

## بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران

شهناز ریماز<sup>۱</sup>، مریم دستورپور<sup>۲</sup>، سمیرا وصالی آذرشریبانی<sup>۳</sup>، فرگس ساعی پور<sup>۴</sup>، زهرا بیگی<sup>۵</sup>، سحرناز نجات<sup>۶</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران مرکز، تهران، ایران

<sup>۶</sup> دانشیار اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات بهره‌برداري از دانش سیاست، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده رابط: مریم دستورپور، کرمان، ابتدای خیابان هفت باغ علوی، پردیزه دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده بهداشت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، تلفن:

۰۳۴۱-۳۲۰۵۰۹۰، شماره: ۳۲۰۵۱۳۴-۰۳۴۱، پست الکترونیک: mdastoorpour@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۵/۲۹؛ پذیرش: ۹۲/۱۱/۵

**مقدمه و اهداف:** زنان سرپرست خانوار جزء گروه آسیب‌پذیر جامعه محسوب میشوند که با مشکلات، مصایب و موانع زیادی هم در سطح فردی و هم در سطح کلان در مقایسه با مردان سرپرست خانوار مواجهند که کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. هدف از این مطالعه، تعیین کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران بود. **روش کار:** این مطالعه مقطعی روی تمام زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران در مدت ۱۴ ماه انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) گونه‌ی ایرانی بود. تجزیه و تحلیل نتایج با کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از آمار توصیفی و آنالیز رگرسیون چند متغیره انجام شد.

**نتایج:** میانگین  $\pm$  خطای معیار سنی شرکت کنندگان  $50/8 \pm 13/8$  سال و اکثر آنان غیرشاغل (۷۱/۱ درصد) بودند. نتایج نشان دادند که در میان حیطه‌های ۴ گانه‌ی کیفیت زندگی، حیطه‌ی سلامت محیط و رابطه‌ی اجتماعی به ترتیب کم‌ترین (۹/۸۷) و بیش‌ترین (۱۲/۶۱) نمره را به خود اختصاص دادند. مدل رگرسیون چندگانه توأم نشان داد که متغیر سن ( $P < 0/05$ ) و متغیر بیماری فعلی ( $P < 0/001$ ) تنها متغیرهای تأثیرگذار روی شاخص کلی کیفیت زندگی هستند.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از نیاز جدی به برنامه‌ریزی مسؤولان ذی‌ربط در راستای مداخله‌های مؤثر و به تبع آن افزایش بهبود کیفیت زندگی در این قشر آسیب‌پذیر جامعه می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** زنان سرپرست خانوار، کیفیت زندگی، تهران

### مقدمه

تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه می‌باشد. زنان سرپرست خانوار جزء گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماع به شمار می‌روند (۵-۲). این گروه از زنان به واسطه عواملی مانند طلاق، فوت، اعتیاد یا از کارافتادگی همسر، رها شدن توسط مردان مهاجر یا بی‌مبالاتی چنین مردانی به عنوان سرپرست خانوار یا بدسرپرست شناخته می‌شوند (۹-۶). امروزه ۶۰ درصد زنان در جهان، نان‌آور خانه هستند و ۳۷/۵ درصد خانوارهای جهان را زنان سرپرستی می‌کنند (۱۰). از جنگ جهانی

به استناد تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی مجموعه‌ای 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 می‌باشد. به این ترتیب، منظور از کیفیت زندگی فقط سطح استاندارد زیستی و سطح دستیابی به حداقل رفاه و امکانات نیست، بلکه در برگیرنده‌ی کیفیت روابط بین فردی و اجتماعی نیز می‌باشد (۱). تردیدی نیست که یکی از راه‌کارهای مطلوب برای بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بشر، شناسایی عوامل

حدود ۲ برابر بیش تر به افسردگی مازور مبتلا می شوند (۱۱). در پژوهش دیگری، Landero و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که زنان بدون همسر، علایم جسمانی و روانی از جمله افسردگی را بیش تر تجربه می کنند که می تواند نشان دهنده کیفیت زندگی پایین آنان باشد (۱۶). همچنین در پژوهشی در ایران، نشان داده شد که زنان سرپرست خانوار به خاطر فراوانی بالای نقش هایی که بر عهده می گیرند، نسبت به سایر زنان تنش بیش تری را تجربه می نمایند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند (۱۷). با توجه به روند روبه رشد تعداد زنان سرپرست خانوار در جامعه و نیز آسیب پذیر بودن آنان و از طرفی پژوهش های اندک در این حوزه، بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران ضروری به نظر رسید تا بر اساس آن راهکارهای مطلوب برای افزایش کیفیت زندگی در این گروه ارایه شود.

