ارتباط بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر کرج

مریم شعبان[1]، نوشین قویدل[2*]

[1] دانشجوی دکتری، عضو هیئت علمی گروه آسیب‌شناسی اجتماعی جهاد دانشگاهی واحد استان البرز، کرج، ایران
[2] دکترای علوم اعصاب، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۳/۲۲ ؛ تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۳

چکیده

زمینه و هدف: زنان سرپرست خانوار از جمله اقشار مهم، حساس و آسیب‌پذیر در جامعه هستد که وضعیت سلامت آنها در جهت ایجاد امکانات، تسهیلات و سیاستگذاری‌ها مهم است. هدف از این تحقیق، تعیین ارتباط بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر کرج در سال ۱۳۹۸ بود.

مواد و روش‌ها: ۱۶۰ نفر از زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر کرج، به روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار تحقیق، پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور بود. داده‌ها با استفاده از آزمون های همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و رگرسیون چندگانه با سطح معنی داری کمتر از ۵ درصد بوسیله نرم‌افزار آماری Spss 22.0 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین، رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار وجود دارد (r=0.33, P-Value<0.01). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین زیرمقیاس های سبک زندگی سلامت محور، روابط بین فردی (B=0.31, P-Value=0.01) و سپس مسئولیت پذیری (B=0.27, P-Value=0.004)، بیشترین تاثیر را روی سلامت اجتماعی داشتند. میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین با سبک زندگی سلامت محور(r=0.20, P-Value=0.01) و همچنین میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معناداری داشت (r=0.18, P-Value=0.025).

نتیجه گیری: سبک زندگی سلامت محور خصوصا زیرمقیاس روابط بین فردی، روی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین تاثیر دارد. با توجه به اینکه میزان تحصیلات در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین خیلی پایین بود، توصیه می‌شود که در این مناطق، به مسئله آموزش خصوصا یادگیری مهارت های فردی و اجتماعی بیشتر توجه شود.

کلمات کلیدی: حاشیه‌نشینی، زنان سرپرست خانوار، سبک زندگی سلامت محور، سلامت اجتماعی

نویسنده مسئول:
کرج، ۴۵ متری گلشهر، خیابان شهید صفاریان، معاونت تحقیقات و فناوری

۳۴۶۴۳۹۲۲-۰۲۶
E-mail:ngh_med50@yahoo.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

مقدمه

زنان به عنوان نیمی از جمعیت فعال در هر جامعه ای، سهم مهمی در توسعه و پیشرفت دارند. زنان سرپرست خانوار، جزء اقشار آسیب پذیر جامعه هستند زیرا با مشکلاتی مانند فقر، وضعیت اقتصادی نامناسب و مسئولیتهای چندگانه روبرو هستند و ممکن است در بسیاری موارد توانایی حفظ و ارتقای سلامت خود را نداشته باشند[۱]. درسالهای اخیر، تعداد زنان سرپرست خانوار در کشورمان به علتهای زیادی مثل افزایش طلاق، کاهش میزان ازدواج، مرگ و میر و مهاجرت روند رو به افزایشی داشته است [۲]. برای اینکه زنان بتوانند نقش مراقبت دهندگی خود را به نحو احسن انجام دهند، باید از سلامت و رفاه کافی برخوردار باشند[۳].

مطالعات نشان داده که حاشیه نشینی چالشهای زیادی دارد از جمله وضعیت اشتغال، بهداشت، مسکن، امنیت و سایر شاخصهای اجتماعی و اقتصادی؛ و در این میان زنان و کودکان در حاشیه ها بزرگترین قربانی هستند. زنان از آموزش و پایگاه اجتماعی پایینتر، ساعت کاری طولانی تر و تحرک کمتری نسبت به مردان برخوردارند [۴-۶]. در ایران، بخصوص در مناطق محروم و حاشیه نشین، بین زنان و کودکان، سلامت جسمی افراد با مسائلی روبه رو است که از جمله‌ی این مسائل، بی‌توجهی به ابعاد روانی و اجتماعی سلامت است. در بین زنان، زنان سرپرست خانوار از جمله اقشاری هستند که با مسائل و مشکلات بسیاری روبه‌رو می-باشند. قرار گرفتن زنان در موقعیت سرپرستی خانوار، علاوه بر اینکه احتمال آسیب‌های اجتماعی را افزایش می‌دهد، منجر به آسیب‌زایی بخصوص کاهش سلامت آنها می‌شود [۷].

سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت به آن توجه شده و جنبه‌ی اجتماعی سلامت را با محور قرار دادن فرد بررسی می‌کند. سلامت اجتماعی، عبارت از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران می‌باشد. سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است [۸]. لارسن، سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست، تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان‌دهنده‌ی رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند [۹]. سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود مثلاً بعنوان همسایه، همکار و همشهری خوب عمل می‌کنند [۱۰]. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند، سهیم می‌داند. افرادی که پذیرش اجتماعی خوبی دارند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران اعتماد دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد [۱۱]. عوامل متعددی روی سلامت اجتماعی تاثیر دارند. انتخاب نوع سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با آن، نه تنها نقشی اساسی در سلامت افراد دارد، بلکه میتواند بر عملکرد، بهزیستی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها مؤثر باشد .یکی از کارکردهای مثبت سبک زندگی سالم، ارتقای سطح سلامت اجتماعی افراد و جوامع است [۱۲].

طبق اظهارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سه عامل از چهار عامل مرگ و میر در کشور ایران به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به سبک زندگی مربوط می‌شوند [۱۳]. سبک زندگی سلامت محور که شامل مولفه های تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی افراد می‌باشد، راهنمایی برای جلوگیری از مشکلات بهداشتی و تضمین‌کننده میزان بالایی از سلامتی برای افراد است. انتخاب نوع سبک زندگی، می‌تواند بر عملکرد، بهزیستی و سلامت جسمی، روانی ـ ذهنی و اجتماعی افراد جامعه مؤثر باشد [۸].

سبک زندگی پیامدهای گسترده‌ای برای زندگی فردی و اجتماعی دارد و می‌تواند موجب ارتقای سلامت اجتماعی افراد

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

جامعه گردد. سبک زندگی می‌تواند عاملی برای بهره‌برداری بهتر از انرژی یا از هم پاشیدن خانواده، مهاجرت، میزان جرم و جنایت و رفتارهای بهداشتی باشد [۱۴]. سبک زندگی سلامت محور راهنمایی برای جلوگیری از مشکلات بهداشتی و تضمین‌کننده میزان بالایی از سلامتی برای فرد است [۱۵]. سبک زندگی سالم، مجموعه انتخاب‌هایی است که فرد بنابر موقعیت اجتماعی خود بر می‌گزیند و این انتخاب‌ها برآمده از موقعیت ساختاری و موقعیت فردی وی هستند. در حقیقت فرصت‌های زندگی یک شخص به وسیله‌ی موقعیت اجتماعی و ویژگی‌های منزلتی ویژه تعیین می‌شود[۱۶]. مدل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به منزله نسخه مکملی از مدل‌های ارتقای سلامت در نظر گرفته شده است که در آن سلامت به منزله وضعیت پویای مثبت، نه صرفاً نداشتن بیماری، تعریف شده است [۱۷]. سبک زندگی کلیت بی‌همتا و منحصر به فرد زندگی است که همه‌ی فرایندهای عمومی زندگی، ذیل آن قرار دارند[۱۸]. سبک زندگی سالم، بعنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر روی سطح سلامت اجتماعی افراد، بر روی عموم مردم در ایران انجام شده است [۱۹] اما در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین ایران بررسی انجام نشده است.

با توجه به اینکه زنان سرپرست خانوار خصوصا در مناطق حاشیه نشین از اقشار آسیب‌پذیر جامعه می‌باشند و با مسئولیت های چندگانه روبرو هستند، بررسی سلامت اجتماعی آنان و عوامل دخیل در آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. از طرفی تحقیقات کمی در مورد سلامت اجتماعی و همچنین سبک زندگی سلامت محور در زنان سرپرست خانوار خصوصا در مناطق حاشیه نشین ایران انجام شده است، بنابراین هدف از این تحقیق،، بررسی ارتباط بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر کرج در سال ۱۳۹۸ بود که در نهایت با توصیف و تبیین صحیح بتوان راهکارهایی برای ارتقای سلامت اجتماعی جامعه مورد مطالعه ارائه نمود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی است. جمعیت آماری تحقیق شامل کلیه زنان سرپرست خانوار در منطقه حاشیه شهر کرج (منطقه کلاک) در سال ۱۳۹۷- ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه پژوهش براساس فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد، مشخص گردید که برابر با ۱۶۰ نفر بود. برای انتخاب اعضای نمونه از شیوه نمونه‌گیری «طبقه‌بندی متناسب با حجم» هر ناحیه از منطقه کلاک استفاده شد. طوری که نمونه ها از هر ناحیه و متناسب با جمعیت آن منطقه انتخاب شدند.معیارهای ورود شامل زنانی که سرپرست خانوار باشند، در منطقه حاشیه نشین ساکن باشند، بیماری روانی جدی نداشته باشند و رضایت در شرکت در مطالعه داشته باشند. معیارهای خروج شامل بیماری روانی جدی و عدم رضایت در طرح بود.

