

Investigating the Relationship between Social and Economic Inequality and the Health Status of Employed Women

Pourmohsen M^{*1}, Khoshravesh V², Masjoudi M¹, Paksresht S³, Khayat S⁴

1. Department of Midwifery, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2. Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

3. Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Reproductive Health Research Center, Department of Obstetrics, Associate Professor, Women Health Promotion, Community Health (PhD), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4. Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +981333424080-84, Fax: +981333447060, E-mail: masoumehpourmohsen@gmail.com

Received: Mar 1, 2019 Accepted: Sep 15, 2019

ABSTRACT

Background & objectives: Women's health is an important indicator for development of countries, because women are more vulnerable than men. Health is not just a biological issue and socioeconomic inequality plays an important role in health outcomes. Therefore, the purpose of this research was to determine the relationship between social and economic inequality and the health status of women.

Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on 325 women working in health centers of Rasht, who were selected by cluster random sampling. Data were collected using Women's General Health Questionnaire (GHQ) and social and economic inequality measurement questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics, Pearson correlation and regression analysis.

Results: The results showed that there was a significant statistical relationship between social and economic inequality and women health ($p < 0.001$). The predictive power of social and economic inequality was also statistically significant for women health ($p < 0.001$) and 12.6% of employed women health were predicted by social and economic inequality.

Conclusion: The findings of the current study indicated the relationship between social and economic inequality and the health of employed women. Women empowerment and social awareness can help reduce the socio-economic inequality of women and increase the health and welfare of the community.

Keywords: Employed Women; Health; Social and Economic Inequality

بررسی ارتباط نابرابری اجتماعی و اقتصادی با وضعیت سلامت زنان شاغل

معصومه پورمحسن^{۱*}، وحید خوش روش^۲، مرضیه مسجودی^۱، صدیقه پاک سرشت^۳، سمیرا خیاط^۴

۱. گروه مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دکترای تخصصی بهداشت جامعه و ارتقاء سلامت زنان، دانشیار، گروه مامایی، دانشکده

پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴. مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۸۴-۰۱۳۳۳۴۲۴۰۸۰ فکس: ۰۱۳۳۳۴۴۷۰۶۰ ایمیل: masoumehpourmohsen@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: سلامت زنان یکی از شاخص های مهم توسعه کشورها است. زیرا زنان بیش از مردان در معرض آسیب قرار دارند. سلامت تنها امری زیست شناختی نیست و نابرابری های اجتماعی و اقتصادی نقش مهمی در پیامدهای سلامت دارند. لذا هدف از این تحقیق، بررسی ارتباط نابرابری اجتماعی و اقتصادی با وضعیت سلامت زنان می باشد.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی مقطعی بود که روی ۳۲۵ زن شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهر رشت که به روش خوشه ای و تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه سنجش سلامت زنان (GHQ) و سنجش نابرابری اجتماعی و اقتصادی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون در نرم افزار SPSS-23 انجام گرفت.

یافته ها: نتایج نشان دادند بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت زنان ارتباط معنادار آماری وجود داشت ($p < 0/001$). قدرت پیش بینی کنندگی نابرابری اجتماعی و اقتصادی برای سلامت زنان از لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/001$) و ۱۲/۶ درصد از سلامت زنان شاغل توسط نابرابری اجتماعی و اقتصادی پیش بینی شد.

نتیجه گیری: نتایج حاکی از ارتباط بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت زنان شاغل بود. توانمندسازی زنان و آگاه سازی اجتماعی، می تواند به کاهش احساس نابرابری اجتماعی اقتصادی زنان و افزایش سلامت و رفاه جامعه کمک نماید.