### روش کار

این مطالعه مقطعی روی تمام زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهرداری منطقه ۹ شهر تهران (۱۵۲ نفر) در مدت ۱۴ ماه انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها شامل: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، شامل متغیرهای سن، وضعیت تأهل (متاهل، مجرد، بی همسر بر اثر فوت و طلاق)، سطح سواد (بی سواد، ابتدایی، متوسط و دانشگاهی)، اشتغال (شاغل و غیرشاغل)، قومیت، متراژ منزل هر خانوار، تعداد افراد تحت تکفل، متوسط درآمد خانوار، امکانات رفاهی منزل، تعداد اتاق در اختیار، مدت اقامت در محل، برخورداری از پوشش بیمه درمانی، ابتلا به بیماری مزمن و وجود بیماری فعلی و ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) گونه ایرانی می باشد (۱۸)، که دارای ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط است و هر یک از حیطه ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال به صورت لیکرت می باشد. همچنین این پرسشنامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارند و وضع سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند. این دو سؤال هنگام تجزیه و تحلیل در داخل حیطه روابط اجتماعی قرار گرفتند. هر حیطه امتیازی معادل با ۲۰-۴ کسب می کند که امتیاز بالاتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می دهد. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی

دوم، تعداد خانوارهای تک سرپرست به طور مداوم در دنیای غرب در حال افزایش است (۱۱-۱۰). در ایرلند ۴۰ درصد و در کانادا ۵۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه هم ۵۰-۲۰ درصد کل خانواده ها به وسیله زنان اداره می شوند (۱۲). در ایران، نیز شاخص های آماری نشان می دهند که رشد زنان سرپرست خانوار در حال افزایش است، به طوری که در سال های ۱۳۵۵، ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۷/۳، ۷/۱، ۸/۴ و ۹/۵ از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده اند و این نسبت در سال ۱۳۹۰ به ۱۲/۱ درصد رسید. این در حالی است که در خانوارهای مرد سرپرست سیر کاهشی وجود دارد (۹۲/۷) در سال ۱۳۵۵ به ۸۷/۹ در سال ۱۳۹۰ کاهش یافته است). 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 (۹، ۱۳). البته این آمارها ممکن است واقعی نباشند، زیرا در خانوارهایی که مردان سرپرست خانوار، بی کار، زندانی، متواری و معتاد هستند، سرپرست خانوار هم چنان مرد اعلام می شود، بنابراین به تعداد زنان سرپرست خانوار حداقل ۳-۴ میلیون اضافه می شود (۱۲). مطالعات در حوزه زنان سرپرست خانوار نشان می دهد که این قشر از جامعه با مصایب، مشکلات و موانع زیادی هم در سطح فردی و هم در سطح کلان مواجهند (۱۴). بیش از ۵۰ درصد خانواده های زن سرپرست در دو دهک اول و دوم قرار دارند؛ در حالی که این رقم در خانواده های مرد سرپرست ۱۶ درصد است، بنابراین می توان گفت زنان سرپرست خانوار فقیرترین فقرا هستند (۱۵، ۱۰، ۹-۳). شاید علت این امر ناشی از نبود پشتوانه های اقتصادی- اجتماعی، عدم دسترسی به شغل مناسب و نداشتن مهارت و ... باشد (۹). پژوهش های جامعه شناسی و علوم رفتاری به تأثیر محیط اجتماعی و اقتصادی بر کیفیت زندگی و رخداد بیماری های روانی در افراد به ویژه اقشار آسیب پذیر- زنان و کودکان- اذعان دارند. در این راستا، روان شناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار از نظر روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و تنش و اضطراب بیش تری را نسبت به خانوارهای مرد سرپرست تجربه می کنند (۱۰). چنانچه داده های حاصل از کانادا، بریتانیای کبیر و ایالات متحده آمریکا همگی نشان داده اند که زنان سرپرست خانوار در خطر فزاینده ای برای اختلالات روانی و مشکلات جسمانی می باشند و همچنین Cairney و همکاران با استفاده از نمونه ای جامع ملی از اتباع کانادایی نشان داد که زنان سرپرست خانوار نسبت به سایر زنان در

اختصاص داده‌اند (جدول شماره ۲).

