

مقایسه وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و همسر دار آموزش و پرورش استان ایلام^۱

اسحاق قیصریان^۲

امیدعلی باپیری^۳

عبادالله مرادی^۴

چکیده

زنان سرپرست خانوار به دلیل تداخل نقش نان‌آوری با نقش خانه‌داری و فشار ناشی از نقش، زمان کافی برای تربیت مناسب و ارائه حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و مالی مناسب به فرزندان‌شان و کنترل رفتارها و اعمال آنان را ندارند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و همسر دار آموزش و پرورش استان ایلام انجام گرفته و برای این منظور از روش تحقیق پیمایشی به صورت مقایسه‌ای استفاده شده است و با بهره‌گیری از نمونه‌گیری تصادفی، از بین زنان شاغل سرپرست خانوار ۹۵ نفر و زنان شاغل دارای همسر ۳۵۱ نفر انتخاب شده‌اند. میانگین سلامت روانی در بین زنان شاغل سرپرست خانوار ۲۸/۷ و در بین زنان شاغل همسر دار ۱۹/۷ است. میانگین ابعاد سلامت روانی در بین زنان شاغل دارای همسر، پایین‌تر از زنان شاغل سرپرست خانوار است. شیوع اختلالات روانی در چهار بُعد نشان داده است که بیشترین اختلالات روانی در بین زنان شاغل سرپرست خانوار، مربوط به بُعد علائم اضطرابی و جسمانی و کمترین اختلال، مربوط به بُعد افسردگی است.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، زنان شاغل، سرپرست خانوار، دارای همسر.

۱. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با همین عنوان است که با حمایت مالی اداره کل آموزش و پرورش استان ایلام انجام شده است.
۲. دانش‌آموخته دکتری تخصصی جامعه‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان (نویسنده مسئول)
۳. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان
۴. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روانشناسی، دبیر آموزش و پرورش

مقدمه و طرح مسئله

خانواده به مثابه منسجم‌ترین گروه موجود در جامعه، در جامعه‌پذیری فرد و تحقق جامعه سالم نقش مهمی دارد. در اغلب جوامع، مردان به عنوان سرپرست خانواده، عمدتاً نقش اقتصادی و حمایتی خانواده را بر عهده دارند و در مقابل آن، کارهای خانه و اداره امور آن به زنان خانواده محول می‌شود، به همین خاطر پدیده بی‌سرپرستی در اغلب تعاریف با عنوان فقدان پدر در خانواده تعریف می‌شود و غیبت وی در مسائل اقتصادی، مدیریت خانواده و بهروزی خانواده مؤثر است؛ همچنین زن در قوانین و مقررات حقوقی ایران، وظیفه‌ای در تأمین نیازهای خانواده ندارد و مسئولیت مهم وی در تربیت نسل انسانی و فراهم‌سازی رشد و بهروزی خانواده است (بلداجی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰). در حالت عادی و زمانی که پدر و مادر یا زن و شوهر کارکردهای متناسب با نقش خود را انجام می‌دهند، مردان سرپرست خانواده محسوب می‌شوند؛ اما چنانچه مرد خانواده کارکردهای نقش خود را به‌خوبی ایفا نکند، سرپرستی خانواده بر عهده زن قرار می‌گیرد. زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال سرپرستی خانواده را بر عهده دارند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی بر عهده آنهاست.

زنان سرپرست خانوار شامل زنان بیوه، مطلقه، همسران مردان معتاد، همسران مردان زندانی، همسران مردان مهاجر، زنان خودسرپرست و همسران مردان از کارافتاده و معلول است. زنان سرپرست خانوار از زمانی که همسر خود را به هر دلیلی از دست می‌دهند مجبور به ایفای نقش‌های چندگانه‌ای می‌شوند که در تعارض با یکدیگر قرار دارند. گروه عمده‌ای از این زنان با فقر و ناتوانی و بی‌قدرتی، به‌ویژه در امور اقتصادی خانوار روبه‌رو هستند؛ به طوری که عزت نفس و سلامت روانی آنان، مختل و زمینه ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات در آنان فراهم می‌شود.

امید به زندگی در زنان بالاتر از مردان است و زنان سالمند به دلیل مرگ همسرانشان و افزایش میزان طلاق در حال تبدیل شدن به سرپرستان خانوار هستند. در ایران ۷۱/۴ درصد از زنان سرپرست خانوار، بیوه ۱۳/۶ درصد متأهل هستند، ۱۰ درصد طلاق گرفته‌اند و ۵ درصد هرگز ازدواج نکرده‌اند.

در سال ۱۳۷۵ سرپرستی ۷/۴ درصد از خانوارهای ایلامی بر عهده زنان بوده که این میزان در سال ۱۳۹۵ به ۱۱/۷ درصد افزایش یافته است. در همین مقطع زمانی، میانگین کشوری از ۸/۷ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۱۲/۷ درصد در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). طی این دوره زمانی هویت زنان سرپرست خانوار دستخوش تحول شده است؛ به طوری که طی یک دهه اخیر، عمده زنان سرپرست خانوار را زنان خودسرپرست و بی-همسر در اثر طلاق تشکیل داده است. روند افزایشی مذکور، گویای این مطلب است که نمی‌توان به سادگی از کنار مسئله زنان سرپرست خانوار گذشت. مقوله زنان سرپرست خانوار به منزله یک نقطه کانونی است که هم از دیگر آسیب‌ها به شکل مستقیم و غیرمستقیم تأثیر می‌پذیرد و هم آنکه خود می‌تواند زمینه‌ساز و تقویت‌کننده دیگر آسیب‌ها باشد.

وضعیت اقتصادی، اجتماعی و سلامت زنان سرپرست خانوار را می‌توان از جنبه‌های مختلفی بررسی نمود. آنها از لحاظ اقتصادی، آسیب‌پذیرتر از مردان سرپرست خانوار هستند. ۴۳ درصد از زنان سرپرست خانوار در دو دهک پایین درآمدی قرار دارند؛ در حالی که تنها ۱۶ درصد از مردان سرپرست خانوار در این دسته قرار دارند. در همه دهک‌های درآمدی، به طور متوسط مخارج سرانه بهداشتی زنان سرپرست خانوار بیشتر از مردان سرپرست خانوار است. ۷/۹ درصد از زنان سرپرست خانوار از معلولیت و بیماری‌های جسمی و روانی رنج می‌برند و ۳۰ درصد به دلیل مسائل مرتبط با سلامت قادر به کار نیستند. زنان زیربنا، تأمین‌کننده و ادامه‌دهنده سلامت خانواده و جامعه محسوب می‌شوند؛ به سخن دیگر، سلامت زنان از مفاهیم زیربنایی توسعه و رفاه اقتصادی - اجتماعی است (پرویزی و همکاران، ۱۳۸۸: ۵).

زنان برای اینکه بتوانند نقش مراقبت‌کنندگی خود را به نحو احسن انجام دهند، لازم است سطح سلامت و رفاه خود را حفظ نمایند و ارتقا دهند. با این حال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سلامت زنان به دلایل مختلف آسیب‌پذیرتر از مردان است و علاوه بر ویژگی‌های بیولوژیک، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز قرار دارد. زنان سرپرست خانوار به عنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی هستند و به علت تعدد نقش‌هایی که بر عهده آنهاست، فشارهای زیادی را در کانون

خانواده تجربه می‌کنند. داشتن نقش مادر که باید به امور تربیتی فرزندان رسیدگی نماید و کانون خانواده را به مکانی امن و آرام مبدل کند در کنار نقش پدر که باید چرخ اقتصادی خانواده را بچرخاند مسئولیتی سنگین را بر این زنان تحمیل می‌کند.

اشتغال زنان از ساختار اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی جامعه و نظام شخصیتی آنان تأثیر می‌پذیرد. چنانچه کشوری بخواهد مسیر رشد و توسعه را در پیش گیرد و مشکلات را در این راه از پیش رو بردارد، باید به موانع اشتغال زنان بیشتر توجه کند؛ این موانع که طیف وسیعی از موانع فیزیولوژیکی، شخصیتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را دربرمی‌گیرد شرایط خاصی را در اشتغال زنان بخصوص در کشورهای جهان سوم ایجاد کرده است (معیدفر، ۱۳۸۶: ۱۳۱).

بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن، در سال ۱۳۹۵ نسبت جنسی در استان ایلام برابر با ۱۰۳/۶ بوده است که در حدود ۴۹ درصد از این جمعیت را زنان تشکیل می‌دهند؛ همچنین از ۱۱/۶ درصد جمعیت زنان سرپرست خانوار استان، تنها ۱۲ درصد شاغل هستند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵) و نزدیک به ۵ درصد از آنان در آموزش و پرورش استان فعالیت دارند؛ لذا جمعیت زیادی از زنان شاغل سرپرست خانوار در آموزش و پرورش استان مشغول به فعالیت هستند. شرایط آنان نیز با دیگر زنان سرپرست خانوار متفاوت است. در کنار تعدد نقش‌های آنها در محیط خانواده، در محیط کار نیز نقش مهم تعلیم و تربیت نسل آینده را بر عهده دارند؛ از این رو، به نظر می‌رسد سلامت روانی این قشر از زنان سهم عمده‌ای در سلامت خانواده و جامعه دارد. ذکر این نکته ضروری است که محیط زندگی و فضای فرهنگی جامعه نیز در میزان سلامت زنان سرپرست خانوار مؤثر است؛ لذا این مطالعه در بین زنان شاغل سرپرست خانوار و همسر دار استان ایلام انجام شده است؛ از این رو، سؤال اصلی مطالعه حاضر این است که وضعیت سلامت روانی در بین زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار آموزش و پرورش استان ایلام چگونه است؟

هدف اصلی تحقیق

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار آموزش و پرورش استان ایلام است.

اهداف فرعی تحقیق

- بررسی وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار آموزش و پرورش استان ایلام؛
- بررسی وضعیت سلامت روانی زنان شاغل همسر دار آموزش و پرورش استان ایلام؛
- مقایسه وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل همسر دار آموزش و پرورش استان ایلام.
- بررسی رابطه بین سلامت روانی و ویژگی‌های جمعیت‌شناسی زنان سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار آموزش و پرورش استان ایلام.

سؤالات پژوهش

- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار چگونه است؟
- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار در مقایسه با زنان شاغل دارای همسر چگونه است؟
- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار بر حسب میزان تحصیلات چگونه است؟
- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار بر حسب درآمد چگونه است؟
- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار بر حسب سن چگونه است؟
- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل دارای همسر بر حسب تعداد فرزندان چگونه است؟
- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار بر حسب مقطع تحصیلی فعالیت چگونه است؟
- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار بر حسب تعداد سال‌های سرپرستی خانواده چگونه است؟
- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار بر حسب علت سرپرستی چگونه است؟

فرضیه‌های پژوهش

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل همسرदार تفاوت دارد.
- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل همسرदार بر حسب میزان تحصیلات متفاوت است؟
- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل همسرदार بر حسب درآمد، متفاوت است.
- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل همسرदार بر حسب سن متفاوت است.
- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل همسرदार بر حسب تعداد فرزندان متفاوت است.
- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل همسرदार بر حسب مقطع تحصیلی متفاوت است.
- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار بر حسب تعداد سال‌های سرپرستی متفاوت است.
- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار بر حسب علت سرپرستی متفاوت است.

پیشینه نظری و تجربی تحقیق

در عصر حاضر سلامت روان یکی از مهمترین شاخص‌های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می‌شود و عمیقاً مورد توجه روانپزشکان، روانشناسان و سایر دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی قرار گرفته است. بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌های صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نمایند و راه‌حل‌های مطلوب‌تری را برای مشکلاتشان انتخاب کنند؛ چراکه اگر فشار روانی، فرد را به طور مداوم تهدید کند، دیگر نمی‌تواند انسان بانشاط، نیرومند و توانایی در انجام مسئولیت‌های اجتماعی خود باشد (بنائیان و همکاران، ۱۳۸۵: ۵۶۵).

واژه Health از نظر ریشه‌شناسی از واژه یونانی Holth گرفته شده و به معنای کمال، کامل و جامع است. این واژه در فرهنگ آریانپور (۱۳۸۴) به معنای

تندرستی، بهبودی و سلامت حال و مزاج و در فرهنگ لغت آکسفورد (۲۰۱۰) به معنای تندرستی، سلامتی، بدون بیماری و مقاوم در برابر بیماری آمده است. در دیدگاه پزشکی، اعتقاد بر این است که سلامت روان، معادل بهنجاری و به معنای فقدان بیماری روانی است (برانون و فیست، ۲۰۰۷؛ به نقل از پیرخائفی و همکاران، ۱۳۸۸: ۲۵). بیماری روانی از نظر صاحب-نظران این دیدگاه، ناهماهنگی و بی‌نظمی‌ای است که در کارکردهای عالی مغز انسان به دلیل تعارض‌ها، ناکامی‌ها، شکست‌ها و یادگیری‌های نامناسب در طول زمان به وجود می‌آید.

دیدگاه دیگر درباره سلامت روان مربوط به حوزه روانشناسی انسان‌گرایی و گرایش‌های نوین آن است. در این دیدگاه، اعتقاد بر آن است که سلامت روان معادل خودشکوفایی است و به معنای فرابهنجار بودن است (سیلگمن، ۲۰۰۲، پترسون، ۲۰۰۴ و مایهالی، ۲۰۰۲، به نقل از پیرخائفی و همکاران، ۱۳۸۸: ۳۰). از منظر صاحب‌نظران این دیدگاه، فرابهنجاری زمانی اتفاق می‌افتد که فرد با پرورش توانایی‌ها و قابلیت‌های مثبت درونی خود موفق شود از سد نابهنجاری عبور کند و به سوی سلامت روان (فرابهنجاری) حرکت نماید.

هر یک از دیدگاه‌های روانشناسی به تعریف انسان سالم، مفهوم سلامت روان و راه‌های پیشگیری و درمان مشکلات روانی اشاره کرده‌اند. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روانی را چنین تعریف می‌کند: «سلامت روانی در مفهوم کلی سلامت جای می‌گیرد و سلامت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی. سلامتی تنها نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست» (گنجی، ۱۳۸۸: ۵۴).

فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس (۱۳۸۸)، سلامت روانی را «استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود، توانایی داشتن» تعریف می‌کند. هر کدام از مکاتب و رویکردهای روانشناسی تعریفی از سلامت روان ارائه داده‌اند که نشانگر دیدگاه‌های بنیانگذاران و صاحب‌نظران آن مکتب‌هاست. در این قسمت به بیان تعاریف سلامت روان از منظر مهمترین مکاتب روانشناسی پرداخته می‌شود:

مکتب زیست‌گرایی: طبق این دیدگاه، سلامت روانی عبارت است از نظم

متعادلی که خوب کار می‌کند. اگر تعادل به هم بخورد، بیماری روانی ظاهر خواهد شد؛ بنابراین سلامت روانی زمانی وجود خواهد داشت که بافت‌ها و اندام‌های بدن به طور سالم کار کنند. هر نوع اختلال در دستگاه عصبی و در فرایندهای شیمیایی بدن، اختلال روانی به همراه خواهد آورد.

مکتب روانکاوی: از این دیدگاه سلامت روانی زمانی وجود دارد که من با واقعیت سازگار شود و تکانش‌های غریزی نهاد به کنترل درآید؛ حتی برخی روانکاوان، از قابلیت سازگاری فراتر می‌روند و می‌گویند که فرد باید بتواند بین سه عنصر شخصیت (نهاد، من، من برتر) تعادل برقرار کند؛ بنابراین اگر بین نهاد و من برتر تعارض به وجود آید، بیماری روانی ظاهر خواهد شد. مکتب روانکاوی معتقد است که سلامت روانی یعنی کنش متقابل موزون بین سه عنصر مختلف شخصیت: نهاد، من و من برتر.

مکتب رفتارگرایی: از دیدگاه رفتارگرایی، سلامت روانی، رفتاری است که با محیط معینی، با نوعی بهنجاری رفتاری سازگاری دارد. این مکتب معتقد است که رفتار ناسالم نیز مانند سایر رفتارها، در اثر تقویت آموخته می‌شود؛ بنابراین سلامت روانی نیز رفتاری است که آموخته می‌شود.

مکتب انسان‌گرایی: این مکتب معتقد است که سلامت روانی یعنی ارضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به سطح خودشکوفایی؛ بنابراین هر عاملی که فرد را در سطح نیازهای سطوح پایین نگه دارد و از خودشکوفایی او جلوگیری کند اختلال رفتاری به وجود خواهد آورد. مزلو یکی از روانشناسان انسان‌گراست که معتقد است نیازهای انسان متناسب با نیرومندی، به پنج طبقه تقسیم می‌شود. به عقیده وی، سلامت روانی عبارت است از: حالت کسی که از نظر نیازهای بنیادی آنقدر ارضا شده است که می‌تواند برای خودشکوفایی انگیزه داشته باشد؛ بنابراین مفهومی که مزلو از سلامت روانی دارد بر رشد فرد در جهت خودشکوفایی تأکید می‌کند (گنجی، ۱۳۸۸: ۷۵).