واژه های کلیدی: سلامت، زنان شاغل، نابرابری اجتماعی و اقتصادی

پذیرش: ۹۸/۶/۲۴

دریافت: ۹۷/۱۲/۱۰

مقدمه

با توجه به نقش کلیدی زنان در سلامت خانواده و جامعه، دستیابی به توسعه واقعی، در گرو سلامت همه جانبه زنان خواهد بود (۲). 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 (۳). سلامت تنها امری زیست شناختی نیست، حتی نابرابری های اجتماعی و

سلامت زنان به عنوان یکی از مهمترین فعالیت ها و اهداف سیستم های بهداشتی جوامع شناخته شده و شاخصی برای توسعه کشورها است (۱). 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.

و استرس در پرستاران زن بالاتر از مردان است (۱۶). مطابق با نتایج حاصل از بررسی‌های عملیاتی اجرای برنامه کنفرانس بین‌المللی توسعه و جمعیت (ICPD)^۱، فراهم نمودن فرصت‌های شغلی مناسب، مهارت‌های امرار معاش موثر و ایجاد شرایطی که افراد بتوانند به پتانسیل کامل وجودی خود دست یابند، به عنوان اساس توسعه پایدار ذکر شده‌اند. در حالی که هنوز تبعیض علیه زنان آشکار بوده دارای هزینه بالا از جمله تأثیر منفی بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و نیز بهره‌وری است، دستیابی به برابری جنسیتی شرط ضروری حقوق بشر ذکر شده است (۱۷). وضعیت اجتماعی-اقتصادی، جنسیت و سلامت با هم در ارتباط هستند (۱۸). زنان در سراسر جهان نه تنها از لحاظ حقوق اجتماعی بلکه به دلیل فرصت‌ها، قربانی نابرابری شده‌اند (۱۳). شرایط اجتماعی و اقتصادی تأثیر واقعی و پایدار بر سلامت فردی اعم از جسمی و روانی دارد (۲۰، ۱۹). احساس نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی عامل مهمی در ایجاد اوضاعی است که با فرض اعتقاد به الزامات، محدودیت‌ها و هنجارهای اجتماعی و اخلاقی منجر به کاهش سلامت زنان می‌شود (۱۷). 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

اقتصادی منجر به نابرابری سلامت می‌شود (۴). عواملی چون اشتغال، دسترسی به آموزش و استرس و انزوا، سلامت زنان را رقم می‌زنند (۵). 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 (۷، ۶).

جنسیت یک ساخته اجتماعی است که به وسیله هنجارها و استانداردهای ما از زنانگی و مردانگی بوجود می‌آید (۸). نابرابری جنسیتی به درجات مختلف در طول زمان و در همه کشورها وجود داشته و از کهن‌ترین پدیده‌های جامعه بشری است (۹). از سال ۲۰۰۰ دستاوردهای قابل توجهی در بسیاری از جهات حاصل شده در حالی که کمترین پیشرفت در هدف برابری جنسیتی بوده است (۱۰). بر اساس مطالعات بین‌احساس نابرابری با سلامت روان زنان شاغل، رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۱). برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان با کاهش فقر، توسعه و پرداختن به فوری‌ترین چالش‌های جهان، از جمله HIV و ایدز ارتباط دارد (۱۲). میانگین کل ساعات کار در میان کارگران با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، بیشتر است و زنان با تحصیلات پایین دارای بالاترین میزان کار و پایین‌ترین میزان سلامت هستند (۱۳). در یک مطالعه وضعیت اجتماعی-اقتصادی و نابرابری‌های جنسیتی از علل بیماری‌های روانی شایع زنان ذکر شدند (۱۴). در مطالعه خاوری و همکاران، ۴۵/۱ درصد از زنان شاغل در سازمان تامین اجتماعی احساس نابرابری زیاد و خیلی زیاد داشتند. بیشترین فراوانی احساس نابرابری جنسیتی، در بعد سیاسی و اقتصادی بود (۱۱). درک تبعیض بر سلامت کارکنان اثر می‌گذارد. به طوری که هرچه احساس نابرابری کمتر باشد، سلامت روان افراد بهتر خواهد بود (۱۵). نتایج مطالعه زندگی و همکاران بر روی پرستاران نشان داد که نمره افسردگی، اضطراب

