

رابطه ابعاد احساس نابرابری جنسیتی با سلامت روان

کبری خاوری*، حمیرا سجادی**، کرم حبیب پور گتایی***، مهدی طالبی****

مقدمه: اهداف توسعه انسانی هزاره سوم اساساً شامل محورهای سلامت و عدم تبعیض و نیز برابری، به ویژه برابری جنسیتی است. هدف این تحقیق، بررسی رابطه ابعاد احساس نابرابری‌های جنسیتی با سلامت روان زنان شاغل است.

روش: در این مطالعه، از روش هم‌بستگی برای سنجش رابطه بین متغیرها استفاده شده که در آن ۲۰۲ نفر از زنان شاغل در سازمان تأمین اجتماعی شهر همدان، در سال ۱۳۹۱، به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، شامل پرسش‌نامه سنجش احساس نابرابری جنسیتی و پرسش‌نامه سنجش سلامت روان GHQ و چک‌لیست برای جمع‌آوری متغیرهای جمعیت‌شناختی بود. به منظور تجزیه و تحلیل نتایج، از ضریب هم‌بستگی پیرسون برای سنجش مقدار هم‌بستگی بین احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روان استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد از نظر وضعیت سلامت روان، ۴۴/۶ درصد کم‌ترین مقدار اختلال روانی را دارند و ۴۵/۱ درصد از جامعه تحت بررسی به میزان زیاد و خیلی زیاد، احساس نابرابری جنسیتی را ابراز داشتند.

بحث: رابطه مثبت و معنی‌داری بین احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روان وجود داشت؛ به طوری که هرچه احساس نابرابری کم‌تر باشد، سلامت روان افراد بهتر است.

کلید واژه‌ها: احساس نابرابری جنسیتی، زنان شاغل، سلامت روان.

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۶

* کارشناسی ارشد، رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

** دکتر پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، رایانامه: <safaneh_s@yahoo.com> (نویسنده مسئول)

*** دکتر جامعه‌شناسی توسعه، دانشگاه تهران.

**** کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی.

مقدمه

آنچه از واقعیات عصر حاضر درک می‌شود، عبارت است از اینکه امروزه، توسعه نه تنها ضروری، بلکه اجباری است. جوامع مختلف اگر خواهان محو شدن از گردونه رقابت نباشند، باید به هر نحو ممکن توسعه یابند. در پیشرفت و توسعه جامعه، عوامل مختلفی از قبیل عوامل اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و... نقش دارند و مهم‌تر از آن این است که تمامی عوامل یا ساختارهای کلان موقعی خوب عمل می‌کنند که افراد درون ساختارها سلامتی جسمی و روانی و اجتماعی مطلوب و مناسبی داشته باشند؛ زیرا عقل سالم در بدن سالم است. بر این اساس، برنامه‌ریزان جوامع، به‌ویژه جوامع توسعه‌یافته، سخت در تلاش‌اند تا میزان سلامتی افراد جامعه خود را بهبود و ارتقا بخشند. از طرفی، سلامت فقط امری زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین میزان سلامت افراد دخیل است؛ در این بین، نقش فرهنگ، ارزش‌ها، هنجارها و باورهای جامعه اهمیت خاصی دارد. بر اساس یافته‌های جدید، احساس نابرابری‌های جنسیتی عاملی مهم در ایجاد اوضاعی است که با فرض اعتقاد به الزامات، محدودیت‌های اجتماعی، قوانین و هنجارهای اجتماعی و اخلاقی و آداب و رسوم که تبعیض‌هایی را علیه زنان نشان می‌دهند، به کاهش سلامت منجر می‌شود (بارتلی، ۲۰۰۴^۱). برخی محورهای اصلی اهداف توسعه انسانی هزاره سوم نیز متمرکز بر سلامت و عدم تبعیض و نیز برابری، به‌ویژه برابری جنسیتی است. با مروری بر وضعیت زنان در جهان و مقایسه آن با وضعیت مردان، روشن می‌شود که زنان از نظر امکانات و مشارکت فعال در توسعه، از بخش‌های بسیار آسیب‌پذیر جمعیت هستند (ادهمی و روغیان، ۱۳۸۸). موقعیت زنان در جامعه، عمیقاً تحت تأثیر وضعیت و سطوح توسعه در کشورهاست. هرچه کشورها توسعه‌یافته‌تر باشند، شکاف بین توسعه‌یافتگی زنان و مردان کاهش می‌یابد؛ از این رو، بهبود وضعیت زنان جزو الزامات اصلی در بهبود شاخص‌های توسعه در هر جامعه است. به عبارتی، بدون توجه به وضعیت زنان، دستیابی به توسعه برای هیچ کشوری میسر نخواهد بود. با وجود این، آمارها نشان می‌دهد که هیچ جامعه‌ای رفتاری برابر با زنان و مردان ندارد (فنی، ۱۳۸۸).

1- Bartely

مسئولیت‌های زنان شاغل در نقش‌های چندگانه‌ای که برعهده دارند، ممکن است سلامت‌شان را به‌خطر بیندازد. سلامت زنان شاغل نه تنها به‌خودی‌خود ارزشمند است، بلکه تندرست بودن، احساس امنیت زنان شاغل را تأمین می‌کند و به آنان اطمینان می‌دهد که به ایفای نقش‌های اجتماعی قادر خواهند بود و می‌توانند نیازهای خود را برطرف سازند و به دیگر اهداف‌شان نائل شوند. همچنین، موجب ارتقای سلامت خانواده نیز می‌شوند و با توجه به نقش حساس و تعیین‌کننده زنان در پیشبرد اهداف توسعه، آگاهی از میزان سلامت روانی زنان شاغل و شناخت عامل‌های تأثیرگذار بر آن، ضرورت انجام تحقیق حاضر را آشکار می‌سازد. مطالعات ایرانی انجام‌شده در این حوزه، بیش‌تر درباره نابرابری جنسیتی بوده تا احساس نابرابری جنسیتی. تحقیقات ناظر به نابرابری جنسیتی بیش‌تر بر عوامل مرتبط با این متغیر (قاسملو، ۱۳۸۵؛ موحد و همکاران، ۱۳۸۴؛ گرگی، ۱۳۸۳) تمرکز کرده‌اند. در تحقیقات اندکی نیز احساس نابرابری جنسیتی سنجیده شده که نتایج همسوست؛ اما یکسان نیست و مهم‌تر اینکه ارتباط آن با سلامت، به‌خصوص در افراد شاغل، هنوز بررسی نشده است. این پژوهش در پی این بررسی است. بر این اساس، این پژوهش می‌کوشد تا رابطه بین احساس نابرابری جنسیتی و ابعاد آن را با سلامت روان، در زنان شاغل در سازمان تأمین اجتماعی همدان بررسی کند.

چارچوب نظری

در زمینه نابرابری‌های سلامت و جنسیت، نظریه‌های مختلفی ارائه شده است که در تقسیم‌بندی کلی، دیدگاه‌های ارائه‌شده، در این زمینه را می‌توان چهار دسته دانست:

۱. دیدگاه‌های زیستی و جسمانی: در این دیدگاه، بر عوامل زیستی و ژنتیکی مؤثر در ایجاد طبقات و نابرابری‌های سلامت تأکید می‌شود. براساس این رویکرد، از آنجاکه ژن‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد بیماری‌ها دارند، نابرابری‌های سلامت با مهار عوامل زیستی و ژنتیکی از بین می‌رود. بنا به این دیدگاه، اختلاف به‌نحوی است که حتی در دوران جنینی، احتمال سقط‌شدن برای جنین نر بیش از جنین ماده است. در ابتدای تولد، نسبت جنسیتی ۱۰۵ پسر به ۱۰۰ دختر در نظر گرفته می‌شود؛ اما در همین اوایل زندگی، احتمال مرگ‌ومیر برای نوزادان پسر، بیش از نوزادان دختر است (خسروی، ۱۳۸۲).

۲. دیدگاه‌های مادی^۱: مطالعات موجود به‌رغم طرح دیدگاه‌های زیستی، تأثیر متغیرهای اجتماعی و اقتصادی را عاملی تعیین‌کننده‌تر برای وضعیت سلامت می‌داند. این رویکرد بر اهمیت فقر و وضعیت کار و محرومیت‌ها در ایجاد تفاوت‌های سلامتی تأکید دارد؛ به طوری که مردم با درآمد کم‌تر، امید به زندگی کم‌تر و مرگ‌ومیر بیش‌تر دارند. ممکن است درآمد به مواجهه‌های گوناگون با عوامل خطر فیزیکی منجر شود. همچنین، درآمد رابطه مستقیم با دسترسی به منابع زندگی سالم، مثل غذا و مسکن و پوشاک را فراهم می‌کند (بارتلی، ۲۰۰۴).
۳. دیدگاه‌های رفتاری فرهنگی^۲: این رویکرد، رفتارهای فردی غیرمسئولانه و پرخطر را عامل عمده تفاوت‌های سلامت ارزیابی می‌کند؛ به طوری که افراد با درآمد کم‌تر، بیش‌تر به انجام رفتارهای پرخطر تمایل دارند تا رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی (بارتلی، ۲۰۰۴). افراد در طبقات اجتماعی گوناگون، فرهنگ‌ها و ارزش‌ها و سنن و باطبع رفتارهای یادگرفته متفاوت دارند که در طول زمان به نسل‌های بعد و دیگر افراد همان طبقه اجتماعی منتقل می‌شود و این سبک زندگی، موجب نابرابری و تفاوت سلامتی می‌شود.
۴. دیدگاه‌های روانی اجتماعی^۳: در این دیدگاه، تفاوت‌های سلامتی به دلیل احساس افراد از نابرابری است. از دیدگاه اجتماعی روانی، زنان و مردان از لحاظ ملاحظات زیست‌شناختی، نقش و مسئولیت‌هایی که جامعه برای آن‌ها و موقعیت‌شان در خانواده و اجتماع طراحی می‌کند، متفاوت هستند. در این رویکرد، عوامل روانی اجتماعی، مثل حمایت اجتماعی، ارتباطات اجتماعی، کنترل کار و... بیش‌تر در نظر گرفته می‌شوند. مردم دیگران را به‌عنوان استاندارد برای مقایسه خود و خودارزیابی‌شان در نظر می‌گیرند و نابرابری اجتماعی به توزیع نابرابر استرس‌های روان‌شناختی طولانی‌مدت منجر می‌شود که بسته به منابع ضربه‌گیر موجود، از جمله حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی بر سلامت فرد اثر می‌گذارد (بارتلی، ۲۰۰۴).

1- materialistic

2- behavioral and cultural

3- psycho-social

در این پژوهش، در نظر است با توجه به رویکرد روانی-اجتماعی که بر احساس فرد از نابرابری اجتماعی در ایجاد تفاوت‌های سلامتی تمرکز دارد، رابطه ابعاد احساس نابرابری‌های جنسیتی با سلامت روانی بررسی شود.

پیشینه تحقیق

همان‌طور که اشاره شد، بیش‌تر مطالعات در این حوزه در زمینه وجود نابرابری‌های جنسیتی است تا احساس آن. از جنبه نظری، پیشرفت رضایت‌بخشی حاصل نشده است؛ اما تحقیقات تجربی محدودی انجام شده که به صورت مختصر به آن‌ها اشاره می‌شود. جی‌زانگ و هیولانزو (۲۰۰۷) در چین، تأثیر مذهب و خرافه‌گرایی و احساس نابرابری جنسیتی را بر میزان خودکشی مطالعه کردند و دریافتند احساس نابرابری جنسیتی رابطه مثبتی با قصد خودکشی دارد. جلیل دهنوی (۱۳۸۴) نیز در «بررسی رابطه احساس نابرابری‌های جنسیتی و انگیزه تحرک اجتماعی در دختران دانشجو» به این نتیجه رسید که ۹/۹۴ درصد از دانشجویان، در جمعیت نمونه، احساس نابرابری جنسیتی زیاد و خیلی زیاد داشتند و ۵۲ درصد از تغییرات انگیزه تحرک اجتماعی با احساس نابرابری تبیین می‌شود. پورطاهری و پوروردی (۱۳۸۸) نیز نشان دادند ۶۷/۳ درصد زنان روستایی احساس نابرابری جنسیتی در حد متوسط داشتند.

نتایج مطالعات دیگر نشان می‌دهد نابرابری جنسیتی در سلامتی وجود دارد و تفاوت‌های ساختاری اجتماعی بین دو جنس، سلامت روان و رفتار سالم را تحت تأثیر قرار می‌دهد (موس، ۲۰۰۲؛ هو، ۲۰۰۲). همچنین، مارگارت دتن و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که ساختار اجتماعی و تعیین‌کننده‌های روانی اجتماعی برای زنان و تعیین‌کننده‌های رفتاری برای مردان، اهمیت بیش‌تری دارند. دوپال (۲۰۰۰) وضعیت برابر در دستیابی به سلامت را به ارتقای سیاست‌های برابری جنسیتی در سلامت و وضعیت کلان جامعه منوط می‌داند که لازمه آن توزیع مساوی منابع مربوط به سلامت و کاهش نابرابری‌های جنسیتی در رفع محدودیت‌های تقسیمات جنسیتی

برای تشخیص دقیق تشابهات و تفاوت‌ها در نیازهای سلامت مردان و زنان است. اوکوجی (۱۹۹۴) در مطالعه «نابرابری جنسیتی سلامت در جهان سوم» بیان می‌کند که خطرهای سلامت در هر مرحله از چرخه زندگی زنان وجود دارد. مشکلات بازتولیدی سلامت و خشونت علیه زنان و دختران و خطرهای محیطی و شغلی، مخاطره‌آمیزترین عوامل در سلامتی زنان بوده‌اند. این تحقیق علل نابرابری جنسیتی سلامت را تأکید بر این عوامل می‌داند: نقش باروری زنان؛ توجه‌های آشکار جنسی در تبعیض کودکان دختر برای مراقبت‌های عمومی؛ میزان کار زنان که سبب تخصیص ندادن زمان برای مراقبت‌های سلامتی آن‌ها می‌شود؛ فقدان استقلال زنان که به از دست‌رفتن قدرت تصمیم‌گیری درخصوص درآمد ایشان منجر می‌شود و ازدواج زودرس.

نورالله مرادی کله‌لو (۱۳۸۸) در پژوهشی اکولوژیک، «ارتباط بین نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم» را مطالعه کرد و نشان داد بین شاخص‌های آموزشی و اقتصادی و درآمد زنان (متغیرهای مربوط به نابرابری جنسیتی) هم‌بستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد؛ اما بین شاخص‌های سیاسی زنان با فاصله جنسیتی امید به زندگی سالم، رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد. همچنین، نتایج مطالعه مذکور حاکی از اهمیت متغیرهای اقتصادی اجتماعی در سلامت است.

روش

در این تحقیق، از روش هم‌بستگی برای تعیین ارتباط بین متغیرها استفاده شد. جامعه آماری کارکنان زن شاغل در سازمان تأمین اجتماعی شهر همدان، در سال ۱۳۹۱ است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن مقدار خطا $p=0/5$ و $d=0/05$ و $Z=1/96$ تعداد نمونه ۱۸۲ نفر تعیین شد. در ابتدا، با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای رده‌های شغلی به سه طبقه کارکنان اداری و درمانی و کارگری خدماتی تقسیم شده و سپس براساس سهم هریک از گروه‌ها، تعداد افراد نمونه به روش تصادفی از رده‌های شغلی انتخاب شدند. با توجه به کوچکی حجم نمونه در کارکنان کارگری خدماتی (۱۹ نفر) و لحاظ نکات آماری حداقل حجم نمونه در مطالعات مقایسه‌ای (حداقل حجم نمونه باید ۳۰ نفر باشد)، حجم نمونه در کارکنان کارگری خدماتی ۳۰ نفر محاسبه شد و در نتیجه تعداد نمونه کل به ۲۰۲ نفر افزایش یافت.

برای گردآوری داده‌های این تحقیق، از دو پرسش‌نامه و یک چک‌لیست به منظور جمع‌آوری متغیرهای جمعیت‌شناختی استفاده شد. به منظور سنجش احساس نابرابری جنسیتی از پرسش‌نامه ساخته شده توسط جلیل دهنوی (۱۳۸۴) استفاده شد که پنج بُعد احساس نابرابری اجتماعی، احساس نابرابری فرهنگی، احساس نابرابری سیاسی، احساس نابرابری اقتصادی و احساس نابرابری حقوقی را می‌سنجد. منظور از احساس نابرابری جنسیتی «باور به تضمین برخوردار بودن زنان از شرف و حیثیت انسانی مساوی با مردان که به معنای باور به وجود و اعمال دیدگاه و امکانات و تسهیلات برابر برای همه افراد جامعه، اعم از زن و مرد به تناسب نیازهای آنان» است (آقایی، ۱۳۷۶). جدول ۱ تعریف ابعاد احساس نابرابری جنسیتی را نشان می‌دهد. در این پرسش‌نامه، نمره کم‌تر بیانگر احساس نابرابری کم‌تر است. براساس نمره به دست آمده می‌توان وضعیت فرد را در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها و در کل پرسش‌نامه تعیین کرد. به منظور تأمین اعتبار صوری مقیاس‌ها، نسخه اولیه پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از صاحب‌نظران موضوعی قرار گرفت و دیدگاه‌های اصلاحی آن‌ها در تنظیم پرسش‌نامه اعمال شد. برای تعیین روایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای احساس نابرابری سیاسی ۰/۷۴، احساس نابرابری اجتماعی ۰/۷۵، احساس نابرابری اقتصادی ۰/۶۴، احساس نابرابری فرهنگی ۰/۷۷ و احساس نابرابری حقوقی ۰/۷۸ محاسبه شد.

جدول ۱. تعاریف ابعاد احساس نابرابری‌های جنسیتی.

احساس نابرابری اجتماعی	باور به اینکه زنان به اندازه مردان امکانات و فرصت‌های لازم را در خانواده و جامعه ندارند.	احساس نابرابری جنسیتی
احساس نابرابری حقوقی	باور به این که قوانین در جامعه ما به سود مردان گذارده و اجرا می‌شود.	
احساس نابرابری سیاسی	باور به اینکه زنان به اندازه مردان امکان فعالیت و مشارکت سیاسی ندارند.	
احساس نابرابری اقتصادی	باور به اینکه زنان از درآمد هم‌سطح مردان برخوردار نیستند و شرایط برای کار بیرون از خانه برای آنان مساعد نیست.	
احساس نابرابری فرهنگی	باور به اینکه در تعالیم دینی و سنت‌های ما برابری زنان و مردان در نظر گرفته نشده و زنان امکان فعالیت یکسان فرهنگی با مردان ندارند.	

برای سنجش سلامت روان از پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ (GHQ) استفاده شد که می‌تواند وجود اختلال روانی در فرد را تعیین کند. این پرسش‌نامه چهار خرده‌مقیاس دارد که شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است. در این پرسش‌نامه، نمره کم‌تر بیانگر سلامت روان بهتر است. به‌منظور برآورد اعتبار این پرسش‌نامه، پژوهش‌های فراتحلیلی صورت گرفته است که نتایج نشان دادند، متوسط حساسیت آن برابر با ۸۴ درصد (بین ۷۷ درصد تا ۸۹ درصد) و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۲ درصد (بین ۷۸ درصد تا ۸۵ درصد) است (ویلیامز و گلدبرگ، ۱۹۸۷؛ به نقل از: فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). میزان اعتبار این پرسش‌نامه، به‌شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس جسمی ۸۵ درصد، اضطراب و بی‌خوابی ۷۸ درصد، اختلال در عملکرد اجتماعی ۷۹ درصد و افسردگی ۹۱ درصد و در کل پرسش‌نامه ۸۵ درصد به‌دست‌آمده است (بهمنی و همکاران، ۱۳۸۵). به‌منظور تجزیه‌وتحلیل نتایج از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و از آزمون هم‌بستگی پیرسون برای سنجش هم‌بستگی احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روان استفاده شد. همچنین، از رگرسیون خطی ساده، روش گام‌به‌گام، به‌منظور پیش‌بینی سلامت روان براساس ابعاد احساس نابرابری جنسیتی استفاده شد.

یافته‌ها

در این تحقیق، ۲۰۲ نمونه از زنان شاغل سازمان تأمین اجتماعی شهر همدان بررسی شدند که شامل ۱۲۷ کارمند اداری‌دفتری، ۳۵ کارمند درمانی و ۳۰ کارمند کارگری‌خدماتی بودند. میانگین سن افراد نمونه تحقیق ۳۸/۶۱ بوده است. افراد نمونه: ۷۴/۸ درصد فارس، ۱۶/۳ درصد ترک، ۵/۴ درصد لر و ۳/۵ درصد کرد بودند. تحصیلات بیش‌تر افراد نمونه تحت مطالعه به میزان ۴۵ درصد لیسانس، ۳/۱۷ درصد دیپلم، ۱۴/۹ درصد افراد فوق‌دیپلم، ۷/۴ درصد دارندگان مدرک راهنمایی، ۶/۹ درصد فوق‌لیسانس، ۵/۴ درصد افرادی با مدرک تحصیلی دکتری و بالاتر بودند. در بین نمونه، ۳ درصد افراد مدرک تحصیلی ابتدایی داشته‌اند. بیش‌تر افراد نمونه، با

1- General Health Questionnaire

میزان ۴۷ درصد درآمد متوسط داشته‌اند، ۴۰/۶ درصد درآمد کم و ۱۲/۴ درصد درآمد زیاد داشته‌اند. ۷۷/۲ درصد افراد نمونه متأهل بوده‌اند، ۱۶/۸ درصد مجرد، ۱ درصد بیوه و ۵ درصد نیز مطلقه بوده‌اند. وضعیت استخدام ۷۱/۳ درصد افراد نمونه رسمی است و ۲۸/۷ درصد افراد تحت مطالعه در دسته استخدام قراردادی قرار داشته‌اند. ۵۸/۴ درصد نمونه گفته‌شده، در رده اداری شاغل بوده‌اند، ۲۶/۷ درصد شاغلان رده درمانی و ۱۴/۹ درصد آن‌ها در رده کارگری و خدماتی سازمان تأمین اجتماعی همدان شاغل بودند.

وضعیت سلامت روان جامعه تحت بررسی: از نظر وضعیت سلامت روان، ۴۴/۶ درصد دچار کم‌ترین مقدار اختلالات روانی بوده‌اند و تنها ۴ درصد اضطراب شدید داشتند. ۱۶/۳ درصد فراوانی اختلال به میزان متوسط نیز به اضطراب مربوط بود (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی سلامت روانی و ابعاد آن در جامعه تحت مطالعه.

شاخص	هیچ یا کم‌ترین حد (درصد)	خفیف (درصد)	متوسط (درصد)	شدید (درصد)	جمع
کل سلامت روان	۴۴/۶	۴۳/۱	۱۰/۹	۱/۵	۱۰۰
اختلال در نشانه‌های جسمانی	۴۶	۳۸/۶	۱۳/۹	۱/۵	۱۰۰
اضطراب و بی‌خوابی	۴۷/۵	۳۲/۲	۱۶/۳	۴	۱۰۰
ناکنش‌وری اجتماعی	۴۴/۱	۴۷	۷/۹	۱	۱۰۰
افسردگی	۸۳/۲	۱۲/۹	۲	۲	۱۰۰

وضعیت احساس نابرابری جنسیتی و ابعاد آن در جامعه تحت بررسی: در بررسی متغیر احساس نابرابری جنسیتی و ابعاد آن که با پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی به صورت مجموع نمرات و وضعیت احساس نابرابری جنسیتی افراد موضوع بررسی قرار گرفت، بیش‌ترین میزان احساس نابرابری، به نابرابری جنسیتی به میزان زیاد و خیلی زیاد (۴۵/۱ درصد) مربوط بود. بیش‌ترین میزان احساس نابرابری از نظر ابعاد، به احساس نابرابری سیاسی (۶۶/۸ درصد) به میزان زیاد و خیلی زیاد و سپس احساس نابرابری اقتصادی (۵۸/۹)

درصد) در همین سطح مربوط بود. در تمامی ابعاد، احساس نابرابری جنسیتی به میزان زیاد و خیلی زیاد، بیش تر از متوسط و کم و خیلی کم بود (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی احساس نابرابری جنسیتی و ابعاد آن در جامعه تحت بررسی.

شاخص	کم و خیلی کم	متوسط	زیاد و خیلی زیاد	جمع
احساس نابرابری جنسیتی	۱۹/۳	۳۵/۶	۴۵/۱	۱۰۰
احساس نابرابری اجتماعی	۲۵/۸	۳۴/۷	۳۹/۵	۱۰۰
احساس نابرابری حقوقی	۲۱/۳	۳۵/۱	۴۳/۶	۱۰۰
احساس نابرابری فرهنگی	۱۹/۳	۲۳/۳	۵۷/۴	۱۰۰
احساس نابرابری اقتصادی	۱۳/۸	۲۷/۳	۵۷/۹	۱۰۰
احساس نابرابری سیاسی	۱۱/۴	۲۱/۸	۶۶/۸	۱۰۰

رابطه بین احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روان در جامعه تحت بررسی: نتایج

نشان داد که بین تمامی ابعاد احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روان ارتباط معنی دار وجود دارد و مقدار همبستگی کل برابر با ۰/۳۰۱ است؛ به طوری که هرچه احساس نابرابری جنسیتی افزایش یابد، احتمال اختلال روانی یا به عبارت دیگر، کاهش سلامت روان افزایش پیدا می کند. بیش ترین مقدار همبستگی به احساس نابرابری اقتصادی (۰/۳۰۳) و احساس نابرابری اجتماعی (۰/۲۹۳) مربوط است (جدول ۴).

جدول ۴. همبستگی احساس نابرابری جنسیتی با متغیر سلامت روانی.

مقدار همبستگی	مقدار p
احساس نابرابری اجتماعی	۰/۲۹۳
احساس نابرابری حقوقی	۰/۱۵۴
احساس نابرابری سیاسی	۰/۱۹۸
احساس نابرابری اقتصادی	۰/۳۰۳
احساس نابرابری فرهنگی	۰/۲۶۲
احساس نابرابری جنسیتی کل	۰/۳۰۱

به منظور پیش‌بینی سلامت روان براساس ابعاد احساس نابرابری جنسیتی از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد که در دو گام پیش رفت و تنها ابعاد احساس نابرابری جنسیتی اقتصادی و اجتماعی در مدل باقی ماندند. همچنین، نتایج نشان داد که ۷/۱۳ درصد سلامت روان از طریق دو بعد اقتصادی و اجتماعی احساس نابرابری جنسیتی تبیین می‌شود (جدول ۵ و ۶).

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون ابعاد احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روان.

Method: Stepwise	روش ورود متغیرها: روش گام‌به‌گام
R=۰/۳۷۱	ضریب هم‌بستگی چندگانه
R2=۰/۱۳۷	ضریب تعیین
Adjusted R square=۰/۱۲۹	ضریب تعیین تعدیل‌یافته
S.E _{11/509} =	خطای معیار
ANOVA F= ۱۵/۸۳۷	مقدار F در تحلیل پراکنش
p= ۰/۰۰۰	مقدار p تحلیل پراکنش

جدول ۶. ضرایب آزمون تحلیل رگرسیون ابعاد احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روان.

مقدار مستقل	مقدار b	مقدار Beta	S.E مقدار	مقدار تی	مقدار احتمال
مقدار ثابت	۸/۲۱۸	—	۳/۱۹۱	۲/۵۷۵	۰/۰۱۱
احساس نابرابری اقتصادی	۳/۰۴۵	۰/۲۴۹	۰/۹۶۳	۳/۱۶۴	۰/۰۰۲
احساس نابرابری اجتماعی	۲/۰۶۵	۰/۱۷۰	۰/۹۵۶	۲/۱۶۰	۰/۰۳۲

متغیر وابسته: سلامت روان.

بحث

این مطالعه رابطه بین احساس نابرابری جنسیتی و سلامت روان را بین کارکنان زن شاغل در سازمان تأمین اجتماعی همدان بررسی کرده است. نتایج نشان داد که ۴۵/۱ درصد زنان، احساس نابرابری جنسیتی خود را به میزان زیاد و خیلی زیاد، ابراز داشتند که

از این جهت، با مطالعه دهنوی (۱۳۸۴) همسو بود؛ البته در مطالعه پورطاهری و پوروردی (۱۳۸۸) بیشترین فراوانی احساس نابرابری جنسیتی در حد متوسط بود (۶۷/۳ درصد). یافته‌های پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان که درباره احساس پاسخ‌گویان به عدالت اجتماعی انجام شده بود نیز نشان داد که میزان احساس نابرابری و بی‌عدالتی در ابعاد اجتماعی و قومی و جنسیتی در میان شهروندان ایرانی نسبتاً زیاد است (منیری، ۱۳۸۳). در این مطالعه، بیشترین فراوانی احساس نابرابری جنسیتی، به میزان زیاد، در بعد سیاسی و بعد اقتصادی بود؛ اما در مطالعه پورطاهری و پوروردی (۱۳۸۸) در بعد فرهنگی و بعد اجتماعی است که می‌توان این تفاوت‌ها را تفاوت در جامعه آماری مطالعات، از نظر شغل و جامعه شهری یا روستایی بودن نسبت داد. مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهد که نابرابری جنسیتی به‌طور گسترده‌ای وجود دارد (سن^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). سفیری (۱۳۷۷) نیز در مطالعه خود، رابطه بین جنسیت و درک از تبعیض را تأیید کرده است. نظام قدرت جنسیتی که زنان را در موقعیت‌های اجتماعی پایین قرار می‌دهد، با وجود اینکه آشکال آن در طول زمان و مکان تغییر می‌کند و ممکن است پرهیاهو یا زیرکانه‌تر باشد، به‌طور درخور توجهی، فراگیر و ماندگار بوده است. مناسبات قدرت جنسیتی می‌تواند به‌طور عملی، توسط زنان و مردان در هر زمینه‌ای و مطمئناً در سلامت، حس شود. هر جا که هیچ دلیل باورکردنی زیستی برای پیامدهای مختلف وجود نداشته باشد، تبعیض اجتماعی باید به‌عنوان عامل اصلی پیامدهای بی‌دلیل سلامتی، مرکز توجه قرار گیرد. (سن، ۲۰۰۷). تبعیض اجتماعی ممکن است بین زنان و مردان، در تمام گروه‌های قومی یا نژادی مختلف یا گروه‌های مختلف خود زنان دیده شود. در واقع تبعیض مبتنی بر عقاید و ادراک‌هایی است که در جامعه، درباره مردان و زنان به‌وجود آمده است (مرتوس، ۱۳۸۲). زنان و مردان از نظر زیست‌شناختی متفاوت‌اند؛ اما همه فرهنگ‌ها این تفاوت‌های زیستی ذاتی را در مجموعه انتظارات اجتماعی از زنان و مردان، درخصوص اینکه چه رفتارهایی مناسب‌اند و چه حقوق و منابع و قدرتی دارند، تفسیر می‌کنند (کولایی، ۱۳۸۵). زنان اغلب دسترسی

1- Sen

کم‌تری به قدرت سیاسی و مشارکت کم‌تری در نهادهای سیاسی از انجمن شهرداری محلی یا روستایی گرفته تا مجلس ملی و عرصه بین‌المللی دارند. مردان معمولاً ثروت بیش‌تر، شغل بهتر، تحصیلات بالاتر، نفوذ سیاسی بیش‌تر و محدودیت‌های رفتاری کم‌تری دارند. به‌علاوه مردان در بسیاری از نقاط جهان، بر زنان اعمال قدرت می‌کنند، به‌جای آن‌ها تصمیم می‌گیرند، دسترسی آن‌ها به منابع و نمایندگی شخصی را تنظیم و تحمیل می‌کنند (سجادی و همکاران، ۱۳۸۸).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بین احساس نابرابری‌های جنسیتی با سلامت روان زنان شاغل، رابطه معنی‌داری وجود دارد که خود تأکیدی بر توجه متخصصان حوزه جامعه‌شناسی و علوم پزشکی و همچنین سیاست‌گذاران جامعه، به زنان و مسائل مربوط است. بی‌شک وجود تبعیضات فرهنگی، سیاسی، حقوقی و به‌خصوص تفاوت‌های اجتماعی بین زنان و مردان ممکن است مانعی جدی در افزایش سلامت زنان ایجاد کند.

این چنین دیدگاهی در ادبیات بررسی شده نیز تأیید شد؛ به‌طوری‌که مطالعه زانگ و هویلان در چین نشان داد که نابرابری جنسیتی درک شده هم‌بستگی مثبت معنی‌دار با تمایل به خودکشی دارد (ژانگ^۱ و هویلان^۲، ۲۰۰۷). مطالعه پاولکو^۳ و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که در محیط کار، درک تبعیض بر سلامت کارکنان اثر می‌گذارد. در پیمایش انجام‌شده در امریکا، روی ۳۰۳۲ نفر، نتایج نشان داد که بین تبعیض درک‌شده و مشکلات سلامت روان، رابطه قوی وجود دارد (کسلر^۴ و همکاران، ۱۹۹۹). مطالعات دیگر نیز رابطه بین درک تبعیض و سلامت ضعیف را تأیید کردند (کیم^۵ و ویلیام^۶، ۲۰۱۲) محیط کار عرصه‌ای انتقادی است که تفاوت‌های سلامتی جنسیتی را تعیین می‌کند. تقسیم جنسیتی کار، نمونه‌ای از تخصیص وظایف خاص به مردان و زنان در تمام کشورها بدون توجه به میزان توسعه، ثروت، تمایلات مذهبی یا رژیم سیاسی، گسترده و فراگیر است. این عوامل بر موقعیت اجتماعی زنان نسبت به مردان، اثر منفی می‌گذارد و نابرابری‌های ایجادشده به

1- Zhang
4- Kessler

2- Huilan
5- Kim

3- Pavalko
6- William

نابرابری‌های جنسیتی در سلامت کمک می‌کند (سن و همکاران، ۲۰۰۷؛ اوستلین و همکاران، ۲۰۰۶). حق بهره‌مندی از سلامت و تندرستی را باید اساس رشد و پیشرفت جامع زنان مدنظر قرار داده و برای سلامتی‌شان باید نیازهای اساسی‌شان را برآورده کرد، از قبیل محیط‌زیست سالم، مراقبت‌های بهداشتی مطلوب، تعلیم و تربیت مناسب، درآمد تضمین‌شده، محیط کار سالم، تقسیم کار عادلانه، برخورداری از پایگاه اجتماعی مناسب، حمایت اجتماعی مطلوب، رهایی از خشونت و کاهش میزان اضطراب و افسردگی از طریق کاهش آسیب‌پذیری آنان (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷). حقوق گفته‌شده مسلماً از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی وسیع‌تر است. اگرچه دستیابی به متخصصان و مراکز درمانی و دارو و تجهیزات پزشکی در بهداشت و سلامت، اهمیت بسزایی دارد، برای سلامتی کامل و کافی نیست و برای ارتقای سلامت زنان شروط دیگری مانند کاهش نابرابری‌های جنسیتی لازم است که خود موجب کاهش این احساس در آنان می‌شود. بیش‌ترین مقدار هم‌بستگی احساس نابرابری جنسیتی با سلامت روان، مربوط به بعد احساس نابرابری اقتصادی و بعد احساس نابرابری اجتماعی بود. این موضوع بیانگر این نکته است که باور به اینکه زنان درآمد هم‌اندازه با مردان ندارند و زمینه کار بیرون از خانه برای آنان مساعد نیست و همچنین، باور به اینکه زنان به‌اندازه مردان امکانات و فرصت‌های لازم را در خانواده و جامعه ندارند، با تغییرات سلامت روانی زنان جامعه موضوع بررسی در ارتباطی معنی‌دار و متوسط رو به افزایش و مثبت است. کاهش میزان اختلالات روانی (افزایش میزان سلامت روانی) آن‌ها لزوم توجه ویژه و برنامه‌ریزی‌های اختصاصی در هریک از این ابعاد را می‌طلبد تا برای مثال، با سیاست‌گذاری مطلوب و زمینه‌سازی مساعد درخصوص برخورداری زنان از درآمد برابر با مردان و فراهم‌ساختن زمینه برای کار بیرون از خانه برای آنان، به کاهش احساس نابرابری اقتصادی ایشان و به تبع آن افزایش سلامت‌شان و درنهایت امر افزایش برآیند رفاه جامعه پرداخت. همچنین، الزاماً رفع تبعیضات و موانع اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و حقوقی به‌منظور توسعه‌یافتگی شرط لازم و کافی نبوده و باید ملاحظات فرهنگی را هم در جامعه ارتقاء داد؛ از این رو

توسعه همه‌جانبه، همت دانشگاهیان و سیاست‌گذاران را در سطوح کلان مربوط به زنان این مرزوبوم می‌طلبد. بهداشت و سلامت جهان، یک کشور، یک شهر یا حتی یک اجتماع کوچک به بهداشت و تندرستی زنان و کودکان آن بستگی دارد، نه فقط بهداشت مردان آن. در پایان باید گفت نتایج این مطالعه شواهد موجود در زمینه مبانی نظری بی‌عدالتی در سلامت را از دیدگاه روانی اجتماعی غنی‌تر می‌سازد.

در این مطالعه، محدودیت‌هایی نیز وجود داشت، از جمله اینکه تنها کارکنان سازمان تأمین اجتماعی موضوع مطالعه قرار گرفتند و این نتایج به دیگر زنان شاغل تعمیم‌پذیر نیست. استفاده از گروه کنترل و مطالعه تحلیلی‌تر در این زمینه، برای محققان علاقه‌مند به این حوزه توصیه می‌شود.

- آقایی، ب (۱۳۷۶). فرهنگ حقوق بشر، گنج دانش، تهران.
- ادهمی، ع. روغنیان، ز (۱۳۸۸). بررسی تأثیر عقاید قالبی بر نابرابری جنسیتی در خانواده (مطالعه موردی زنان شاغل در آموزش و پرورش شهر همدان)، پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، س ۳، ش ۴.
- بهمنی، ب. و عسگری، ع (۱۳۸۵)؛ «هنجاریابی ملی ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ28) برای دانشجویان علوم پزشکی ایران»، در: مجموعه مقالات سومین سمینار بهداشت روانی دانشجویان ایران، ص ۶۲ تا ۶۷.
- پورطاهری، م. و پوروردی نجات، م. (۱۳۸۸)، سنجش نابرابری جنسیتی در بین زنان روستایی: مطالعه موردی استان گیلان، دانش‌نامه علوم اجتماعی، دوره ۱، ش ۲.
- خسروی، ز. و همکاران (۱۳۸۲)، مبانی روان‌شناختی جنسیت، تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- سفیری (۱۳۷۷)
- دهنوی، ج. (۱۳۸۴)، بررسی پیامدهای اجتماعی احساس بی‌عدالتی جنسیتی در بین دختران دانشجو، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- فنی، ز. (۱۳۸۸)، دیدگاه‌ها و شاخص‌های برابری جنسیتی (مطالعه موردی: جامعه شهری تهران)، نشریه مطالعات زنان، ش ۱۵.
- فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۸)، آزمون‌های روان‌شناختی؛ ارزشیابی شخصیت و سلامت روان، بعثت، تهران.
- قاسملو، ف. (۱۳۸۵)، بررسی تأثیر عوامل فرهنگی بر نگرش زنان شاغل نسبت به نابرابری جنسیتی در امر اشتغال، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مطالعات زنان.
- کولایی، الف. و حافظیان، م. (۱۳۸۵)، نقش زنان در توسعه کشورهای اسلامی، مجله پژوهش زنان، دوره ۴، ش ۱ و ۲.
- گرگی، ع. (۱۳۸۳)، بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان نسبت به نابرابری جنسیتی (مطالعه موردی: زنان ۲۵ تا ۵۴ سال شهر شیراز)،

- مطالعات زنان، س ۲، ش ۶.
- مرادی کلهلو، ن. (۱۳۸۸)، بررسی ارتباط بین نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- محمودیان، ح. (۱۳۸۴)، ماهیت متجانس بهبود موقعیت زنان در ایران، پژوهش زنان، دوره ۳، ش ۲.
- موحد، م. و عنایت، ح. و گرگی، ع. (۱۳۸۴)، عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر نگرش زنان نسبت به نابرابری‌های جنسیتی، پژوهش زنان، دوره ۳، ش ۲، ۹۵ تا ۱۱۳.
- مرتوس، ج. (۱۳۸۳)، آموزش حقوق انسانی زنان و دختران، (ترجمه فریبرز مجیدی)، چ ۱، تهران، انتشارات دنیای مادر.
- منیری، م. (۱۳۸۳)، احساس برابری و نابرابری اجتماعی در میان ایرانیان تحلیل ثانویه، آموزش علوم اجتماعی، دوره ۸، ش ۲۴: ۶۳ تا ۶۰.
- و دادهیر، الف. و ساداتی، م. و احمدی، ب. (۱۳۸۷)، سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی پژوهشی بهداشت و سلامت)، پژوهش زنان، دوره ۶، ش ۲، تهران.
- سجادی، ح. و همکاران (۱۳۸۸)، مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران، براساس مدل سازمان بهداشت جهانی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- Bartley M. (2004), Health inequality, an introduction to theories, concepts and methods, Polity Press.
- Dentona, M Et al (2004), Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health, *Social Science & Medicine*, 58, pages 2585-2600.
- Doyal, L. (2000), Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science and Medicine* (September 2000), 51 (6), pg. 931-939.
- Kessler R.C, et al (1999), The prevalence, distribution, and mental health correlate of perceived discrimination in the United States, *Journal of health and social behavior*, vol 40: 208-320.
- Kim S.S & Williams D.R (2012), Perceived discrimination and self-related

- health in South Korea: A nationally representative survey. PLoS ONE 7(1): e30501. doi:10.1371/journal.pone.0030501.
- Moss Nancy E. (2002), Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med*, 54:649
 - Okojie C.E.E. (1994), Gender inequalities of health in the third world, *Social Science and Medicine*, 39:1237–1247. Paltiel F. 1987.
 - Östlin, P., et al (2006) Gender And Health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promot Int*, 21 Suppl 1, 25-35.
 - Pavalko E.K, et al (2003), Does perceived discrimination affect health? Longitudinal relationships between work discrimination and woman's physical and emotional health, *Journal of health and social behavior*, vol 43: 18-33.
 - Sen G, Östlin P, George A, (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it, Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health
 - WHO (2002). Gender and Mental Health
 - Zhang, Jie and Hui Lan Xu (2007), The Effects of Religion, Superstition, and Perceived Gender Inequality on the Degree of Suicide Intent: A Study of Serious Attempters in China. *Omega: Journal of Death and Dying*, 55: 185-197.