

بررسی مقایسه‌ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی در میان زنان سرپرست خانوار و سایر زنان

سمیه آجورلو

محمود عباسی^۱

مرجان رشوند

علی محمد متولیان

چکیده

مقدمه: مطالعات گسترده‌ای پیرامون بررسی مشکلات و روشن نمودن ابعاد زندگی زنان سرپرست خانوار صورت پذیرفته است که همگی گواه بر نامساعد بودن وضعیت زندگی این گروه از زنان دارد. با این وجود درخصوص سلامت زنان سرپرست خانوار مطالعات اندکی در حوزه جامعه‌شناسی صورت پذیرفته است. مطالعه پیش رو به بررسی مقایسه‌ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی در میان زنان سرپرست خانوار و سایر زنان می‌پردازد.

روش: روش تحقیق کمی بوده و جامعه آماری زنان ۱۹ تا ۷۵ ساله شهر تهران که در طرح «آمارگیری گذران وقت» در سال ۱۳۸۸ شرکت داشته‌اند. بر این مبنا تعداد نمونه برابر ۲۲۷ نفر از زنان سرپرست خانوار و ۲۱۲۲ نفر از زنان متأهل است.

یافته‌ها: نتایج مقایسه ویژگی‌های این دو گروه از زنان نشان‌دهنده توجه بیشتر زنان متأهل در توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی و دریافت مراقبت‌های شخصی از دیگران دارد.

۱. دکترای حقوق پزشکی، گروه حقوق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
Email: dr.abbasi@sbmu.ac.ir

نتیجه‌گیری: بر توجه ویژه به سلامت زنان سرپرست خانوار با توجه به شرایط نامناسب و حساس آنها تأکید فراوانی می‌شود.

واژگان کلیدی

زنان سرپرست خانوار، مراقبت‌های بهداشتی – پزشکی، مراقبت‌های شخصی، سلامت

بررسی مقایسه‌ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی در میان زنان

سرپرست خانوار و سایر زنان

خانواده کوچکترین واحد اجتماعی و در عین حال مهمترین نهاد اجتماعی است که معمولاً مرکب از پدر، مادر و فرزند است. هرگاه خانواده یکی از ارکان اصلی خود، یعنی پدر یا مادر، را از دست بدهد تقارن آن برهم می‌ریزد و مسائل و مشکلات بسیاری بر بدنه خانواده وارد می‌آید. این در حالی است نتایج بسیاری از مطالعات حاکی از آن است که خانواده‌هایی که توسط زنان سرپرستی می‌شوند، مشکلات بیشتری نسبت به سایر خانواده‌ها دارند. مشکل اصلی اینجاست که این زنان علاوه مقابله با مشکلات بسیار برای تأمین مالی خانواده و سرپرستی آن، می‌بایست با انواع تبعیض‌های ساختاری که شامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... است، دست به گریبان باشند. تمامی این خصوصیات این زنان را به عنوان گروه آسیب‌پذیر در میان جامعه‌شناسان معرفی می‌کند. البته رشد فزاینده این خانواده‌ها بر مشکلات آنها افزوده است. اطلاعات و سرشماری سال ۹۰ نشان‌دهنده آن است که بالغ بر ۱۲ درصد خانوارهای کشور را زنان سرپرستی می‌کنند. این رقم رشد بالایی را نسبت به سرشماره سال ۸۵ نشان می‌دهد؛ در سال ۸۵ تعداد خانوارها با سرپرستی زنان در کل کشور برابر ۹۰۴ درصد از کل خانوارها را به خود اختصاص می‌دهد.

به دلیل عدم حضور پدر در خانواده، زنان در این خانواده‌ها هم می‌بایست نقش پدر به عنوان حامی مالی خانواده و هم نقش مادر به عنوان تکیه‌گاه عاطفی خانواده را ایفا کنند. انجام همزمان این نقش‌ها و در بسیاری موارد تداخل این نقش‌ها صدمات جبران‌ناپذیری بر این زنان وارد می‌آورد. سهم بسیار گسترده زنان

سرپرست خانوار از فشارهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و در کنار آنها مسئولیت‌ها و نقش‌های متعددی که همزمان می‌بایست آنها را برآورده سازند، وضعیت سلامت آنها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. سازمان جهانی بهداشت سلامتی را این‌گونه تعریف می‌کند: «سلامت عبارت است از تأمین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی، این ترتیب کسی را که بیماری جسمی نداشته باشد، نمی‌توان فرد سالمی دانست، بلکه شخص سالم کسی است که از سلامت روح نیز برخوردار و از جهت اجتماعی نیز در آسایش باشد». تاکنون تحقیقات بسیاری به بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار پرداخته و نتایج تمامی آنها حاکی از تهدیدآمیز بودن وضعیت روانی آنان است (حسینی، ۱۳۸۸، سام آرام، ۱۳۸۸، صص ۱۳۳-۱۶۰).

در کنار سلامت روانی، توجه به سلامت جسمانی از اهمیت بسیاری برخوردار است. این زنان برای آنکه توان کافی برای سرپا نگه داشتن خانواده را داشته باشند، می‌بایست در وهله نخست از سلامت جسمانی کافی برخوردار باشند. بخش عمده‌ای از سلامت جسمانی به توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی بازمی‌گردد که تاکنون پژوهشی با این رویکرد در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی صورت نپذیرفته است. مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی به‌طور کلی فعالیت‌هایی است که توسط افراد در ارتباط با نیازهای بیولوژیکی انجام می‌گردد. به عبارت دیگر مقصود اصلی از مراقبت‌های بهداشتی مسائل مربوط به حفظ سلامتی و پاسداری از تن و پیشگیری از بیماری‌ها است.

به نظر می‌رسد زنان سرپرست خانوار با توجه به حجم فعالیت‌های بالایی که دارند و گاه فقر اقتصادی خانواده، نسبت به سایر زنان توجه کمتری به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی خود داشته باشند. بدین ترتیب این مطالعه درصدد بررسی

تفاوت‌ها میان زنان سرپرست خانوار و سایر زنان در توجه به مراقبت‌های شخصی و بهداشتی به عنوان دو شاخص مهم سلامت جسمانی است. به‌طور کلی هدف اصلی این مطالعه بررسی مقایسه‌ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی در میان زنان سرپرست خانوار و سایر زنان است. وضعیت زندگی زنان سرپرست خانوار و فرزندان آنها مورد توجه و بررسی بسیاری از جامعه‌شناسان قرار گرفته است. گسترش این شکل از خانواده در همه کشورهای جهان، چه صنعتی و چه در حال توسعه ضرورت این بررسی را ایجاد کرده است. با توجه به اینکه در این مطالعه درصدد بررسی یکی از شاخص‌های سلامت در میان زنان سرپرست خانوار هستیم، ادبیات نظری در دو حوزه سلامت و زنان سرپرست خانوار ارائه می‌گردد. در ابتدا به برخی از نظریات جامعه‌شناسی که به تشریح وضعیت زنان سرپرست خانوار می‌پردازد اشاره می‌کنیم.