مکتب بوم‌شناسی: بوم‌شناسی یعنی مطالعه محیط‌های زندگی موجودات زنده و مطالعه روابط این موجودات با یکدیگر و محیط. این دیدگاه معتقد است که عوامل موجود در محیط فیزیکی مثل سر و صدا، آلودگی هوا، زیادی جمعیت، کوچکی محل سکونت و به خطر افتادن حریم می‌تواند سلامت روانی فرد را به خطر اندازد (همان: ۸۳).

پس از تعریف مفهوم سلامت روان و رویکردهای مرتبط با موضوع، به بررسی ادبیات تجربی پژوهش در جهت درک عمیق‌تر مسئله تحت مطالعه و به دست آوردن منابع ارزشمند از مطالعات قبلی، اشاره می‌شود که می‌تواند پایه‌ای برای تحقیقات آینده باشد و به پژوهشگر کمک کند تا روش‌های مناسبی برای تدوین کل پژوهش ارائه دهد. در پیشینه تجربی این تحقیق، برخی از مطالعات به موضوع سلامت روانی زنان و برخی هم به بررسی وضعیت زنان سرپرست خانوار از جنبه‌های مختلف پرداخته‌اند.

«بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار»، عنوان مطالعه‌ای است که نوری و همکاران (۱۳۸۲) انجام داده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میانگین حاصل از نمرات آزمون سلامت روانی در آزمودنی‌های گروه مورد به طور معناداری بالاتر از میانگین حاصل از نمرات همان آزمون در جامعه بهنجار ایرانی و حاکی از آن است که این زنان در معرض آسیب‌های روانی قرار دارند. شدیدترین علائم در آزمودنی‌های گروه مورد افسردگی و شکایت جسمانی است، آزمودنی‌های گروه شاهد به طور معناداری از آزمودنی‌های گروه مورد نیز افسرده‌ترند.

حسینی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران پرداخته‌اند. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که ۷۷ درصد از زنان سرپرست خانوار این پژوهش از سلامت روان کامل برخوردار نبوده و تنها ۲۳ درصد از آنان از سلامت روان کامل برخوردار بوده‌اند؛ همچنین نتایج آن نشان می‌دهد که بین علت سرپرستی و سلامت روان زنان رابطه وجود ندارد؛ اما بین تحصیلات و مدت‌زمان سرپرستی با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد.

«تعدد نقش و سلامت روان در زنان سرپرست خانوار» عنوان مطالعه‌ای است که ربیعی (۱۳۹۰) انجام داده است. تعدد نقش از یک سو به علت ایجاد حس مفید بودن بخشی از نیازهای روانی زنان سرپرست خانوار را تأمین کرده و موجب گسترش عاملیت، توانمندی و خودباوری آنان شده است؛ از سوی دیگر نمی‌توان از پیچیدگی و دشواری تعدد نقش و مشکلاتی که برای آنان ایجاد می‌کند غافل ماند؛ به‌ویژه در مورد این قشر که شغلشان تا حدودی زمینه را برای ایجاد اختلالات روانی (اضطراب، ناامیدی، خستگی، افسردگی و

بیماری‌های جسمانی) در آنان فراهم می‌سازد؛ همچنین در سطح همین نمونه خاص که تعدد نقش، تأثیر مخربی بر سلامت روان آنها نداشته و میزان سلامت روان در آنان در سطح متوسطی بوده است.

ایروانی (۱۳۹۰) به بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری پرداخته است. نتایج پژوهش او نشان می‌دهد که علائم اضطراب و اختلال در زنان سرپرست خانوار شاغل بیش از زنان عادی شاغل است. از لحاظ آماری بین میزان اختلال کارکرد اجتماعی در بین زنان شاغل عادی و شاغل سرپرست خانوار، تفاوت معناداری وجود ندارد و میزان اختلال کارکردهای اجتماعی زنان سرپرست خانوار شاغل بیشتر از زنان عادی شاغل است؛ همچنین میزان افسردگی در زنان سرپرست خانوار بیشتر از زنان عادی شاغل است.

حیدری و میرزایی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار شهری و روستایی شهرستان جهرم و عوامل اجتماعی-اقتصادی مرتبط با آن با استفاده از روش پژوهش پیمایشی و نمونه‌گیری طبق سهمیه‌ای پرداخته‌اند. بر اساس یافته‌های تحقیق آنان، سالخورده‌گان، روستاییان، کسانی که در منزل غیرشخصی ساکن هستند و کسانی که به علل ارادی سرپرست خانوار شده‌اند، در مقایسه با دیگران، سلامت جسمانی کمتری داشتند. شاغلان و باسوادان، سلامت روانی کمتر و کسانی که رضایت اجتماعی بیشتری داشته‌اند، سلامت روانی بیشتری داشتند.

شهبازی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی با سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار پرداخته‌اند. مطالعه آنان از نوع مقطعی - تحلیلی و جامعه پژوهش آنان شامل کلیه زنان تحت پوشش سازمان بهزیستی استان ایلام و حجم نمونه ۷۵۰ نفر از آنها بوده است. بر اساس نتایج این مطالعه ۷۹/۸ درصد از زنان شرکت‌کننده در مطالعه از سلامت عمومی برخوردار نبودند. سن، افزایش زمان تحت پوشش بودن و وجود بیماری تشخیص داده شده در آنالیز رگرسیون لجستیک مهمترین متغیرهای پیش-بینی‌کننده سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار بوده‌اند.

سیدفاطمی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای عوامل مؤثر در ارتقای سلامت زنان سرپرست خانوار را به روش کیفی و با رویکرد گراندد تئوری بررسی

کرده‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که منابع باقی مانده (پول، وقت و انرژی باقی مانده) و عوامل زمینه‌ای، عوامل مؤثر در ارتقای سلامت زنان سرپرست خانوار هستند.

مقایسه سلامت روانی زنان سرپرست خانواده با زنان همسردار، عنوان مطالعه‌ای است که صفاییان و اسدپور (۱۳۹۵) انجام داده‌اند. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و زنان دارای سرپرست شهر تهران تشکیل داده است. ۱۰۰ نفر زن سرپرست خانوار و ۱۰۰ نفر زن دارای سرپرست به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و بر اساس سن و تحصیلات، هم‌تاسازی شده‌اند. داده‌ها نیز با تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل گردیده است. نتایج نشان داده که سلامت روانی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست تفاوت معناداری دارد.

عنایتی‌فر و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی وضعیت سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای در زنان سرپرست خانوار شهر بیرجند پرداخته‌اند. این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار ۵۰-۲۰ ساله تحت پوشش کمیته امداد شهر بیرجند انجام شده است. بر اساس نتایج به دست آمده تنها ۱۱/۶ درصد از سلامت روان مطلوب برخوردار بوده‌اند. ۷۷/۵ درصد از پاسخگویان نیز مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور داشته‌اند. بین سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای، رابطه معناداری مشاهده نشده است.

استرس شغلی و سلامت روانی زنان سرپرست خانوار، عنوان مطالعه‌ای است که کیم و همکاران (۲۰۱۶) با هدف شناسایی استرس شغلی و سلامت روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار و بررسی رابطه بین آنها انجام داده‌اند. این مطالعه به صورت مقطعی، طراحی شده و یافته‌های آن نشان می‌دهد ۴۶/۷ درصد زنان سرپرست خانوار از نظر روانی شرایط مناسبی نداشتند. در زمینه ویژگی‌های مربوط به استرس شغلی که بر سطح سلامت روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد، مشخص شد که زنان سرپرست خانوار به دلیل روابط سازمانی و عوامل ناکافی جبران خسارت از نظر روان‌شناختی ناسالم‌تر هستند.

بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانوار بر اساس طبقه‌بندی سنی: یک مطالعه مقطعی در کره جنوبی، عنوان مطالعه‌ای است که کوون و کیم (۲۰۲۰)

انجام داده‌اند. بر اساس این مطالعه، ۳۹/۸ درصد از زنان سرپرست خانوار از نظر روانشناختی، ناسالم و ۲/۲ درصد افراد ۳۰-۱۵ ساله، ۸/۱ درصد افراد ۳۰-۵۰ ساله و ۲۹/۵ درصد زنان بالای ۵۰ سال، ناسالم بوده‌اند. در گروه سنی ۱۵-۳۰ سال، افسردگی/اضطراب با بهزیستی روانشناختی ارتباط منفی داشت. در گروه سنی ۳۰-۵۰ سال، به تنهایی زندگی می‌کنند، درد اسکلتی عضلانی، خستگی و افسردگی/اضطراب با بهزیستی روانشناختی ارتباط منفی داشت. در گروه سنی بالای ۵۰ سال، سطح تحصیلات پایین، زندگی تنها، درآمد کم، درد اسکلتی عضلانی، خستگی و افسردگی/اضطراب با رفاه روانشناختی ارتباط منفی داشت.

رحمان^۱ (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای با هدف بررسی سلامت روانی معلمان بر اساس جنسیت و محل سکونت، به بررسی سلامت روانی معلمان پرداخته است. وی ۱۰۰ معلم را به صورت تصادفی انتخاب کرده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین معلمان مرد و زن از نظر سلامت روانی، تفاوت معناداری وجود ندارد؛ همچنین سلامت روانی معلمان روستایی و شهری، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند.

نقد و مرور مطالعات تجربی پیشین

با مرور مطالعات انجام‌شده در خصوص موضوع پژوهش حاضر، مطالعه‌ای پیدا نشد که به طور مستقیم سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار آموزش و پرورش را بررسی نماید. پژوهش‌های زیادی به بررسی مسائل و مشکلات زنان سرپرست خانوار پرداخته‌اند که در این میان می‌توان آنها را به صورت‌های مختلفی دسته‌بندی کرد. در برخی از مطالعات مذکور به شیوه توصیفی، مسائل اقتصادی یا اجتماعی زنان سرپرست خانوار بررسی شده و در واقع در این سری از مطالعات صرفاً بخشی از مسائل زنان سرپرست خانوار مد نظر بوده است. در برخی دیگر از مطالعات انجام‌شده، به صورت تبیینی، تأثیر یک سری عوامل و متغیرها بر متغیرهای دیگر در بین زنان سرپرست خانوار واکاوی شده است. این گونه مطالعات صرفاً به انتخاب برخی از متغیرهای مرتبط با زندگی زنان

1. Rahaman

سرپرست خانوار پرداخته‌اند.

آنچه در بین این دو دسته از مطالعات مشترک است، غیرشاغل بودن و وابسته بودن این دسته از زنان از نظر اقتصادی به افراد و گروه‌های دیگر است. برخی دیگر از مطالعات به بررسی سلامت روانی و عوامل مؤثر بر آن در بین معلمان زن و مرد پرداخته‌اند و به سرپرستان خانوار اشاره‌ای نداشته‌اند. آنچه مطالعه حاضر را از مطالعات پیشین متمایز می‌کند این است که به سلامت روانی زنان معلم سرپرست خانوار در مقایسه با زنان معلم همسر دار توجه دارد؛ همچنین زنان سرپرست خانواری مورد بررسی قرار می‌دهد که شاغل هستند و به نظر می‌رسد در مقایسه با زنان سرپرست خانوار دیگر اقشار جامعه، مشکلات اقتصادی کمتری داشته و از وابستگی اقتصادی پایین‌تری برخوردار باشند.

روش‌شناسی تحقیق

در پژوهش حاضر با توجه به اهداف مطالعه و سؤالات آن، از روش تحقیق پیمایشی به صورت مقایسه‌ای استفاده شده است. در این پژوهش جامعه آماری شامل تمامی زنان شاغل سرپرست خانوار و همسر دار استان ایلام است. بر اساس داده‌های اداره کل آموزش و پرورش استان ایلام، تعداد زنان شاغل سرپرست خانوار در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ برابر با ۱۲۶ نفر است. بر اساس جدول مورگان و بر اساس تعداد زنان شاغل سرپرست خانوار در استان ایلام، حجم نمونه برابر با ۹۵ نفر می‌باشد. با توجه به در اختیار بودن اسامی و تعداد زنان شاغل سرپرست خانوار، نمونه‌گیری به صورت تصادفی سیستماتیک انجام شده است.

از آنجایی که تلاش می‌شود سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل دارای همسر مقایسه شود، لذا نمونه‌گیری جداگانه‌ای در مورد زنان شاغل همسر دار انجام شده که در مورد این گروه از زنان شاغل از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم و بر اساس جمعیت آنها در شهرستان‌ها و مناطق آموزشی استفاده شده است. با توجه به تعداد زنان شاغل دارای همسر استان ایلام (۴۵۰۰ نفر)، تعداد ۳۵۱ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین شد؛ از این رو می‌توان گفت با توجه به اینکه مطالعه به صورت مقایسه‌ای بین دو

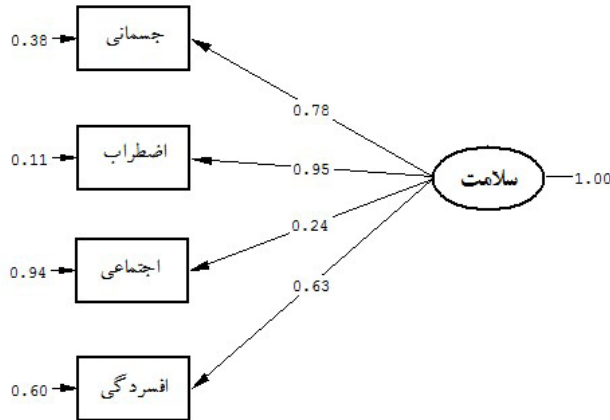
گروه انجام شده، نمونه‌گیری زنان شاغل سرپرست خانوار به صورت تصادفی سیستماتیک و نمونه‌گیری زنان شاغل دارای همسر به صورت طبقه‌ای متناسب با حجم بوده است. توزیع پرسشنامه در بین زنان سرپرست خانوار و زنان همسر دار و جمع‌آوری آنها از طریق پرسشگران آموزش دیده و ماهر، به صورت حضوری انجام شده است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه است. مفهوم اصلی مورد اندازه‌گیری، سلامت روانی است که برای اندازه‌گیری آن از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ (۲۸ سؤال) استفاده شده است. مجموع این سؤالات، پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی را که در اختلالات مختلف روانی وجود دارد بررسی می‌کند و می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی، از افراد سالم متمایز کند. پرسشنامه مذکور علاوه بر یک نمره کلی برای سلامت عمومی، ۴ نمره را نیز در هر یک از خرده‌مقیاس‌های خود، یعنی نشانه‌های بدنی یا جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به دست می‌دهد که می‌توان بر اساس آن میزان شیوع اختلالات مذکور را نیز در جمعیت تحت مطالعه بررسی کرد. پرسشنامه به صورت ۴ گزینه‌ای طراحی شده است و پاسخ آزمودنی به هر سؤال در یک طیف چهاردرجه‌ای مشخص می‌شود. در همه گزینه‌ها، درجات پایین، حاکی از سلامتی و درجات بالا نشان‌دهنده وجود اختلال در افراد است. با توجه به اینکه برای نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت (۳-۲-۱-۰) استفاده می‌شود، حداکثر نمره آزمودنی ۸۴ است. نقطه برش برای تفکیک افراد سالم از بیمار با توجه به تحقیقات انجام شده در ایران نمره ۲۳ می‌باشد.

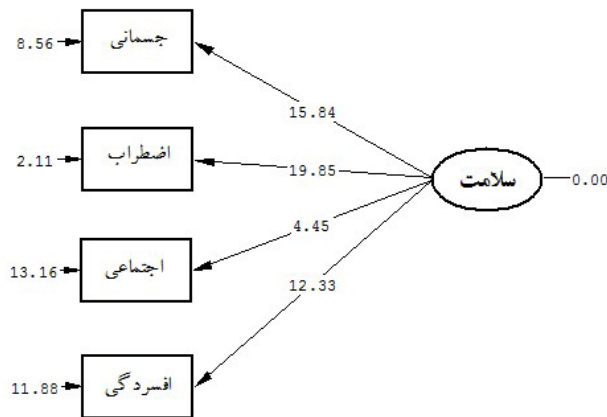
برای اینکه بتوان نسبت به دقت ابزارهای اندازه‌گیری اطلاع پیدا کرد، لازم است که روایی و اعتبار آن مورد آزمون قرار گیرد. اعتبار به این سؤال پاسخ می‌دهد که ابزار اندازه‌گیری تا چه حد خصیصه مورد نظر را می‌سنجد. بدون آگاهی از اعتبار ابزار اندازه‌گیری نمی‌توان به دقت داده‌های حاصل از آن اطمینان داشت (سرمد و دیگران، ۱۳۸۱: ۱۶۶). تحقیق حاضر مبتنی بر اعتبار سازه‌ای است؛ لذا در مدل اندازه‌گیری لیزرل ضرایب مشاهده شده بر روی

1. Validity

متغیر پنهان به عنوان اعتبار آن شاخص در نظر گرفته شده است؛ یعنی هرچه ضرایب حاصل بالاتر باشد اعتبار سازه افزایش می‌یابد؛ همچنین پس از طراحی مقدماتی پرسشنامه، سؤالات آن در اختیار برخی از کارشناسان و پژوهشگران مرتبط با موضوع قرار گرفته و پس از اصلاحات لازم در جملات از اعتبار صوری استفاده شده است.