¹ International Conference on Population and Development

تعیین ارتباط نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت زنان شاغل علوم پزشکی رشت طراحی گردید تا شواهد مشخصی را برای سیاستگذاری ارتقای سلامت زنان شاغل فراهم آورد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود و جامعه پژوهش کلیه کارکنان زن شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهر رشت در زمان اجرای طرح در سال ۱۳۹۷ بودند. معیارهای ورود به مطالعه، زنان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهر رشت بود که حداقل ۵ 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 تأثیرگذار باشد. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه کوکران و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۰/۰۵، تعداد ۳۲۵ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی بود. ابتدا از بین بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی رشت به روش تصادفی، چهار بیمارستان و از بین مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت 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 اطمینان‌دادن به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه‌بودن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۱ و پرسشنامه سنجش نابرابری اجتماعی و اقتصادی توسط کارکنانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تکمیل گردید.

پرسشنامه سنجش نابرابری خوش روش و همکاران (۱۳۹۶) شامل ۴۴ سوال در پنج خرده مقیاس

اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و حقوقی می‌باشد. نمره‌دهی همه سوالات پرسشنامه یکسان در مقیاس لیکرت (۵-۱) بود. نمره کل پرسشنامه از ۲۲۰-۴۴ و نمره بالاتر بیانگر احساس نابرابری بیشتر بود. ضریب روایی محتوای کل پرسشنامه مقدار ۰/۷۲ و نیز روایی هر یک از پنج خرده مقیاس پرسشنامه قابل قبول گزارش شده است. همچنین شاخص روایی محتوای کل پرسشنامه مقدار ۰/۹۰ و شاخص روایی هر یک از پنج خرده مقیاس پرسشنامه قابل قبول بوده است. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش گردید (۲۱). 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 (۱۹ سوال) با مرور متون مرتبط مورد بازبینی قرار گرفت. پرسشنامه عوامل اجتماعی و اقتصادی دارای دو حیطه اجتماعی و اقتصادی بوده شامل ۱۹ سوال است که نمره‌دهی همه سوالات یکسان در مقیاس لیکرت (۵-۱) می‌باشد. نمره کل پرسشنامه مذکور ۹۵-۱۹ و نمره بالاتر بیانگر احساس نابرابری بیشتر بود. سپس برای تعیین روایی و پایایی پرسشنامه عوامل اجتماعی و اقتصادی، یک مطالعه مقدماتی انجام شد. به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار ده نفر از صاحب نظران و اساتید رشته روانسنجی و روان‌شناسی و سلامت باروری قرار گرفت و روایی صوری کیفی آن از نظر ابهام، وضوح و تناسب معنایی مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس روایی محتوای کمی شامل نسبت روایی محتوا (CVR)^۲ در حیطه اجتماعی ۰/۷۶، اقتصادی ۰/۷۴، و کل پرسشنامه مقدار ۰/۷۸ محاسبه گردید. همچنین شاخص روایی محتوا (CVI)^۳، در حیطه اجتماعی ۰/۸۲، اقتصادی ۰/۹۳ و کل پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد که بالاتر از مقدار قابل قبول بود. جهت بررسی پایایی ابزار، در مطالعه ای مقدماتی، ۳۰

^۲ Content Validity Ratio

^۳ Content Validity Index

^۱ General Health Questionnaire

نفر از زنان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهر رشت که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، پرسشنامه فوق را تکمیل نمودند. آلفا کرونباخ این پرسشنامه در حیطه اجتماعی ۰/۸۴، در حیطه اقتصادی ۰/۸۷، و کل پرسشنامه مقدار ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی گلدبرگ (GHQ)^۱ دارای چهار خرده مقیاس است که شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بوده هر کدام از خرده مقیاس‌ها دارای ۷ سؤال است. سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به نشانه‌های جسمانی، ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب و بیخوابی، ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی است. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند که نمره صفر تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهند. در نتیجه نمره فرد در هر یک از این خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. از مجموع نمرات ۴ زیرمقیاس، نمره کلی پرسشنامه به دست می‌آید. در این پرسشنامه، نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد. میزان پایایی این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی برای کل پرسشنامه ۰/۹۷ و برای هر یک از زیرمقیاس‌ها قابل قبول تعیین شده است (۰/۲۲). در تحقیق حاضر میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از