نظریه زنانه شدن فقر

طرفداران نظریه زنانه شدن فقر یا آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهند که خانواده‌های زن سرپرست نه تنها در همه‌ی کشورهای جهان گسترش یافته‌اند، بلکه به درصد خانوارهای زن سرپرست و کم‌درآمد، افزوده شده است. این وضعیت در بین کشورهای پیشرفته نیز به چشم می‌خورد و به رغم کمک‌های دولتی، فرایند فقیر شدن این نوع خانواده‌ها هم چنان ادامه دارد. از سایر مشخصات زنان سرپرست خانوار عدم دسترسی به مشاغل با منزلت است. این زنان یا اغلب بیکارند و یا مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیررسمی و کم‌درآمد دارند. مشکل دیگر این خانواده‌ها این است که حتی اگر در مشاغل با منزلت مشغول به کار باشند، با مسئله تنظیم وقت برای انجام کار خانگی و کار بیرون از خانه مواجه

می‌شوند. این مشکل را صاحب‌نظران دیدگاه زنانه شدن فقر اصطلاحاً فقر زمانی نامیده‌اند. شرایط حاکم بر زندگی خانواده‌هایی که با سرپرستی زن اداره می‌شوند عبارتند از:

۱- عدم دسترسی به فرصت‌های شغلی برابر با مردان ۲- سطوح پایین سواد هم در بین زنان و هم در بین فرزندان آنها، ۳- دستمزدهای کمتر از مردان، ۴- درصد بالای افت تحصیلی و بزهکاری کودکان و نوجوانان آنها ۵- فقر زمانی برای زنان شاغل تمام وقت در نتیجه خانوارهای با سرپرست زن بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند. علت اصلی این شرایط، غلبه‌ی نظام تبعیض‌آمیز جنسیتی است، یعنی نظامی که به هر دو جنس امکان نمی‌دهد تا از فرصت‌های اجتماعی و شغلی، درآمد، تفریح و غیره یکسان بهره‌مند شوند (محمدی، ۱۳۸۵، ص ۲۹).

نظریه ساختی - کارکردی

براساس این نظریه خانواده‌های زن سرپرست با شکل سنتی و طبیعی خانواده‌های دووالدی در تضادند و در واقع پیدایش این گروه از خانواده‌ها، نوعی انحراف محسوب می‌شود. در این خانواده‌ها به علت غیبت پدر و عدم زندگانی زوجی، «شانس‌های زندگی» کودکان تا حد زیادی کاهش می‌یابد و عدم اقتدار پدر برای سازماندهی به زندگی خانوادگی، خانواده‌ها را با بحران مواجه می‌کند، بحرانی که با ورود زنان به بازار کار به جای انجام وظیفه سنتی «خانه‌داری» شروع شده و به تربیت نامناسب کودکان، افت تحصیلی و بزهکاری آنان ختم می‌شود. براساس این نظریه «طبقه زیرین» از افراد منزوی تشکیل می‌شود که در «محلات غیرسازمان یافته» ساکنند. در این محلات حضور خانواده‌های زن سرپرست، شایع است. تفاوت این نظریه با نظریه قبلی این است که، در نظریه قبلی علت اصلی آسیب‌پذیری زنان و کودکان «تبعیض‌های جنسیتی» بود. ولی در این نظریه به

این جهت که شکل «طبیعی» زندگی خانوادگی، یعنی خانواده هسته‌ای - دوزوجی - از میان رفته است. خانواده‌های زن سرپرست به منزله‌ی نوعی انحراف از شکل طبیعی خانواده در نظر گرفته می‌شوند (محمدی، ۱۳۸۵، ص ۲۳).

نظریه طبقاتی

طرفداران این نظریه معتقدند که فقر و آسیب‌پذیری مقوله طبقاتی است نه جنسیتی. به عبارتی تمام زنان یا تمام زنان سرپرست خانوار در معرض فقر و آسیب‌پذیری نیستند، بلکه آن گروهی که از نظر طبقاتی در رده‌های پایین اجتماع قرار می‌گیرند، بیشتر در معرض آسیب هستند. مهم‌ترین شاخص‌های تعیین طبقه عبارت است از درآمد، تحصیلات و شغل، یعنی همه‌ی زنان سرپرست خانوار آسیب‌پذیر و فقیر نیستند بلکه آن گروهی که درآمد کمتر، تحصیلات کمتر و شغل کم‌منزلت‌تر دارند و در طبقه‌ی پایین اجتماع قرار دارند، آسیب‌پذیرند. در واقع آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار و همه فقرای دیگر به دلیل فرایند سیاسی، اجتماعی و اقتصادی مشترکی است که آن‌ها را از دسترسی به شرایط مناسب حیات محروم می‌کند. به هرحال در این نظریه، اولاً آسیب‌پذیری و فقر زنان سرپرست خانوار پدیده‌ای عمومی نیست و ثانیاً علت اصلی آن به نظام اقتصادی نابرابر یعنی سرمایه‌داری نسبت داده می‌شود (محمدی، ۱۳۸۵، ص ۲۸).

نظریه کنش

برخلاف نظریه‌های قبلی که همگی جنبه‌ی ساختاری و کلی داشتند طرفداران نظریه کنش از جنبه دیگر به طرح مسئله می‌پردازند. به نظر آنان اگرچه خانواده‌های زن سرپرست مشکلات متعددی دارند (به دلیل کم‌سودای و تبعیض در بازار کار)،

ولی این مسئله به معنای آن نیست که آنها نمی‌توانند بر مشکلات خود فائق آیند، و نمی‌توان این گروه از زنان را کاملاً «قربانی» و منفعل در برابر شرایط دانست. به عقیده طرفداران این نظریه شواهدی که از نزدیک موقعیت زندگی زنان سرپرست را می‌سجد نشان می‌دهد که اطلاق لفظ «آسیب‌پذیر» به این گروه حداقل به طور مطلق و فراگیر درست نیست. زیرا به این ترتیب واکنش فردی یا جمعی آنان نسبت به تغییر و بهبود شرایطشان نادیده گرفته می‌شود (حسینی و دیگران، ۱۳۸۸، صص ۱۱۷-۱۳۷).

