتباط معنی داری مشاهده شد (p=۰/۰۳۹) بین کیفیت زندگی و مدت زمان اشتغال ارتباط معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۲). همچنین بین کیفیت زندگی و میزان دستمزد ارتباط معنی داری مشاهده شد (p=۰ /۰۰۲).

Email:rsj@iums.ac.ir

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

جدول۱-وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

متغیر مورد بررسی	دسته بندی	تعداد	درصد
سن	۳۳تا۲۳	۲۱	۱۱/۷
	۴۳تا۳۳	۵۷	۳۷/۲
	۵۳تا۴۳	۶۲	۳۴/۴
	۶۴تا۵۳	۳۰	۷/۱۶
تحصیلات	بیسواد	۱۰	۵/۵
	ابتدایی	۳۴	۱۸/۹
	راهنمایی	۵۲	۲۸/۹
	دیپلم	۷۱	۳۹/۴
	دانشگاهی	۱۳	۷/۲
وضعیت تاهل	مطلقه	۱۱۸	۶۵/۶
	متاهل	۲۹	۱۶/۱
	بیوه	۳۰	۱۶/۷
	مجرد	۳	۱/۷
نوع استخدام	روزمزد	۱۶۵	۹۲/ ۷
	قراردادی و رسمی	۱۵	۳/۸
علت سرپرستی	مرگ همسر	۳۰	۱۶/۷
	طلاق	۱۱۸	۶۵/۶
	سایر موارد	۳۲	۱۷/۸

جدول ۲: میانگین نمراتابعاد کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار مورد بررسی

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	(پائین ترین نمره)	(بالاترین نمره)
حیطه سلامت جسم	۵۰/۳۵	۱۲/۰۶	۱۴/۲۹	۸۹/۲۹
حیطه سلامت روان	۴۶/۸۷	۱۴/۸۳	۴/۱۷	۹۵/۸۳
حیطه سلامت اجتماع	۴۰/۲۷	۱۵/۳۹	۰/۰۰	۸۳/۳۳
حیطه سلامت محیط	۳۷/۸۲	۱۲/۶۱	۰/۰۰	۷۱/۸۸
حیطه سلامت عمومی	۴۷/۱۵	۱۷/۹۶	۰/۰۰	۷۵/۰۰

جدول ۳: فراوانی مطلق ونسبی دسته بندی کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار مورد بررسی

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
ضعیف(نمره ۳۳-۰)	۲۷	۱۵
متوسط(نمره ۶۶تا۳۴)	۱۴۹	۸۲/۸
خوب(نمره ۱۰۰تا۶۷)	۴	۲/۲
جمع	۱۸۰	۱۰۰

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

با کاربرد آزمون همبستگی اسپیرمن میان حیطه سلامت جسم و میزان دستمزد ارتباط معنی داری مشاهده شد(r=۰/۱۶۹، p=۰ /۰۲). با انجام آزمون کروسکالوالیس میان حیطه سلامت جسم باتحصیلات(p=۰ /۰۲ ،x^2=۱۱/۳۱)، وضعیت تاهل(p=۰/۰۰۸، x^2=۱۱/۷۳) و نوع استخدام ارتباط معنی داری مشاهده شد(p=۰ /۰۳ ،x^2=۶/۹۰).

همچنین با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن میان حیطه سلامت روان با میزان دستمزد (p=۰/۰۰۱، r=۰/۲۴۹)، مدت اشتغال(r=۰/۲۸۷،p=۰/۰۰۱) و مدت سرپرستی ارتباط معنی داری مشاهده شد (p=۰/۰۳، r=۰/۱۵۶). با انجام آزمون آنالیز واریانس میان حیطه سلامت روان با تحصیلات(f=۳/۳۸،p=۰/۰۱) و وضعیت تاهل ارتباط معنی داری مشاهده شد(f=۳/۴۹ ،p=۰/۰۱).