آلفا کرونباخ، برای مقیاس جسمی ۰/۷۷، اضطراب و بیخوابی ۰/۷۵، اختلال عملکرد اجتماعی ۰/۸۰ و افسردگی ۰/۷۸، و در کل پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه شد. اطلاعات به دست آمده از تعداد ۳۲۵ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (همبستگی پیرسون و رگرسیون) در نرم افزار SPSS-23 انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۴۲/۱۰±۸/۱۹ دامنه سنی ۶۰-۲۶ سال بود. اکثر افراد مورد مطالعه (۵۵/۷٪) تحصیلات کارشناسی داشته و متاهل (۷۶/۹٪) بودند. همچنین اکثریت آنان (۸۷/۷٪) دارای منزل شخصی بودند و ۵۵/۸ درصد شرکت کنندگان ترجیح جنسیتی بین پسر یا دختر نداشتند.

همبستگی بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت زنان شاغل و زیرمقیاس‌های آن (افسردگی، اختلال عملکرد، اضطراب، و نشانه‌های جسمانی) در جدول ۱ نشان داده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود بین ابعاد اجتماعی و اقتصادی نابرابری و سلامت، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که با افزایش نابرابری اجتماعی و اقتصادی، نمره سلامت افراد افزایش می‌یابد که حاکی از کاهش سلامت است.

جدول ۱. ارتباط (ضریب همبستگی پیرسون) نابرابری اجتماعی و اقتصادی با ابعاد سلامت زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رشت (n=325)

متغیر	سلامت	افسردگی	اختلال عملکرد	اضطراب	نشانه‌های جسمانی
نابرابری اجتماعی	**۰/۲۶۴	*۰/۱۱۸	**۰/۲۰۴	**۰/۳۳۰	**۰/۲۷۹
نابرابری اقتصادی	**۰/۱۵۷	-۰/۰۵۱	۰/۲۱۰	**۰/۲۶۶	۰/۰۱۷
نابرابری اجتماعی-اقتصادی	**۰/۲۸۲	۰/۰۶۸	*۰/۱۳۶	**۰/۳۸۲	**۰/۲۱۸

** p < 0.01

* p < 0.05

استاندارد استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون حاکی از ارتباط معنادار آماری (F=۱۵/۴۰، p<۰/۰۰۱) بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت زنان شاغل بود. همچنین براساس نتایج، ۱۲/۶ درصد از

به منظور پیش‌بینی سلامت روان براساس نابرابری اجتماعی و اقتصادی احساس شده توسط زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی گیلان، از رگرسیون

¹ Goldberg

سلامت زنان از طریق نابرابری اجتماعی و اقتصادی تبیین شد (جدول ۳ و ۲).

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل رگرسیون استاندارد نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رشت (n=325)

مدل	همبستگی چند گانه R	ضریب تعیین R ²	ضریب تعیین تعدیل یافته	خطای معیار SE	مقدار F	مقدار p
استاندارد (همزمان)	۰/۳۵۵	۰/۱۲۶	۰/۱۱۸	۸/۱۳	۱۵/۴۰	*.۰/۰۰۰

* p < 0.05

جدول ۳. ضرایب تحلیل رگرسیون نابرابری اجتماعی و اقتصادی و سلامت زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی رشت (n=325)

