

اثرات اشتغال بر سلامت زنان

دکتر شیرین احمدنیا*

از دهه هفتاد میلادی مطالعات در زمینه نابرابری‌های موجود در مورد شاخص‌های سلامت و بیماری و به ویژه تفاوت در مورد سلامت زنان و مردان در سطوح ملی و بین‌المللی در غرب آغاز شده است (Hunt & Annandale, 1999). از آنجا که دامنه مطالعات فوق‌الذکر عمدتاً به جوامع غربی محدود شده است، جای خالی تحقیق در این زمینه در ارتباط با جوامع دیگر در عرصه بین‌المللی به خصوص جوامع جهان سوم یا جوامعی که دارای فرهنگی متفاوت با جوامع غربی هستند، احساس شده است (Khalat et al. 2000). در کشوری چون ایران، که در منطقه خاورمیانه قرار گرفته، مطالعات در زمینه سلامت زنان و عوامل مرتبط با آن در مراحل ابتدایی خود قرار دارد. تحقیقی (Ahmad-Nia, 2000) که در این مقاله به بخشی از نتایج آن اشاره می‌شود، تلاشی در راستای از میان بردن خلا موجود در زمینه مطالعه تفاوت‌های سلامت و

* جامعه‌شناس، عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی
<Shirin_ahmadnia@yahoo.com>

بیماری در مورد مادران شاغل و غیرش اغل در
سطح شهر تهران است که در چارچوب
جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت به انجام رسیده
است.

کلید واژه‌ها: اشتغال، تهران، زنان، سلامت

مقدمه

مطالعات انجام شده در کشورهای غربی حکایت از برتری نسبی وضعیت سلامت زنان شاغل در مقایسه با زنان غیرشاغل یا به عبارت دیگر زنانی دارد که صرفاً به ایفای نقش زن خانه‌دار محدود شده‌اند. (Gove & Tudor, 1973; Nathanson, 1980; Waldron & Jacobes, 1989; hee, 1998; Arber & Cooper, 2000).

در مطالعات انجام شده بر اهمیت تکثر نقش‌ها و تاثیر مثبت آن در ارتقای وضعیت سلامت روحی و جسمانی زنان تأکید شده است. سوالي که مطرح می‌شود این است که آیا ایفای نقش‌های متعدد – و به ویژه در مورد زنان گسترش فعالیت‌های اجتماعی و شغلی – در شرایط متفاوت فرهنگی به عنوان مثال در شرایط فرهنگی جامعه در حال گذار ایران نیز می‌تواند همان آثار مثبت مورد انتظار را در مقایسه زنان شاغل و خانه‌دار به همراه داشته باشد.

1) مروری بر سوابق نظری و تجربی

در چارچوب مدل های نظری تحلیل نقش در غرب دو رویکرد عمده - یکی با دید مثبت و دیگری با دیدگاهی منفی - به مسئله رابطه نقش اشتغال و سلامت در مورد زنان پرداخته است که در این جا به اختصار به فرضیه های عمده هریک از دو دیدگاه اشاره می شود.

در چارچوب رویکرد منفی، گذشته از نظریه پارسونز در مورد تفکیک کارکردی نقش زنان و مردان و تاکید وی بر لزوم عدم اشتغال زنان خانه دار، می توان از فرضیه های تکثر نقش (Multiple roles) تضاد نقش (role conflict) (Martikainen, 1995)، فشار بار اضافی نقش (role overload) (Waldron et al. 1998)، فرضیه تقارب (convergence hypothesis)، فرضیه کمیابی (scarcity hypothesis) (Barnett, 1993)، و فرضیه فشار نقش (role strain hypothesis) (Waldron et al. 1998) نام برد. هریک از این فرضیه ها به نوعی حکایت از این دارند زنانی که به کار در ازای دست مزد می پردازند، بیشتر احتمال دارد به دلایلی چون حجم بیشتر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت های بیشتر و استرس ناشی از ایفای چند نقش توأمان، از نظر سلامت در وضعیت نامطلوب تری نسبت به زنانی که صرفاً به نقش های سنتی همسری و مادری می پردازند، قرار گیرند.

در مقابل، در چارچوب مدل های رویکرد مثبت، به

- (role enhancement) فرضیه اعتلای نقش
(Bartley, 1992)،
- (Sorensen & (role expansion) نظریه بسط نقش
Verbrugge, 1987)
- (role accumulation) و فرضیه تجمع نقش
(Waldron et al. 1998)

می‌توان استناد نمود که طی آن نقش اشتغال که به‌عنوان نقش جدیدی به نقش‌های سنتی زنان اضافه شده، به‌عنوان یک امر مثبت و پرفایده در نظر گرفته می‌شود. در این‌جا مکانیزم تأثیرگذاری مثبت نقش اشتغال از طریق عزت نفس افزایش یافته، درآمد بیشتر، کسب حمایت اجتماعی گسترده‌تر - که با اشتغال در ازای درآمد همبسته است - در جهت ارتقای سلامت زنان مورد تأکید قرار می‌گیرد. آربر (1991) یادآور می‌شود که «اشتغال به‌کار زنان را می‌بایست هم به‌عنوان «نقشی دیگر» و هم به‌عنوان «متغیری ساختاری» در نظر گرفت. اشتغال - به‌عنوان نقشی اضافه شده - می‌تواند دربردارنده تعهدات و مسئولیت‌های بیشتر باشد، اما از سوی دیگر، زنان با جایگاهی که در بازار کار احراز می‌کنند، پاداش می‌گیرند و این امر حاکمیت بیشتر آن‌ها را بر منابع مالی در پی دارد و به آن‌ها این فرصت را اعطا می‌کند که بتوانند

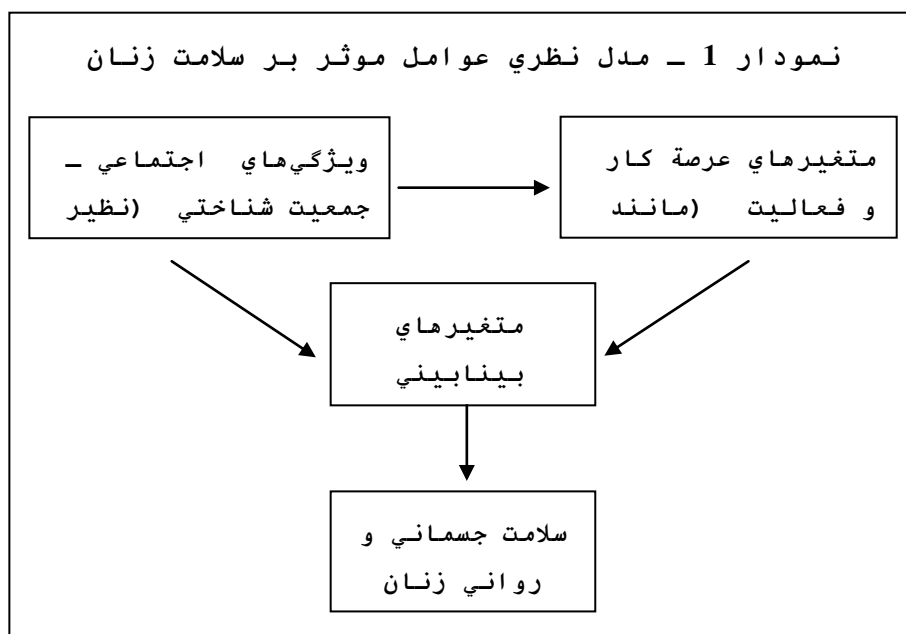
به نحو مثبتی بر شرایط زندگی خود و خانواده خود تأثیرگذار باشند.»

بارتلی و دیگران (1992: 313) نیز معتقدند: «هرچند به تدریج ما در ادبیات نظری شاهد ظهور سنتزی از این دو رویکرد (مثبت و منفی) به رابطه اشتغال - سلامت زنان، هستیم، برخی از عوامل درگیر در این رابطه همچنان مورد غفلت واقع شده‌اند». ایشان به ضرورت در نظر گرفتن ماهیت و میزان یا حجم کار، چه در مورد کار خانگی و کار زنان در بازار رسمی اشتغال اشاره داشته و تفاوت‌های موجود از نظر وضعیت سلامت را در مورد انواع مشاغل موجود مورد تأکید قرار می‌دهند. ایشان همچنین این مسئله که وضعیت سلامت خود تعیین‌کننده ورود افراد به مشاغل خاص است، یعنی نظریه انتخاب سلامت (health selection) را متذکر می‌شوند. لی (1998) نیز به برخی از تحقیقات در سطح کشورهای مختلف اشاره نموده که در آن‌ها فرضیات بار اضافی نقش و اعتلای نقش با یکدیگر انسجام یافته‌اند. شایان توجه است که بررسی‌های متاخر در دهه نود میلادی از پرداختن صرف به مسئله احراز نقش فراتر رفته و مسئله کیفیت و تجربه نقش را نیز شامل شده است. آندال و هانت (2000) با مروری بر تحقیقات دهه مذکور، نتایج این تحقیقات را که حکایت از اهمیت یافتن کیفیت ایفای هر نقش

به تنهایی، در عین اهمیت ترکیب نقش های متعدد - به عنوان عوامل تعیین کننده یا پیش بینی کننده سلامت زنان دارد - مورد تاکید قرار داده اند.

2) چارچوب نظری تحقیق

به نظر می رسد برای شناخت رابطه سلامت - کار زنان می بایستی گروه هایی از عوامل درگیر که در چارچوب دسته بندی کلی تری گروه بندی و تشخیص داده می شود، طی مدل نظری راهنمای تحقیق مورد توجه و تجزیه تحلیل قرارگیرد. نگارنده این گروه های عمده را در قالب نمودار شماره یک معرفی می نماید. در این مدل، گروه متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی یا به عبارتی متغیرهای زمینه ای شامل متغیرهایی چون سن، وضعیت تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، درآمد خانواده، امکانات مالی خانوار، و پایگاه اقتصادی اجتماعی آن، شغل همسر، بعد خانواده، سن فرزندان، و این که زن به طور دائم به امر مراقبت از کسی (سالمند یا بیمار) اشتغال دارد، می شود.



گروه دوم از متغیرها که به متغیرهای حیطة کار و فعالیت مربوط می شود مشتمل بر متغیرهایی چون اشتغال/ عدم اشتغال و برخی از ویژگی های اشتغال زنان نظیر نوع کار از لحاظ پاره وقت یا تمام وقت بودن، درآمد، طبقه بندی شغلی، سابقه کار در ازای درآمد، و تصور زنان از شرایط فیزیکی و روانی - اجتماعی کار بیرون و کار خانگی می شود.

گروه سوم از متغیرها که به عنوان متغیرهای بینابینی در این مدل تلقی گردیده است، با عنوان

کلی متغیرهای زمی‌نه‌ی شرایط فردی / اجتماعی زندگی زنان به‌طور قراردادی تعریف شده و شامل برخی از متغیرهای دیدگاه منفی نظیر تضاد نقش، و استرس و همچنین برخی از متغیرهای دیدگاه مثبت نظیر عزت نفس، حمایت اجتماعی، استقلال اقتصادی و رضایت (از نقش خانه‌داری، رضایت از زناشویی، و رضایت از زندگی در کل) می‌شود. متغیرهای دیگری مانند حمایت و پشتیبانی همسر، تقسیم کار خانگی، و موافقت همسر با کار بیرون از منزل زن، نیز در این گروه قرار دارند. در این گروه از متغیرها به منظور اندازه‌گیری عزت نفس از مقیاس سنجش روزنبرگ (1965) استفاده شده است و حمایت اجتماعی به تعداد دوستان صمیمی فرد - کسی که فرد بتواند در هر شرایطی بدون اطلاع قبلی به منزل وی مراجعه و درد دل خود را با او در میان بگذارد - بازمی‌گردد. همچنین، رضایت از زندگی در ابعاد مختلف رضایت از کار، زندگی زناشویی، خانه‌داری و رضامندی کلی از زندگی در قالب طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفته است. در مورد متغیر استرس از پاسخ‌گو پرسیده شد تا چه حد در یک ماه گذشته احساس کرده که فشارها و استرس زندگی او را تحت تأثیر قرار داده است. این شکل عملیاتی کردن از تحقیقات مشابه در پژوهش‌های انگلستان

اخذ گردیده است . (کالیان و پرسکات - کلارک،
1996)

به منظور سنجش شرایط روانی - اجتماعی کار و
یا خانه داری نیز طیفی مرکب از آیتم های قراردادی
به کار گرفته شد . برای مثال می توان به میزان
تنوع کاری، کنترل کار، یک نواختی کار و ...
اشاره کرد.

در نهایت متغیر سلامت که هر دو بعد سلامت
جسمانی و روانی را دربرمی گیرد، به عنوان متغیر
وابسته اصلی در این مدل قرار داده شده است .
برای سنجش متغیر سلامت با دو بعد جسمانی و روانی
در تحقیق اصلی (Ahmad-Nia, 2000)، نگارنده از
متغیرهای مختلفی که در بررسی های سلامت سنجی غربی
متداول است، استفاده کرده، که برخی از آن ها در
این مقاله گزارش داده می شود (نک به جدول شماره
2). در این جا به منظور تحلیل های آماری
چندمتغیری رابطه کار - سلامت مادران در مورد
سلامت جسمانی از معرف «ارزیابی شخص از سلامت خویش
با توجه سن و سال خود» و برای سلامت روانی از
معرف «مقیاس سلامت گولد برگ» (1972) بهره گرفته
شده است.

3 روش تحقیق

این بررسی با روش پیمایش (surver) در چارچوب روش‌های کمی تحقیق (quantitative research) در مورد مادران به‌عنوان واحد تحلیل و مشاهده در سطح شهر تهران به انجام رسیده است. تکنیک جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه دارای پرسش‌های باز و بسته و انواع گویه از نوع لیکرت بوده است. اطلاعات 1065 پرسشنامه معتبر که در نتیجه انجام مراحل نمونه‌گیری در مورد زنان شاغل و غیرشاغل در سطح شهر تهران جمع‌آوری شد، پس از استخراج دستی و کامپیوتری (سوالات بسته اسکن scan شد) از طریق کاربرد بسته نرم افزاری SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

پاسخ‌گویان تحقیق از میان زنان در سنین 18 تا 60 سالگی، متاهل و دارای حداقل یک فرزند انتخاب شدند. افراد شاغل زنان دارای مشاغل تمام وقت و پاره وقت را دربرمی‌گرفت.

از آن‌جا که دست‌رسی به فهرست مشخصی از زنان شاغل در تهران و در کشور امکان‌پذیر نبود تا به نحو ایده‌آل و دقیقی مبنای چارچوب نمونه‌گیری تحقیق قرار گیرد، محقق ناگزیر از کاربرد روش‌های جبرانی جهت دست‌یابی به افراد نمونه تحقیق شد. بدین ترتیب جهت دست‌یابی به نمونه‌ای نسبتاً معرف از زنان شاغل، جدول توزیع نسبی زن‌ان در مشاغل

مختلف شغلی در جمعیت نمونه مادران شاغل قرار گرفت. باتوجه به تمرکز زنان شاغل در مشاغلی که تحت عنوان «زنانه» دسته‌بندی می‌شود و با تمرکز تعداد زیادی از زنان در نهادهای عمده ای چون وزارت آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارخانجات، دسترسی به عمده زنان نمونه تحقیق با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای میسر شد. در مورد پاسخ گویان گروه زنان غیرشاغل نیز با مشورتی که با مشاورین مرکز آمار ایران انجام شد، دستیابی به ایشان از طریق مناطق آموزش و پرورش تهران و با بهره گیری از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای از طریق مراجعه به مدارس و مهدکودک‌های تهران و به واسطه فرزندان ایشان صورت گرفت. پرسشنامه‌های تحقیقی به صورت خود – تکمیلی طراحی شده بود و در صورت بی‌سوادی یا کم سوادی پاسخ گو از پرسشگران آموزش‌دیده جهت تکمیل پرسش‌نامه کمک گرفته می‌شد. روایی (Reliability) مقیاس‌های به کار رفته در این تحقیق از طریق کاربرد سازگاری درونی (Internal Consistency) (Litwin, 1995) مورد سنجش قرار گرفت. این شیوه سنجش روایی مبتنی بر محاسبه ضریب آلفای کرونباخ است که براساس میزان همبستگی تک تک آیتم‌های تشکیل‌دهنده مقیاس با کل مجموعه محاسبه

می‌شود. در این تحقیق ضرایب بالای 70 درصد به عنوان حداقل ارزش مورد پذیرش قرار گرفته است. مقیاس‌های به کار رفته در این تحقیق قبلاً در ایران در چارچوب تحقیقات روان شناختی به کار رفته و مشکل عمده ای از نظر هماهنگی با شرایط بومی ملاحظه نمی‌شد. با این حال، در زمینه کاربرد مقیاس‌های غربی به مسئله معادل مفهومی (conceptual equivalence) و ترجمه مفاهیم اهمیت ویژه‌ای داده شد و تلاش شد دقت کافی در زمینه ترجمه مقیاس‌ها به عنوان مثال مقیاس عزت نفس روزنبرگ و پرسش‌نامه سلامت روانی گولدبرگ به عمل آید. برای این منظور محقق علاوه بر تلاش خویش در زمینه رعایت نکات ترجمه، از همکاری افراد دیگری نیز که هم بر فارسی و هم بر زبان انگلیسی تسلط نسبی خوبی داشتند بهره گرفت. علاوه بر این، انجام دو مرحله تحقیق مقدماتی (pilot study) که به منظور اصلاح و تجدید نظر در ابزار تحقیق صورت گرفت محقق را در دستیابی به این هدف یاری رساند. به این ترتیب، روش تعیین حجم نمونه همچنان که در بررسی‌های پیمایشی متداول است، مبتنی بر نتایج محاسبات آماری یافته‌های آزمون‌های مقدماتی (پایلوت اول و دوم) و پس از مشخص کردن الگوهای معنادار آماری در رابطه همبستگی متغیرهای مستقل نظیر سن و طبقه شغلی زنان و متغیرهای وابسته نظیر

متغیرهای اصلی سلامت سنجی در مورد سلامت جسمانی و روانی به تفکیک بوده است. بر این مبنا حجم نمونه‌ای برآورد شده تا بتواند به کسب نتایج معنی‌دار آماری در مورد مهم‌ترین همبستگی‌های پیش‌بینی‌شده در طرح نظری تحقیق منجر شود. به این ترتیب حجم نمونه مورد نیاز بین 800 تا 1200 تخمین زده شد. نرخ پاسخ در مورد مادران شاغل 84/5 درصد و در مورد مادران غیرشاغل 88/1 درصد بوده و در نهایت 710 پرسش‌نامه در مورد شاغلین و 355 پرسش‌نامه در مورد مادران غیرشاغل استخراج و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

4 یافته‌ها

4-1 ویژگی‌های جمعیتی پاسخ‌گویان

همچنان‌که در جدول شماره 1 ملاحظه می‌شود، مادران شاغل در مقایسه با مادران غیرشاغل از نظر متغیر متوسط سن ازدواج تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری دارند. زنان شاغل به‌طور متوسط در سن 22 سالگی و زنان غیرشاغل یا خانه‌دار در سن 18/7 سالگی ازدواج کرده‌اند. این امر می‌تواند تحت تأثیر عامل سطح تحصیلات قرار گرفته باشد که باز ملاحظه می‌شود که میزان تحصیلات زنان شاغل به‌طور معنی‌داری بالاتر از متوسط سال‌های تحصیل زنان

غیرشاغل بوده است (زنان شاغل به طور متوسط 12/9 سال و زنان خانه دار 9/5 سال تحصیل کرده اند). به همین ترتیب در مورد تفاوت در سن زنان در اولین بارداری، تفاوت معنی داری میان این دو گروه زنان در تهران ملاحظه شد. زنان شاغل به طور متوسط در سن 23/9 سالگی و زنان خانه دار در سن 20/5 سالگی برای اولین بار باردار شده بودند.

جدول 1: ویژگی‌های جمعیتی پاسخ‌گویان

متغیر	مادران شاغل	مادران غیرشاغل	سطح معنی داری
میانگین سن	37/5	36/6	P=0/05
سن در اولین ازدواج	22	18/7	P=0/05
سن در اولین بارداری	23/9	20/5	P=0/05
سطح تحصیلات (سال)	12/9	9/5	P=0/05
تعداد	710	355	

4-2) سیمای سلامت زنان

تجزیه و تحلیل معرف‌هایی که برای سنجش سلامت جسمانی و همچنین سلامت روانی پاسخ‌گویان به کار گرفته شد مشخص کرد که میان شرایط سلامت و بیماری مادران شاغل و غیرشاغل تفاوت معنی دار آماری

وجود ندارد (نک جدول شماره 2). یکی از متغیرهای به‌کار رفته، سابقه بیماری طولانی مدت یا مزمن است که بنا بر نتایج ارائه شده، 37 درصد از زنان غیرشاغل در مقابل 40 درصد از زنان شاغل به ابتلا به یکی از بیماری‌های مزمن در مورد خویش اشاره نمودند، هرچند اختلاف ملاحظه شده معنی‌دار نیست. در مورد م عرفه‌های دیگر، به جز در مورد متغیر «ارزیابی شخص از سلامت خویش با توجه به سن و سال» نیز تفاوت مشاهده شده معنی‌دار نبوده است. در مورد آن متغیر نیز با کدبندی مجدد هنگامی که سلامت به دو گزینه خوب و بد تقلیل می‌یابد همچنان رقم آزمون کی دو معنی‌داری آماری خود را از دست می‌دهد.

در مورد سلامت روانی، از مقیاس 12 - گویه‌ای گولدرگ استفاده شد که می‌توان با آن اختلالات روانی جزئی را براساس طیف ارزش بندی صفر (سلامت روانی مطلوب) تا 36 درجه (عدم سلامت روانی) سنجید و به تشخیص موارد دارای مشکلات روانی از موارد نورمال یا بهنجار اقدام کرد. هر گویه دارای چهار کد پاسخ با ارزش صفر تا 3 می‌باشد. متوسط نمرات به دست آمده در مورد پاسخ‌گویان این تحقیق 12/5 به دست آمد و اختلاف موجود میان نمرات مادران شاغل و غیرشاغل نیز معنی‌دار نبود (نک به جدول شماره 2).

3-4 عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی زنان

برای بررسی تأثیر متغیرهای توضیحی که طی مدل نظری تحقیق معرفی شده است بر متغیر سلامت روانی از تحلیل رگرسیونی چندمتغیری خطی استفاده شد .
 متغیرهای توضیحی به ترتیب وارد معادله رگرسیون شد و تغییرات حاصله مورد بررسی قرار گرفت .
 نتایج به دست آمده در مورد این معادله طی جدول شماره 3 گزارش می‌شود. ضریب همبستگی چندمتغیری مجذور R معادل 0/44 به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار و نسبتاً در حد

جدول 2: مقایسه سلامت مادران شاغل و غیرشاغل انظر معرفهای سلامت جسمانی و روانی

معنی‌داری	مادران غیرشاغل درصد	مادران شاغل درصد	معرفها
کي دو=1/05	37/0	40/4	وجود بیماری مزمن (تعداد=1065)
کي دو=0/43	26/2	26/5	وجود بیماری مزمن محدودکننده (تعداد=275)
کي دو=2/30	30/4	35/2	وجود بیماری حاد (تعداد=1065)
			ارزیابی شخصی از وضعیت سلامت با توجه به سن فرد:
	8/5	4/5	عالي

	37/2	43/9	خوب
	50/7	46/2	متوسط
	3/7	5/4	بد
کی دو=11/34	100/0	100/0	تعداد=1065
			ارزیابی شخصی از سلامت با در نظر گرفتن یکسال گذشته
	6/7	5/3	عالی
	44/0	45/9	خوب
	43/4	41/8	متوسط
	5/8	6/9	بد
کی دو=1/05	100/0	100/0	تعداد=1022
T=-_0/41 Value	12/62	12/47	مقیاس سلامت روانی گولدرگ تعداد=1036

بالایی است که نشانگر رابطه نسبتاً قوی میان
مجموع متغیرهای موجود در معادله و متغیر سلامت
روانی است.
جدول 3: نتایج معادله رگرسیون چندمتغیری خطی در مورد
سلامت روانی پاسخگویان*

ضرائب رگرسیون استاندارد	ضرائب رگرسیون	متغیرهای توضیحی	
—	—		گروه متغیرهای جمعیت‌شناختی

0/17	1/99 (-0/48) +	شاغل بودن / شاغل نبودن	گروه متغیرهای مربوط به کار و فعالیت
-0/08	-0/15 +++	شرایط فیزیکی کار	
-0/05	-0/06 +	شرایط روانی - اجتماعی کار خانه داری	
-0/22	2/48 +++	محل کار: درون و بیرون از خانه	
0/43	2/38 +++	استرس	متغیرهای شرایط فردی / اجتماعی زندگی
-0/15	-0/20 +++	عزت نفس	
-0/07	-0/11 ++	حمایت اجتماعی	
-0/06	-0/30 +	استقلال مالی	
-0/17	-1/30 +++	رضایت کلی از زندگی	
-0/09	-0/23 ++	حمایت و همراهی همسر	
R2=0/44	N=1036		

* توضیح جدول در صفحه بعد آمده است.

توضیح جدول: معنی‌داری آماری متغیرها در جدول با استفاده از علامت + به شرح زیر اشاره شده است: $p < 0.05$ با يك علامت + مشخص شده است، $p < 0.01$ با دو علامت ++ و $p < 0.001$ با سه علامت +++ مشخص شده است. متغیرهای دیگری که از معادله رگرسیون به دلیل عدم معنی‌داری آماری به تدریج حذف شد عبارتند از: (1) درگروه متغیرهای اجتماعی جمعیتی سن و تحصیلات پاسخ‌گو، درآمد شوهر، طبقه شغلی و تحصیلات شوهر، بعد خانواده. سن فرزندان، نقش مراقبتي پاسخ‌گو، منابع مالي و امکانات مادي خانواده. (2) در گروه متغیرهای مربوط به کار و فعالیت، طبقه شغلی مادران شاغل، درآمد، شرایط روانی - اجتماعی شغل، شرایط فیزیکی انجام کار خانه داری، نوع شغل (پاره‌وقت/ تمام‌وقت) و سابقه کار. (3) در میان گروه سوم از متغیرهای حاضر در مدل نظري تحقیق رضایت از شغل، رضایت از نقش خانه داری، رضایت از زندگی زناشویی، میزان تقسیم کار خانگی با همسر، احساس تضاد نقش و موافقت شوهر با اشتغال زن قرار داشتند.

3 براساس نتایج ارائه شده در جدول شماره
ملاحظه می‌شود که با در نظر گرفتن مدل نظري تحقیق، در گروه متغیرهای جمعیت‌شناختی، هیچ‌یک از متغیرها با حضور متغیرهای گروه های دوم و سوم تاثیر معنی‌داری بر سلامت روانی مادران پاسخ‌گوي تحقیق نداشتند. در مورد متغیر محل کار که ضریب رگرسیون (B) معادل 2/48- دارد، باید توضیح داد که با تفاوت يك واحد در ارزش این متغیر که به معنای تغییر شرایط از کار کردن در خانه به کار کردن در خارج از خانه است، ملاحظه می‌شود که ارزش مقیاس سلامت روانی به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد.

این بدان معناست که کار کردن مادران در خارج از خانه در مقایسه با کار کردن ایشان در درون خانه دارای امتیاز و مطلوبیت قابل توجهی از نقطه نظر بهبود شرایط سلامت روانی مادران است. این یافته با توجه به مخاطرات بهداشتی که معمولاً با مشاغل رایج زنان در درون منزل همبسته است، چنان تعجب‌آور نیست، چرا که مشاغل زنان در منزل عمدتاً شامل مشاغلی چون قالی بافی و مشاغل یدی عمدتاً کم‌درآمد است. زنانی که به کار درون منزل می‌پرداختند 4/6 درصد پاسخ‌گویان شاغل این تحقیق را تشکیل می‌داد.

ضریب رگرسیون برای متغیر «شاغل بودن / شاغل نبودن» معادل 1/99 به دست آمده که بدین ترتیب تغییر یک واحد از این متغیر یعنی ارزش صفر (عدم اشتغال) به ارزش یک (شاغل بودن)، موجب افزایش ارزش مقیاس سلامت روانی به اندازه 1/99 واحد می‌شود که در این جا به معنای افت سلامت روانی است. با توجه به حضور متغیرهای توضیحی دیگری که در معادله دیده می‌شوند (یعنی متغیر «شرایط فیزیکی کار» و «محل کار»)، معنی‌داری این متغیر در ارتباط با آن دو متغیر باید تفسیر گردد. با توجه به مبناي تغییر ارزش مبدا، در مورد آن دو متغیر باید توجه داشت تغییر وضعیت از شرایط غیرشاغل بودن به شرایط شاغل بودن به مشاغل درون

منزل و در شرایط متوسط فیزیکی کار متضمن بهداشت روانی بهتر است نه الزاماً تغییر از عدم اشتغال به اشتغال. برای این که بتوان مقایسه را در مورد زنان غیرشاغل با زنان شاغل در بیرون از منزل به عمل آورد، محقق اقدام به محاسبات اضافی مجدد کرد و در نهایت ضریب رگرسیون جدیدی معادل 0/48- به دست آمد. با این حال ضریب به دست آمده به لحاظ آماری معنی دار نیست.

مادران شاغلی که در شرایط فیزیکی بهتری (نظیر نور، دما، رطوبت، عدم ازدحام افراد، و نظایر آن) کار می کردند، از نظر سلامت روانی در شرایط بهتری قرار داشتند. یافته ها همچنین نشان می دهد که زنانی که در انجام کارهای منزل از شرایط روانی - اجتماعی بهتری برخوردار بودند، از سلامت روانی بهتری نیز بهره مند بودند (نک به جدول شماره 3).

در گروه سوم از متغیرهای توضیحی، متغیر استرس (با ضریب رگرسیون معادل 2/38) تأثیر معنی دار معکوسی بر متغیر معرف سلامت روانی نشان می دهد که جای تعجب ندارد. همچنین متغیر عزت نفس تأثیرگذار است به نحوی که با هر واحد افزایش در این متغیر، سلامت روانی به اندازه 0/20- بهبود می یابد. همچنین م تغیر حمایت اجتماعی (با معرف تعداد دوستان صمیمی پاسخ گو) تأثیر معنی داری در

جهت ارتقای سلامت روانی پاسخ گو نشان می دهد. در این ارتباط سایر متغیرها چون افزایش استقلال اقتصادی، رضایت کلی از زندگی و حمایت و همراهی همسر نیز در جهت ارتقای سلامت روانی مادران تأثیرگذار هستند.

4-4 عوامل مؤثر بر سلامت جسمانی زنان

متغیر «ارزیابی شخصی از وضعیت سلامت خود با توجه به سن فرد» که به عنوان معرف سلامت جسمانی در غالب بررسی های سلامت سنجی در حوزه جامعه شناسی پزشکی و بهداشت در غرب مورد تأیید و متداول است (Arber, 1997; Bartley et al., 1999) چندمتغیری در نظر گرفته شد. در مورد این متغیر با توجه به سطح سنجش ترتیبی آن، چهار گزینه پاسخ که عبارتند از عالی، خوب، متوسط و بد به دو گزینه «خوب» و «کمتر از خوب» تقلیل یافت و با توجه به دو گزینه شدن متغیر وابسته، تحلیل همبستگی چندمتغیری آن با متغیرهای توضیح دهنده (مستقل) موجود در مدل نظری تحقیق، با استفاده از رگرسیون لاجستیک logistic انجام گرفت. نتایج این معادله رگرسیون در جدول شماره 4 گزارش شده است. در مورد این متغیر نیز گروه های سه گانه متغیرهای توضیحی به تدریج وارد معادله شدند و در نهایت متغیرهایی که رابطه معنی دار آماری با

متغیر وابسته داشتند در جدول شماره 4 گزارش شده است. متغیر «شاغل/ غیرشاغل» علی‌رغم این که از نظر آماری معنی داری نبود به دلیل ارزش تئوریک آن در سراسر مراحل رگرسیون حفظ شد. مقایسه‌های بین - گروهی در مورد رابطه طبقه شغلی زنان شاغل (با تبدیل طبقات شغلی از نه طبقه مطابق با طبقه بندی بین‌المللی مشاغل به سه طبقه پایین، متوسط و بالا^{*}) و سلامت جسمانی ایشان نتایج جالبی به دست می‌دهد. هنگامی که طبقه شغلی پایین مرجع مقایسه قرار می‌گیرد، ملاحظه می‌شود که میان طبقات شغلی از نظر گزارش کردن وضعیت سلامت بد تفاوت معنی دار آماری وجود دارد (نک به جدول شماره 4)، بدین ترتیب که احتمال (odds ratios) این‌که مادران وضعیت سلامت خود را در سطح «بد» یا «متوسط» ارزیابی کنند به ترتیب در مورد افراد متعلق به طبقات شغلی بالا و متوسط 0/52 و 0/55 فاکتور، کمتر از مادران دارای مشاغل طبقه پایین است.

جدول 4: نتایج معادله رگرسیون چندمتغیر (لاجستیک) در مورد سلامت جسمانی پاسخ‌گویان

* طبقات 1 و 2 به طبقه بالا کدبندی مجدد شدند، و طبقات 7 تا 9 نیز به عنوان طبقه پایین کدبندی مجدد شدند و مابقی طبقه متوسط را تشکیل می‌دادند.

ضرائب رگرسیون استاندارد رد	ضرائب رگرسي ون	متغيرهاي توفز يحي	
1/05	0/06 +++	سن پاسخگو	گروه متغيرهاي جمعيتشن اختي
1/15	0/14 +	تعداد فرزندان	
1/56	0/45 +	درآمد شوهر (در سطح درآمد پايين)	
1/50	0/41 +	درآمد شوهر (در سطح درآمد متوسط)	
1/09	0/09	اشتغال / عدم اشتغال	گروه متغيرهاي مربوط به کار و فعاليت
0/52	-0/65 +	طبقه شغلي پاسخگو (طبقه بالاي شغلي)	
0/55	-0/60 +	طبقه شغلي پاسخگو (طبقه متوسط شغلي)	
0/96	-0/04 +	شرایط رواني - اجتماعي اشتغال	

0/97	-0/03 +	شرایط روانی- اجتماعی کارخانه داری	
0/94	-0/07 ++	شرایط فیزیکی کارخانه داری	
1/45	0/34 ++	تضاد نقش	متغیرهای زمینه شرایط فردی/ اجتماعی زندگی
1/44	0/37 +++	استرس	

ادامه جدول 4

ضرائب رگرسیون استاندارد	ضرائب رگرسیون	متغیرهای توضیح	
0/95	-0/05 +	عزت نفس	
0/78	-0/25 +++	رضایت از زندگی زناشویی	
Original 2log-likelihood=1473.7			
Obtained 2log-likelihood=1243.8			
Model Chi-square improvement=229.9 df=24, p<0.001	N=1065		

توضیح جدول 4: معنی داری آماری متغیرها در جدول با استفاده از علامت + به شرح زیر اشاره شده است : $p < 0.05$ با

يك علامت +، $p < 0.01$ با دو علامت ++ و $p < 0.001$ با سه علامت +++ مشخص شده است. در اين معادله متغيرهاي كه با حضور متغيرهاي فعلي معني داري خود را از دست دادند، عبارتند از: تحصيلات پاسخ گو، تحصيلات و طبقه شغلي شوهر، بعد خانوار، نقش مراقبتي پاسخ گو، گروه بندي اقتصادي - اجتماعي خانوار، درآمد پاسخ گو، محل كار، سابقه كار، حمايت اجتماعي، استقلال مالي پاسخ گو، رضايت كلي از زندگي، رضايت از شغل، رضايت از نقش خانه داري، تقسيم كار خانگي، و موافقت همسر با اشتغال پاسخ گو.

اين مسئله مي تواند يادآور تأثير شديد عامل طبقه اقتصادي - اجتماعي بر سلامت باشد كه در ادبيات جامعه شناسي پزشكي و بهداشت مورد تأكيد واقع شده است. با اين حال جالب اين جا است كه در اين جا اين طبقه شغلي خود زنان است و نه طبقه شغلي همسرانشان كه رابطه معني دار به دست داده است. به ويژه اين كه علي رغم وجود همبستگي بالا ميان طبقه شغلي زنان و همسرانشان، هنگامی كه طبقه شغلي مادران وارد معادله شد، تأثير معني دار متغير «طبقه شغلي همسر» از ميان رفت و متغير طبقه شغلي خود فرد پاسخ گو، به طور خالص و پس از كنترل درآمد شوهر معني دار شده است.

سايर متغيرهاي كه بر سلامت جسماني مادران حاضر در نمونه تحقيق تأثير معني دار نشان مي دهند، چنان كه در جدول 4 گزارش شده است، عبارتند از سن فرد (با افزايش آن، احتمال گزارش

سلامت بد و م توسط بیشتر می شود)، تعداد فرزندان (باز با افزایش تعداد فرزندان احتمال بد یا متوسط بودن وضعیت سلامت بیش تر می شود). به همین ترتیب نیز درآمد شوهر هرچه کم تر، احتمال وضعیت سلامت بد و متوسط همسر بالاتر است. همچنین مادران شاغلی که شرایط روانی - اجتماعی کار خوی ش (مقیاسی مرکب از حاصل جمع اظهار نظرهای پاسخ گو در زمینه جنبه های مثبت و منفی کار خویش از جمله متنوع بودن کار، جالب بودن، اختیار عمل و کنترل بر جریان کار، و همچنین میزان خسته کننده گی، تکراری بودن، سرعت و فشار زمانی و نظایر آن را در سطح مطلوبتری گزارش کرده بودند نیز از شرایط سلامت بهتری برخوردار بودند. به همین ترتیب در گروه متغیرهای مربوط به زمینه زندگی، افزایش در متغیرهای استرس و احساس تضاد نقش نیز به طور قابل انتظاری در کاهش سلامت موثر واقع شده است. یکی از دلایل عمده ای که باعث شده بود برخی مادران شاغل در صورت امکان مایل به توقف کار شغلی خویش باشند - بعد از عامل عدم رضایت از پایین بودن میزان درآمدشان (4/14 درصد) - این بود که آن را محل ایفای نقش مادری خویش (3/14 درصد) و محل ایفای نقش خانه داری (6/10 درصد) تلقی می کردند. در عین حال ملاحظه می شود که رضایت زنان از زندگی زناشویی نیز به طور معنی داری در

جهت افزایش سلامت مادران عمل می کند. این مسئله با توجه به این که عامل درآمد شوهر نیز در معادله کنترل شده است، تا حدی می تواند تأکیدی باشد بر اهمیت ابعاد غیرمادی نقش شوهر در سلامت زنان.

نکته حائز اهمیت دیگر دلایل و انگیزه‌هایی است که زنان شاغل برای احراز نقش شغلی عنوان کرده‌اند. بیشترین نسبت مادران شاغل (5/25 درصد) حمایت مالی خانواده و ایجاد درآمد را دلیل اصلی خود ذکر کردند. پس از آن به ترتیب 3/22 درصد، 5/20 درصد و 7/19 درصد نیز به دلایل علاقه شخصی، علاقه به فعالیت اجتماعی، و علاقه به کسب استقلال مالی ذکر کرده بودند. در مقابل هنگامی که از زنان خانه‌دار سوال شده بود چرا اقدام به اتخاذ نقش شغلی نکرده‌اند، در پاسخ به دلایلی چون عدم موافقت شوهر (4/22 درصد)، اولویت دادن به نقش همسری (3/18 درصد) و مادری (0/16 درصد) اشاره داشتند.

شاید این یافته‌ها تا حدی منعکس کننده نظر هیگینز (491: 1985) در مورد زنان ایرانی باشد که معتقد بود بسیاری از زنان ایرانی از نظر تعریف برابری زن و مرد و یا تصویر جامعه ایده آل با فمینیست‌های غربی اشتراک نظر ندارند.

5) نتیجه

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که شرایط کاری چه در مورد کار در ازای درآمد و چه در مورد کار خانگی، بر سلامت جسمانی و روانی فرد تأثیر می‌گذارند و نتایج به دست آمده کمابیش با یافته‌های تحقیقات غربی درخصوص معنی داری و جهت رابطه متغیرهای عمده حاضر در مدل نظری تحقیق هماهنگی نشان می‌دهد. با این حال، هنگامی که تأثیر کلی کار در ازای درآمد با کنترل تأثیر مجموعه متغیرهای بینابینی، مورد تحلیل قرار می‌گیرد، شواهدی که نشان‌دهنده تأثیر مثبت اشتغال در ازای درآمد برای مادران باشد حداقل در مورد جمعیت نمونه این تحقیق در تهران کافی نیست. به عبارت دیگر، نقش شغلی الزاماً تأثیر مثبت یا منفی بر سلامت مادران باقی نگذاشته است و تفاوت معنی‌دار آماری میان سلامت مادران شاغل و خانه‌دار ملاحظه نشده است. این یافته با توجه به شواهد تجربی حاصل از این بررسی می‌تواند تا حدودی با توجه به شرایط فرهنگی جامعه ایرانی مورد تفسیر و توجیه قرار بگیرد. به نظر می‌رسد نوعی خنثی‌سازی متقابل (Counter Balance) در مورد عوامل مثبت و منفی درگیر در رابطه کار - سلامت در جریان باشد. به عنوان مثال باتوجه به اهمیت ویژه و پایگاه والایی که نقش‌های سنتی همچون همسری و

مادري در نظر زنان وهمسرانشان در فرهنگ ايراني داراست، مسئله استرس و احساس تضاد نقش و احساس تقصير و گناه مادران شاغل نسبت به عدم پاسخگويي به نيازهاي همسر و فرزندانشان مانع از آن مي‌شود كه نقش شغلي امتيازات و پاداش هاي معمول در غرب (نظير عزت نفس، حمايت اجتماعي، استقلال مالي و ...) را براي زنان در اين فرهنگ متفاوت نيز به همان نسبت به همراه داشته باشد. به بيان ديگر، نتيجه تا حدودي معلول شرايط فرهنگي غالب يعني اهميت و تأكيد ويژه و گسترده بر نقش هاي سنتي زنان در برابر نقش جديد يا اشتغال، در جامعه به طور اعم و نيز خود زنان به طور اخص است. همچنين مي‌توان به اهميت نگرش و همراهي همسر در پشتيباني از نقش اشتغال زنان اشاره داشت. به نظر مي‌رسد زندگي زنان در ايران تا حدود زيادي تحت تأثير نگرش و رفتارهاي مردان زندگي ايشان (عمدتاً پدران و همسرانشان) باشد كه معمولاً شرايط دستيابي ايشان به فرصت هاي پيش رفت از طريق ادامه تحصيل يا اشتغال در ازاي درآمد را براي ايشان تسهيل مي‌کنند يا نمي‌کنند!

مطالعات در زمينه بررسي رابطه سلامت و اشتغال زنان تاکنون عمدتاً در کشورهاي غربي به انجام رسيده و شواهد حاكي از غلبه تأثير مثبت کار بر سلامت زنان است. اما در مورد جامعه ايران در سطح

جامعه شهری (تهران) الزاماً رابطه معنی‌دار مشابه در غرب به دست نیامده است. در جامعه ایران با توجه به غلبه فرهنگ سنتی و مذهبی به نظر می‌رسد همچنان تأکید زیادی بر اولویت نقش های خانگی زنان در مقایسه با نقش جدید اشتغال در خارج از خانه وجود داشته باشد. هرچند افزایش قابل توجه سطوح سواد و تحصیلات که در سال های اخیر شاهد آن هستیم ممکن است در بلندمدت شرایط پذیرش نقش اشتغال را برای زنان ایرانی تسهیل نماید، تفاوت چشم‌گیر موجود میان نسبت اشتغال زنان و نسبت باسوادی زنان در حال حاضر در ایران می‌تواند حکایت از این داشته باشد که بستر فرهنگی لازم جهت برخورداری زنان از امکان احراز نقش شغلی در شرایط روانی و روحی مناسب، دور از استرس های درونی و بیرونی که ارضای خاطر، عزت نفس ارتقا یافته و کنترل بیش تر را برایشان به ارمغان بیاورد و از سوی دیگر منجر به تشدید احساس تضاد نقش نشود، همچنان فراهم نشده است. این نتیجه‌گیری با توجه به محدودیت های این تحقیق و امکان عدم تعمیم‌پذیری نتایج آن به کل زنان در تهران، با احتیاط عنوان می‌شود و نگارنده آن را صرفاً جهت طرح سوال یا پیش نهاد در جهت انجام تحقیقات گسترده‌تر در این زمینه ذکر می‌کند.

- 1- Ahmad-Nia, Shirin 2000 "**Women's Work and its Impact on Their Mental and Physical Health: a Quantitative Study of Mothers in Tehran.**" Unpublished Doctoral Dissertation, Department of Sociology, The University of Warwick, England.
- 2- Annandale, E. and Hunt K. 2000. "**Gender Inequalities in Health: Research at the Crossroads.**" pp. 1-35. In E. Annandale and K. Hunt (eds.) "Gender Inequalities in Health." Buckingham: Open University Press.
- 3- Arber, Sara. 1991. "**Class, Paid Employment, and Family Roles: Making Sense of Structural; Disadvantage, Gender and Health Status.**" Social Science and Medicine 32: 425-436.
- 4- Arber, S. and Cooper, H. 2000. "**Gender and Inequalities in Health Across the Life-Course.**" pp. 123-149. In E. Annandale and K. Hunt (eds.) Gender Inequalities in Health. Buckingham: Open University Press.
- 5- Barnett, R. C. 1993. "**Multiple Roles, Gender and Psychological Distress.**" pp. 427-445. In L. Goldberger and S. Breznitz (eds.) Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects (2nd ed.) New york: The Free Press.
- 6- Bartley, M., Poppey, J., Plewis, I. 1992. "**Domestic Condition, Paid Employment, and Women's Experience of Ill-Health.**" Sociology of Health and Illness 14(3): 313-343.
- 7- Gove, W. R. and Tudor, F. 1973. "**Adult Sex Roles and Mental Illness.**" American Journal of Sociology 78: 812-35.
- 8- Goldberg, D. 1972. "**The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire.**" London: Oxford University Press.
- 9- Lee, C. 1998. "**Women's Health. Psychological and Social Perspectives.**" London: Sage.
- 10- Hunt, K., and Annandale, E. (1999). "**Relocating Gender and Morbidity: Examining Men's and Women's Health in Contemporary Western Societies.**" Introduction to special issue on gender and health. Social Science & Medicine, 48(1), 1-5.

- 11- Khlaf, M., Sermet, C., & Le Pape, A. (2000) "**Women's Health in Relation with their Family and Work Roles: France in the Early 1990s.**" Social Science & Medicine, 50 1807-1825.
- 12- Litwin, Mark, S. (1995) "**How to Measure Surrer Reliability and Validity**". London: Sage Publication.
- 13- Martikainen, P. 1995. "**Women's Employment, Marriage, Motherhood and Mortality: A Test of the Multiple Role and Role Accumulation Hypotheses**". Social Science and Medicine 40 (2): 199-212.
- 14- Nathanson, C.A. 1980. "**Social Roles and Health Status Among Women: the Significance of Employment.**" Social Science and Medicin 14A: 463-71.
- 15- Sorensen, G. and Verbrugge, L.M 1987. "**Women, Work and Health**". Annual Review of public Healt 8: 235-51.
- 16- Waldron, I. and J. Jacobs 1989, "**Effects of Labor Force Participation on Women's Health: New Evidence From a Longitudinal Study.**" Journal of Occupational Medicine 30: 977- 983
- 17- Waldron, I., Weiss, C.C., Hughes, M.E. 1998. "**Interacting Effects of Multiple Roles on Women's Health.**" Journal of health and social behavior (39): 216-236.

منابع
References

منابع
References

[Empty reference box]