Chi-Square=3.88, df=2, P-value=0.14350, RMSEA=0.052



Chi-Square=3.88, df=2, P-value=0.14350, RMSEA=0.052

جدول شماره (۱). شاخص های نیکویی برازش سلامت روانی

شاخص	DF/X ^۲	RMSEA	S.RMR	GFI	AGFI	IFI	NFI	P-value
مقادیر استاندارد	> ۵	> ۰/۰۸	> ۰/۰۵	< ۰/۹	< ۰/۹	< ۰/۹	< ۰/۹	< ۰/۰۵
مقادیر به دست آمده	۱/۹۴	۰/۰۵۲	۰/۰۲۴	۰/۹۹	۰/۹۷	۱	۰/۹۹	۰/۱۴۳

پایایی^۱ یکی از ویژگی های فنی ابزار اندازه گیری است. این مفهوم با این امر سروکار دارد که ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می دهد. برای محاسبه ضریب پایایی، شیوه های مختلفی وجود دارد که در مطالعه حاضر از روش آلفای کرونباخ^۲ استفاده شده و مقدار این شاخص برای مفهوم سلامت روانی و ابعاد آن بالاتر از ۰/۷۰ بوده است.

جدول شماره (۲). مقدار آلفای کرونباخ سلامت روانی و ابعاد آن

مفهوم	تعداد گویه	مقدار شاخص
سلامت روان	۲۸	۰/۹۰۲
بعد جسمانی	۷	۰/۷۹۴
بعد اضطرابی	۷	۰/۸۶۹
بعد اجتماعی	۷	۰/۷۴۷
بعد افسردگی	۷	۰/۸۴۷

با توجه به ماهیت مطالعه حاضر، به منظور رسیدن به اهداف، سؤالات و فرضیات تحقیق، در بخش های مختلف، آزمون ها و آماره های متفاوتی مورد استفاده بوده است؛ از تحلیل عاملی تأییدی به منظور پی بردن به مؤلفه های تشکیل دهنده مفاهیم تعریف شده در پرسشنامه سلامت عمومی و در سطح تحلیل دومتغیره برای بررسی تفاوت معناداری سلامت روانی در بین زنان

1. Reliability
2. Alpha Cronbachs

شاغل سرپرست خانوار و دارای همسر از آزمون تی مستقل (آزمون مقایسه میانگین‌ها) و تحلیل واریانس یک عاملی و دو عاملی استفاده شده و برای تحلیل آماری نیز نرم‌افزارهای آماری Spss و Lisrel مورد استفاده بوده است.

یافته‌ها

نتایج بخش آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین سنی زنان شاغل دارای همسر برابر با $41/48$ سال و زنان شاغل سرپرست خانوار برابر با $46/7$ سال است. 62 درصد از زنان شاغل سرپرست خانوار، لیسانس و $9/5$ درصد از آنها دیپلم و پایین‌تر داشته‌اند. در بین زنان شاغل دارای همسر، نزدیک به 60 درصد دارای مدرک لیسانس و $35/8$ درصد دارای مدرک فوق‌لیسانس و بالاتر بوده‌اند.

بیشترین درصد پاسخگویان در مناطق شهری و تنها 2 درصد از آنان در مناطق روستایی سکونت داشته‌اند. $57/9$ درصد از زنان شاغل سرپرست خانوار بین یک تا دو فرزند و تنها $8/4$ درصد از آنها بدون فرزند بوده‌اند. $61/8$ درصد از زنان شاغل دارای همسر بین یک تا دو فرزند و بیش از 30 درصد آنها بیش از سه فرزند داشته‌اند. بیشترین درصد از زنان شاغل دارای همسر و سرپرست خانوار معلم، $4/2$ درصد از زنان شاغل سرپرست خانوار مدیر، $16/8$ درصد معاون و $11/6$ درصد خدمتگزار بوده‌اند. $58/9$ درصد از زنان شاغل سرپرست خانوار در مقطع دبستان، $22/1$ درصد در متوسطه اول و $18/9$ درصد در متوسطه دوم مشغول فعالیت هستند. $50/6$ درصد از زنان شاغل دارای همسر در دبستان، $22/5$ درصد در متوسطه اول و 27 درصد در متوسطه دوم فعالیت دارند.

بر اساس اطلاعات به دست آمده، $44/2$ درصد از زنان شاغل سرپرست خانوار در شهرستان ایلام، $17/9$ درصد در آبدانان، $12/6$ درصد در دره‌شهر و 25 درصد مابقی در دیگر مناطق و شهرستان‌ها هستند. 78 درصد از پاسخگویان را زنان شاغل دارای همسر و $21/3$ درصد را زنان شاغل سرپرست خانوار تشکیل می‌دهند. مدت سرپرست خانوار بودن 70 درصد پاسخگویان، بیش از 5 سال، $9/5$ درصد آنها کمتر از یکسال، $5/3$ درصد دو سال، $6/3$ درصد سه سال، $5/3$ درصد چهار سال و $3/2$ درصد پنج سال بوده است.

علت سرپرستی ۸۲/۱ درصد از زنان، فوت همسر و ۱۷/۹ درصد طلاق و جدایی بوده است. میانگین سلامت روانی در بین زنان شاغل سرپرست خانوار ۲۸/۷ و در بین زنان شاغل همسر دار ۱۹/۷ است. میانگین ابعاد سلامت روانی در بین زنان شاغل دارای همسر (بعد جسمانی ۶/۲۴، بعد اضطرابی ۵/۸، بعد اجتماعی ۷/۷۹ و بعد افسردگی ۱/۹۲) پایین تر از زنان شاغل سرپرست خانوار (بعد جسمانی ۸/۱۰، بعد اضطرابی ۸/۵۰، بعد اجتماعی ۷/۹۰ و بعد افسردگی ۴/۱۸) است و این نشان می دهد که زنان شاغل دارای همسر از سلامت روانی بالاتری در مقایسه با زنان شاغل سرپرست خانوار برخوردارند.

بررسی سؤالات و فرضیات پژوهش

- وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل همسر دار چگونه است؟

جدول شماره (۳). توزیع نمره سلامت نمونه آماری بر اساس نقطه برش

متغیر	گروه	زنان		جمع کل
		سرپرست خانوار	همسر دار	
سلامت روانی	کمتر از ۲۳	۶۷/۳۷	۷۳/۳۰	۶۹/۸۰
	۲۳ و بالاتر	۳۲/۶۳	۲۶/۷۰	۳۰/۲۰

اطلاعات جدول شماره (۳) نشان می دهد که ۶۹/۸۰ درصد از افراد نمونه آماری نمره ای کمتر از نقطه برش دارند و مشکلی از نظر سلامت روانی ندارند. ۲۰/۳۰ درصد از افراد نمونه نیز مشکوک به داشتن مشکلاتی در زمینه سلامت روان بوده اند. ۶۷/۳۷ درصد از زنان سرپرست خانوار و ۷۳/۳۰ درصد از زنان همسر دار مشکلی از نظر سلامت روان نداشته اند.

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل دارای همسر متفاوت است.

به منظور بررسی فرضیه بالا، با توجه به شبه فاصله ای بودن متغیر سلامت روانی و

دو گروه زنان شاغل سرپرست خانوار و دارای همسر، از آزمون تی مستقل^۱ استفاده می شود.