به منظور شناسایی و ارزیابی عوامل مؤثر بر شاخص کلی کیفیت زندگی و هر یک از ۴ حیطه‌ی آن، متغیرهای دموگرافیک وارد مدل رگرسیون چندگانه شدند. نتایج حاصل از مدل رگرسیون چندگانه توأم نهایی نشان داد که سن و بیماری فعلی تنها متغیرهای تأثیرگذار روی شاخص کلی کیفیت زندگی هستند (جدول شماره ۳). به این ترتیب که سن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم داشته و با افزایش آن انتظار بر این است که کیفیت زندگی نیز بهتر شود. همچنین متغیر بیماری فعلی بر شاخص کیفیت زندگی اثر عکس دارد، به این معنی که وجود بیماری منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد خواهد شد.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، عوامل مؤثر بر هر یک از ۴ حیطه کیفیت زندگی -سلامت جسمی، روانی، رابطه اجتماعی و سلامت محیط؛ سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل (متاهل بودن)، بیماری فعلی، متراژ محل مسکونی، مدت اقامت در محل بودند که اثر این متغیرها روی هر یک از حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار بود. به طوری که متغیری مانند سن بر حیطه‌های سلامت روان، رابطه اجتماعی و سلامت محیط از شاخص کیفیت زندگی اثر مستقیم مثبت دارد. همچنین در حیطه‌ی رابطه‌ی اجتماعی تنها متغیر تأثیرگذار مدت زمان اقامت در محل بوده است؛ در حالی که در همین حیطه زمانی که دو سؤال اضافه شد متغیر مدت اقامت در محل تأثیرگذار نبوده و در این حالت (۵ سؤالی) سن تنها متغیر تأثیرگذار بر حیطه‌ی رابطه‌ی اجتماعی کیفیت زندگی بوده است. از سوی دیگر، متغیر بیماری فعلی اثری معکوس روی حیطه‌های سلامت فیزیکی و سلامت روانی از شاخص کیفیت زندگی داشت.

مانند جداول توزیع فراوانی، میانگین، خطای معیار و آزمون‌های تحلیلی  $t$  مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده گردید. برای شناسایی عوامل تأثیرگذار بر شاخص کلی کیفیت زندگی و هر یک از حیطه‌های چهارگانه این شاخص از مدل‌های رگرسیون خطی چندگانه به روش توأم استفاده شد و سطح معنی‌داری در این مطالعه ۵ درصد در نظر گرفته شد. در این مدل متغیرهای سن، تعداد افراد تحت تکفل، متراژ محل مسکونی، تعداد اتاق و مدت اقامت در محل به صورت کمی و متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، اشتغال، زبان تکلم، پوشش بیمه و ابتلا به بیماری فعلی به صورت اسمی وارد شدند. به سبب اینکه سطح درآمد ماهیانه با متراژ محل مسکونی خانوار و ابتلا به بیماری مزمن با بیماری فعلی هم‌پوشانی داشتند در نتیجه فقط متراژ محل مسکونی و بیماری فعلی وارد مدل شدند.

قبل از تکمیل پرسشنامه اهداف طرح به تفصیل برای تک تک افراد جمعیت مورد مطالعه توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از داوطلبان، پرسشنامه تکمیل گردید.

## یافته‌ها

میانگین  $\pm ۱۳/۸ \pm ۵/۸$  شرکت کنندگان سنی شرکت کنندگان سال بود. تقریباً ۴۰ درصد از این زنان تحصیلات متوسطه، بیش از ۵۰ درصد از نظر وضعیت تأهل در شرایط بی‌همسر بر اثر فوت، اکثراً غیر شاغل (۷۱/۱ درصد) بودند. بیش از ۶۰ درصد از شرکت کنندگان وجود بیماری‌های مزمن مانند قلبی و عروقی، اسکلتی، روانی، فشار خون، و سایر را بیان کردند (جدول شماره ۱).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در میان حیطه‌های ۴ گانه کیفیت زندگی، حیطه‌ی سلامت محیط و رابطه‌ی اجتماعی به ترتیب کم‌ترین (۹/۸۷) و بیش‌ترین (۱۲/۶۱) نمره را به خود

جدول شماره ۱- توزیع متغیرهای دموگرافیک در افراد شرکت کننده در مطالعه (تعداد=۱۵۲ نفر)

متغیر	فراوانی
وضعیت تأهل	تعداد
متاهل	۱۱
متاهل	۷/۲
مجرد	۵
مجرد	۳/۳
بی‌همسر بر اثر طلاق	۵۴
بی‌همسر بر اثر فوت	۷۷
بی‌همسر بر اثر فوت	۵۰/۷
سطح سواد	
بی‌سواد	۴۲
بی‌سواد	۲۷/۶

۲۸/۹	۴۴	ابتدایی
۴۰/۱	۶۱	متوسط
۳/۳	۵	دانشگاهی
<b>وضعیت اشتغال</b>		
۲۵/۷	۳۹	شاغل
۷۱/۱	۱۰۸	غیر شاغل
<b>وجود بیماری فعلی</b>		
۵۹/۲	۹۰	بلی
۴۰/۸	۶۲	خیر

جدول شماره ۲- میانگین نمره کیفیت زندگی و شاخص کلی کیفیت زندگی

تعداد	بیشترین - کمترین	(خطای معیار) میانگین	دامنه‌های کیفیت زندگی
۱۴۳	۶/۰ - ۱۷/۷	۱۱/۷۳ (۲/۳۴)	سلامت جسمانی
۱۴۲	۴/۰ - ۲۰/۰	۱۰/۹۹ (۳/۱۲)	سلامت روان
۱۲۶	۴/۰ - ۲۰/۰	۱۲/۴۲ (۳/۴۹)	رابطه‌ی اجتماعی (۳ سؤال)
۱۲۱	۴/۰ - ۲۰/۰	۱۲/۶۱ (۳/۲۶)	رابطه‌ی اجتماعی (۵ سؤال)
۱۴۰	۴/۰ ۱۸/۰	۹/۸۷ (۲/۴۴)	سلامت محیط
۱۲۲	۴/۶ - ۱۸/۲	۱۱/۳۴ (۲/۴۳)	کیفیت زندگی کلی

جدول شماره ۳- عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی به طور کلی

متغیر	ضریب رگرسیون	آماره آزمون (F)	p-value
سن	۰/۰۶	۲/۵۶	۰/۰۱۳
بیماری فعلی	- ۲/۱۴	- ۳/۴۴	۰/۰۰۱

جدول شماره ۴- عوامل مؤثر بر شاخص کیفیت زندگی به تفکیک هر حیطة

حیطه	متغیر	ضریب رگرسیون	آماره آزمون (F)	p-value
سلامت جسمی	سطح تحصیلات	۰/۱۱	۲/۳۸	۰/۰۱۹
	مدت اقامت در محل	۰/۰۴	۲/۵۴	۰/۰۱۳
	بیماری فعلی	- ۱/۴۸	- ۲/۸	۰/۰۰۶
سلامت روان	سن	۰/۰۸	۳/۱۱	۰/۰۰۳
	بیماری فعلی	- ۲/۸۵	- ۳/۸۶	۰/۰۰۲
رابطه اجتماعی ۳ سوالی	مدت اقامت در محل	۰/۰۶	۳/۰۱	۰/۰۰۳
رابطه اجتماعی ۵ سوالی	سن	۰/۰۸	۳/۳۱	۰/۰۰۱
سلامت محیط	سن	۰/۰۵	۲/۹۴	۰/۰۰۴
	وضعیت تأهل (متأهل)	۱/۱۹	۲/۳۷	۰/۰۱۹
	زیر بنای محل مسکونی	۰/۰۲	۲/۲	۰/۰۳

