

اثرات اشتغال بر سلامت زنان

دکتر شیرین احمدنیا

از دهه هفتاد میلادی مطالعات در زمینه نابرابری‌های موجود در مورد شاخص‌های سلامت و بیماری و به‌ویژه 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 بیماری در مورد مادران شاغل و غیرشاغل 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. سوالی 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 به‌عنوان 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.

۱) مروری بر سوابق نظری و تجربی

در چارچوب مدل‌های 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 این‌جا به اختصار به فرضیه‌های عمده هریک از دو دیدگاه اشاره می‌شود. در چارچوب رویکرد منفی، گذشته از نظریه پارسونز در مورد تفکیک کارکردی نقش زنان و مردان و تأکید وی بر لزوم عدم اشتغال زنان خانه‌دار، می‌توان از فرضیه‌های تکثر نقش (roles) (Multiple) 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 فرضیه‌ها به نوعی حکایت از این دارند زنانی که به کار در ازای دست‌مزد می‌پردازند، بیش‌تر احتمال دارد به دلایلی چون حجم

بیش تر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت‌های بیش تر 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 روی کرد مثبت، به

فرضیه اعتلای نقش (Bartley, 1992) (role enhancement)

نظریه بسط نقش (Sorensen & Verbrugge, 1987) (role expansion)

و فرضیه تجمع نقش (Waldron et al. 1998) (role accumulation)

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 این جا 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 تاکید قرار می‌گیرد.

آربر (۱۹۹۱) یادآور می‌شود که «اشتغال به کار 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».

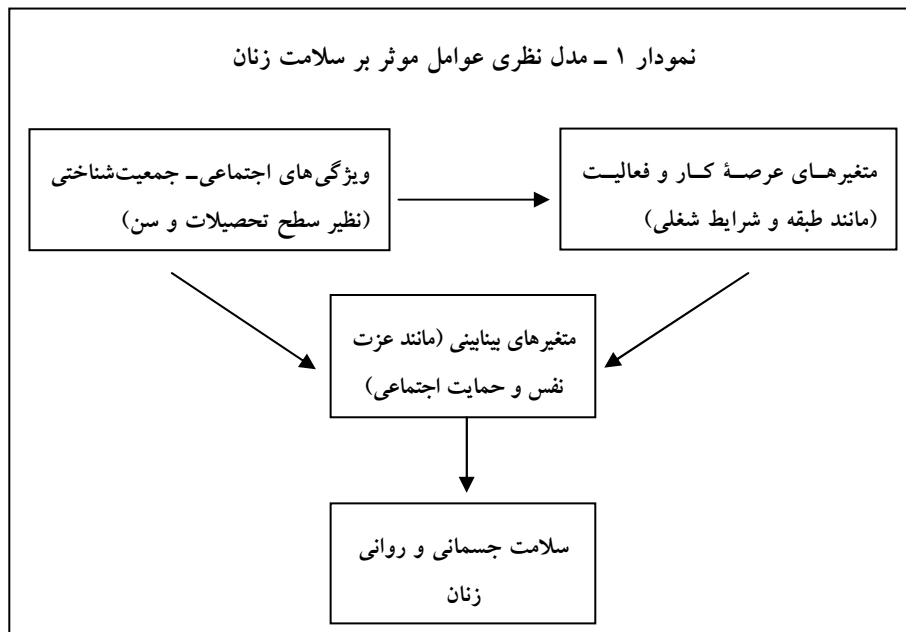
بارتلی و دیگران (۱۹۹۲: ۳۱۳) نیز معتقدند: «هرچند به تدریج ما در ادبیات نظری شاهد ظهور سنتزی از این دو روی کرد (مثبت و منفی) به رابطه اشتغال - سلامت زنان، هستیم، برخی از عوامل درگیر در این رابطه همچنان مورد غفلت واقع شده‌اند». ایشان به ضرورت در نظر گرفتن ماهیت و میزان یا حجم کار، چه در مورد کار خانگی و کار زنان در بازار رسمی اشتغال اشاره داشته و تفاوت‌های موجود از نظر وضعیت سلامت را در مورد انواع مشاغل موجود مورد تاکید 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 (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 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 (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 تعیین‌کننده یا پیش‌بینی‌کننده سلامت زنان دارد - مورد تاکید قرار داده‌اند.

۲) چارچوب نظری تحقیق

به نظر می‌رسد برای شناخت رابطه سلامت - کار زنان می‌بایستی گروه‌هایی از عوامل درگیر که در چارچوب دسته‌بندی کلی‌تری گروه‌بندی و تشخیص داده می‌شود، طی مدل نظری راهنمای تحقیق مورد توجه و تجزیه تحلیل قرارگیرد. نگارنده این گروه‌های عمده را در قالب نمودار شماره یک معرفی می‌نماید.

در این مدل، گروه متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی یا به عبارتی متغیرهای زمینه‌ای 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 این‌که زن به‌طور دائم به امر مراقبت از کسی (سالمند یا بیمار) اشتغال دارد، می‌شود.



گروه دوم از متغیرها که به متغیرهای حیطه 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 زمینه ای شرایط فردی/ اجتماعی زندگی زنان به طور 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 خانه داری، رضایت از زناشویی، و رضایت از زندگی در کل) می شود. 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 (۱۹۶۵) 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 پژوهش‌های انگلستان اخذ گردیده است. (کالیان و پرسکات - کلارک، ۱۹۹۶)

به منظور سنجش شرایط روانی - اجتماعی کار و یا خانه‌داری نیز طیفی مرکب از آیتم‌های قراردادی به کار گرفته شد. برای مثال می‌توان به میزان تنوع کاری، کنترل کار، یک‌نواختی کار و ... اشاره کرد.

در نهایت متغیر سلامت که هر دو بعد سلامت جسمانی و روانی را دربرمی‌گیرد، به‌عنوان 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 بررسی‌های سلامت سنجی غربی متداول است، استفاده کرده، که برخی از آن‌ها در این مقاله گزارش داده می‌شود (نک به جدول شماره ۲). در این جا به منظور تحلیل‌های 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 گولدرگ» (۱۹۷۲) بهره گرفته شده است.

۳) 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 ۱۰۶۵ 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 نرم‌افزای SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

پاسخ‌گویان تحقیق از میان زنان در سنین ۱۸ تا ۶۰ 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. با توجه به تمرکز زنان شاغل در مشاغلی که تحت عنوان «زنانه» دسته‌بندی می‌شود و با تمرکز تعداد زیادی از زنان در نهادهای عمده‌ای چون وزارت آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارخانجات، دسترسی به عمده زنان نمونه تحقیق با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای میسر شد. در مورد پاسخ‌گویان 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 بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای 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 بی‌سواد

یا کم‌سواد پاسخ‌گو 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 تک‌تک آیتم‌های تشکیل‌دهنده مقیاس با کل مجموعه محاسبه می‌شود. در این تحقیق ضرایب بالای ۷۰ درصد به عنوان حداقل ارزش مورد پذیرش قرار گرفته است. مقیاس‌های به کار رفته در این تحقیق قبلاً در ایران در چارچوب تحقیقات روان‌شناختی به کار رفته و مشکل عمده‌ای 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 عزت‌نفس روزنبرگ و پرسش‌نامه سلامت روانی گولدرگ 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 پیش‌بینی شده در طرح نظری تحقیق منجر شود. به این ترتیب حجم نمونه مورد نیاز بین ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ تخمین زده شد. نرخ پاسخ در مورد مادران شاغل ۸۴/۵ درصد و در مورد مادران غیرشاغل ۸۸/۱ درصد بوده و

در نهایت ۷۱۰ پرسش‌نامه در مورد شاغلین و ۳۵۵ پرسش‌نامه در مورد مادران غیرشاغل استخراج و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۴) یافته‌ها

۴-۱) ویژگی‌های جمعیتی پاسخ‌گویان

همچنان‌که در جدول شماره ۱ 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 ۲۲ سالگی و زنان غیرشاغل یا خانه‌دار در سن ۱۸/۷ 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 به‌طور متوسط ۱۲/۹ سال و زنان خانه‌دار ۹/۵ سال تحصیل کرده‌اند). به همین ترتیب در مورد تفاوت در سن زنان در اولین بارداری، تفاوت معنی‌داری میان این دو گروه زنان در تهران ملاحظه شد. زنان شاغل به‌طور متوسط در سن ۲۳/۹ سالگی و زنان خانه‌دار در سن ۲۰/۵ سالگی برای اولین بار باردار شده بودند.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیتی پاسخ‌گویان

متغیر	مادران شاغل	مادران غیرشاغل	سطح معنی‌داری
میانگین سن	۳۷/۵	۳۶/۶	$P=0/05$
سن در اولین ازدواج	۲۲	۱۸/۷	$P=0/05$
سن در اولین بارداری	۲۳/۹	۲۰/۵	$P=0/05$
سطح تحصیلات (سال)	۱۲/۹	۹/۵	$P=0/05$
تعداد	۷۱۰	۳۵۵	

۲-۴) 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 معنی‌دار آماری وجود ندارد (نک جدول شماره ۲). یکی از متغیرهای به‌کار رفته، سابقه بیماری طولانی مدت یا مزمن است که بنا بر نتایج ارائه شده، ۳۷ درصد از زنان غیرشاغل در مقابل ۴۰ درصد از زنان شاغل به ابتلا به یکی از بیماری‌های مزمن در مورد خویش اشاره نمودند، هرچند اختلاف ملاحظه شده معنی‌دار نیست. در مورد معرف‌های دیگر، به‌جز 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 کی‌دو معنی‌داری آماری خود را از دست می‌دهد.

در مورد سلامت روانی، از مقیاس ۱۲ - گویه‌ای گولدبرگ استفاده شد که می‌توان با آن اختلالات روانی جزئی را براساس طیف ارزش‌بندی صفر (سلامت روانی مطلوب) تا ۳۶ 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 ۳ می‌باشد. متوسط نمرات به‌دست آمده در مورد پاسخ‌گویان این تحقیق ۱۲/۵ به‌دست آمد و اختلاف موجود میان نمرات مادران شاغل و غیرشاغل نیز معنی‌دار نبود (نک به جدول شماره ۲).

۳-۴) 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 به‌دست آمده در مورد این معادله طی جدول شماره ۳ گزارش می‌شود. ضریب همبستگی چندمتغیری مجذور R معادل ۰/۴۴ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار و نسبتاً در حد

جدول ۲: مقایسه سلامت مادران شاغل و غیرشاغل از نظر معرف‌های سلامت جسمانی و روانی

معنی داری	مادران غیر شاغل درصد	مادران شاغل درصد	معرف‌ها
کی دو=۱/۰۵	۳۷/۰	۴۰/۴	وجود بیماری مزمن (تعداد=۱۰۶۵)
کی دو=۰/۴۳	۲۶/۲	۲۶/۵	وجود بیماری مزمن محدودکننده (تعداد=۲۷۵)
کی دو=۲/۳۰	۳۰/۴	۳۵/۲	وجود بیماری حاد (تعداد=۱۰۶۵)
			ارزیابی شخصی از وضعیت سلامت باتوجه به سن فرد:
	۸/۵	۴/۵	عالی
	۳۷/۲	۴۳/۹	خوب
	۵۰/۷	۴۶/۲	متوسط
	۳/۷	۵/۴	بد
کی دو=۱۱/۳۴	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	تعداد=۱۰۶۵
			ارزیابی شخصی از سلامت با در نظر گرفتن یک‌سال گذشته
	۶/۷	۵/۳	عالی
	۴۴/۰	۴۵/۹	خوب
	۴۳/۴	۴۱/۸	متوسط
	۵/۸	۶/۹	بد
کی دو=۱/۰۵	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	تعداد=۱۰۲۲
T=-۰/۴۱ Value	۱۲/۶۲	۱۲/۴۷	مقیاس سلامت روانی گولدرگ تعداد=۱۰۳۶

بالایی است که نشانگر رابطه نسبتاً قوی میان مجموع متغیرهای موجود در معادله و متغیر سلامت روانی است.

جدول ۳: نتایج معادله رگرسیون چندمتغیری خطی در مورد سلامت روانی پاسخ‌گویان

ضرائب رگرسیون استاندارد	ضرائب رگرسیون	متغیرهای توضیحی	
—	—		گروه متغیرهای جمعیت‌شناختی
۰/۱۷	۱/۹۹ (۰/۴۸) +	شاغل بودن / شاغل نبودن	گروه متغیرهای مربوط به کار و فعالیت
-۰/۰۸	-۰/۱۵ +++	شرایط فیزیکی کار	
-۰/۰۵	-۰/۰۶ +	شرایط روانی - اجتماعی کار خانه‌داری	
-۰/۲۲	۲/۴۸ +++	محل کار: درون و بیرون از خانه	
۰/۴۳	۲/۳۸ +++	استرس	متغیرهای شرایط فردی / اجتماعی زندگی
-۰/۱۵	-۰/۲۰ +++	عزت نفس	
-۰/۰۷	-۰/۱۱ ++	حمایت اجتماعی	
-۰/۰۶	-۰/۳۰ +	استقلال مالی	
-۰/۱۷	-۱/۳۰ +++	رضایت کلی از زندگی	
-۰/۰۹	-۰/۲۳ ++	حمایت و همراهی همسر	
R2=۰/۴۴	N=۱۰۳۶		

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 یک 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: (۱) درگروه متغیرهای اجتماعی جمعیتی سن و تحصیلات پاسخ‌گو، درآمد شوهر، طبقه شغلی و تحصیلات شوهر، بعد خانواده. سن فرزندان، نقش مراقبتی پاسخ‌گو، منابع مالی و امکانات مادی خانواده. (۲) در گروه متغیرهای مربوط به کار و فعالیت، طبقه شغلی مادران شاغل، درآمد، شرایط روانی - اجتماعی شغل، شرایط فیزیکی انجام کار خانه‌داری، نوع شغل (پاره‌وقت/ تمام‌وقت) و سابقه کار. (۳) در میان گروه سوم از متغیرهای حاضر در مدل نظری تحقیق رضایت از شغل، رضایت از نقش خانه‌داری، رضایت از زندگی زناشویی، میزان تقسیم کار خانگی با همسر، احساس تضاد نقش و موافقت شوهر با اشتغال زن قرار داشتند.

براساس نتایج ارائه شده در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود که با در نظر گرفتن مدل نظری تحقیق، در گروه متغیرهای جمعیت‌شناختی، هیچ‌یک از متغیرها با حضور متغیرهای گروه‌های دوم و سوم تاثیر معنی‌داری بر سلامت روانی مادران پاسخ‌گوی تحقیق نداشتند. در مورد متغیر محل کار که ضریب رگرسیون (B) معادل ۲/۴۸- دارد، باید توضیح داد که با تفاوت یک 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 قالی‌بافی و مشاغل یدی عمدتاً کم‌درآمد است. زنانی که به کار درون منزل می‌پرداختند ۴/۶ درصد پاسخ‌گویان شاغل این تحقیق را تشکیل می‌داد.

ضریب رگرسیون برای متغیر «شاغل بودن/ شاغل نبودن» معادل ۱/۹۹ 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 ۱/۹۹ واحد می‌شود که در این‌جا به معنای افت سلامت روانی است. باتوجه 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. باتوجه به مبنای 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 این‌که 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 ۰/۴۸- به دست آمد. با این حال ضریب به دست آمده به لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

مادران شاغلی که در شرایط فیزیکی بهتری (نظیر نور، دما، رطوبت، عدم ازدحام افراد، و نظایر آن) کار می‌کردند، از نظر سلامت روانی در شرایط بهتری قرار داشتند. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که زنانی که در انجام کارهای منزل از شرایط روانی - اجتماعی بهتری برخوردار بودند، از سلامت روانی بهتری نیز بهره‌مند بودند (نک به جدول شماره ۳). در گروه سوم از متغیرهای توضیحی، متغیر استرس (با ضریب رگرسیون معادل ۲/۳۸) تأثیر معنی‌دار معکوسی بر متغیر معرف سلامت روانی نشان می‌دهد که جای تعجب ندارد. همچنین متغیر عزت نفس تأثیرگذار است به نحوی که با هر واحد افزایش در این متغیر، سلامت روانی به اندازه ۰/۲۰- بهبود می‌یابد. همچنین متغیر حمایت اجتماعی (با معرف تعداد دوستان صمیمی پاسخ‌گو) تأثیر معنی‌داری در جهت ارتقای سلامت روانی پاسخ‌گو نشان می‌دهد. 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.

۴-۴ 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 بررسی‌های سلامت‌سنجی در حوزه جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت در غرب مورد تأیید و متداول است (Arber, 1997; Bartley et al., 1999) برای انجام تحلیل‌های 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 توضیح‌دهنده (مستقل) موجود در مدل نظری تحقیق، با استفاده از رگرسیون لاجستیک logistic انجام گرفت. نتایج این معادله رگرسیون در جدول شماره ۴ گزارش شده است. در مورد این متغیر نیز گروه‌های سه گانه متغیرهای توضیحی به تدریج وارد معادله شدند و در نهایت متغیرهایی که رابطه معنی‌دار آماری با متغیر وابسته داشتند در جدول شماره ۴ گزارش شده است. متغیر «شاغل / غیرشاغل» علی‌رغم این‌که از نظر آماری معنی‌داری 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 طبقه‌بندی 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 معنی‌دار آماری وجود دارد (نک به جدول شماره ۴)، 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 ۰/۵۲ و ۰/۵۵ فاکتور، کم‌تر از مادران دارای مشاغل طبقه پایین است.

طبقات ۱ و ۲ به طبقه بالا کدبندی مجدد شدند، و طبقات ۷ تا ۹ نیز به عنوان طبقه پایین کدبندی مجدد شدند و مابقی طبقه متوسط را تشکیل می‌دادند.

جدول ۴: نتایج معادله رگرسیون چندمتغیری (لاجستیک) در مورد سلامت جسمانی پاسخ‌گویان

ضرائب رگرسیون استاندارد	ضرائب رگرسیون	متغیرهای توضیحی	
۱/۰۵	۰/۰۶ +++	سن پاسخ‌گو	گروه متغیرهای جمعیت‌شناختی
۱/۱۵	۰/۱۴ +	تعداد فرزندان	
۱/۵۶	۰/۴۵ +	درآمد شوهر (در سطح درآمد پایین)	
۱/۵۰	۰/۴۱ +	درآمد شوهر (در سطح درآمد متوسط)	
۱/۰۹	۰/۰۹	اشتغال/عدم اشتغال	گروه متغیرهای مربوط به کار و فعالیت
۰/۵۲	-۰/۶۵ +	طبقه شغلی پاسخ‌گو (طبقه بالایی شغلی)	
۰/۵۵	-۰/۶۰ +	طبقه شغلی پاسخ‌گو (طبقه متوسط شغلی)	
۰/۹۶	-۰/۰۴ +	شرایط روانی - اجتماعی اشتغال	
۰/۹۷	-۰/۰۳ +	شرایط روانی - اجتماعی کار خانهداری	
۰/۹۴	-۰/۰۷ ++	شرایط فیزیکی کار خانهداری	
۱/۴۵	۰/۳۴ ++	تضاد نقش	متغیرهای زمینه‌ای شرایط فردی / اجتماعی زندگی

۱/۴۴	۰/۳۷ +++	استرس	
------	-------------	-------	--

ادامه جدول ۴

متغیرهای توضیح	ضرائب رگرسیون	ضرائب رگرسیون استاندارد
عزت نفس	-۰/۰۵ +	۰/۹۵
رضایت از زندگی زنانشویی	-۰/۲۵ +++	۰/۷۸
		Original 2log-likelihood=1473.7
		Obtained 2log-likelihood=1243.8
	N=1065	Model Chi-square improvement= 229.9 df=24, p<0.001

توضیح جدول ۴: معنی‌داری آماری متغیرها در جدول با استفاده از علامت + به شرح زیر اشاره شده است: $p < 0.05$ با یک علامت +، $p < 0.01$ با دو علامت ++ و $p < 0.001$ با سه علامت +++ مشخص شده است. در این معادله متغیرهایی که با حضور متغیرهای فعلی معنی‌داری خود را از دست دادند، عبارتند از: تحصیلات پاسخ‌گو، تحصیلات و طبقه شغلی شوهر، بعد خانوار، نقش مراقبتی پاسخ‌گو، گروه‌بندی اقتصادی - اجتماعی خانوار، درآمد پاسخ‌گو، محل کار، سابقه کار، حمایت اجتماعی، استقلال مالی پاسخ‌گو، رضایت کلی از زندگی، رضایت از شغل، رضایت از نقش خانه‌داری، تقسیم کار خانگی، و موافقت همسر با اشتغال پاسخ‌گو.

این مسئله می‌تواند یادآور تأثیر شدید عامل طبقه اقتصادی - اجتماعی بر سلامت باشد که در ادبیات جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت مورد تأکید واقع شده است. با این حال جالب این‌جا است که در این‌جا این طبقه شغلی خود زنان است و نه طبقه شغلی همسرانشان که رابطه معنی‌دار به دست داده است. به‌ویژه این‌که علی‌رغم وجود همبستگی بالا میان طبقه شغلی زنان و همسرانشان، هنگامی که طبقه شغلی مادران وارد معادله شد، تأثیر معنی‌دار متغیر «طبقه شغلی همسر» از میان رفت و متغیر طبقه شغلی خود فرد پاسخ‌گو، به طور

خالص و پس از کنترل درآمد شوهر معنی دار شده است. سایر متغیرهایی که بر سلامت جسمانی مادران حاضر در نمونه تحقیق تأثیر معنی دار نشان می‌دهند، چنان‌که در جدول ۴ گزارش شده است، عبارتند از سن فرد (با افزایش آن، احتمال گزارش سلامت بد و متوسط بیش‌تر می‌شود)، تعداد فرزندان (باز با افزایش تعداد فرزندان احتمال بد یا متوسط بودن وضعیت سلامت بیش‌تر می‌شود). به همین ترتیب نیز درآمد شوهر هرچه کم‌تر، احتمال وضعیت سلامت بد و متوسط همسر بالاتر است. همچنین مادران شاغلی که شرایط روانی - اجتماعی کار خویش (مقیاسی مرکب از حاصل جمع اظهار نظرهای پاسخ‌گو در زمینه جنبه‌های مثبت و منفی کار خویش از جمله متنوع بودن کار، جالب بودن، اختیار عمل و کنترل بر جریان کار، و همچنین میزان خسته‌کنندگی، 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 به‌طور قابل انتظاری در کاهش سلامت موثر واقع شده است. یکی از دلایل عمده‌ای 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 (۱۴/۴ درصد) - این بود که آن را مخل ایفای نقش مادری خویش (۱۴/۳ درصد) و مخل ایفای نقش خانه‌داری (۱۰/۶ درصد) تلقی می‌کردند. در عین حال ملاحظه می‌شود که رضایت زنان از زندگی زناشویی نیز به‌طور معنی‌داری در جهت افزایش سلامت مادران عمل می‌کند. این مسئله با توجه به این‌که عامل درآمد شوهر نیز در معادله کنترل شده است، تا حدی می‌تواند 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 (۲۵/۵ درصد) حمایت مالی خانواده و ایجاد درآمد را دلیل اصلی خود ذکر کردند. پس از آن به ترتیب ۲۲/۳ درصد، ۲۰/۵ درصد و ۱۹/۷ 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 (۲۲/۴ درصد)، اولویت دادن به نقش همسری (۱۸/۳ درصد) و مادری (۱۶/۰ درصد) اشاره داشتند. شاید این یافته‌ها تا حدی منعکس‌کننده نظر هیگینز (۱۹۸۵: ۴۹۱) در مورد زنان ایرانی باشد که معتقد بود بسیاری از زنان ایرانی از نظر تعریف برابری زن و مرد و یا تصویر جامعه ایده‌آل با فمینیست‌های غربی اشتراک نظر ندارند.

۵) 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 در خصوص معنی‌داری 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 با توجه به اهمیت ویژه و پایگاه والایی که نقش‌های سنتی همچون همسری و مادری در نظر زنان و همسرانشان در فرهنگ ایرانی داراست، مسئله استرس و احساس تضاد نقش و احساس تقصیر و گناه مادران شاغل نسبت به عدم پاسخ‌گویی به نیازهای همسر و فرزندانشان مانع از آن می‌شود که نقش شغلی امتیازات و پاداش‌های معمول در غرب

(نظیر عزت نفس، حمایت اجتماعی، استقلال مالی و ...) را برای زنان در این فرهنگ متفاوت نیز به همان نسبت به همراه داشته باشد. به بیان دیگر، نتیجه تا حدودی معلول شرایط فرهنگی غالب یعنی اهمیت و تأکید ویژه و گسترده بر نقش‌های سنتی زنان در برابر نقش جدید یا اشتغال، در جامعه به طور اعم و نیز خود زنان به طور اخص است. همچنین می‌توان به اهمیت نگرش و همراهی همسر در پشتیبانی از نقش اشتغال زنان اشاره داشت. به نظر می‌رسد زندگی زنان در ایران تا حدود زیادی تحت تأثیر نگرش و رفتارهای مردان زندگی ایشان (عمدتاً پدران و همسرانشان) باشد که معمولاً شرایط دست‌یابی ایشان به فرصت‌های پیش‌رفت از طریق ادامه تحصیل یا اشتغال در ازای درآمد را برایشان تسهیل می‌کنند یا نمی‌کنند!

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 نیامده است. 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. هرچند افزایش قابل توجه سطوح سواد و تحصیلات که در سال‌های 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 استرس‌های درونی و بیرونی که ارضای خاطر، عزت نفس ارتقا یافته و کنترل بیش‌تر 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 محدودیت‌های 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 پیشنهاد 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., Popey, 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- Khlat, 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 Survey 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 Medicine 1A : 463-71.
- 15- Sorensen, G. and Verbrugge, L.M 1987 **"Women, Work and Health"**. Annual Review of public Health 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.