مقدار B	مقدار SE	مقدار β	مقدار T	مقدار p
۵/۸۱۲	۳/۷۸۶		۲/۵۳۵	۰/۰۱۲
-۳/۳۵۶	۰/۸۳۹	-۲/۲۸۹	-۳/۸۷۹	۰/۰۰۰
-۳/۵۷۵	۰/۸۷۸	-۱/۶۹۱	-۴/۰۷۲	۰/۰۰۰
۳/۶۶۱	۰/۸۵۱	۳/۵۳۰	۴/۳۰۲	۰/۰۰۰

متغیر وابسته: سلامت

متغیرهای پیش بین: نابرابری اجتماعی، نابرابری اقتصادی، نابرابری اجتماعی و اقتصادی

بحث

در مطالعه ما ارتباط نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت زنان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که بین احساس نابرابری اجتماعی با سلامت زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی گیلان ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. در مطالعه ای بیشترین احساس نابرابری، در بعد فرهنگی و بعد اجتماعی بود (۲۳). نتایج یک مرور نظام‌مند نشان داد که زنان کارمند دارای ناامنی شغلی بیشتر و کنترل کمتر بوده، درک سلامت جسمی و روانی کمتری نسبت به مردان داشتند (۲۴). زنان به دلیل تجربه تبعیض جنسیتی در مقایسه با مردان از سلامت جسمی و روحی کمتری برخوردارند (۲۵).

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که بین احساس نابرابری اقتصادی با سلامت زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی گیلان ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. در واقع یک رابطه بین نابرابری درآمد و مشکلات سلامتی و اجتماعی وجود دارد و افرادی که درآمد بالاتری دارند، عملکرد بهتری دارند (۲۶). در یک مطالعه وضعیت اقتصادی یکی از مهمترین عوامل نابرابری بود که در ابتدا به بیماری مزمن نقش داشت (۲۷). مطالعات متعدد پس از حذف عوامل روانشناختی

مداخله‌گر بالقوه، ارتباط بین احساس نابرابری و پیامدهای نامطلوب سلامت را نشان داده‌اند (۲۹،۲۸). مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت زنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی گیلان ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت و ۱۲/۶ درصد از سلامت زنان شاغل توسط نابرابری اجتماعی و اقتصادی پیش‌بینی شد. همسو با پژوهش حاضر، در مطالعه خاوری و همکاران بین تمامی ابعاد احساس نابرابری و سلامت روان کارکنان تامین اجتماعی ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید و دو بعد اجتماعی و اقتصادی با هم حدود ۱۳ درصد از سلامت روان زنان شاغل در تامین اجتماعی را تبیین نمود (۱۱). زنان شاغل، از آنجا که به صورت مستمر درگیر فرآیندهای برهمکنشی بین اجتماع و خانواده هستند، در زمینه سلامت بخصوص سلامت روان آسیب پذیری بیشتری دارند (۳۰). تیلور معتقد است که وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیشتر از جنسیت بر سلامت جسمی و روانی تاثیر می‌گذارد (۳۱). در حالی که محققان در مطالعه‌ای نشان دادند که درک نابرابری و تبعیض جنسیتی صرف نظر از سایر عوامل، می‌تواند بعنوان یک عامل استرس‌زا در کاهش سلامت نقش داشته باشد (۳۲). علیرغم تاثیر متغیرهای دیگر

نتیجه گیری

مهمترین یافته مطالعه کنونی ارتباط بین نابرابری اجتماعی و اقتصادی با سلامت زنان شاغل بود. تبعیض و نابرابری جنسیتی یک عامل استرس‌زاست که می‌تواند باعث اختلال در سلامت شود. به منظور کاهش تاثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی نابرابری جنسیتی موثر 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 موثر 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 توانمند سازی زنان می‌توان به کاهش احساس نابرابری اقتصادی و اجتماعی و افزایش سلامت و رفاه جامعه دست یافت.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر از طرح مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت با کد ۱۷/۱۶/۴/۱۲۳۶۵ و کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1397.026 استخراج شده است. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و همه عزیزانی که در تمام مراحل انجام این پژوهش محققین را یاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