مرور نظریه‌های فوق نشان می‌دهد که هریک از آنها تنها به توضیح و تبیین بخشی از وضعیت زنان سرپرست خانوار می‌پردازد و هیچ‌کدام تحلیل جامعی در این زمینه ارائه نمی‌دهند. نظریه زنانه شدن فقر بر تبعیض جنسیتی تأکید می‌کند و تلاش می‌کند آسیب‌ها و گرفتاری‌هایی را که بر سر زنان می‌آید ناشی از این بدانند که زنان در مقایسه با مردان در موقعیت پایین‌تری قرار دارند و بدین ترتیب خیلی از مشکلات زنان به خاطر زن بودن آنها است. نظریه‌ی ساختی کارکردی بر این عقیده است که آسیب‌ها و مشکلاتی که زنان سرپرست خانوار با آن مواجه‌اند به خاطر زن بودن آنان نیست؛ بلکه به این خاطر است که خانواده‌ای که زنان سرپرستی آن را برعهده دارند از حالت طبیعی (دو زوجی بودن و نقش فعال داشتن زن و مرد در زندگی) خارج و بدین ترتیب خانواده دچار کژکارکردی شده و در معرض انواع آسیب‌ها قرار دارد. نظریه طبقاتی عامل اصلی مشکلات زنان سرپرست خانوار را طبقه‌ی اجتماعی آنان می‌داند. به این معنی که زن به عنوان سرپرست خانوار بودن به خودی خود به وجود آورنده‌ی مشکل یا آسیب نیست، این که زن یا هرکس دیگری در چه طبقه‌ای قرار دارد مهم است. آخرین نظریه مورد مطالعه براین نکته اشاره دارد که هیچ قانون و قاعده‌ی عامی نمی‌توان

در مورد آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار صادر کرد؛ چرا که در این حالت واکنش فردی یا جمعی آنان نسبت به تغییر و بهبود شرایطشان نادیده گرفته می‌شود. بدین ترتیب در نظر گرفتن هم زمان و توانان نظریه‌های فوق به درک جامع‌تر آسیب‌های زنان سرپرست خانوار کمک می‌کند و زنان برحسب اینکه در چه جایگاه اجتماعی قرار داشته و از چه مشخصه‌هایی برخوردار باشند، با مشکلات و آسیب‌های خاصی مواجه خواهند شد.

بنابراین با توجه به شواهد متعدد موجود، از جمله گزارش ارائه شده توسط CSDH می‌توان به این نتیجه رسید که اهمیت مسائل اجتماعی مربوط به سلامت نه تنها کم‌تر از مسائل بیومدیکال آن نیست، بلکه حتی شاید کفه مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، سنگین‌تر نیز باشد. از این‌رو، برای حفظ و ارتقاء سلامت و بهداشت عمومی باید رفتارهای اجتماعی و فردی مربوط به سلامت، توجه به مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های بدنی، استرس و تغذیه مورد توجه قرار گیرند، به ویژه در کشورهای جهان سوم و یا جنوب که توانایی دسترسی به تکنولوژی‌های پیشرفته‌ی درمانی در بسیاری از مسائل مرتبط با سلامت محدود است (ملک‌افضلی، ۱۳۸۲).

سلامت زنان سرپرست خانوار

زنان با سرپرست شدن در وضع و موقعیت جدیدی قرار می‌گیرند که معمولاً با مسائل مادی و معنوی متعددی همراه است. شدت این مسائل زمانی برای آنان بیشتر می‌شود که از نقش‌هایی که در این موقعیت عهده‌دار شده‌اند از قبل تصویری نداشته باشند و به یکباره عهده‌دار مسئولیت‌های جدید شده باشند (جاراللهی، ۱۳۷۷، ص ۱). در مورد زنان سرپرست خانوار باید افزود که اینان قبل از بی‌سرپرست شدن وظایفشان مادری و همسری بوده است. پس از سرپرست شدن بسیاری از

نقش‌های مردانه که قبلاً به هیچ وجه با آنها برخورد نکرده‌اند در پیش رویشان قرار می‌گیرد و از این به بعد نقش اقتصادی و انضباطی و اجتماعی و نظارتی نیز برعهده آنان قرار می‌گیرد و به همین دلیل است که با ورود به این مرحله با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند. بخش مهمی از فرایند کار با خانواده‌های تک‌والدی تعیین منابع حمایت و شبکه اجتماعی موجود برای این نوع خانواده‌ها و کنترل و حمایت از آنهاست (بارکر، ۱۳۷۰، ص ۳۰).

مطالعات انجام شده در خصوص فقر، نشان‌دهنده این است که زنان سرپرست با احتمال بالاتری از مردان در زیر خط فقر قرار می‌گیرند. بررسی داده‌ها در دو زمینه فقر مطلق و فقر نسبی در یک دوره ده ساله (۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰) نشان می‌دهد همواره سهم فقر زنان سرپرست خانوار بیشتر از مردان سرپرست خانوار بوده است و زن بودن احتمال قرار گرفتن در دایره فقر را افزایش می‌دهد، البته شکاف و فاصله میان این دو گروه به مرور زمان کاهش یافته است (شادی طلب، ۱۳۸۳).

فقر حق انتخاب را در زمینه‌هایی که اساس سلامتی‌اند، به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو، تأثیر فقر بر سلامت افراد را نمی‌توان انکار کرد. زنان فقرزده زمان و انرژی بیشتری را صرف تولید و امرار معاش می‌کنند. آنان در صورت داشتن کار درآمدزا، ساعت بیشتری کار می‌کنند، و یا زمان بیشتری را در بازار به کسب می‌پردازند. زنان معمولاً به دلیل نداشتن آموزش و مهارت لازم، ناگزیر از پذیرش هر کاری هستند. پیامد چنین کارهایی برای سلامت زنان و خانواده‌های آنها ممکن است فاجعه‌آمیز باشد. کمترین پیامد این کارها، کاهش تدریجی و اجتناب‌ناپذیر شور و نشاط و پیری زودرس است. از دیدگاه توسعه منابع انسانی، بهای دیگری نیز باید پرداخته شود: اگر زنان برای ادامه حیات باید این چنین کار کنند، پس جایی برای ادامه تحصیل، فراگیری مهارت‌های جدید و

یا شرکت در فعالیت‌های اجتماعی باقی نمی‌ماند (اسمیک، ۱۳۸۲، به نقل از سام آرام، ۱۳۸۸، صص ۱۳۳-۱۶۰).

