

Social Vulnerability of Female-head of Households Compared to Married Women in Health Care

Afsaneh Tavassoli *

Zahra Abdifar

Mohammad TaghiSheykhi

Associate Professor of Women and Family
Studies, Alzahra University, Tehran, Iran.

MA of Social Sciences, Alzahra University,
Tehran, Iran.

Professor of Social Sciences, Alzahra
University, Tehran, Iran.

Abstract

Female-head of households, as one of the most vulnerable sections of society, need to be informed about various issues specially in the field of health. One of the most important areas in which these women show a clear difference from married women is the area of health and hygiene. Many gynecological diseases can be diagnosed with early care and can be treated more. These diseases include gynecological cancers that require personal referral and follow-up. Therefore, they depend on various socio-economic factors. The aim of the present study is to investigate the social vulnerability of female heads of households in comparison to married women in providing health care. The present study is a comparative study and was conducted on 200 women including heads of households who have active files in 2 social work clinics in Qom and also married women in 2 districts of Qom city. A questionnaire was used to collect data and SPSS software was used to compare the two groups. 41% and 21% of female-headed households and 57% and 36% of married women have Mammograms and Pap-smear once a year. The average score in Mammography among married women is 102.15 and in female-headed households is 84.18. The mean score on Pap-smear test was 98.11 in married women and 79.56 in female-headed households. This difference the mean at the confidence level of 0.95 and the standard error percentage ($p \leq 0.05$) is significant. The results show that married women are more likely to have Pap-smears and Mammograms than female-headed households. Due to the special living conditions of women heads of households, there is a need for more practical education, awareness and support for this group.

Keywords: Vulnerability of women, Female-head of Households, Women's Health, Women's Cancer, Pap smear, Mammography

* Corresponding Author: afsaneh_tavassoli@alzahra.ac.ir

How to Cite: Tavassoli, A; Abdifar, Z; Sheykhi, M. T. (2022). Social vulnerability of women heads of households compared to married women in health care, *Journal of Social Work Research*, 9 (31), 87-117.



بررسی آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان متأهل در انجام مراقبت‌های بهداشتی

افسانه توسلی*
زهرا عبدی فر
محمدتقی شیخی

دانشیار مطالعات زنان و خانواده دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
کارشناسی ارشد علوم اجتماعی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
استاد علوم اجتماعی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

چکیده

زنان سرپرست خانوار به‌عنوان یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه در مسائل مختلف نیاز به آگاهی بخشی دارند. یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی که این زنان تفاوت بارزی را با زنان متأهل نشان می‌دهند، حوزه سلامت و بهداشت است. بسیاری از بیماری‌های زنان با مراقبت‌های زود هنگام قابل تشخیص بوده و امکان درمان بیشتری دارند. از جمله این بیماری‌های می‌توان به سرطان‌های زنان اشاره کرد که نیاز به مراجعه و پیگیری شخصی دارند و به عوامل مختلف اجتماعی-اقتصادی وابسته هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان متأهل در انجام مراقبت‌های بهداشتی است. این تحقیق از نوع مقایسه‌ای بوده و با بررسی ۲۰۰ زن که شامل زنان سرپرست خانواری که در کلینیک‌های مددکاری اجتماعی آتیه و حضرت ابوالفضل (ع) قم دارای پرونده فعال هستند و زنان متأهل منطقه ۲ و ۴ شهر قم انجام شده است. زنان سرپرست خانوار این کلینیک‌ها با روش تمام شماری و زنان متأهل با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته طراحی و جهت توصیف و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. ۴۱٪ زنان سرپرست خانوار و ۵۷٪ از زنان متأهل سالی یک‌بار ماموگرافی انجام می‌دهند. ۲۱٪ از زنان سرپرست خانوار و ۳۶٪ از زنان متأهل سالی یک‌بار تست پاپ‌اسمیر انجام می‌دهند. طبق نتایج آزمون یومن‌ویتنی میانگین انجام ماموگرافی زنان متأهل ۱۰۲/۱۵ و زنان سرپرست خانوار ۸۴/۱۸ است. میانگین انجام تست پاپ‌اسمیر ۹۸/۱۱ بین زنان متأهل و ۷۹/۵۶ زنان سرپرست خانوار است. این تفاوت میانگین در سطح اطمینان ۰/۹۵ و درصد خطای استاندارد ($p \leq 0/05$) معنادار است. نتایج نشان می‌دهد زنان متأهل نسبت به زنان سرپرست خانوار به سلامتی خود بیشتر اهمیت می‌دهند. با توجه به شرایط خاص زندگی زنان سرپرست خانوار، آموزش کاربردی‌تر، آگاه‌سازی و حمایت برای این قشر ضروری است.

واژه‌های کلیدی: آسیب‌پذیری زنان، زنان سرپرست خانوار، سلامت زنان، سرطان زنان، پاپ‌اسمیر، ماموگرافی

* نویسنده مسئول. afsaneh_tavassoli@alzahra.ac.ir

مقدمه

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی یکی از بیماری‌هایی که ابتلا به آن به سرعت روبه افزایش است، سرطان پستان و دهانه رحم است (Donnelly TT, 2015: 56). که برای شناسایی آن نیاز به بررسی مکرر، معاینه و غربالگری‌های پزشکی است و در صورت تشخیص به موقع درصد درمان نسبت به سایر سرطان‌ها بالاتر است (Wolman, 2014: 2). طبق آمار در کشورهای درحال توسعه بیشترین میزان ابتلا و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در بین زنان، سرطان رحم و پستان است (Tazhibi & Feizi, 2014: 306). در این میان آزمایش پاپ اسمیر جزء آزمایش‌هایی است که برای تشخیص سرطان رحم زنان یا عواملی که منجر به سرطان رحم خواهند شد انجام می‌گیرد (قهرمانی، ۱۳۹۹: ۲۲). همچنین ماموگرافی یک عکس رادیوگرافی ساده از پستان و ابزاری برای کشف زودرس سرطان‌های غیرقابل لمس پستان است (صوابی اصفهانی، ۱۴۰۰: ۸۶).

با توجه به پژوهش‌های انجام شده ۱. زنان و مردان ممکن است به صورت متفاوت در معرض خطرات مرتبط با سلامت قرار گیرند، ۲. به صورت متفاوت از ویژگی‌های متنوع فیزیکی و محیط اجتماعی آسیب ببینند و ۳. دسترسی متفاوتی به منابع و سیستم‌های حمایتی داشته باشند (Townsend, 2001; Macintyre, 1997; Vissandjee, 2004). بنابراین یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی-اقتصادی سلامت: جنسیت است. زندگی زنان همچنین تحت تأثیر نژاد، قومیت، طبقه و سن است (Walters, 1997; Graham, 2002; Charles, 2004). در رابطه با بحث سلامت و عدالت اجتماعی هومان به ارائه مدلی ساختاری از تبعیض جنسیتی و رابطه آن با سلامت پرداخته است. او از اصطلاح تبعیض جنسیتی ساختاری برای اشاره به «نابرابری‌های جنسیتی نظام‌مند در قدرت و منابع که در یک نظام جنسیتی مشخص آشکار می‌شوند» استفاده می‌کند (Homan, 2019: 490).

هومان به ترتیب از اصطلاحات تبعیض جنسیتی ساختاری کلان (سلامت تحت تأثیر ساختارهای کلان همچون جامعه، سیاست و اقتصاد قرار می‌گیرد)، تبعیض جنسیتی ساختاری میانه (سلامت تحت تأثیر تعاملات، الگوهای رفتاری در محیط خانواده و

زمینه‌های اجتماعی قرار می‌گیرد) و تبعیض جنسیتی ساختاری سطح خرد (سلامت تحت تأثیر برساخت‌های ذهنی و ایدئولوژی‌های جنسیتی قرار می‌گیرد) سخن می‌گوید (همان، ۴۹۱). در بسیاری از جوامع، زنان با نابرابری‌ها، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پرخطر بیشتری روبرو هستند که سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد. تجربه مکرر خشونت خانوادگی، فقر و سطح درآمد پایین، باورهای فرهنگی نادرست، ایفای نقش‌های متعدد خانوادگی و تضاد در این نقش‌ها از مواردی است که تهدیدکننده سلامت زنان در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است. گاهی حتی دیده‌شده زنان به‌عمد پیگیر مشکلات بهداشتی نمی‌شوند تا از این طریق اعتراض خود را نسبت به اطرافیان نشان دهند (Devries, 2011; Ballan and Freyer, 2012).

بسیاری از بیماری‌ها مانند بیماری قلبی عروقی، سرطان‌های سینه و کولورکتال، پوکی استخوان، استئوآرتریت در زنان از میزان بالایی برخوردار هستند. به‌عنوان تعریفی نسبتاً جامع حوزه سلامت زنان این‌گونه تعریف شده است: (۱) موضوعات سلامت زنان در چرخه زندگی آنان فراگیر است و محدود به مشکلات باروری نیست، (۲) مشکلات سلامت زنان شامل شرایط، بیماری‌ها یا نارسایی‌هایی است که مختص زنان، شایع‌تر در زنان، یا دارای عوامل خطر یا دوره‌های متفاوت در زنان نسبت به مردان است و (۳) سلامت باید به‌طور گسترده، هم در بُعد منفی و هم در بُعد مثبت در نظر گرفته شود. علاوه بر موارد خاص فیزیولوژیکی فوق، زنان ممکن است دچار برخی از مسائل مرتبط با بهداشت نیز باشند که بیشتر رنگ و بوی اجتماعی و فرهنگی دارد، مانند سهل‌انگاری در درمان کم‌خونی، توجه ناکافی دولت به بیماری‌هایی که عمدتاً زنان به آن‌ها دچار می‌شوند از قبیل سرطان پستان. و تفکرات حاکم بر برخی از جوامع که منجر می‌شود زنان فقط زمانی بتوانند به پزشک مراجعه کنند که شوهر یا پدر همراهشان باشد. در نتیجه، ممکن است معالجه زنان به تأخیر افتد یا اصلاً برای معالجه اقدامی نشود (ودادهیر، ۱۳۸۷: ۱۳۳).

در میان زنان گروه‌های مختلفی وجود دارند که به لحاظ دسترسی به منابع اقتصادی - اجتماعی تفاوت زیادی با هم دارند. یکی از آسیب‌پذیرترین اقشار اجتماعی زنان سرپرست

خانوار هستند. زن سرپرست خانوار به زنی اطلاق می‌شود که در نتیجه طلاق، جدایی، مهاجرت یا فوت همسر، مسئولیت اداره خانواده را بر عهده دارد (Javed, Z. H., & Asif, 2011: A). در دهه‌های اخیر نرخ رشد زنان سرپرست خانوار بسیار سریع بوده به گونه‌ای که بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ خانوارهای زن سرپرست تنها ۹/۵ درصد خانوارها را تشکیل می‌دادند در حالی که این میزان در سال ۱۳۹۰ به ۱۲/۱ درصد از کل خانوارها رسیده است. در کنار رشد کمی این پدیده، تغییرات کیفی در ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی این گروه از زنان از قبیل ترکیب سنی، تحصیلی و درآمدی و فقر اقتصادی بخش قابل‌تأملی از این خانوارها، این موضوع را به‌مرور و بیش‌ازپیش از یک پدیده اجتماعی نسبتاً طبیعی به موضوعی اجتماعی از جنس آسیب تبدیل کرده است (افتخاری، ۱۳۹۳: ۲).

تقاطع جنسیت و طبقه در زنان سرپرست خانوار از یک‌سو و محدودیت‌های حقوقی و عرفی از سوی دیگر آنان را به یکی از شکننده‌ترین اقشار اجتماعی تبدیل کرده است به گونه‌ای که سلامت آنان را در ابعاد مختلف می‌تواند مورد تهدید قرار دهد. پژوهش‌هایی که در رابطه با سلامت صورت گرفته بیان می‌کند که زنان سرپرست خانوار از شرایط بد اقتصادی، اجتماعی و مشکلات مرتبط با سلامتی، استرس زیاد، افسردگی و سوء‌مصرف مواد رنج می‌برند و کیفیت زندگی پایینی دارند. سطح سلامت عمومی پایین‌تری نسبت به سایر زنان دارند. میزان بیماری‌های طولانی‌مدت و مرگ‌ومیر در این زنان به‌مراتب بیشتر از سایر زنان است. زنان سرپرست خانوار به انواع بیماری‌ها مانند کم‌ردرد، بیماری‌های مفاصل، بیماری‌های قلبی و گوارشی دچار هستند (حسینی، ۱۳۸۸: ۱۱۸؛ حیدری، ۱۳۹۳: ۲۷).

همچنین دیده شده زنان مطلقه، بیوه و رها شده، نسبت به زنان هرگز ازدواج نکرده و متأهل، مشکلات بیشتری در رابطه با پرداخت صورت‌حساب‌های پزشکی‌شان دارند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند سلامت فیزیکی، جسمی، روانی و اجتماعی زنان به‌ویژه زنان سرپرست خانوار با چالش مواجه است. سام آرام و امینی یخدانی (۱۳۸۸) نشان داده‌اند ۴۳ درصد زنان سرپرست خانوار در شهر قم در بعد جسمانی از سلامت لازم برخوردار نبودند

و در دو بعد روانی و اجتماعی نیز این وضعیت در حدود ۳۰ درصد آنان مشاهده گردید. آجورلو و همکاران (۱۳۹۱) با مقایسه زنان عادی و زنان سرپرست خانوار نتیجه گرفتند زنان عادی یا متأهل توجه بیشتری به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی و دریافت مراقبت‌های شخصی از دیگران دارند.

در همین زمینه خانی و همکاران (۱۳۹۶) بیان کردند زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان عادی گرایش به خودکشی بیشتری دارند. گرایش به خودکشی نیز یکی از نشانه‌های اختلال در سلامت روان است. مطالعات دیگری نشان داده‌اند که شرایط مالی، اجتماعی، فرهنگی انرژی، وقت، سواد و به‌طور کلی شرایط اجتماعی و اقتصادی زنان سرپرست خانوار از آنجایی که نسبت به سایر زنان نسبتاً پایین‌تر است بر روی مراقبت‌های بهداشتی و سلامت آن‌ها مؤثر بوده است (سیدفاطمی، ۲۰۱۵؛ شهبازی، ۱۳۹۴). مطالعه جعفری شبیری و چاپاری (۲۰۱۱) نشان می‌دهد عوامل فردی و اجتماعی در بروز سرطان‌های زنان مؤثر است. مطالعاتی در رابطه با آزمایش پاپ اسمیر در زنان نشان داده‌اند بیشتر زنان خود را در معرض ابتلا به بیماری سرطان دهانه رحم نمی‌دیدند، اما شدت بیماری را درک کرده بودند، برخی از آنان نیز به درک کافی از مزایای انجام آزمایش نرسیده بودند و مشکلات مالی، ترس از جواب آزمایش و نبود آگاهی را از موانع انجام آزمایش نام می‌بردند.

یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، نگرش، اعتقادات فرد، کمبود آگاهی، ترس و اعتقادات بهداشتی سهم به‌سزایی در آزمایش پاپ اسمیر در میان زنان دارد (قهرمانی، ۱۳۹۷؛ بهمنی، ۱۳۹۶) همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد در میان جامعه زنان بیش از نیمی از ایشان نسبت به خودآزمایی سرطان پستان آگاهی ندارند و در این میان تحصیلات زنان یکی از تعیین‌کننده‌های این عدم آگاهی بوده است (نینوایی، ۱۳۹۶: ۱۵). موضوع این پژوهش نیز در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی با تأکید بر راه‌های شناسایی و غربالگری دو سرطان شایع در میان زنان سرپرست یعنی سرطان دهانه رحم و سرطان پستان بوده است. اما همان‌گونه که شواهد نشان داده است عوامل

اجتماعی و اقتصادی مختلفی بر سلامت زنان تأثیر می‌گذارد و همچنین در میان گروه‌های زنان نیز تفاوت قابل توجهی به لحاظ دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد. زنان سرپرست خانوار یکی از اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند و سلامت آن‌ها در ابعاد مختلف با مشکلاتی مواجه است. بخشی از این امر نیز به دلیل جایگاه اجتماعی آنان در جامعه است. همان‌گونه که در ادبیات نظری توضیح داده شد طبقه و جنسیت یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت است. از این رو به نظر می‌رسد زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان متأهل به دلیل دسترسی کمتر به منابع اقتصادی و اجتماعی و تفکرات حاکم بر جامعه نسبت به زن سرپرست خانوار، کمتر این آزمایش‌ها را انجام دهند.

پیشینه پژوهش

در رابطه با زندگی زنان سرپرست خانوار و سلامت ایشان تحقیقاتی انجام پذیرفته که در این قسمت به شرح برخی از این پژوهش‌های پرداخته شده است.

شعبان و قویدل (۱۴۰۰) ارتباط بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر کرج را بررسی کردند. نتایج نشان داد که بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین، رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. سبک زندگی سلامت‌محور خصوصاً زیرمقیاس روابط بین فردی، روی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین تأثیر دارد. با توجه به اینکه میزان تحصیلات در زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین خیلی پایین بود، توصیه شده است که در این مناطق، به مسئله آموزش خصوصاً یادگیری مهارت‌های فردی و اجتماعی بیشتر توجه شود.

شیانی و زارع (۱۳۹۸) در یک مطالعه فرا تحلیل از مطالعاتی که در رابطه با زنان سرپرست خانوار انجام شده، نتایج مطالعات را در چهار بعد وضعیت اقتصادی، آموزش و مهارت، شبکه‌ها و مناسبات اجتماعی، سلامت و بهداشت روانی نشان می‌دهند. اولین و مهم‌ترین دغدغه زنان سرپرست خانوار مشکلات اقتصادی و مسئله اشتغال است. از دیگر

مشکلات مهم این زنان می‌توان به انواع مشکلات جسمانی و روانی، بی‌سوادی و کم‌سوادی و عدم آموزش، اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای و غیررسمی و بی‌ثبات و کم‌درآمد، عدم امنیت در تعاملات اجتماعی، تجربه خشونت در روابط، طرد از سوی شبکه‌های روابط اجتماعی، عدم جامعه‌پذیری اقتصادی، عدم خودباوری، عدم مهارت‌های اجتماعی و شغلی، عدم دسترسی به منابع اشاره نمود و این در حالی است که این زنان از حمایت‌های قانونی اندکی برخوردار هستند. زنان سرپرست خانوار مجبور به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای در جامعه هستند که اغلب در تعارض با یکدیگر قرار دارند و این مسئله آنان را با مشکلات بهداشتی، جسمانی، روانی، اقتصادی، ارتباطی و ... مواجه می‌سازد. لذا با شناخت مسائل زنان سرپرست خانوار سیاست‌گذاری در راستای تدوین برنامه‌های مداخله‌ای جهت بهبود وضعیت آنان توسط نهادهای حمایتی ضروری به نظر می‌رسد.

میری و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیر سرپرست خانوار شهر مشهد پرداختند. نتایج نشان داد ابعاد سلامت اجتماعی، غیر از انسجام اجتماعی، همگی بالاتر از حد متوسط بودند. در بین ابعاد حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و ابزاری، بالاتر از حد متوسط و حمایت ارزیابانه و اطلاعاتی، پایین‌تر از حد متوسط بودند. در روابط دومتغیره، بین متغیرهای حمایت اجتماعی (و ابعاد چهارگانه آن)، سن و تحصیلات با سلامت اجتماعی زنان شهر مشهد، رابطه معنادار وجود دارد. نهایتاً اینکه حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر داشته است.

عنایتی فرد و همکاران (۱۳۹۷) با بررسی وضعیت سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای در زنان سرپرست خانوار شهر بیرجند بیان کردند که بین سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای رابطه معناداری مشاهده نشده است. در بین متغیرهای دموگرافیک تنها وضعیت اشتغال و تحصیلات با سلامت روان ارتباط داشت به طوری که اختلال در کارکرد اجتماعی در زنان شاغل به گونه معناداری بالاتر بود و زنانی که تحصیلات بالاتری داشتند

از افسردگی بالاتری برخوردار بودند. وضعیت اشتغال نیز با سبک‌های مقابله‌ای ارتباط معنادار داشت، در واقع زنان بیکار نسبت به شاغل هیجان‌مدارتر بودند. به‌طور کلی زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه از سلامت روان مناسبی برخوردار نیستند، بنابراین نیاز به برنامه‌ریزی در راستای مداخله‌های مؤثر و به‌تبع آن بهبود شرایط زندگی و سلامت روان این زنان احساس می‌شود.

گروسی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان را بررسی کردند. نتایج نشان داد که نزدیک به ۴۴ درصد افراد وضعیت مناسبی از نظر سلامت روان ندارند. متغیرهای سن، اعتماد اجتماعی، احساس تعلق، مشارکت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، اندازه شبکه اجتماعی و فراوانی تماس با اعضای شبکه، همبستگی معنی‌داری با سلامت روان دارند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت مالی، حمایت عاطفی، حمایت خدماتی و مشارکت اجتماعی، مهم‌ترین عوامل اجتماعی پیش‌بینی‌کننده سلامت روان افراد مورد مطالعه محسوب می‌شوند. بنابراین، سرمایه اجتماعی شبکه، خصوصاً در بعد کارکردی، بیش از سرمایه اجتماعی عام در تبیین وضعیت سلامت روان مورد توجه است.

سون کیم و مین کوون^۱ (۲۰۲۰) در پژوهشی در کره جنوبی بیان کردند زنان سرپرست خانوار یک گروه آسیب‌پذیر جدید است که با نابرابری سلامت همراه است. پژوهش ایشان مجموع ۹۰۸۴ زن سرپرست خانوار را شامل می‌شد. بهزیستی روانی آنها با شاخص بهزیستی WHO-5 اندازه‌گیری شد. در مجموع ۳۹٫۸ درصد از زنان سرپرست خانوار از نظر روانی ناسالم بودند. در این میان، ۲٫۲ درصد از افراد ۱۵ تا ۳۰ ساله، ۸٫۱ درصد در رده سنی ۳۰ تا ۵۰ سال و ۲۹٫۵ درصد افراد بالای ۵۰ سال ناسالم بودند. در گروه سنی ۱۵ تا ۳۰ سال، افسردگی/اضطراب با بهزیستی روانی ارتباط منفی داشت. در گروه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال که به‌تنهایی زندگی می‌کنند، درد عضلانی اسکلتی، خستگی، و افسردگی/اضطراب با بهزیستی روانی ارتباط منفی داشت. در گروه سنی بالای ۵۰ سال،

1. Kwon M, Kim H

سطح تحصیلات پایین، زندگی تنها، درآمد کم، درد اسکلتی عضلانی، خستگی و افسردگی/اضطراب با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی داشت. بنابراین باید یک استراتژی حمایتی چندبعدی در مفهوم محرومیت اجتماعی گنجانده شود و برای استقرار نظام حمایتی به رویکردی پیشگیرانه نیاز است.

بو بوسترون^۱ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به بررسی ترتیبات دولت رفاه و سیاست اجتماعی، شرایط زندگی و سلامت در میان زنان سرپرست خانوار و متأهل در سه محیط سیاست متضاد ایتالیا، سوئد و بریتانیا می‌پردازد. زنان سرپرست خانوار به‌طور قابل توجهی از سلامتی بدتری نسبت به زنان متأهل در هر سه کشور برخوردار بودند، احتمال بیشتری داشت که از آسیب‌های مادی رنج ببرند. آن‌ها را می‌توان یک گروه محروم در نظر گرفت. باین‌حال، تفاوت بین کشورها در تجربیات زنان سرپرست خانوار و متأهل است که نشان می‌دهد رژیم سیاسی حاکم واقعاً اهمیت دارد. تفاوت‌های آشکاری در شیوع زنان سرپرست خانوار، ترکیب آنها، میزان بیکاری، فقر و وضعیت سلامت آنها در رابطه با زنان متأهل در هر کشور وجود داشت. ممکن است با سیاست هر کشور در ارتباط باشند، اما تا حدی فرهنگ و سنت‌ها را نیز منعکس می‌کنند. این مطالعه یک رویکرد نوظهور را برای بررسی تأثیر نابرابری‌های سلامت در زمینه‌های پیچیده سیاست اجتماعی نشان می‌دهد.

بررسی مطالعات انجام شده همگی تأکید بر آسیب‌پذیر بودن سلامت زنان سرپرست خانوار دارند. از آنجایی که امروزه در بحث بهداشت و درمان بر پیشگیری بیشتر از درمان تأکید می‌شود، در تحقیق حاضر به بررسی مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت زنان (تست پاپ اسمیر و ماموگرافی) به‌صورت مقایسه‌ای بین زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار، پرداخته شده است.

مبانی و چارچوب نظری

امروزه درهم تنیدگی مسائل بیش‌ازپیش مورد توجه قرار گرفته است. یکی از این مسائل بحث در حوزه آسیب‌شناسی، پیشگیری و بهداشت است که با مسائل اجتماعی، روانی، فرهنگی و در بسیاری موارد امور سیاسی در ارتباط تنگاتنگ است. طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت بهره‌مندی از بالاترین سطح استاندارد قابل‌دستیابی سلامت، از حقوق اساسی هر فردی است و زنان بسیاری در سراسر دنیا از این حق اساسی بشری محروم هستند. این بیانیه در ادامه می‌افزاید که برخی مشکلات سلامت زنان توسط بیولوژی فردی تعیین می‌شود، ولی بسیاری از مشکلات آنان ناشی از عوامل اجتماعی-اقتصادی است و یا به‌واسطه این عوامل تشدید می‌گردد.

سهم نابرابر و بیشتر زنان از فقر در مقیاس جهانی اغلب در مفهوم «زنانه شدن فقر» انعکاس یافته است. مقایسه‌ دارایی‌های مردان و زنان نشان می‌دهد که همواره زنان نسبت به مردان درصد بیشتری از افراد فقیر را تشکیل می‌دهند (شادی طلب، گیرایی نژاد، ۱۳۸۳). از جمله گروهی که تحت تأثیر شرایط زندگی‌شان از برخی حقوق محروم می‌مانند زنان سرپرست خانوار هستند. متأسفانه، در جامعه ما زندگی زنان پس از ترک شوهر اغلب با ابهام‌ها و مخاطره‌هایی روبه‌روست. از جمله سرپرستی فرزندان به‌تنهایی و گاه به‌سختی، مشکل اقتصادی زندگی، تنهایی و افسردگی و ناامیدی، همچنین نگرش غلط جامعه به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان آنان را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکل‌های مختلفی روبه‌رو می‌کند (شهریاری، ۱۳۹۲).

این شرایط و امکانات اثرات منفی بر زندگی زنان سرپرست خانوار دارد. بنا به پژوهش‌های متعدد و دلایل گوناگون مطرح‌شده می‌توان زنان سرپرست خانوار را جزء اقشار آسیب‌پذیر دانست. از جمله مسائل زنان سرپرست خانوار به مشکلات خانوادگی، مراقبت از فرزندان و پرورش آن‌ها، استرس‌های کاری، ناامنی اجتماعی (Dar, T. B.,

مشکلات اجتماعی و فرهنگی و نگاه خاص جامعه در مورد این گروه از زنان و خانواده‌های آنان می‌توان اشاره کرد (افشانی و فاتحی، ۱۳۹۵).

امروزه دیگر در جوامع غربی بیماری‌های مسری و محرومیت‌های اجتماعی جزء عوامل اصلی ناخوشی و مرگ زودرس به شمار نمی‌رود، بلکه خطرهای جدیدی سر برآورده‌اند که ارتباط وثیقی با رفتار شخصی ما دارند. در این میان روان‌شناسی سلامت به رفتارهایی می‌پردازد که برای سلامت ما پیامدهایی دارند. این رفتارها عبارت‌اند از رفتارهای ارتقای سلامت (مثل ورزش، رژیم غذایی مناسب و...)، رفتارهای حافظ سلامت (مثل واکسیناسیون و...) و رفتارهای مضر سلامت (مثل استعمال دخانیات). الگوهای باور سلامت تلاش‌هایی هستند در جهت تأثیرات شخصی و اجتماعی مرتبط با این نوع رفتارها، پیش‌بینی پیامدهای آن‌ها و کمک به طراحی مداخلات لازم در جاهای مناسب از قبیل عرضه‌ی امور مربوط به ارتقای سلامت (یان و همکاران، ۱۳۸۵).

به نظر باندورا^۱ خودکارآمدی، قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش در انجام عملی مشخص است و خودکارآمدی درک شده توسط فرد، مؤلفه مهم در عملکرد فرد است؛ چرا که به‌عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی وی عمل می‌کند. او همچنین خودکارآمدی را عامل پیش‌بینی‌کننده مهمی در قصد افراد در انجام رفتارهای بهداشتی و توانایی قبول الگوهای بهداشتی رفتارهای مختلف می‌داند و معتقد است می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب جهت کسب مهارت‌ها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد. یک فرد با خودکارآمدی پایین، برای انجام رفتار بهداشتی جدید یا تغییر در رفتارش کمتر تلاش می‌کند (نویدیان و همکاران، ۱۳۸۹).

زنان به‌عنوان رکن اساسی خانواده اگر به اهمیت سلامتی خود واقف نباشند و به دلیل وظایف متعدد و مختلف به نشانه‌های عدم سلامت خود توجه نکنند یا به دلیل کمبود منابع، سلامتی دیگر اعضای خانواده را بر خود ترجیح دهند، نمی‌توانند فرهنگ سلامتی را در خانواده مستقر کنند و همچنین به دلیل تأخیر در اقدام به مشاوره پزشکی صدمات بیشتری به سلامتی خود و ارکان خانواده و اقتصاد کشور وارد می‌سازند. رویکردی که بر ارتقای سلامتی، مسئولیت فردی در سلامتی و مراقبت بدنی در زنان تأکید دارد، از جنبش سلامتی زنان در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ نشأت گرفت و شیوه‌های در شناخت بدن را ابداع کرد که بر پایه ویژگی‌های زنانه خودآگاهی و آگاهی نسبت به بدن بنا شده بود (Gardne & Moore, 2008: 270).

نتلتون^۱ (۲۰۰۶) از این مجموعه ایده‌های روبه‌تکوین مربوط به سلامتی به‌عنوان "پارادایم جدید" یاد می‌کند. در دل این پارادایم ایده‌ای نهفته است که پیشگیری از ناخوشی به‌جای درمان بیماری باید هدف محوری مشی سلامت باشد. بنا بر آنچه در بسیاری از کشورهای پیشرفته اقتصادی فرض می‌شود، شهروند سالم کسی است که به خود توجه می‌کند، در پی چاره‌ای برای ناخوشی احتمالی است و از خطراتی که سلامتی‌اش را تهدید می‌کند، آگاهی می‌یابد (همان: ۲۶۸).

الگوی ارتقای سلامت در سال ۱۹۸۲ توسط پروفیسور پندر^۲ از دانشگاه میشیگان ارائه شد. وی سلامتی را نه به‌عنوان نبود بیماری، بلکه به‌عنوان خودشکوفایی در جهت سالم‌تر بودن تعریف می‌نماید. از نظر وی رفتارهای ارتقادهنده سلامت به‌عنوان فعالیت‌هایی که بر پایه سبک زندگی افراد است، عملیاتی می‌شود. اعمالی نظیر ورزش، تغذیه مطلوب، مدیریت استرس، تکامل و پایداری سیستم‌های حمایتی اجتماعی، نمونه بارزی از رفتارهای ارتقادهنده سلامتی هستند. این رفتارها در جهت

1. Nettleton
2. pender

خودشکوفایی و کمال از طریق خودآگاهی، رضایتمندی از خود، لذت بردن و تفریح و تفنن و نشاط است (مروتی، ۱۳۸۳).

طبق نظریات مطالعه شده چارچوب نظری که در این مطالعه دنبال می‌شود بر مبنای نظریات زنانه شدن فقر و آسیب‌پذیر بودن زنان سرپرست خانوار است. همچنین در جهت بررسی شرایط زندگی زنان و تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت افراد بر نظریات الگوی باور سلامت و خودکارآمدی افراد در رفتارهای بهداشتی تأکید شده است. همچنین با نگاهی بر نظریات با عنوان پارادایم جدید و الگوی ارتقای سلامت لزوم پیشگیری در رابطه با فاکتورهای سلامت زنان سرپرست خانوار دیده شده است.

فرضیه‌ها

فرضیه شماره ۱- بین میانگین نگرش زنان متأهل و سرپرست خانوار نسبت به انجام آزمایش ماموگرافی و زیر شاخص‌های آن یعنی موانع انجام، فواید درک شده و حساسیت درک شده نسبت به آزمایش ماموگرافی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

فرضیه شماره ۲- بین میانگین نگرش زنان متأهل و سرپرست خانوار نسبت به انجام آزمایش پاپ اسمیر و زیر شاخص‌های آن یعنی شدت درک شده، فواید درک، موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روش^۱

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است و با روش پیمایش انجام شده است. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزار پرسشنامه و مصاحبه حضوری استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل دو بخش است: بخش نخست، شامل زنان سرپرست خانواری است که

بررسی آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست...، توسلی و همکاران | ۱۰۱

در کلینیک‌های مددکاری اجتماعی آتیه و حضرت ابوالفضل (ع) شهر قم دارای پرونده فعال بودند. حجم جامعه آماری این بخش ۱۳۰ نفر بود، به عبارت دیگر در این دو کلینیک این تعداد زن سرپرست خانوار دارای پرونده فعال بودند. بخش دوم شامل زنان متأهل منطقه ۲ و ۴ شهر قم است.

روش نمونه‌گیری در زنان سرپرست خانوار به صورت تمام شماری بود، اما با پیگیری‌های صورت گرفته ارتباط با ۱۰۰ نفر از زنان جهت پاسخ به پرسشنامه میسر شد و تعدادی از افراد از نمونه حذف شدند. به همین منظور از آنجایی که گروه اصلی پژوهش زنان سرپرست خانوار به تعداد ۱۰۰ نفر بودند، زنان متأهل نیز ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شدند تا حجم نمونه روی نتایج تأثیر نداشته باشد. بدین ترتیب حجم نمونه در این تحقیق معادل ۲۰۰ نفر زن سرپرست خانوار و زن متأهل است. در این پژوهش وضعیت سرپرستی به دو گروه یعنی زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار تقسیم‌بندی شده است. زنان متأهل، آن دسته از زنانی هستند که تاکنون حداقل یک‌بار ازدواج کرده و خطبه عقد بر آنان جاری گردیده است و هم‌اکنون با همسر خود در خانواده زندگی می‌کنند. زنان سرپرست خانوار، آن دسته از زنانی هستند که از سرپرست قانونی محروم می‌باشند.

در این پژوهش منظور از زنان سرپرست خانوار صرفاً زنان مطلقه و بی‌همسر بر اثر فوت همسر است. تغییری که در این پژوهش به بررسی آن پرداخته شده مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار است. در ابتدای پرسشنامه سؤالاتی از سن، تحصیلات، زمان ازدواج و زمان سرپرست شدن، وضعیت اشتغال، وضعیت بیمه، سؤالاتی از میزان آگاهی نسبت به سرطان دهانه رحم و پستان و بهترین زمان تشخیص، سابقه وجود این بیماری‌ها در خانواده و اقوام درجه یک پرسیده شد. سپس برای سنجش درک زنان از ضرورت انجام آزمایش‌های تشخیص سرطان و میزان آگاهی زنان از مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی (تست پاپ اسمیر و ماموگرافی) و انجام آن‌ها سؤالاتی پرسیده شد که برای طراحی سؤالات بخش ماموگرافی از پرسشنامه استاندارد چمپیون^۱ استفاده شد.

جهت سنجش سازه‌های درک و نگرش زنان از انجام آزمایش ماموگرافی در ۳ بعد سؤالاتی پرسیده شد. بعد نخست موانع انجام ماموگرافی: که با سؤالاتی در مورد ترس‌های آنان، نگرانی‌هایشان، دیدگاهشان در رابطه با لزوم انجام ماموگرافی سنجیده شد. بعد دوم فواید درک شده نسبت به انجام ماموگرافی: با سؤالاتی نظر زنان در رابطه با فواید ماموگرافی، سطح سنجش و میزان اعتماد به ماموگرافی سنجیده شد. بعد سوم، حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلا به سرطان پستان: سؤالاتی از حساسیت زنان و اطلاعاتی که در رابطه با ضرورت و زمان مناسب برای انجام ماموگرافی داشتند پرسیده شد.

برای قسمت تست پاپ اسمیر از پرسشنامه‌ای که پیرزاد و مظاهری (۲۰۱۲) طراحی کرده و استانداردسازی شده بود، کمک گرفته شد و سؤالاتی برای سنجش درک و نگرش زنان در رابطه با آزمایش پاپ اسمیر در ۵ بُعد پرسیده شد. بعد نخست، حساسیت درک شده: با سؤالاتی در رابطه با درک زنان از احتمال میزان ابتلا به سرطان دهانه رحم سنجیده شد. بعد دوم، شدت درک شده: سؤالاتی پرسیده شد تا میزان درک زنان از میزان خطر، میزان درگیر کردن بدن و تبعات سرطان دهانه رحم سنجیده شود. بعد سوم، فواید درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر: سؤالاتی در رابطه با فوایدی که این آزمایش دارد و میزان قابل اعتماد و اتکا بودن این آزمایش پرسیده شد. بعد چهارم، موانع درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر: سؤالاتی از دلایل و موانعی که پیش روی زنان است برای عدم انجام این آزمایش از قبیل ترس، خجالت کشیدن و شک در مناسب بودن آزمایش برای تشخیص پرسیده شد. بعد پنجم، خودکار آمدی درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر: سؤالاتی پرسیده شد تا درک زنان از اینکه تفکر خودشان تا چه حد می‌تواند بر انجام یا عدم آزمایش تأثیر بگذارد، سنجیده شود.

همگی سؤالات با مقیاس لیکرت ۵ سطحی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بررسی شدند و نمرات از سطح کاملاً مخالف ۱ تا کاملاً موافق ۵ در نظر گرفته شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها نمرات هر بعد با یکدیگر جمع شدند. اطلاعات پرسشنامه‌ها در نرم‌افزار SPSS وارد و پس از شاخص سازی، آماره‌های توصیفی استخراج شد و به دلیل نرمال

بررسی آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست...، توسلی و همکاران | ۱۰۳

نبودن توزیع نمونه با استفاده از آزمون یومن ویتنی^۱ به مقایسه نمره میانگین دو گروه پرداخته شده است.

همچنین جهت حصول اطمینان از روایی پرسشنامه به معنای اینکه ابزار آماده شده واقعاً متغیرهای موردنظر را موردسنجش قرار می‌دهد یا خیر پرسشنامه توسط اساتید بررسی و تأیید شده است. جهت بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه در یک نمونه ۲۰ نفره توزیع شده و نتایج ضریب آلفای کرونباخ استخراج شده است. نتایج به ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد عبارت‌اند از: حساسیت درک شده پاپ اسمیر با ۰/۸۲۵ درصد، شدت درک شده پاپ اسمیر با ۰/۷۸۹ درصد، فواید درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر با ۰/۷۸۳ درصد، موانع درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر با ۰/۷۸۲ درصد، خودکارآمدی درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر با ۰/۸۰۴ درصد، موانع انجام ماموگرافی با ۰/۷۲۷ درصد، فواید درک شده نسبت به انجام ماموگرافی با ۰/۸۹۰ درصد و حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلا به سرطان پستان با ۰/۷۰۱ درصد، که با توجه به اینکه ضرایب در بازه ۰ تا ۱ در سطح بالا قرار دارند بنابراین پرسشنامه از پایایی برخوردار است. همچنین کلیه پرسشنامه‌ها با رضایت کامل افراد پاسخگو و توسط پرسشگر زن گردآوری شدند و در کلیه مراحل اصول اخلاقی و حفظ اطلاعات پاسخگویان حفظ شده است.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین سن زنان ۴۴/۷۳ سال بود. تحصیلات ۲۹/۵ درصد از پاسخگویان در سطح ابتدایی، ۱۴/۵ درصد راهنمایی، ۶ درصد متوسطه، ۲۵ درصد دیپلم، ۷/۵ درصد فوق‌دیپلم، ۱۲ درصد لیسانس و ۵/۵ درصد فوق‌لیسانس است. وضعیت شغلی ۷۸ درصد از پاسخگویان خانه‌دار، ۶/۵ درصد شاغل در منزل و ۱۴/۵ درصد شاغل خارج از منزل است.

1. Mann – Whitney Test

وضعیت درآمد ۱۲/۵ درصد از پاسخگویان خوب، ۴۷ درصد متوسط و ۴۰/۵ درصد ضعیف بوده است. ۴ درصد از زنان سرپرست خانوار و ۵ درصد از زنان متأهل دارای سابقه سرطان دهانه رحم بودند. ۴۲ درصد از زنان سرپرست خانوار و ۶۸ درصد از زنان متأهل از سرطان دهانه رحم آگاهی داشتند. ۶ درصد از زنان سرپرست خانوار و ۴ درصد از زنان متأهل دارای سابقه سرطان پستان و ۴۷ درصد از زنان سرپرست خانوار و ۷۱ درصد از زنان متأهل از سرطان پستان آگاهی داشتند.

زنان به ترتیب کارکنان بهداشتی، پزشکان، رادیوتلویزیون، کتاب، افراد مبتلابه سرطان، دوستان، فضای مجازی، دریافت آموزش حضوری و تلفن امدادی را به عنوان منابع کسب اطلاعات در مورد تست پاپ اسمیر و سرطان دهانه رحم ذکر کرده بودند. ۶/۲ درصد از زنان از زمان شروع انجام آزمایش پاپ اسمیر اطلاع نداشتند، ۷/۸ درصد از زنان زمان شروع انجام پاپ اسمیر را از شروع اولین قاعدگی، ۴۳ درصد از زنان از زمان ازدواج، ۴/۸ درصد از زنان پس از رسیدن به سن یائسگی و ۳۸/۲ درصد از زنان انجام آن را در هر سنی می دانستند. ۱۰/۸ درصد از افراد اطلاعی در مورد بهترین زمان انجام پاپ اسمیر نداشتند.

۵/۸ درصد از افراد اولین خونریزی قاعدگی را بهترین زمان، ۲۰/۸ درصد از زنان روز آخر قاعدگی را بهترین زمان، ۵۰/۲ درصد از زنان ۵ روز پس از پاک شدن را بهترین زمان و ۱۲/۲ درصد از افراد ۲ هفته پس از پاک شدن را بهترین زمان برای انجام آزمایش پاپ اسمیر می دانستند. ۴/۸ درصد از زنان در مورد اینکه انجام آزمایش پاپ اسمیر هر چند وقت انجام شود اطلاعی نداشتند و نظر ۷۳/۵ درصد از زنان هر یک سال یکبار، ۱۴/۸ درصد از زنان هر دو سال یکبار و ۷ درصد از زنان هر سه سال یکبار در مورد تکرار انجام آزمایش پاپ اسمیر بود. همان گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود زنان متأهل بیش از زنان سرپرست خانوار آزمایش های ماموگرافی و پاپ اسمیر را انجام می دهند، در واقع زنان متأهل نسبت به زنان سرپرست خانوار در فاصله زمانی کمتری این آزمایش ها را تکرار می کنند.

جدول ۱- توزیع زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل در پاسخ به انجام آزمایش ماموگرافی و پاپ اسمیر

وضعیت سرپرستی	ماموگرافی				پاپ اسمیر					
	هر یک سال	هر دو سال	بیش از سه سال	اصلاً	بی‌پاسخ	هر یک سال	هر دو سال	بیش از سه سال	اصلاً	بی‌پاسخ
زنان سرپرست خانوار	۴۱,۰	۲۲,۰	۱۹,۰	۱۳,۰	۵,۰	۲۱,۰	۲۸,۰	۳۰,۰	۱۶,۰	۵,۰
زنان متأهل	۵۷,۰	۲۰,۰	۱۱,۰	۸,۰	۴,۰	۳۶,۰	۲۹,۰	۱۶,۰	۱۲,۰	۷,۰

جدول شماره ۲ نمرات زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل در رابطه با شاخص‌های ماموگرافی و آزمایش پاپ اسمیر است، که در طیف ۱ تا ۵ نمره گذاری شده‌اند. همان‌گونه که شواهد نشان می‌دهد در تمام زیر شاخص‌ها بین زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل به لحاظ میانگین نمرات تفاوت وجود دارد، در شاخص‌های فواید درک شده و حساسیت درک شده برای انجام آزمایش ماموگرافی میانگین نمرات زنان متأهل بیش از زنان سرپرست خانوار است و در شاخص موانع انجام ماموگرافی نمره این شاخص برای زنان سرپرست خانوار بیش از زنان متأهل است. این موضوع نشان می‌دهد زنان سرپرست خانوار موانع موجود را بیشتر حس کرده‌اند و درک می‌کنند و این موضوع نیاز به آگاه‌سازی هرچه بیشتر این قشر از زنان دارد زیرا به همان نسبت در رابطه با فواید و میزان حساسیت این آزمایش نسبت به زنان متأهل میانگین نمره کمتری کسب کرده‌اند.

همچنین نمرات شاخص‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، فواید درک شده و خودکارآمدی درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر در زنان متأهل بیش از زنان سرپرست خانوار است و شاخص موانع درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر در زنان سرپرست خانوار بیش از زنان متأهل است. در مورد پاپ اسمیر نیز همچون انجام ماموگرافی، زنان سرپرست خانوار بیشتر با موانع آشنا هستند و موانع سرراهشان باعث شده توجه کمتری به انجام تست پاپ اسمیر نشان دهند و در همان راستا نسبت به زنان متأهل میانگین نمره کمتری در رابطه با درک از حساسیت انجام تست، فواید و درک از آن به دست آوردند.

جدول ۲- توزیع میانگین زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل در پاسخ به شاخص‌های آزمایش ماموگرافی و پاپ اسمیر

آزمایش	شاخص‌ها	زنان سرپرست خانوار	زنان متأهل
آزمایش ماموگرافی	موانع انجام ماموگرافی	۳/۰	۲/۵
	فواید درک شده نسبت به انجام ماموگرافی	۳/۵	۴/۰
	حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلا به سرطان پستان	۳/۰	۴/۰
آزمایش پاپ اسمیر	حساسیت درک شده نسبت به انجام پاپ اسمیر	۳/۰	۳/۵
	شدت درک شده نسبت به انجام پاپ اسمیر	۳/۵	۴/۰
	فواید درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر	۳/۵	۴/۵
	موانع درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر	۳/۰	۲/۵
	خودکار آمدی درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر	۳/۰	۴/۰

تحلیل استنباطی: در بخش زیر نتایج آزمون فرضیات گزارش می‌شود.

فرضیه شماره ۱- بین میانگین نگرش زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار نسبت به انجام ماموگرافی و زیرشاخص‌های آن یعنی موانع انجام، فواید درک شده و حساسیت درک شده تفاوت معنی‌داری ($p \geq 0/05$) وجود دارد. همان‌گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد میانگین نگرش نسبت به ماموگرافی و دو مورد از زیرشاخص‌های آن یعنی موانع انجام ماموگرافی و حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلا به سرطان پستان در دو گروه زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما در زیر شاخص فواید درک شده نسبت به انجام ماموگرافی تفاوت معنی‌داری ($p < 0/05$) یافت نشد.

باید گفت که با اطمینان ۰/۹۵ درصد به لحاظ آماری از نظر انجام تست ماموگرافی، موانع انجام ماموگرافی و حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلا به سرطان پستان

بررسی آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست...، توسلی و همکاران | ۱۰۷

تفاوت معنی‌داری بین زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل وجود دارد. این آزمون و مقایسه بین میانگین هریک از ابعاد در دو گروه نشان می‌دهد سرپرست خانوار بودن و متأهل بودن بر میزان نمره افراد از نگرش نسبت به انجام تست ماموگرافی و لزوم انجام آن تأثیر دارد. همچنین بالاتر بودن میانگین این متغیر در بین زنان متأهل نسبت به زنان سرپرست خانوار معنادار و قابل‌پذیرش است در نتیجه زنان متأهل درک بالاتری از لزوم انجام ماموگرافی و تست تشخیص سرطان پستان و تمایل به انجام آن را نسبت به زنان سرپرست خانوار دارند.

جدول ۳- آزمون فرضیه شماره یک و زیر شاخص‌های آن

فرضیه	نتیجه	Mann – Whitney Test	مقدار احتمال	میانگین رتبه
تست ماموگرافی	معنی‌دار	۷/۳۰۸	۰/۰۰۰	۱۰۲/۱۵ (زنان متأهل) ۸۴/۱۱ (زنان سرپرست خانوار)
موانع انجام ماموگرافی	معنی‌دار	۸/۰۱۱	۰/۰۰۰	۳۸/۶۵ (زنان متأهل) ۳۱/۰۷ (زنان سرپرست خانوار)
فواید درک شده نسبت به انجام ماموگرافی	عدم معنی‌دار	۷/۸۵۴	۰/۳۶۱	۱۹/۷۳ (زنان متأهل) ۱۶/۲۴ (زنان سرپرست خانوار)
حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلا به سرطان پستان	معنی‌دار	۶/۱۵۸	۰/۰۰۲	۲۲/۹۵ (زنان متأهل) ۱۸/۲۳ (زنان سرپرست خانوار)

فرضیه شماره ۲- بین میانگین نگرش زنان متأهل و سرپرست خانوار نسبت به انجام آزمایش پاپ اسمیر و زیر شاخص‌های آن یعنی شدت درک شده، فواید درک، موانع درک شده و خودکار آمدی درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر تفاوت معنی‌داری ($p \geq 0.05$) وجود دارد. همان‌گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود بین زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار به لحاظ آزمون پاپ اسمیر و زیر شاخص‌های آن یعنی حساسیت درک شده نسبت به انجام پاپ اسمیر، شدت درک شده نسبت به انجام پاپ اسمیر، فواید درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر، موانع درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر و خود-کارآمدی درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

باید گفت که با اطمینان ۰/۹۵ درصد به لحاظ آماری به این معنا که تفاوت میانگین نمره نگرش به لزوم انجام آزمایش پاپ اسمیر بین دو گروه معنادار و قابل پذیرش است. در مجموع زنان متأهل لزوم انجام تست پاپ اسمیر را درک کرده و بیشتر گرایش به انجام آن نسبت به زنان سرپرست خانوار دارند. تنها میانگین رتبه بالاتر زنان سرپرست خانوار که تفاوت معناداری نیز با زنان متأهل دارد موانع درک شده برای تست پاپ اسمیر است. این موضوع نشان می‌دهد زنان سرپرست خانوار درک درستی از موانع دارند ولی همین موانع که اتفاقاً آن‌ها را درک کرده‌اند سد راه انجام این آزمایش شده است و نیاز است تمهیداتی برای رفع این موانع اندیشیده شود.

جدول ۴- آزمون فرضیه شماره دو و زیر شاخص‌های آن

میانگین رتبه	Sig	Mann – Whitney Test	نتیجه	فرضیه
۹۸/۱۸ (زنان متأهل) ۷۹/۵۶ (زنان سرپرست خانوار)	۰/۰۰۰	۷/۳۰۸	معنی‌دار	تست پاپ اسمیر
۱۱/۱۹ (زنان متأهل) ۹/۱۵ (زنان سرپرست خانوار)	۰/۰۰۰	۸/۰۱۱	معنی‌دار	حساسیت درک شده نسبت به انجام پاپ اسمیر
۲۱/۱۴ (زنان متأهل) ۱۷/۱۲ (زنان سرپرست خانوار)	۰/۰۰۱	۷/۵۸۴	معنی‌دار	شدت درک شده نسبت به انجام پاپ اسمیر
۱۸/۱۳ (زنان متأهل) ۱۴/۹۶ (زنان سرپرست خانوار)	۰/۰۰۰	۶/۱۵۸	معنی‌دار	فواید درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر
۱۸/۷۱ (زنان متأهل) ۲۴/۱۱ (زنان سرپرست خانوار)	۰/۰۰۰	۶/۱۵۸	معنی‌دار	موانع درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر
۱۵/۷۸ (زنان متأهل) ۱۲/۲۶ (زنان سرپرست خانوار)	۰/۰۰۰	۶/۱۵۸	معنی‌دار	خود-کارآمدی درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر

بحث و نتیجه‌گیری

زنان سرپرست خانوار به دلیل شرایط اجتماعی-اقتصادی که در آن زندگی می‌کنند بیشتر احتمال دارد به لحاظ مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی در معرض خطر باشند و این نکته در پژوهش‌های پیشین نیز با نتایج مختلف نشان داده شده است. با استناد به شواهدی که در طرح مسئله اقامه گردید زنان سرپرست خانوار به لحاظ اقتصادی-اجتماعی در وضعیت نامناسب‌تری قرار دارند که این خود می‌تواند آنان را بیشتر در معرض عدم انجام مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی و خطر ابتلا به بیماری قرار دهد (حیدری و میرزایی، ۱۳۹۳؛ حسینی، ۱۳۸۸؛ یحیی زاده، ۱۳۹۲). با توجه به ادبیات پژوهش این پرسش طرح شد که آیا بین زنان متأهل با زنان سرپرست خانوار از نظر انجام مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی (آزمایش پاپ اسمیر و ماموگرافی) تفاوت وجود دارد؟

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد گرچه زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار به لحاظ ابتلا به سرطان دهانه رحم و سرطان پستان تفاوت معناداری با هم ندارند اما به لحاظ میزان آگاهی تفاوت زیادی با هم داشتند و آگاهی زنان متأهل از زنان سرپرست خانوار بیشتر بود. همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد، توزیع میانگین نمره زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل در پاسخ به شاخص‌های ماموگرافی و پاپ اسمیر با هم تفاوت دارند و به جز زیر شاخص موانع انجام آزمایش ماموگرافی و موانع درک شده برای آزمایش پاپ اسمیر در سایر زیر شاخص‌ها، نمرات زنان متأهل بیش از زنان سرپرست خانوار است. این نمرات نشان می‌دهد زنان متأهل به انجام آزمایش‌های پاپ اسمیر و ماموگرافی بیشتر تمایل نشان می‌دهند.

همچنین یافته‌های استنباطی نشان می‌دهد بین زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل به لحاظ انجام آزمایش‌های پاپ اسمیر و ماموگرافی و زیر شاخص‌های آن‌ها به جز فواید درک شده نسبت به انجام ماموگرافی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش سیدفاطمی و همکاران (۲۰۱۵) و شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) در زمینه سلامت پایین‌تر زنان سرپرست خانوار در ابعاد مختلف همسو است. مطالعات نشان داده

بودند زنان سرپرست خانوار به دلیل تحصیلات پایین و نداشتن زمان کافی دسترسی کمتری به مراقبت‌های بهداشتی دارند و کمتر می‌توانند به سلامت خود برسند. همچنین جعفری شبیری و چاپار (۲۰۱۱) نشان داده بودند عوامل فردی و اجتماعی بر انجام غربالگری‌های مربوط به سرطان دهانه رحم مؤثر است، در این پژوهش نیز نشان داده شد اینکه زنان در موقعیت نامناسب زن سرپرست خانوار بودن باشند، می‌تواند بر نگرش ایشان نسبت به انجام آزمایش‌های تشخیص سرطان رحم و پستان تأثیر داشته باشد.

این یافته‌ها را می‌توان با توجه به جایگاه اقتصادی اجتماعی زنان سرپرست خانوار در جامعه توضیح داد. همان‌گونه که گفته شد زنان سرپرست خانوار یکی از فقیرترین اقشار جامعه هستند و بیشتر آن‌ها در دهک‌های فقیر جامعه قرار دارند (افتخاری، ۱۳۹۳). سهم اندک آنان از منابع اقتصادی و اجتماعی از جمله تحصیلات، درآمد و غیره سهم به سزایی در عدم آگاهی آنان همان‌طور که نوابی و همکاران (نینوایی، ۱۳۹۶) نیز به دست آوردند در باب عوامل خطر سلامت به‌ویژه به لحاظ مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی در باب آزمایش‌های پاپ اسمیر و ماموگرافی دارد. بر اساس نظریه تبعیض جنسیتی ساختاری و سلامت، تبعیض جنسیتی ساختاری شرایطی را برای زنان سرپرست خانوار فراهم کرده است که سلامت آنان را از طریق مسیرهای چندگانه مانند محرومیت اقتصادی و اجتماعی، شرایط زندگی خطرناک، عدم آگاهی از مراقبت‌های بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی ناکافی به خطر می‌اندازد (Homan, 2015).

تبعیض جنسیتی ساختاری با محدود کردن دسترسی زنان به منابع مادی، کالاها، خدمات، مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت و حمایت‌های اجتماعی روانی، نابرابری در قدرت و منابع و خودها و هویت‌های جنسیتی و ایدئولوژی‌های جنسیتی آگاهی زنان سرپرست خانوار درباره انجام مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی به خطر انداخته است. زنان سرپرست خانوار از یک‌سو به دلیل جایگاه اجتماعی‌شان در جامعه به منابع چندگانه مانند پول و آموزش دسترسی کمتری دارند و از سوی دیگر به دلیل از دست دادن شوهر به‌مثابه یکی از نظام‌های حمایتی مجبورند که خانواده را اداره کنند. همه این موارد از طریق مسیرهای

چندگانه مانند نداشتن منابع و وقت کافی برای یادگیری و انجام مراقبت‌های بهداشتی- پزشکی آنان را بیشتر در معرض خطر قرار می‌دهد.

همان‌طور که قهرمانی و همکاران (۱۳۹۷) نتیجه گرفتند با آموزش به زنان می‌توان شاهد نتایج بهتری از انجام آزمایش‌های غربالگری تشخیص سرطان بود اما به دلیل بسیاری از محدودیت‌های فرهنگی یا عرفی زنان سرپرست خانوار بر ساخته‌هایی را درباره خودشان درونی کرده‌اند که کمتر تمایل دارند درباره مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی بیاموزند و برای انجام آزمایش‌ها به مراکز بهداشتی مراجعه کنند و همین امر نیازمند برنامه‌ریزی‌های مناسب است تا تمایل به آموزش دیدن بالا برود و از طریق آموزش آگاهی‌های لازم را به زنان سرپرست خانوار بدهند. همان‌طور که دوریس (۲۰۱۲) و بالان و فریر (۲۰۱۲) نشان دادند گاهی زنان برای اعتراض به شرایط موجود انجام ندادن مراقبت‌های بهداشتی را انتخاب می‌کنند که می‌تواند نشأت گرفته از بر ساخته‌های جنسیتی جامعه باشد و همین امر نشان‌دهنده عدم آگاهی ایشان نیز می‌تواند باشد. روی هم رفته کلیه موارد مطرح شده سهم به سزایی در آگاهی و انجام مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی در میان زنان سرپرست خانوار داشته است.

در دنیای امروز پیشگیری و مراقبت‌های بهداشتی به درمان ارجحیت پیدا کرده است. یکی از بیماری‌های شایع بین زنان که با تشخیص به هنگام قابل درمان است سرطان دهانه رحم و پستان است. تأثیر شرایط اجتماعی و اقتصادی بر مراقبت‌های بهداشتی سال‌هاست به شیوه‌های مختلف بررسی و ثابت شده است. در این پژوهش نیز نشان داده شد که زنان سرپرست خانوار به‌عنوان یکی از اقشار آسیب‌پذیر و ضعیف جامعه توجه کمتری نسبت به انجام غربالگری‌های تشخیص سرطان رحم و پستان دارند. از این رو با اجرای سیاست‌های عادلانه‌تر، بهبود جایگاه زنان سرپرست خانوار و دسترسی آنان به منابع، از طریق تبعیض مثبت و افزایش آگاهی و سبک زندگی سلامت‌محور، آگاه‌سازی از لزوم مراجعه به مراکز بهداشتی و تقویت توان پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی (آزمایش‌های پاپ اسمیر و ماموگرافی) سلامت آن‌ها را ارتقاء بخشید.

پیشنهادها

برنامه‌ریزی در حوزه سلامت زنان بسیار حائز اهمیت است. به‌خصوص در این زمینه زنان سرپرست خانوار آسیب‌پذیرترند. با توجه به اینکه طرح تحول سلامت اجرا شده است و پایگاه‌های سلامت به‌تازگی به مسئله سلامت و چکاب‌های سلامت بانوان اهمیت بیشتری می‌دهند می‌توان خوش‌بین بود که دولت به این مسئله اهمیت بیشتری داده است. با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود سازمان‌های حمایت‌کننده از زنان سرپرست خانوار مانند بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی(ره) و موسسه‌های زیر نظر آن‌ها مانند کلینیک‌های مددکاری اجتماعی هم به آگاه‌سازی زنان سرپرست خانوار راهبردی‌تر نگاه کنند تا در کنار حمایت‌های مالی، آگاهی و درک کافی نیز به دست آورند.

این‌طور که در جریان پژوهش مشاهده شد در کلینیک‌های مددکاری اجتماعی که زنان سرپرست خانوار را تحت پوشش دارند چندان به مسئله سلامت جسمی (به‌خصوص آزمایش‌ها و تست‌های سلامت) اهمیت داده نمی‌شود یا اگر اهمیت دهند فقط در حد سلامت عمومی است. پیشنهاد می‌شود برای مقابله و کنترل سرطان‌های زنان (سرطان رحم و سرطان سینه) کارگاه‌های آموزشی در کلینیک‌های مددکاری اجتماعی برای زنان سرپرست خانوار دایر شود تا آگاهی و اطلاعات آنها بیشتر شود. همان‌طور که در نظریات مطالعه شد داشتن آگاهی اولین قدم در راه اقدام برای پیشگیری است.

تعارض منافع

نویسندگان تعارض منافع ندارند.

سپاسگزاری

سپاس بیکران از عزیزانی که در شکل‌گیری این پژوهش مشارکت داشتند و با آرزوی سلامتی برای تمام بانوانی که در پاسخ به پرسشنامه‌ها با پرسشگران همکاری لازم را داشتند.

منابع

- آجورلو، سمیه؛ عباسی، محمود؛ رشوند، مرجان و متولیان، علی‌محمد. (۱۳۹۱). «بررسی مقایسه‌ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی در میان زنان سرپرست خانوار و سایر زنان»، *اخلاق زیستی*، سال دوم، شماره ۵: ۶۷-۹۷.
- افتخاری، نسرین؛ علی‌اکبری، روشنگر؛ طباطبائی، محمود و مهربانی، یداله. (۱۳۹۳). «بررسی ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی زنان سرپرست خانوار با تأکید بر سیاست‌ها و برنامه‌های حمایتی»، *طرح پژوهشی زیر نظر کمیته امداد امام خمینی*.
- افشانی، علیرضا و الهام فاتحی. (۱۳۹۵)، «توانمندی زنان سرپرست خانوار و عوامل اجتماعی- فرهنگی مرتبط با آن: مطالعه زنان زیرپوشش کمیته امام خمینی (ره) شهر تبریز»، *زن و جامعه*، سال بیست و هفتم: ۱۹-۳۸.
- بهمنی، افشین؛ رحمانی، خالد؛ احمدیان، فرزانه؛ علیزاده، زینب و اختر، بهینه. (۱۳۹۶)، «توضیح رفتار پیشگیرانه پاپ اسمیر در زنان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی: یک مطالعه کیفی». *ترویج سلامت آموزشی و بهداشت ایران*، سال پنجم شماره ۱. ۱۴.
- حسینی، سید احمد؛ ستاره، فروزان آمنه و امیرفریاد، معصومه. (۱۳۸۸)، «بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران»، *پژوهش اجتماعی*، سال دوم، شماره ۳: ۱۱۷-۱۳۷.
- حیدری آرمان؛ میرزایی عزت‌الله. (۱۳۹۳)، «بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار شهری و روستایی شهرستان جهرم و عوامل اجتماعی- اقتصادی مرتبط با آن». *فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده (فرهنگی - دفاعی زنان و خانواده سابق) سال نهم*، شماره ۲۷.
- خانی، سعید؛ خضری، فرشید و یاری، کتابون. (۱۳۹۶)، «مطالعه آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست خانوار و زنان دارای سرپرست در منطقه سلطان‌آباد شهر تهران»، *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، سال پانزدهم شماره ۴: ۵۹۷-۶۲۰.

-جعفری شبیری، مهری و چاپاری ایلخچی، آتیه. (۱۳۸۹)، «نقش عوامل فردی اجتماعی و اقتصادی در سرطان دهانه رحم»، مجله زنان مامایی و نازایی ایران، سال سیزدهم: شماره ۹: ۲۲-۳۱.

-سام آرام، عزت‌الله و امینی یخدانی، مریم. (۱۳۸۸)، «بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان قم»، بانوان شیعه، سال بیست و یکم، شماره ۲۸: ۱۳۳-۱۶۰.

-شهبازی، نسرين؛ ویسانی، یوسف؛ دل‌پیشه، علی؛ سایه‌میری، کورش؛ نادری، زهرا و سهراب نژاد، علی. (۱۳۹۴)، «ارتباط وضعیت اقتصادی - اجتماعی با سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، سال بیست و سوم، شماره ۱: ۶۲-۵۶.

-شعبان، مریم و قویدل، نوشین. (۱۴۰۰)، «ارتباط بین سبک زندگی سلامت‌محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه‌نشین شهر کرج»، نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، سال دهم، شماره ۵: ۲۰۵-۱۹۶.

-شینیانی، ملیحه و زارع، حنان. (۱۳۹۸)، «فرا تحلیل مطالعات زنان سرپرست خانوار در ایران». مطالعات جامعه‌شناختی (نامه علوم اجتماعی سابق)، سال بیست و ششم، شماره ۴: ۶۷-۹۷.

-شهریاری، عزت؛ سعادت‌مند، زهره؛ فاتحی زاده، مریم‌السادات و محققیان، شهناز. (۱۳۹۲)، «بررسی نیازهای آموزشی زنان سرپرست خانوار شاغل فرهنگی آموزش و پرورش»، فصلنامه زن و جامعه، سال چهارم شماره ۳: ۲۹-۴۵.

-صوابی اصفهانی، میترا؛ قاسمی گوجانی، مرضیه؛ باباخانی، زهرا و طباطبائیان، مریم. (۱۴۰۰)، «بررسی صحت تشخیصی دو روش برست لایت و ترموگرافی در غربالگری سرطان پستان: یک مطالعه مروری»، مجله زنان، مامایی و نازایی ایران. سال بیست و چهارم: شماره ۲: ۸۶-۹۵.

-عنایتی فرد، الهه؛ میری، محمدرضا؛ نوروزی، انسیه؛ حسینی، طیبه و ملاکی مقدم، حکیمه. (۱۳۹۷)، «بررسی وضعیت سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای در زنان سرپرست خانوار شهر بیرجند»، دانشور پزشکی، سال بیست و ششم شماره ۲: ۱۱-۱۸.

بررسی آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست...، توسلی و همکاران | ۱۱۵

-قهرمانی، مریم؛ عالمی، علی؛ محمدزاده مقدم، حسین و مؤدی، میترا. (۱۳۹۷)، «غربالگری سرطان دهانه رحم: مداخله‌ای آموزشی، مبتنی بر مدل‌های تغییر رفتار فرا نظری و اعتقاد بهداشتی در زنان شهر گناباد»، *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، سال بیست و یک، شماره ۵: ۲۲-۳۲.

-گروسی، سعیده و شبستری، شیما. (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان در بین زنان سرپرست خانوار در شهر کرمان»، *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، سال پنجم شماره ۱: ۹۹-۱۲۳.

-میری، هانیه سادات؛ ذوالقدر، خدیجه و قاسمی عاصمه. (۱۳۹۸)، «مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیر سرپرست خانوار شهر مشهد»، *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، سال هجدهم شماره ۸۴: ۲۳۰۲-۲۲۹۵.

-نینوایی، مژگان؛ سلطانی، حمیدرضا و سلطانی، نادیا. (۱۳۹۶)، «رابطه آگاهی از خودآزمایی پستان (BSE) با عوامل فردی در مدیریت سلامت زنان»، *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، سال بیستم شماره ۱: ۱۵-۲۲.

-نویدیان، علی؛ عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران؛ فاتحی‌زاده، مریم السادات و پور شریفی، حمید. (۱۳۸۹)، «تأثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن»، *مجله علوم رفتاری*، سال چهارم شماره ۲: ۱۴۹-۱۵۴.

-ودادهی، ابوعلی؛ هانی ساداتی، سیدمحمد و احمدی، بتول. (۱۳۸۷). «سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران»، *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، سال ششم شماره ۲: ۱۳۳-۱۵۵.

-یان کریستین، واگنر هان و هالیدی، سباستین. (۱۳۸۵)، *روان‌شناسی عمومی*، گروه مترجمان، قم: مرکز انتشارات موسسه آموزش و پژوهشی امام خمینی رحمه‌الله، چاپ اول.

-یحیی‌زاده، حسین و رضانی، محمود. (۱۳۹۲)، «سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه»، *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، سال پنجم شماره ۱۶: ۶۸-۱۰۲.

- Ballan MS, Freyer MB. (2012). "Self-defense among women with disabilities: an unexplored domain in domestic violence cases". *Violence against women*.;18(9):1083-107.
- Bo Burstrom, Margaret Whitehead, Stephen Clayton, Sara Fritzell, F.V, Giuseppe, C. (2010). "Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes – The example of Italy, Sweden and Britain", *Social Science & Medicine*, 70(6).
- Charles, N. (2002). *Gender in modern Britain*. Oxford, editor.
- Champion, VL. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*.;42(3):139-43.
- Walters, V. (2004). "The Social Context of Women's Health". *BMC Women's Health*.;4(1): S2.
- Donnelly TT, Al Khater AH, Al Kuwari MG, Al-Bader SB, Al-Meer N, Abdulmalik M. (2015). "Do socioeconomic factors influence breast cancer screening practices among Arab women in Qatar? *BMJ open*;5(1):e005596.
- Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N. (2011). "Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women". *Social science & medicine*.73(1):79-86.
- Dar, T. B., and Singh, R. (2018). "Working Conditions of Female-Headed Households in Jammu and Kashmir with Special Reference to District Budgam", *International Journal of Research and Review*, No. 9: 154-163.
- Dunga, H. M. (2020). "An Empirical Analysis on Determinants of Food Security among Female-Headed Households in South Africa", *The International Journal of Social Sciences and Humanity Studies*, No. 1: 66-81.
- Javed, Z. H., & Asif, A. (2011). "Female households and poverty: A case study of Faisalabad District". *International Journal of peace and development studies*, 2(2), 37-44.
- Homan, P. (1982). "Structural Sexism and Health in the United States: A New Perspective on Health Inequality and the Gender System". *American Sociological Review*;84(3):486-516.
- Kwon, M, Kim, H. (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(18):6445.
- Graham, H. (1976). "Smoking in pregnancy: the attitudes of expectant mothers". *Social science & medicine*;10(7-8):399-405

- Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2008). Understanding clinical anger and violence the anger avoidance model. *Behavior Modification*, 32(6), 897-912.
- Macintyre S, Hunt K. (1997). "Socio-economic Position, Gender and Health: How Do They Interact?". *Journal of health psychology*;2(3):315-34.
- Pirzadeh, A, Mazaheri, MA. (2012). "The Effect of Education on Women's Practice Based on the Health Belief Model About Pap Smear Test". *International journal of preventive medicine.*;3(8):585-90.
- Seyedfatemi1 N, Rafii2 F, Rezaei3 M, Sajadi Hezaveh4 M. (2015). "Factors influencing the health promotion in Female-Headed Households: Golden Triangle of Money, Time and Energy". *Journal of Knowledge & Health.*:10.
- Townsend, P. (2001). "NHS resource allocation review: targeting poor health Cardiff". *National Assembly for Wales*;1(13).
- Taymoori, P, Berry, T. (2009). "The validity and reliability of Champion's Health Belief Model Scale for breast cancer screening behaviors among Iranian women". *Cancer nursing*; 32(6):465-72.
- Tazhibi, M, Feizi, A. (2014). "Awareness levels about breast cancer risk factors, early warning signs, and screening and therapeutic approaches among Iranian adult women: a large population based study using latent class analysis". *BioMed research international*: 306-352.
- Vissandjee, B, Desmeules, M, Cao, Z, Abdool, S. (2004). "Integrating Socio-Economic Determinants of Canadian Women's Health". *BMC Women's Health.*;4(1):S34.
- Wolman, I. (2014). "Berek and Novak's Gynecology 15th Edition: Lippincott Williams and Wilkins, Hardcover", *J Obstet Gynaecol India*;64(2):150-1.

استناد به این مقاله: توسلی، افسانه؛ عبدی فر، زهرا و شیخی، محمدتقی. (۱۴۰۱). آسیب‌پذیری اجتماعی زنان سرپرست خانوار در مقایسه با زنان متأهل در انجام مراقبت‌های بهداشتی. فصلنامه پژوهشنامه مددکاری اجتماعی،

۹ (۳۱)، ۸۷-۱۱۷



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