

ارتباط رده شغلی و سلامت روان در زنان شاغل

مهدی حدادی^{*}، علیرضا کلدی^{**}، حمیرا سجادی^{***}، مسعود صالحی^{****}

طرح مسئله: در جامعه ایران، زنان به عنوان نیمی از جمعیت، نقش به سزایی در اشتغال و توسعه جامعه دارند. از این رو پرداختن به مقوله کار زنان و ارتباط آن با وضعیت سلامت زنان امری اجتناب ناپذیر است. از طرفی همان طور که می دانیم سلامت علاوه بر مداخلات پزشکی، به عوامل اجتماعی - اقتصادی مانند نوع شغل و گروه های شغلی وابسته است. هدف اصلی این مطالعه بررسی ارتباط بین سلامت روان و رده های شغلی یک سازمان به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت، در زنان شاغل می باشد.

روش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی - تحلیلی و روش مطالعه، روش مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان شاغل در مراکز بهداشتی شهر تهران است و نمونه آماری این پژوهش از ۱۶۰ نفر زن شاغل در مراکز بهداشتی شهر تهران تشکیل می شود؛ که نمونه ها به روش خوشه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. در این مطالعه برای اندازه گیری متغیرهای مورد بررسی از چک لیست اطلاعات فردی با متغیرهای دموگرافیک و پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ28) استفاده شد.

یافته ها: با مقایسه ای که در بین ۴ رده شغلی تعیین شده با نمره سلامت روان زنان به عمل آمد؛ یافته های پژوهش نشان دادند که بین سلامت روان زنان و رده های شغلی، ارتباط معنی داری وجود دارد ($p < 0.005$). در مقایسه دو به دو رده های شغلی، یافته ها نشان دادند که اختلاف معنی داری بین سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی مدیران با زنان شاغل در رده شغلی کارشناسان وجود دارد و زنان در رده شغلی مدیران از سلامت روان کمتری نسبت به رده بعدی خود یعنی کارشناسان برخوردار می باشند.

نتایج: بنا بر یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که رده های شغلی با توجه به ویژگی ها و شرایطی که دارد می تواند ارتباطی بر افزایش یا کاهش سلامت فرد شاغل به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت، داشته باشد؛ از این رو توصیه می شود که مدیران سازمان ها، سیاست گذاران بخش سلامت و برنامه ریزان بهداشت شغلی، به عوامل شغلی و اجتماعی مؤثر بر سلامت مثل رده های شغلی (به ویژه در مورد زنان که از گروه های آسیب پذیر جامعه محسوب می شوند)، در برنامه ریزی ها و سیاست گذاری های خود توجه بیشتری نشان دهند.

کلیدواژه ها: اشتغال، رده شغلی، زنان، سازمان بهداشتی، سلامت روان.

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۱۷

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۱۲

* فوق لیسانس رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهداشتی و توان بخشی <mehdi100h@gmail.com>

** دکتر جامع شناس. دانشگاه علوم بهداشتی و توان بخشی

** متخصص پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم بهداشتی و توان بخشی

*** دکتر آمار زیستی دانشگاه تهران

مقدمه

بسیاری از افراد گمان می‌کنند که آن چه سلامت آن‌ها را تأمین می‌کند صرفاً رعایت نکات بهداشتی و بهره‌مندی از تغذیه غنی و سرشار از مواد مورد نیاز بدن است؛ علاوه بر آن می‌دانند که عوامل وراثتی نیز می‌تواند در این میان مؤثر باشد. لیکن با یک نگاه دقیق به وضعیت جامعه و واقعیت‌های موجود در آن در می‌یابیم که عوامل اجتماعی - اقتصادی نیز تأثیراتی به مراتب بالا بر سلامت دارند.

یکی از جنبه‌های اثر گذار اجتماعی مؤثر بر سلامت افراد، حرفه و شغل می‌باشد که پرداختن به آن حائز اهمیت بوده و جای بحث دارد. همان طور که می‌دانیم عوامل شغلی تأثیر گذار بر سلامت می‌تواند باعث بروز خستگی‌های شغلی فرد شاغل گشته و این به نوبه خود باعث تأثیرات منفی به سزایی در سایر زمینه‌های زندگی اعم از اجتماعی، فردی و خانوادگی گردد. اگرچه کار، یک منبع مهم برای امرار معاش است و همچنین موجب احراز موقعیت‌های اجتماعی می‌شود، در عین حال خستگی و آسیب‌های آن نیز می‌توانند موجب تحلیل بردن قوای جسمانی و روانی افراد گردد؛ زیرا محیط کار از محرک‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی تشکیل شده است که هر کدام از این عوامل می‌تواند باعث کاهش سلامت روان فرد شاغل شوند (ILO, 2000). در این رابطه مقوله سلامت زنان به عنوان نیمی از جمعیت، که می‌تواند به عنوان نیروی فعال، تأثیر مستقیمی در پیشرفت و توسعه یک کشور داشته باشند و در چنین شرایطی کنار گذاردن آنان در جامعه حاصلی جز عقب ماندگی ندارد؛ توجه بیش‌تری را می‌طلبد، زیرا اگر کودکان آینده سازان جامعه هستند، زنان پرورش دهنده آن‌ها بوده و در واقع این زنان هستند که آینده را می‌سازند. بنابراین آینده سالم در گرو سلامتی زنان است. در جامعه ایران زنان در بسیاری از شاخص‌ها در سطحی پایین‌تر از مردان قرار دارند. در سال ۱۳۸۰، در حالی که نرخ بیکاری برای مردان ۱۳ درصد بود این نرخ برای زنان، ۱۹/۵ درصد (۱/۵ برابر مردان) بود. در سنین ۲۴-۱۵ سالگی نرخ بیکاری زنان در سال ۱۳۸۰ تا ۴۱ درصد افزایش نشان می‌داد.

این نرخ برای زنان جوان شهری (در سنین ۲۹-۱۵ سال) به ۴۹/۷ درصد می‌رسید. شاخص تعداد سال‌های فقدان سلامت در انتظار به هنگام تولد^۱ برای مردان ۱۰/۹ سال و برای زنان ۱۳/۲ سال گزارش شده است که وضع نامطلوب‌تری را نشان می‌دهد. سهم زنان کشور از کل اشتغال نیروی انسانی در سال ۱۳۸۰ فقط ۱۵/۱ درصد و سهم آنان در نیروی کار شاغل و بیکار ۱۶/۱ درصد بوده است (مرکز مطالعات و تحقیقات زنان، ۱۳۸۲). بنابراین آسیب‌پذیری سلامت زنان بر اثر عوامل فوق بیش‌تر می‌شود.

جنسیت^۲ یک عامل تعیین‌کننده در سلامتی و بیماری است. قدرت کنترل متفاوت مردان و زنان بر عوامل اقتصادی و اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، پایگاه متفاوت دو جنس در اجتماع و مقدار آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر بیماری‌ها از تفاوت‌های جنسیتی به شمار می‌رود. تفاوت‌های جنسیتی به ویژه در اختلالات رایجی چون اضطراب و افسردگی، محرز بوده و این اختلالات منجر به تأثیرات جدی در سلامت افراد می‌شود.

از جمله مشکلاتی که می‌توان در مورد اشتغال زنان نام برد؛ عبارتند از: نبود تنوع شغل و تفاوت در پرداخت دستمزد بین زنان و مردان در شرایط مساوی کار، مشکلاتی مثل فشار روانی به مفهوم ایجاد احساس‌های منفی، تنش، اضطراب، عصبی بودن و همچنین ناراحتی ارتباط با همکاران، مشکلات خانوادگی مثل رابطه با همسر و فرزندان. همچنین یکی از عمومی‌ترین مسائل زنان در مشاغل مسئول و مهم این است که افراد چگونه می‌توانند مسئولیت‌های خانوادگی را با کار شدید، دقیق و خسته‌کننده تطبیق دهند. از طرفی مشکلات مربوط به محیط کار نیز سواى مشکلات خانه بر دوش زنان شاغل سنگینی می‌کند، مشکلاتی مثل رابطه با همکاران، حقوق و مزایا و سرپرستی که در کنار تأهل، بچه داشتن و غیره جزو مسائل قابل بررسی در مورد زنان است. توجه به این موضوعات و این که اصولاً شغل‌های خدماتی در ارتباط با انسان خصوصاً در مورد زنان فرسایشی بوده و موجب فشارهای روانی به انسان می‌گردد و فشارهای روانی می‌توانند موجبات بیماری‌های

1. Expectation of Lost Healthy Years Or Lost Health Expectancy at birth (LHE) 2. gender

روان تنی (زخم معده، زخم‌های گوارشی و سردرد و غیره)، افسردگی و سایر اختلالات شوند، ضرورت پرداختن به موضوعاتی مثل سلامت به ویژه در مورد زنان را نشان می‌دهد. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱: تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت یا به اختصار SDH^۲ شامل موقعیت‌ها یا شرایطی هستند که، افراد در آن به دنیا می‌آیند، بزرگ می‌شوند، زندگی می‌کنند، کار می‌کنند و پیر می‌شوند که این وضعیت‌ها، شامل سیستم سلامتی کشورها نیز می‌شود. این شرایط به وسیله توزیع پول، قدرت و منابع در سطح جهانی، ملی و سطوح محلی شکل داده می‌شود که خود آن‌ها از انتخاب‌های سیاسی تأثیر می‌پذیرند و بر سلامت افراد اثر می‌گذارند. تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، اساساً جواب‌گویی برای نابرابری‌های سلامت - تفاوت‌های ناعادلانه و اجتناب‌پذیر وضعیت سلامت که درون کشورها یا بین آن‌ها وجود دارد؛ می‌باشند (WHO, 2005).

تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، می‌توانند شامل مواردی مثل وضعیت‌های اقتصادی - اجتماعی نظیر درآمد و طبقه اجتماعی، شبکه‌های حمایت اجتماعی، تحصیلات یا حتی سواد خواندن و نوشتن، اشتغال، شرایط و ویژگی‌های مرتبط با کار، محیط‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی، بیولوژی و ژنتیک، خدمات اجتماعی، جنسیت و فرهنگ باشند. شغل یا حرفه به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی مؤثر بر سلامت افراد، عموماً از نظر نوع، ماهیت مسئولیت و ماهیت کار می‌توانند به چهار رده تقسیم شوند. مشاغل مدیریتی که غالب وظایف این نوع مشاغل شامل انجام وظایف مدیریتی از قبیل برنامه ریزی، سازمان دهی، هماهنگی و هدایت دیگران است. اشتراک وظایف مشاغل مدیریتی با مشاغل تحت نظر آن‌ها کم‌تر از ۲۰ درصد می‌باشد. مشاغل کارشناسی شامل مشاغلی است که کار در آن‌ها مستلزم استفاده از قوای فکری و دانش نظری است که از طریق تحصیلات دانشگاهی کسب می‌گردد. مشاغل مهارتی شامل مشاغلی است که کار در آن‌ها مستلزم مهارت عملی است که از طریق تجربه و آموزش ضمن کار کسب می‌گردد و می‌تواند در کار به عنوان

1. WHO

2. Social Determinants of Health (SDH)

نیروی کمکی کارشناسان مربوطه شناخته شوند. مشاغل خدماتی، شامل مشاغل است که نیازمند مهارت عملی خاصی نیست و وظایف مختلفی مثل باغبانی، نظافت، کار در آشپزخانه‌ها و غیره می‌باشد که پایین‌ترین رده شغلی در سازمان را دارد.

با افزایش زنان تحصیل‌کرده در ایران و درخواست آنان برای اشتغال، مطالعه وضعیت سلامت زنان شاغل از اهمیت زیادی برخوردار است. تداخل نقش‌های چندگانه سبب کاهش کیفیت کار، اختلافات زناشویی، انتقال رنج و ناراحتی والدین به کودکان و صدمه به کیفیت زندگی و کاهش سلامت آنان می‌گردد. با این حال امروزه همگان بر این موضوع باور دارند که عوامل متعدد اجتماعی بر زندگی و سلامتی بانوان شاغل و افراد خانواده آن‌ها تأثیرگذار است که یکی از این موارد می‌تواند خصوصیت‌ها یا ویژگی‌های شرایط کاری مثل رده‌های شغلی باشد.

در پژوهشی با عنوان بررسی سلامت و متغیرهای جمعیت شناختی در سال ۲۰۰۴ بر روی نمونه وسیعی از جمعیت آمریکا، کیز^۱ و شاپیرو^۲ نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت زنان مهم‌تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت کم‌تری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند. به طور کلی، همین طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، به طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند. (Keyes, 2004).

سوری و همکاران پژوهشی را با عنوان بررسی الگوی اپیدمیولوژیک استرس‌های شغلی در مدیران، کارکنان ارشد و کارمندان گروه صنعتی خودروسازان در ایران انجام داد (سوری، ۱۳۸۵). هدف تحقیق، تعیین میزان شیوع انواع استرس‌های شغلی در مدیران، کارکنان ارشد و کارمندان گروه صنعتی سایپا و نیز ارتباط این استرس‌ها با عوامل شغلی دموگرافیک، تعیین عوامل ایجادکننده استرس‌های شغلی در مدیران و عوارض ناشی از استرس‌های شغلی بر سلامت و عمل کرد آنان می‌باشد.

1. Keyes

2. Shapiro

نتایج این تحقیق و مقایسه آن با تحقیقات قبلی نشان داد که مدیران، بسیار بیش تر از سایر کارکنان در معرض استرس های شغلی قرار دارند و میزان شیوع استرس شغلی در مدیران گروه سایپا نسبت به سایر جوامع بالاتر است. از آن جا که استرس های شغلی مدیران می تواند تأثیرات نامناسبی بر سلامت افراد و تولید در سازمان داشته باشد، لازم است به مسئله مورد پژوهش از طرف مدیریت ارشد گروه توجه بیش تری شود و برنامه ریزی های مداخله ای مناسب در سطح سازمان و اقدامات مؤثر در سطح افراد برای کنترل و پیش گیری استرس های شغلی در مدیران مورد مطالعه صورت پذیرد.

انتخاب رده شغلی به عنوان یک عامل اجتماعی اثرگذار از این جهت می تواند مورد توجه قرار گیرد که بعضی از مشاغل با توجه به نقش هایی که بر حسب وظیفه شغلی و گروه های شغلی که دارند؛ دارای استرسها، اضطرابها و مشکلات جسمانی خاص خود می باشد که می تواند موجب اثراتی بر سلامتی این دسته از زنان (زنان شاغل) بشود. به طور مثال این طور به نظر می رسد؛ فردی که دارای مدرک رشته روان شناسی و مسئول کمک و خدمت به مددجویان است، در مقایسه با فردی که از نظر سطح تحصیلات با وی برابر اما مسئولیت برنامه ریزی در بخش ستادی را به عهده دارد و نیز در رده شغلی دیگری مثلاً رده شغلی کارشناسان است، از لحاظ ماهیت و صعوبت شغل دارای تفاوت هایی است که می تواند تأثیرات بیش تری بر سلامت روانی و جسمی وی داشته باشد.

با توجه به موارد ذکر شده، این پژوهش برآن است که به بررسی ارتباط بین سلامت روان و رده شغلی به عنوان یک عامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت پیردازد و سلامت روان زنان شاغل را براساس رده های شغلی با یکدیگر مقایسه و با ارائه یافته ها و نتایج در این مورد، امکان قضاوت های دقیق تری را در زمینه سلامت زنان فراهم آورد.

چارچوب نظری

نظریه های ارائه شده در مورد اشتغال زنان و سلامت

در چارچوب مدل های نظری 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 فرضیه‌های عمده هر یک از دو دیدگاه اشاره می‌شود. در چارچوب رویکرد منفی، گذشته از نظریه پارسونز^۱ در مورد تفکیک کارکردی نقش زنان و مردان و تأکید وی بر لزوم عدم اشتغال زنان خانه دار، می‌توان از فرضیه‌های تکثر نقش، تضاد نقش، فشار بار اضافی نقش، فرضیه کم یابی و فرضیه فشار نقش نام برد. هریک از این فرضیه‌ها به نوعی حکایت از این دارند که زنانی که به کار در ازای دستمزد می‌پردازند، بیش‌تر احتمال دارد به دلایلی چون حجم بیش‌تر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت‌های بیش‌تر و استرس ناشی از ایفای چند نقش توأمان، از نظر سلامت در وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به زنانی که صرفاً به نقش‌های سنتی همسری و مادری می‌پردازند، قرار گیرند. در مقابل، در چارچوب مدل‌های رویکرد مثبت، به فرضیه اعتلای نقش، نظریه بسط نقش و فرضیه تجمع نقش می‌توان استناد نمود که طی آن نقش اشتغال که به عنوان نقش جدیدی به نقش‌های سنتی زنان اضافه شده، به عنوان یک امر مثبت و پر فایده در نظر گرفته می‌شود. در این جا مکانیزم تأثیر گذاری 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. آریبر (۱۹۹۱) یادآور می‌شود که «که اشتغال به کار زنان می‌بایست هم به عنوان نقشی دیگر و هم به عنوان متغیری ساختاری در نظر گرفت. اشتغال - به عنوان نقشی اضافه شده - می‌تواند در بر دارنده تعهدات و مسئولیت‌های بیش‌تر باشد، اما از سویی دیگر، زنان با جایگاهی که در بازار کار احراز می‌کنند، پاداش می‌گیرند و این امر حکایت 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» (Arber, 1991).

1. Talcott Parsons

بارتلی و دیگران (۱۹۹۹) 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 دیگر در این رابطه همچنان مورد غفلت واقع شده‌اند. ایشان به ضرورت در نظر گرفتن ماهیت و مقدار 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 تعیین کننده ورود افراد به مشاغل خاص است، یعنی نظریه انتخاب سلامت^۱ را متذکر می‌شوند. لی (۱۹۹۸) 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 متأخر در دهه نود میلادی از پرداختن صرف به مسئله احراز نقش فراتر رفته و مسئله کیفیت و تجربه نقش را نیز شامل شده است. اندال وهانت (۲۰۰۰) 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 نقش‌های متعدد - به عنوان عوامل تأییدکننده یا پیش بینی کننده سلامت زنان دارد - مورد تأکید قرار داده‌اند (احمدی‌نیا، ۱۳۸۳).

در این مطالعه با پذیرفتن رویکرد مثبت اشتغال بر سلامت زنان و این که زنان با داشتن مشاغل با رده‌های شغلی بالاتر و عزت نفس بیش‌تر از سطح سلامت روان بیش‌تری نیز برخوردارند؛ به بررسی ارتباط بین سلامت روان و رده شغلی به عنوان یک عامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت می‌پردازیم.

تعاریف نظری و عملیاتی تحقیق

سلامت روان براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و

1. health selection

تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب. در نتیجه بهداشت روان باعث تأمین رشد و سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا به اختلال روانی، درمان مناسب و بازتوانی آن می‌شود. (WHO, 2005).

سلامت روان (تعریف عملیاتی): در این مطالعه سلامت روان از نظر محقق به مجموعه امتیازاتی (نمره‌ای) گفته می‌شود که واحدهای پژوهش پس از پاسخ به ابزار جمع‌آوری اطلاعات کسب می‌نمایند که داشتن امتیاز بیش‌تر به منزله سلامت روانی کم‌تر می‌باشد. در این مطالعه سلامت روان توسط پرسش‌نامه GHQ28 و چک لیست اطلاعات دموگرافیک، سنجیده می‌شود.

رده شغلی (تعریف نظری): «فرآیند تنظیم مشاغل به دسته‌های مختلف در یک دسته خاص با یک صفت را طبقه‌بندی شغل یا رده‌بندی مشاغل می‌گویند». (مجتبوی نائینی، ۱۳۸۲).

رده شغلی (تعریف عملیاتی): در این مطالعه با در نظر داشتن اهداف این پژوهش و شرایط سازمانی جامعه مورد مطالعه در این تحقیق، رده بندی مشاغل بر اساس ویژگی‌های افراد شاغل در سازمان، مثل سمت شغلی فرد در سازمان، تجربه کاری، میزان تحصیلات، به چهار شکل ۱- رده شغلی گروه مدیران (رده اول) ۲- رده شغلی گروه کارشناسان (رده دوم) ۳- رده شغلی گروه کمک کارشناسان (رده سوم) و ۴- رده شغلی گروه خدمات (رده چهارم) تقسیم شده است. در این جا منظور ما از مدیران، مدیران میانی شاغل در سازمان، مثل زنان مدیری که سرپرست مجتمع یا مدیر قسمت‌های مختلف هستند، می‌باشد. همچنین سعی شده است از افرادی با شرح وظایف یکسان و مسئولیت‌های شغلی مشابه در رده‌های مختلف شغلی جهت پژوهش استفاده شود.

روش تحقیق

پژوهش حاضر به صورت پیمایشی صورت گرفته است، فرضیه اصلی این تحقیق عبارت است از، بین وضعیت سلامت روان و رده‌های شغلی زنان شاغل ارتباط معنی‌داری وجود

دارد. جامعه آماری این پژوهش، از همه زنان شاغل در مراکز بهزیستی شهرستان تهران که شامل زنان شاغل در قسمت ستادی و زنان شاغل، در مجتمع‌های تحت پوشش مراکز بهزیستی شهر تهران می‌باشند؛ تشکیل شده است که، ۱۰۳۴ نفر زن شاغل به کار می‌باشند. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش، روش نمونه‌گیری خوشه‌ای^۱ چند مرحله‌ای است که یکی از انواع نمونه‌گیری‌های تصادفی به شمار می‌رود.

با استفاده از انحراف معیاری که از مطالعه مقدماتی^۲ در کل جامعه آماری به دست آمد و با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران و مقایسات چندگانه و تحلیل واریانس، و فرمول حجم نمونه روبه رو:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2}$$

$$\alpha = 0.05$$

$$n = 33 \Rightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96 \quad \alpha = 3.7$$

$$\alpha = 3.8$$

$$d = 1.8$$

برای مقایسه میانگین‌های دو جامعه مستقل، حداقل ۳۳ نفر از هر گروه، می‌بایست در نمونه لحاظ می‌گرفت که با توجه به در نظر گرفتن ۱۰ درصد بی‌پاسخی در مطالعه مقدماتی برای هر گروه و حجم جامعه آماری در هر رده شغلی در مجموع ۱۶۰ نفر حجم نمونه ما را تشکیل می‌دهد. جهت جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای، در مرحله اول مراکز و مجتمع‌های سازمان بهزیستی شهر تهران به سه منطقه شمال، جنوب و مرکز تقسیم شدند، سپس در مرحله بعد در هر منطقه، هر مجتمع را به عنوان یک خوشه در نظر گرفته، به روش تصادفی ساده از پرسنل هر خوشه، با توجه به تعریف ۴ رده شغلی و با توجه به حجم هر طبقه شغلی، نمونه‌های مورد نظر بر حسب

1. cluster random sampling 2. pilot study

تناسب با جامعه آماری هر رده شغلی انتخاب و در نهایت ۱۶۰ زن شاغل در چهار رده شغلی مدیران، کارشناسان، کمک کارشناسان و خدمات در سازمان بهزیستی شهر تهران به عنوان واحدهای این مطالعه به دست آمدند.

در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری متغیرهای مورد بررسی از چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ-28)^۱ که برای آگاهی از درجه سلامت روان افراد می‌باشد و اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ استفاده شده است.

«فرم ۲۸ سئوالی پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ-28) که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، این مزیت را دارد که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۴ مقیاس علائم جسمانی^۲ (مواد ۱ تا ۷)، اضطراب و بی‌خوابی^۳ (۸ تا ۱۴)، اختلال در عمل کرد اجتماعی^۴ (مواد ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی^۵ (۲۲ تا ۲۸) می‌باشد. وجود چهار مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است» (تقوی، ۱۳۸۰).

تقوی در مطالعه‌ای اعتبار و پایایی پرسش نامه سلامت عمومی را مورد بررسی قرار داده است. در روش آزمون مجدد، ضریب پایایی برای کل پرسش‌نامه (۰/۷۲) و برای خرده آزمون‌ها علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عمل کرد اجتماعی و افسردگی ($P < 0/001$) معنادار بودند. ضریب پایایی به روش دونیمه‌ای^۶ برای کل مقیاس (۰/۹۳) و برای خرده مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. تمام این ضرایب نیز در سطح ($P < 0/001$) معنی‌دار بودند (تقوی، ۱۳۸۰: ۳۹۴-۳۸۱).

در روش همبستگی خرده آزمون‌ها با یکدیگر و با آزمون اصلی به منظور بررسی اعتبار این پرسش‌نامه، نتایج ارائه شده همبستگی بین خرده آزمون‌های GHQ-28 با کل

- | | | |
|---------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| 1. General Health Questioner-28 | 2. somatization | 3. anxiety and Sleep disorders |
| 4. social dysfunction | 5. depression | 6. split half method |

پرسش‌نامه را بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر نشان داد، که در مجموع شواهد موجود اعتبار و پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی را تأیید می‌کند. در این مطالعه بالاتر بودن نمره سلامت روان، نشانه پایین‌تر بودن وضعیت سلامت روان است.

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از طریق نرم افزار آماری SPSS ۱۶ انجام گردید. همچنین داده‌ها توسط روش‌های آماری زیر مورد بررسی قرار گرفتند.

در بخش توصیفی، مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش، ارائه شده است و در بخش تحلیلی جهت آزمون فرضیات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، آزمون کای دو، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون دانکن، آزمون تی مستقل، جهت بررسی ارتباط بین متغیرها استفاده شده است.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

از کل افراد مورد مطالعه در این پژوهش ۱۸/۸ درصد (۳۰ نفر) در رده شغلی مدیر، ۲۹/۴ درصد (۴۷ نفر) در رده شغلی کارشناس، ۲۶/۹ درصد (۴۳ نفر) در رده شغلی کمک کارشناس و ۲۵ درصد (۴۰ نفر) در رده شغلی خدمات قرار دارند. در خصوص توزیع سن زنان شاغل در سازمان بهزیستی شهر تهران به تفکیک رده‌های شغلی از بین کلیه واحدهای پژوهش ۳۶ نفر (۲۲/۵ درصد) در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال، ۶۲ نفر (۳۸/۸ درصد) در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال، ۵۳ نفر (۳۳/۱ درصد) در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال و ۹ نفر (۵/۶ درصد) در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال قرار دارند.

نتایج بررسی‌های آماری بین دو متغیر رده‌های شغلی و نمره سلامت روان نشان‌گر آن است که میانگین نمره سلامت روان زنان شاغلی که در رده شغلی مدیر قرار گرفته‌اند برابر با (۲۹/۲۰)، میانگین نمره سلامت روان زنانی که در رده شغلی کارشناس قرار گرفته‌اند، برابر با (۲۱/۸۵)، میانگین نمره سلامت روان زنان شاغلی که در رده شغلی کمک کارشناس

قرار گرفته‌اند برابر (۲۸/۶۰) و میانگین نمره سلامت روان زنانی که در رده شغلی خدمات قرار گرفته‌اند برابر با (۲۴/۳۲) می‌باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، در مقیاس A که نشان دهنده اختلال در علائم جسمانی افراد می‌باشد، بیش‌ترین نمره را رده شغلی مدیر کسب نموده است، با نمره (۹/۶۶۶۷) و به ترتیب رده شغلی کمک کارشناس با نمره (۸/۰۰۰۰) و بعد رده شغلی کارشناس بانمره (۶/۲۱۲۸) و کم‌ترین نمره را رده شغلی خدمات کسب نموده است با نمره سلامت روان (۶/۰۷۵۰). در مقیاس B که نشان دهنده اختلال اضطراب افراد می‌باشد، بیش‌ترین نمره را رده شغلی کمک کارشناس کسب نموده است، با نمره (۸/۰۹۳۰) و به ترتیب رده شغلی مدیر با نمره (۷/۹۶۶۷) و بعد رده شغلی خدمات با نمره (۷/۰۲۵۰) و کم‌ترین نمره را رده شغلی کارشناس کسب نموده است با نمره (۵/۱۰۶۴). در مقیاس C که نشان دهنده اختلال در عمل‌کرد اجتماعی افراد می‌باشد، بیش‌ترین نمره را رده شغلی کمک کارشناس با نمره (۹/۳۷۲۱) و به ترتیب رده شغلی کارشناس با نمره (۸/۶۸۰۹) و بعد رده شغلی خدمات با نمره (۸/۵۵۰۰) و کم‌ترین نمره را رده شغلی مدیریت کسب نموده است، با نمره (۸/۳۰۰۰). در مقیاس D که نشان دهنده اختلال افسردگی افراد می‌باشد، بیش‌ترین نمره را رده شغلی مدیر با نمره (۳/۲۶۶۷) و به ترتیب رده شغلی کمک کارشناس با نمره (۳/۱۳۹۵) و بعد رده شغلی خدمات با نمره (۲/۶۷۵۰) و کم‌ترین نمره را رده شغلی کارشناس کسب نموده است با نمره (۱/۸۵۱۱). نمره GHQ در تمام رده‌ها برابر با ۲۵/۶۶ شده است.

یافته‌های تحلیلی

به منظور مقایسه میانگین نمره سلامت روان بین رده‌های شغلی مختلف از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. ($P=0/005$).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات سلامت روان در رده‌های شغلی مختلف

مقدار احتمال	انحراف معیار	میانگین	تعداد	رده شغلی
۰/۰۰۵	۱۳/۹۳۴	۲۹/۲۰	۳۰	مدیر
	۱۲/۰۳۴	۲۱/۸۵	۴۷	کارشناس
	۱۳/۰۸۲	۲۸/۶۰	۴۳	کمک کارشناس
	۱۲/۴۳۹	۲۴/۳۳	۴۰	خدمات
	۱۳/۰۳۵	۲۵/۶۶	۱۶۰	کل

با توجه به اختلاف آماری معنی دار مشاهده شده بین نمرات سلامت روان رده‌های شغلی مختلف آزمون تعقیبی دانکن به کار گرفته شد. نتیجه حاصل از این آزمون نشان داد که اختلاف معنادار بین رده شغلی کارشناس (رده شغلی دوم) با سه رده شغلی دیگر است. به این مفهوم که وضعیت سلامت روان در رده شغلی کارشناسان به‌طور معنی‌داری بهتر از سایر رده‌های شغلی است.

بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه پیرامون سلامت روان و رده‌های شغلی، آزمون از لحاظ آماری معنی دار گردیده است، به نحوی که مقدار آزمون F برابر با $۳/۰۶۱$ و مقدار احتمال برآورده شده قابل قبول است ($s=0/030$) پس با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت، بین سطح سلامت روان زنان با نوع رده‌های شغلی آن‌ها به لحاظ آماری تفاوت وجود دارد.

برای مقایسه دو به دو نمره سلامت روان و رده‌های شغلی از آزمون t مستقل استفاده شده است که نتایج آن در (جدول ۲) آورده شده است.

جدول ۲: مقایسه دو به دو میانگین‌های نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده‌های شغلی مختلف

مقدار احتمال	انحراف معیار	میانگین	تعداد	رده شغلی	مقدار احتمال	انحراف معیار	میانگین	تعداد	رده شغلی
۰/۰۱۲	۱۲/۰۳۴	۲۱/۸۵	۴۷	کارشناس	۰/۰۱۶	۱۳/۹۳۴	۲۹/۲۰	۳۰	مدیر
	۱۳/۰۸۲	۲۸/۶۰	۴۳	کمک کارشناس		۱۲/۰۳۴	۲۱/۸۵	۴۷	کارشناس
۰/۳۴۹	۱۲/۰۳۴	۲۱/۸۵	۴۷	کارشناس	۰/۸۵۳	۱۳/۹۳۴	۲۹/۲۰	۳۰	مدیر
	۱۲/۴۳۹	۲۴/۳۲	۴۰	خدمات		۱۳/۰۸۲	۲۸/۶۰	۴۳	کمک کارشناس
۰/۱۳۱	۱۳/۰۸۲	۲۸/۶۰	۴۳	کمک کارشناس	۰/۱۲۸	۱۳/۹۳۴	۲۹/۲۰	۳۰	مدیر
	۱۲/۴۳۹	۲۴/۳۲	۴۰	خدمات		۱۲/۴۳۹	۲۴/۳۲	۴۰	خدمات

جهت مقایسه میانگین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی مدیر با زنان شاغل در رده شغلی کارشناس با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات سلامت روان، آزمون t دو نمونه مستقل به کار گرفته شد. نتیجه حاصل از این آزمون نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی مدیر و زنان شاغل در رده شغلی کارشناس وجود دارد ($P=0/016$). میانگین نمرات به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده مدیر (۲۹/۲۰) بیش‌تر از میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کارشناس (۲۱/۸۵) است.

به منظور مقایسه میانگین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی مدیر با زنان شاغل در رده شغلی کمک کارشناس، با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات سلامت روان،

آزمون t دو نمونه مستقل به کار گرفته شد. نتیجه حاصل از این آزمون نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی مدیر و زنان شاغل در رده شغلی کمک کارشناس وجود ندارد ($P=0/853$). میانگین نمرات به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده مدیر (۲۹/۲۰) با میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده کمک کارشناس (۲۸/۶۰) چندان متفاوت نیست.

برای مقایسه میانگین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی مدیر با زنان شاغل در رده شغلی خدمات، با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات سلامت روان، آزمون t دو نمونه مستقل به کار گرفته شد. نتیجه حاصل از این آزمون نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی مدیر و زنان شاغل در رده شغلی خدمات وجود ندارد ($P=0/128$). میانگین نمرات به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده مدیر (۲۹/۲۰) با میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده خدمات (۲۴/۳۲) چندان متفاوت نیست.

جهت مقایسه میانگین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کارشناس با زنان شاغل در رده شغلی کمک کارشناس با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات سلامت روان، آزمون t دو نمونه مستقل به کار گرفته شد. نتیجه حاصل از این آزمون، نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کارشناس و زنان شاغل در رده شغلی کمک کارشناس وجود دارد ($P=0/012$). میانگین نمرات به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده کارشناس (۲۱/۸۵) کم‌تر از میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کمک کارشناس (۲۸/۶۰) است.

به منظور مقایسه میانگین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کارشناس با زنان شاغل در رده شغلی خدمات، با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات سلامت روان، آزمون t دو نمونه مستقل به کار گرفته شد. نتیجه حاصل از این آزمون نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کارشناس و زنان شاغل در

رده شغلی خدمات وجود ندارد ($P=0/349$). میانگین نمرات به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده کارشناس ($21/85$) با میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی خدمات ($24/32$) چندان متفاوت نیست. برای مقایسه میانگین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کمک کارشناس با زنان شاغل در رده شغلی خدمات، با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات سلامت روان، آزمون t دو نمونه مستقل به کار گرفته شد. نتیجه حاصل از این آزمون نشان داد که اختلاف معناداری بین نمرات سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کمک کارشناس و زنان شاغل در رده شغلی خدمات وجود ندارد ($p=0/131$). میانگین نمرات به دست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده کمک کارشناس ($28/60$) با میانگین نمره سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی خدمات ($24/32$) چندان متفاوت نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی ارتباط رده‌های شغلی بر سلامت زنان شاغل، در سازمان بهزیستی شهر تهران پرداخته شد. نتایج این مطالعه به افزایش دانش ما در مورد وضعیت سلامت زنان شاغل و نقشی که رده‌های شغلی به عنوان یک عامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت زنان دارند، کمک می‌کند. در واقع در مبحث تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در این پژوهش، رده‌های شغلی تعیین شده، که هر یک از زنان شاغل در یک طبقه از آن قرار می‌گیرند را به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت در نظر گرفته و به دنبال کشف ارتباط آن بر سلامت روان زنان شاغل پرداخته شد.

در این مطالعه، سلامت روان ۱۶۰ نفر از زنان شاغل در سازمان بهزیستی شهرستان تهران در چهار رده شغلی مورد بررسی قرار گرفت بر اساس یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نتایج زیر حاصل شد:

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نمره سلامت روان و رده‌های شغلی ارتباط

معنی‌داری وجود دارد یعنی رده‌های شغلی به عنوان یک عامل اجتماعی می‌توانند بر سلامت تأثیرگذار باشند و با مقایسه‌ای که در بین ۴ رده شغلی با نمره سلامت روان زنان به عمل آمد مشاهده شد که در مجموع، وضعیت سلامت روان زنان شاغل در رده شغلی کارشناس نسبت به سایرین از وضع بهتری برخوردار است، در مقایسه دو به دو رده‌های شغلی یافته‌ها نشان دادند که اختلاف معنی‌داری بین سلامت زنان شاغل در رده شغلی مدیر با زنان شاغل در رده شغلی کارشناس وجود دارد و زنان در رده شغلی مدیر از سلامت کم‌تری نسبت به رده بعدی خود یعنی کارشناس برخوردار می‌باشند؛ که به نظر می‌رسد می‌تواند به دلایلی مثل سطح مسئولیت و پاسخ‌گویی بیش‌تر، استرس‌های شغلی و فشار کار که احتمالاً می‌تواند نشان دهنده انتظار و درک بیش‌تر آنان از محیط کارشان باشد. همچنین رده شغلی کمک کارشناس در مقایسه با رده شغلی کارشناس از سلامت کم‌تری برخوردار است که احتمالاً ناشی از عدم درآمد مناسب و سختی کار و همین‌طور الگوی کار در بین آنان (انجام کارهای یدی بیش‌تر) است که با تحقیقی که سوری و همکاران با عنوان بررسی الگوی اپیدمیولوژیک استرس‌های شغلی در مدیران گروه صنعتی خودروسازان در ایران و با هدف تعیین میزان شیوع انواع استرس‌های شغلی در مدیران انجام دادند هم‌خوانی وجود دارد.

مطالعات در زمینه بررسی رابطه سلامت و اشتغال زنان تاکنون عمدتاً در کشورهای غربی به انجام رسیده و شواهد حاکی از غلبه تأثیر مثبت کار بر سلامت زنان است. اما در مورد جامعه ایران در سطح جامعه شهری (تهران) الزاماً رابطه معنی‌دار مشابه در غرب به دست نیامد. در جامعه ایران با توجه به غلبه فرهنگ سنتی و مذهبی به نظر می‌رسد همچنان تأکید زیادی بر اولویت نقش‌های خانگی زنان در مقایسه با نقش جدید اشتغال در خارج از خانه وجود داشته باشد.

در این مطالعه با پذیرفتن رویکرد مثبت اشتغال بر سلامت زنان و این که زنان با داشتن مشاغل با رده‌های شغلی بالاتر و عزت نفس بیشتر از سطح سلامت روان بیشتری نیز

برخوردارند؛ مشاهده گردید که با رویکرد تحقیق هم‌خوانی ندارد و زنان با رده‌های شغلی بالا نیز می‌توانند از سطح سلامت روان کم‌تری برخوردار باشند.

با این حال، هنگامی که تأثیر کلی رده‌های شغلی با سلامت روان مورد تحلیل قرار می‌گیرد، حداقل در مورد جمعیت نمونه این تحقیق در تهران کافی نیست.

از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به مواردی مثل کمبود مطالعات پیشین در زمینه ارتباط بین متغیرهای سلامت و رده‌های شغلی در ایران جهت مقایسه بهتر با نتایج این پژوهش اشاره نمود. همچنین ریزش حجم نمونه به علت در دسترس نبودن برخی از نمونه‌ها و ناقص بودن برخی از پرسش‌نامه‌ها یا قرار گرفتن در بخش موارد خروج از مطالعه و دشواری تفکیک مدیران میانی و پایینی در یک گروه از دیگر محدودیت‌های این تحقیق می‌باشند.

از جمله پیشنهادهایی که می‌توان از نتایج این پژوهش اشاره کرد، توجه به شرایط و ویژگی‌های جسمی زنان در تفویض شغل از سوی مدیران ارشد و امکان چرخشی شدن مشاغل در سازمان‌ها، در نظر گرفتن تناسب بین شغل تفویض شده و رشته تحصیلی و هماهنگ بودن پست شغلی فرد با نوع تحصیلات و علائق زنان می‌باشد.

در نهایت با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش که حاکی از پایین بودن وضعیت سلامت روان زنان شاغل در سازمان بهزیستی بود، لازم است؛ دولت تمهیداتی درمورد بهبود وضعیت اشتغال زنان با توجه به شرایط شغلی و نوع خدمتی که دارند در نظر بگیرد.

- احمدی نیا، شیرین. (۱۳۸۳): اثرات اشتغال بر سلامت زنان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۱۲.
- استورا، س. (۱۳۷۷): **تنیدگی یا استرس. بیماری جدید تمدن**. انتشارات رشد.
- اسمایک، پ. مترجمین: احمدی، بتول، افتخار اردبیلی، حسن. شجایی زاده، داوود. میرزایی، الهه. (۱۳۸۲): **زنان و سلامت**. انتشارات مرکز نشر دانشگاهی
- پارک، جی. ای. پارک، ک. کلیات خدمات بهداشتی، مترجمین: دکتر شجایی تهرانی، حسین، ملک افضل. (۱۳۷۲). انتشارات سماط.
- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰): **بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت روان**، مجله روان شناسی، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۹۴-۳۸۱.
- چریل، کلاندر. بلارد، چاندلر. دنی، سینتیا. ترجمه: فلاح حسینی، کبری. مقدم، مریم. (۱۳۸۱): **بهداشت زنان**. نشر شهر آب.
- سید نوزادی، محسن. (۱۳۸۵): **سلامت و بیماری کتاب جامع بهداشت عمومی**، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات فناوری، کمیته یارانه‌ای کردن طب و بهداشت چاپ دوم. ص ۵۸-۴۴.
- سوری، حمید. رحیمی، محسن. محسنی، حسین. (۱۳۸۵): **بررسی الگوی اپیدمیولوژیک استرس‌های شغلی در مدیران گروه صنعتی خودروسازی در ایران**. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. شماره ۴. ص ۵۰-۴۱.
- مجتبی نائینی، سید مهدی. (۱۳۸۱)، **فرهنگ اصطلاحات کار و تأمین اجتماعی**، مؤسسه کار و تأمین اجتماعی.
- مرکز مطالعات و تحقیقات زنان (۱۳۸۲): **ابعاد جنسیتی بازار کار و ویژگی‌های اشتغال در ایران**، دانشگاه تهران.
- میلر، دلبرت. (۱۳۸۰): **راهنمای سنجش در تحقیقات اجتماعی**. ترجمه هوشنگ نایی. تهران. نشر نی. چاپ اول.
- 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.
- Annandale, E. and Hunt K. (2000). "Gender Inequalities in Health: Research in the Crossroads. In E. Annandale and K. Hunt (eds.) **"Gender Inequalities in Health."** Buckingham: Open University Press. 1-35

- Bartley, M., Popey, J., Plewis, I. (1992). "**Domestic Condition, Paid Employment, and Women's Experience of Ill-Health**". *Sciology of Health and Illness* 14(3): 313-343.
- Greenbaum J (1995) **Windows on the Workplace- Computer, Jobs and the Organization of Office Work in the Late Twentieth Century**. New York: Monthly Review Press.
- ILO, (2000), **employment and poverty**, available at: www.ilo.org/public/english/employment.
- Khlal, M, Sermet, C, & Le Pape, A. (2000) Women's 'Health in relation with their family and work roles: France in the Early1999. **Social Science & Medicine** p, 50
- Keyes. Shapiro. (2004). **mental hygiene**, New Jersey, Englewood Cliffs, p: 768.
- Lee, C. (1998). **Women's Health and Social Perspective**. London: Sage.
- Otten F, Bosme H, Swinkels H. job stress and smoking in the Dutch labor force *Eur J Public Health* 1999: 58-61.
- WHO (2005), **mental health** At: www.who.int/mental_health/en (2009).
- WHO (2005), **social determinants of health** available At: www.who.int/social_determinants/en (2008).

