

## بررسی مقایسه‌ای سلامت روان و امید به زندگی زنان شاغل و غیر شاغل استان آذربایجان غربی (۱۳۸۶)

مهری محمدی<sup>۱\*</sup>، رویا یاوریان<sup>۲</sup>، دکتر مرضیه عارفی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۸۹/۶/۶ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۰

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** در دنیای امروز مشارکت زنان در جامعه افزایش یافته است. زنان علی‌رغم داشتن مسئولیت‌هایی مثل تربیت فرزند و انجام امور منزل، همانند مردان در بیرون از خانه نیز کار می‌کنند. سلامت روانی زنان می‌تواند نقش مهمی در انجام این مسئولیت‌ها داشته باشد، در این مطالعه ما به بررسی سلامت روانی و امید به زندگی زنان شاغل و غیر شاغل استان آذربایجان غربی پرداخته‌ایم.

**مواد و روش کار:** برای انجام این مطالعه در ابتدا ۳۹۷ زن شاغل و ۳۹۱ زن غیر شاغل به طور تصادفی از استان آذربایجان غربی انتخاب شد. سپس زنان انتخاب شده، پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی و امید به زندگی را تکمیل نمودند.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون t نشان داد که بین امید به زندگی، اضطراب و نشانه‌های بدنی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. ولی این تفاوت در مورد عملکرد اجتماعی معنی‌دار است.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد که باید توجهات ویژه‌ای به مشکلات زنان مبذول شود.

**کلید واژه‌ها:** امید به زندگی، سلامت روانی، زنان شاغل و غیر شاغل

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره اول، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰، ص ۴۳-۳۹

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان والفجر، روبروی صدا و سیما، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی تلفن: ۰۹۱۴۳۴۳۰۰۷۵

Email: Pari\_mohamadi@yahoo.com

### مقدمه

قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط و حل تضادها می‌باشد (۲). طبق گزارش‌های این سازمان، جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد است به گونه‌ای که بیماری‌های غیر واگیر همچون بیماری‌های روانی به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار گردیده و در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند. طبق برآوردهای این سازمان میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (۱).

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است؛ اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کم‌تر به سایر ابعاد سلامتی به خصوص بعد روانی آن توجه شده است. سازمان جهانی بهداشت ضمن توجه دادن مسئولین کشورها در راستای تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه همواره بر این نکته تأکید دارند که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد (۱). بنابراین تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی حالت بهزیستی کامل بدنی، روانی و اجتماعی است و سلامت روان عبارت از

<sup>۱</sup> مربی تربیت بدنی، دانشگاه ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> مربی، کارشناس ارشد روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۳</sup> استادیار علوم تربیتی، دانشگاه ارومیه

دانش با شاخص با سوادى و وضعيت اقتصادى با شاخص در آمد سرانه، سه متغير اصلى‌اند که سه ضلع شاخص توسعه انساني را تشکيل می‌دهند (۵). علم پزشکی آمارهايی جمع‌آوری می‌کند و به اين نتیجه می‌رسد که برخی عوامل، اميد زندگى انسان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند (اميد زندگى يعنى میانگين سن اشخاصی که در یک سال فوت می‌کنند) (۶). توجه به بهداشت عمومى و سلامت کودکان، گسترش خدمات پزشکی، کنترل بیماری‌ها، واکسيناسيون به موقع و... از راه‌های افزایش نرخ اميد به زندگى در جامعه است. یکی دیگر از راه‌های افزایش نرخ اميد به زندگى، مجهز کردن افراد به مهارت‌های اساسی زندگى و توجه به بهداشت روانی است (۵). که این موارد تحت عنوان اميد به زندگى بهداشتی مورد بررسی قرار می‌گیرند. زن موجودی است که می‌تواند سرمایه‌ای برای اصلاح جامعه باشد و انسان‌های والا پرورش دهد. آسایش خانواده و جامعه به برکت وجود زن و طبیعت او تحقق می‌یابد (۷). علاوه بر این، به عنوان نیمی از نیروی انسانی می‌تواند نقش مهم و پراهمیتی را در برنامه‌های توسعه اقتصادى و اجتماعى بر عهده بگیرند (۸). با توجه به این‌که زنان در سراسر جهان نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در اداره امور خانواده و جامعه دارند، نباید از توجه به مسائل زنان در ابعاد مختلف غافل بود. در این تحقیق بر آن شدیم که سلامت روان و اميد به زندگى بهداشتی زنان را به تفکیک شاغل و غیر شاغل مورد بررسی قرار دهیم.