## بحث

با توجه به نقش محوری و تعیین کننده زنان در تحکیم بنیان خانواده و به تبع آن جامعه، بی تردید قبول نقش سرپرستی خانوار از سوی زنان، کیفیت زندگی و به دنبال آن کیفیت زندگی کل افراد خانواده و فرزندان آنان را تحت الشعاع قرار خواهد داد. بنابراین، لزوم انجام برنامه‌هایی به منظور مداخله‌های مؤثر برای افزایش کیفیت زندگی این گروه از زنان یکی از اولویت‌های جامعه است. در پژوهش حاضر، بیش‌تر زنان سرپرست خانوار شرکت کننده میانسال، غیرشاغل و دارای سطح تحصیلات متوسطه بودند، که با نتایج برخی از مطالعات هم‌خوانی دارد (۲۰-۱۹ و ۵-۴). سطح تحصیلات پایین، یکی از علل مهم عدم جذب در بازارهای کار است. پژوهش‌های انجام شده در زمینه وضعیت اشتغال زنان سرپرست خانوار نیز نشان می‌دهد که به سبب برخورداری از سطوح پایین‌تر سواد فرصت‌های شغلی محدودتری نسبت به خانوارهای مرد سرپرست دارند و از آنجایی که حمایت‌های دولتی موجود برای این زنان بسیار ناچیز است و بیش‌تر جنبه خدمت‌رسانی دارد تا توانمندسازی (۱۷)، بنابراین به طور تقریبی اکثر این افراد به کارهای موقتی مانند کارهای یدی یا کارگری و خانه‌داری مشغول هستند (۱۹). در این پژوهش سن بر کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن در دامنه‌ی سلامت روانی، سلامت محیط و رابطه‌ی اجتماعی اثری مثبت و معنی‌داری داشت، بدین معنی که با افزایش سن، کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در این حیطه‌ها افزایش می‌یابد، اما مقدار تأثیر با توجه به ضریب رگرسیون مشاهده شده (۰/۰۸) بسیار ناچیز می‌باشد. در واقع انتظار بر این است که به دلیل تغییرات فیزیولوژیک (۲۱) و مشکلات و مسایل متعددی که در زندگی زنان سرپرست خانوار رخ می‌دهد، کیفیت زندگی آنان در سنین بالاتر کاهش یابد (۱۹، ۲۲). چنانچه طهماسبی و منتظری نشان دادند که با افزایش سن کیفیت زندگی زنان کاهش می‌یابد (۷، ۲۳).

در این پژوهش در حیطه‌ی سلامت جسمانی، تنها متغیر مؤثر بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار، سطح تحصیلات بود. به نظر می‌رسد در حیطه‌ی جسمانی افراد با سطح تحصیلات متوسطه به بالاتر، وضعیت بهتر و مناسب‌تری نسبت به افراد با تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد دارند (۱۰). تأثیر تحصیلات بر کیفیت زندگی، به اثبات رسیده است، و حتی بسیاری از

پژوهش‌ها، این تأثیر را بیش‌تر از تأثیر سن بر کیفیت زندگی نشان داده‌اند (۲۴). افزایش سطح تحصیلات، آگاهی این گروه از زنان را نسبت به شرایطشان ارتقاء می‌بخشد، بنابراین تمایل به انجام معاینه‌ها پزشکی، کسب اطلاعات از طریق مطالعه کتب یا مجلات مرتبط باعث افزایش سلامت در حیطه جسمانی کیفیت زندگی می‌گردد. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین حیطه سلامت محیط و وضعیت تأهل (متأهل بودن) ارتباط معنی‌داری وجود دارد که با نتایج سایر مطالعات مطابقت دارد (۲۵). پژوهشگران معتقدند که وضعیت تأهل از عوامل پیش‌بینی‌کننده در همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی افراد می‌باشد و حضور همسر به عنوان حامی در کاهش تنش، سازگاری با محیط و کاهش مرگ‌ومیر و ناتوانی مؤثر است (۲۶).

در پژوهش حاضر مشاهده شد که متغیر مدت اقامت در محل بر حیطه سلامت جسمانی و رابطه اجتماعی از شاخص کیفیت زندگی اثر معنی‌داری دارد، به طوری که نمره‌ی حیطه‌های یاد شده برای ساکنان قدیمی نسبت به ساکنان جدید که کم‌تر از یک سال در محل اقامت داشتند، بالاتر بود. به نظر می‌رسد شبکه‌ی روابط اجتماعی موجود در میان ساکنان قدیمی تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی آنان داشته است.