روش اجرا

روش گردآوری داده ها براساس مصاحبهٔ حضوری و چهره به چهره بود. مدت زمان پرکردن پرسشنامه ها برای هر فرد به طور متوسط ۳۰ الی ٤٠ دقیقه بود که در طی سه ماه از مرداد لغایت آبان ماه ۱۳۹۸ جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده با کمک نرم‌افزار SPSS از آماره‌های توصیفی و استنباطی (آزمون تی، تحلیل واریانس یکطرفه، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) استفاده شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای دستیابی به اهداف پژوهش، از پرسشنامه استفاده شد که شامل سه قسمت بود: ۱- پرسشنامه داده‌های جمعیت‌شناختی: شامل ۹ سوال در مورد سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت سکونت، شغل، درآمد و منبع درآمد بود. ۲- پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور: پرسشنامه سبک زندگی سلامت‌محور (Health Promotion Lifestyle Profile) (HPLPII) از ٤٩ سوال تشکیل شده است که ٦ زیرشاخه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی داشت. پرسشنامه بر روی یک مقیاس لیکرت چهار درجه ای نمره گذاری می‌شود و هر یک از گویه‌ها ۱، ۲، ۳ یا ٤ امتیاز دارند؛ بدین صورت که پاسخ «هرگز» نمره ۱، پاسخ «گاهی اوقات» نمره ۲، پاسخ «اغلب» ۳ و پاسخ «همیشه و بطور معمول» نمره ٤ تعلق گرفت. برای بدست

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

آوردن امتیاز مربوط به هر خرده مقیاس، مجموع امتیازات گویه های مربوط به آن خرده مقیاس با هم جمع می‌شوند. همچنین امتیاز کلی پرسشنامه نیز از حاصل مجموع امتیازات همه گویه‌های پرسشنامه بدست می‌آید. در این پرسشنامه، نمرات بالاتر نشانگر سبک ارتقای سلامت مثبت و نمرات پایین‌تر بیانگر سبک ارتقای سلامت منفی می‌باشد. بالاترین نمره در این آزمون ۱۹۶ و پایین‌ترین نمره ٤۹ می‌باشد. در ایران در سال ۱۳۹۱ توافق درونی نهایی این پرسشنامه توسط آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲گزارش شده است [۲۰]. ۳- پرسشنامه سلامت اجتماعی: پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز که شامل ۱۵ سؤال بوده و پنج بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری سؤالات بصورت ۵ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت می‌باشد. پاسخگویان موافقیت خود با این سؤالات را با گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، بی نظر، کم و خیلی کم اعلام می‌کنند. پایین‌ترین نمره ممکن در سلامت اجتماعی ۱۵ و بالاترین نمره ممکن ۷۵ می‌باشد. توافق درونی نهایی این پرسشنامه توسط آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۱].

یافته‌ها

نتایج نشان داد که حداقل سن زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین۲۳ سال، حداکثر سن ۵۸ سال بود. مشخصات سوشیودموگرافیک افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. تمام زنان سرپرست خانوار، وضعیت اشتغال خود را «بیکار» گزارش نمودند

جدول شماره ۱: مشخصات سوشیودموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر		میانگین (انحراف استاندارد)/ درصد
سن (سال)، میانگین (انحراف استاندارد)		٤۱/۸ (۸/٤)
وضعیت تاهل	مجرد	٪۱/۳
	متاهل	٪۱٦/۹
	مطلقه	٪۵۵/٦
	بیوه	٪۲٦/۳
تحصیلات	بی سواد	٪۷۰/٦
	زیر دیپلم	٪۲۳/۱
	دیپلم	٪٤/٤
	لیسانس	٪۱/۹
وضعیت سکونت	منزل شخصی	٪٦/۹
	استیجاری	٪۸۵
	زندگی با اقوام و آشنایان	٪٦/۹
	نامعلوم	٪۱/۳

. با توجه به شاغل نبودن پاسخگویان، ۹۷ درصد هیچ نوع درآمدی نداشتند؛ فقط ۷ نفر (۳٪) درآمد ماهانه حداقل ٦۰۰ هزار تومان تا حداکثر یک میلیون و دویست هزار تومان را گزارش کردند.

یافته‌های حاصل از آمار توصیفی متغیرهای اصلی تحقیق شامل سلامت اجتماعی و سبک زندگی سلامت محور و زیرمقیاس های آن در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. میانگین متغیر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در دامنه نمره حداقل ۳۹ و حداکثر ۵۳ معادل ٤٦/۹و میانگین سبک زندگی سلامت محور در دامنه نمره حداقل ۱۰۵ و حداکثر ۱٤۷، معادل ۱۳۰/۹۷ بدست آمد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی

متغیر	حداقل	حداکثر	دامنه	انحراف معیار	میانگین
سلامت اجتماعی	۳۹	۵۳	۱٤	۲/۵۷	٤٦/۹
سبک زندگی سلامت محور	۱۰۵	۱٤۷	٤۲	۷/۸۰	۱۳۰/۹۷
رشد معنوی	۲۰	۳۱	۱۱	۲/۲۸	۲۵/۹۷
مسئولیت پذیری	۲۷	۳۹	۱۲	۲/٤٦	۳۵/۸۰
روابط بین فردی	۱٤	۲۲	۸	۱/٦۰	۱۸/٤٤
مدیریت استرس	۹	۱۵	٦	۱/۰۷	۱۳/۷۸
ورزش	۱۳	۲۳	۱۰	۱/۹۵	۱۷/٦٦
تغذیه	۱۵	۲۱	٦	۱/۳۸	۱۹/۳۲