موثر بر سلامت، آسیب به سلامت ممکن است از طریق مکانیزم‌های پاسخ به استرس رخ دهد (۳۳). نابرابری جنسیتی می‌تواند به عنوان یک استرس‌زود هنگام منابع حمایتی فرد را از بین ببرد و باعث افزایش آسیب‌پذیری به بیماری‌های جسمی (۳۴) مانند فشارخون بالا، سرطان پستان، چاقی، و مصرف مواد و نیز افزایش ابتلا به اضطراب روانی و افزایش نشانه‌های افسردگی شود (۳۲). نابرابری جنسیتی اثرات مستقیمی بر افزایش نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^۱، و افزایش علائم اختلال روان‌پریشی، کاهش عملکرد و اعتماد به نفس دارد (۳۵). سلامت زن تحت تاثیر مجموعه‌ای از عوامل محیطی، اجتماعی، فرهنگی، جمعیت‌شناختی و اقتصادی قرار دارد. این عوامل به واسطه نابرابری جنسیتی و تفاوت جنسیتی متفاوت است (۳۶). تبعیض جنسیتی باید به عنوان عامل اصلی پیامدهای بی‌دلیل سلامتی، مرکز توجه قرار گیرد (۳۷).

از محدودیت‌های مطالعه کنونی متغیرهای مزاحمی مانند انگیزه و صداقت فرد در پاسخ دادن به سوالات پرسشنامه‌ها بود. همچنین نبود سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی نیز به اظهارات شرکت‌کنندگان اکتفا گردید. پژوهش حاضر روی کارکنان علوم پزشکی انجام شده که قابل تعمیم به اقشار دیگر جامعه نمی‌باشد.

¹ Posttraumatic Stress Disorder

References

- 1-Ahmadi B. Women's Health Management: Policy and Research Services Development. Social Welfare. 2012; 12(47):29-59. [Full text in Persian].
- 2-Firouzbakht M, Riahi ME, Tirgar A. A Study of the Effective Factors on the Women's Social Health: A Review Study in Persian Scientific Journals. Community Health. 2017; 4(3): 190-200. [Full text in Persian].
- 3-Vedadhir AB, Sadati SM, and Ahmadi B. Women's health from the perspective of health magazines in Iran (content analysis of selected journals of health research). Women's research. 2008; 6(2): 133-155. [Full text in Persian].
- 4-Friel S, Marmot M. Action on the social Determinants of Health and Health Inequalities Goes Global. Annual Review of Public Health. 2011; 32:225-36.