با کاربرد آزمون همبستگی اسپیرمن میان حیطه سلامت محیط با میزان دستمزد (r=۰/۲۷۰ ،p<۰ /۰۰۱)، مدت اشتغال (r=۰/۳۳۶، p=۰ /۰۰۱) و مدت سرپرستی (r=۰/۱۵۸،p=۰/۰۳) و بعد خانوار ارتباط معنی داری مشاهده شد. (r=۰/۱۸۴، p=۰/۰۱۳) همچنین با انجام آزمون آنالیز واریانس میان حیطه سلامت محیط با نوع اشتغال ارتباط معنی داری مشاهده شد(p =۰/۰۰۶ ،f=۵/۲۷).

با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن میان حیطه سلامت اجتماع با مدت سرپرستی(r=۰/۱۹۲، p=۰/۰۱) و مدت اشتغال(r=۰/۳۱۵، p=۰/۰۰۱) و میزان دستمزد ارتباط معنی داری مشاهده شد(r=۰/۲۴۳،p=۰/۰۰۱) با انجام آزمون کروسکالوالیس میان حیطه سلامت اجتماع با نوع استخدام ارتباط معنی داری مشاهده شد(p=۰/۰۰۴ ،x^2=۱۰/۹۱۵).

با کاربرد آزمون همبستگی اسپیرمن میان حیطه سلامت عمومی با مدت سرپرستی(r=۰/۲۳۸،p=۰ /۰۰۱) و مدت اشتغال(r=۰/۳۵۵،p=۰ /۰۰۱) و میزان دستمزد ارتباط معنی داری مشاهده شد(r=۰/۳۱۵،p=۰ /۰۰۱) . همچنین با انجام آزمون کروسکالوالیس میان حیطه سلامت عمومی با نوع استخدام(p=۰ /۰۱ ،x^2=۸/۴۳۲) و علت سرپرستی(p=۰/۹۰۱ ،x^2=۱۵/۱۸۹) وتحصیلات(P=۰/۰۰۷ ،x^2=۱۴/۱۸۳) و وضعیت تاهل ارتباط معنی داری مشاهده شد(p=۰/۰۱ ،x^2=۱۰/۹۲).

بحث

پذیرش نقش سرپرستی خانوار از سوی زنان، کیفیت زندگی آنان و به دنبال آن کیفیت زندگی کل افراد خانواده و فرزندان آنان را تحت تاثیر قرار خواهد داد. بنابراین، لزوم انجام برنامه هایی به منظور مداخله های مؤثر برای افزایش کیفیت زندگی این گروه از زنان، یکی از اولویتهای جامعه است .در پژوهش حاضر، بیشتر زنان سرپرست خانوار شرکت کننده، میانسال و دارای سطح تحصیلات متوسطه بودند که با نتایج مطالعات ریمازو همکاران، حسینی و همکاران، Akinsola و همکاران، Klasen و همکاران همخوانی دارد(۳, ۵, ۲۳, ۲۴).

در مطالعه حاضر میان کیفیت زندگی با وضعیت تاهل ارتباط معنادار یافت شد. بدین صورت که در زنان متاهل نمره کیفیت زندگی پایین تر بود. در سایر مطالعات نیز وضعیت تاهل ازجمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بوده است(۵, ۲۵).

در مطالعه حاضر میان کیفیت زندگی با مدت زمان سرپرستی همبستگی مثبت معناداری یافت شد. بدین صورت که زنان سرپرستی که مدت زمان سرپرستی بیشتری داشتند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در مطالعه طهماسبی نیز مدت زمان سرپرستی ازجمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بوده است(۲۱).

در این پژوهش میان کیفیت زندگی با مدت زمان اشتغال همبستگی مثبت معناداری یافت شد. بدین صورت که زنان سرپرستی که مدت زمان اشتغال بیشتری داشتند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در مطالعه بلداجی مدت زمان اشتغال ازجمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی نبوده است(۹). به نظر می رسد علت تفاوت در نتایج به تفاوت زمانی و شرایط مطالعه و تعداد نمونه مرتبط باشد.

نتایج پژوهش حاضر میان حیطه سلامت جسم با میزان دستمزد همبستگی مثبت معنی داری یافت شد ، بدین صورت که زنان سرپرستی که دستمزد بیشتری داشتند از سلامت جسمانی بهتری برخوردار بودند. در مطالعه زنجانی و بیات میزان دستمزد ازجمله عوامل تأثیرگذار بر حیط جسمانی بوده است(۲۶). در مطالعه حاضر میان حیطه سلامت جسم با تحصیلات و وضعیت تاهل رابطه معناداری یافت شد. بدین صورت که زنان با تحصیلات

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

Email:rsj@iums.ac.ir

بالاتر از سلامت جسمانی بهتری و زنان متاهل از سلامت جسمانی پایین تری برخوردار بودند.در سایر مطالعات وضعیت تاهل و تحصیلات(۹) بر حیطه جسمانی کیفیت زندگی تاثیر گذار بوده است(۵, ۲۷).

نتایج پژوهش حاضر میان حیطه سلامت روان با میزان دستمزد همبستگی مثبت معنی داری یافت شد ، بدین صورت که زنان سرپرستی که دستمزد بیشتری داشتند از سلامت روان بهتری برخورداربودند. در مطالعه زنجانی و بیات میزان دستمزد ازجمله عوامل تأثیرگذار بر حیطه سلامت روان نبوده است(۲۶). به نظر میرسد علت تفاوت در نتایج به تفاوت زمانی و مکانی و شرایط مطالعه و تعداد نمونه مرتبط باشد. در مطالعه حاضر بین ابعاد روانی، محیط، اجتماع و سلامت عمومی با میزان دستمزد ارتباط معناداری یافت شد. در مطالعهlee درآمد با همه ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معناداری نشان داد(۲۸). درپژوهش حاضر میان ابعاد سلامت روان و سلامت عمومی با تحصیلات ارتباط معناداری یافت شد. در مطالعه ی حفاریان،lee تحصیلات با همه ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معناداری نشان داد(۲۵, ۲۸).

در مطالعه حاضر بین ابعاد روانی، محیط، اجتماع و سلامت عمومی با مدت سرپرستی و مدت اشتغال ارتباط معناداری یافت شد. نتایج پژوهش طهماسبی بین کیفیت زندگی و مدت سرپرستی ارتباط معنادار یافت شد(۲۱). در مطالعه حفاریان مدت زمان طلاق ازجمله عوامل تأثیرگذار بر ابعاد کیفیت زندگی نبوده است(۲۵). به نظر می رسد علت تفاوت در نتایج به تفاوت زمانی و مکانی و شرایط مطالعه و تعداد نمونه مرتبط باشد. در مطالعه حاضر بین حیطه سلامت محیط و بعد خانوار ارتباط معناداری یافت شد. در مطالعه طهماسبی بین ابعاد کیفیت زندگی و بعد خانوار ارتباط معناداری یافت نشد(۲۱). به نظر می رسد علت تفاوت در نتایج به تفاوت زمانی و مکانی و شرایط مطالعه و تعداد نمونه مرتبط باشد. در مطالعه حاضر بین حیطه سلامت عمومی و علت سرپرستی ارتباط معناداری یافت شد.در مطالعه طهماسبی بین ابعاد کیفیت زندگی و علت سرپرستی ارتباط معناداری یافت شد(۲۱).

در مطالعه حاضر بین سلامت اجتماع و عمومی با نوع اشتغال ارتباط معناداری یافت شد. در مطالعه جواهری بین ابعاد کیفیت زندگی و نوع اشتغال ارتباط معناداری یافت شد(۲۹).