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

جدول ۳: همبستگی ابعاد سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی

متغیرها	سلامت اجتماعی	رشد معنوی	مسئولیت پذیری	روابط بین فردی	مدیریت استرس	ورزش	تغذیه
رشد معنوی	۰/۲۹۳**						
مسئولیت پذیری	۰/۳۱۷**	۰/٤٥٩**					
روابط بین فردی	۰/۳۱۲**	۰/۷۱٥**	۰/٤۲٤**				
مدیریت استرس	۰/۰٦	۰/۳۰۸**	۰/٤۳۷**	۰/٤۷۳**			
ورزش	۰/۲۰*	۰/۷۲٤**	۰/۱۹۸*	۰/٦٥۹**	۰/۱۱۷		
تغذیه	۰/۱۳	۰/۳۱۰**	۰/۳۷۸**	۰/۳۸۸**	۰/٤٤۷**	۰/۲۹۳**	
سبک زندگی سلامت محور	۰/۳۳**	۰/۸٦۲**	۰/۷۱۳**	۰/۸٤٦**	۰/٥۷۱**	۰/٦۹۳**	۰/٥٥۳**

P-Value<0.05 *
P-Value<0.01 **

رابطه متغیر سبک زندگی سلامت محور و زیرمقیاس های آن شامل تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فـردی و رشـد مـعنوی با متغیر سلامت اجتماعی در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

نتایج حاصل از آزمون پیرسون نشان داد که همبستگی بین سبک زندگی سلامت محور و و همه ابعاد آن بغیر از تغذیه و مدیریت استرس با سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین، رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. از بین کلیه زیرمقیاس ها، مسئولیت پذیری قوی‌ترین همبستگی را با سلامت اجتماعی داشت (r=0.317, P-Value<0.01).

آزمون تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد که در بین گروههای مختلف وضعیت تاهل، سبک زندگی سلامت محور (P-Value=0.19) و میزان سلامت اجتماعی (P-Value=0.98) و همچنین در بین گروههای مختلف وضعیت سکونت، سبک زندگی سلامت محور (P-Value=0.15) و میزان سلامت اجتماعی (P-Value=0.91) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

آزمون پیرسون نشان داد که سن رابطه معناداری با سلامت اجتماعی (P-Value=0.79) و همچنین با سبک زندگی سلامت محور ندارد (P-Value=0.72) ولی میزان تحصیلات با سلامت اجتماعی (r=0.18, P-Value=0.025) و همچنین با سبک زندگی سلامت محور (r=0.20, P-Value=0.01) رابطه مستقیم معناداری داشتند.

جدول ٤: ارتباط بین ابعاد سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی از طریق آنالیز رگرسیون خطی

متغیرهای پیش‌بینی	رگرسیون خطی چندگانه				رگرسیون خطی ساده			
	سطح معناداری	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	ضریب غیر استاندارد	سطح معناداری	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	ضریب غیر استاندارد
رشد معنوی	۰.۳۳	۰.۰۹	۰.۲۹	۰.۰۰	۰.۰٦	۰.۱٥	۰.۰٥	۰.٦۸
مسئولیت پذیری	۰.۳۳	۰.۰۸	۰.۳۲	۰.۰۰	۰.۲۸	۰.۹٥	۰.۲۷	۰.۰۰٤
روابط بین فردی	۰.٥۰	۰.۱۲	۰.۳۱	۰.۰۰	۰.٥۰	۰.۲۰	۰.۳۱	۰.۰۱٤
مدیریت استرس	۰.۱٦	۰.۱۹	۰.۰٦	۰.٤۱	-۰.٤۹	۰.۲۲	-۰.۲۱	۰.۰۲۷
ورزش	۰.۲٦	۰.۱۰	۰.۲۰	۰.۰۱	-۰.۱٥	۰.۱٦	-۰.۱۲	۰.۳٤
تغذیه	۰.۲٥	۰.۱٥	۰.۱۳	۰.۰۹	۰.۰۰٥	۰.۱٦	۰.۰۰۳	۰.۹۸
تحصیلات	۰.۱۳	۰.۰٦	۰.۱۸	۰.۰۲٥	-۰.۱۱	۰.۰٦	۰.۱٥	۰.۰٦
	R=۰.۴۳۳			R^2=۰.۱۹			ADJ.R^2 =۰.۱٥	

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

در آزمون رگرسیون چندگانه (جدول ٤)، تحصیلات و ابعاد سبک زندگی سلامت محور، بعنوان متغیر پیش بینی کننده و سلامت اجتماعی بعنوان متغیر وابسته مورد آنالیز قرار گرفت. نتایج نشان داد که زیرمقیاس های سبک زندگی سلامت محور، ۱۵ درصد سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند. سه زیرمقیاس مسولیت پذیری، روابط بین فردی و مدیریت استرس هستند که به صورت معناداری سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند. با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره مسولیت پذیری، نمره سلامت اجتماعی ۰/۲۷انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت. همچنین با افزایش یک انحراف استاندارد در نمره روابط بین فردی، نمره سلامت اجتماعی ۰/۳۱ انحراف استاندارد بالاتر خواهد رفت و در صورت افزایش انحراف استاندارد در نمره مدیریت استرس، نمره سلامت اجتماعی ۰/۲۱ انحراف استاندارد کاهش خواهد یافت. از بین اینها، روابط بین فردی بیشترین تاثیر را روی سلامت اجتماعی داشت.

بحث

در این تحقیق ارتباط بین سبک زندگی سلامت محور و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین شهر کرج در سال ۱۳۹۸ با استفاده از پرسشنامه های استاندارد سلامت اجتماعی و سبک زندگی سلامت‌محور مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحقیق ما نشان داد که بین سبک زندگی سلامت محور و و همه ابعاد آن بغیر از تغذیه و مدیریت استرس با سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین، رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار وجود داشت. از بین زیرمقیاس های سبک زندگی سلامت محور، روابط بین فردی و سپس مسئولیت پذیری، بیشترین تاثیر را روی سلامت اجتماعی داشتند. سن، وضعیت تاهل و وضعیت سکونت روی سبک زندگی سلامت محورو همچنین میزان سلامت اجتماعی تاثیری نداشت ولی میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین با سبک زندگی سلامت محور و همچنین میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معناداری داشت.

در مطالعه ما اکثر زنان سرپرست خانوار از نظر تحصیلات، بیسواد یا در حد ابتدایی و فاقد شغل بودند و میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین با سبک زندگی سلامت محور و همچنین میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معناداری داشت.این نتایج مشابه با سایر مطالعات بود [۲۲،۲۳]. همسو با مطالعه ما، در سایر مطالعات هم، سلامت اجتماعی با تحصیلات رابطه معناداری داشت [۱۹،۲٤]. همچنین مقاله مروری فیروزبخت نشان داد که تحصیلات یکی از مولفه هایی است که با سلامت اجتماعی زنان ارتباط معناداری دارد [۲۵].در مطالعه محسنی [۲٦] بر روی زنان متاهل ۲۵-٤۵ ساله، نشان داد که تحصیلات روی سلامت اجتماعی زنان تاثیری نداشت. دلیل این تفاوت با مطالعه ما، ممکن است به این علت باشد که افراد مورد مطالعه، سرپرست خانوار و حاشیه نشین نبوده اند و میزان تحصیلات آنها نسبت به زنان مطالعه ما خیلی بیشتر بود. مطالعات نشان داده اند که یکی از مهمترین دلایل مؤثر بر کیفیت زندگی در زنان سرپرست خانوار، پایین بودن سطح سواد می‌باشد و همچنین تحصیلات با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، ارتباط مثبت معنی داری دارد [۲۲،۲۷]. فقر و پیدا کردن شغل از مهمترین مشکلات زنان سرپرست خانوار است [۲۸] و یکی از دلایل عدم اشتغال، بیسوادی می‌باشد. پژوهش های انجام شده در زمینه وضعیت اشتغال زنان سرپرست خانوار نیز نشان می‌دهد این زنان به دلیل برخورداری از سطوح پایین تر سواد، فرصت های شغلی محدودتری در مقایسه با مردان دارند و به طور تقریبی بیشتر آن ها به کارهای کارگری و خانه داری مشغول هستند و سطح تحصیلات پایین یکی از علل مهم جذب نشدن در بازارهای کار است [۲۹].

همراستا با مطالعه ما، در مطالعه زنان سرپرست خانوار شهر ارومیه هم سن تاثیری روی رفتارهای ارتقا دهندهٔ سلامت نداشت ولی تاهل تاثیر داشت [۲۲،۳۰]. در مطالعه دیگری [۳۱] فاکتور سن روی رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت زنان سرپرست خانوار تاثیر داشته و افزایش سن و طول مدت سرپرست خانوار بودن، سازگاری آنها را تقویت و باعث شرایط بهتر اجتماعی، مالی و فرهنگی برای زنان شده است که دلیل این تفاوت می‌تواند بعلت تفاوت در متد مورد مطالعه باشد که یک نوع تحقیق کیفی بوده است.

وضعیت تاهل در مطالعه ما، روی میزان سلامت اجتماعی تاثیری نداشت. همراستا با مطالعه ما، در مطالعه ای که بر روی بزرگسالان سرپرست خانوار غیردولتی انجام شد، نشان داد که افراد

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

متاهل نسبت به غیر متاهل ها سلامت اجتماعی بهتری ندارند [۳۲]. در مطالعه پارسامهر و همچنین در مطالعه ای که روی افراد ۲۵-۷٤ ساله در آمریکا انجام شده است، هم سلامت اجتماعی با وضعیت تاهل رابطه معناداری نداشت [۱۹،۳۲]. ولی در مطالعه بخارایی و همکارانش، بر خلاف مطالعه ما، وضعیت تاهل با سلامت اجتماعی زنان ارتباط معناداری داشته است [۳۳]. دلیل این اختلاف ممکن است به جامعه آماری مربوط باشد که در این مطالعه زنان ۱۸ تا ۵۵ ساله بود در حالیکه در مطالعه ما زنان سرپرست خانوار بودند که اکثرا مطلقه یا بیوه بودند.

همسو با مطالعه ما، در مطالعه ای [۱۹] که روی مردم شهرتالش انجام شد، نشان داد که بین سبک زندگی سلامت محور با سلامت اجتماعی افراد رابطه مستقیم وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون در مطالعه ما نشان داد که از بین زیرمقیاس های سبک زندگی سلامت محور، روابط بین فردی و سپس مسئولیت پذیری، بیشترین تاثیر را روی سلامت اجتماعی داشتند. همراستا با مطالعه ما، مطالعه یحیی زاده و همکاران نشان داد که در بین سه عامل پایگاه اجتماعی- اقتصادی باورهای دینی و مهارت‌های ارتباطی، فقط عامل مهارت های ارتباطی رابطه معناداری با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار داشته است [۳٤]. انسان موجودی اجتماعی می‌باشد و ارتباط بین فردی و گروهی در موقعیتهای زندگی خصوصا سلامت اجتماعی بسیار حائز اهمیت می‌باشد و به همین خاطر روابط سالم باعث پیشرفت انسان و روابط ناسالم باعث صدمه زدن به وی می‌گردد. زندگی سالمتر، محصول تعامل بین فردی و محیط اجتماعی ـ اقتصادی احاطه کننده افراد است [۳۵]. نشان داده شده است که سبک زندگی سالم موجب درک، تعهد، انعطاف پذیری در روابط، احساس مسئولیت پذیری و استفاده از فن خود مداخله ای برای حل تعارض میشود [۳٦]. در مطالعه مقدم و همکارانش روی خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بیشترین نمره را در ابعاد مسئولیت پذیری به دست آوردند[۲۲]. در مطالعه ما همه ابعاد سبک زندگی سلامت محور بغیر از تغذیه و مدیریت استرس، با سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشت. ولی در مطالعه پارسامهر، بین همه ابعاد سبک زندگی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود داشت و در آنالیز رگرسیون آنها، متغیرهای فعالیت بدنی، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی تاثیر معناداری با سلامت اجتماعی داشتند و رشد معنوی و مدیریت استرس بیشترین تاثیر را روی سلامت اجتماعی داشتند [۱۹]. دلیل تفاوت در مطالعه ما، ممکن است به این علت باشد که مطالعه ما در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین بود و در این مناطق فقر، سطح سواد پایین و بیکاری بیشتر می‌باشد و عوامل تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی آنان هم متفاوت بود.

در مطاله ما، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که زیرمقیاس های سبک زندگی سلامت محور، ۱۵ درصد سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند و این نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی می‌تواند تحت تاثیر عوامل متعدد دیگری باشد که نیاز به بررسی های بیشتر دارد. مطالعه رفیعی و همکارانش روی زنان سرپرست خانوار ایرانی نشان داد که بعضی منابع مثل پول، زمان و انرژی در کنار شدت درک شده از خطر سلامتی، دو عامل اصلی است، در حالی که خصوصیات فردی و اجتماعی – جغرافیایی زنان دو عامل متنی در این فعالیت های ارتقای سلامت زنان است [۳۱]. این مطالعه از نوع کیفی بود که از تئوری گراندد استفاده کرده بود. در واقع عوامل دربرگیرنده سلامت، هم در درون فرد و هم بیرون از او و هم در جامعه ای که در آن زندگی می‌کند، قرار دارد.

مطالعه مرور سیستماتیک روی زنان سرپرست خانوار نشان داده است که عوامل دیگری از جمله عوامل اجتماعی مانند سرمایه اجتماعی و مؤلفه های آن (اعتماد به نفس، احساس تعلق و مشارکت اجتماعی) و حمایت اجتماعی و ابعاد آن (احساسی، ابزاری و اطلاعاتی) بر سلامت انسان، به ویژه سلامت زنان سرپرست مؤثر است [۳۷].

یکی از محدودیت های این طرح مربوط به کسب رضایت و اعتماد زنان سرپرست خانوار مناطق حاشیه‌نشین برای پاسخگویی به پرسش‌های پژوهشگران بود؛ هر چند که پژوهشگران نهایت تلاش خود را برای نزدیک‌شدن به پاسخگویان و جلب اعتماد آنها برای دریافت پاسخ‌های صادقانه می‌کردند، اما فضای اجتماعی و فرهنگی مناطق حاشیه‌نشین گاهی موانعی جدی برای ایجاد چنین ارتباطی، فراهم می‌نمود که منجر به از دست رفتن نمونه‌ها و لزوم جایگزینی آنها می‌شد. محدودیت دیگر طرح این است که متغیرهای مستقل مورد سنجش در سلامت اجتماعی در پرسشنامه محدود بودند و نیاز است که تحقیقات دیگری با متغیرهای بیشتر

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

در این گروه زنان مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بین سبک زندگی سلامت محور و و همه ابعاد آن بغیر از تغذیه و مدیریت استرس با سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین، رابطه‌ای مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون، زیرمقیاس های سبک زندگی سلامت محور، ۱۵ درصد سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند که از بین اینها، روابط بین فردی و سپس مسئولیت پذیری، بیشترین تاثیر را روی سلامت اجتماعی دارند. میزان تحصیلات زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین با سبک زندگی سلامت محورو همچنین میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه مستقیم معناداری دارد. بنابر این با توجه به اینکه میزان تحصیلات در زنان سرپرست خانوار حاشیه نشین خیلی پایین است، لازم است که در این مناطق، روی مسئله آموزش خصوصا یادگیری مهارت های فردی و اجتماعی بیشتر توجه شود تا زنان سرپرست خانوار که از اقشار آسیب پذیر جامعه هستند و با مسائل و مشکلات بسیاری روبه‌رو می‌باشند، بتوانند از جنبه های مختلف سلامت، خصوصا سلامت اجتماعی برخوردار شوند و بتوانند نقش مراقبتی خود را به نحو احسن انجام دهند.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی البرز و جهاد دانشگاهی واحد استان البرز با کد ۳٦٤۷۰۳۸ وکد اخلاق IR.ABZUMS.rec.1397.194 می‌باشد. نویسندگان مقاله بر خود لازم میدانند از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه البرز و جهاد دانشگاهی واحد استان البرز بخاطر حمایت مالی پژوهش حاضرتشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Ozawa MN, Lee Y, Wang KY-T. Economic conditions of female-headed households in Taiwan in comparison with the United States and Sweden. Journal of Comparative Social Welfare 2011;27(1):63-74.
2. Kimiaee S. Methods used for empowering head-of-household women. Social welfare quarterly 2011;11(40):63-92.
3. Clark CC, Paraska K. Health promotion for nurses: A practical guide. Jones & Bartlett Publishers; 2014.
4. Staff UNHSP, Programme UNHS. The challenge of slums: global report on human settlements, 2003 .UN-HABITAT; 2003.
5. Eldering L, Knorth EJ. Marginalization of immigrant youth and risk factors in their everyday lives: The European experience. Paper presented at: Child and Youth Care Forum1998.
6. Hazarika I. Women's reproductive health in slum populations in India: evidence from NFHS-3. Journal of Urban Health 2010;87(2):264-277.
7. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors Contributing to Social Health among Teachers of Maraghe City. Social Welfare 2013;12(47):225-243.
8. Williams SJ. Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? Sociology of health & illness 1995;17(5):577-604.
9. Larson JS. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Social indicators research 1996;38(2):181-192.
10. Keyes CLM. Social well-being. Social psychology quarterly 1998:121-140.
11. Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of health and social behavior 2002:207-222.
12. Cockerham WC, Scambler G. Medical sociology and sociological theory. Medical Sociology 2010:1.
13. Akbari I. Community nutrition as a healthy key. Paper presented at: Proceedings of the 8th Congress of Nutrition 2004.
14. Sobel ME. Lifestyle and Social Structure: Concepts, Definitions. Analysis. New York. NY: Academic Press; 1981.
15. Divine RL, Lepisto L. Analysis of the healthy lifestyle consumer. Journal of Consumer marketing 2005;22(5):275-283.
16. Cockerham WC. The sociology of health behavior and health lifestyles. Handbook of medical sociology 2000;5:159-172.
17. Pender N. Murdaugh LC. Parsons AM. Health Promotion in Nursing practice. Fifth Edition. USA: Prentce Hall. 2006:51-57.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

18. Ansbacher HL, Ansbacher RR. The individual psychology of Alfred Adler. 1956.

19. M p, SP R. The Study of the Relationship between Lifestyle and Social Health among People of Talesh City. Tosea Ejtemayi 2015;10(1):35-66.[In Persian]

20. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2012;21(1):102-113.

21. Hashemi T, Hekmati I, Vahedi S. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. 2014.

22. Shaykhi N, Najafi S. Investigating the Status of Health Promoting Behaviors and Its relation to Self-Efficacy and Social Support in Female Heads of Suburban Households of Urmia City. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care 2020;27(6):394-404.

