



عوامل مؤثر در ارتقای سلامت زنان سرپرست خانوار: مثلث طلایی پول، وقت و انرژی

نعیمه سیدفاطمی^۱، فروغ رفیعی^۲، محبوبه رضائی^{۳*}، محبوبه سجادی هزاوه^۴

۱- دانشگاه علوم پزشکی ایران - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه روان پرستاری - استاد.

۲- دانشگاه علوم پزشکی ایران - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه داخلی جراحی - استاد.

۳- دانشگاه علوم پزشکی قم - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه پرستاری - استادیار.

۴- دانشگاه علوم پزشکی اراک - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه پرستاری - استادیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۳

چکیده

مقدمه: زنان سرپرست خانوار از گروه‌های آسیب‌پذیری هستند که به دلیل مواجه بودن با وضعیت اقتصادی نامناسب و مسئولیت‌های چندگانه، با مشکلات زیادی در رابطه با سلامتی خود روبرو هستند و لازم است تا هر چه بیشتر سلامت خود را ارتقاء بخشند. هدف از این مطالعه کشف و توصیف عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد گراندد تئوری انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۹ زن سرپرست خانوار بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند شروع و در طی تکامل طبقات، با نمونه‌گیری نظری ادامه یافت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش مقایسه مداوم به شیوه اشتراوس و کوربین استفاده شد.

نتایج: یافته‌های ما نشان داد که منابع باقی مانده (پول، وقت و انرژی باقی مانده) و عوامل زمینه‌ای (ویژگی‌های فردی و اقتصادی - اجتماعی) عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار است. این زنان اغلب پس از برآوردن نیازهای مربوط به فرزندان/افراد تحت سرپرستی و حل و فصل مسائل زندگی و باتوجه به کمیت منابع باقی مانده، ممکن بود اقدام به انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت بزنند و این امر سلامت آنها را در معرض خطر قرار می‌داد.

نتیجه‌گیری: توصیه می‌شود که دولت، سازمان‌های غیردولتی و کارکنان حرفه‌های مختلف بهداشتی با فراهم آوردن منابع موردنیاز و افزایش سطح آگاهی این زنان، تمام تلاش خود را در جهت ارتقاء سطح سلامتی این قشر آسیب‌پذیر انجام دهند.

واژه‌های کلیدی: ارتقاء سلامت، زنان سرپرست خانوار، سلامت زنان، گراندد تئوری.

*نویسنده مسئول: قم، خیابان شهید لواسانی (ساحلی)، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۲۵-۳۷۷۰۶۶۹۴، نمابر: ۰۲۵-۳۷۷۰۳۷۳۶، Email: m4_rezaei@yahoo.com

ارجاع: سیدفاطمی نعیمه، رفیعی فروغ، رضائی محبوبه، سجادی هزاوه محبوبه. عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار: مثلث طلایی پول، وقت و انرژی. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۴؛ ۱۰(۴): ۱۳-۲۲.

مقدمه

رنج می‌برند، دارای کیفیت زندگی پایینی هستند و سطح سلامت عمومی پایین‌تری دارند (۱۴ و ۱۵). میزان بیماری‌های طولانی مدت و مرگ‌ومیر در این زنان به مراتب بیشتر از سایر زنان است (۱۶ و ۱۷). زنان بیوه سرپرست خانوار دچار فرسودگی‌های جسمی، روانی و اجتماعی شده و به انواع بیماری‌هایی مانند کمردرد، بیماری‌های مفاصل، بیماری‌های قلبی و گوارشی، اختلال در عزت نفس، انزوای اجتماعی و ... دچار می‌شوند (۱۸). نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ انجام شد نشان داد که سطح سلامت روان زنانی که همسران آنها مهاجرت کرده بودند، کاهش یافته است (۱۹). زنان مطلقه، بیوه و رها شده، نسبت به زنان هرگز ازدواج نکرده و متأهل مشکلات بیشتری در رابطه با پرداخت صورت حساب‌های پزشکی دارند (۳) به دلیل وجود این نابرابری‌های بهداشتی، نیاز است تا افراد تغییراتی را در سلامت خود به وجود آورند و ارتقاء سلامت، راهکاری است که می‌تواند به معکوس کردن پیامدهای این نابرابری‌ها کمک نماید (۲۰). هدف ارتقاء سلامت، بالابردن متعادل سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است (۲۱) و از این جهت که زنان سرپرست خانوار در نوک پیکان نابرابری در زمینه بهداشت و سلامت می‌باشند، بنابراین باید تلاش زیادی در جهت ارتقاء سطح سلامتی و جلوگیری از بیماری انجام دهند (۲۲). پرستاران به دلیل داشتن مهارت‌های زیستی، روانی و اجتماعی و ارتباط مکرر و مداوم با مددجویان، دارای جایگاه منحصر به فردی در میان پرسنل بهداشتی در زمینه ارتقاء سلامت هستند. آنها به‌عنوان الگو در شیوه زندگی ارتقاءدهنده سلامت و رهبر برای به‌فعالیت‌آوردن جامعه در جهت ارتقاء سلامت بوده و به‌عنوان تنها گروه بزرگ فراهم‌کننده مراقبت بهداشتی، ایفاکننده نقش حیاتی در ایجاد خدمات ارتقاءدهنده سلامت و جلوگیری از بیماری در همه گروه‌های جمعیتی و به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر هستند (۲۳). با این وجود بهبود سطح سلامتی زنان امری بسیار پیچیده بوده زیرا ارتقاء سلامت یک رفتار چندجانبه است که شامل محیط اجتماعی زنان و عوامل فردی و غیر فردی است که به میزان وسیعی در زنان متغیر می‌باشد (۲۲). بنابراین برای درک بهتر چگونگی ارتقاء سلامت در زنان سرپرست خانوار، مطالعه بستر و محیطی که این زنان در آن زندگی می‌کنند و عواملی که در ارتقاء سلامت آنها تأثیرگذار است، بسیار حیاتی است. تفکر رایج در بهداشت عمومی، توجه به ارتباطات بین سلامت و بستر اجتماعی است. بررسی عوامل اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی برای درک وضعیت سلامت یک جامعه مهم می‌باشد و نابرابری‌های اساسی بهداشتی را در میان زیر گروه‌های مختلف جمعیتی شرح می‌دهد (۲۴). بیشتر دانش پرستاری رایج در زمینه ارتقاء سلامت بر پایه نتایج تحقیقات تجربی کمی است که بر توصیف، پیش‌بینی و توضیح رفتارهای بهداشتی تأکید دارد و در دانش ارتقاء سلامت کمتر به زمینه

زنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع‌اند و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند. به عبارت دیگر سلامت زنان از مفاهیم زیربنایی توسعه و رفاه اقتصادی- اجتماعی است (۱). زنان برای اینکه بتوانند نقش مراقبت‌دهندگی خود را به نحو احسن انجام دهند، باید سطح سلامت و رفاه خود را حفظ نموده و ارتقاء دهند (۲ و ۳). با این حال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سلامت زنان به دلایل مختلف آسیب‌پذیرتر از مردان است و علاوه بر ویژگی‌های بیولوژیکی، تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نیز قرار دارد (۴ و ۵). بسیاری از بیماری‌ها مانند بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌های سینه و کولورکتال، پوکی استخوان، استئوآرتریت و ... در زنان از میزان بالایی برخوردار است و شیوع این بیماری‌ها نیاز به ارتقاء سلامت، جلوگیری از بیماری و تغییرات شیوه زندگی را به‌عنوان تمرکز اصلی در مبحث سلامت زنان مورد تأکید قرار می‌دهد (۲). در بسیاری از جوامع، زنان با نابرابری‌ها، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پرخطر بیشتری روبرو هستند که سلامت آنان را به مخاطره می‌اندازد. تجربه مکرر خشونت خانوادگی، فقر و سطح درآمد پایین، ایفای نقش‌های متعدد خانوادگی و تضاد در این نقش‌ها و ... از مواردی است که تهدیدکننده سلامت زنان است (۶).

زنان بی‌سرپرستی را که به ناچار سرپرستی خانواده خود را بر عهده دارند، جزء اقشار آسیب‌پذیر جامعه در نظر گرفته می‌شوند زیرا با مشکلاتی مانند فقر، وضعیت اقتصادی نامناسب و مسئولیت‌های چندگانه روبرو هستند و ممکن است در بسیاری موارد توانایی حفظ و ارتقاء سلامت خود را نداشته باشند (۷ و ۸). تعاریف مختلفی از زن سرپرست خانوار وجود دارد (۹ و ۱۰) اما منظور از زن سرپرست خانوار در این پژوهش زنی است که مسئولیت تأمین تمام یا بخش عمده‌ای از هزینه‌های خانوار یا تصمیم‌گیری در مورد نحوه هزینه کردن درآمدهای خانوار را برعهده دارد. ایران یکی از کشورهای در حال توسعه است که جمعیتی بیش از ۷۵ میلیون نفر دارد که نیمی (۴۹٪) از آن را زنان تشکیل می‌دهند. از ۲۱ میلیون خانوار ایرانی، بیش از ۲/۵ میلیون خانوار توسط زنان سرپرستی می‌شود و نسبت زنان سرپرست خانوار در ایران از ۹/۵ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۱۲/۱ درصد در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است (۱۱). هرچند مطالعاتی وجود دارند که نشان می‌دهند سطح سلامت زنان سرپرست خانوار با سایر زنان تفاوتی ندارد (۱۰، ۱۲ و ۱۳) اما مطالعات دیگری هم نشان داده است که زنان بی‌سرپرستی که دارای فرزند هستند، از شرایط بد اقتصادی- اجتماعی و مشکلات مرتبط با سلامتی، استرس زیاد، افسردگی و سوء مصرف مواد

نمونه‌گیری با اطلاعات متنوع موجب می‌شود ماهیت و ابعاد مختلف پدیده بهتر مورد بررسی قرار گیرد (۲۸). در نهایت، نمونه‌گیری تا اشباع و تکراری شدن داده‌ها ادامه یافت. برای رعایت حداکثر تغییرپذیری، سعی شد نمونه‌ها از زنان سرپرست خانوار با ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و دموگرافیک مختلف (مانند سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، میزان و منبع درآمد، تعداد فرزندان، مکان جغرافیایی و ...) انتخاب گردند.

جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان شروع شده و کدگذاری باز، محوری و انتخابی جهت تحلیل داده‌ها به‌کار برده شد (۲۷). در جریان کدگذاری باز، مصاحبه‌های پیاده شده چندین بار مرور شد و داده‌ها به کد تبدیل شد و سپس کدهای یکسان در طبقات یکسان گروه‌بندی شدند. همزمان با کدگذاری باز، هرگاه ایده و یا فکری به‌واسطه تحلیل در ذهن پژوهشگر نقش می‌گرفت، بلافاصله اقدام به ثبت آنها می‌شد. این یادآورها در جهت انتخاب شرکت‌کنندگان، بازنویسی سؤالات مصاحبه و تحلیل داده‌ها بسیار مفید و کمک‌کننده بودند. در طی کدگذاری محوری، ارتباط بین طبقات و زیرطبقات ایجاد گشت. از آنجا که این مقاله گزارش بخشی از یافته‌های یک مطالعه بزرگ‌تر است، طبقات ارایه شده در این مطالعه، حاصل کدگذاری باز و محوری هستند. در مطالعه اصلی که با هدف تبیین فرآیند ارتقاء سلامت در زنان سرپرست خانوار و ارایه مدل مناسب آن صورت پذیرفت، تحلیل داده‌ها تا مرحله کدگذاری انتخابی به‌منظور شناسایی متغیر اصلی ادامه پیدا کرد. در نهایت زمانی که اشباع داده اتفاق افتاد و الگوها شناسایی شدند، فرآیند انجام مصاحبه هم به اتمام رسید. داده‌ها زمانی به اشباع می‌رسیدند که کدهای بیشتری شناسایی نمی‌شد و طبقه منسجم و یکدست بود (۲۷).

در جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها، از معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا شامل «اعتبار»، «تأییدپذیری»، «قابلیت اعتماد» و «انتقال‌پذیری» استفاده گردید (۲۹). بدین منظور محقق برای تقویت اعتبار داده‌ها از بازنگری مشارکت‌کنندگان و بازنگری همکاران استفاده کرد. بعد از انجام تحلیل داده‌ها، با ۵ شرکت‌کننده تماس گرفته شد و متن کامل کدبندی شده مصاحبه‌ها همراه با خلاصه‌ای از درونمایه‌های استخراج شده برای تعیین تناسب آنها با تجارب شرکت‌کنندگان در اختیار ایشان قرار گرفت. سپس از یک ناظر کارشناس و دو دانشجوی دکتری درخواست شد تا مصاحبه‌ها و درونمایه‌ها را مطالعه نمایند. درگیری طولانی مدت با شرکت‌کنندگان در عرصه پژوهش به مدت ۱۹ ماه، به محقق اصلی کمک کرد تا اطمینان شرکت‌کنندگان را به‌دست آورد و درک بهتری از عرصه پژوهش داشته باشد. بدین ترتیب اعتبار داده‌ها هر چه بیشتر تقویت شد. همچنین نمونه‌گیری همراه با حداکثر تغییرپذیری، تأییدپذیری و اعتبار داده‌ها را تقویت کرد. این

و بستر و بررسی تجارب افراد در محیط خودشان توجه شده است. همچنین بیشتر پژوهش‌هایی که در کشورمان در مورد زنان سرپرست خانوار صورت گرفته است، مطالعات مروری و مقطعی بوده‌اند (۵، ۸، ۲۵ و ۲۶) و مطالعات محدودی با استفاده از روش‌های پژوهش کیفی که از منظر خود این زنان به مسائل آنها بپردازد، انجام شده است. لذا در جامعه‌ای مانند ایران که از کمبود پژوهش‌های مبتنی بر بستر بومی خود رنج می‌برد، لزوم انجام پژوهشی که بتواند عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار را نشان دهد، به خوبی لمس می‌شود. به‌نظر می‌رسد از طریق پژوهش، مفاهیم ناشناخته در فرآیند ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار روشن شده و امکان ارائه الگویی مؤثر و مفید جهت ارتقاء سلامت این زنان را فراهم می‌آورد که می‌تواند با فرهنگ جامعه ما همخوانی لازم را داشته و افراد را برای دستیابی به پتانسیل سلامتی آنها توانمند و به‌صورت مکمل با تحقیقات قبلی به دانش پرستاری بیافزاید. لذا هدف از انجام این مطالعه، کشف و توصیف عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار ایرانی بر اساس تجارب این زنان بود.

مواد و روش‌ها

از آنجا که ارتقاء سلامت در یک جو پیچیده ارتباطی و در بستر اجتماع به وقوع می‌پیوندد و با توجه به اینکه هدف مطالعه حاضر توسعه دانش نظری جدید در یک حوزه نسبتاً ناشناخته بود، گراند تئوری نسخه اشتراس و کوربین ۱۹۹۸ به‌عنوان روشی مناسب جهت هدایت مطالعه، جمع‌آوری و تحلیل داده‌های حاصل از آن انتخاب شد (۲۷). زنان سرپرست خانواری که به هر علت سرپرستی خانواده خود را بر عهده داشتند، مبتلا به بیماری روانی نبودند و حداقل یک سال از سرپرستی آنها بر خانواده می‌گذشت، در این مطالعه شرکت داده شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند جمع‌آوری گردید. جهت هدایت درست مطالعه و استخراج طرز فکرها و دیدگاه‌های شرکت‌کنندگان از راهنمای مصاحبه استفاده شد. هر مصاحبه با سؤال کلی مانند لطفاً در مورد زندگی روزانه خود بگویید؟ از صبح تا شب چه کارهایی انجام می‌دهید؟ شروع شد. سپس از شرکت‌کنندگان پرسیده می‌شد تا سلامتی را تعریف نمایند؟ در مورد شرایطی که در آن سطح سلامتی‌شان در حد بالا و یا پایین است، توضیح دهند و اقداماتی را که در جهت افزایش سطح سلامتی خود انجام می‌دهند، شرح دهند. مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط دیجیتالی ضبط گردید و سپس به‌صورت کلمه به کلمه پیاده شده و متعاقب آن مورد تحلیل قرار گرفت. طول مدت مصاحبه‌ها از ۸۰-۲۰ دقیقه با متوسط ۵۰ دقیقه در نوسان بود. مصاحبه‌های اولیه براساس نمونه‌گیری هدفمند صورت پذیرفت و سپس براساس کدها و طبقات استخراج شده از داده‌ها، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف به «نمونه‌گیری نظری» تبدیل شد. این نوع

جدول ۱- سایر مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
شغل		
خانه‌دار	۱۱	۵۷/۹
شاغل	۸	۴۲/۱
تحصیلات		
بی‌سواد	۱	۵/۳
ابتدایی	۱۰	۵۲/۶
دیپلم	۳	۱۵/۸
دانشگاهی	۵	۲۶/۳
وضعیت تأهل		
مطلقه	۱۰	۵۲/۶
بیوه	۴	۲۱/۰۵
همسر از کارافتاده	۴	۲۱/۰۵
مجرد	۱	۵/۳
پوشش توسط سازمان‌های حمایتی		
پوشش	۵	۲۶/۳
عدم پوشش	۱۴	۷۳/۷
نوع افراد تحت سرپرستی		
فرزند سالم + شوهر بیمار	۲	۱۰/۵
فرزند سالم + فرزند بیمار	۲	۱۰/۵
فرزند سالم + فرزند بیمار + شوهر بیمار	۱	۵/۳
فرزند سالم + مادر بیمار	۲	۱۰/۵
فرزند سالم + پدر	۱	۵/۳
فرزند سالم	۱۰	۵۲/۶
مادر بیمار	۱	۵/۳

بودند. این زنان از طریق تحمل شرایط سخت زندگی و از خودگذشتگی، سعی می‌کردند تأمین نیازهای مادی افراد تحت سرپرستی‌شان را در اولویت قرار دهند: «من خودم رو فراموش کردم. هر سختی باشه تحمل می‌کنم و نمی‌خوام بچه‌هام محتاج کسی باشن» (شرکت‌کننده شماره ۴). مشکلات مالی باعث می‌شد که زن بین سلامت خود و فرزندان/ افراد تحت سرپرستی‌اش یکی را انتخاب کند. او فداکاری کرده و سلامت و رضایت آنها را انتخاب می‌کرد: «چند سال پیش مبتلا به پوکی استخوان شدم. دکتر دارویی به من داد که باید هفته‌ای یه دونه می‌خوردم. من یه مدت خوردم، بعد دیدم نمی‌تونم. توان مالی اون رو ندارم. بچه‌ام پیش دانشگاهی بود و خرج تحصیل زیاد بود» (شرکت‌کننده شماره ۶). مصرف محدود مواد پروتئینی مانند گوشت قرمز و ماهی، انجام خود درمانی مانند استفاده از گیاهان دارویی و مصرف دارو بدون نسخه پزشک، عدم انجام آزمون‌های غربالگری و آزمایشات پایش وضعیت سلامتی و همچنین تأخیر در مراجعه به پزشک و عدم تبعیت از درمان در بسیاری از مواقع باعث به خطر افتادن سلامتی این زنان می‌شد: «یه مدتی عفونت زنانگی داشتم. اذیت می‌شدم. زیر شکم درد می‌کرد. ولی به‌خاطر پولش گفتم خودش خوب میشه، ولش کن» (شرکت‌کننده شماره ۱۳).

راهکار نمونه‌گیری به محقق کمک کرد تا طیف وسیعی از دیدگاه‌ها و تجارب را به دقت به‌دست آورد. تمامی شواهد و مدارک به‌صورت مطمئنی نگهداری و ذخیره شدند تا قابلیت اعتماد حفظ گردد. همچنین بستر مطالعه به‌خوبی توصیف گردید تا قضاوت در مورد انتقال‌پذیری برای خوانندگان به‌خوبی صورت پذیرد (۳۰).

مسائل اخلاقی در مورد خودمختاری شرکت‌کنندگان، رازداری و بی‌نامی در طول مطالعه مورد توجه قرار گرفت. تمامی شرکت‌کنندگان از هدف و طرح مطالعه و همچنین طبیعت اختیاری شرکت آنها در پژوهش آگاه شدند. از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت آگاهانه اخذ شد و تمامی آنها فرم رضایت‌نامه را امضاء کردند. همچنین از سازمان بهزیستی ایران اجازه‌نامه اداری اخذ گردید. تأییدیه اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره و تاریخ (۲۵۰/۵۲۴-۳۰-۰۸-۸۹) گرفته شد.

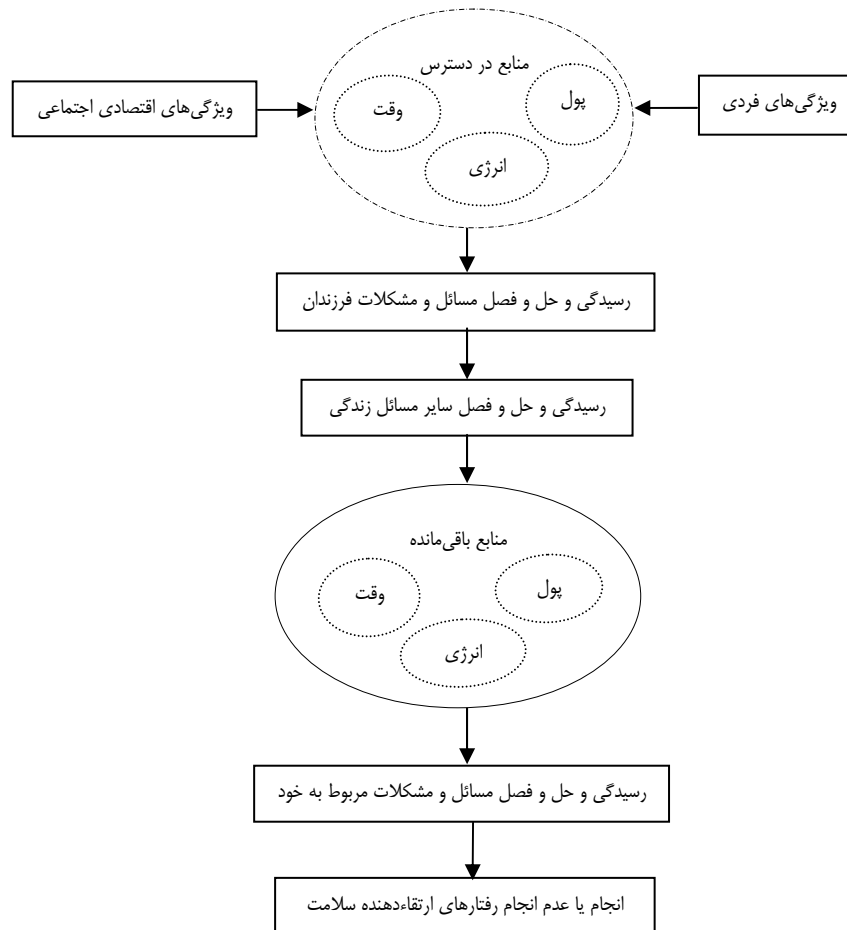
نتایج

در این پژوهش ۱۹ زن سرپرست خانواده که در سه شهر تهران، اراک و کاشان ساکن بودند، مورد مصاحبه قرار گرفتند. با ۴ نفر از شرکت‌کنندگان دو بار مصاحبه به‌عمل آمد. دامنه سنی این شرکت‌کنندگان ۲۴-۶۳ سال با میانگین سنی $42 \pm 10/18$ سال بود. طول مدت سرپرستی خانواده در این زنان بین ۲۶-۳ سال با میانگین $9/73 \pm 7/26$ سال بود. سایر مشخصات شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

تحلیل و تفسیر ما از داده‌ها نشان داد که منابع باقی مانده (پول، وقت و انرژی) و عوامل زمینه‌ای (ویژگی‌های فردی و اقتصادی اجتماعی)، عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت شرکت‌کنندگان است.

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که پول، وقت و انرژی باقی مانده، منابعی حیاتی در فرآیند ارتقاء سلامت این شرکت‌کنندگان است (شکل ۱). این زنان هر کدام براساس شرایطی که با آن روبرو بودند، به مقدار مشخصی از پول، وقت و انرژی دسترسی داشتند. آنها براساس اولویت‌بندی مرحله‌ای که در برخورد با مسائل زندگی داشتند، پول، وقت و انرژی در دسترس خود را مصرف کرده و در انتها مقداری که باقی می‌ماند، صرف خودشان من جمله سلامتی‌شان می‌کردند. این اولویت‌بندی به‌ترتیب عبارت بودند از: رسیدگی و حل و فصل مسائل و مشکلات فرزندان و سایر افراد تحت سرپرستی، رسیدگی و حل و فصل دیگر مسائل زندگی و در نهایت رسیدگی و حل و فصل مسائل و مشکلات مربوط به خود.

یکی از منابع مهم در این زمینه، پول باقیمانده بود. این زنان، خانوارهای تک‌والدی را اداره کرده و بدین لحاظ از منبع درآمد کمتری برخوردار بودند. بسیاری از آنها حتی از فرزند، همسر و والدین بیمار خود نیز مراقبت می‌کردند و لذا با مشکلات اقتصادی بیشتری روبرو



شکل ۱- ارتباط بین عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار

شماره ۱۶). نادیده گرفتن علائم ضعف سلامتی، تغذیه و خواب نامنظم و عدم انجام ورزش نتیجه کمبود وقت برای توجه به سلامتی خود بود. البته در این میان زنان انگشت‌شماری هم بودند که برای رسیدگی به مسائل مربوط به خودشان، وقت جداگانه اختصاص می‌دادند. شرکت‌کننده شماره ۱۰ در این رابطه اظهار داشت: «من همیشه اولویت‌های زندگی رو تقسیم‌بندی می‌کنم. خودم اگه راحت نباشم، به بچه‌ها نمی‌تونم برسیم. زمانی من به اون می‌رسم که خودم راحتم و وقت کافی به خودم اختصاص دادم».

منبع آخر و مهم دیگر در ارتقاء سلامت این زنان، انرژی باقیمانده بود. درگیری‌های فکری متعدد راجع به مسائل گوناگون مانند مسائل اقتصادی و خستگی جسمی و روانی ناشی از مسئولیت‌های چندگانه از عواملی بود که سطح انرژی جسمی و روانی این زنان را کاهش داده و منجر به اختلالات روانی، اختلال خواب و عدم انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی مانند ورزش و تغذیه سالم می‌شد: «این که باید به

منبع مهم دیگر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار، وقت باقیمانده بود. بسیاری از این زنان دارای مسئولیت چندگانه در قبال فرزندان/ افراد تحت سرپرستی خود بودند، به گونه‌ای که همزمان باید نقش پدر را هم برای فرزندان خود بازی کنند، از افراد بیمار درون خانواده مراقبت کنند و در بیرون از خانه هم کار کنند. آنها سعی می‌کردند در ابتدا زمان بیشتری را به فرزندان/ افراد تحت سرپرستی خود اختصاص دهند که می‌توانست منجر به غفلت از خود و به مخاطره افتادن سلامتی این زنان شود: «دوستام بهم پیشنهاد دادن هفته‌ای دو روز برای پیاده‌روی بریم پارک، ولی من ترجیح میدم ساعت پیاده‌روی رو برای دخترم بگذارم» (شرکت‌کننده شماره ۱۵).

این شرکت‌کنندگان در وهله دوم بیشتر وقت خود را صرف سایر مسائل زندگی مانند مسائل شغلی می‌کردند: «به خاطر شغلم وقت نمی‌کنم وسط روز ناهار بخورم. ممکنه یه دونه موز بخورم. ممکنه ناهارم رو هشت شب بخورم که در واقع میشه شام» (شرکت‌کننده

درگیری‌های عصبی داشتم که به فکر خودم و سلامتی‌ام نبودم». زانی که به دلیل بیماری شوهر و یا زندانی بودن او به طور موقت سرپرست خانوار بودند، اظهار داشتند که احساس سردرگمی داشته و فشارهای سخت روانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند و به نوعی خودفراموشی رسیده‌اند: «پدر بچه‌ها توی زندانه. امیدی به همچنین پدری نیست. من باید خودم گلیم خودم رو از آب بیرون بکشم. مشکلات زیادی دارم. کمر درد خیلی اذیتم می‌کنه. پیگیر هم نشدم که درمان کنم.» (شرکت‌کننده شماره ۵). شرکت‌کنندگان همچنین اظهار داشتند که افزایش تعداد فرزندان و افراد تحت سرپرستی، کوچکتر بودن و احتمالاً بیمار بودن آنها، پول، وقت و انرژی در دسترس آنها را بیشتر کاهش می‌دهد و در نهایت منابع کمتری برای خودشان باقی ماند: «چون بچه‌ها هر سه تاشون کوچیک هستن، مراقبت ازشون خیلی برام سخته و نمی‌تونم به سلامتی خودم اهمیت بدم.» (شرکت‌کننده شماره ۴). همچنین بر اساس گفته بسیاری از آنها، اتکاء به عقاید مذهبی منجر به کاهش استرس و اضطراب ناشی از فشارهای زندگی و در نتیجه افزایش سطح انرژی روانی آنها می‌شد که می‌توانست تأثیر مثبتی روی سلامتی آنها داشته باشد: «من با خودم می‌گویم اگر تو مشکلی داری، خدای بزرگی در کنار این مشکل کوچیک هست که به حرفات گوش میده و خواسته‌ها رو برآورده می‌کنه.» (شرکت‌کننده شماره ۳).

از طرف دیگر بسیاری از این زنان بیان داشتند که حمایت اجتماعی مانند گرفتن امید و انگیزه، راهنمایی شدن و گرفتن راه حل مشکلات و کمک‌های مالی از طرف خانواده و دوستان باعث می‌شود تا آنها به منابع پول و انرژی بیشتری دسترسی داشته باشند و در آخر منابع بیشتری برایشان باقی می‌ماند و می‌توانستند در جهت سلامتی خود هزینه نمایند: «کنار خواهرم احساس آرامش می‌کنم. او هیچ وقت ناامیدم نمی‌کنه. خیلی باهام مهربونه.» (شرکت‌کننده شماره ۳). بیمه درمانی یکی از حمایت‌های دولتی بود که نقشی کلیدی در کاهش هزینه‌های بهداشتی درمانی و افزایش پول در دسترس این زنان داشت. شرکت‌کننده شماره ۳ در این مورد نیز بیان داشت: «بیمه تأمین اجتماعی برای من خیلی پشتوانه است. بدون اون احساس ناتوانی می‌کنم». زنان شرکت‌کننده همچنین اظهار داشتند که داشتن تحصیلات بالاتر و شاغل بودن در بیرون از خانه به آنها کمک می‌کند تا به اندازه کافی به پول دسترسی داشته باشند و از این لحاظ برای توجه به سلامتی خود مشکلی ندارند. کار کردن در بیرون از منزل برای این زنان وابستگی کمتر به کمک والدین و فامیل و بهره‌مندی از بیمه را به همراه داشت: «از نظر مالی مشکل ندارم. تو محیط کار هم مشکلی ندارم و همه چیز استیبله. برای رسیدگی به وضعیت سلامتی و زندگی چون میرم سرکار و حقوق بگیر هستم، مشکلی به اون صورت

آدم‌هایی رو حمایت کنی و بعضی وقتا خیلی خسته میشی. اینا خیلی آدم رو آزار میده. این باعث میشه که خوب نخوابی. خسته باشی. غمگین و افسرده باشی. تحمل این رو ندارم که من مسئول همه اینا هستم.» (شرکت‌کننده شماره ۱۶). زانی که از این مشکلات رهایی بیشتری داشتند، از نظر جسمی و روانی دارای انرژی باقیمانده بالاتری بودند و سعی می‌کردند بیشتر به اعمالی دست بزنند که سطح سلامت آنها را ارتقاء می‌داد: «همش بستگی به فکر آدم داره. همیشه سعی کردم مثبت فکر کنم و مثبت عمل کنم. به همین خاطر مشکلاتم رو حل کردم. حالا این مشکلات میتونسته در رابطه با سلامتی باشه یا چیز دیگه‌ای.» (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

به طور کلی این زنان خودشان را در اولویت سوم بعد از فرزندان/ افراد تحت سرپرستی و مسائل زندگی‌شان قرار می‌دادند و بسته به اینکه از سه منبع پول، وقت و انرژی، کدامیک به حد کافی باشد یا کدامیک نباشد، به کنش‌هایی دست می‌زدند که تعیین‌کننده سطوح مختلف ارتقاء سلامت در آنها بود.

نکته قابل توجه دیگر آن است که عوامل زمینه‌ای شامل ویژگی‌های فردی و اقتصادی اجتماعی در میزان منابع در دسترس این زنان تأثیرگذار بودند. سن زن، تعداد و سن فرزندان/ افراد تحت سرپرستی و وضعیت سلامتی آنها، طول مدت سرپرستی، وضعیت همسر و توسل به مذهب، از جمله این ویژگی‌های فردی بودند. همچنین حمایت اجتماعی، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی از ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی مؤثر بر منابع در دسترس این زنان بود. بسیاری از شرکت‌کنندگان عقیده داشتند که با بالا رفتن سن، افزایش طول مدت سرپرستی و سرپرستی دائمی خانوار (بیوه و مطلقه بودن)، شرایط بهتری از نظر اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی برای آنها ایجاد شده و با وضعیت زندگی خود بهتر سازگار شده‌اند. در نتیجه با انرژی روانی بیشتر و تنظیم وقت، انرژی و وقت بیشتری در دسترس داشتند و در نهایت راحت‌تر می‌توانستند به فعالیت‌هایی در جهت ارتقاء سلامت خود دست بزنند: «جوون که بودم، به سلامتی خودم زیاد اهمیت نمی‌دادم. مدیر زندگی بودم. هم پدر بودم و هم مادر. مشغله خیلی داشتم. همین اندازه که به بچه‌ها می‌رسیدم اگه به خودم هم می‌رسیدم، همیشه موفق بودم.» (شرکت‌کننده شماره ۶). در این مورد شرکت‌کننده شماره ۹ اظهار داشت: «من یه زن تنهام و چند ساله که شوهرم رو از دست دادم. در ابتدا من اصلاً مریض بودم. پنج شش ماه حتی غذا هم نمی‌تونستم بخورم و این باعث چاقی من شد. غم باعث چاقی من شد. با گذشت زمان به شرایط عادت کردم. اصلاً خودم رو پیدا کردم. خودم رو گم کرده بودم.» همچنین شرکت‌کننده شماره ۱۰ بیان داشت: «اگر مشکلی در سلامتی‌ام داشته باشم، حتماً سراغش میرم. بعد از جدایی بیشتر به این مسئله اهمیت میدم چون اونقدر

از آنجا که زنان شرکت‌کننده دسترسی کمتری به منابع مالی داشتند، و همان منابع را نیز در ابتدا به فرزندان/ افراد تحت سرپرستی خود اختصاص می‌دادند، به دلیل پول کمتری که برای خودشان باقی می‌ماند، مجبور بودند در مواردی به رفتارهای غیر بهداشتی دست بزنند. مطالعات دیگر نیز نشان داده است که خانوارهای زن سرپرست با کمبود منابع مالی و فقر روبرو هستند (۹ و ۳۴). آنها منابع کمتری برای سازگاری با مشکلات بهداشتی دارند، لذا احتمال به حاشیه رانده شدن و آسیب‌پذیری شان بیشتر است (۳۵). زمانی که منابع محدود است، مادران نیازهای خود را قربانی خانواده می‌کنند تا فرزندانشان آینده بهتری داشته باشند (۳۶) و این موضوع می‌تواند باعث مشکلات بهداشتی مانند سوء تغذیه، ضعف و خستگی و عدم بهبودی کامل از بیماری شود (۳۷ و ۳۸).

زنان شرکت‌کننده در این پژوهش به دلیل داشتن نقش‌های چندگانه والدی، مراقبی، کارمندی و سرپرستی و همچنین مشغله زیاد مرتبط با این نقش‌ها، وقت کافی برای رسیدگی به سلامتی خود نداشتند زیرا در ابتدا وقت خود را به فرزندان و افراد تحت سرپرستی و سپس به مسائل دیگر زندگی اختصاص می‌دادند. در مورد تأثیر نقش‌های چندگانه یا همزمان روی سلامتی جسمی و روانی، دو نظریه متضاد وجود دارد. نظریه فشار نقش (Role strain) که معتقد است نقش‌های چندگانه مرتبط با پیامدهای منفی بهداشتی است در حالی که نظریه تشدید نقش (Role enhancement) اعتقاد دارد که نقش‌های چندگانه باعث بهبود وضعیت سلامتی می‌شود (۳۹) اما آنچه که در این مطالعه بیشتر مشهود بود تأثیر منفی نقش‌های متعدد زنان سرپرست خانوار روی سلامتی و اقدامات ارتقاءدهنده سلامت آنها بود. البته زنانی هم بودند که وقت جداگانه‌ای برای فعالیت‌هایی مانند ورزش و خواب و استراحت خود اختصاص می‌دادند که به نظر می‌رسد این امر بیشتر تحت تأثیر طرز تفکر و شرایط فردی و اقتصادی و اجتماعی این زنان باشد. زنان سرپرست خانوار بیشتر منابع در دسترس خود را به فرزندانشان اختصاص می‌دهند به طوری که توزیع داخلی منابع در این خانوارها بسیار فرزند محور است. در این خانوارها تقاضا برای صرف وقت و انرژی مادر برای فرزندان، افزایش می‌یابد ولی از طرف دیگر مادر کنترل بیشتری روی منابع خود دارد (۴۰). زنان بدون سرپرستی که دارای فرزند هستند، به طور همزمان هم نان‌آور خانه هستند و هم نقش مادری دارند و این موضوع می‌تواند منجر به بالا رفتن استرس و تضعیف سلامتی آنها گردد (۴۱). نقش‌های جنسیتی زنانه مانند مراقبت از فرزندان و انجام کارهای خانه باعث می‌شود تا زنان سلامتی خود را در اولویت قرار ندهند حتی در مواردی که مبتلا به بیماری مزمن هم بوده‌اند (۴۲).

ندارم» (شرکت‌کننده شماره ۱۰). در این رابطه شرکت‌کننده شماره ۴ بیان داشت: «خیلی علاقه دارم به سلامتی خودم و بچه‌هام توجه کنم. اگه منم مثلاً می‌رفتم سر کار و دستم باز بود، خودم و بچه‌هام می‌تونستیم راحت زندگی کنیم. همیشه این فکرها رو دارم.» با این حال شاغل بودن در بیرون از خانه باعث می‌شد تا این زنان وقت و انرژی کمتری داشته باشند که می‌توانست تأثیر منفی روی سلامتی آنها داشته باشد: «خیلی دوست دارم پیاده‌روی کنم ولی به خاطر شغلم وقت ندارم و نمی‌تونم» (شرکت‌کننده شماره ۱۱).

بنابراین باتوجه به ویژگی‌های فردی و اقتصادی اجتماعی، تمامی زنان با کمبود پول، وقت و انرژی مواجه نبوده و بعضی از آنها حتی پس از اولویت‌دهی به فرزندان و سایر مسائل زندگی‌شان، منابع باقی‌مانده کافی برای رسیدگی به وضعیت سلامتی خود را داشتند. داشتن تغذیه سالم و برنامه ورزشی منظم در طول هفته، انجام مرتب آزمون‌های غربالگری سرطان (پاپ اسمیر، ماموگرافی)، بررسی منظم سلامت دندان‌ها و مراجعه به پزشک با مشاهده کوچکترین علائم بیماری، از جمله اقدامات ارتقاءدهنده سلامتی در این دسته از زنان بود: «دندونپزشکی رو مرتب میرم. اکثراً صبح‌ها میرم و یا روزهایی که تعطیلیم.» (شرکت‌کننده شماره ۱۹). در این رابطه شرکت‌کننده شماره ۱۷ گفت: «وقتی می‌خوام غذا درست کنم، سعی می‌کنم موادش تازه باشه. فریز نمی‌کنم. همه چی استفاده می‌کنم. سبزیجات، میوه‌جات، حبوبات. جوری غذام رو تنظیم کردم که همه مواد به بدنمون برسه.»

بحث

این مطالعه بدین منظور انجام شد تا به ما کمک کند دانش خودمان را نسبت به عوامل مؤثر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار بهبود ببخشیم. افراد موقعیت‌های اجتماعی را تفسیر می‌نمایند و به طریقی به آن پاسخ می‌دهند که می‌پندارند مناسب است (۳۱). به عبارتی افراد، جهان خارج خود را توسط ادراکات و تفاسیر خود از آنچه که آنها از آن جهان درک می‌کنند، پایه‌ریزی می‌نمایند (۳۲). زنان سرپرست خانوار به دلیل داشتن نقش‌های گوناگون، با جهان اجتماع خود تعامل بیشتری داشته و آن را درک و تفسیر می‌نمایند. ادراک و تفسیر آنها از شرایط حاکم بر زندگی‌شان و منابعی که در دسترس دارند، منجر به اولویت‌بندی مسائل و حل و فصل مرحله‌ای آنها شده و بسته به اینکه در انتها چه مقدار از این منابع برای خود این زنان باقی بماند، به رفتارهای بهداشتی و غیر بهداشتی دست می‌زنند. به عبارتی زنان سرپرست خانوار انتخاب‌ها و تصمیم‌هایی را با در نظر گرفتن امکانات، محدودیت‌ها، انتظارات اجتماعی و فرهنگی می‌گیرند که از یک طرف می‌تواند از خانواده محافظت نماید ولی از طرف دیگر در بسیاری از آنها منجر به عدم توجه به خود و سلامتی‌شان می‌گردد (۳۳).

کمتری برای رسیدگی به سلامتی‌شان باقی می‌ماند و کمتر به اقداماتی دست می‌زدند که سلامت آنها را ارتقاء می‌داد. همچنین عوامل فردی و اقتصادی اجتماعی روی منابع در دسترس تأثیرگذار بود.

بیشتر زنان سرپرست خانوار گروهی آسیب‌پذیر و مظلوم هستند که با مشکلات عدیده اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی روبرو می‌باشند که می‌تواند بر سلامت آنها تأثیر منفی داشته باشد. لذا برای رهایی از این مشکلات و حرکت در جهت ارتقاء سلامت، ضروری است تا با توانمند کردن آنها، توزیع عادلانه منابع و حمایت بیشتر سازمان‌های دولتی و غیردولتی، شرایط زندگی آنها دگرگون شده و اصلاح و بهبود یابد.

باتوجه به یافته‌های مطالعه حاضر و از آنجا که تأکید نظریه انتقادی اجتماعی بر جمعیت‌های آسیب‌پذیر و تحلیل اجتماع برای ارتقاء برابری اجتماعی است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده در مورد سلامت و ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار از این چارچوب نظری استفاده گردد تا دیدگاهی جامع‌تر را برای درک ارتباط بین عامل، ساختار و نقد در زمینه سلامت زنان سرپرست خانوار فراهم شود.

تشکر و قدردانی

محققین این پژوهش مایلند تا از تمامی زنانی که تجارب غنی و ارزشمند خود را در این مطالعه به اشتراک گذاردند، تشکر نمایند. آنها همچنین از دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران که حمایت مالی از این پژوهش را بر عهده داشتند، کمال تشکر را دارند (این مطالعه به‌عنوان طرح پژوهشی به شماره ۱۲۴۷۵ در مرکز تحقیقاتی ذکر شده به تصویب رسیده است). نویسندگان این مقاله همچنین تشکر عمیق خود را از پروفسور نانسی وود از دانشگاه واشنگتن به جهت ارائه نظرات و راهنمایی‌های ارزشمند اعلام می‌دارند.

References

1. Parvizy S, Kiani K, Ivbijaro G. Women's health bridges and barriers: a qualitative study. *Health Care Women Int* 2013;34:193-208.
2. Wuest J, Merritt-Gray M, Berman H, Ford-Gilboe M. Illuminating social determinants of women's health using grounded theory. *Health Care Women Int* 2002;23:794-808.
3. Sered S, Proulx MD. Lessons for women's health from the Massachusetts reform: affordability, transitions, and choice. *Women's Health Issues* 2011;21:1-5.
4. Ahmadi B, Tabibi J, Mahmoudi M. The Structural pattern of development management of Iranian women's health. *Soc Welfare J* 2006;5:9-13. [Persian].
5. Sam Aram E, Amini Yakhdani M. Health status of women heads of household under coverage of welfare organization in Qom province. *Shiite Women J* 2009;21:133-60. [Persian].
6. Parvizy S, Seyedfatemi N, Kiani K. Women's perspectives on health: A grounded theory study. *J Fam Res* 2008;4:293-302. [Persian].

انرژی باقیمانده عامل مهم دیگر در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار بود. کاهش سطح انرژی روانی و جسمی این زنان متأثر از درگیری ذهنی راجع به مسائل گوناگون زندگی، نقش‌های چندگانه و اولویت‌گذاری به فرزندان/ افراد تحت سرپرستی بود که باعث کاهش انگیزه، ناامیدی، افسردگی، عصبانیت، اختلال خواب و بسیاری دیگر از مشکلات بهداشتی می‌شد این امر منجر به عدم مشارکت و یا مشارکت محدود آنها در فعالیت‌های ارتقاءدهنده سلامت مانند ورزش و تغذیه سالم می‌شد. این یافته متجانس با یافته پژوهش‌های دیگر در این زمینه است که سنگینی بار نقش در این زنان مانع ورود آنان به رفتارهای پیشگیری‌کننده اولیه است. مشکلات اقتصادی، کمبود وقت و انرژی ناشی از نقش‌های چندگانه از موانع اصلی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت مانند غفلت از فعالیت‌های غربالگری و ورزش و تغذیه مناسب در زنان سرپرست خانوار است (۴۳). به عبارتی تعهد و التزام نسبت به وقت و انرژی مرتبط با نقش‌های چندگانه، می‌تواند وضعیت سلامتی را به مخاطره اندازد (۴۴).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که عوامل فردی و اقتصادی اجتماعی گوناگونی در تعیین پول، وقت و انرژی در دسترس این زنان دخالت دارد. بنابراین توجه به مشخصات داخل هر خانوار برای درک بهتر شرایطی که این زنان با آن سروکار دارند، ضروری است زیرا این شرایط درون هر خانوار است که می‌تواند محیط مساعد یا نامساعدی را برای انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی در این زنان فراهم آورد. به‌نظر می‌رسد یکی از این عوامل مهم اقتصادی- اجتماعی، حمایت اجتماعی باشد که می‌تواند با فراهم کردن حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری کمبود منابع را تا حدودی برطرف نماید (۴۵). حمایت عاطفی می‌تواند از طریق افزایش اعتماد به نفس و مهارت‌های مقابله‌ای، کمبود انرژی روانی را در این زنان تا حدودی جبران نماید زیرا حمایت اجتماعی دارای تأثیرات تعدیل‌کننده روی استرس می‌باشد. همچنین با دادن راهنمایی و مشاوره در زمینه‌های مختلف می‌توان از این زنان حمایت اطلاعاتی به‌عمل آورد. از طریق کمک‌های مالی، ایجاد شغل و بیمه و هر نوع کمکی که زمان را برای این زنان ذخیره نماید، می‌توان از آنها حمایت ابزاری به‌عمل آورد. از سوی دیگر حمایت اجتماعی ممکن است روی بروز رفتارهای بهداشتی تأثیرگذار باشد. تغییر در شیوه زندگی و فراهم کردن منابعی برای کمک به این افراد تا رفتار بهداشتی خود را حفظ نموده و توسعه دهند، ازجمله تأثیرات مثبت حمایت اجتماعی است (۴۶).

نتایج حاصله نشان داد که پول، وقت و انرژی باقیمانده عوامل اصلی تأثیرگذار در ارتقاء سلامت زنان سرپرست خانوار است. این زنان منابع در دسترس خود را در ابتدا به فرزندان و افراد تحت سرپرستی‌شان و در وهله دوم به سایر مسائل زندگی اختصاص می‌دادند. در نتیجه منابع

7. Ozawa MN, Lee Y, Wang KYT. Economic conditions of female-headed households in Taiwan in comparison with the United States and Sweden. *J Comp Soc Welfare* 2011;27:63-74.
8. Moeidfard S, Hamidi N. Women heads of household: Untold and social harms. *Soc Sci Letter* 2007;32:131-58.[Persian].
9. Chant S. Gender, generation and poverty: exploring the feminization of poverty in Africa, Asia, and Latin America. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing;2007.
10. Staten LK, Dufour DL, Reina JC, Spurr GB. Household headship and nutritional status: female headed versus male/dual headed households. *Am J Hum Biol* 1998;10:699-709.
11. Statistical Center of Iran (SCI). National census of Iran: 2011. <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1191>. Accessed [2012 November 12].
12. Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's health: dimensions & differentials. *Soc Sci Med* 1996;42:1203-16.
13. Hanson SMH. Healthy single parent families. *Fam Relat* 1986;35:125-32.
14. Curtis L, Phipps S. Social transfers and the health status of mothers in Norway and Canada. *Soc Sci Med* 2004;58:2499-507.
15. Burstorm B, Whitehead M, Clayton S, Fritzall S, Vannoni F, Costa G. Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes: the example of Italy, Sweden and Britain. *Soc Sci Med* 2010;70:912-20.
16. Elstad J. Inequalities in health related to women's marital, parental, and employment status: a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. *Soc Sci Med* 1996;42:75-89.
17. Martikainen P. Women's employment, marriage, motherhood and mortality: a test of the multiple role and role accumulation hypothesis. *Soc Sci Med* 1995;40:199-212.
18. Khosravan SH, Salehi SH, Ahmadi F, Mansourian MR. The experience of widowed head of the family during role transition: a qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2013;2:62-75.[Persian].
19. Wilkerson JA, Yamawaki N, Downs SD. Effects of husbands' migration on mental health and gender role ideology of rural Mexican women. *Health Care Women Int* 2009;30:612-26.
20. Yuill C, Crinson I, Duncan E. Key concepts in health studies. London: Sage Publications 2010.
21. Sue K. Factors affecting health promotion behaviors among Korean immigrant women at midlife [dissertation]. Los Angeles: University of California; 2001.
22. Zurakowski TL. Health promotion for mid and later life women. *JOGNN* 2004;33:639-47.
23. Whitehead D. Reconciling the differences between health promotion in nursing and general health promotion. *Int J of Nurs Studies* 2009;46:865-74.
24. Poureslami IM, MacLean DR, Spiegel J, Yassi A. Sociocultural, environmental, and health challenges facing women and children living near the borders between Afghanistan, Iran, and Pakistan (AIP Region). *Med Gen Med* 2004;6:51.
25. Nazoktabar H, Veisi R. Socio-economic and cultural status of women heads of household in Mazandaran province. *Soc Welfare J* 2008;27:95-113.[Persian].
26. Ahmadnia S. Effects of employment on women heads of household's health. *Soc Welfare J* 2004;12:157-80.[Persian].
27. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. USA: Sage pub;1998.
28. Streubert SHJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Company 2007.
29. Lincoln YS, Guba E. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage publication; 1985.
30. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2008.
31. Byrne G, Heyman R. Understanding nurses' communication with patients in accident and emergency departments using a symbolic interactionist perspective. *J Adv Nurs* 1997;26:93-100.
32. Benzies KM, Allen MN. Symbolic interactionism as a theoretical perspective for multiple method research. *J Adv Nurs* 2001;33:541-7.
33. Ruffi F, Seyedfatemi N, Rezaei M. Factors involved in Iranian women heads of household's health promotion activities: A grounded theory study. *Open Nurs J* 2013;7:133-41.
34. Momsen JH. Myth or math: The waxing and waning of the female-headed household. *Prog Dev Stud* 2002;2:145-51.
35. Goebel A, Dodson B, Hill T. Urban advantage or urban penalty? A case study of female-headed households in a South Africa city. *Health Place* 2010;16:573-80.
36. Lombe M, Safadi N, Newransky C. Predictors of welfare and child outcomes in female-headed households in sub-Saharan Africa. *J Comp Soc Welfare* 2011;27:75-89.
37. McIntyre L, Rondeau K, Kirkpatrick S, Hatfield J, ShamsulIslam K, NazmulHuda S. Food provisioning experiences of ultra poor female heads of household living in Bangladesh. *Soc Sci Med* 2011;72:969-76.
38. McIntyre L, Glanville NT, Raine KD, Dayle JB, Anderson B, Battaglia N. Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? *CMAJ* 2003;168:686-91.
39. Eisenhower A, Blacher J. Mothers of young adults with intellectual disability: multiple roles, ethnicity, and well being. *J Intellect Disabil Res* 2006;50:905-16.
40. Onyango A, Tucker K, Eisemon T. Household headship and child nutrition: a case study in Western Kenya. *Soc Sci Med* 1994;39:1633-39.
41. Lahelma E, Arber S, Kivela K, Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances. *Soc Sci Med* 2002;54:727-40.
42. Segar M, Jayaratne T, Hanlon J, Richardson CR. Fitting fitness into women's lives: effects of a gender-tailored physical activity intervention. *Women's Health Issues* 2002;12:338-47.
43. Flores KA. Mothers, spouse, employee, student: the effect of multiple roles on the health promotion activities of college women [dissertation]. Alaska: University of Alaska Anchorage; 1996.
44. Williams SW, Dilworth-Anderson P, Goodwin PY. Care giver role strain: the combination of multiple roles and available resources in African-American women. *Aging Ment Health* 2003;7:103-12.
45. Secco ML, Moffatt MEK. A review of social support theories and instruments used in adolescent mothering research. *J Adolesc Health* 1994;15:517-27.
46. Kelsey K, Earp JL, Kirkley BG. Is social support beneficial for dietary change? a review of the literature. *Fam Community Health* 1997;20:70-82.



Factors Influencing the Health Promotion in Female-Headed Households: Golden Triangle of Money, Time and Energy

Naima Seyedfatemi (Ph.D.)¹, Forough Rafii (Ph.D.)², Mahboubeh Rezaei (Ph.D.)^{3*}, Mahboubeh Sajadi Hezaveh (Ph.D.)⁴

1- Dep. of Psychological Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Dep. of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

4- Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Received: 18 December 2014, **Accepted:** 3 May 2015

Abstract:

Introduction: Female heads of household are among vulnerable groups in society who are faced with unsuitable economic status and multiple roles and they cannot promote their own health. The aim of this study was to explore and describe effective factors on women heads of household's health promotion.

Methods: This is a qualitative study which was conducted using Strauss and Corbin's (1998) approach to grounded theory. Nineteen female heads of household were recruited. Data were gathered by semi structured interviews. Purposive sampling was conducted and continued by theoretical sampling.

Results: Findings indicated that remainder of resources (remainder of money, time and energy) and contextual factors (personal and socio-economic characteristics) were effective factors on these women's health promotion. Often these women tended to allocate their available resources primarily to their children and the members under their headship and then to all life-related issues. So, depending on the adequacy of the three resources of money, time and energy, they carried out different health promotion activities and this could jeopardize their health.

Conclusion: To help these women improve their health status, we recommended that the government, non-governmental organizations and health care professionals provide them with required resources and increase their knowledge by holding training sessions.

Keywords: Health promotion, Female heads of household, Women's health, Grounded theory.

Conflict of Interest: No

***Corresponding author:** M. Rezaei, **Email:** m4_rezaei@yahoo.com

Citation: Seyedfatemi N, Rafii F, Rezaei M, Sajadi Hezaveh M. Effective factors on women heads of household's health promotion: Money, time and energy golden triangle. Journal of Knowledge & Health 2016; 10(4):13-22.