با توجه به نتایج این پژوهش و نامناسب بودن کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار و با توجه به ارتباط عوامل گوناگون شخصی واجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست آنچه جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان آنچه مهم به نظر می رسد، نگاه ادغام یافته به مسایل ومشکلات سلامتی آنان است . سازمان بهزیستی می تواند با یاری مراکز خیریه ، وزارت کار و امور اجتماعی و سایر سازمان ها برنامه هائی را برای ارتقاء آگاهی و همچنین ارتقاء نگرش این گروه طراحی و اجرا کند. از آنجا که اکثرزنان سرپرست خانوار به مراکز بهزیستی دسترسی دارند به نظر می

رسد مناسب ترین راهکار جهت ارتقای کیفیت زند گی آنان برگزاری کلاس های آموزشی ومشاوره ای با رویکرد ارتقاء سلامت آنان باشد. همچنین با توجه به نقش حمایت های اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست تاسیس شبکه های حمایت اجتماعی به بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار کمک خواهد کرد. از محدودیت های این مطالعه تعداد نمونه آن و محدودیت تعمیم نتایج است.

نتیجه گیری

کیفیت زندگی زنان سرپرست تحت پژوهش مناسب نیست و طراحی مداخلات مناسب برای بهبود کیفیت زندگی آنان ضروریست. از جمله مواردی که می توان برای ارتقاء کیفیت زندگی این زنان پیشنهاد داد حمایت های عاطفی و روانی در این دوران، تاسیس شبکه های حمایت اجتماعی در جهت بهبود کیفیت زندگی زنان سرپرست ، طراحی برنامه های آموزشی در زمینه اهمیت تغذیه سالم و ارزان، فعالیت بدنی منظم، مهارت های سازگاری با مشکلات تک سرپرستی، طراحی مداخلاتی درجهت بهبودکیفیت زندگی زنان سرپرست و ارائه سرویس های مشاوره ای با رویکرد ارتقاء سلامت زنان سرپرست برای بهبود وضعیت سلامت شان است .

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحقیقاتی در مقطع کارشناسی ارشد مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره۲۵۱۲۳ است. نویسندگان مقاله ازحمایت مالی این معاونت، مسئولان سازمان بهزیستی استان تهران و همکاری زنان سرپرست شرکت کننده ، قدردانی می کنند.

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

منابع

1. President CfWaF. Laws and regulations related to the consolidation 2013. 32.
2. Salehi. Ways of empowering women headed households, women-headed households from the perspective of the welfare of city 2012.
3. Hosseini A, Setare Forouzan A, Amyrfryar M. Assess the mental health of women heads of household welfare office in Tehran. Social Research. 2009;3.
4. Nazoktabar H, Veysi R. Paper: Socio-Economic and Cultural Condition Of Women-Headed Households in Mazandaran Province.
5. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbeyani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. The Survey of Quality of Life and its Related Factors in Female-headed Households Supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9. Iranian Journal of Epidemiology. 2014;10(2):48-55.
6. Schatz E, Madhavan S, Williams J. Female-headed households contending with AIDS-related hardship in rural South Africa. Health & place. 2011;17(2):598-605.
7. Khosravan -S, Salehi -S, Ahmadi F, Mansoorian MR. The Experience of Widowed Head of the family during Role Transition: A Qualitative Study. Journal of qualitative Research in Health Sciences. 2013;2(1):62-75.
8. Presidential, Control DSPa, Iran SCo. Selected results Population and Housing Census 2011.
9. Tatina Boldaji L, Foruzan A, Rafiey H. Quality of Life of Head-of-Household Women: a Comparison between those Supported by Welfare Organization and those with Service Jobs Social Welfare Quarterly. 2008;40:9-28.
10. Moti N. Opportunities for children in female-headed families Women. 1999;53,54.
11. Babolsar I. Analysis of the Female-headed households' situation.
12. Shaditalab J, Geraei NA. Paper: The Poverty Of Female Headed Households.
13. Aghajanian A, Thompson V. Female headed households in Iran (1976–2006). Marriage & Family Review. 2013;49(2):115-34.
14. Hernández RL, Aranda BE, Ramírez MTG. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. The Spanish journal of psychology. 2009;12(01):171-83.
15. Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine. 1998;28(03):551-8.
16. GHaffary G, Karimi A, Nowzeri H. Trend Study of Quality of Life In Iran. 2012.
17. Shabany Hamedan M, Mohamad Aliha J. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factors in renal transplant patients in Iran. Global journal of health science. 2014;6(4):205-12.
18. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2005.
19. Phillips D. Quality of life: Concept, policy and practice: Routledge; 2006.
20. Arias E, Palloni A. Prevalence and patterns of female headed households in Latin America: 1970-1990. Journal of Comparative Family Studies. 1999:257-79.
21. Tahmasebi A. Quality of life and well-being of women heads of households covered the area south of Tehran and its relationship with personal and family: Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006.
22. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1-12.
23. Akinsola HA, Popovich JM. The quality of life of families of female-headed households in Botswana: A secondary analysis of case studies. Health care for women international. 2002;23(6-7):761-72.
24. Klasen S, Lechtenfeld T, Povel F. What about the women? Female headship, poverty and vulnerability in Thailand and Vietnam. Courant Research Centre: Poverty, Equity and Growth-Discussion Papers, 2011.
25. Hafarian L, Aghaei A, Kajbaf MB, Kamkar M. The compare between divorced women's quality of life and undivorced women