23. Hardan-Khalil K. Factors Affecting Health-Promoting Lifestyle Behaviors Among Arab American Women. Journal of Transcultural Nursing 2020;31(3):267-275.

24. SA H, M T. The effect of social support on the social health of women head of household. Pajooheshe Ejtemayi. 2010;3(7).[In Persian]

25. Firouzbakht M, Riahi M, Tirgar A. A study of the effective factors on the women's social health: A review study in Persian scientific journals. 2017.

26. Mohseni R, Moeinfar S, Moeinfar A, Saei R. Social factors affecting women's social health in Uremia: Case Study on Married Women 25-45 Years. Journal of Health Literacy 2018;3(1):30-38.

27. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K. Health related quality of life in the female-headed households. International Journal of Epidemiologic Research 2015;2(4):178-183.

28. Hossain N, Huda S. Problems of the women headed households. BRAC-ICDDR, B Joint Research Project; 1995.

29. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbeyani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. The survey of quality of life and its related factors in female-headed households supported by Tehran Municipality, Ddistrict 9. Iranian Journal of Epidemiology 2014;10(2):48-55.

30. Khazaeian S, Kariman N, Ebadi A, Nasiri M. Factors associated with mental health and its relation with health-promoting lifestyle in female heads of households: a cross-sectional study. Iranian Red Crescent Medical Journal 2018;20(11).

31. Rafii F, Seyedfatemi N, Rezaei M. Factors involved in Iranian women heads of household's health promotion activities: A grounded theory study. The open nursing journal 2013;7:133.

32. Shapiro A, Keyes CLM. Marital status and social well-being: Are the married always better off? Social Indicators Research 2008;88(2):329-346.

33. Bokharaee A, Sharbatiyan M, Imeni N. A sociological study of women's social health and the effective factors (case study: women in district four of Tehran). Scientific journal management system 2015;4(7):29-54.

34. Yahyazadeh H RM. Social Health and Social Factors Affecting it Case Study: Women Head of Household in Qorveh.. Barnamehrizie refah va tosee ejtmayi 2014;2014(16):69-102.[In Persian]

35. Segrin C, Flora J. Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. Human communication research 2000;26(3):489-514.

36. Butler MH, Stout JA, Gardner BC. Prayer as a conflict resolution ritual: Clinical implications of religious couples' report of relationship softening, healing perspective, and change responsibility. 2002.

37. Khazaeian S, Kariman N, Ebadi A, Nasiri M. The impact of social capital and social support on the health of female-headed households: A systematic review. Electronic physician 2017;9(12):6027.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]

AUMJ Alborz University of Medical Sciences Journal
Alborz University of Medical Sciences Journal, April 2021, Vol. 10, No. 2: 196-205 *Original Article*

Maryam Sha'ban[1], Nooshin Ghavidel[2*]

[1] PhD Candidate, Faculty Member of Academic Center for education Culture and Research (ACECR), Alborz Branch, Karaj, Iran
[2] Neuroscience PhD, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

The Relationship between Health-Promoting Lifestyle and social well-being in Female Heads of Suburban Households of Karaj City

Received: 11 Jun 2020 ; Accepted: 21 Feb 2021

Abstract

Background: Female-headed households are one of the most important, sensitive and vulnerable groups in society whose health status is important for facilitating and policy-making. The aim of this study was to determinate the relationship between health-promoting lifestyle and social well-being in female heads of suburban households of Karaj city.

Materials and methods: Overall, 160 female-headed households of suburban of Karaj were selected by stratified random sampling method. Data were collected through the standard social well-being and Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) questionnaires. Data analysis was performed using Pearson correlation, one-way analysis of variance (ANOVA) and multiple regression tests with a significance level of 5% by SPSS 22.0.

Results: The results showed a significant positive correlation between health-promoting lifestyle and social well-being in female-headed households of suburban ($r = 0.33$, P-Value <0.01). Regression analysis showed that from subscales of the health-promoting lifestyle, interpersonal relationships ($B = 0.31$, P-Value $= 0.014$) and responsibility ($B = 0.27$, P-Value $= 0.004$) had the greatest impact on social well-being. Education level had a significant positive correlation with social well-being ($r = 0.18$, P-Value $= 0.025$) and health-promoting lifestyle ($r = 0.20$, P-Value $= 0.01$).

Conclusion: Health-promoting lifestyle, especially sub-scale of interpersonal relationships affect the social well-being of female-headed households of suburban. Given that the education level of these women was very low, it is recommended to pay more attention to education, especially the learning of individual and social skills in these areas.

Keywords: Female-headed households, Health-Promoting Lifestyle, Marginalization, Social well-being

***Corresponding Author:**
Neuroscience PhD, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Tel: 02634643176
E-mail: ngh_med50@yahoo.com

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/aums.10.2.196]