DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 22, No. 2, Summer

Received: 17.01.2025 Accepted: 10.08.2025 Published: 06.07.2026

The Study of Psychosocial Health of Women Working in Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, According to Their Marital Status and Headship of Household

Rahele Samouei[1], Narges Meshkineh[2], Shokoofeh Samouei[3]

Original Article

Abstract

Background: Today, living conditions are such that more women experience a wide range of marital status, including remaining single or being the head of the household. Due to the addition of tasks related to these roles to women's traditional duties and the pressures imposed, their mental health, and subsequently their social health, are subject to change. In this regard, the present study aimed to compare the psychosocial health of women according to their marital status and headship of household.

Methods: This cross-sectional, analytical study was conducted on 267 women working at Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, through a non-probability approach using the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ), Keyes Social Health Questionnaire, and a self-made questionnaire to measure individual and social characteristics by visiting the sample units at their workplaces in person and soliciting cooperation. Data were analyzed using Student's t-test, analysis of variance (ANOVA), and Pearson correlation coefficient at the 0.05 level.

Findings: The level of problems in the general health of female employees of Isfahan University of Medical Sciences was reported as mild (26.57 ± 13.45), and their social health was reported as adequate (96.97 ± 16.27). No significant difference was observed between the mental health and social health of female employees of Isfahan University of Medical Sciences, based on their marital status and family headship status ($P > 0.05$). However, there was a positive and significant relationship between the mental health and social health of female employees of Isfahan University of Medical Sciences, and security and satisfaction with their marital and headship status ($P < 0.01$).

Conclusion: Although the psychosocial health of female university employees in this study did not differ based on their marital and headship status, the satisfaction and security reported were below average, which is an important warning for the need to pay attention to this aspect of women's lives.

Keywords: Mental health; Social health; Marital status; Headship of household; Women

Citation: Samouei R, Meshkineh N, Samouei S. **The Study of Psychosocial Health of Women Working in Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, According to Their Marital Status and Headship of Household.** J Health Syst Res 2026; 22(2): 243-50.

1- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- MSc Student, University of Verona, Italy
3- PhD, Department of Sports Physiology, School of Sports Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Rahele Samouei; Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: samoueir@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666]

DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666 Published by Vesnu Publications

بررسی سلامت روانی– اجتماعی زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر حسب وضعیت تأهل و سرپرستی خانوار ایشان

راحله سموعی[1]، نرگس مشکینه[2]، شکوفه سموعی[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه شرایط زندگی به گونه‌ای است که زنان بیشتری طیف‌های گسترده‌ای از وضعیت تأهل از جمله باقی ماندن در تجرد یا سرپرست خانوار بودن را تجربه می‌کنند. با توجه به اضافه شدن وظایف مرتبط با این نقش‌ها به وظایف سنتی زنان، سلامت روانی و به دنبال آن سلامت اجتماعی آن‌ها در معرض تغییر قرار می‌گیرد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه سلامت روانی- اجتماعی زنان بر حسب وضعیت تأهل و سرپرستی خانوار بودن آن‌ها انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی- تحلیلی بر روی ۲۶۷ تن از زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به صورت غیر احتمالی و با به کارگیری پرسش‌نامه سلامت عمومی Goldberg (General Health Questionnaire یا GHQ)، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی Keyes و پرسش‌نامه خودساخته به منظور سنجش ویژگی‌های فردی- اجتماعی، با مراجعه حضوری به واحدهای نمونه در محل کار آن‌ها و جلب همکاری انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t، ANOVA و ضریب همبستگی Pearson در سطح ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان مشکلات در سلامت عمومی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حد خفیف (۱۳/۴۵ ± ۲۶/۵۷) و میزان سلامت اجتماعی آن‌ها در حد مناسب (۱۶/۲۷ ± ۹۶/۹۷) گزارش گردید. بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تفکیک وضعیت تأهل و وضعیت سرپرستی خانواده آن‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$)، اما بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با رضایت و امنیت از وضعیت تأهل و سرپرستی‌شان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: اگرچه سلامت روانی- اجتماعی زنان شاغل دانشگاهی در تحقیق حاضر بر اساس وضعیت تأهل و سرپرستی آن‌ها متفاوت نبود، اما رضایت و امنیت کمتر از متوسط گزارش شده، هشدار مهمی برای لزوم توجه به این جنبه از زندگی زنان می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی؛ سلامت اجتماعی؛ وضعیت تأهل؛ سرپرستی خانوار؛ زنان

ارجاع: سموعی راحله، مشکینه نرگس، سموعی شکوفه. **بررسی سلامت روانی- اجتماعی زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر حسب وضعیت تأهل و سرپرستی خانوار ایشان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۵؛ ۲۲ (۲): ۲۵۰-۲۴۳

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۵/۱۹ تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۴/۱۵

مقدمه

سلامت زنان نه تنها موضوعی مهم، بلکه رکنی اساسی در سلامت عمومی و رفاه اجتماعی محسوب می‌شود (۱). این مفهوم شامل ابعاد مهمی همچون سلامت روانی و سلامت اجتماعی است. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، سلامت روان به عنوان حالتی از بهزیستی و عملکرد بهینه فردی و اجتماعی تعریف می‌شود (۲) و به توانایی زندگی آرام با خود و دیگران اشاره دارد (۳). با توجه به گستردگی و اهمیت سلامت روان، هرگونه آسیب در این حوزه می‌تواند منجر به بروز مشکلات روانی شود. مشکلات روانی از نظر شیوع، تداوم و گستردگی، به ویژه در زنان، بیش از هر وضعیت بهداشتی دیگر نمود پیدا می‌کند. در این راستا، یافته‌های پژوهشی نشان داد که ۲۵/۹ درصد از زنان در ایران با نوعی از علایم بیماری روانی درگیر هستند (۴).