### مواد و روش کار

برای انجام این مطالعه علی-مقایسه‌ای در ابتدا از سه منطقه مرکزی- شمالی و جنوبی استان آذربایجان غربی، سه شهر ارومیه، سلماس و مهاباد به طور تصادفی انتخاب شد. سپس با مراجعه به مرکز برنامه ریزی و بودجه، آمار زنان شاغل و غیر شاغل این سه شهر بدست آمد و سپس ۳۹۷ زن شاغل و ۳۹۱ زن غیر شاغل به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. در مرحله بعدی بر حسب

بر پایه آمار سازمان جهانی بهداشت یک درصد مردم جهان از بیماری روانی شدید و ۱۵-۵ درصد از بیماری خفیف روانی رنج می‌برند. در واقع اختلال‌های روانی از مشکلات جدی و شایع سلامتی به شمار می‌روند که نزدیک ۲۰ درصد از کل مراجعان به مراکز بهداشتی عمومى در جهان را تشکيل می‌دهند، شیوع مقطعی اختلال‌های روانی در ایران ۲۳-۱۸ درصد گزارش شده است (۳). این در حالی است که در برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعى و اقتصادى پایین‌ترین اولویت به آن‌ها داده می‌شود. دلیل این افزایش را تا حدود زیادی می‌توان وابسته به رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعى همچون شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده و مشکلات اقتصادى دانست (۱). بررسی‌های انجام گرفته در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان دلالت بر متغير بودن میزان شیوع از ۷/۳ تا ۵۲/۵ درصد در این کشورها دارد. تاکنون پژوهش‌های چندى در نقاط مختلف جهان درباره شیوع اختلال‌های روانی به کمک پرسش‌نامه‌ها و آزمون‌های گوناگون صورت گرفته است. میزان شیوع اختلال‌ها بین ۱۰ تا ۴۱ درصد در نوسان بوده است، بررسی‌های همه‌گیرشناسی در کشور ما با وجود محدود بودن این بررسی‌ها نشان می‌دهند که میزان شیوع این اختلال‌ها در ایران از آمار سایر کشورها و آمار ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت کم‌تر نیست. بررسی‌های انجام شده در ایران میزان اختلال روانی را در جمعیت عمومى در دامنه‌ای از ۱۱/۷ درصد تا ۴۳/۴ درصد نشان می‌دهند و در تحقیقى این میزان تا ۵۳/۸ درصد نیز گزارش شده است (۱). اميد در تمام ابعاد زندگى، عنصرى ضرورى است. اميد توانایی باور داشتن احساسی بهتر، در آینده می‌باشد، و این اميد است که پس از بحران‌ها آرامش را به فرد باز می‌گرداند. پس در بهداشت روانی نقش مهمی دارد (۴). صاحب نظران اقتصادى و اجتماعى شاخصی به نام شاخص توسعه انسانی را به عنوان معيار توسعه‌یافتگی مطرح کرده‌اند. بهداشت و سلامت با شاخص نرخ اميد به زندگى، علم و

انتخاب شده، در صورت تمایل به همکاری، پرسش‌نامه‌های امید به زندگی و سلامت عمومی توسط آنان تکمیل شد. جهت قرار گرفتن نمونه‌های این پژوهش در موقعیت تقریباً یکسان اجتماعی- فرهنگی- اقتصادی با در نظر گرفتن محل سکونت تقریبی زنان شاغل انتخاب شده، زنان غیر شاغل این مطالعه از همان مناطق به طور تصادفی انتخاب شدند و همان پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t استفاده شد.

جمعیت زنان شاغل و غیر شاغل این سه شهر ۴۷۲ زن از ارومیه، ۱۶۶ زن از مهاباد و ۱۵۰ زن از سلماس انتخاب شد که فراوانی و نمونه‌های منتخب زنان شاغل و غیر شاغل سه شهر در جدول شماره ۱ آورده شده است. و بعد بر حسب جمعیت زنان شاغل ادارات مختلف دولتی با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای حجم نمونه مربوط به هر اداره به طور جداگانه تعیین شد و سپس با ارائه اطلاعاتی در مورد اهداف این پژوهش به زنان

جدول شماره (۱): فراوانی و نمونه‌های منتخب زنان شاغل و غیر شاغل هر شهرستان

تعداد نمونه به تفکیک شهرستان		شهرستان‌های منتخب
زنان شاغل	زنان غیر شاغل	
۲۳۶	۲۳۶	ارومیه
۷۷	۷۳	سلماس
۸۴	۸۲	مهاباد
۳۹۷	۳۹۱	جمع

محیطی) را می‌سنجد. به منظور تعیین روایی این پرسش‌نامه از تحلیل عوامل و برای بررسی پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده به عمل آمد (توسط شهرام واحدی اعتبار آن بررسی و مورد تایید واقع شده است).

#### یافته‌ها

بر اساس نتایج این پژوهش بین نشانه‌های بدنی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتایج در جدول شماره ۲ آورده شده است.

در این پژوهش از دو پرسش‌نامه سلامت عمومی و امید به زندگی استفاده شده است. پرسش‌نامه سلامت عمومی که شامل ۲۸ سوال است با چهار مؤلفه: الف- نشانه‌های بدنی، ب- اضطراب و بی‌خوابی، پ- اختلال در عملکرد اجتماعی و ت- افسردگی شدید می‌باشد. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه بارها مورد تایید واقع شده است (۹). در این پژوهش از سه مقیاس الف، ب و پ استفاده شده است که جمعاً شامل ۲۱ سوال است. پرسش‌نامه امید به زندگی شامل ۳۰ سوال است که این سوالات عوامل مربوط به امید به زندگی بهداشتی (عوامل ژنتیکی، زیستی- پزشکی، شخصی و

جدول شماره (۲): نتایج آزمون t در رابطه با مقایسه میانگین نمرات نشانه‌های بدنی زنان شاغل و غیر شاغل

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	df	t بحرانی	t مشاهده شده
شاغل	۳۹۱	۲۳/۰۸	۳/۶۴	۰/۱۸۴	۷۷۰	۱/۶۴۵	۱/۵۸
غیر شاغل	۳۸۱	۲۳/۴۹	۳/۵۸	۰/۱۸۳			

$$(p = .014 > .05)$$

نتایج این پژوهش نشان داد که بین عملکرد اجتماعی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی داری وجود دارد که این یافته‌ها در جدول شماره ۳ آورده شده است.

**جدول شماره (۳):** نتایج آزمون t در رابطه با مقایسه میانگین نمرات عملکرد اجتماعی زنان شاغل و غیر شاغل

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	df	t بحرانی	t مشاهده شده
شاغل	۳۸۸	۲۲/۳۶	۳/۲۰	۰/۱۶	۷۶۵	۲/۵۷۶	۳/۵۴
غیر شاغل	۳۷۹	۲۱/۵۲	۳/۳۴	۰/۱۷			

$$(p=0/000 < 0/05)$$

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین اضطراب و بی‌خوابی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی داری وجود ندارد.

**جدول شماره (۴):** نتایج آزمون t در رابطه با مقایسه میانگین نمرات اضطراب و بی‌خوابی زنان شاغل و غیر شاغل

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	df	T بحرانی	t مشاهده شده
شاغل	۳۸۹	۱۲/۸۵	۴/۲۰	۰/۲۱	۷۵۹	۱/۶۴۵	۰/۳۳۵
غیر شاغل	۳۷۲	۱۲/۹۶	۴/۳۳	۰/۲۲			

$$(p=0/73 > 0/05)$$

بر اساس یافته‌های این پژوهش بین امید به زندگی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی داری وجود ندارد. که این یافته‌ها در جدول شماره ۵ آورده شده است.

**جدول شماره (۵):** نتایج آزمون t در رابطه با مقایسه میانگین نمرات امید به زندگی زنان شاغل و غیر شاغل

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	df	t بحرانی	t مشاهده شده
شاغل	۲۶۴	۱۴/۱۰	۳/۱۳	۰/۱۹	۵۷۸	۱/۶۴۵	۱/۰۳۳
غیر شاغل	۳۱۶	۱۳/۸۳	۳/۰۸	۰/۱۷			

$$(p=0/30 > 0/05)$$

## بحث و نتیجه گیری

و با نتایج پاره‌ای دیگر ناهم‌سو می‌باشد. در پژوهشی که توسط شیرین احمد نیا (۱۳۸۴) انجام شد بین سلامت روانی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی داری وجود نداشت (۱۰). اضطراب زنان شاغل که توسط ایلاتی و ابو نجمی (۱۳۸۴) انجام شد بیشتر از اضطراب زنان شاغل مطالعه حاضر بود (۲) و پژوهش انجام شده توسط بیان‌زاده (۱۳۷۸) نشان داد که بیشترین شکایات افراد در زمینه نشانه‌های بدنی و اضطراب می‌باشد (۱۱).

با مراجعه به جداول شماره ۲، ۳ و ۴ کاملاً مشخص است که میانگین نمرات زنان شاغل و غیر شاغل در مقیاس نشانه‌های بدنی

نتایج این پژوهش که با هدف بررسی مقایسه‌ای امید به زندگی و سلامت عمومی زنان شاغل و غیر شاغل استان انجام شد، نشان داد که بین میزان نشانه‌های بدنی، اضطراب و امید به زندگی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی داری وجود ندارد، در حالی که بین میزان اختلال عملکرد اجتماعی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معنی داری وجود دارد و این اختلال در زنان شاغل بیشتر است. نتایج این پژوهش با نتایج پاره‌ای از پژوهش‌های قبلی هم‌سو

۸/۷۳ سال و برای مردان روستایی استان ۸/۷۰ سال برآورد گردید (۱۲).

با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهادات ذیل مطرح می‌شود:

- فراهم نمودن مراکز مشاوره‌ای، اماکن فرهنگی- ورزشی مختص زنان جهت کاستن از اثرات موقعیت‌های تنش‌زا و آموزش شیوه‌های مقابله با تنش
- بررسی علل مشکلات روانی زنان
- آموزش مهارت‌های اجتماعی مانند جرات‌آموزی و شیوه‌های کنترل خشم
- آموزش راه‌های صحیح ارتباطات اجتماعی و خانوادگی
- کاستن عوامل تنش‌زای محیط و خانه

و اختلال عملکرد اجتماعی بسیار بالاتر از مقیاس اضطراب است. بنابراین به نظر می‌رسد که زنان مشکلات روانی خود را به صورت نشانه‌های بدنی و اختلال در عملکرد اجتماعی نشان می‌دهند، پس پیشنهاد می‌شود جهت ارتقاء سلامت روان زنان اعم از شاغل و غیرشاغل اقداماتی توسط مسئولین انجام شود. در این پژوهش بین امید به زندگی زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معناداری وجود ندارد، شیوه بررسی امید به زندگی در این تحقیق به شیوه نوین بوده است چرا که در تحقیقات قبلی، متوسط عمر به عنوان شاخص امید به زندگی در نظر گرفته شده است. در تحقیقی که توسط غفاریان و همکاران انجام شد زنان روستایی استان کهگیلویه

## References:

1. Dennerstein L. Psychosocial and mental health aspects of women's health. *World Health Stat Q*. 1993; 46(4):234-6.
2. Ealati A, Abonajmi M. Study of mental health of Urmia University of Medical Sciences' hospitals staff. (Dissertation) Urmia: Urmia University of Medical Sciences; 2006.
3. Omidi A, Tabatabaee A. Epidemiology of mental disorders in Natanz city. *Andisheh & Raftar J* 2004; 8 (4): 32-8. (Persian)
4. Robinson L. *Psychiatric nursing: human experience*. New York: Saunders Co; 1983.
5. Sabaghyan Z. School, happiness and life expectancy. *Peyvand J* 2006; 309: 28. (Persian)
6. Berk LE. *Development through the lifespan*. Boston: Allyn & Bacon; 2005.
7. Perry EI. From achievement to happiness. *J Women History* 1993; 5(2):75-94.
8. Vahedi Sh. Psychosocial effects of working women on children and their family. Urmia: National Congress of Women and Health; 2002 June.
9. Taghavi MR. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in College students of Shiraz University. *Psychol J* 2002; 5 (4); 35. (Persian)
10. Ahmadnia Sh. Work and women's health. *Farhang & Paghoresh J* 2006; 196:45. (Persian)
11. Bayanzadeh SA, Zamani Monfared A. Study of mental health industrial complex staff. *Andisheh & Raftar J* 2000; 4 (4): 10-22. (Persian)
12. Ghaffarian Shirazi HR, Chaman R, Ghorbani A, Hatamipour E, Zadehbagheri G, Jabar Nejad A. Life expectancy and longevity in men and women in rural areas in Kohguyeh and Boyer Ahmad province in year 2004. *Armaghane Danesh J* 2006; 10 (38): 102. (Persian)