در مطالعه‌ی حاضر بیماری فعلی با حیطه‌ی سلامت جسمانی، روانی و نمره کلی کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری و معکوسی داشت و تأثیر این متغیر در دامنه سلامت روان از سایر حیطه‌های یاد شده بیشتر بود (ضریب رگرسیون ۲/۸۵-). در مطالعه حسینی و همکاران مشخص گردید ۷۷ درصد از زنان سرپرست خانوار سازمان بهزیستی شهر تهران از سلامت روانی خوبی برخوردار نیستند و به سبب سرپرست شدن (به علت تعدد و تعارضات نقش) آرامش روانی خود را از دست می‌دهند (۴)، چنانچه روان‌شناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی دارای مشکل بوده و تنش و اضطراب بیش‌تری را تجربه می‌کنند و احتمالاً ابتلا به بیماری‌های روانی در آنان نسبت به متأهلان بیش‌تر است (۲۷). طبیعی است که وجود بیماری‌های مزمن و فعلی می‌تواند مشکل را دو چندان کرده و تأثیر نامطلوبی بر کیفیت زندگی به‌ویژه در حیطه‌ی سلامت روان این قشر آسیب‌پذیر بگذارد. هم‌چنین به نظر می‌رسد عواملی غیر از عوامل روزمره زندگی مردم وجود دارد که روی کیفیت زندگی این زنان تأثیر دارد که بیش‌تر مربوط به سرپرست خانوار بودن آن‌هاست، زیرا زنان سرپرست خانوار به سبب داشتن چند نقش

کلی کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری و معکوسی داشت و تأثیر این متغیر در دامنه سلامت روان از سایر حیطه‌های یاد شده بیشتر بود. بنابراین لزوم ارتقاء خدماتی از قبیل حمایت‌های جسمی بخصوص روانی با الگو گرفتن از تجارب بین‌المللی برای تقویت سیاست‌ها و برنامه‌ها در گروه زنان سرپرست خانوار در کشور نیاز جدی وجود دارد تا با مداخله‌های مؤثر و به تبع آن ارتقا کیفیت زندگی در این قشر آسیب‌پذیر جامعه منجر شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل (بخشی از) طرح تحقیقاتی مصوب مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد شماره ۱۵۵۲۹ می‌باشد.

مختلف به طور هم‌زمان و عدم منابع حمایتی کافی در سطح خانواده و اجتماع، با مشکلات عدیده‌تری روبرو هستند (۱۷،۱۹). از نقاط قوت مطالعه افزایش دانش در حوزه اپیدمیولوژی اجتماعی و به ویژه زنان سرپرست خانوار می‌باشد، اما نوع مطالعه به صورت مقطعی سبب می‌شود که ارتباط علت و معلولی مورد تردید واقع شود و نیز برای یافتن سایر عوامل مؤثر در زندگی این گروه از زنان مطالعات کیفی عمیقی لازم می‌باشد. همچنین از محدودیت‌های این مطالعه ناکافی بودن حجم نمونه به علت عدم دسترسی به کل جمعیت زنان سرپرست خانوار به طور هم‌زمان در شهر تهران می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که متغیر سن و نیز متغیر بیماری‌های فعلی با حیطه‌ی سلامت جسمانی، روانی و نمره

### منابع

1. The WHOQOL Group (1996) WHOQOL BREF -introduction, administration, scoring and generic version of assessment. WHO The world health organization. Geneva. p. 1
2. Chant, S. Women Headed Households: Poorest of the Poor: Perspectives from Mexico, Costa Rica and the Philippines. *IDS Bulletin*. 1997; 28: 26-48.
3. Nazoktabar H, Visi R. Social, economic and cultural needs of the Female-headed households Mazandaran province. *Journal of Social Welfare*. 2008; 7: 23-7.
4. Hosseini SA, Fruzan S, Amirfariar M. Survey mental health of female heads of households covered by the Welfare Organization in Tehran. *Journal of Social Research*. 2009; 2: 117-37.
5. 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: 761-72.
6. Hossain N, Huda S, BRAC-ICDDR B. Problems of the Women Headed Households. 1995: BRAC-ICDDR, B Joint Research Project.
7. Horrell S, Krishnan P. Poverty and productivity in female-headed households in Zimbabwe. *The Journal of Development Studies*. 2007; 43: 1351-1380.
8. Kazi S, Raza B. Households headed by women: Income, employment and household organization. *Pakistan development review*. 1988; 27: p. 781- 90.
9. Nazoktabar H, NamdarAliabadi A. Analysis of the female-headed households' situation. A case study of female-headed households in Iran. 2011 International Conference on Social Science and Humanity. *IPEDR vol.5 (2011) © (2011) IACSIT Press, Singapore*. V1- 427.
10. Boldaji LT, Fruzan A, Rafiee H. Quality of Life of Head-of-Household Women: A comparison between those supported by Welfare Organization and those with Service Jobs. *Journal Social Welfare Research*, 2008. 11: 9-26.
11. Cairney J, Wade TJ. Single parent mothers and mental health care service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002; 37: 236-42.
12. Shaditalab J, Graii AR. Poverty in female-headed households. *Journal of Women's Studies*. 2004; 2: 49-70.
13. Statistical Center of Iran (2012). *Iran Statistic Yearbook, 2012*. Tehran: Statistical Center of Iran . [http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/sarshomari90\\_nahaii.pdf](http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/sarshomari90_nahaii.pdf).
14. Arias E, Palloni A. 1996: Prevalence and patterns of female-headed households in Latin America. CDE-Working paper 96-14, Madison WI: University of Wisconsin, Center for Demography and Ecology.
15. Schatz E, Gómez-Olivé X, Ralston M, Menken J, Tollman S. The impact of pensions on health and wellbeing in rural South Africa: Does gender matter? . *Social Science & Medicine*, 2012. 75 : 1864–1873.
16. Landero Hernández R, Estrada Aranda B, and González Ramírez M. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *Spanish Journal of Psychology*. 2009. 12: 171-183.
17. Tahmasebi A. Quality of life of female heads of households covered by the Welfare South of Tehran and its relationship with personal and family characteristics. MS Dissertation, Tehran, University of Welfare Sciences, 2006: 22-35.
18. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh R. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF):(translation and psychometric assessment of Iranian species. *Journal of School Health and Health Research Institute*. 2006; 4: 1-12.
19. Klasen, S, Lechtenfeld T, Povel F. What about the women? Female headship, poverty and vulnerability in Thailand and Vietnam. 2010: Verein für Socialpolitik, Research Committee Development Economics in its series Proceedings of the German Development Economics Conference, Hannover 2010 with number 43.
20. Buvinić M, Gupta GR. Female-headed households and female-maintained families: Are they worth targeting to

- reduce poverty in developing countries? *Economic Development and Cultural Change*. 1997; 45: 259-80.
21. Brach JS. The association between physical function and lifestyle activity and exercise in the health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004; 52: 502-9.
  22. Rodgers JR. Female-Headed Families: Why are they so poor? *Review of Social Economy*. 1994; 52: 22-47.
  23. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005; 14: 875-82.
  24. Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, and Marmot M. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 1997; 87: 1484-90.
  25. Al-Arabi S. Social support, coping methods and quality of life in hemodialysis patients. PhD Dissertation, Galveston, University of Texas, 2003: 50-55.
  26. Weety L. Measurement of quality of life for end stage renal patients. PhD Dissertation, Hong Kong, Polytechnic University. 2001: 43-6.
  27. Simmons S. Quality of life in community mental health care—A review. *International Journal of Nursing Studies*. 1994; 31: 183-93.

Original Article

# The Survey of Quality of Life and its Related Factors in Female-headed Households Supported by Tehran Municipality, District 9

Rimaz SH<sup>1</sup>, Dastoorpoor M<sup>2</sup>, Vesali S<sup>3</sup>, Saiepour N<sup>4</sup>, Beigi Z<sup>5</sup>, Nedjat S<sup>6</sup>

1- Associate Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD student in Epidemiology, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- MSc of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- MSc of Biostatistics, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- MSc of General Psychology, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran

6- Associate Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Knowledge Utilization Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding author:** dastoorpour M, mdastoorpour@yahoo.com

**Background & Objectives:** Households governed by women have become an important phenomenon worldwide in the second half of the twentieth century. The study of female-headed households shows that this vulnerable social group faces many financial, physical, mental, and emotional problems and experiences stress and anxiety more than men-headed households. This study aimed to determine the quality of life in these households supported by District 9 of Tehran Municipality.

**Methods:** This cross-sectional study was performed on female-headed households supported by District 9 of Tehran municipality during 14 months. Data collection tools included a demographic questionnaire, the Iranian version of World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF-BREF). The data was analyzed using SPSS software version 16 and descriptive-analytic tests such as mean, standard deviation, and a multiple regression analysis. The significance level in this study was considered  $\alpha < 5\%$ .

**Results:** The mean age of the participants was  $50.8 \pm 13.8$  years, and the majority of the female-headed households were unemployed (71.1 %). The findings in the four domains of quality of life showed that the domains of environment health and social relation received the lowest (9.87) and the highest (12.61) score, respectively. Using multiple regression models, it was shown that the only variables that affected the overall quality of life were age ( $P < 0.013$ ) and current disease ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Findings demonstrated that the authorities should consider planning for effective interventions to improve the quality of life in this vulnerable group of society.

**Keywords:** Female-headed Families, Quality of life, Tehran