- 5-Joulaei H, Maharlouei N, Iankarani KB, Razzaghi A, Akbari M. Narrative review of women's health in Iran: challenges and successes. *International Journal for Equity in Health*. 2016; 15(1):25.
- 6-McGibbon E, McPherson C. Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women's Health. *Women's Health and Urban Life*. 2011; 10 (1): 59-86.
- 7-Braveman P, Egerter S, Williams D R. The Social Determinants of Health: Coming of Age. *Annu Rev Public Health*. 2011; 32:381-98.
- 8-Conrad P, and Barker KK. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010; 51(1): 67-79.
- 9-UNDP. *Humanity Divided: Confronting Inequality in Developing Countries*. 2014. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/humanity-divided-confronting-inequality-in-developing-countries.html>
- 10- UNIFEM. *Gender Justice: Key to Achieving the Millennium Development Goals*. 2012. Available from: <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/gender-justice-key-achieving-millennium-development-goals>.
- 11-Khavari K, Sajjadi H, Habibpour K, Talebi M. Relationship between dimensions of gender inequality and mental health. *Social Welfare Quarterly*. 2013; 13(48): 111-128. [Full text in Persian].
- 12- UNFPA, *Gender at the heart of ICPD: The UNFPA Strategic framework on Gender Mainstreaming and Women's Empowerment*. 2011. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/gender-heart-icpd>
- 13- Liu L, MacPhail F, Dong XY. Gender, Work Burden, and Mental Health in Post-Reform China. *Feminist Economics*. 2018; 24(2): 194-217.
- 14- Shidhaye R, and Patle V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *Int J Epidemiol*. 2010; 39(6): 1510-1521.
- 15- Elwér S, Harryson L, Bolin M, Hammarström A. Patterns of Gender Equality at Workplaces and Psychological Distress. Vermund SH, ed. *PLoS ONE*. 2013; 8(1): e53246.
- 16- Zandi A, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Abundance of depression, anxiety and stress in militant Nurses. *Journal Mil Med*. 2011;13(2):103-8. [Full text in Persian].
- 17- UNFPA. *ICPD Beyond 2014*. International Conference on Human Rights. Noordwijk, the Netherlands. 2014. Available from: <https://www.unfpa.org/events/icpd-beyond-2014-international-conference-human-rights>.
- 18-American Psychological Association. *Work, stress, and health and socioeconomic status*. 2016. Available from: <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/work-stress-health.aspx>
- 19-Kraus MW, Tan JJ. Americans overestimate social class mobility. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2015; 58, 101-111.
- 20-Phillips SP and Hamberg K. Women's relative immunity to the socio-economic health gradient: artifact or real? *Glob Health Action*. 2015; 8: 10.3402/gha.v8.27259
- 21-Khoshravesh V, Kiamanesh AR, Bahrami H, Relationship between Gender Inequality and Women's Academic Motivation. *JIERA*. 2017; 11(38): 39-57. [Full text in Persian].
- 22-Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. *J Res Behav Sci*. 2007; 5(1): 5-12.
- 23- Pourtaheri M, Pourverdi Nejat M. The Examining of Sexual Unequity Among Rural Women: Case Study of Guilan Province. *MJSS*. 2009; 1 (2) :115-155.
- 24-Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Moen BE, and Benavides FG, Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2013; 12: 57.
- 25-Hahm HC, Ozonoff A, Gaumond J, Sue S. Perceived discrimination and health outcomes a gender comparison among Asian-Americans nationwide. *Women's Health Issues*. 2010; 20: 350-358
- 26-Rowlingson K, *Does income inequality cause health and social problems? The Homestead*: Joseph Rowntree Foundation; 2011.

- 27-Singh L, Goel R, Kumar Rai R, Kumar Singh P. Socioeconomic inequality in functional deficiencies and chronic diseases among older Indian adults: a sex-stratified cross-sectional decomposition analysis. *BMJ Open*. 2019; 9: e022787.
- 28-Veling W, Selten JP, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol*, 2007; 36(4): 761–768.
- 29-Din-Dzietham R, Nembhard WN, Collins R, Davis SK. Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study. *Social Science & Medicine*. 2004; 58: 449–461.
- 30-Koohpaei AR, Khandan M, Arab Z, Mobinizadeh V, Moamenian S. Survey of Mental Health Status Among Female Workers in Qom Province in 2014: Opportunities and Challenges. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015;14(8): 691-700. [Full text in Persian].
- 31-Taylor E, Exploring the relationship between socioeconomic status and health, as it affects men and women. [dissertation]. USA: University of Tennessee at Chattanooga; 2011.
- 32-Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*, 2009; 32: 20–47.
- 33-Pascoe EA and Richman LS. Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull*. 2009; 135(4): 531–554.
- 34-Gee GC, Spencer M, Chen J, Takeuchi D. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *American Journal of Public Health*. 2007; 97(7):1275–1282.
- 35-Kira I, Ashby J, Lewandowski L, Smith I, Odenat L. Gender Inequality and Its Effects in Females Torture Survivors. *Psychology*. 2012; 3(4): 352-363.
- 36-Hadi N, Hajjari Z. Women's Health in Iran; A Review. *Shiraz E-Medical Journal*. 2013; 14(3): 172-188.
- 37-Sen G, Östlin P, George A. 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, 2007. Available from: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf