

## نقش ادراک نابرابری اجتماعی و اقتصادی بر سلامت روانی زنان شاغل مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران

تاریخ ارسال مقاله: 1402/9/14 تاریخ پذیرش نهایی: 1403/1/20

ملیحه رحیمی<sup>1\*</sup>، عالییه وهابی دریاکناری<sup>2</sup>، علیرضا پیرخانی<sup>3</sup>

مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط ادراک نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت روان زنان شاغل مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران انجام شد.

**روش:** این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی همبستگی بود و جامعه آماری آن کلیه کارکنان زن شاغل در مراکز بهداشت و درمان شهر تهران بود که حداقل 3 سال سابقه کار داشتند و به گفته خود، سابقه بیماری روانی نداشتند. زمان انجام پژوهش در سال 1401 تعیین شد و تعداد نمونه 325 نفر بود. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی بود و از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و همکاران (1972)، پرسش‌نامه نابرابری اجتماعی و اقتصادی پورمحسن و همکاران (2020) و سلامت زنان (WHQ 1992) داده‌ها با استفاده از آزمون روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان دادند، بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت روان زنان ارتباط معنادار آماری وجود داشت (0/001).

قدرت پیش‌بینی‌کنندگی نابرابری اجتماعی و اقتصادی برای سلامت روان زنان از لحاظ آماری معنادار بود (0/001).

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از وجود رابطه بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت روان زنان شاغل بود. توانمندسازی زنان و افزایش آگاهی اجتماعی می‌تواند به کاهش احساس نابرابری اجتماعی - اقتصادی زنان و افزایش سلامت و بهزیستی جامعه کمک کند.

**کلمات کلیدی:** ادراک نابرابری اجتماعی و اقتصادی، سلامت روانی

1. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول [Mgm.rahimi@gmail.com](mailto:Mgm.rahimi@gmail.com)

2. کارشناس ارشد روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

3. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران



## The Role of the Perception of Social and Economic Inequality on the Mental Health of Women Working in Health Centers in Tehran

Received: 2023/12/05 Accepted: 2024/04/08

Malihe Rahimi\*<sup>1</sup>, Aliyeh Vahabi Daryaknari<sup>2</sup>, Alireza Pirkhaefi<sup>3</sup>

Original Article

### Abstract

**Introduction:** the relationship between the perception of social and economic inequality and the mental health of women working in health and treatment centers in Tehran.

**Method:** This study, carried out in the year 1401, was descriptive-cross-sectional and its statistical population was all female employees working in health and treatment centers in Tehran who had at least 3 years of work experience and no history of mental illness. The samples included 325 drawn through cluster and random sampling methods. To collect data, the General Health Questionnaire (GHQ) developed by Goldberg et al. (1972), the Social and Economic Inequality questionnaire developed by Pourmohsan et al. (2020), and the Women's Health (WHQ, 1992) were used. Pearson correlation methods and Multiple regression were used for statistical analysis.

**Results:** The results showed that there is a significant relationship between social and economic inequality and women's mental health (0.001). Also, the predictive power of social and economic inequality for women's mental health was significant (0.001).

**Conclusion:** The results indicated the existence of a relationship between social and economic inequality and the mental health of working women. Empowering women and increasing social awareness can help reduce women's sense of socio-economic inequality and increase the health and well-being of society.

**Keywords:** Perception of Social and Economic Inequality, Mental Health

1. Master of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

\* Corresponding author: [Mgm.rahimi@gmail.com](mailto:Mgm.rahimi@gmail.com)

2. Master of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

3.. Associate Professor of Psychology Department, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran

## مقدمه

خانواده به عنوان مهمترین نهاد اجتماعی که مبتنی بر روابط متقابل اجتماعی به وجود آمده، در فرهنگ ایرانی-اسلامی جایگاه والایی دارد. زیرا، مهد پرورش و تربیت نسل‌هاست. خانواده نیز در عامترین تعریف، از رابطه بین یک زن و مرد به عنوان همسر به وجود می‌آید. زن و مردی که با حفظ استقلال نسبی خود، ناچار به پذیرش تفاوت‌های یکدیگر و سازگاری‌اند. بنابراین، خانواده بر این حقیقت استوار است که مردان و زنان مکمل یکدیگرند. (بلو<sup>1</sup> و همکاران، 2020). روی آوردن روز افزون زنان به کار در خارج از مرزهای خانواده باعث شده است تا آنها در طول زندگی خود وظایف متعددی را عهده دار شوند و از آنها انتظار می‌رود تا امور گوناگونی را برای حفظ انسجام خانوادگی انجام دهند. اصطلاح زنان چندنقشی اشاره به هویت زنانی دارد که به طور همزمان و تمام وقت، چند نقش مهم همسری، مادری، اشتغال و خانه داری را انجام می‌دهند (دشت بزرگی و همکاران، 2018). ترکیب نقش‌های شغلی و خانوادگی، مستلزم توان بیش تر از سوی زنان شاغل است تا از فشار روانی که ناشی از برخورد نقش‌هاست، کاسته شود. شمار نقش‌های متفاوت، اثرهای متفاوتی بر این زنان می‌گذارد؛ از سویی ممکن است سبب افزایش تعاملات اجتماعی و آشنایی بیش تر با نقاط ضعف و قوت شود و امکان مقایسه ویژگی‌ها و توانایی‌های ذهنی و جسمی خود با دیگران را به دست آورند که این موضوع سبب می‌شود آن‌ها با واقع‌بینی بیشتری به رفع مشکلات خود اقدام کنند. از سوی دیگر، ممکن است این نقش‌ها در تعارض با هم قرار گیرند و شواهدی از فشار و تنش روانی دیده شود و سلامت و سازگاری اجتماعی آنها را تهدید کند (اپستین<sup>2</sup> و همکاران، 2019).

اشتغال زنان سبب افزایش قدرت تصمیم‌گیری آن‌ها در امور اقتصادی، نحوه تربیت فرزندان، تعیین موالید، تعیین گذراندن اوقات فراغت و افزایش مشارکت در امور سیاسی - اجتماعی آنان می‌شود. سازمان بهداشت جهانی خانواده را به عنوان عامل اجتماعی اولیه در افزایش سلامتی و بهزیستی جامعه معرفی کرده است (تانگو<sup>3</sup> و همکاران، 2020). همچنین سلامت روان به معنای احساس رضایت و بهبود روانی، تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول و سازش فرد با جهان اطرافش با حداکثر امکان است؛ به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و مؤثر شود. درحقیقت سلامت روان چیزی بیش از وجود نداشتن بیماری است و شط لازم برای دستیابی به سلامت روان داشتن نظام ارزشی منسجم است (استیندر<sup>4</sup> و همکاران، 2020). مطالعات نشان می‌دهد که ارتباط مستقیم بین استرس ناشی از چند نقشی بودن و پیامدهای منفی سلامت جسمی و روانی برای زنان و فرزندان آنها وجود دارد. (سلیمی و همکاران، 2021). همچنین کیفیت نقش‌ها نسبت به تعدد نقش‌ها قدرت اثرگذاری بیشتری بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان دارد (پالومبو و گاردینز<sup>5</sup>، 2020). به معنای دیگر، چند نقشی بودن نمی‌تواند اثر مثبت یا منفی در سلامت روان افراد داشته باشد. در سالهای اخیر با افزایش حضور زنان در عرصه‌های اقتصادی و اجتماعی، پژوهش‌ها بر پیامدهای مثبت یا منفی چند نقشی بودن زنان بر سلامت روان آن‌ها تمرکز دارد. مطالعات سلامت با استفاده از نمونه‌های زیستی، بیشتر بر وجه کلی سلامت تأکید دارند و کمتر به مفهوم سلامت در ارتباطات پرداخته شده است. به دلیل فقدان ابزارهای معتبر مفهوم سلامت در ارتباطات، بعد از سلامت در خلأ موضوعات پژوهشی قرار گرفته است (مارتینو<sup>6</sup>، 2011). حفظ شبکه خانواده، دوستان و سایر نهادها یکی از اساسی‌ترین نقش‌های تعریف شده زن برای خود است. بنابراین، تلاش بیشتر برای ایجاد هماهنگی این نقش‌های حرفه ای و خانوادگی میتواند رضایت نقشی و سلامت روان زنان را تحت تأثیر بگذارد. نقش‌های اجتماعی زنان متمرکز بر مراقبت

1. Belo  
2. Epstein,  
3. Tonga  
4. Steiner,  
5. Palumbo& Galderisi  
6. Monteiro

و توجه به دیگران است تا خودشان و این خصیصه می‌تواند با نقش‌های حرفه‌ای آنها در تعارض باشد. زنان در بسیاری از مواقع با کار اضافه، سعی در کاهش تعارض نقش دارند که این امر نیز می‌تواند باعث خستگی و فرسودگی شود (آمانیا-کوپلدز<sup>1</sup>، 2019). سلامت زنان به عنوان یکی از مهمترین فعالیت‌ها و اهداف سیستم‌های بهداشتی جوامع شناخته شده و شاخصی برای توسعه کشورهای است (لیبن و بیگلر<sup>2</sup>، 2019). برای رسیدن به سطوح عالی سلامت علاوه بر سلامت جسمی، وجود شرایط دیگر از قبیل امنیت، برابری در توزیع درآمد، عدم بیکاری و سطوح بالای حمایت اجتماعی لازم است. با توجه به نقش کلیدی زنان در سلامت خانواده و جامعه، دستیابی به توسعه واقعی، در گرو سلامت همه جانبه زنان خواهد بود (کامپوس-سرنا و همکاران، 2013). برای تندرستی زنان باید نیازهای اساسی آنان تامین شود. داشتن مقام و پایگاه مناسب در جامعه، همچنین تقسیم عادلانه کار از نیازهای بهداشتی زنان است (کروک و سانین<sup>3</sup>، 2016). سلامت تنها امری زیست شناختی نیست، حتی نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی منجر به نابرابری سلامت می‌شود (خاوری و همکاران، 2013). عواملی چون اشتغال، دسترسی به آموزش، استرس و انزوای سلامت زنان را رقم می‌زنند (جولایی و همکاران، 2016). عوامل اجتماعی نقش مهمی در پیامدهای سلامت دارند. عدم دسترسی به آموزش، درآمد مناسب، خدمات باکیفیت و عدم سلامت جسمی و روانی از علل اصلی محرومیت اجتماعی هستند که می‌توانند منجر به اضطراب و افسردگی شوند (فیروزبخت و همکاران، 2017).

از گذشته تا به امروز بحث درباره نابرابری‌ها همواره در محافل گوناگون مطرح بوده است. از جمله مهمترین وجوه نابرابری‌ها، نابرابری‌های اجتماعی است (سینق<sup>4</sup> و همکاران، 2019). تعریف نابرابری‌های اجتماعی نیز همواره با اصطلاحات مختلفی نظیر دسترسی محدود، منابع کمیاب، طبقه، قشربندی اجتماعی و... همراه بوده است. می‌توان گفت زمانی که افراد دریابند نسبت به دیگران دسترسی یکسانی به منابع ارزشمند ندارند، احساس محرومیت می‌کنند و این آغاز شکل‌گیری احساس نابرابری اجتماعی در یک جامعه است؛ اما افزایش احساس نابرابری در سطح جوامع پیامدهایی همچون بی‌اعتمادی، خشونت، فساد و... را به دنبال دارد و در صورت وجود نداشتن کنترل و نظارت بر آن، موجب افزایش نارضایتی افراد جامعه می‌شود و این امر بر هم خوردن نظم اجتماعی را به همراه خواهد داشت. به همین دلیل، مهم‌تر از بحث تعریف نابرابری‌های اجتماعی، بحث علل شکل‌گیری و چگونگی تداوم نابرابری‌ها در سطح جامعه است (بینور و سدات<sup>5</sup>، 2017). در بسیاری از جوامع، زنان نسبت به مردان فرصت‌های آموزشی کمتری دارند. روابط ناموزون در قدرت، دسترسی آنان را بر منابع مالی، اشتغال و آموزش را محدود می‌کند (باردی، 2020). اشکال مختلف نابرابری اغلب متقابلاً "همدیگر را تقویت می‌کنند (اسکارتی<sup>6</sup> و همکاران، 2010). نابرابری جنسی می‌تواند در سطوح زیادی مانند آموزش، استخدام، سیاست و حقوقی اعمال شود (هادی و همکاران، 2013).

زنان نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند و سلامت زنان دربرگیرنده رفاه جسمی، روانی، اجتماعی بوده و تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی قرار دارد. مطالعات در زمینه ارتباط نابرابری جنسیتی بر سلامت زنان بخصوص زنان شاغل در ایران محدود است. با نگاهی بر پژوهش‌های انجام شده در ایران و جهان مشاهده می‌شود که اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته با تابوهای جنسیتی بوده است. از آنجا که احساس نابرابری‌های جنسیتی عاملی مهم در ایجاد شرایطی است که منجر به مخاطره افتادن سلامت زنان بخصوص زنان شاغل می‌شود، لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط ادراک نابرابری اجتماعی و سلامت زنان با سلامت روان زنان شاغل مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران طراحی گردید تا شواهد مشخصی را برای سیاست گذاری ارتقای سلامت زنان شاغل فراهم آورد.

1. Armania-Kepuladze T  
2. Liben LS, Bigler RS  
3. Krook M, Sanin J  
4. Singh L  
5. Binnur, E., Sedat,  
6. Escarti, A.

## روش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی از نوع همبستگی بود و جامعه پژوهش کلیه کارکنان زن شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران در زمان اجرای پژوهش در سال 1401 بودند. معیارهای ورود به مطالعه، زنان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران بود که حداقل 3 سال سابقه کار داشته و بنا بر اظهارات خودشان سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی نداشتند. از دیگر معیارهای ورود به مطالعه عدم وجود معلولیت جسمی و حرکتی بود که ممکن بود بر نتایج تحقیق تاثیرگذار باشد. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه کوکران و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان 95 درصد و خطای 0/05، تعداد 325 نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی بود. ابتدا از بین کارکنان شبکه بهداشت شهر تهران به روش تصادفی، بین مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران نیز به روش تصادفی، هفت مرکز بهداشتی انتخاب گردیدند. در مرحله بعد بر اساس سهم هر یک از مراکز، تعداد افراد به روش تصادفی از کارکنان زن آن مراکز، انتخاب شدند. سپس با مراجعه به مراکز مربوطه، ضمن اطمینان دادن به شرکت کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش، پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و همکاران (1972)، سنجش نابرابری اجتماعی و اقتصادی پورمحسن و همکاران، (2020) و سلامت زنان (WHQ) (1992) توسط کارکنانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی داده‌ها با استفاده از آزمون روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS24 انجام شد.

## ابزارهای پژوهش

**الف) پرسش‌نامه سنجش نابرابری پورمحسن و همکاران (2020):** شامل 44 سوال در پنج خرده مقیاس General Health Questionnaire اجتماعی، اقتصادی، اجتماعی - اقتصادی می‌باشد. نمره‌دهی همه سوالات پرسش‌نامه یکسان در مقیاس لیکرت (5-1) بود. نمره کل پرسش‌نامه از 44-220 و نمره بالاتر بیانگر احساس نابرابری بیشتر بود. ضریب روایی محتوای کل پرسش‌نامه مقدار 0/72 و نیز روایی هر یک از پنج خرده مقیاس پرسش‌نامه، قابل قبول گزارش شده است. همچنین شاخص روایی محتوای کل پرسش‌نامه مقدار 0/90 و شاخص روایی هر یک از پنج خرده مقیاس پرسش‌نامه قابل قبول بوده است. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/84 گزارش گردید. در این پژوهش بخش اجتماعی و اقتصادی پرسش‌نامه مذکور مورد استفاده قرار گرفت. به این ترتیب که ابتدا سوالات بخش عوامل اجتماعی و اقتصادی پرسش‌نامه مذکور (19 سوال) با مرور متون مرتبط مورد بازبینی قرار گرفت. پرسش‌نامه عوامل اجتماعی و اقتصادی دارای دو حیطه اجتماعی و اقتصادی بوده و شامل 19 سوال است که نمره‌دهی همه سوالات یکسان در مقیاس لیکرت (5-1) می‌باشد. نمره کل پرسش‌نامه مذکور 95-19 و نمره بالاتر بیانگر احساس نابرابری بیشتر بود.

**ب) پرسش‌نامه سلامت عمومی 28 سوالی گلدبرگ (GHQ) (1972):** دارای چهار خرده مقیاس است که شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بوده و هر کدام از خرده مقیاس‌ها دارای 7 سؤال است. سؤالات 1 تا 7 مربوط به نشانه‌های جسمانی، 8 تا 14 مربوط به اضطراب و بی‌خوابی، 15 تا 21 مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی و 22 تا 28 مربوط به افسردگی است. تمام گویه‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی دارای 4 گزینه هستند که نمره صفر تا 3 را به خود اختصاص می‌دهند. در نتیجه نمره فرد در هر یک از این خرده مقیاس‌ها از صفر تا 21 و در کل پرسش‌نامه از صفر تا 84 خواهد بود. از مجموع نمرات 4 زیرمقیاس، نمره کلی پرسش‌نامه به دست می‌آید. در این پرسش‌نامه، نمره کمتر بیانگر

سلامت روان بهتر می‌باشد (تقوی و همکاران 1380). میزان پایایی این پرسش‌نامه به شیوه همسانی درونی برای کل پرسش‌نامه 0/97 و برای هر یک از زیرمقیاس‌ها قابل قبول تعیین شده است.

**ج) پرسش‌نامه سلامت زنان (WHQ):** شاخص اندازه‌گیری سلامت جسمی و روانی زنان میانسال است. از زمان انتشار آن در (1992)، پرسش‌نامه سلامت زنان (WHQ) به طور گسترده‌ای در کارآزمایی‌های بالینی چند ملیتی و در مطالعات اپیدمیولوژیکی علاوه بر ارزیابی درمان‌های غیر پزشکی مورد استفاده قرار گرفته است. به طور ویژه، پرسش‌نامه سلامت زنان (WHQ) به عنوان شاخص اندازه‌گیری کیفیت زندگی در کارآزمایی‌های آماده‌سازی هورمونی برای زنان قبل و پس از قاعدگی و در مطالعاتی که از طیف وسیعی از مداخلات پیشگیرانه برای زنان میانسال و مسن استفاده می‌کنند، در نظر گرفته شده است. دامنه زیرمقیاس‌ها در پرسش‌نامه سلامت زنان، امکان ارزیابی دقیق ابعاد سلامت جسمی و روانی نظیر افسردگی، اضطراب، مشکلات خواب، علائم سوماتیک با زیرمقیاس‌های اختیاری برای مسائل قاعدگی و مشکلات جنسی را می‌دهد. پرسش‌نامه سلامت زنان یک پرسش‌نامه 36 گویه‌ای می‌باشد که 9 بعد سلامت جسمی و روان را در مقیاس‌های چهار نقطه (1-2) ارزیابی می‌کند. حکیمی و همکاران (2018) پایایی آزمون مجدد بر روی نمونه‌ای از 48 زن که پرسش‌نامه سلامت زنان را در دو نقطه زمانی کامل کردند انجام شد. همه همبستگی‌ها بالاتر از 0.75 بود که متغیر از 0.96 تا 0.76 بوده و نشان می‌دهد که پرسش‌نامه سلامت زنان در بازه زمانی دو هفته‌ای دارای پایایی است.

#### یافته‌ها

میانگین سنی زنان مورد مطالعه  $46/10 \pm 9/19$  با دامنه سنی 24-60 سال بود. اکثر افراد مورد مطالعه (68.35%) تحصیلات کارشناسی داشته و متأهل (71/8%) بودند. همچنین اکثریت آنان (7/72%) دارای منزل شخصی بودند و 65/8 درصد شرکت‌کنندگان ترجیح جنسیتی بین پسر یا دختر نداشتند.

جدول 1. آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های پژوهش

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
نابرابری اجتماعی	69/45	17/33	91	54
نابرابری اقتصادی	74/69	18/83	98	61
نابرابری اجتماعی-اقتصادی	144/14	24/23	188	128
علائم خواب	9/94	2/72	7	2
رفتار جنسی	8/56	2/45	12	3
علائم وابسته به قاعدگی	6/17	1/27	12	4
حافظه	4/30	1/33	10	3
جذابیت	8/63	1/62	7	2
سلامت	52/45	5/65	64	18
افسردگی	12/46	1/33	16	7
اختلال عملکرد	12/20	1/11	17	8
اضطراب	13/51	2/22	19	9
نشانه‌های جسمانی	14/28	2/17	21	11

همبستگی بین نابرابری اجتماعی با سلامت زنان شاغل و زیرمقیاس‌های آن (افسردگی، اختلال عملکرد، اضطراب، و نشانه‌های جسمانی) در جدول 2 نشان داده شده‌است. همانطور که مشاهده می‌شود بین ابعاد اجتماعی و اقتصادی نابرابری و سلامت، ارتباط معناداری مشاهده شد؛ به طوری که با افزایش نابرابری اجتماعی و اقتصادی، نمره سلامت افراد افزایش می‌یابد که حاکی از کاهش مشکلات جسمانی و روانی در زنان شده‌است

جدول 2. ارتباط (ضریب همبستگی پیرسون) نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت زنان با ابعاد سلامت روان زنان شاغل در شبکه بهداشت شهر تهران n=325

متغیر	سلامت	افسردگی	اختلال عملکرد	اضطراب	نشانه‌های جسمانی
نابرابری اجتماعی	**0/245	*0/123	** -0/210	**0/343	**0/293
نابرابری اقتصادی	**0/143	-0/063	0/224	**0/310	0/028
نابرابری اجتماعی-اقتصادی	**0/292	-0/076	*0/143	**0/405	**0/263
علائم خواب	**0/235	*0/124	**0/243	**0/405	**0/236
رفتار جنسی	**0/241	*0/112	**0/257	**0/413	**0/221
علائم وابسته به قاعدگی	**0/215	*0/105	**0/263	**0/379	**0/215
حافظه	**0/253	-0/104	**0/301	**0/352	**0/193
جذابیت	**0/223	-0/052	0/224	**0/343	**0/236

\*P<0/01\*\*P<0/05

به منظور پیش‌بینی سلامت روان بر اساس سلامت زنان و نابرابری اجتماعی و اقتصادی احساس شده توسط زنان شاغل در شبکه بهداشت شهر تهران، از رگرسیون استاندارد استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون حاکی از ارتباط معنادار آماری بین سلامت زنان و نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت روان زنان شاغل بود. همچنین براساس نتایج، 13/6 درصد از سلامت روان زنان از طریق نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت زنان تبیین شد.

جدول 3. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون استاندارد سلامت زنان و نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت روان زنان شاغل در شبکه بهداشت شهر تهران n=325

P	F	SE	ضریب تعیین تعدیل یافته	R <sup>2</sup>	R
0/000*	16/21	8/24	0/118	0/138	0/368

\*P<0/05

جدول 4 نشان می‌دهد که هر دو مؤلفه سلامت جنسی و نابرابری جنسی با سلامت روانی زنان رابطه معنادار قوی دارند.

جدول 4. ضرایب رگرسیون سلامت روانی زنان براساس نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت جنسی

متغیر پیش‌بین	ضرایب غیر استاندارد (B)	خطای استاندارد (Std. Error)	ضریب استاندارد (β)	مقدار t	سطح معناداری Sig	بررسی هم خطی
نابرابری اجتماعی - اقتصادی	-1/23	0/28	-0/40	-4/38	0/0001	0/87
سلامت جنسی	0/96	0/27	0/31	3/55	0/0001	0/82

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ادراک نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت زنان بر سلامت روان زنان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهر تهران است. نتایج این تحقیق با تحقیقات کربلایی و کرمی (1395)، تسایی<sup>1</sup> (2018)، پوروس<sup>2</sup> (2018)، ساکیز<sup>3</sup> (217) همخوانی دارد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مطالعات متعددی رابطه بین احساس نابرابری و پیامدهای نامطلوب سلامتی را پس از حذف عوامل روان‌شناختی مداخله‌گر بالقوه نشان داده‌اند (سادوک و همکاران، 2019). زنان شاغل به دلیل درگیری مستمر خود در فرآیندهای تعاملی بین جامعه و خانواده، در واقع از نظر سلامت، به ویژه سلامت روان، آسیب‌پذیرتر هستند (مسگابون و مسفروسن<sup>4</sup>، 2011). یافته‌های این مطالعه با چارچوب نظری پیشنهاد شده توسط یالور، که بر تقدم موقعیت اجتماعی و اقتصادی بر جنسیت در شکل دادن به سلامت جسمی و روانی تأکید دارد، همسو می‌باشد (باردی، 2020). تأیید می‌شود و نقش نابرابری جنسیتی و تبعیض درک شده را به عنوان عوامل استرس‌زا مهمی که می‌تواند بر سلامت و رفاه زنان تأثیر منفی بگذارد برجسته می‌کند (هادی و همکاران، 2013). (راتانسبی<sup>5</sup>، 2020) بیان کرده‌اند که وضعیت اقتصادی و اجتماعی والدین ارتباط مستقیمی با میزان بهره‌مندی فرزندان از کیفیت خدمات آموزشی و نابرابری‌های آموزشی دارد. افزایش سرمایه اجتماعی، قدرت کنار آمدن افراد با فشارهای روانی ناشی از روابط و فعالیت‌ها را افزایش می‌دهد و از نظر روانی به آرامش و آسایش مطلوبی دست می‌یابند. این نتایج نشان داد که گسترش اعتماد میان افراد و در گسترش دامنه و روابط اجتماعی فرد، فشار روانی برآمده از چنین شرایطی را کاهش می‌دهد. افراد با اعتماد بالاتر دارای دانش و مهارت بیشتری هستند و در نتیجه از سلامت جسم و روان بهتری برخوردارند. این پژوهش نشان می‌دهد که با گسترش اعتماد میان افراد و در نتیجه گسترش دامنه و روابط اجتماعی فرد، فشار روانی برآمده از چنین شرایطی را کاهش می‌دهد. افراد با اعتماد بالاتر دارای دانش و مهارت بیشتری هستند و در نتیجه از سلامت جسم و روان بهتری برخوردارند. این نتایج نشان دادند که هر چه مشارکت اجتماعی بیشتر باشد، دستیابی به امکانات رفاهی بهداشتی و آموزشی بیشتر است و سطح سلامت روانی افزایش می‌یابد (حسین زئی و سهامی، 1396).

تحقیقات انجام شده بین سال‌های 2021 تا 2023 بر اهمیت حیاتی سلامت جسمی و روانی زنان شاغل تأکید می‌کند. عواملی مانند ساعات کاری طولانی، تعارض بین نقش‌های خانوادگی و کاری، تبعیض و آزار و اذیت در محیط کار و همچنین الگوهای غذایی ناسالم، خطرات قابل توجهی برای سلامت جسمی و روانی زنان شاغل به همراه دارد. مطالعه ما و همکارانش (2022) نشان داد که زنانی که بیش از 50 ساعت در هفته کار می‌کنند، 59 درصد بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و 66 درصد بیشتر مستعد افسردگی و اضطراب هستند. علاوه بر این، تحقیقات والاس و همکاران (2023) نشان داد که تبعیض جنسیتی و آزار جنسی در محل کار منجر به افزایش دو برابری خطر ابتلا به سرطان، بیماری‌های التهابی و اختلالات خوردن در زنان می‌شود. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که زنان شاغل به دلیل نقش‌های اجتماعی متعددی که ایفا می‌کنند، در مقایسه با مردان در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی قرار دارند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، زنان شاغل دو برابر مردان در معرض ابتلا به افسردگی و اضطراب هستند. عواملی مانند الگوهای غذایی نامناسب و ورزش نکردن، اغلب به دلیل محدودیت زمانی، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی، دیابت و چاقی را در زنان شاغل 2 تا 3 برابر افزایش می‌دهد. علاوه بر این، تبعیض جنسیتی و آزار و اذیت محل کار باعث ایجاد ناراحتی روانی قابل توجهی در زنان شاغل می‌شود که منجر به شرایطی مانند افسردگی، اضطراب، عصبانیت و نارضایتی از زندگی می‌شود که به طور بالقوه می‌تواند منجر به رفتارهای پرخطر مانند سوء

1. Tsai,  
2. Powers  
3. Sakiz, G  
4. McGibbon E, McPherson  
5. Rathnasabapathy.

مصرف مواد و مصرف الکل شود. بنابراین ضروری است نهادها و سازمان‌ها سیاست‌ها و برنامه‌هایی را در راستای حمایت از سلامت جسمی و روانی زنان شاغل در اولویت قرار دهند. این شامل ابتکاراتی برای بهبود الگوهای غذایی، ترویج ورزش، ارائه خدمات مشاوره، رفع تبعیض، و ایجاد تعادل بین کار و زندگی است (دوبتس و همکاران، 2021).

با توجه به پژوهش‌های مورد مطالعه، نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی تأثیر چشمگیری بر سلامت روان زنان شاغل دارد. زنانی که احساس نابرابری در محیط کار دارند، بیشتر دچار افسردگی، اضطراب، و حتی خشم و خصومت می‌شوند. عواملی همچون دستمزد نابرابر، ارتقای ناعادلانه، تبعیض جنسیتی، و تعارض بین کار و زندگی از جمله دلایل ایجاد این احساس نابرابری محسوب می‌شوند. یک تحقیق از سال 2021 در مجله سلامت روان زنان نشان داد که زنانی که در محیط کار خود را کمتر ارزشمند می‌دانند، 50 درصد بیشتر در معرض افسردگی قرار دارند. همچنین، مطالعه انجام شده در سال 2022 در مجله روان‌شناسی کاربردی نشان داد که زنان شاغل که مسئولیت مراقبت از کودک یا سالمند را بر عهده دارند، سه برابر بیشتر از سایر زنان تحت تأثیر استرس و فشارهای روانی قرار می‌گیرند.

تبعیض و نابرابری جنسیتی یک عامل استرس‌زاست که می‌تواند باعث اختلال در سلامت شود. به منظور کاهش تأثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی نابرابری جنسیتی مؤثر بر سلامت زنان، در درجه اول باید تحقیقات در این زمینه گسترش یابد. مشارکت زنان در مسائل اجتماعی و اقتصادی و ارتقای سطح آگاهی عمومی نسبت به این موضوع گامی مؤثر در ارتقای سلامت زنان است. ارتقای سلامت زنان شاغل نیازمند توجه ویژه و برنامه‌ریزی‌های اختصاصی است. با فراهم‌سازی بستر مساعد همکاری‌های بین بخشی و تدوین سیاست‌های عمومی جهت برخورداری زنان از درآمد برابر با مردان، و توانمندسازی زنان می‌توان به کاهش احساس نابرابری اقتصادی و اجتماعی و افزایش سلامت و رفاه جامعه دست یافت (پاورز<sup>1</sup>، 2018). سازمان بهداشت جهانی جنسیت را به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معرفی می‌کند و فراسوی تفاوت‌های زیست‌شناختی بر این نکته تأکید کرده‌است که نقش‌های جنسیتی و هنجارها، چگونگی دسترسی زنان و مردان را به خدمات بهداشتی و چگونگی پاسخ‌دهی نظام‌های سلامت به نیازهای متفاوت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (غفاریان شیرازی و همکاران، 2005).

## تقدیر و تشکر

از همه بانوان شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر را داریم.

## منابع

- پورمحسن، معصومه؛ خوشروش، وحید؛ مسعودی، مرضیه؛ پاکسرشت، صدیقه و خیاط، سمیرا (1398). بررسی رابطه بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی با وضعیت سلامت زنان شاغل. مجله سلامت، 11 (1)، 100-108.
- حسین زایی، عنایت‌اله؛ سهامی، سوسان (2016). تبیین سلامت روانی - فرهنگی زنان بر اساس سرمایه اجتماعی. مطالعات توسعه اجتماعی ایران، 10 (1)، 111-123.
- خاوری، کبری؛ سجادی، حمیرا؛ حبیب پور، کرم و طالبی، مهدی (1392). رابطه بین ابعاد نابرابری جنسیتی و سلامت روان. فصلنامه رفاه اجتماعی، 13 (48) : 111-128.
- دشت بزرگی؛ زهرا، علیپور، صدرا، شاهنده آمنه و پایان، سهیلا (1397). پیش‌بینی امید به زندگی در پرستاران بر اساس شادکامی، پایبندی به باورهای مذهبی و سرسختی روانی. فصلنامه مدیریت پرستاری، 6 (3)، 57-65. برگرفته از <http://ijnv.ir/article-1-516-fa.html>
- سلیمی، نوشین؛ کریمی، اکرم؛ رضایور شاهکلایی، فروزان؛ حمزه، بهروز؛ روشنایی، قدرت‌الله و بابامیری، محمد (1399). استفاده از رویکرد ترکیبی برای ارزیابی اجرای برنامه‌های پیشگیری از خشونت و قلدری در مدارس. آموزش و پرورش و جامعه شهری، 53.

- فیروزبخت، مژگان؛ رباحی، محمد اسماعیل و تیرگر، آرام (1395). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: مطالعه مروری در مجلات فارسی. سلامت جامعه، 4 (3)، 190-200.
- Donaldson-Feilder, E., & Goljan, J. (2022). Gender wage gap and women's mental health in the workplace: A longitudinal study. *Applied Psychology*, 71 (1) , 60-84.
- Epstein, I., Khanlou, N., Balaquiao, L., & Chang, K.-Y. (2019). University students' mental health and illness experiences in health and allied health programs: a scoping review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17 (3) , 743-764.
- Escarti, A. Gutierrez, M. Pascual, C. and Marin, D. (2010). Application of Hellison's Teaching Personal and Social Responsibility Model in Physical Education to Improve Self-Efficacy for Adolescents at Risk of Dropping-out of School. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2) , 667-676.
- Hadi N, Hajjari Z. (2013). Women's Health in Iran; A Review. *Shiraz E-Medical Journal*. 14 (3) : 172-188.
- Hong, S. Y., Kang, M. Y., Yoon, J. H. & Roh, J. (2021). Perceived workplace gender discrimination and depressive symptoms among women: A three-wave panel study. *Women's Mental Health*, 24 (4) , 413-422.
- Hossein Zaei, Enayat Elah, & Sahami, Sosan. (2016). Explaining the psychocultural health of women based on social capital. *Iranian Social Development Studies*, 10 (1) , 111-123.
- Husain, W., Gulzar, A., Aftab, R., and Sajid, A. (2021). Doubts, worries and fears: Mental health of working women during COVID-19 - A qualitative study from Pakistan. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13 (4) , p. e12436.
- Joulaei H, Maharlouei N, Iankarani KB, Razzaghi A, Akbari M. (2016). Narrative review of women's health in Iran: challenges and successes. *International Journal for Equity in Health*. 15 (1) :25.
- Karbali, Mahboubeh and Karami, Jahangir. (2016). Automatic prediction of the man's manry in the trawler, Perceived gender adherence and the apostles of Zenaran's gender role. *Psychological Researches*.
- Krook M, Sanin JR. (2016). Violence against women in politics: A defense of the concept. *Política y gobierno* 23 (2) :459-90.
- Liben LS, Bigler RS. (2017). Understanding and undermining the development of gender dichotomies: The legacy of Sandra Lipsitz Bem. *Sex Roles*. 76 (9-10) :544-55.
- Ma, L., Guo, J., Qi, M. and Li, B. (2022). Long Working Hours and Women's Health: A Prospective Study on Cardiovascular Disease and Mental Health. *Journal of Women's Health*, 31 (2) , pp.270-278.
- McGibbon E, McPherson C. (2011). Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women's Health. *Women's Health and Urban Life*. 10 (1) : 59-86.
- Monteiro, A. P. T. D. A. V. (2011). Assessment Of the Factor Structure and Reliability of The Portuguese Version of The General Health Questionnaire-28 Among Adults. *Journal Of Mental Health*, 20 (1) , 15-20.
- Palumbo, D., & Galderisi, S. (2020). Controversial issues in current definitions of mental health. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 7-11.
- Pourmohsen M, Khoshraveh V, Masjoudi M, Paksresht S, Khayat S. (2020). Investigating the Relationship between Social and Economic Inequality and the Health Status of Employed Women. *j.health* 11 (1) :100-108 URL: <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-2120-fa.html>
- Powers, L. (2018). Understanding Educational Inequality: Latino Students and Academic Achievement in the United States. Master of Arts Thesis - International Education New York University.
- Rathnasabapathy, M. (2020). The Factors of Academic Achievement. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24 (03) , 1062-1064.
- Sakız, G. (2017). Perceived teacher affective support in relation to emotional and motivational variables in elementary school science classrooms in Turkey. *Research in Science & Technological Education*, 35 (1) , 108-129.
- Salimi, N., Karimi-Shahanjarin, A., Rezapur-Shahkolai, F., Hamzeh, B., Roshanaei, G., & Babamiri, M. (2021). Use of a Mixed-Methods Approach to Evaluate the Implementation of Violence and Bullying Prevention Programs in Schools. *Education and Urban Society*, 53 (6) , 607-628.
- Schock, A.-K., Gruber, F. M., Scherndl, T., & Ortner, T. M. (2019). Tempering agency with communion increases women's leadership emergence in all-women groups: Evidence for role congruity theory in a field setting. *The Leadership Quarterly*, 30 (2) , 189-198.
- Singh L, Goel R, Kumar Rai R, Kumar Singh P. (2019). Socioeconomic inequality in functional deficiencies and chronic diseases among older Indian adults: a sex-stratified cross-sectional decomposition analysis. *BMJ Open*. 9: e022787.
- Steiner, U. K., Larsen, L. A., & Christensen, K. (2020). Parallel progress in perceived age and life expectancy. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75 (2) , 333-339.
- Tonga, J. B., Eilertsen, D.-E., Solem, I. K. L., Arnevik, E. A., Korsnes, M. S., & Ulstein, I. D. (2020). Effect of Self-Efficacy on Quality of Life in People with Mild Cognitive Impairment and -Mild Dementia: The Mediating Roles of Depression and Anxiety. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 35, 1533317519885264

- Tsai, S.-L., Smith, M.L. and Hauser, R.M. (2018) , "Gender Gaps in Student Academic Achievement and Inequality", *Research in the Sociology of Education*, 20 (2) , 181-218.
- Wallace, M., Levin, K.A. and Theou, O. (2023). Workplace Discrimination, Harassment, and Women's Risk of Cancer and Other Chronic Conditions. *Occupational & Environmental Health*, 79 (1) , pp.17-29.