از سوی دیگر، سلامت اجتماعی به عنوان بعد مهم دیگری از سلامت کلی، مفهومی جامع و پویا در کنار سلامت روانی و جسمی مطرح شده است (۷-۵). سلامت اجتماعی به ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه‌ای اشاره دارد که افراد را قادر می‌سازد تا قابلیت‌های طبیعی خود را درک و با دیگران ارتباط مؤثر برقرار کنند (۸). بر اساس نظر WHO، تعیین‌کننده‌های روانی- اجتماعی سلامت، حدود ۸۵ درصد از عوامل تأثیرگذار بر نظام سلامت را شامل می‌شوند. با وجود این تأثیرگذاری قابل توجه، به نظر می‌رسد این عوامل در بسیاری از کشورها از جمله ایران، نادیده گرفته شده است (۹).

۱- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه ورونا، ایتالیا
۳- دکتری تخصصی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشکده علوم ورزشی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: راحله سموعی؛ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: samoueir@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666]

با توجه به اهمیت این موضوع، بررسی عوامل مرتبط و تأثیرگذار بر سلامت زنان با هدف ارتقای کیفیت زندگی آنان ضروری است. به ویژه آن که زنان در سال‌های اخیر با توجه به نقش‌های متنوعی که در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند، از وظایف خانگی گرفته تا نقش‌های حمایتی، هدایتی و مشارکت در تأمین درامد خانوار، وضعیت فعال‌تری در جامعه پیدا کرده‌اند (۱۰). علاوه بر این، زنان اغلب به عنوان مراقبان اصلی و تأمین‌کنندگان سلامت اعضای خانواده و جامعه شناخته می‌شوند. در این میان، زنانی که سرپرستی خانوار را نیز بر عهده دارند، ممکن است با چالش‌های بیشتری مواجه شوند که می‌تواند سلامت روانی و اجتماعی آنان و در نتیجه، سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار دهد. منظور از زن سرپرست خانوار، طیف وسیعی از دختران مجرد، زنان بیوه، مطلقه یا زنانی است که بدون کمک همسر یا شریک زندگی، مسؤولیت حمایت مالی و عاطفی خانواده خود را بر عهده دارند (۱۱). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سیر رو به افزایش زنان سرپرست خانوار، یک روند جهانی است و با مسایل متعددی همراه است (۱۳، ۱۲). از جمله این که این زنان به دلیل برخورداری هم‌زمان از چند نقش، اغلب فشارهای اجتماعی و دشواری‌های اقتصادی بیشتری را تجربه می‌کنند و در معرض مشکلات روان‌شناختی بیشتری قرار دارند (۱۴).

وضعیت تأهل نیز به عنوان عامل مهمی در بررسی سلامت روانی و اجتماعی زنان مطرح است. انتظار می‌رود ازدواج به عنوان منبع حمایت اجتماعی و ثبات عاطفی، تأثیر مثبتی بر سلامت روان داشته باشد. در حالی که زنان بدون همسر ممکن است به دلایلی همچون تنهایی، طردشدگی، درک نشدن و حمایت اجتماعی کمتر، کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه نمایند (۱۵) و زمینه بروز مشکلات سلامت روان در آنان فراهم شود (۱۶). از طرف دیگر، یافته‌های تحقیقی نشان داد که افراد مجرد به منظور برآورده کردن نیاز به تعلق، زمان بیشتری را در تعاملات اجتماعی صرف می‌کنند (۱۷). پژوهش دیگری نیز شواهدی قوی در مورد فرایندهای جبرانی سازگار در حوزه سلامت اجتماعی ارایه می‌دهد. به عنوان مثال، زنان بیوه یا افرادی که نزدیکان خود را از دست داده‌اند، سعی می‌کنند با برقراری تعاملات جبرانی در حوزه اجتماعی، سلامت اجتماعی خود را حفظ کنند (۱۹، ۱۸).

با توجه به مطالب مطرح شده، تعامل بین وضعیت تأهل و سرپرستی زنان با سلامت روانی و اجتماعی آنان موضوعی است که در برخی مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است. برخی تحقیقات به وجود رابطه بین سرپرست خانوار بودن زنان با وضعیت سلامت روان و اختلالات روان‌شناختی آنان اشاره داشته‌اند (۲۳-۲۰، ۱۶، ۱۴). از سوی دیگر، پژوهش‌های دیگری رابطه بین سرپرست خانوار بودن زنان با وضعیت سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی آنان را بررسی کرده‌اند (۲۵-۲۳، ۱۵، ۱۲). با این حال، برخی مطالعات نیز عدم وجود رابطه معنی‌دار در این زمینه را گزارش کرده‌اند (۱۴) و تحقیق دیگری رابطه بین سرپرست خانوار بودن زنان با عوامل اجتماعی و کیفیت زندگی را برحسب درامد بررسی کرده است (۲۶). یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وضعیت سرپرستی خانوار و تأهل زنان، می‌تواند به صورت مستقل با سلامت روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی آنان مرتبط باشد. البته در این زمینه مطالعات متناقضی نیز گزارش شده است. با این حال، الگوی تبیین‌کننده‌ای که نقش ابعاد مختلف متغیرها را بررسی کند، مشاهده نشد. بنابراین، با توجه به وجود الگوهای متعدد و نقش متغیرهای مختلف، انجام بررسی‌های بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به ضرورت مطالعه در حوزه سلامت روانی و اجتماعی زنان و نقش وضعیت سرپرستی خانوار و تأهل آنان، درک این که چگونه این عوامل می‌توانند سلامت روانی و اجتماعی زنان را تحت تأثیر قرار دهند، از اهمیت بالایی برخوردار است. در این راستا، پژوهش حضار با هدف مقایسه سلامت روانی و اجتماعی زنان بر حسب وضعیت تأهل و سرپرستی خانوار آنان انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه مقطعی- تحلیلی بود که بر روی زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی با توجه به متغیرهای پیش‌بین از بین زنان کارمند و هیأت علمی در ۱۰ دانشکده پزشکی، دندان‌پزشکی، داروسازی، تغذیه، بهداشت، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، توان‌بخشی، پرستاری و مامایی و فن‌آوری پزشکی و ستاد دانشگاه با حداقل دو سال سابقه کار صورت گرفت؛ به این ترتیب که با ارایه معرفی‌نامه به واحد کارگزینی، تعداد کارکنان زن و وضعیت تأهل آنان پرسش شد و با مراجعه حضوری پژوهشگر، ضمن بیان هدف تحقیق برای شرکت در مطالعه دعوت به همکاری شدند.

تعداد نمونه طبق فرمول تعیین حجم نمونه، ۲۶۷ تن محاسبه شد (رابطه ۱). Z مقدار متغیر نرمال واحد استاندارد می‌باشد که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ۱/۹۶ است و d مقدار خطای مجاز در تحقیق حاضر، ۰/۰۶ است.

$$n = \frac{(1.96)^2(0/25)}{(0/06)^2} = 267 \quad n = \frac{z^2pq}{d^2}$$ رابطه ۱

معیارهای ورود شامل برخورداری از دو سال سابقه اشتغال در دانشگاه، عدم مواجه با بحران یا حادثه دشواری که به تنهایی سلامت روان فرد را به طور جدی بتواند تحت تأثیر قرار دهد (به عنوان متغیر مخدوشگر) در سال مورد بررسی و عدم برنامه‌ریزی برای تغییر وضعیت تأهل یا در شرف تغییر قرار داشتن بود. عدم پاسخگویی کامل یا اعلام انصراف برای استفاده از داده‌ها در پژوهش نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

در پژوهش حاضر سه ابزار اندازه‌گیری استفاده گردید. پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire یا GHQ) که توسط Goldberg در سال ۱۹۷۲ ساخته شده است و یک پرسش‌نامه سنجش سلامت عمومی مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی و شامل چهار بعد از جمله «علایم جسمانی، افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی و نارسایی عملکرد اجتماعی» می‌باشد (۲۷). مدت زمان اجرای آزمون به طور متوسط حدود ۱۰ تا ۱۲ دقیقه است (۲۸). دامنه نمرات بین صفر تا ۸۴ و نمره کمتر نشان دهنده سلامت روان بهتر است؛ به طوری که میزان نمره بین صفر تا ۲۲ کمترین، ۲۳ تا ۴۰ خفیف، ۴۱ تا ۶۰ متوسط و ۶۱ تا ۸۴ بیشترین و در مورد ابعاد نیز نمرات صفر تا ۶ کمترین، ۷ تا ۱۱ خفیف، ۱۲ تا ۱۶ متوسط و ۱۲ تا ۱۶ نشان دهنده وضعیت وخیم سلامتی فرد است (۲۹). نظیفی و همکاران در مطالعه خود ضریب Cronbach's alpha را برای خرده مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۳۰). پایایی در تحقیق حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت اجتماعی Keyes شامل ۲۰ سؤال و پنج مقیاس از

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666]

جمله «شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی» و نمره بیشتر، نشان دهنده سلامت اجتماعی بالاتر است. تفسیر نمره‌گذاری پرسش‌نامه به این صورت است: نمره بین ۲۰ تا ۴۶ میزان سلامت اجتماعی افراد در حد ضعیف؛ نمره بین ۴۷ تا ۷۴ میزان سلامت اجتماعی در حد متوسط و نمره بین ۷۵ تا ۱۰۰ میزان سلامت اجتماعی در حد مناسب می‌باشد. در پژوهشی روایی و اعتبار ساختار عاملی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت و مقدار χ^2 برای مقیاس‌های آن بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۶ گزارش گردید (۳۱). مطالعه دیگری نیز پایایی و روایی این ابزار را تأیید و مقدار χ^2 برای این مقیاس را ۰/۷۳ گزارش کرد (۳۲). پایایی مقیاس مذکور در تحقیق حاضر، ۰/۷۱ محاسبه شد. در ادامه سنجش، وضعیت زنان از نظر تأهل، سرپرستی خانواده و رضایت و امنیت درک شده از آن طی خودگزارش‌دهی دریافت گردید. رضایت از وضعیت تأهل و رضایت از وضعیت سرپرستی زنان در پنج گزینه به صورت «خیلی راضی، راضی، تا حدی راضی، کمتر راضی و ناراضی» پرسش و از ۵ به ۱ نمره‌دهی شد.

با توجه به حساسیت موضوع، پژوهشگران به طور حضوری به واحدهای مورد نظر مراجعه نمودند و ضمن بیان هدف پژوهش و در صورت تمایل به همکاری و داشتن معیارهای ورود به مطالعه، لینک پرسش‌نامه که در بستر آنلاین آماده شده بود، به آدرس پست الکترونیک یا شماره همراه افراد ارسال گردید. پس از تکمیل حجم نمونه، لینک آنلاین بسته شد و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t، ANOVA و ضریب همبستگی Pearson در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تحقیق حاضر با دریافت کد اخلاق انجام شد. افراد نمونه آگاه شدند که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و امکان انصراف از تداوم همکاری را دارند. اسم و مشخصات قابل شناسایی نیست و داده‌ها به صورت گروهی استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سن مشارکت‌کنندگان، ۷/۶۲ ± ۴۳/۸۶ سال و میانگین سابقه کار آنان، ۷/۵۵ ± ۱۶/۵۸ سال بود. ۲۵/۶ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۳۷/۲ درصد کارشناسی ارشد، ۲۶/۹ درصد دکتری تخصصی و ۱۰/۲ درصد تخصص داشتند.

طبق یافته‌های جدول ۱، میزان مشکلات در سلامت عمومی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حد خفیف بود. طبق طبقه‌بندی ارایه شده در بخش روش، از بین چهار مقیاس GHQ، تنها میزان افسردگی در حد کمترین و بقیه در حد خفیف گزارش گردید. همچنین، میزان سلامت اجتماعی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مقیاس‌های آن در حد مناسب گزارش شد.

میانگین نمره میزان رضایت و امنیت گزارش شده کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از وضعیت تأهل و وضعیت سرپرستی خانواده ایشان بر حسب معیار حداکثر نمره ۵، کمی کمتر از متوسط به دست آمد (جدول ۲).

بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تفکیک وضعیت تأهل و وضعیت سرپرستی خانواده ایشان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با رضایت و امنیت از وضعیت تأهل و سرپرستی‌شان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت؛ به این معنی که هرچه رضایت و امنیت از وضعیت تأهل و سرپرستی‌شان بیشتر باشد، میزان سلامت روانی و سلامت اجتماعی بیشتری هم گزارش می‌شود و بر عکس (جدول ۴).

جدول ۱. میانگین نمره اختلال در سلامت روانی و سلامت اجتماعی و مقیاس‌های آن‌ها در کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

متغیر	مقیاس	میانگین ± انحراف معیار
سلامت روانی	نشانه‌های جسمانی	۷/۷۶ ± ٤/۰۸
	اضطراب و بی‌خوابی	۷/۵۷ ± ٤/۵۰
	نارسایی عملکرد اجتماعی	۷/٤۸ ± ۲/۹۰
	افسردگی	۳/۷٤ ± ٤/۷٦
	اختلال در سلامت روانی	۲٦/۵۷ ± ۱۳/٤۵
سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	۱۹/۳۵ ± ۳/۵۹
	همبستگی اجتماعی	۲۰/۷۹ ± ۳/٤۷
	انسجام اجتماعی	۱۸/۱۲ ± ۳/٦۰
	پذیرش اجتماعی	۲۱/۸٤ ± ٤/۰۸
	مشارکت اجتماعی	۱٦/۸٤ ± ۳/٦۳
	سلامت اجتماعی	۹٦/۹۷ ± ۱٦/۲۷

جدول ۲. میانگین نمره رضایت و امنیت از وضعیت تأهل و سرپرستی در کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

متغیر	میانگین ± انحراف معیار
رضایت از تأهل	۲/۲۲ ± ۱/۰۷*
امنیت از تأهل	۲/۲۲ ± ۱/۱۰
رضایت از سرپرستی	۲/۱۷ ± ۱/۰۱
امنیت از سرپرستی	۲/۲٦ ± ۱/۰۱

*دامنه نمره بین ۱ تا ۵

جدول ۳. مقایسه میزان سلامت روانی و سلامت اجتماعی کارکنان زن به تفکیک وضعیت تأهل و سرپرستی خانواده ایشان

متغیر	نتیجه آزمون (مقدار P)
سلامت روانی و وضعیت تأهل*	۱/۲۲ (۰/۳۰۰)#
سلامت اجتماعی و وضعیت تأهل	۱/۱۸ (۰/۳۱۰)#
سلامت روانی و وضعیت سرپرستی**	۰/۲۷ (۰/۷۸۰)¥
سلامت اجتماعی و وضعیت سرپرستی	۰/۵٤ (۰/٦۰۰)¥
سلامت روانی و تعامل وضعیت تأهل و سرپرستی	۲/۵۸ (۰/۰٦۰)¥
سلامت اجتماعی و تعامل وضعیت تأهل و سرپرستی	۱/۱۷ (۰/۱۸۰)¥

*مجرد و متأهل، **سرپرست، غیر سرپرست، سرپرست مشترک

#آزمون t، ¥آزمون ANOVA

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666]

جدول ۴. بررسی رابطه بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با رضایت و امنیت از وضعیت تأهل و سرپرستی ایشان

متغیر	نتیجه آزمون (مقدار P)			
	رضایت از تأهل	امنیت از تأهل	رضایت از سرپرستی	امنیت از سرپرستی
سلامت روانی	۰/۳۹ (< ۰/۰۰۱)	۰/۲۲ (۰/۰۰۴)	۰/۲۸ (< ۰/۰۰۱)	۰/۲۹ (< ۰/۰۰۱)
سلامت اجتماعی	۰/۴۷ (< ۰/۰۰۱)	۰/۴۲ (< ۰/۰۰۱)	۰/۴۵ (< ۰/۰۰۱)	۰/۴۹ (< ۰/۰۰۱)

بحث

طبق یافته‌ها، میانگین نمره اختلال در سلامت روانی، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و نارسایی عملکرد اجتماعی در کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حد خفیف گزارش شد. نتایج پژوهش حاضر در تطابق با یافته‌های مطالعاتی قرار داشت که بر روی استادان و کارکنان دانشگاه انجام شده و میزان سلامت روان را در حد مطلوب با مشکلات در حد خفیف گزارش کرده است (۳۵-۳۳). وجود نشانه‌های جسمانی خفیف در زنان شاغل می‌تواند به دنبال استرس یا فشار کاری باشد که به صورت فیزیکی امکان بروز دارد. این نشانه‌ها ممکن است شامل سردرد، خستگی، مشکلات گوارشی یا سایر علایم جسمی مرتبط با استرس باشد که البته در تحقیق حاضر در حد خفیف گزارش گردید و می‌تواند حاکی از سازگاری نسبی با عوامل بروز دهنده آن باشد. اضطراب و بی‌خوابی می‌تواند به نوعی ناشی از فشار مرتبط با تعادل بین کار و زندگی، انتظارات اجتماعی یا مسؤولیت‌های شغلی و خانوادگی باشد که با توجه به برخورداری زنان شاغل از سرمایه اجتماعی بیشتر، احتمالاً مدیریت مناسب‌تری برای کنترل تنش‌ها داشته‌اند. نارسایی عملکرد اجتماعی خفیف ممکن است با کمبود وقت برای برقراری تعاملات یا خستگی از تعدد نقش و وظایف مرتبط باشد که منجر به محدود شدن برخی روابط اجتماعی حداقل در برخی موقعیت‌ها و زمان‌ها می‌شود. به طورکلی، زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از سلامت روانی نسبتاً خوبی برخوردار هستند، اما برخی علایم خفیف روان‌شناختی گزارش شد که نیاز به توجه و حمایت دارد.

بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین نمره سلامت اجتماعی و مقیاس‌های مرتبط با آن در کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حد مناسب گزارش شد و با یافته‌های برخی پژوهش‌ها که گزارش کردند کارکنان علوم پزشکی از سلامت اجتماعی متوسط و قابل قبولی برخوردار هستند و به معرفی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی هیأت علمی پرداختند (۳۷، ۳۶)، همخوانی داشت. این یافته نشان می‌دهد که زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از نظر سلامت اجتماعی در وضعیت مطلوبی قرار دارند. با این تعبیر که به طور کلی با جامعه و محیط اطراف خود پیوند دارند، در جامعه پذیرفته شده‌اند و در صورت نیاز، توانایی مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی را دارند. این موارد کمک می‌کند احساس کنند جامعه برای آن‌ها معنی‌دار است و می‌توانند نقش مؤثری در آن ایفا نمایند. پس محیط کاری حامی از نظر روانی و اجتماعی، می‌تواند به سلامت اجتماعی کارکنان کمک کند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تفکیک وضعیت تأهل و وضعیت سرپرستی خانواده ایشان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. بیشتر تحقیقات به وجود ارتباط بین این متغیرها اشاره کرده‌اند (۲۳-۲۰، ۱۶) و پژوهشی در هماهنگی با این یافته (۱۴) مشاهده گردید. نکته مهم قابل اشاره این است که جامعه بررسی حاضر به زنان شاغل اختصاص داشت که تحصیلات دانشگاهی داشتند و در زمان مطالعه در سمت کارمند و هیأت علمی در دانشگاه مشغول به فعالیت بودند. ماهیت محیط کار دانشگاهی یک بستر اجتماعی فعال است. کارکنان در طول روز با همکاران خود تعامل دارند، در فعالیت‌های گروهی شرکت می‌کنند و حداقل احساس تعلق به یک جمع را تجربه می‌کنند. این بعد اجتماعی شغل می‌تواند تا حدی جایگزین یا مکمل نقش خانواده در تأمین نیازهای اجتماعی افراد شود؛ به ویژه برای زنان شاغل، محیط کار می‌تواند فرصت‌های مهمی را برای ایجاد و حفظ روابط اجتماعی، به اشتراک گذاشتن تجربیات و دریافت حمایت روانی و اجتماعی فراهم نماید. همچنین، زنان شاغل می‌توانند شبکه‌های اجتماعی خود را فراتر از دایره خانواده و وضعیت تأهل گسترش دهند. این شبکه‌ها می‌توانند به ویژه برای زنان مجرد یا سرپرست خانوار که ممکن است به طور سنتی منابع حمایتی خانوادگی محدودتری داشته باشند، اهمیت بیشتری پیدا کنند. از منظر دیگر، اشتغال و تحصیلات بالاتر می‌تواند منجر به افزایش استقلال و عاملیت زنان شود. زنان شاغل ممکن است توانایی بیشتری در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی مورد نظر خود داشته باشند؛ گاهی بدون این که لزوماً وضعیت تأهل یا سرپرستی ایشان در خانواده، محدودیت عمده‌ای برایشان ایجاد کند. به عبارت دیگر، زنان شاغل در نمونه مطالعه حاضر (دانشگاهی) ممکن است در شکل‌دهی به زندگی اجتماعی خود نقش فعالانه‌تری داشته باشند و صرف نظر از وضعیت نقش‌ها و مسؤولیت‌های خانوادگی، از روابط و حمایت‌هایی برخوردار باشند که امکان بیشتری برای برآوردن نیازهای آن‌ها داشته باشد. طبق یافته‌های تحقیق حاضر، وضعیت تأهل و سرپرستی خانوار به تنهایی نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی و کافی برای سلامت روانی و اجتماعی زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان باشد. این موضوع اهمیت توجه به سایر عوامل فردی، اجتماعی و سازمانی را که ممکن است بر سلامت روانی و اجتماعی زنان تأثیر بگذارد، برجسته می‌کند. در این خصوص، پژوهشی گزارش کرد که این ارتباطات در صورت ورود تنها یک متغیر مثل درامد به مطالعه، معادله و روابط را تغییر می‌دهد (۲۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره میزان رضایت و امنیت گزارش شده کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از وضعیت تأهل و سرپرستی‌شان بر حسب معیار حداکثر نمره ۵، کمی کمتر از متوسط می‌باشد. زنان شاغل به ویژه در محیط‌های حرفه‌ای مانند دانشگاه، ممکن است با فشار نقش‌های چند گانه مواجه باشند که به طور هم‌زمان نقش‌های شغلی، خانوادگی و شخصی را ایفا می‌کنند. این فشار می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی، کمبود وقت برای رسیدگی به امور شخصی و خانوادگی و احساس عدم تعادل بین کار و زندگی شود. وضعیت تأهل و سرپرستی، چه مثبت و چه چالش‌برانگیز، بخشی از این معادله پیچیده است و می‌تواند بر احساس رضایت و امنیت کلی تأثیرگذار

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666]

باشد. از طرف دیگر، هنجارها و انتظارات اجتماعی و فرهنگی در ایران در مورد نقش زنان در خانواده و جامعه، همچنان قوی هستند و ممکن است زنان شاغل چه در نقش همسر، مادر و یا سرپرست خانوار با فشار برای انطباق با این انتظارات روبه‌رو باشند. این فشار می‌تواند به ویژه برای زنانی که وضعیت خانوادگی‌شان با انتظارات سنتی همخوانی ندارد یا برای زنانی که در تلاش برای ایجاد تعادل بین انتظارات خانوادگی و شغلی هستند، منجر به کاهش رضایت و امنیت شود. همچنین، مسایل اقتصادی و معیشتی به ویژه در شرایط اقتصادی فعلی، می‌تواند عامل مهم دیگری در احساس امنیت باشد. ناکافی بودن حمایت‌های سازمانی از جمله عدم وجود تسهیلات کافی برای نگهداری فرزندان، عدم انعطاف‌پذیری در ساعات کاری، کمبود مرخصی‌های مناسب برای امور خانوادگی و فقدان حمایت‌های روانی و مشاوره‌ای و مواردی از این قبیل، ممکن است احساس رضایت و امنیت زنان را تحت تأثیر قرار دهد. موارد دیگری همچون رضایت از رابطه زناشویی و حمایت همسر، درگیری‌های احتمالی زناشویی، عدم تقسیم عادلانه مسؤولیت‌های خانه‌داری و فرزندپروری و کمبود حمایت عاطفی و عملی از سوی همسر برای زنان متأهل یا مشکلات خانوادگی و مسایلی با والدین برای زنان مجرد نیز در این زمینه تعیین‌کننده است.

طبق یافته‌های به دست آمده، بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی کارکنان زن دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با رضایت و امنیت از وضعیت تأهل و سرپرستی‌شان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ به این معنی که هرچه رضایت و امنیت از وضعیت تأهل و سرپرستی‌شان بیشتر باشد، میزان سلامت روانی و سلامت اجتماعی بیشتری هم گزارش می‌شود و بر عکس. این یافته به طور برجسته نقش عوامل ذهنی و نگرشی را در سلامت روانی و اجتماعی زنان شاغل تأیید می‌کند. با وجودی که یافته‌های پیشین نشان دادند که وضعیت تأهل و سرپرستی به عنوان متغیرهای جمعیتی و دسته‌بندی شده به طور مستقیم سلامت روان و جامعه را متمایز نمی‌کنند، این یافته نشان می‌دهد که احساس درونی و ذهنی زنان نسبت به این وضعیت‌ها، بسیار تعیین‌کننده سلامت روانی- اجتماعی ایشان است. به عبارت دیگر، این که زن در چه وضعیتی (از نظر وضعیت تأهل و سرپرستی) قرار دارد، تعیین‌کننده نیست، بلکه این مهم است که زنان تا چه میزان از این وضعیت خود احساس رضایت و امنیت می‌کنند. این دیدگاه، رویکردی فردمحور و تجربه‌گرا را در بررسی سلامت روانی- اجتماعی زنان شاغل تقویت می‌کند.

رضایت و امنیت ممکن است نشان دهنده دسترسی به منابع حمایتی بیشتر باشد. زنان راضی، احتمالاً شبکه‌های حمایتی قوی‌تری در خانواده، بین دوستان و در محیط کار دارند. این حمایت‌ها می‌تواند به عنوان یک سپر محافظتی در برابر مشکلات و استرس‌ها عمل کند و سلامت روانی و اجتماعی را ارتقا دهد. رضایت و امنیت می‌تواند ناشی از احساس کنترل بیشتر بر زندگی و سرنوشت خود و عاملیت در تصمیم‌گیری‌های مهم باشد. زنانی که احساس می‌کنند در انتخاب وضعیت تأهل و سرپرستی خود نقش داشته‌اند و از آن راضی هستند، احتمالاً احساس توانمندی و خودکارامدی بیشتری دارند که به سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها کمک می‌کند. رضایت از وضعیت زندگی از جمله وضعیت خانوادگی، می‌تواند منجر به ارتقای عزت نفس و شکل‌گیری خودپنداره مثبت شود. احساس ارزشمندی و دوست‌داشتنی بودن، از پایه‌های اصلی سلامت روانی می‌باشد و می‌تواند تعاملات اجتماعی مثبت را تسهیل نماید. رضایت از وضعیت تأهل و سرپرستی می‌تواند منجر به بهبود کیفیت روابط اجتماعی به ویژه در درون خانواده و با همسر، والدین و سایرین شود. بر این اساس، روابط سالم و رضایت‌بخش، از عوامل کلیدی سلامت اجتماعی و روانی می‌باشد.

از جمله محدودیت‌ها، مربوط به اجرای پژوهش است که در بازه زمانی کوتاه انجام می‌شود و امکان دارد تغییرات بلندمدت را نشان ندهد. همچنین، عواملی که بر حسب ماهیت مطالعات پیمایشی، کنترل نشدند و ممکن است بر نتایج تأثیر گذاشته باشند، از نقاط ضعف تحقیق و سنجش نقش هم‌زمان تأهل و سرپرستی با در نظر گرفتن دیدگاه پاسخگویان درباره رضایت و امنیت نسبت به هر یک از وضعیت‌ها، از نقاط قوت پژوهش است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اگرچه وضعیت تأهل و سرپرستی خانوار به عنوان دسته‌بندی‌های جمعیتی، به طور معنی‌داری سلامت روانی و اجتماعی کارکنان زن را متمایز نمی‌کند، اما بررسی عمیق‌تر نشان داد که رضایت و امنیت از وضعیت تأهل و سرپرستی، نقش محوری در سلامت روانی- اجتماعی این زنان ایفا می‌کند. یافته‌های تحقیق می‌تواند پیامدهای مهمی برای سیاست‌گذاران، ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و سازمان‌های خدمات اجتماعی داشته باشد. با درک عواملی که به سلامت روانی- اجتماعی زنان کمک می‌کند، ذی‌نفعان می‌توانند مداخلات و برنامه‌های هدفمندی را توسعه دهند که نیازهای اختصاصی زنان را بر حسب دیدگاهشان درباره وضعیت تأهل و سرپرستی ایشان برطرف کند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های ارتقای سلامت روانی- اجتماعی زنان شاغل به جای تمرکز صرف بر دسته‌بندی‌های جمعیتی، بر بهبود رضایت و امنیت ذهنی آنان از وضعیت خانوادگی‌شان متمرکز شود. به محققان آینده توصیه می‌شود که سلامت روانی و اجتماعی زنان در فرهنگ‌ها و بافت‌های اجتماعی مختلف را با به کارگیری هم‌زمان روش‌های کمی و کیفی بررسی کنند و درک عمیق‌تری از تجربیات ذهنی زنان و عوامل مرتبط با سلامت روانی و اجتماعی آنان ارایه دهند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۲۴۰۲۲۴ و کد اخلاق IR.MUI.NUREMA.REC.1402.037، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. بدین وسیله از تمام کسانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Dzau VJ, McGinnis JM. Vital Directions For Health And Health Care: Priorities For 2025 Health Policy Road Map For A New US Administration. 2025; 44(2).
2. Health WHODoM, Abuse S, Evidence WHOMH, Team R. Mental health atlas 2020: World Health Organization;

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666]

2020.
3. Noorbala AA, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. The British Journal of Psychiatry. 2004; 184(1): 70-3.
4. Sabouri S. Investigating the level of social health among education employees in Tehran, dissertation: Payam Noor University, Tehran; 2011.
5. Doyle DM, Link BG. On social health: history, conceptualization, and population patterning. Health Psychology Review, 2024; 18(3): 619-48.
6. Lee C. R. Chen A. Tye K. M. The neural circuitry of social homeostasis: Consequences of acute versus chronic social isolation. Cell, 2021; 184(6): 1500-16.
7. Quadt L. Esposito G. Critchley H. D. Garfinkel S. N. Brain-body interactions underlying the association of loneliness with mental and physical health. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2020; 116/; 283-300.
8. Rafiei H, Samiei M, Amini Razani M, Akbarian M. Social health in Iran: From a consensus-based definition to a criterion-based one. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2010; 62(3): 299.
9. Nazari H, Farhadi A, Jariayani M, Hosseinabadi R, Asgari S, Majidimehr M. Mental health of pregnant women referred to Khorramabad Health Centers. Yafteh. 2014; 16: 40–8.
10. Abdi F, Rahnemaei FA, Shojaei P, Afsahi F, Mahmoodi Z. Social determinants of mental health of women living in slum: a systematic review. Obstet Gynecol Sci. 2021; 64(2):143-55.
11. Tabrizikahuo G, Salehi K, Keshavarz Afshar H. Madani Y. Phenomenological representation of biosociality in femaleheaded households. Journal of Applied Family Therapy, 2023; 4 (1): 193-220.
12. Kwon M, Kim H. Psychological well-being of female-headed households based on age stratification: A nationwide cross-sectional study in South Korea. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(18): 6445.
13. 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. Electr. Phys. 2017; 9: 6027-34.
14. Enayati Fard A, Miri M, Nowrozi A, Hosseini T, Melaki Moghadam H. Investigating the state of mental health and coping skills in women heads of households in Birjand city. Medical scholar 2018; 26(2): 1-8.
15. Zahedi Asl M, Pilehvari A. A meta-analysis of social health studies. Welfare planning and social development. 2014; 5(19): 71-107.
16. Amrollah Majd-Abadi Z, Nikpeyma N, Hazrati Gondad S, Noori F, Noei Mohammad-Bagher E. Quality of Life of Head-of-Household Women in IRAN: a review study. Iranian Journal of Nursing Research. 2019; 14(5): 58-65.
17. Fisher, A. N., Stinson, D. A., Wood, J. V., Holmes, J. G., & Cameron, J. J. Singlehood and attunement of self-esteem to friendships. Social Psychological and Personality Science, 2021; 12: 1-9.
18. Hobbs, W. R., & Burke, M. K. Connective recovery in social networks after the death of a friend. Nature Human Behaviour, 2017; 1(5): 1-6.
19. Burton A. M. Haley W. E. Small B. J. Bereavement after caregiving or unexpected death: Effects on elderly spouses. Aging and Mental Health, 2006; 10(3): 319-26.
20. Bharat Sh. Single-Parent Family in India: Issues and Implications, Tata Institute of Social Sciences, Deonar, Bombay 400 088, 2008.
21. Garousi S, Shabestari S. Social capital and mental health among household head women surveying the relationship in the City of Kerman. Iranian Social Studies. 2012; 5(1): 1-123.
22. Hosseini A, Setare Forozan A, Amirfaryar M. Investigating the mental health of women heads of households covered by the welfare organization of Tehran city. Social research. 2009; 3(2): 117-37.
23. Khaled A, Azimi H. Examining the career-family conflict of women heads of the household. Women in development and politics. 2014; 12(3): 425-48.
24. 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. 2014; 10(2): 48-55.
25. Shaditalab Z, Vahabbi M, Varmazyar H. Income Poverty, Only One Aspect of Female Headed Houshold's Poverty. Refahj, 2005; 5(17); 227-48.
26. Edrisi A, Hatamvand Z. Investigating the mechanism of employment influence on the quality of life of women heads of households. Sociological research. 2012; 23(6): 97-128
27. Fathi-Ashtiani A. Psychological tests: Personality and mental health. Tehran: Besat, 2016; 408.
28. Mani A, Ghelijkhani S, Haghighat R, Ahmadzadeh L, Chohedri E, Heydari ST. Validity and Reliability of the

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666]

Persian Version of the Self-Report Form of Behavior Rating Inventory of Executive Function-Adult version (BRIEF-A). Shiraz E-Medical Journal, 2018; 19(2): 1-11
29. Sterling M. General health questionnaire-28 (GHQ-28). Journal of physiotherapy, 2011; 57(4): 259.
30. Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Translation of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences. Journal of Fasa University of Medical Sciences/Majallah-i Danishgah-i Ulum-i Pizishki-i Fasa, 2014; 3(4): 336-42.
31. Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Examinig the factor structure of the Keyes comprehensive scale of well-being (Persian). Developmental Pscychology. 2006; 3(9): 35-51.
32. Saied M, Makarem A, Khanjani MS, Bakhtyari A. Comparison of social health & quality of life between residential and non-residential elderlies in Tehran (Persian). Iranian Journal of Ageing. 2019; 14(2): 178-87.
33. Thielmann B, Karlsen HR, Tymbota M, Kapustnyk V, Zavgorodnia N, Zavgorodnii I, Böckelmann I. Mental Health and Work-Related Behaviors in Management of Work Requirements of University Lecturers in Ukraine—An Age Group Comparison. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(20): 10573.
34. Efegoma YC, Ofili AN, Isah EC. Job Satisfaction and psychological health of staff in a Nigerian University. Journal of Community Medicine and Primary Health Care. 2022; 34(2): 63-76.
35. Hammoudi Halat D, Soltani A, Dalli R, Alsarraj L, Malki A. Understanding and Fostering Mental Health and Well-Being among University Faculty: A Narrative Review. Journal of Clinical Medicine. 2023; 12(13): 4425.
36. Haery S M, Tehrani H, Olyaeimanesh A, Nedjat S. Factors Influencing the Social Health of Employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran. Iran J Health Educ Health Promot 2016; 3(4): 311-8.
37. Abdollahfam R, Yari Haj Ataloo J, Talebi B, Ebrahimpour D. Individual and professional factors affecting social health of faculty members of Islamic Azad Universities in East Azarbaijan, Iran (2016-2018). JOHE 2019; 8(2): 88-93.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.48305/jhsr.v22i2.1666]