جدول شماره (۴). آماره‌های توصیفی سلامت روانی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
زنان دارای همسر	۳۵۱	۱۹/۷۶	۱۰/۸۳
زنان سرپرست خانوار	۹۵	۲۸/۷۱	۱۷/۷۳

جدول شماره (۵). مقایسه سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار با زنان شاغل دارای همسر

مقدار آماره تی		درجه آزادی	سطح معناداری	میانگین تفاوت	۹۵ درصد فاصله اطمینان	
پایین ترین	بالا ترین					
۴/۷۶	۴۴۴	۰/۰۰۰	۸/۹۵	۹/۸۱	۴/۰۸	

با توجه به جدول شماره (۵)، مقدار آماره تی برابر با ۴/۷۶ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ است؛ لذا فرض آماری H_0 رد شده است و این نشان می دهد که سلامت روانی در بین زنان شاغل سرپرست خانوار و دارای همسر تفاوت معناداری دارد. در ضمن میانگین سلامت روانی زنان دارای همسر پایین تر از زنان سرپرست خانوار است.

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل دارای همسر بر حسب میزان تحصیلات متفاوت است.

به منظور بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره (۶)، سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در بین افراد با تحصیلات متفاوت با زنان شاغل همسر دار متفاوت است. یافته‌های جدول شماره (۷) بیانگر این است که عامل بین گروهی اثر معناداری بر سلامت روانی زنان دارد ($P=0/00$). در بررسی اثر

1. Independent t test

تعاملی بین گروهی (زنان سرپرست خانوار و زنان دارای همسر) و تحصیلات، نتایج معنادار نبوده است ($P=0/152$). این نتیجه بیانگر آن است که سلامت روانی در بین زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار بر حسب تحصیلات معنادار نبوده است.

جدول شماره (۶). سلامت روانی زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار

بر حسب میزان تحصیلات

گروه	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس و بالاتر	جمع
زنان دارای همسر	۱۲/۳۳	۲۲/۶۰	۲۲/۱۲	۲۱/۳۰	۱۹/۷۶
زنان سرپرست خانوار	۳۴/۳۳	۲۴/۰۶	۲۸/۶۳	۳۱/۲۷	۲۸/۷۱

جدول شماره (۷). نتایج تحلیل واریانس بین گروهی اثر تحصیلات و وضعیت

همسر داری بر سلامت روان

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اثرات بین گروهی (سرپرست خانوار و همسر دار)	۲۲۹۷/۹	۱	۲۲۹۷/۹	۱۴/۴۷	۰/۰۰۰
اثرات تعاملی بین گروهی (تحصیلات* بین گروهی)	۸۴۴	۳	۲۸۱/۳	۱/۷۷۲	۰/۱۵۲

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل دارای همسر بر حسب درآمد متفاوت است.

به منظور بررسی فرضیه بالا از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره (۸)، سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در بین افراد با درآمد متفاوت، با زنان شاغل همسر دار متفاوت است. یافته‌های جدول شماره (۹) بیانگر این است که عامل بین گروهی، اثر معناداری بر سلامت روانی زنان دارد ($P=0/001$). در بررسی اثر تعاملی بین

گروهی (زنان سرپرست خانوار و زنان دارای همسر) و درآمد، نتایج معنادار نبوده است ($P=0/079$). این نتیجه بیانگر آن است که سلامت روانی در بین زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار بر حسب درآمد معنادار نبوده است.

جدول شماره (۸). سلامت روانی زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار

بر حسب میزان درآمد

گروه	زیر ۲ میلیون	۲ تا ۳ میلیون	۳ تا ۴ میلیون	۴ میلیون و بالاتر	جمع
زنان دارای همسر	۱۸/۷۳	۲۲/۱۶	۲۲/۸۱	۱۴/۳۳	۱۹/۷۶
زنان سرپرست خانوار	۳۰/۳۵	۳۱/۹۵	۲۵/۷۶	۱۵	۲۸/۷۱

جدول شماره (۹). نتایج تحلیل واریانس بین گروهی اثر درآمد و وضعیت

همسر داری بر سلامت روان

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اثرات بین گروهی (سرپرست خانوار و همسر دار)	۱۵۷۷/۹	۱	۱۵۷۷/۹	۱۰/۲۴۶	۰/۰۰۱
اثرات تعاملی بین گروهی (درآمد* بین گروهی)	۱۰۵۲/۰۵	۳	۳۵۰/۶۸	۲/۲۷۷	۰/۰۷۹

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل دارای همسر بر حسب سن متفاوت است.

به منظور بررسی فرضیه فوق از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره (۱۰) سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در بین افراد با سنین متفاوت، با زنان شاغل همسر دار متفاوت است. یافته‌های جدول شماره (۱۱) بیانگر این است که عامل بین گروهی (زنان سرپرست خانوار و زنان دارای همسر) اثر معناداری بر سلامت روانی زنان ندارد ($P=0/137$). در بررسی اثر تعاملی بین گروهی و سن، نتایج معنادار

نبوده است ($P=0/286$). این نتیجه بیانگر آن است که سلامت روانی در بین زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار بر حسب سن معنادار نبوده است.

جدول شماره (۱۰). سلامت روانی زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار بر حسب سن

گروه	زیر ۳۰ سال	۳۴-۳۰	۳۹-۳۵	۴۴-۴۰	۴۹-۴۵	۵۴-۵۰	۵۵ ساله و بالاتر	جمع
زنان دارای همسر	۱۹/۰۹	۲۴/۶۳	۱۹/۹۵	۲۲/۷۱	۲۱/۴۵	۲۲	۳۱/۵۰	۱۹/۷۶
زنان سرپرست خانوار	-	۲۵/۵۰	۳۰	۳۱/۴۳	۳۱/۴۵	۲۶/۰۴	۲۰/۶۳	۲۸/۷۱

جدول شماره (۱۱). نتایج تحلیل واریانس بین گروهی اثر سن و وضعیت

همسر داری بر سلامت روان

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اثرات بین گروهی (سرپرست خانوار و همسر دار)	۳۵۲/۳۰۳	۱	۳۵۲/۳۰۳	۲/۲۲۲	۰/۱۳۷
اثرات تعاملی بین گروهی (سن* بین گروهی)	۹۸۸/۳۸۸	۵	۱۹۷/۶۷۸	۱/۲۴۷	۰/۲۸۶

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل دارای همسر بر حسب تعداد فرزندان متفاوت است.

به منظور بررسی فرضیه بالا از آزمون تحلیل واریانس دوعاملی استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره (۱۲)، سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در بین افراد با تعداد فرزندان، با زنان شاغل همسر دار متفاوت است. یافته‌های جدول شماره (۱۳) بیانگر این است که عامل بین گروهی اثر معناداری بر سلامت روانی زنان دارد ($P=0/001$). در بررسی اثر تعاملی بین گروهی (زنان سرپرست خانوار و زنان دارای همسر) و تعداد فرزندان، نتایج معنادار نبوده است ($P=0/086$). این نتیجه بیانگر آن است که سلامت روانی در بین زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار بر حسب تعداد فرزندان معنادار نبوده است.

جدول شماره (۱۲). سلامت روانی زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار

بر حسب تعداد فرزندان

گروه	بدون فرزند	۱ تا ۲ فرزند	۳ تا ۴ فرزند	۵ فرزند و بالاتر	جمع
زنان دارای همسر	۲۰/۸۵	۲۱/۶۶	۲۲/۱۸	۱۸	۱۹/۷۶
زنان سرپرست خانوار	۳۷/۷۵	۲۶/۱۸	۲۸/۲۸	۳۹/۷۱	۲۸/۷۱

جدول شماره (۱۳). نتایج تحلیل واریانس بین گروهی اثر تعداد فرزندان و

وضعیت همسر داری بر سلامت روان

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اثرات بین گروهی (سرپرست خانوار و همسر دار)	۱۷۶۰/۳۳۲	۱	۱۷۶۰/۳۳۲	۱۱/۲۰۸	۰/۰۰۱
اثرات تعاملی بین گروهی (تعداد فرزندان* بین گروهی)	۱۰۴۰/۳۲۹	۳	۳۴۶/۷۷۶	۲/۲۰۸	۰/۰۸۶

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار و زنان شاغل دارای همسر بر حسب مقطع تحصیلی متفاوت است.

به منظور بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره (۱۴)، سلامت روانی زنان سرپرست خانوار در بین افراد با مقطع تحصیلی فعالیت، با زنان شاغل همسر دار متفاوت است. یافته‌های جدول شماره (۱۵) بیانگر این است که عامل بین گروهی اثر معناداری بر سلامت روانی زنان دارد ($P=0/004$). در بررسی اثر تعاملی بین گروهی (زنان سرپرست خانوار و زنان دارای همسر) و مقطع تحصیلی فعالیت، نتایج معنادار بوده است ($P=0/004$). این نتیجه بیانگر آن است که سلامت روانی در بین زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار بر حسب مقطع تحصیلی فعالیت، معنادار بوده است.

