

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال ششم، شماره بیست و چهارم، پائیز ۱۳۹۳

ص ص ۱۳۳-۱۱۷

بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان با میزان
سلامت اجتماعی آنان (مورد مطالعه زنان شهر مراغه)

الهام مستی^۱

دکتر سیروس فخرایی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی رابطه‌ی بین وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان در شهر مراغه می‌باشد. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش تحقیق توصیفی و از نوع همبستگی و از لحاظ روش گردآوری اطلاعات، روش تحقیق پیمایشی می‌باشد. چارچوب تئوریک تحقیق شامل نظریه کبیز و رویکردهای مثبت و منفی ارتباط اشتغال و سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) است. جامعه آماری کلیه زنان بالای ۲۵ سال شهر مراغه (۴۰۶۴۲ نفر) می‌باشد و طبق فرمول کوکران برای جامعه نامحدود، حجم نمونه ۳۸۰ نفر برآورد گردید. گفتنی است روش نمونه‌گیری از نوع خوشه‌ای چند مرحله‌ای و تصادفی ساده بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو نوع پرسشنامه استاندارد (سلامت اجتماعی کبیز) و محقق ساخته استفاده شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴۲ به دست آمده است که حاکی از پایایی سوالات می‌باشد. برای خلاصه کردن داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و ...) استفاده شد و در بخش آمار استنباطی برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمون t مستقل، همبستگی پیرسون، تی‌تست و تحلیل واریانس استفاده گردید. نتایج تحقیق نشان داد که بین وضعیت اشتغال زنان با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل بیشتر از خانه‌دار و در بین شاغلین رسمی و پاره وقت بالاترین سطح سلامت اجتماعی دیده شد به عبارتی، شرایط شغلی بیشترین تاثیر را بر میزان سلامت اجتماعی دارد.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، وضعیت اشتغال (پاره وقت یا تمام وقت، رسمی یا قراردادی و شاغل یا خانه‌دار).

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز- ایران. E-mail: masti4405.eli@gmail.com

۲. استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور مراغه- ایران (نویسنده مسئول). E-mail: sfakhraei@pnu.ac.ir

مقدمه

سلامت مفهومی چند بعدی است. سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۸) سلامت اجتماعی^۱ را یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت معرفی کرده است، اما به دلیل فقدان ابزارهای معتبر، این مفهوم همچنان موضوع بحث‌های سیاسی و اجتماعی است. مطالعات سلامت با استفاده از نمونه‌های زیستی بیشتر بر وجه خصوصی سلامت تاکید دارد ولی افراد در درون ساختارها و در روابط اجتماعی قرار دارند (کییز، ۲۰۰۴: ۴).

ویلکنسیون^۲ معتقد است حتی در مرفه‌ترین کشورها مردمی که از رفاه کمتری برخوردارند دارای امید به زندگی کمتر و بیماری بیشتری نسبت به افراد معمول هستند. نه تنها تفاوت در سلامتی یک بی‌عدالتی مهم اجتماعی می‌باشد بلکه ذهن ما را متوجه قوی‌ترین استانداردهای تعیین‌کننده سلامت اجتماعی در جوامع مدرن می‌سازد این تعیین‌کننده‌ها عبارتند از: طبقه اجتماعی، انزوای اجتماعی، داشتن کار، بیکاری و تاثیر منفی آن بر سلامت، برخورداری از حمایت اجتماعی و ... می‌باشد (ویلکنسیون، ۱۳۸۳: ۱۶).

با افزایش زنان تحصیل کرده در ایران و درخواست آنان برای اشتغال مطالعه وضعیت سلامت زنان شاغل از اهمیت زیادی برخوردار است. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت ناشی از امر اشتغال زنان، می‌توانند شامل ابعادی همچون شاغل بودن و عدم اشتغال، قراردادهای اشتغال، وضعیت‌های اقتصادی - اجتماعی نظیر درآمد و طبقه اجتماعی، شبکه‌های حمایت اجتماعی، تحصیلات یا حتی سن، شرایط و ویژگی‌های مرتبط با کار، محیط‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی، خدمات اجتماعی باشند. اشتغال زنان و در نتیجه، مهارت‌های اجتماعی آنان، رفتارهایی هستند که فرد را قادر به تعامل موثر و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌نماید و بیانگر سلامت اجتماعی و رفتاری آنان می‌باشد. این مهارت‌ها ریشه در بسترهای فرهنگی و اجتماعی جامعه زنان داشته و شامل رفتارهایی نظیر پیشقدم شدن آنان در برقراری روابط جدید، تقاضای کمک نمودن و پیشنهاد برای کمک به دیگر زنان است (گرمارودی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۵: ۱۴۳).

در پژوهشی با عنوان سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی در سال ۲۰۰۴ بر روی نمونه وسیعی از جمعیت آمریکا، کییز و شاپیرو^۳ نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم - تر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند. به طور کلی، همین‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، به‌طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند در مطالعات انجام شده بر اهمیت تکرر نقش‌ها و تاثیر مثبت آن در ارتقای سلامت اجتماعی زنان تاکید شده است (کییز، ۲۰۰۴).

1. Social Health

2. Wilkinson

3. Keyes Corey L & Shapiro Adam D

سوالی که مطرح می‌شود این است که آیا ایفای نقش‌های متعدد- به ویژه در مورد زنان گسترش فعالیت‌های اجتماعی و شغلی در شرایط متفاوت فرهنگی به عنوان مثال در شرایط فرهنگی جامعه‌ی در حال گذر ایران نیز می‌تواند همان آثار مثبت مورد انتظار را در مقایسه زنان شاغل و خانه‌دار به همراه داشته باشد؟

از آن جایی که جمعیت زنان بالای ۲۵ سال شهر مراغه غالب بر ۴۰۶۴۲ نفر می‌باشد و اغلب نیازهای زنان خانه‌دار و شاغل نادیده گرفته شده این نیاز در شهر مراغه احساس گردید که به بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و وضعیت اشتغال زنان پرداخته شود که این که تحقیقی در این خصوص در شهر مراغه تاکنون انجام نگرفته است. مسلماً نتایج حاصل از این تحقیق می‌تواند به بررسی رابطه‌ی بین وضعیت اشتغال زنان با سلامت اجتماعی آنان کمک موثری داشته باشد تا بتوان میزان سلامت اجتماعی آن‌ها را ارتقاء داد چرا که روابط مناسب اجتماعی و سلامت اجتماعی بالا در هر دوره‌ای از پیشرفت و تکامل یک امر ضروری است و در صورت کاهش یا فقدان سلامت اجتماعی و روابط صحیح و قابل اعتماد، آسیب‌های اجتماعی زیادی گریبان‌گیر زنان می‌شود چرا که سلامت اجتماعی خود باعث ایمنی زنان در برابر مشکلات شده و آنان می‌توانند به راحتی با شرایط متغیر و رو به تکامل زندگی انطباق یابند و در جامعه و محیط خانه نقش خود را به خوبی ایفا کنند. سوالی که در این پژوهش مطرح است این است که رابطه‌ی بین وضعیت اشتغال زنان به عنوان یک عامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان شهر مراغه چگونه بوده و سلامت اجتماعی زنان را بر اساس وضعیت اشتغال با یکدیگر مقایسه و با ارائه‌ی یافته‌ها و نتایج در این مورد، قضاوت‌های دقیق‌تری در زمینه‌ی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان شهر مراغه با سلامت اجتماعی آنان فراهم آورد.

در چارچوب مدل‌های نظری در غرب دو رویکرد عمده- یکی با دید مثبت و دیگری با دید منفی- به مسئله‌ی رابطه اشتغال و سلامت اجتماعی در مورد زنان پرداخته است.

در چارچوب رویکرد منفی، گذشته از نظریه‌ی پارسونز^۱ در مورد تفکیک کارکردی نقش زنان و مردان و تاکید بر لزوم عدم اشتغال زنان خانه‌دار، می‌توان از فرضیه‌های تکثر نقش^۲، تضاد نقش^۳، فشار بار اضافی نقش^۴، فرضیه کمیابی^۵ و فرضیه فشار نقش^۶ را نام برد. هریک از این فرضیه‌ها به نوعی حکایت از این دارند که زنانی که به کار در ازای دستمزد می‌پردازند، بیشتر احتمال دارد به دلایلی چون حجم بیشتر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت‌های بیشتر و استرس ناشی از ایفای نقش‌های سنتی همسری و مادری می-

1. Talcott Parsons

2. Roles Multiple

3. Role Conflict Martikainen, 1995

4. Role Overload Waldron et al. 1998

5. Scarcity Hypothesis Barentt, 1993

6. Role Strain Hypothesis (Waldron et al. 1998)

پردازند، قرار گیرند و همچنین زنان معمولاً در مشاغلی که سطوح پایین‌تری دارند و در نتیجه کمتر انعطاف در موقعیت کاری‌شان است متمرکز می‌شوند.

در مقابل، در چارچوب مدل‌های رویکرد مثبت، به فرضیه‌ی اعتلای نقش^۱، نظریه‌ی بسط نقش^۲ و فرضیه تجمع نقش^۳ می‌توان استناد نمود که طی آن نقش اشتغال که به عنوان نقش جدیدی به نقش‌های سنتی زنان اضافه شده، به عنوان یک امر مثبت و پرفایده در نظر گرفته می‌شود. در این جا مکانیزم تاثیرگذاری 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 اجتماعی زنان مورد تاکید قرار می‌گیرد. آلبر^۴ (۱۹۹۱) یادآور می‌شود که "اشتغال به کار زنان" می‌بایست هم به عنوان نقشی دیگر و هم به عنوان متغیری ساختاری در نظر گرفته شود. اشتغال به عنوان نقشی اضافه شده می‌تواند در بردارنده تعهدات و مسئولیت‌های بیشتر باشد، اما از سویی دیگر، زنان با جایگاهی که در بازار کار احراز می‌کنند، پاداش می‌گیرند و این امر حکایت 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 تاثیرگذار باشند.

بارتلی^۵ و دیگران (۱۹۹۲) نیز معتقدند: هرچند به تدریج ما در ادبیات نظری شاهد ظهور سنتزی از این دو رویکرد (مثبت و منفی) به رابطه‌ی بین اشتغال و سلامت اجتماعی زنان هستیم، برخی از عوامل دیگر در این رابطه همچنان مورد غفلت واقع شده‌اند. ایشان به ضرورت در نظر گرفتن ماهیت و مقدار 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 مورد تاکید قرار می‌دهند. ایشان همچنین این مسئله را که وضعیت سلامت خود تعیین‌کننده ورود افراد به مشاغل خاص است، یعنی نظریه‌ی انتخاب سلامت^۶ را متذکر می‌شوند (بارتلی و دیگران، ۱۹۹۲: ۳۱۳).

سلامت اجتماعی ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه‌ای است که ما را قادر به درک ظرفیت‌های طبیعی خود می‌کند و به جای جدا کردن ما از سایر انسان‌هایی که دنیای ما را می‌سازند، نوعی وحدت بین ما و دیگران به وجود می‌آورد. سلامت اجتماعی نقش محافظت‌کننده در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشارآور منفی زندگی اجتماعی حمایت می‌کند (صیوری، ۱۳۹۰: ۲۰-۱۹).

سلامت اجتماعی یا حداقل فقدان آن یک نگرانی مهم در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی است. از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری، بیگانگی اجتماعی دارد. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است. یعنی یک

1. Role Enhancement (Bartly, 1992)

2. Role Expansion (Sorensen & Verbugge; 1987)

3. Role Accumulation (Waldron et al. 1998)

4. Alber, Sara

5. Bartley

6. Health Choice

احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (کیبیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

نظریه سلامت اجتماعی کیبیز

در بررسی سلامت اجتماعی از دیدگاه کیبیز، نظریه‌ی وی از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر کیبیز حلقه مفقوده در تاریخچه‌ی مطالعات مربوط به سلامت پاسخ به این سوال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ وی در پاسخ به این سوال می‌گوید، عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد. به نظر وی «سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است» (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۶۱). ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی از دید کیبیز:

انسجام اجتماعی

انسجام اجتماعی، ارزیابی فرد از روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند سهیم می‌داند. به نظر کیبیز از دیدگاه دورکیم سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند. انسجام اجتماعی احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن می‌باشد؛ بنابراین انسجام آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترک بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۸).

پذیرش اجتماعی

افرادی که دارای این بعد از سلامت هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان اعتماد و اطمینان دارند و باور دارند که مردم می‌توانند موثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد.

مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می‌کند آن چه انجام می‌دهد در نظر اجتماع ارزشمند و در رفاه عمومی مؤثر است (عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۶-۱۷۵).

انطباق اجتماعی

انطباق اجتماعی درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند. افراد سالم، علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند، خود را با تصور این که در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را برای فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند.

شکوفایی اجتماعی

شکوفایی اجتماعی عبارت است از ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توان‌مندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این که فرد سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی را کنترل می‌کند (عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۷-۱۷۶).

نظریه بازار کار

نظریه بازار کار دوگانه تمایزی میان دو بازار کار قائل است: بازار اولیه (متشکل از حرفه‌هایی که امکان آموزش و پیشرفت در آنها وجود دارد) و بازار ثانویه (متشکل از حرفه‌های غیرتخصصی کم درآمد و نامطمئن) کسانی که در بخش ثانویه کار می‌کنند در دوره‌های کساد کار به سادگی اخراج می‌شوند، دستمزدشان کم است و از شرایط کار نامساعد برخوردارند. بارون و نوریس^۱ (۱۹۷۶) این نظریه را برای توضیح جایگاه زنان در بازار کار بریتانیا وضع کردند. به گفته آن دو در بریتانیا زنان نیروی کار در بخش ثانویه را تشکیل می‌دهند و مردان کارکنان بخش اولیه بازارند. این تحلیل سبب شد در پی توضیحی باشد که تفکیک شغلی و تمرکز زنان را در حرفه‌های کم درآمد که عنوان نیمه تخصصی یا غیر تخصصی داشت توجیه کند.

¹ Baron and Norris

در عین حال تکیه‌ی بررسی‌ها از مسئله‌ی عرضه‌کار به تقاضای کار منتقل شد. در بازار کار تقسیم‌بندی‌های دیگری بر مبنای سن، طبقه، قومیت، و منطقه‌بندی وجود دارد (آبوت و دیگری، ۱۳۸۰: ۲۰۲).

دیدگاه فمینیستی

یکی از دیدگاه‌های مهمی که در جامعه‌شناسی در مقابل دیدگاه کارکردگرایان قرار دارد، دیدگاه فمینیست‌ها (طرفداران حقوق زنان) می‌باشد که به شدت با نظریات کارکردگرایان در ارتباط با توزیع قدرت و تفکیک نقش‌ها مخالف می‌باشد.

تحقیقات فمینیستی (آنجلا کوپل، ۱۹۸۴) با مخالفت با دیدگاه سنتی که شخصیت و منزلت اصلی زن در نقش همسری و مادری است و زنان همیشه می‌توانند به نقش خانگی اولیه خود باز گردند؛ معتقد است کار و هویت شغلی در زندگی بسیاری از زنان نقش عمده‌ای بازی می‌کند و پولی که در می‌آورند، ضروری است. فمینیست‌ها معتقدند زنان عمدتاً در مشاغل زنانه (خیاطی، پرستاری، منشیگری و صندوق‌داری) و مشاغل بازار ثانویه (متشکل از حرفه‌های غیرتخصصی کم درآمد و نامطمئن که امکان آموزش و پیشرفت در آن‌ها نیست) قرار دارند (همان: ۱۷۲).

توجه فمینیست‌ها به کار خانگی و ارزش‌گذاری برای آن قابل تقدیر و مورد قبول است، به نظر می‌رسد در صورتی که کار خانگی زنان به صورت معقول در نظام جامعه محاسبه شود، مهندسی اشتغال زنان نیز وضعیتی جدید و مناسب‌تر خواهد یافت. جامعه‌شناسانی چون گیدنز نیز بر اهمیت کار بی‌مزد خانگی در اقتصاد جامعه تاکید می‌کنند (گیدنز، ۱۳۸۷: ۱۹۶). اینان معتقدند تقسیم‌کار جنسیتی ساخته و پرداخته اجتماع است و ربطی به تفاوت‌های طبیعی دو جنس ندارد، یعنی شغل‌ها مهر مردانه یا زنانه می‌خورند. خانه‌داری، کارگری رایگان و بدون دستمزد است، درحالی که خانه‌داری کاری واقعی است. پژوهش‌های فمینیستی در مورد کارگران زن در کارخانه‌ها آناپولرت (۱۹۸۱) حاکی است که تلقی زنان از کار در درجه اول خانه‌داری است. درحالی که بررسی‌های نظیر پژوهش اکلی^۱ (۱۹۷۴) نشان می‌دهد که اشتغال در زندگی زنان شاغل نقش محوری دارد؛ اما از زنان انتظار می‌رود خود را با کار مضاعف وفق دهند.

تحقیق جامعه‌شناختی احمدنیا با عنوان اثرات اشتغال بر سلامت اجتماعی برگرفته از پژوهش سترگ (۱۳۸۳) در شهر تهران بیانگر این است که شرایط کاری چه در مورد کار در ازای درآمد و چه در مورد کار خانگی، بر سلامت اجتماعی زنان تاثیر می‌گذارد. مطالعات در زمینه بررسی رابطه سلامت اجتماعی و اشتغال زنان، تاکنون عمدتاً در کشورهای غربی به انجام رسیده و شواهد حاکی از غلبه تاثیر مثبت کار بر سلامت اجتماعی زنان است.

¹. Ann Oakley

پژوهشی توسط حسینی و تقی‌پور (۱۳۸۹) با عنوان بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی زنان شاغل و سلامت اجتماعی آنان، نمونه‌ی تحقیق بر روی ۳۴۰ نفر از زنان شاغل شهر تهران بوده و یافته‌ها بیانگر و موید رابطه‌ی مثبت بین حمایت اجتماعی زنان شاغل با سلامت اجتماعی آنان می‌باشد.

یافته‌های عبدالله‌تبار و دیگران (۱۳۸۶) درخصوص سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران نشان می‌دهد بین متغیرهای وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، جنسیت، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال دانشجویان و سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

موحدی (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی شهر تهران بر روی ۳۳۰ نفر از کارکنان بانک ملی تهران با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده صورت گرفته است و هم‌چنین بین اشتغال و سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود دارد. یافته‌ها گویای رابطه‌ی مثبتی بین سلامت اجتماعی و میزان کیفیت زندگی کارکنان بوده است.

تحقیقی توسط آلبرایت^۱ (۱۹۹۲) تحت عنوان نگرش نسبت به مادران شاغل، منطبق کردن نیازهای مادران با نیروی کار و رابطه آن با سلامت مادران انجام گرفته است. از نظر آلبرایت غالباً در محیط کار موانعی وجود دارد که ارتقا و پیشرفت زنان را محدود می‌کند. نتایج حاصل نشان می‌دهد اقدامات حمایتی در محیط کار مانند ایجاد انعطاف در ساعات کار زنان، داشتن فرصت‌هایی کوتاه برای ترک محل کار و احداث محل‌هایی برای مراقبت از کودکان آن‌ها در محل کارشان باشد تا بتوانند در نزدیکی محل کار به مراقبت از فرزندان بپردازند.

لاروچ^۲ (۱۹۹۸) مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه بوستون ماساچوست انجام داد. نتایج نشان داد که زنان دانشجو به نحو معناداری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند.

کییز (۱۹۹۸) در تحقیق خود به بررسی رابطه‌ی بین سلامت اجتماعی، از خودبیبگانگی و ناهنجاری اجتماعی پرداخته است. وی در مطالعه سلامت اجتماعی در ایالات متحده نتایج زیر را به دست آورد: بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه‌های مثبت زیادی مشاهده شد. هم‌چنین سطوح سلامت اجتماعی به خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند میزان بالاتری داشت.

کیکوگنانی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تاثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی

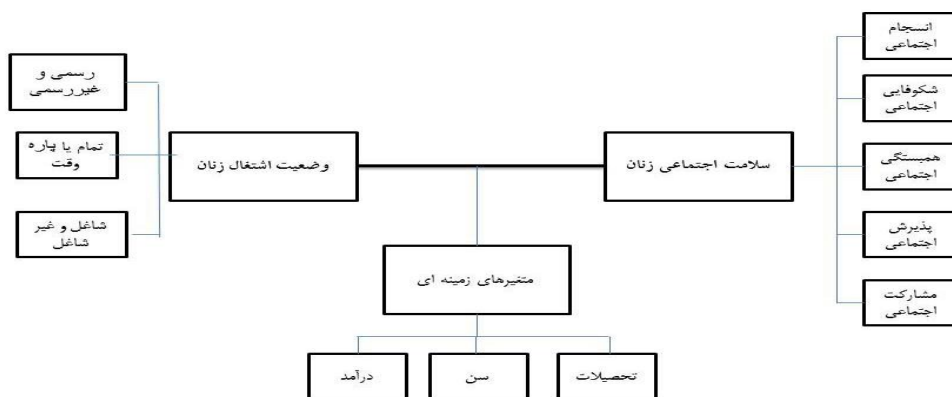
¹. Albright

². Laroche

پردازند. نتایج نشان می‌دهند مشارکت اجتماعی، درک اجتماعی و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالایی قرار دارد. و همچنین مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به طور مثبت سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند.

همان‌طور که پیشینه تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد، تحقیقات متعددی در خصوص سلامت اجتماعی زنان و ابعاد آن صورت گرفته با این حال تا حال تحقیقی که به بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان و سلامت اجتماعی آنان به ویژه در شهر مراغه پردازد انجام نشده است و از این نظر تحقیق حاضر با تحقیقات دیگر در این زمینه متمایز می‌گردد. حال اهداف کلی و جزئی تحقیق حاضر به شرح زیر می‌باشد:

- تعیین تفاوت بین وضعیت اشتغال زنان (شاغل و غیرشاغل) با میزان سلامت اجتماعی آنان در شهر مراغه
 - تعیین تفاوت میزان سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل پاره‌وقت و تمام‌وقت شهر مراغه
 - تعیین تفاوت میزان سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل رسمی و غیررسمی شهر مراغه
 - تعیین تفاوت بین میزان درآمد و میزان سلامت اجتماعی زنان شاغل شهر مراغه
 - تعیین رابطه بین سن و میزان سلامت اجتماعی زنان شهر مراغه
 - تعیین تفاوت میزان سلامت اجتماعی زنان با توجه به سطح تحصیلات آنان در شهر مراغه
- باتوجه به بحث‌های نظری و مرور پیشینه تحقیق مدل مفهومی تحقیق در شکل شماره (۱) بصورت زیر می‌باشد.



شکل شماره (۱): مدل تحلیلی تحقیق

ابزار و روش تحقیق

این تحقیق بر مبنای هدف جزء تحقیقات کاربردی می‌باشد. جامعه آماری در پژوهش حاضر کلیه زنان بالای ۲۵ سال شهر مراغه می‌باشد که بر اساس سرشماری (۱۳۹۰) نفوس و مسکن کشور جمعیت زنان بالای ۲۵ سال ۴۰۶۴۲ نفر می‌باشد.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده است که با توجه به حجم جامعه تعداد ۳۸۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شد.

روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای و تصادفی می‌باشد. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده می‌شود. برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز و برای سنجش وضعیت اشتغال زنان از پرسشنامه محقق ساخته استفاده می‌شود.

روایی و پایایی پرسشنامه

برآورد «اعتبار^۱» پرسشنامه نیز از طریق «اعتبار صوری^۲» صورت گرفته است. پایایی کل مقیاس آماره «آلفا» می‌باشد. به این ترتیب پس از ارائه پرسشنامه به ۳۰ نفر از زنان و انجام پیش‌آزمون، برآورد پایایی پرسشنامه این تحقیق از طریق آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار spss انجام شد.

نتایج و یافته‌ها

نتایج حاصل از آمارهای توصیفی نشان می‌دهد در مجموع از ۳۸۰ نفر مورد نمونه ۲۲۴ نفر شاغل و ۱۵۶ نفر خانه‌دار می‌باشد که بیشترین درصد ۵۸/۹ را شاغلین و کمترین ۴۱/۱ درصد را زنان خانه‌دار به خود اختصاص دادند. میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان شهر مراغه ۳/۹۴۵ می‌باشد که ۳۹ درصد سلامت اجتماعی بالا و ۴۶ درصد سطح سلامت اجتماعی متوسط و کمترین درصد یعنی ۶ درصد سلامت اجتماعی پایین داشته‌اند در بین شاغلین میانگین سلامت اجتماعی ۳/۸۱۲۶ و در بین زنان خانه‌دار ۳/۰۳۷۷ می‌باشد که نشانگر سطح بالای سلامت اجتماعی در بین شاغلین می‌باشد، همچنین ۱۴/۷ درصد شاغلین تمام وقت با میانگین سلامت اجتماعی ۳/۲۳۲۰ و شاغلین پاره وقت ۴۴/۲ درصد با میانگین سلامت اجتماعی ۴/۰۰۶۱ می‌باشد. ۸۰ نفر شاغلین غیررسمی با میانگین سلامت اجتماعی ۳/۵۱۵۷ و شاغلین رسمی با ۱۴۴ نفر میانگین سلامت اجتماعی ۳/۹۷۷۵ می‌باشد و همچنین بیشترین درصد ۴۱/۱ زنان خانه‌دار و کمترین درصد ۲۱/۱ را شاغلین غیر رسمی به خود اختصاص داده است. ۱۵ درصد کم سواد و ابتدایی، ۲۵/۸ درصد دارای مدرک دیپلم و پیش‌دانشگاهی، ۱۰ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۴۰/۸ درصد دارای مدرک لیسانس و ۸/۴ درصد دارای مدرک فوق‌لیسانس و بالاتر می‌باشند. بیشترین درصد ۴۰/۸ دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۸/۴ درصد دارای مدرک فوق‌لیسانس و بالاتر می‌باشد. همچنین بیشترین درصد ۴۳/۲ درآمد بالا و کمترین درصد ۱۰/۳ به گروه کم درآمد تعلق دارد.

¹ Validity

² Face Validity

یافته‌های استنباطی

شش فرضیه برای آزمون ارائه شده است که با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون دو متغیره مورد آزمون قرار گرفتند و نتایج حاصله به شرح جداول می‌باشد.

فرضیه ۱: بین وضعیت اشتغال زنان با سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

جدول شماره (۱): آزمون تی‌تست

متغیر وابسته	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	معناداری
سلامت اجتماعی	شاغل	۳/۸۱۲۶	۰/۴۷۷۵۵	۳۷۸	۲۷۴/۱۵	۰/۰۰۰
	غیر شاغل	۳/۰۳۷۷	۰/۴۹۹۰۲			

برای سنجش فرضیه از آزمون تی‌تست استفاده شده است با توجه به این که سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است نشان از تفاوت سلامت اجتماعی بین دو گروه زنان شاغل و غیر شاغل می‌باشد و سلامت اجتماعی در بین شاغلین بیشتر از غیر شاغلین می‌باشد، بنابراین رابطه معنی‌دار است.

فرضیه ۲: میزان سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل رسمی و غیررسمی در شهر مراغه تفاوت معنا-داری با هم دارد.

جدول شماره (۲): آزمون برابری میانگین‌ها برای نمونه‌های مستقل

متغیر وابسته	نوع شغل	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	معناداری
سلامت اجتماعی	تمام وقت	۳/۲۳۲۰	۰/۲۲۱۲۵	۱۶۰/۰۹۲	-۱۸/۸۱۰	۰/۰۰۰
	پاره وقت	۴/۰۰۶۱	۰/۳۷۱۶۴			

برای سنجش میانگین یک متغیر در دو گروه از آزمون برابری میانگین‌ها برای نمونه‌های مستقل استفاده می‌کنیم با توجه به جدول شماره (۲) سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است و فرضیه مورد تایید قرار می‌گیرد و سلامت اجتماعی در بین دو گروه تفاوت معناداری دارد.

فرضیه ۳: میزان سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل رسمی و غیررسمی تفاوت معناداری دارد.

جدول شماره (۳): آزمون برابری میانگین‌ها برای نمونه‌های مستقل

متغیر وابسته	قرارداد شغل	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	معناداری
سلامت اجتماعی	رسمی	۳/۹۷۷۵	۰/۴۲۹۸۷	۲۲۲	۷/۸۱۳	۰/۰۰۰
	غیررسمی	۳/۵۱۵۷	۰/۴۱۲۸۲			

از آزمون برابری میانگین‌ها برای نمونه‌های مستقل استفاده شده است با توجه به جدول شماره (۳) سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است فرضیه مورد تایید است و سلامت اجتماعی بین دو گروه تفاوت معنا-داری دارد و سطح سلامت اجتماعی در بین شاغلین رسمی از غیررسمی اندکی بیشتر است.

فرضیه ۴: بین سلامت اجتماعی و سن رابطه معناداری وجود دارد.

جدول شماره (۴): نتایج آزمون پیرسون

فرضیه	تعداد	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری
بین سلامت اجتماعی زنان و سن رابطه وجود دارد.	۳۸۰	-۰٫۳۵۷	۰/۰۰۰

با توجه به این که هر دو متغیر در سطح فاصله‌ای است از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است و ضریب پیرسون -۰/۳۵۷ است. بنابراین فرضیه مورد تایید قرار می‌گیرد و بین سن و میزان سلامت اجتماعی زنان شهر مراغه رابطه معناداری وجود دارد. فرضیه ۵: بین سلامت اجتماعی بر حسب تحصیلات تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره (۵): تحلیل واریانس یک‌طرفه مقایسه میزان سلامت اجتماعی زنان براساس تحصیلات

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
۵۸/۳۶۹	۴	۱۴/۵۹۲	۶۳/۴۱۰	۰/۰۰۰
۸۶/۲۹۶	۳۷۵	۰/۲۳۰		
جمع	۳۷۹	۱۴۴/۶۶۵		

برای سنجش این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس استفاده شده است با توجه به جدول شماره (۵) $f=۶۳/۴۱۰$ و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۰ این فرضیه مورد تایید می‌باشد و سلامت اجتماعی در بین گروه‌های تحصیلی متفاوت می‌باشد هم‌چنین آزمون LSD برای مقایسه گروه‌های تحصیلی استفاده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود سطح سلامت اجتماعی در بین گروه‌های تحصیلی بالا بیشتر است.

جدول شماره (۶): آزمون LSD

سطح معناداری	انحراف معیار	تفاوت میانگین (I-J)	گروه (J)	گروه (I)
۰/۰۰۸	۰/۰۷۹۹۱	-۰/۲۱۳۸۴	دیپلم	
۰/۰۰۰	۰/۱۰۰۴۶	-۰/۴۶۷۲۵	فوق‌دیپلم	
۰/۰۰۰	۰/۰۷۴۳۱	-۰/۷۹۸۶۸	لیسانس	کم‌سواد ابتدایی
۰/۰۰۰	۰/۱۰۵۹۷	-۱/۳۴۵۲۶	فوق لیسانس و بالاتر	کم‌سواد ابتدایی
۰/۰۰۸	۰/۰۷۹۹۱	۰/۲۱۳۸۴	کم‌سواد ابتدایی	
۰/۰۰۶	۰/۰۹۱۶۷	-۰/۲۵۳۴۱	فوق‌دیپلم	دیپلم
۰/۰۰۰	۰/۰۶۱۹۱	-۰/۵۸۴۸۳	لیسانس	
۰/۰۰۰	۰/۰۹۷۶۷	-۱/۱۳۱۴۱	فوق لیسانس و بالاتر	

کم سواد ابتدایی	۰/۴۶۷۲۵	۰/۱۰۰۴۶	۰/۰۰۰
فوق دیپلم	دیپلم	۰/۲۵۳۴۱	۰/۰۰۶
لیسانس	۰/۳۳۱۴۳	۰/۰۸۶۸۴	۰/۰۰۰
فوق لیسانس و بالاتر	۰/۸۷۸۰۱	۰/۱۱۵۱۰	۰/۰۰۰
کم سواد و ابتدایی	۰/۷۹۸۶۸	۰/۰۷۴۳۱	۰/۰۰۰
لیسانس	دیپلم	۰/۵۸۴۸۳	۰/۰۶۱۹۱
فوق دیپلم	۰/۳۳۱۴۳	۰/۸۶۸۴	۰/۰۰۰
فوق لیسانس و بالاتر	۰/۵۴۶۵۸	۰/۰۹۳۱۵	۰/۰۰۰
کم سواد و ابتدایی	۱/۳۴۵۲۶	۰/۱۰۵۹۷	۰/۰۰۰
فوق لیسانس و بالاتر	دیپلم	۱/۱۳۱۴۱	۰/۰۹۷۶۷
فوق دیپلم	۰/۸۷۸۰۱	۰/۱۱۵۱۰	۰/۰۰۰
لیسانس	۰/۵۴۶۵۸	۰/۰۹۳۱۵	۰/۰۰۰

فرضیه ۶: بین سلامت اجتماعی زنان برحسب درآمد تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره (۷): تحلیل واریانس یک طرفه مقایسه میزان سلامت اجتماعی زنان براساس درآمد

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	بین گروهی
۰/۰۰۰	۱۱۴/۹۲۰	۱۹/۹۱۸	۴	۷۹/۶۷۱	بین گروهی
		۰/۱۷۳	۳۷۵	۶۴/۹۹۴	درون گروهی
			۳۷۹	۱۴۴/۶۶۵	جمع

برای سنجش فرضیه از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شده است با توجه به جدول شماره (۷) و سطح معناداری ۰/۰۰۰ فرضیه مورد تایید قرار می‌گیرد و همچنین برای مقایسه سلامت اجتماعی در بین گروه‌های درآمدی از LSD استفاده شده است.

جدول شماره (۸): آزمون LSD

سطح معناداری	انحراف معیار	تفاوت میانگین (I- J)	(J) درآمد	(I) درآمد
۰/۰۰۰	۰/۰۷۳۴۱	۰/۲۸۱۶۷	تا ۵۰۰ هزار تومان	درآمد
۰/۰۰۰	۰/۰۷۳۴۱	۱/۰۰۸۳۴	تا ۱ میلیون	درآمد
۰/۰۰۰	۰/۰۵۱۰۳	۰/۸۲۵۹۶	تا ۱/۵ میلیون	بدون درآمد
۰/۰۰۰	۰/۰۹۰۹۹	۱/۲۹۳۴۲	بیش از ۱/۵	درآمد
۰/۰۰۰	۰/۰۷۳۴۱	۰/۲۸۱۶۷	بدون درآمد	درآمد
۰/۰۰۰	۰/۰۹۳۰۹	۰/۷۲۶۶۷	تا ۵۰۰ هزار تومان	تا ۱ میلیون
۰/۰۰۰	۰/۰۷۶۶۸	۰/۵۴۴۲۹	تا ۱/۵ میلیون	تا ۱ میلیون

	بیش از ۱/۵	-۱/۰۱۱۷۵	۰/۱۰۷۴۹	۰/۰۰۰
	بدون درآمد	۱/۰۰۸۳۴	۰/۰۷۳۴۱	۰/۰۰۰
	تا ۱ میلیون	۰/۷۲۶۶۷	۰/۰۹۳۰۹	۰/۰۰۰
	تا ۱/۵ میلیون	۰/۱۸۲۳۸	۰/۰۷۶۶۸	۰/۰۱۸
	بیش از ۱/۵	-۰/۲۸۵۰۸	۰/۱۰۷۴۹	۰/۰۰۸
	بدون درآمد	۰/۸۲۵۹۶	۰/۰۵۱۰۳	۰/۰۰۰
	تا ۱/۵ میلیون	۰/۵۴۴۲۹	۰/۰۷۶۶۸	۰/۰۰۰
	تا ۱ میلیون	-۰/۱۸۲۳۸	۰/۰۷۶۶۸	۰/۰۱۸
	بیش از ۱/۵	-۰/۴۶۷۴۶	۰/۰۹۳۶۴	۰/۰۰۰
	بدون درآمد	۱/۲۹۳۴۲	۰/۰۹۰۹۹	۰/۰۰۰
	بیش از ۱/۵	۱/۰۱۱۷۵	۰/۱۰۷۴۹	۰/۰۰۰
	تا ۱ میلیون	۰/۲۸۵۰۸	۰/۱۰۷۴۹	۰/۰۰۸
	تا ۱/۵ میلیون	۰/۴۶۷۴۶	۰/۰۹۳۶۴	۰/۰۰۰

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که شرایط کاری چه در مورد کار در ازای درآمد و چه در مورد کارخانگی، بر سلامت اجتماعی فرد تاثیر می‌گذارد و نتایج به دست آمده کمابیش با یافته‌های تحقیقات غربی کبیز و شاپیرو در خصوص معنی‌داری و جهت رابطه متغیرهای عمده حاضر در مدل نظری تحقیق هماهنگی نشان می‌دهد. هم چنین با یافته‌های حسینی و تقی‌پور در خصوص رابطه بین اشتغال و سلامت اجتماعی همخوانی دارد. ولی با تحقیق احمدنیا در خصوص رابطه سلامت و اشتغال زنان همخوانی ندارد. هم چنین نتایج تحقیق با تحقیق موحدی در خصوص رابطه معنادار کیفیت زندگی کارکنان با میزان سلامت اجتماعی همخوانی دارد. نتایج تحقیق با یافته‌های عبداله‌تبار و همکاران نیز در خصوص معنی‌داری رابطه بین سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال با سلامت اجتماعی همخوانی دارد. طبق نظریه بازار کار سلامت اجتماعی در بین شاغلین رسمی و پاره وقت بالا می‌باشد. توجه به ابعاد مختلف سلامت، به ویژه سلامت اجتماعی و عوامل دخیل در آن، در مورد جامعه ما که به عنوان یک جامعه دارای جمعیت جوان است، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از سوی دیگر، در دهه‌های اخیر، با ورود زنان به دانشگاه‌ها و متعاقباً تقاضای آن‌ها برای ورود به بازار کار مواجه هستیم و از آنجایی که شغل به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی موثر بر سلامت افراد مطرح است و سلامت زنان سلامت خانواده و نهایتاً سلامت جامعه را در بر خواهد داشت. از این رو سوال مهمی که به ذهن متبادر می‌شود این خواهد بود که کدام جنبه از اشتغال بیشترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی دانشجویان زن دارد. به دنبال طرح این مساله، تحقیق حاضر با هدف بررسی رابطه بین میزان سلامت اجتماعی و اشتغال زنان شکل گرفته است.

جامعه آماری، زنان شهر مراغه می‌باشند که در دو بعد شاغل و غیرشاغل (۱۳۹۴) ساکن این شهر هستند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای احتمالی و نمونه آماری به حجم ۳۸۰ نفر از بین خوشه‌ها انتخاب شده است. روش تحقیق پیمایش و اطلاعات با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شده است.

علاوه بر این، چارچوب تئوریک تحقیق شامل نظریه کبیز و رویکردهای مثبت و منفی ارتباط اشتغال و سلامت است. بر اساس مدل تحلیلی، متغیرهای شغل (وضعیت اشتغال، نوع شغل و شرایط شغلی)، بر سلامت اجتماعی زنان تاثیر می‌گذارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که در سطح همبستگی‌های دو متغیره، داشتن و یا نداشتن شغل و نیز نوع شغل، تفاوتی در میزان سلامت اجتماعی زنان ایجاد کرده است. به عبارتی، شرایط شغلی بیشترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی دارد. از میان متغیرهای شرایط شغلی، میزان درآمد ماهیانه و اشتغال پاره‌وقت، بیشترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی زنان داشته‌اند. از میان متغیرهای زمینه‌ای، بین سن، درآمد و تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه وجود داشته است.

با توجه به مطالب عنوان شده و از آن‌جا که فرد شاغل به عنوان عضو مفیدی از جامعه صاحب مقام و منزلت و جایگاهی در محل کار و جامعه می‌شود و این جایگاه برایش احترام، استقلال فکری و اقتصادی، خودباوری و اعتماد به نفس، موفقیت، احساس ارزشمندی و از همه مهم‌تر رفع نیازها و احتیاجات مادی، معنوی و فکری را به دنبال دارد، می‌توان گفت شرایط لازم برای رسیدن به سلامت اجتماعی را داراست و فرد سالم می‌تواند خانواده‌ای سالم را بنا نماید که فرزندان این خانواده بر اساس تجربیات دوران زندگی خویش در محدوده خانواده، بتوانند کارآفرینان و آینده‌سازان جامعه باشند و به این ترتیب به ارتقاء سلامت اجتماعی جامعه کمک نمایند. بنابراین همان‌گونه که نتایج پژوهش‌های مذکور و بسیاری از تحقیقات دیگر نیز نشان می‌دهد اشتغال رابطه مستقیم با سلامت اجتماعی فرد، خانواده و جامعه دارد.

برخی از مزایای اشتغال از نظر اجتماعی عبارتست از: افزایش احساس ایمنی، ارزشمندی، عزت نفس و نشاط، کسب هویت موفق و سازنده، کاهش اضطراب ناشی از نیازهای اقتصادی، ایجاد فرصتی برای برقراری روابط دوستانه و مشارکت‌های اجتماعی، بهره‌گیری از قابلیت‌ها و توانمندی‌های فردی و صرف انرژی در راه مطلوب، احساس تعلق به جامعه، ایجاد تنوع در زندگی، نظم دادن به امور روزمره، جلوگیری از رخوت، سستی، احساس گناه یا بروز افکار خودکشی و همچنین رفع نیازهایی چون نیاز به موفقیت و خدمت کردن به جامعه.

از این مهم نباید غافل بود که اشتغال از عوامل اصلی همبستگی و اتحاد ملی است، این ایده (اتحاد از راه اشتغال) در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، به عنوان عنصری اصلی در مدل‌های ایجاد اتحاد ملی به حساب می‌آید. بی‌شک حل معضل بیکاری، مستلزم برنامه‌ریزی علمی و دقیق و مشارکت متعهدانه تمامی مراجع تاثیرگذار است. تا اشتغال به گفتمان اخلاقی و غالب جامعه تبدیل نشود، نمی‌توان سونامی بیکاری را مهار کرد و از بین برد. راه دشواری برای مهار پدیده بیکاری، پیش‌روی کشورمان است که همتی بالا و مشارکتی بی‌همتا می‌طلبد.

پیشنادهای کاربردی

- برخی از مهم‌ترین راهکارهای رفع معضل بیکاری و همچنین اشتغال موثر زنان و ارتقای سلامت اجتماعی زنان خانه‌دار عبارت است از:
- گسترش آموزش‌های فنی و حرفه‌ای
 - کاهش بی‌سوادی و فقر در مناطق محروم برای بهره‌گیری هرچه بیشتر مردم از انواع فناوری‌های جدید در جهت آموزش بهتر
 - بازنشستگی پیش از موعد نیروی کار جهت ایجاد فرصت شغلی برای زنان
 - وضع قانونی برای ممنوعیت کار بیش از ساعت مشخص و همچنین تصدی بیش از یک شغل توسط یک نفر
 - ایجاد دفاتر مشاوره شغلی و حمایت از زنان جویای کار
 - تشویق بخش خصوصی در جهت اجرای پروژه‌های اشتغال‌زا برای زنان
 - تشکیل صندوق سرمایه‌گذاری اشتغال زنان و حمایت از طرح‌های خوداشتغالی و کارآفرینی زنان خانه‌دار، توجه به صنایع کوچک اشتغال‌زا که به سرمایه‌گذاری کمتری احتیاج دارند
 - گسترش پروژه‌های کار در منزل و بررسی و ارزیابی سالانه مشاغل مورد نیاز جامعه در سال‌های آینده

پیشنادهای پژوهشی

- بررسی ارتباط بین تقسیم کار خانگی با میزان سلامت اجتماعی زنان
- بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار
- بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی دانشجویان متاهل

منابع

- آیوت، پ. (۱۳۸۰). **جامعه‌شناسی زنان**. ترجمه: ن، عراقی. تهران: نشرنی.
- احمدنیا، ش. (۱۳۸۳). اثرات اشتغال بر سلامت زنان. **فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**. شماره ۱۲.
- تقی‌پور، م؛ و دیگری. (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی بین حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. **فصلنامه علمی پژوهشی**. سال سوم، شماره ۷.
- سام آرام، ع. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس محور. **فصلنامه علمی - پژوهشی انتظامی اجتماعی**. شماره اول، صص ۹-۲۹.
- صبوری، س. (۱۳۹۰). **بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش شهر تهران**. پایان‌نامه کارشناسی، رشته علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران.
- عبدالله‌تبار، ه؛ و دیگری. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. **فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی**. شماره ۳۰ و ۳۱، صص ۱۸۹-۱۷۱.
- گیدنز، آ. (۱۳۸۷). **جامعه‌شناسی**. ترجمه: م، صبوری. تهران: نشرنی.
- مودی، ا. (۱۳۸۸). **بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران**. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- ویلیکینسون، ر. (۱۳۸۳). **تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت**. ترجمه: م، زارع و دیگری. مرکز بین‌المللی بهداشت جامعه، سازمان بهداشت جهانی، انتشارات: سیمین‌دخت.

-
- Arber, Sara. (1991). "class, Paid Employment, and Family Roles: Making sense of structural; Disadvantage, Conder and Health status". **Social science and Medicine**. 32, P.p: 425-436.
- Barnett, L. J. (1993). Fire and ice in marital communication: hostile and distancing behaviors as predictors of marital distress. **Journal of marriage and the family**. 62, P.p: 693-707.
- Bartly, M. Popcy, J, Plewis. (1992). "Domestic condition, paid Employment and women's Experience of Ill- Health. **Sociology of Health and illness**. 14(3), P.p: 313-343.
- Keyes, Corey Lee. M. (1998). **social well-being, social Psychology, Quarterly**. v. 61, N. 2, P.p: 121-190.
- Keyes, corey lee .M & Shapiro, Adam. (2004). **Social wellbing in the united states: A De**. Keyes. shapiro. (2004). **mental hggiene, new Jersey, Englewood cliffs**. p:768.