بر این اساس، در حوزه بهداشت و سلامت زنان بایستی بر نکاتی توجه داشت: نخست این که طی چند دهه اخیر، سلامت زنان به عنوان پیوستاری در نظر گرفته می‌شود که در طول چرخه زندگی وی گسترده است و ارتباط نزدیک و اساسی با شرایط زندگی او دارد. به نظر می‌رسد سلامت زنان به تعاملات پیچیده بین عوامل بیولوژیکی فردی، رفتار بهداشتی و زمینه تاریخی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی زندگانی زنان بستگی دارد. به عنوان یک تعریف نسبتاً جامع، دبیرخانه کشورهای مشترک‌المنافع، حوزه سلامت زنان را این گونه تعریف نموده است: ۱. موضوعات سلامت زنان همه چرخه زندگی آنان را دربر می‌گیرد و محدود به مشکلات باروری نیست. ۲. مشکلات سلامت زنان شامل شرایط، بیماری‌ها یا نارسایی‌هایی است که یا مختص زنان است یا در زنان شایع‌تر است یا شانس ابتلای زنان به آن بیشتر است. ۳. سلامت باید به‌طور گسترده هم در بُعد منفی و هم در بُعد مثبت در نظر گرفته شود (احمدی، ۱۳۸۶، ص ۱۵).

دوم آن که، 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. در این ارتباط، تحلیل‌ها نیز بر تأثیر نابرابری‌های اجتماعی و ساختاری مبتنی بر جنسیت در سلامت زنان تأکید می‌کنند. از نظر ایشان، پایگاه وضعیت بهداشتی و سلامت، متأثر از جنسیت افراد است. البته، جنسیت در اینجا صرفاً به «تفاوت‌های جنسی» اشاره ندارد، بلکه به معناها و مفاهیم ساخت فرهنگی و اجتماعی اشاره دارد که حول جنس زیستی شکل می‌گیرد و مفاهیم مرتبط با مردانگی و زنانگی و رفتارهای مرتبط با آن را شکل می‌دهد (دیک، ۲۰۰، ص ۴).

طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت بهره‌مندی از بالاترین سطح استاندارد قابل دستیابی سلامت، از حقوق اساسی هر فردی است و زنان بسیاری در سراسر دنیا از این حق اساسی بشری محروم هستند (احمدی، ۱۳۸۶، ص ۱۵).

سومین نکته که نزدیکی بسیاری با نکته دوم دارد، این است که مسئولیت‌های زنان در نقش‌های چندگانه‌ای که برعهده دارند ممکن است سلامتشان را به خطر بیندازد. در بسیاری از جوامع، زنان بار مضاعفی را تحمل می‌کنند. از آنان انتظار می‌رود که هم در بیرون از خانه برای کسب درآمد کار کنند و هم مسئول کارهای داخل خانه باشند و به نیازهای شوهر و فرزندان‌شان و گاه نیازهای خویشاوندان دیگر نیز رسیدگی کنند. در سراسر جهان در بسیاری از خانه‌ها، زنان نخستین کسانی هستند که صبح از خواب برمی‌خیزند و آخرین کسانی هستند که شب بر بستر می‌روند. چنین زنانی که خسته از کارند، در وهله آخر، آن هم با شرایط خاصی، می‌توانند به مراقبت‌های بهداشتی خود بیندیشند (مرتوس، ۱۳۸۲، ص ۱۲۵). این مسئله برای زنان سرپرست خانوار که بار مسئولیت دو چاندانی را بر دوش می‌کشند از اهمیت بسیاری برخوردار است.

فرضیه‌ها

- میانگین مدت زمان خوابیدن در شب (خواب اصلی) در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.
- میانگین مدت زمان صرف غذا در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.
- میانگین مدت زمان صرف شده برای رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.

- میانگین مدت زمان صرف شده در دریافت مراقبت‌های شخصی از دیگران در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.
- میانگین مدت زمان صرف شده در دریافت مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی از دیگران در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.
- بر مبنای اطلاعات ارائه شده در داده‌های گذران وقت، تعاریف مفاهیم اصلی به کار رفته در این تحقیق به شرح زیر است:

زنان سرپرست خانوار: خانوارهای دارای سرپرست زن به خانوارهایی اطلاق می‌شود که در آن مرد به‌طور دائمی حضور ندارد و زنان به دلیل فوت همسر، طلاق، مهاجرت، مفقودالاثر بودن، زندانی شدن، از کارافتادگی و اعتیاد همسر سرپرستی خانواده را برعهده می‌گیرد (نازکتابار، ۱۳۸۷، صص ۹۵-۱۱۴).

خواب اصلی: به طولانی‌ترین خواب در طول شبانه‌روز اشاره دارد، که ممکن است در شب یا در طول روز رخ دهد (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸).

مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی از خود: مجموعه فعالیت‌هایی است که فرد در هنگام بروز بیماری و در طول درمان خود انجام می‌دهد و به‌طور کلی اشاره به نظارت بر شرایط بیولوژیک فرد دارد که شامل: نظارت بر فشار خون، قند خون، انجام تست‌های تشخیص بیماری در خانه، تزریق انسولین و اسپری کردن برای آسم و... می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸).

مراقبت شخصی از دیگران: دریافت مراقبت شخصی از دیگران شامل رفتن به سالن زیبایی، آرایشگاه برای خدمات شخصی خود مثل کوتاه کردن مو، آرایش مو و... و دریافت مراقبت شخصی از اعضای خانوار است.

مراقبت بهداشتی - پزشکی از دیگران: این مراقبت‌ها شامل فعالیت‌هایی همچون دریافت مراقبت بهداشتی - پزشکی از اعضای خانوار و مراجعه به پزشک، دندانپزشک، درمانگر تجربی، روان درمانگر و... می‌شود (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸).

روش

در این پژوهش از تحلیل ثانویه داده‌های گذران وقت برای آزمون فرضیات استفاده شده است. این داده‌ها توسط مرکز آمار در سال ۱۳۸۸ در نقاط شهری کشور با عنوان «طرح آمارگیری گذران وقت» گردآوری شده است. بخشی از داده‌های این طرح آمارگیری به میزان زمان صرف شده برای رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی بازمی‌گردد که در این مطالعه بنابر موضوع و اهداف پژوهش از این داده‌ها استفاده شده است. همچنین زمان آمارگیری این طرح در دو نوبت به ترتیب در فصل پاییز و زمستان سال ۱۳۸۷ و بهار و تابستان سال ۱۳۸۸ می‌باشد. به عبارت دیگر این طرح در ۲ سال و در ۴ فصل جداگانه به اجرا درآمده است. در این مقاله از داده‌های فصل بهار در سال ۱۳۸۸ استفاده شده است.

جامعه آماری شامل زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل ۱۹ تا ۷۵ ساله شهر تهران است. براساس آمارگیری صورت گرفته جمعیت زنان سرپرست خانوار شهر تهران برابر ۲۲۷ نفر و سایر زنان برابر ۲۱۲۲ نفر می‌باشد.

واحد تحلیل در بررسی حاضر فرد می‌باشد و شامل زنان ۱۸ تا ۷۵ ساله ساکن در شهر تهران در سال ۱۳۸۸ می‌باشد که در طرح آمارگیری پیمایش گذران وقت شرکت داشته و به پرسشنامه پاسخ گفته‌اند.

در این مطالعه متغیرهای سن، وضعیت سواد، مدرک تحصیلی، وضعیت فعالیت، وضعیت شغلی و وضعیت زناشویی (صرفاً برای زنان سرپرست خانوار) به تفکیک زنان سرپرست خانوار و سایر زنان به عنوان متغیرهای زمینه‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرند. درست است که برخی از زنان سرپرست خانوار متاهل بوده، اما برای تفکیک بهتر در ادامه سایر زنان را زنان متاهل می‌نامیم. همچنین متغیرهای خوابیدن در شب، صرف غذای کامل، مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی، دریافت مراقبت شخصی از دیگران و دریافت مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی از دیگران به عنوان متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق در نظر گرفته شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزار SPSS استفاده شده است. برای توصیف داده‌ها از آمارهای توصیفی از جمله میانگین، میانه و انحراف معیار (برحسب سطح سنجش متغیر) و برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون T نمونه‌های مستقل استفاده شده است.

یافته‌ها

برای شناخت بهتری از جامعه زنان در مطالعه پیش رو از تحلیل متغیرهای زمینه‌ای آغاز می‌کنیم. همانگونه که عنوان گردید در این بررسی متغیرهای سن، وضعیت سواد، مدرک تحصیلی، وضعیت فعالیت، وضعیت شغلی و وضعیت زناشویی به عنوان متغیرهای زمینه‌ای مورد بررسی واقع می‌شوند.

سن زنان سرپرست خانوار و زنان متاهل را پس از دسته‌بندی در ۵ گروه به شرح زیر می‌توان نشان داد.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصدی متغیر سن به تفکیک زنان متاهل و زنان سرپرست خانوار

سن	زنان متاهل		زنان سرپرست خانوار	
	فراوانی مطلق	فراوانی درصدی	فراوانی مطلق	فراوانی درصدی
۱۹-۲۹	۴۴۴	۲۰.۹	۳	۱.۳
۳۰-۳۹	۶۱۶	۲۹	۲۲	۹.۷
۴۰-۴۹	۵۲۶	۲۴.۸	۴۰	۱۷.۶
۵۰-۵۹	۳۵۶	۱۶.۸	۶۲	۲۷.۳
۶۰ سال و بالاتر	۱۸۰	۸.۵	۱۰۰	۴۴.۱
جمع	۲۱۲۲	۱۰۰	۲۷۲	۱۰۰

جدول ۲- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیر سن

	زنان متاهل	زنان سرپرست خانوار
میانگین	۴۰.۷	۵۶.۴
میانه	۴۰	۵۶
انحراف معیار	۱۲.۳	۱۲.۸

بررسی مقایسه‌ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی...

همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین سنی زنان سرپرست خانوار (۵۶.۴) بالاتر از زنان متاهل (۴۰.۷) است.

در داده‌های فوق تحصیلات در غالب دو سؤال، وضع سواد و مدرک تحصیلی پرسیده شده است. وضع سواد که اشاره بر داشتن و نداشتن سواد است، به صورت زیر در جامعه آماری مشاهده می‌شود.

جدول ۳- توزیع فراوانی و درصدی متغیر تحصیلات به تفکیک زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار

وضع سواد		زنان متأهل		زنان سرپرست خانوار	
		فراوانی	درصدی	فراوانی	درصدی
با سواد		۱۸۶۶	۸۷.۹	۱۵۵	۶۸.۳
بی سواد		۲۵۶	۱۲.۱	۷۲	۳۱.۷
جمع		۲۱۲۲	۱۰۰	۲۲۷	۱۰۰

بر مبنای جدول فوق تعداد زنان باسواد در میان زنان متأهل بیش از تعداد باسوادان در میان زنان سرپرست خانوار است. مدرک تحصیلی نیز در موارد ۱- ابتدایی، ۲- راهنمایی، ۳- دیپلم، ۴- فوق دیپلم، ۵- لیسانس و ۶- فوق لیسانس و بالاتر مطرح شده است که توزیع فراوانی و درصدی آنها در جدول زیر مشاهده می‌شود.

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصدی متغیر مدرک تحصیلی به تفکیک زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار

مدرک تحصیلی	زنان متأهل		زنان سرپرست خانوار	
	فراوانی مطلق	فراوانی درصدی	فراوانی مطلق	فراوانی درصدی
کمتر از راهنمایی	۴۸۱	۲۵.۸	۶۷	۴۳.۲
راهنمایی	۳۹۹	۲۱.۴	۲۷	۱۷.۴
دیپلم	۶۹۲	۳۷.۱	۳۵	۲۲.۶
فوق دیپلم	۵۶	۳.۰	۵	۳.۲
لیسانس	۱۶۵	۸.۸	۱۳	۸.۴
فوق لیسانس و بالاتر	۷۳	۳.۹	۸	۵.۲
جمع	۱۸۶۶	۱۰۰	۱۵۵	۱۰۰

بررسی مقایسه ای توجه به مراقبت های بهداشتی و پزشکی...

همان گونه که مشاهده می شود در میان زنان متأهل بیشترین فراوانی به زنان دیپلمه (۳۷.۱) و برای زنان سرپرست خانوار بالاترین فراوانی به سطح ابتدایی (۴۳.۲) بازمی گردد. این فراوانی ها بیانگر سطح پایین تحصیلات در زنان سرپرست خانوار بوده؛ به طوری که حدود ۶۰ درصد از زنان سرپرست خانوار سطح تحصیلات راهنمایی و پایین تر دارند که مسائل و مشکلات فراوانی را با خود به همراه می آورد.

وضعیت فعالیت در قالب ۷ گویه (۱- در ۷ روز گذشته حداقل یک ساعت کار کرده است، ۲- دارای شغلی است ولی در ۷ روز گذشته کار نکرده، ۳- در ۳۰ روز گذشته در جستجوی کار بوده و آماده به کار است، ۴- محصل است، ۵- دارای درآمد بدون کار است، ۶- خانه دار است، ۷- سایر) از زنان پرسیده شده است که نتایج را می‌توان در جدول زیر مشاهده نمود.

جدول ۵ - توزیع فراوانی و درصدی وضعیت فعالیت به تفکیک زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار

وضعیت فعالیت		زنان متأهل		زنان سرپرست خانوار	
		فراوانی	فراوانی	فراوانی	فراوانی
		مطلق	درصدی	مطلق	درصدی
در ۷ روز گذشته حداقل یک ساعت کار کرده است		۱۲۵	۵.۹	۲۵	۱۱
دارای شغل ولی در ۷ روز گذشته کار نکرده		۱۱	۰.۵	۳	۱.۳
در ۳۰ روز گذشته در جستجوی کار بوده و آماده به کار است		۱	.	۰	۰
محصل		۱۱	۰.۵	۰	۰
دارای درآمد بدون کار		۲۲	۱	۱۱۱	۴۸.۹
خانه دار		۱۹۴۶	۹۱.۷	۸۷	۳۸.۳
سایر		۶	۰.۳	۱	۰.۴
جمع		۱۸۶۶	۱۰۰	۱۵۵	۱۰۰

تفاوت چشمگیری میان زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل در وضعیت فعالیت مشاهده می‌شود، به گونه‌ای که حدود ۵۰ درصد از زنان سرپرست خانوار دارای درآمد بدون کار هستند و حدود ۴۰ درصد خانه دار و در مقابل بیش از ۹۰ درصد از زنان متأهل پاسخگو خانه‌دار هستند.

وضعیت زناشویی در قالب ۴ گویه مطرح شده است: ۱- دارای همسر، ۲- بی‌همسر بر اثر فوت، ۳- بی‌همسر بر اثر طلاق، ۴- هرگز ازدواج نکرده.

جدول ۶- توزیع فراوانی و درصدی وضعیت زناشویی زنان سرپرست خانوار

وضعیت زناشویی	فراوانی مطلق	فراوانی درصدی
دارای همسر	۷	۳.۱
بی همسر بر اثر فوت	۱۷۹	۷۸.۹
بی همسر بر اثر طلاق	۳۳	۱۴.۵
هرگز ازدواج نکرده	۸	۳.۵
جمع	۲۲۷	۱۰۰

بررسی مقایسه‌ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی...

وضعیت زناشویی زنان سرپرست خانوار بیانگر آنست که از میان مجموع این زنان حدود ۷۹ درصد بی‌همسر بر اثر فوت بوده و ۱۵ درصد بی‌همسر بر طلاق بوده است. در ادامه فرضیه‌های مطرح شده مورد آزمون قرار می‌گیرند.

فرضیه اول: میانگین مدت زمان خوابیدن در شب در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.

برای بررسی این فرضیه از آزمون T نمونه‌های مستقل استفاده شده که به مقایسه میانگین مدت زمان خواب در میان زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل می‌پردازد.

جدول ۷- میانگین مدت زمان (ساعت) خوابیدن در شب برحسب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

تعداد	میانگین	انحراف معیار
زنان سرپرست خانوار	۹۰۱۳۱	۲۰۲۹
زنان متأهل	۸۰۴۲۰۴	۲۰۰۰

جدول ۸- آزمون تفاوت میانگین مدت زمان خوابیدن در شب بر حسب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

F	Sig	t	Sig	تفاوت	خطای
				میانگین	استاندارد
				تفاوت	
برابری	۰.۰۰	۴.۱۸	۰.۰۰	۰.۵۹	۰.۱۴
واریانس					
عدم برابری	۰.۰۰	۳.۷۳	۰.۰۰	۰.۵۹	۰.۱۵
واریانس					

برای آزمون فرضیه‌های فوق ابتدا آزمون لون که برای بررسی برابری و عدم برابری واریانس مدت زمان خواب است، انجام می‌شود؛ معناداری این آزمون بیانگر عدم برابری واریانس متغیر وابسته است. بدین ترتیب سطر پایین برای

بررسی آزمون T تحلیل می‌شود. بدین ترتیب براساس Sig تفاوت معناداری میان مدت‌زمان خواب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل وجود دارد، اما با توجه به میانگین مدت زمان خواب در جدول شماره ۷ میانگین مدت‌زمان خواب زنان سرپرست خانوار به طور معناداری بیش از زنان متأهل است. بنابراین فرضیه فوق رد می‌شود.

فرضیه دوم: میانگین مدت زمان صرف غذای در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.

جدول ۹- میانگین مدت زمان (ساعت) صرف غذای کامل بر حسب

زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

تعداد	میانگین	انحراف معیار
۲۲۷	۱.۵۸	۰.۶۵۸
۲۱۲۲	۱.۵۸	۰.۶۹۶

جدول ۱۰- آزمون تفاوت میانگین مدت زمان صرف غذای کامل بر حسب زنان سرپرست

خانوار و زنان متأهل

F	Sig	t	Sig	تفاوت میانگین	خطای استاندارد تفاوت
۰.۰۸	۰.۷	-۰.۱۰	۰.۹۱	۰.۰۰	۰.۰۴۸
۰.۰۸	۰.۷	-۰.۱۰	۰.۹۱	۰.۰۰	۰.۰۴۶

بررسی مقایسه ای توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی...

برابری
واریانس
عدم برابری
واریانس

نتایج آزمون لون مبنی بر برابری واریانس متغیر وابسته است. بدین ترتیب سطر اول برای بررسی تفاوت میانگین مورد تحلیل واقع می‌شود. سطح معناداری آزمون T بیانگر آن است که میانگین مدت زمان صرف غذای کامل در میان زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار تفاوت چندانی با هم ندارند و بدین ترتیب فرضیه فوق نیز رد می‌شود.

فرضیه سوم: میانگین مدت زمان صرف شده برای رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.

جدول ۱۱- میانگین مدت زمان (ساعت) صرف شده برای رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی بر حسب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

تعداد	میانگین	انحراف معیار
زنان سرپرست خانوار	۰.۵۳	۰.۳۲
زنان متأهل	۰.۷۶	۰.۶۰

جدول ۱۲- آزمون تفاوت میانگین مدت زمان صرف شده برای رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی-پزشکی بر حسب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

F	Sig	t	Sig	تفاوت میانگین	خطای استاندارد تفاوت
برابری واریانس	۰.۰۲	-۲.۰	۰.۰۴	-۰.۲۳	۰.۱۱
عدم برابری واریانس		-۲.۵	۰.۰۱	-۰.۲۳	۰.۰۹

نتایج تست لون حاکی از عدم برابری واریانس دو گروه (زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار) است که بر این اساس سطر دوم برای آزمون فرضیه مورد تحلیل واقع می‌شود. نتایج آزمون T نیز حاکی از معناداری فرضیه فوق دارد و با توجه به بالاتر بودن میانگین مدت زمان صرف شده برای رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی در میان زنان متأهل، فرضیه فوق تایید می‌شود؛ بنابراین میانگین مدت‌زمان صرف شده برای رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.

فرضیه چهارم: میانگین مدت‌زمان صرف شده در دریافت مراقبت‌های شخصی از دیگران در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.

جدول ۱۳- میانگین مدت زمان (ساعت) صرف شده برای دریافت مراقبت‌های شخصی از

دیگران بر حسب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

تعداد	میانگین	انحراف معیار
۶	۰.۳۷	۰.۱۳۶
۱۰	۱.۰۷	۰.۶۲۴

زنان سرپرست خانوار

زنان متأهل

جدول ۱۴- آزمون تفاوت میانگین مدت زمان صرف شده برای دریافت مراقبت‌های شخصی

از دیگران بر حسب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

F	Sig.	t	Sig	تفاوت میانگین	خطای استاندارد تفاوت
۶.۳	۰.۰۲	-۲.۶	۰.۰۱۸	۰.۷	۰.۲۶
		-۳.۴	۰.۰۰۶	۰.۷	۰.۲۰

برابری واریانس

عدم برابری

واریانس

همان گونه که مشاهده می شود تست لون معنادار بوده و بنابراین دو گروه از پراکندگی یکسانی برخوردار نیستند. نتایج آزمون T نیز بیانگر معنادار بودن تفاوت میانگین دو گروه است و این نمایانگر تایید فرضیه فوق بوده، بدین ترتیب میانگین مدت زمان صرف شده در دریافت مراقبت های شخصی از دیگران در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.

فرضیه پنجم: میانگین مدت زمان صرف شده در دریافت مراقبت های بهداشتی - پزشکی از دیگران در زنان سرپرست خانوار کمتر از سایر زنان است.

جدول ۱۵- میانگین مدت زمان (ساعت) صرف شده برای دریافت مراقبت های بهداشتی - پزشکی از دیگران بر حسب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

تعداد	میانگین	انحراف معیار
۳	۰.۷۵	۰.۲۵
۱۸	۰.۸۸	۰.۵۷

جدول ۱۶- آزمون تفاوت میانگین مدت زمان صرف شده برای دریافت مراقبت های بهداشتی - پزشکی از دیگران بر حسب زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل

F	Sig.	t	Sig	تفاوت	خطای
				میانگین	استاندارد
				تفاوت	
۲.۳	۰.۱۳	-۰.۴۰	۰.۶۸	۰.۱۳	۰.۳۴
		-۰.۷	۰.۵	۰.۱۳	۰.۱۹

برابری واریانس

عدم برابری

واریانس

در اینجا نیز نتایج آزمون لون نشان‌دهنده برابری واریانس دو گروه است. بدین ترتیب سطر اول در آزمون فرضیه تحلیل می‌شود. سطح معناداری آزمون فوق نشان‌دهنده رد فرضیه فوق بوده، بنابراین میانگین مدت زمان صرف شده برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی از دیگران در میان زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد.

نتیجه

بسیاری از مطالعات انجام شده در حوزه زنان سرپرست خانوار نشان می‌دهد طی سال‌های اخیر جمعیت زنان سرپرست خانوار روبه گسترش بوده است. گسترش تعداد این قشر و در کنار آن توجه ناکافی سیاست‌گذاران به معنای افزایش فشار بر زنان سرپرست خانوار می‌باشد؛ چرا که این افراد علاوه بر وظیفه مادری، نقش پدری و تأمین معاش خانواده را نیز برعهده دارند و همین امر (افزایش فشار مالی و روانی) سلامت آنان را به خطر می‌اندازد (سام آرام، ۱۳۸۸، صص ۱۳۳-۱۶۰؛ نازک‌تبار، ۱۳۸۷، صص ۹۵-۱۱۴). در مطالعه حاضر که پیرامون بررسی میزان توجه زنان سرپرست خانوار و سایر زنان به توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی صورت پذیرفته نیز نتایج مشابهی به دست آمده است.

در بررسی برخی متغیرهای مرتبط با پایگاه اجتماعی - اقتصادی از جمله وضعیت سواد و مدرک تحصیلی، غالب زنان سرپرست خانوار دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بوده که این امر آنان را در برابر بسیاری از مشکلات اقتصادی خانواده آسیب‌پذیر می‌سازد. این در حالی است که مطالعه حاضر در کلان شهری مانند تهران انجام شده است. پایین بودن سطح تحصیلات در میان زنان سرپرست خانوار سبب شده در بسیاری موارد به مشاغل ساده و با درآمد بسیار پایین بپردازند و یا حتی در غالب موارد، طبق نتایج به دست آمده، دارای درآمد بدون کار باشند که در این گونه موارد نیز گاه زیر چتر حمایتی خانواده بوده و گاه از خدمات سازمان‌های مربوطه (از جمله کمیته امداد و بهزیستی) بهره می‌گیرند. در تمامی موارد مذکور زنان سرپرست خانوار در دام فقر و مشکلات اقتصادی گرفتار و با تبعات آن دست به گریبان خواهند بود. شادی‌طلب در مطالعات گسترده خود پیرامون فقر زنان سرپرست خانوار به این

نتیجه می‌رسد که همواره سهم فقر زنان سرپرست خانوار بیشتر از مردان سرپرست بوده است و زن بودن احتمال قرار گرفتن در دایره فقر را افزایش می‌دهد، شدت فقر در میان زنان بی‌سواد و کم‌سواد مناطق شهری بیشتر بوده و با افزایش تعداد شاغلان در خانوار، خطر قرار گرفتن خانوار در فقیرترین گروه‌ها کاهش می‌یابد. زنان سرپرست خانوار به دلیل بی‌سوادی، داشتن خانوارهای کوچک و تعداد شاغلان کمتر در خانوار جزو فقیرترین فقرا هستند (شادی طلب، ۱۳۸۳، صص ۴۹-۷۰؛ شادی طلب، ۱۳۸۴، صص ۲۲۷-۲۴۸).

در ادامه در بررسی فرضیه‌های تحقیق پیرامون توجه به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی به بررسی مقایسه‌ای میانگین ساعات صرف شده در خوابیدن، صرف غذای کامل، توجه به مراقبت‌های شخصی و توجه به مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی در میان زنان سرپرست خانوار و زنان متأهل پرداخته شده است. نتایج حاکی از آن است که در میانگین ساعات صرف شده برای خوابیدن و صرف غذای کامل تفاوت چندانی میان زنان متأهل و زنان سرپرست خانوار وجود ندارد، اما در مورد دریافت مراقبت‌های شخصی از دیگران و توجه به مراقبت‌های بهداشتی میانگین ساعات صرف شده در میان زنان متأهل به طور معناداری از زنان سرپرست خانوار بیشتر است. مشابه چنین نتایجی را می‌توان در مطالعات جغتایی (۱۳۷۲) و حسینی و دیگران (۱۳۸۸) مشاهده نمود. توجه کمتر زنان سرپرست خانوار به مراقبت‌های بهداشتی - پزشکی در افزایش آسیب‌های جسمانی آنان موثر بوده و به کاهش تندرستی و توان جسمانی در رویارویی با مسائل متعدد می‌انجامد.

اگرچه در جامعه کنونی، (خصوصاً در شهر تهران) دولت تسهیلاتی را در راستای مرتفع نمودن نیازهای زنان سرپرست خانوار انجام داده است؛ اما با توجه به وسعت و گستره مشکلاتی که این زنان با آن مواجهند، تورم بالا، پایین بودن

پرداخت‌های دولتی به این زنان، فقدان مهارت‌های اجتماعی و شغلی، این خدمات در بهترین و جوهش نمی‌تواند پاسخگوی مشکلات باشد و به نظر می‌رسد برای حل یا تخفیف مسأله این قشر باید تدابیر جدی‌تری به کار گرفته شود؛ و چنین تدابیری هم تنها در صورتی مفید فایده است که مبتنی بر مطالعات عمیق جامعه‌شناختی و پی بردن به سطوح عمیق و لایه‌های زیرین این مسأله اجتماعی باشد.

فهرست منابع

- احمدی، بتول. (۱۳۸۶). بررسی نیازهای تحقیقاتی سلامت زنان در ایران، گزارش طرح تحقیقاتی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انیستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- حسینی، سید احمد؛ آمنه فروزان، ستاره و امیرفریار، معصومه. (۱۳۸۸). بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران، پژوهش اجتماعی، سال دوم، شماره ۲. (۳)۲.
- سام آرام، عزت الله و امینی یخدانی، مریم. (۱۳۸۸). بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی قم، فصلنامه بانوان شیعه، سال سوم، شماره ۲۱.
- شادی طلب، ژاله و گرای نژاد، علیرضا. (۱۳۸۳). فقر زنان سرپرست خانوار، پژوهش زنان، دوره ۲، شماره ۸.
- شادی طلب، ژاله؛ وهابی، معصومه و ورمزیار، حسین. (۱۳۸۴). فقر درآمدی فقط یک جنبه از فقر زنان سرپرست خانوار، رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۷.
- محمدی، زهرا. (۱۳۸۵). زنان سرپرست خانوار، تهران، انتشارات روابط عمومی شورای فرهنگی - اجتماعی زنان.
- مرتوس، جولی. (۱۳۸۳). آموزش حقوق انسانی زنان و دختران، ترجمه فریبرز مجیدی، تهران، دنیای مادر.
- نازک تبار، حسین و ویسی، رضا. (۱۳۸۷). وضعیت اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زنان سرپرست خانوار استان مازندران، رفاه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۷.
- ویلیکینسون، ریچارد و مامورت، مایکل. (۱۳۸۳). تعیین کننده های اجتماعی سلامت، ترجمه محمد زارع و فرحناز زهرایی، تهران، مرکز بین المللی بهداشت جامعه (سازمان بهداشت جهانی)، انتشارات سیمیندخت.

Jennie, Naidoo., Wills, Jane. (2001). Health promotion Foundation, Antony Rowe Led, chippenham wilts

یادداشت شناسه مؤلفان

سمیه آجورلو: دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی از دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران. از مهمترین علایق پژوهشی وی بررسی مسائل اجتماعی زنان است.

محمود عباسی: دانش‌آموخته دکترای حقوق پزشکی از دانشگاه سوربن فرانسه، عضو هیئت علمی و رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و نایب رئیس انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی اسلامی. از جمله مهمترین علایق پژوهشی ایشان عبارت‌اند از اخلاق زیستی، حقوق بشر، اخلاق پزشکی و جامعه‌شناسی پزشکی. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیک: dr.abbasi@sbmu.ac.ir

مرجان رشوند: دانشجوی دکترای جمعیت‌شناسی از دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران. از جمله مهمترین علایق پژوهشی وی مطالعات جمعیتی و سلامت زنان است.

علی محمد متولیان: دانش‌آموخته کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی از دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران. از مهمترین علایق پژوهشی وی مطالعات رفاه اجتماعی است.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲۸