Journal of Psychological Injuries Volume 1, Issue 1, Spring 2022, Pages: 29-34

Original Article

10.32592/jpsimedilam.2022.1.1.103

Investigating the Relationship between Quality of Life and Mental Health in Female-headed Households

Ali Amirinezhad[1], Yousef Veisani[2], Leila Kazeminia[1*]

[1] *MA in Psychology, Psychosocial Injuries Research Center, University of medical Sciences Ilam, Iran*
[2] *Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam Province, Ilam, Iran*

**** Corresponding Author:** Leila Kazeminia, Psychosocial Injuries Research Center, University of Medical Sciences Ilam, Iran. Email: ll.kazemi1397@gmail.com*

Received: 09.01.2021
Accepted: 28.08.2021

How to Cite this Article:
Amirinezhad A, Veisani Y, Kazeminia L. Investigating the Relationship between Quality of Life and Mental Health in Female-headed Households. *Journal of Psychological Injurie.* 2022; 1(1): 29-34. DOI: 10.32592/jpsimedilam.2022.1.1.103

Abstract

Background and Objective: As female-headed households are among the high risk groups in the society, they would experience more stress and anxiety, and also risk of mental disorders. Hence the present study aims to determine the association of mental Health and quality of life in Female-headed households supported by Welfare Organization of Ilam Province.

Materials and Methods: This study is Analytical cross-sectional, and the study population included all women heads of households under the auspices of the Welfare Organization of Ilam Province. Systematic random sampling was used as the sampling method. Valid questionnaires including (GHQ - 28) questionnaire to assess mental health status and (SF - 36) questionnaire were used to assess participants' quality of life. The results were analyzed using SPSS statistical software version 21 using t-test. Significance level was $\alpha<0/05$

Results: From 750 female-headed households contributing to the project, 708 completed the questionnaires (response rate 94%). Mean ± SD age of participants was 53.3± 19.18. According to the results, a total average life quality score was 46.08 and 79 % of female-headed households had a problem in terms of general health. A woman with better general health in this study had a better quality of life according to results (p= <0.001).

Conclusion: The results of this study emphasized the low quality of life of women heads of households and the association with various aspects of general and mental health. Women with lower quality of life showed more physical and mental problems.

Keywords: Female-headed Households, General Health, Ilam, Mental Health, Quality of Life

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

Copyright © 2022 Journal of Psychological Injurie. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

مقاله پژوهشی

doi: 10.32592/jpsimedilam.2022.1.1.103

رابطهٔ کیفیت زندگی با سلامت روان در زنان سرپرست خانوار

علی امیری‌نژاد[۱]، یوسف ویسانی[۲]، لیلا کاظمی‌نیا[۱*]

[۱] گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی– اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

[۲] مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی– اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

* نویسنده مسئول: لیلا کاظمی نیا، گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی– اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. ایمیل: ll.kazemi1397@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۰۳

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: زنان سرپرست خانواده از گروه‌های در معرض خطر جامعه هستند؛ بنابراین، احتمال ابتلا به اختلالات روانی در این گروه بیشتر از سایر افراد جامعه است؛ ازاین‌رو، مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت عمومی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعهٔ حاضر از نوع مقطعی- تحلیلی و جامعهٔ پژوهش شامل همهٔ زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام بود. نمونه‌گیری به روش به‌صورت تصادفی سامانمند با استفاده از سهمیهٔ مدنظر انجام گرفت. از پرسش‌نامه‌های معتبر شامل پرسش‌نامهٔ GHQ-28 به‌منظور بررسی وضعیت سلامت روان و پرسش‌نامهٔ SF-36 برای بررسی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل نتایج به کمک نرم‌افزار آماری SPSS vol.21 و با استفاده از آزمون آماری تی تست صورت گرفت. سطح معناداری در این مطالعه $\alpha<0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نمونه‌ها شامل ۷۵۰ نفر بودند که درنهایت، ۷۰۸ نفر با میزان پاسخ‌دهی ۹۴/۴ درصد پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت‌کننده ۱۹/۸۸±۵۳/۳ و نمرهٔ کلی کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار ۴۸/۰۸ بود و درمجموع، ۷۹ درصد از زنان سرپرست خانوار از نظر سلامت عمومی مشکوک بودند و سلامت عمومی کاملی نداشتند. بر اساس نتایج، میان کیفیت زندگی در هر دو شاخص خلاصه‌شدهٔ سلامت روانی و سلامت جسمی، با سلامت عمومی ارتباط معناداری وجود دارد و افراد از نظر سلامت عمومی سالم، کیفیت زندگی بهتری در هر دو بعد جسمی و روانی داشته‌اند ($P<0.001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه تأکیدی بر کیفیت زندگی پایین زندگی زنان سرپرست خانوار و ارتباط آن با ابعاد گوناگون سلامت عمومی و روانی در این زنان است، به‌گونه‌ای که زنانی که کیفیت زندگی پایینی داشتند، مشکلات جسمی و روانی بیشتری را نشان دادند.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، زنان سرپرست خانوار، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، ایلام

مقدمه

از نظر اسلام و قانون اساسی، سرپرستی خانواده بر عهدهٔ مرد است که درواقع، رئیس و نان‌آور خانواده است. اگر به هر دلیلی، مرد در ایفای نقش خود ناتوان باشد، در بسیاری موارد، زن جایگزین نقش وی می‌شود و علاوه بر نقش مادری، قدرت ادارهٔ زندگی به‌ویژه از نظر اقتصادی بر دوش وی قرار می‌گیرد و به‌عنوان سرپرست خانوار باید وظایف متعددی را بپذیرد که برای این‌گونه خانواده‌ها، پیامدهای خاص خود را در پی خواهد داشت (۱).

بررسی تحول‌های خانواده در مناطق گوناگون جهان بیانگر افزایش میزان خانوارهای زن سرپرست خانوار نسبت به‌کل جمعیت در ۳۰ سال گذشته است. ازجمله علل عمدهٔ این افزایش می‌توان به طلاق، بالا رفتن امید به زندگی زنان نسبت به مردان و درنتیجه بیوگی آنان، عوامل جمعیتی و اجتماعی، مهاجرت ناشی از بحران‌های اقتصادی – زیست‌محیطی و سیاسی و تغییر الگوهای فرهنگی اشاره کرد که می‌توان افزایش احتمال بروز فقر، آسیب‌های اجتماعی، شیوع بالای افسردگی میان زنان سرپرست

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

خانوار به علت انزواگزینی و کاهش روابط اجتماعی را از عواقب افزایش جمعیت این گروه از زنان برشمرد (۲). زنان سرپرست خانوار نسبت به مردان، به علت داشتن چند نقش مختلف به‌طور همزمان مانند ادارهٔ امور خانه، تربیت و مراقبت از فرزندان به‌تنهایی و کار خارج از خانه با دستمزد کمتر، با استرس، مسائل و مشکلات روانی بیشتری مواجه هستند؛ درنتیجه، در مقایسه با دیگر زنان، سطح زندگی روحی و روانی پایین‌تری دارند (۳). شاخص‌های آماری نشان می‌دهد که تعداد زنان سرپرست خانوار در کشور ما نیز رو به افزایش است. در طول سه دههٔ اخیر و در سال‌های ۱۳۶۵،۱۳۷۵ و ۱۳۸۵، خانوارهای زن‌سرپرست به ترتیب ۴/۷، ۷/۷ و ۹/۴ درصد از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند و این نسبت در سال ۹۰ به ۱۲ درصد رسیده است. با وجود این، زنان سرپرست خانوار به‌سختی شغل پیدا می‌کنند، اغلب از مزایای بیمه بی‌بهره‌اند و به سبب سال‌ها تحمل سختی، به انواع بیماری‌های جسمی و روحی مبتلا می‌شوند (۴). گزارش مرکز آمار ایران در سال ۹۰ نشان می‌دهد بیشتر زنان سرپرست خانوار میان‌سال هستند، این در حالی است که این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصهٔ اقتصادی و بازار اشتغال می‌شوند و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌کنند و به علت دسترسی نداشتن به مشاغل با منزلت، مجبور به اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه‌وقت، غیررسمی و کم‌درآمد می‌گردند؛ همچنین مطابق همین آمار،۶۲ درصد زنان سرپرست خانوار سالم هستند و ۳۰ درصد از زنان سرپرست خانوار دچار ازکارافتادگی شده‌اند. از سوی دیگر، در کل ۴۶ درصد از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش نهادهای حمایتی قرار دارند (۵).

روان‌شناسان معتقدند که زنان سرپرست خانوار هم از حیث مادی و هم از حیث روانی و عاطفی، با مشکل روبرو هستند و استرس و اضطراب بیشتری ر ا تجربه می‌کنند. بر اساس نتایج تحقیقات روان‌شناسی، احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در زنانی که طلاق گرفته‌اند و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده دارند، از متأهلین و کسانی که تنها زندگی می‌کنند، بیشتر است. (۵). در یک مطالعه در تهران، ۲۲ درصد از زنان سرپرست خانوار از سلامت کامل عمومی برخوردار بودند (۶). در مطالعهٔ دیگری، تنها ۲۰ درصد از زنان سرپرست خانوار کیفیت زندگی مطلوب داشته‌اند (۷)؛ بنابراین، با توجه به پژوهش‌های محدود انجام‌گرفته در این زمینه، مطالعهٔ حاضر با هدف بررسی سلامت عمومی و کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار و همچنین تعیین ارتباط میان این دو مقولهٔ مهم سلامتی طراحی شد.

مواد و روش‌ها

مطالعهٔ حاضر از نوع مقطعی- تحلیلی و جامعهٔ پژوهش شامل همهٔ زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام است. حجم نمونه ۷۵۰ نفر بود که از فرمول حجم نمونه برای برآورد میانگین در جوامع نامحدود و با در نظر گرفتن میزان شیوع ۲۵ درصد، میزان دقت ۰/۱۵ و سطح اطمینان ۹۵ درصد به‌دست‌آمده است. شیوهٔ نمونه‌گیری، سهمیه‌ای و با انتخاب تصادفی سامانمند بود، به این صورت که در ابتدا به هرکدام از شهرستان‌های استان سهمیهٔ ۲۵ درصدی اختصاص داده شد و سپس به‌صورت تصادفی سامانمند، شرکت‌کنندگان انتخاب گردیدند. از پرسش‌نامهٔ GHQ-28 به‌منظور بررسی وضعیت سلامت روان و از پرسش‌نامهٔ SF-36 برای بررسی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان استفاده شد. آزمون GHQ-28 از شناخته‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی برای ارزیابی وضعیت سلامت روانی است و چهار حیطه دارد که هر حیطه شامل ۷ سؤال و کل پرسش‌نامه شامل ۲۸ سؤال است. نقطهٔ برش ۲۳ به‌منظور شناخت افراد سالم و مشکوک از نظر سلامت عمومی استفاده شد؛ همچنین برای هرکدام از مقیاس‌های نقش جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، نقطهٔ برش ۷ در نظر گرفته شد. این پرسش‌نامه نسخهٔ فارسی تأییدشده از لحاظ روایی و پایایی دارد (۸). پرسش‌نامهٔ SF-36 یک وسیلهٔ اندازه‌گیری سلامت است که می‌تواند به‌خوبی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری کند. این پرسش‌نامه شامل ۳۶ سؤال و هشت مقیاس است که هریک از ترکیب ۲ تا ۱۰ سؤال به‌دست می‌آید و سلامت را در هشت حیطهٔ عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان می‌سنجد. روایی و پایی آن در ایران بررسی و تأییدشده است (۹).

معیارهای ورود به مطالعه، سرپرست خانوار بودن در زمان تکمیل پرسش‌نامه و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه نیز، همکاری نکردن در تکمیل پرسش‌نامه و حضور نداشتن در پی دو بار مراجعهٔ پی‌درپی بوده است. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت حضوری، پس از کسب رضایت آگاهانه و با کمک کارشناسان آموزش‌دیده، به مدت ۶ ماه تکمیل شدند. از اطلاعات پس از جمع‌آوری و کدگذاری با نرم‌افزار SPSS vol.21 و به‌وسیلهٔ آزمون کروسکال والیس به‌منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها و همچنین آزمون تی مستقل به‌منظور بررسی میزان تفاوت و سنجش معناداری در میان گروه‌ها استفاده گردید. در همهٔ آزمون‌ها، سطح معناداری $\alpha<0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

نمونه‌ها شامل ۷۵۰ نفر بود که درنهایت، ۷۰۸ نفر با میزان پاسخ‌دهی ۹۴/۴ درصد پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت‌کننده ۱۹/۸۸±۵۳/۳، میانگین و انحراف معیار مدت‌زمان تحت پوشش بودن ۸/۱۰±۱۰/۲۲ سال و میانگین و انحراف معیار تعداد افراد تحت سرپرستی ۱/۴۱±۲/۱۳ نفر بود. از میان شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۴۳/۶

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۱: ارتباط ابعاد گوناگون کیفیت زندگی با سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار

ابعاد گوناگون کیفیت زندگی	سلامت عمومی		P-value
	سالم	مشکوک	
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
عملکرد جسمی	۶۹/۲۹±۲/۵۸	۴۲/۶۸±۱/۳۴	<۰/۰۰۱
جنبهٔ جسمانی کیفیت زندگی	۶۷/۸۴±۲/۹۲	۳۷/۳۵±۱/۴۴	<۰/۰۰۱
جنبهٔ روانی کیفیت زندگی	۷۲/۷۶±۳/۰۴	۳۹/۱۳±۱/۴۸	<۰/۰۰۱
انرژی، خستگی	۶۰/۹۴±۱/۳۲	۴۶/۰۹±۰/۷۶	<۰/۰۰۱
سرزندگی	۶۶/۵۵±۱/۳۶	۴۸/۴۷±۰/۶۶	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۷۳/۱۶±۱/۵۹	۵۱/۲۰±۰/۹۴	<۰/۰۰۱
درد جسمی	۷۳/۰۱±۱/۸۲	۴۰/۱۰±۱/۰۴	<۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۵۶/۱۶±۱/۶۴	۳۶/۹۱±۰/۷۶	<۰/۰۰۱
نمرهٔ کلی کیفیت زندگی	۶۴/۷۸±۱/۵۴	۴۱/۳۵±۰/۷۲	<۰/۰۰۱

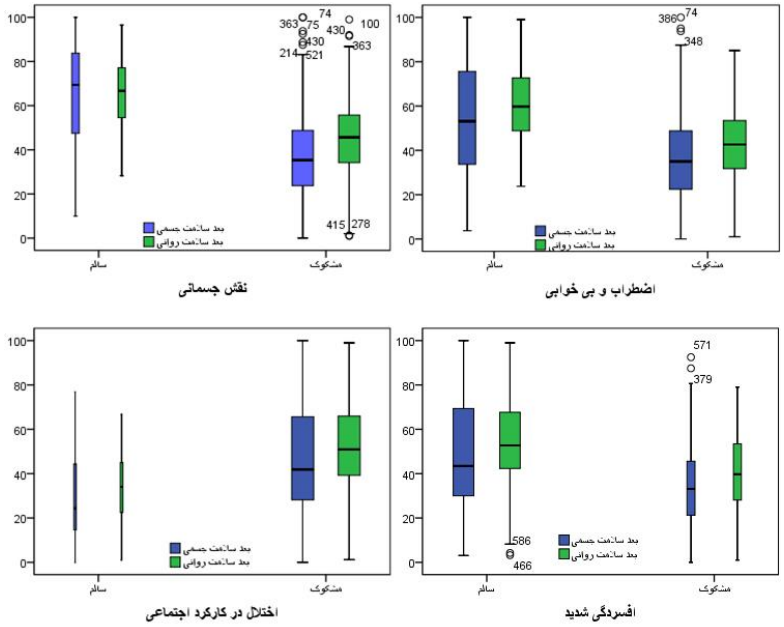
درصد ساکن روستا و از نظر شغلی، ۸۳ درصد از آنان برای امرار معاش به نحوی دچار مشکل و فاقد هرگونه شغل ثابتی بودند.

با توجه به نتایج مطالعه، برای کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار نمرهٔ کلی ۴۸/۰۸ به‌دست آمد و درمجموع، ۷۹ درصد از زنان سرپرست خانوار از نظر سلامت عمومی مشکوک بودند و سلامت عمومی کاملی نداشتند. در مطالعهٔ حاضر، ارتباط کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار در همهٔ ۸ بعد یادشده با وضعیت سلامت عمومی بررسی شد. بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمرهٔ کیفیت زندگی در همهٔ ابعاد، در افراد سالم بیشتر از افراد مشکوک (از نظر سلامت عمومی) یا کسانی بود که سلامت عمومی کاملی نداشتند ($P<0.001$). بیشترین نمرهٔ کیفیت زندگی در افراد سالم مربوط به بعد عملکرد اجتماعی به میزان ۷۳/۱۶ و کمترین میزان مربوط به بعد سلامت عمومی به میزان ۵۶/۱۶ بوده است. در زنان مشکوک از نظر سلامت عمومی، بیشترین و کمترین نمره نیز به عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی به میزان به ترتیب ۵۱/۲۰ و ۳۶/۹۱ اختصاص داشت (جدول شمارهٔ ۱).

همچنین در این مطالعه، از شاخص‌های خلاصه‌شدهٔ کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی و سلامت روانی استفاده شد. بر اساس تعاریف، شاخص خلاصه‌شدهٔ سلامت جسمی شامل ابعاد عملکرد جسمی، جنبهٔ جسمانی کیفیت زندگی، درد جسمی و سلامت و شاخص خلاصه‌شدهٔ سلامت روانی شامل جنبهٔ روانی کیفیت زندگی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و خستگی و انرژی است.

ارتباط این دو بعد با چهار بعد سلامت عمومی شامل نقش جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی در نمودار شمارهٔ ۱ نشان داده‌شده است.

اندازهٔ نمودارها نشان‌دهندهٔ فراوانی افراد سالم و مشکوک از



نمودار ۱: میانگین نمرات کیفیت زندگی در دو بعد جسمی و روانی در هریک از ابعاد سلامت روانی در افراد سالم و مشکوک از لحاظ سلامت عمومی

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۲: ارتباط ابعاد کلی سلامت روانی و سلامت جسمی کیفیت زندگی با سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار

کیفیت زندگی	سلامت عمومی		P-value
	سالم	مشکوک	
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
سلامت روانی	۶۸/۳۵±۱/۴۰	۴۶/۲۲±۰/۶۹	<۰/۰۰۱
سلامت جسمی	۶۶/۵۷±۱/۷۶	۳۹/۲۶±۰/۸۷	<۰/۰۰۱

نظر سلامت عمومی است که بر اساس این، بیشتر زنان سرپرست خانوار به‌نوعی دچار اختلال در کارکرد اجتماعی خود هستند. در مقابل، میزان افسردگی در مقایسه با سایر ابعاد سلامت عمومی پایین‌تر است. بر اساس یافته‌ها، غیر از بعد اختلال در کارکرد اجتماعی، در سایر ابعاد سلامت عمومی نمرهٔ کیفیت زندگی به‌طور معناداری در افراد سالم بیش از افراد مشکوک از نظر سلامت عمومی بوده است (P<0.001)؛ همچنین در جدول شمارهٔ ۲، ارتباط شاخص‌های خلاصه‌شده با سلامت عمومی کلی در زنان سرپرست خانوار آورده شده است که بر اساس نتایج، میان کیفیت زندگی در هر دو شاخص خلاصه‌شدهٔ سلامت روانی و سلامت جسمی با سلامت عمومی ارتباط معنادار داشته است و افراد سالم از نظر سلامت عمومی، کیفیت زندگی بهتری در هر دو بعد جسمی و روانی داشته‌اند (P<0.001) (جدول شمارهٔ ۲).

بحث

در این مطالعه، شاخص کیفیت زندگی در هشت بعد و شاخص سلامت عمومی در چهار بعد، در زنان سرپرست خانوار به‌صورت جداگانه با استفاده از دو پرسش‌نامهٔ معتبر تعیین و ارزیابی شد. کمترین نمرهٔ کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار مربوط به بعد سلامت عمومی (۴۰/۸) و بیشترین مربوط به بعد عملکرد اجتماعی (۵۵/۶) و میانگین کلی در همهٔ ابعاد کیفیت زندگی ۴۸/۰۸ بود. در مطالعهٔ مشابه که بر روی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی جنوب شهر تهران در سال ۱۳۹۱ صورت گرفت، کیفیت زندگی ۲۳/۱ درصد شرکت‌کنندگان پایین، ۵۷/۵ درصد متوسط و ۱۹/۴ درصد خوب ارزیابی شده بود (۱۰). در یک مطالعهٔ مقایسه‌ای که به‌منظور مقایسهٔ کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار با زنان شاغل خدماتی انجام گرفت، میزان کیفیت زندگی در این دو گروه به ترتیب ۴۳/۲۸ و ۴۰/۵ بود (۷). یافته‌ها نشان داد که درمجموع، ۷۹ درصد از زنان سرپرست خانوار از نظر سلامت عمومی مشکوک‌اند و یا سلامت عمومی کاملی ندارند. نتایج مطالعهٔ مشابه که به‌منظور بررسی وضعیت سلامت عمومی زنان سرپرست خانوار ساکن شهر تهران انجام‌شده بود، نشان می‌دهد که ۷۷ درصد از زنان سرپرست خانوار سلامت عمومی کاملی نداشتند (۶). در مطالعه‌ای در میان زنان بالای ۱۵ سال در جمعیت عادی که با پرسش‌نامهٔ مشابه صورت گرفته بود، این میزان ۳۵/۹۲ درصد گزارش‌شده است (۱۱). در مطالعهٔ حاضر، ارتباط بسیار نیرومندی از لحاظ آماری میان سلامت عمومی کامل و بالا بودن کیفیت زندگی مشاهده شد (P<0.001) که نشان‌دهندهٔ تأثیر مؤلفه‌های سلامت عمومی بر روی کیفیت زندگی است؛ همچنین افراد سالم از نظر سلامت عمومی، بیشترین نمرهٔ کیفیت زندگی را در بعد عملکرد اجتماعی داشتند و در زنان مشکل‌دار از نظر سلامت عمومی نیز، کمترین نمرهٔ کیفیت زندگی مربوط به عملکرد اجتماعی بود. با توجه به این نظر که بهترین راه کمک به زنان سرپرست خانوار کمک به توسعهٔ اجتماعی این قشر است؛ بنابراین، افزایش سلامت عمومی در ابعاد مختلف می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد.

شاخص‌های خلاصه‌شدهٔ کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی و سلامت روانی با ابعاد سلامت عمومی ارتباط معناداری دارند، به‌طوری‌که زنان دارای سلامت کامل در این مطالعه، بر اساس نتایج هم از نظر سلامت جسمی کیفیت زندگی و هم از لحاظ سلامت روانی، در وضعیت بهتری قرار داشتند. بر اساس نتایج یک مطالعه در سال ۲۰۰۶، افزایش کیفیت زندگی سبب کاهش علائم در بیماری‌های روانی شده است و مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی تأثیرگذار در این زمینه، کارآمدی اجتماعی و استقلال مالی بوده است (۱۲).

بر اساس نتایج در پژوهش حاضر، زنانی که از نظر سلامت عمومی در وضعیت بهتری قرار داشتند، کیفیت زندگی بهتری در هر دو بعد جسمی و روانی دارند. در یک مطالعهٔ مروری در سال ۲۰۱۲، کیفیت زندگی بالا با رفاه اجتماعی، کارآمدی، احساس تعلق و مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش ارتباط معنی‌دار داشته است. در مقابل، کیفیت زندگی پایین با درک منفی از خود، برچسب اجتماعی و کاهش فعالیت‌های روزانه مرتبط بوده است (۱۳). مطالعه‌ای در ایران نشان داد که رابطهٔ مستقیمی میان حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار وجود دارد (۵).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی پایین در زنان سرپرست خانوار ارتباط مستقیمی با سلامت جسمی و روانی آنان دارد، به‌طوری‌که زنان با کیفیت زندگی پایین‌تر، سطح سلامت جسمی و روانی کمتری داشتند.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

تشکر و قدردانی

ازسازمان بهزیستی استان ایلام بخاطر همکاری و مساعدت در انجام هر چه بهتر این پژوهش کمال تشکر و قدر دانی را داریم.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافعی در بین نویسندگان وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات آسیب های روانی - اجتماعی (معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام) با کد ۹۳۷۰۰۲/۳ به تصویب رسیده است .

سهم نویسندگان

علی امیری نژاد نسخه اولیه مقاله را تهیه و در مراحل سابمیت، اصلاحات داوران و تایید نهایی مشارکت داشته است. لیلا کاظمی نیا در جمع آوری و وارد کردن داده ها در نرم افزار آماری و ویرایش مقاله مشارکت داشته است. یوسف ویسانی درتفسیر نتایج و تحلیل داده ها ، ترجمه و ویرایش نهایی نقش داشته است.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات آسیب های روانی اجتماعی (معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام) انجام شده است.

REFERENCES

1. Foruzan S, Biglerian A. Head-of-Household Women: opportunities and challenges. Women in Development & Politics. 2001;1(5):35-58.
2. Gholipoor A, Rahimian A. Economic, Cultural, and Educational Factors Related to Empowerment of Head-of-Household Women .Social welfare quarterly. 2011; 11(40):29-62.
3. Kimiaee A. Methods Used for Empowering Head-of-Household Women. Social welfare quarterly. 2011; 11(40):63-92.
4. Rezaei M, Mohammadinia N, Samiezadeh Toosi T. Problems of Female-headed households in Sistan Baluchistan province, Iran. J Research Health. 2013;3(3):452-7.
5. Statistical Center of Iran,General Census of Population and Housing (1395).
6. Hamidi F. Relationship between Social support and mental health among Female- headed households employed a military university. Journal of Military Psychology. 2010;1(2):51-60.
7. Hossini A ,Frozan S, Amir-fariar M. Mental health survey of households covered by social welfare organizations Tehran. Journal of Social Research. 2009;2(3):117-37.
8. Bldaji A, Frozan A, Rafiee H. Quality of life for the welfare of women headed households and women working service. Quarterly Journal of Social Welfare. 2010;11(40):9-28.
9. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. Journal of Research in Behavioural Sciences 2007;5(1):5-11.
10. Montazeri A, Gashtasebi A, Vahdaninia M. Translation and reliability and validity of the Persian version of the SF-36. Payesh. 2005;5:49-56.
11. Hajbabaii H, Hajyousefi A, Tahmasebi A. Relationship between quality of life of female-headed families with their personal and family characteristics. Quarterly Journal of Social Work. 2012;23:39-45.
12. Khairabadi GR, Yousefi F. Study of mental health in people over 15 years old in Kordestan province. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2002;6(24):34-8.
13. Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2006;429:46-50.
14. Connell J, Brazier J, O'Cathain A ,Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. Health Qual Life Outcomes. 2012;22(10):138.

[Downloaded from jpsi.medilam.ac.ir on 2026-11-12]