جدول شماره (۱۴). سلامت روانی زنان شاغل همسر دار و سرپرست خانوار

بر حسب مقطع تحصیلی فعالیت

گروه	دبستان	متوسطه اول	متوسطه دوم	جمع
زنان دارای همسر	۲۱/۷۰	۲۳/۳۷	۲۰/۵۵	۱۹/۷۶
زنان سرپرست خانوار	۳۱/۸۶	۲۹/۲۴	۱۸/۲۸	۲۸/۷۱

جدول شماره (۱۵). نتایج تحلیل واریانس بین گروهی اثر تعداد فرزندان و

وضعیت همسر داری بر سلامت روان

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اثرات بین گروهی (سرپرست خانوار و همسر دار)	۱۲۶۲/۹۷۰	۱	۱۲۶۲/۹۷۰	۸/۲۰۴	۰/۰۰۴
اثرات تعاملی بین گروهی (مقطع تحصیلی فعالیت* بین گروهی)	۱۷۳۷/۲۷۸	۲	۸۶۸/۶۳۹	۵/۶۴۲	۰/۰۰۴

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار بر حسب تعداد سال‌های سرپرستی خانواده متفاوت است.

به منظور بررسی فرضیه بالا از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره (۱۶) ضریب همبستگی و سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۲۳۶ و ۰/۰۲۱ است. ضریب به دست آمده (۰/۲۳۶) نشان می‌دهد که ارتباط بین دو متغیر مستقیم و شدت رابطه در حد متوسط است؛ لذا فرض آماری H_0 رد شده است که می‌توان نتیجه گرفت بین سلامت روانی زنان سرپرست خانوار و مدت زمان سرپرستی خانوار رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره (۱۶). رابطه بین مدت زمان سرپرستی و سلامت روانی

سلامت روانی زنان سرپرست خانوار	متغیر و شاخص آماری
۰/۲۳۶	مدت سرپرستی
۰/۰۲۱	سطح معناداری
۹۵	حجم نمونه

- سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار بر حسب علت سرپرستی متفاوت است.

به منظور بررسی فرضیه بالا، با توجه به شبهه فاصله‌ای بودن متغیر سلامت روانی و دو گروه زنان شاغل سرپرست خانوار و دارای همسر، از آزمون تی مستقل استفاده می‌شود.

جدول شماره (۱۷). آماره‌های توصیفی سلامت روانی

انحراف معیار	میانگین	تعداد	علت طلاق
۱۶/۷۸	۲۸	۷۸	فوت همسر (غیرارادی)
۲۱/۸۶	۳۱/۹۴	۱۷	طلاق و جدایی (ارادی)

جدول شماره (۱۸). مقایسه سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار

بر حسب علت سرپرستی

۹۵ درصد فاصله اطمینان		میانگین تفاوت	سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار آماره تی
پایین ترین	بالا ترین				
۵/۴۹۹	۱۳/۳۸۱	۳/۹۴۱	۰/۴۰۹	۹۳	۰/۸۲۹

با توجه به جدول شماره (۱۸) مقدار آماره تی برابر با ۰/۸۲۹ و سطح معناداری برابر با ۰/۴۰۹ است؛ لذا فرض آماری H_1 رد شده است و این نشان می‌دهد که سلامت روانی در بین زنان شاغل سرپرست خانوار بر حسب علت سرپرستی تفاوت معناداری وجود ندارد. در ضمن میانگین سلامت روانی زنان سرپرست خانوار به علت فوت همسر پایین تر است.

بحث و نتیجه‌گیری

احتمال آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار و اعضای خانواده آنان، به دلیل شرایط اجتماعی - اقتصادی‌ای که در آن قرار دارند، بیشتر است؛ همچنین، به دلیل تداخل نقش نان‌آوری با نقش خانه‌داری و فشار ناشی از نقش، زنان سرپرست خانوار زمان کافی برای تربیت مناسب و ارائه حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و مالی مناسب به فرزندانشان و کنترل رفتارها و اعمال آنان را ندارند. این دسته از زنان هم از لحاظ مادی و هم از لحاظ روانی و عاطفی دارای مسائل و مشکلاتی هستند که مطالعه وضعیت و شرایط آنها ضرورت دارد. آنها ممکن است شرایط و ویژگی‌های متفاوتی داشته باشند.

در این مطالعه زنان سرپرست خانواری مورد مطالعه قرار گرفته‌اند که علاوه بر مراقبت از فرزندان خود، تربیت نسل آینده نیز بر عهده آنهاست. در این پژوهش به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار استان ایلام، با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی، از بین زنان شاغل سرپرست خانوار ۹۵ نفر و از بین زنان شاغل دارای همسر ۳۵۱ نفر انتخاب شدند.

شیوع اختلالات روانی در چهار بُعد نشان داد که بیشترین اختلالات روانی در بین زنان شاغل سرپرست خانوار مربوط به بُعد علائم اضطرابی و علائم جسمانی و کمترین اختلال مربوط به بُعد افسردگی است که این نتایج در مقایسه با مطالعه سپهرمنش (۱۳۸۸) که نشان داده بود زنان بیشتر در دو بُعد علائم اضطرابی و علائم جسمانی اختلال روانی دارند و کمترین اختلال مربوط به بُعد افسردگی است، همچنین با نتایج مطالعه بنائیان و همکاران (۱۳۸۵) در ارتباط با سلامت روان زنان متأهل بروجن که اختلالات روانی در بُعد علائم جسمانی و عملکرد اجتماعی بالاست، همخوانی دارد.

سلامت روانی در بین زنان شاغل سرپرست خانوار و دارای همسر تفاوت معناداری دارد؛ البته زنان شاغل دارای همسر، از سلامت روانی بالاتری در مقایسه با زنان شاغل سرپرست خانوار برخوردارند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین شیوع اختلالات روانی از نظر تأهل در بین افراد مطلقه و بیوه و کمترین آن در بین افراد متأهل است که اختلاف معنادار آماری وجود داشت؛ این نتایج با نتایج تحقیق شریف و همکاران (۱۳۸۳) که شیوع اختلالات روانی را در افراد بیوه و مطلقه بالا به دست آورده بودند، همخوانی دارد. شاید یکی از

دلایل آن بار مسئولیت زندگی است که زنان مطلقه و بیوه به تنهایی به دوش می‌گیرند و فشار زندگی بیشتری دارند؛ البته نتایج حاصل با نتایج مطالعه باسو (۲۰۰۹) همخوانی ندارد.

در این مطالعه بین سلامت روانی زنان سرپرست خانوار و سن رابطه معناداری وجود نداشت و رابطه بین سلامت روانی و سن در بین زنان دارای همسر نیز معنادار نبود. نتایج این مطالعه با مطالعات حجتی و همکاران (۱۳۸۹) و صادقی و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی دارد.

بین سلامت زنان سرپرست خانوار و مدت زمان سرپرستی خانوار، رابطه معناداری وجود داشته است که با نتایج مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۸۸) همخوانی دارد.

سلامت روانی زنان سرپرست خانوار بر حسب مقطع تحصیلی فعالیت، متفاوت است. ارتباط بین سلامت روانی و مقطع تحصیلی فعالیت در بین زنان دارای همسر معنادار نیست. این یافته با نتایج مطالعات بیانی و همکاران (۱۳۸۶) و پاچپیان و آشالایا (۲۰۱۴) همخوانی دارد.

در این مطالعه بین سلامت روانی زنان سرپرست خانوار و میزان درآمد، رابطه معناداری وجود دارد. اکثر مطالعات انجام شده در ایران بیانگر رابطه بین درآمد و سلامت روانی است؛ به گونه‌ای که ۴۰ درصد مطالعات نشان داده‌اند که وضعیت سلامتی در گروه‌های دارای وضعیت اقتصادی پایین، ضعیف‌تر بوده است (سجادی و همکاران، ۱۳۹۱). سلامت روان با وضعیت اقتصادی پایین ارتباط معنادار داشته و در این زنان شیوع اختلالات روانی بیشتر بوده است که با نتایج سپهرمنش (۱۳۸۸) که شیوع اختلالات روانی در زنان با وضعیت اقتصادی بد را بالا به دست آورده بود و فلشر و همکاران (۲۰۰۷) و کورتن (۲۰۰۶) همخوانی دارد.

پیشنهادات

- از آن جایی که این مطالعه به صورت توصیفی انجام شده است و هدف از آن پی بردن به وضعیت سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار بوده است، ضرورت دارد در مطالعه‌های دیگر به روش کیفی دلایل سلامت روانی پایین زنان شاغل سرپرست خانوار استان بررسی قرار شود.

- با توجه به تغییرات سلامت روانی در شرایط و زمان‌های مختلف، پیشنهاد می‌شود در دوره‌های زمانی سلامت روانی زنان شاغل بررسی قرار شود.
- علاوه بر نمره کلی سلامت روانی زنان شاغل سرپرست خانوار، بایستی به ابعاد آن نیز توجه شود که در این مطالعه میانگین نشانه‌های جسمانی و اضطرابی بالاتر از سایر ابعاد بوده است؛ لذا بایستی به طور جدی به سلامت جسمانی و علام اضطرابی زنان شاغل توجه شود.
- در بین زنان شاغل سرپرست خانوار، زنان مطلقه سلامت روانی پایین‌تری دارند؛ بر این اساس ضرورت دارد برنامه‌هایی در جهت بهبود سلامت روانی این گروه از زنان شاغل تدوین شود.

منابع و مأخذ الف) فارسی

- ایروانی، محمدرضا؛ (۱۳۹۰)، «بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی زنان سرپرست خانوار شاغل و زنان عادی شاغل شهرستان ساری»، فصلنامه فرهنگی دفاعی زنان و خانواده، سال پنجم، شماره ۱۷.
- بلداجی، ام لیلا تاتینا، آمنه فروزان و حسن رفیعی؛ (۱۳۹۰)، «کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و زنان شاغل خدماتی»، رفاه اجتماعی، ج ۱۱، شماره ۴۰، صص ۲۸-۹.
- بنائیان، شایسته، ندا پروین و افسانه کاظمیان؛ (۱۳۸۵)، «بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل»، مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، سال ۱۴، شماره ۲، ۵۶۵-۵۵۷.
- بیانی، علی‌اصغر، عاشور کوچکی، محمد کوچکی و محمد قربان؛ (۱۳۸۶)، «تعیین وضعیت سلامت روانی معلمان استان گلستان با استفاده از چک‌لیست نشانگان روانی در سال ۱۳۸۳-۸۴»، مجله علوم پزشکی گرگان، دوره ۹، شماره ۲، صص ۴۴-۳۹.
- پرویزی، سرور، فرزانه قاسم‌زاده کاکرودی، نعیمه سیدفاطمی و فروغ ناصری؛ (۱۳۸۸)، «عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی»، پژوهش پرستاری، دوره ۴، شماره ۱۵، صص ۱۵-۶.
- پیرخانی، علیرضا، احمد برجعلی، علی دلاور و حسین اسکندری؛

- (۱۳۸۸)، «بررسی روابط ساختاری خلاقیت، خودکارآمدی و روش کنار آمدن با سلامت روان؛ فصلنامه روانشناسی تربیتی، شماره هفدهم، سال ششم، ۱۰۶-۸۷.
- حجتی، حمید، نورالله طاهری و سیدحمید شریفنیا؛ (۱۳۸۹)، «بررسی سلامت روان و سلامت جسمانی در پرستاران شب کار شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان»، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هشتم، شماره سوم، صص ۱۴۹-۱۴۴.
 - حسینی، سیداحمد، آمنه فروزان و معصومه امیرفریار؛ (۱۳۸۸)، «بررسی سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران»، پژوهش اجتماعی، دوره ۲، شماره ۳، صص ۱۳۷-۱۱۷.
 - حیدری، آرمان و عزت‌الله میرزایی؛ (۱۳۹۳)، «بررسی وضعیت سلامت زنان سرپرست خانوار شهری و روستایی شهرستان جهرم و عوامل اجتماعی-اقتصادی»، زنان و خانواده، دوره ۹، شماره ۲۷، صص ۱۶۳-۱۳۵.
 - ربیعی، مرجان؛ (۱۳۹۰)، تعدد نقش و سلامت روان در زنان سرپرست خانوار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
 - سپهرمنش، زهرا؛ (۱۳۸۸)، «سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان جوان شهر کاشان»، زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۲، شماره ۱، صص ۴۱-۳۱.
 - سرمد، زهره، عباس بازرگان و الهه حجازی؛ (۱۳۸۱)، روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: آگاه.
 - سیدفاطمی، نعیمه، فروغ ربیعی، محبوبه رضائی و محبوبه سجادی هزاوه؛ (۱۳۹۴)، «عوامل مؤثر در ارتقای سلامت زنان سرپرست خانوار»، دانش و تندرستی، دوره ۱۰، شماره ۴.
 - شریف، فرخنده، حسن جولایی، محمدرحیم کدیور و عبدالرضا رجایی فرد؛ (۱۳۸۳)، «بررسی وضعیت سلامت روانی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی»، ارمغان دانش، دوره ۹، شماره ۳، صص ۸۴-۷۵.
 - شهبازی، نسرین، یوسف ویسانی، علی دل‌پیشه، کورش سایه‌میری، زهرا نادری، علی سهراب‌نژاد و شهرام مامی؛ (۱۳۹۳)، «ارتباط وضعیت

اقتصادی-اجتماعی با سلامت عمومی در زنان سرپرست خانوار»، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و سوم، شماره اول، صص ۶۲-۵۶.

- صفاییان، صدیقه و اسماعیل اسدپور؛ (۱۳۹۵)، «مقایسه سلامت روانی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست»، سومین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی، روانشناسی، مشاوره و آموزش در ایران، تهران.

- عنایتی فر، الهه، محمدرضا میری، انسیه نوروزی، طیبه حسینی و حکیمه ملاکی مقدم؛ (۱۳۹۷)، «بررسی وضعیت سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای در زنان سرپرست خانوار شهر بیرجند»، دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال بیست و پنجم، شماره ۱۳۵، صص ۱۱-۱۸.

- فرهنگ لاروس؛ (۱۳۸۸)، ترجمه حمید طبیبیان، تهران: امیرکبیر.

- گنجی، حمزه؛ (۱۳۸۸)، روانشناسی عمومی، تهران: ساوالان.

- مرکز آمار ایران؛ (۱۳۹۵)، نتایج تفصیلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن استان ایلام، تهران: مرکز آمار ایران، www.amar.org.ir

- معیدفر، سعید و نفیسه حمیدی؛ (۱۳۸۶)، «زنان سرپرست خانوار: نکته‌ها و آسیب‌های اجتماعی»، نامه علوم اجتماعی، دوره ۱۵، پیاپی ۳۲، صص ۱۳۱ - ۱۵۸.

- نوری، مهشید، محمود میناکاری، سیدجلال صدرالسادات، شهریار شهیدی و محمود حیدری، (۱۳۸۲)، «بررسی سلامت روانی زنان سرپرست خانوار»، توانبخشی، دوره ۴، شماره ۲.

ب) انگلیسی

- Basu, S. (2009) Mental Health Status of College Teachers. Praachi Journal of Psycho-Cultural Dimensions, 25, (1&2).
- Fleischer NL, Fernald LC, Hubbard AE. Iran. (2007). The British Journal of Psychiatry, Depressive symptoms in Low- Income 2004. 184 (1): 70 women in rural Mexico. Epidemiology, 2007. 18(6): 678.
- Kim, Hyung Seon; Kwon, Min; Lee, Jinhwa. (2016). Job Stress and

Mental Health of Female Household Head Workers, Korean Journal of Occupational Health Nursing 25(4):249-258 DOI: 10.5807/kjohn.2016.25.4.249.

- Korten A, Heersons. (2006). Living arrangements and mental health in national survey of mental health and Finland. Journal of epidemiology and well-being. Common psychological community health, 2006. 60: 468-475. symptoms and disablement. The British
- Kown, min; Kim, Hyungseon. (2020). Psychological well-being of female-headed households by age classification: A cross-sectional study in South Korea, Int J Environ Res Public Health. 2020 September 17 (18): 6445. Published online 2020 September 4. doi: 10.3390/ijerph17186445
- Pachaiyappan, P. & Ushalaya R. (2014) Mental Health of Secondary and Higher Secondary School Teachers - An Analysis, International Journal of Scientific Research.
- Pocket Oxford American Dictionary & Thesaurus. (2010). Oxford University Press, Third Edition.
- Rahaman, M. (2017). Mental Health of Teachers of Private B.Ed. College in Relation to Their Gender and Locality, International Journal of Research in Social Sciences Vol. 7 Issue 12, December 2017, ISSN: 2249-2496 Impact Factor: 7.081.