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

in Shiraz city and the study of Relationship between demographic variables of divorced women and their quality of life. 2. 2009;0(41):64-86.
26. Zanjan H, bayat M. A survey of the impacts of employment on women's life qualification in Mashhad city 2009. Social development studies. 2010;2(2):171-90.
27. Al-Arabi Sa. Social support, coping methods and quality of life in hemodialysis patients: University of Texas Medical Branch at Galveston; 2003.
28. Lee Y-J. Subjective quality of life measurement in Taipei. Building and Environment. 2008;43(7):1205-15.
29. Javaheri F, Serajzadeh SH, Rahmani R. Analysis of the effects of women's employment on their life quality Case study: Iranian Female Employees in the Ministry of Agriculture Women in
Development & Politics 2010;8(2).

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]

Quality of life of Women heading household covered by Tehran Welfare Organization

Mahnaz Solhi, Ph.D in Health Education and Health Promotion, Associate Prof., Health Services and Health education Dept., School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. solhi.m@iums.ac.ir

***Marziyeh Shabani Hamedan**, MSc student in Health Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. a.jshabani@gmail.com (*Corresponding author)

Masood Salehi, Ph.D in Biostatistics, Assistant Prof. Biostatistics Dept., School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. salehi.m@iums.ac.ir

Abstract

Background and Objectives: The vulnerability of women heading households both at the individual and community levels can lead to decreased quality of life of women. Pressure caused by the single-headed life leads to reduced quality of life. Identifying problems and obstacles in the lives of head women is important in the effective control of problems. The aim of this study was to determine the four dimensions of quality of life of Women heading households Welfare Organization in the province of Tehran.

Materials and Methods: In the present descriptive-analytical study, 180 female heads of households were selected from Welfare Organization in the province of Tehran using sample size formula to estimate ratio of the phenomenon and multi-stage allocated random sampling method. The World Health Organization's quality of life questionnaire was used to gather information. The data was analyzed using the statistical software SPSS (15) at the significant level of 0.05 and descriptive (mean, standard deviation, absolute frequency, relative frequency) and analytical methods (Chi-square test, Spearman correlation co-efficient, Kruskal-wallis and ANOVA).

Results: Mean and standard deviation of age was 43.39±8.83 and duration of householder was less than five years. Quality of life in the studied women was moderate. The highest mean score was (50.35) related to the physical aspect, and the lowest mean was (37.82) related to the environmental aspect. There were significant relationships between quality of life and marital status (p=.019), duration of householder (p=.039), duration of employment (p=.02) and wages (p=.002).

Conclusion: The quality of life of the studied women is not desirable, and design of appropriate interventions to improve their quality of life will be necessary.

Key words: female heads of households, quality of life, WHOQOL – BREF questionnaire

[Downloaded from rsj.iums.ac.ir on 2026-09-24]