



بررسی اشتغال زنان و پیام آن بر سلامت عمومی خانواده در شهرستان شادگان در سال ۹۴ - ۱۳۹۳

شهین کاظمی زاده ۱

جعفر شویچی ۲

سیما تشکری ۳

حسن صالحی نیک ۴

۱. مدرس مدعو گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور جمهوری اسلامی ایران، تهران و نویسنده مسئول، SHahin.kazemizade@yahoo.com

۲. عضو هیات علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور جمهوری اسلامی ایران، تهران.

۳. کارشناس ارشد مدیریت MBA دانشگاه علوم و فنون مازندران.

۴. دانشجوی کارشناسی پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور جمهوری اسلامی ایران، تهران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف ارائه تصویری جامعه شناختی از اشتغال زنان و پیام آن بر سلامت عمومی خانواده در سطح شهرستان شادگان صورت پذیرفته است. در این پژوهش از روش تحقیق میدانی - پیمایشی استفاده شده است و جامعه آماری تحقیق شامل کلیه ی زنان و مردان بالای ۱۸ سال در سطح شهرستان شادگان می باشند که از این جامعه، حجم نمونه ای به تعداد ۳۵۳ نفر با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردید که در نهایت از این حجم، تعداد ۲۵۰ نفر بعنوان نمونه به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای، تقلیل و انتخاب شدند. پژوهش حاضر شامل چهار فرضیه است که در قالب پرسشنامه ای با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت، تهیه و مورد آزمون قرار گرفت که روایی و پایایی ابزار توسط متخصصان این حوزه تایید شد. همچنین تجزیه و تحلیل اطلاعات و کد گذاری متغیرها در نرم افزار SPSS انجام شد.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه ها بر طبق آمار توصیفی و آزمون کای اسکویر به وجود تفاوت معنی دار بین فرضیه ها منجر شد، یعنی بین نوع شغل، سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، حمایت اجتماعی، عزت نفس و میزان سلامت عمومی زنان شاغل رابطه معنی دار وجود دارد.

واژگان کلیدی: اشتغال زنان، حمایت اجتماعی، سلامت عمومی خانواده

۱. مدرس مدعو گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور جمهوری اسلامی ایران، تهران و نویسنده مسئول، SHahin.kazemizade@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد مدیریت MBA دانشگاه علوم و فنون مازندران.

۴. دانشجوی کارشناسی پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور جمهوری اسلامی ایران، تهران.

۲. عضو هیات علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور جمهوری اسلامی ایران، تهران.



مقدمه

سلامت یک مفهوم نسبی است و معانی و جلوه های آن در فرهنگ های مختلف با هم متفاوت است. درک و کشف معنای سلامت که یک مفهوم بنیادین، گسترده و با معنای فردی است می تواند در بخش های مختلف برنامه های توسعه مؤثر باشد.

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی تردید از مهم ترین ابعاد مسائل حیات انسان است و شرط ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و همه ی انسان ها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم بدانند و هم جامعه آن ها را سالم بداند. درست است که تعاریف متفاوتی از سلامت ارائه شده است اما پذیرفته شده ترین آن ها تعریف "سازمان جهانی بهداشت" است: "سلامت، حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمانی و اجتماعی و فقط فقدان بیماری یا نقص عضو نیست" (محسنی تبریزی، ۴۶: ۱۳۷۶؛) اما هنگامی که بحث جنسیت و سلامت به میان می آید بایستی در بکار بردن این مفهوم دقت کنیم چرا که مفهومی متغیر در بین دو جنس محسوب می شود. درست است که میزان مرگ و میر زنان در برخی از گروه های سنی کمتر از مردان است اما زنان بر اساس آمار های بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع برخی از بیماری ها در میان آنان بیشتر است و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی-درمانی شرایط نامساعدتری دارند. "سازمان جهانی بهداشت" بر این عقیده است که این تفاوت ها در رابطه با جنسیت از بدو تولد در سراسر جهان مطرح است (محسنی تبریزی، ۴۷: ۱۳۷۶).

زنان مدیر خانواده و سلامت آنان اساس خانواده و پیش شرط توسعه است. انسان های سالم محور توسعه ی پایدار اند و زنان پرورش دهندگان انسان های سالم. بی توجهی به سلامت زنان، می تواند سبب مشکلات پایدار در شیوه ی زندگی و سلامت نسل های بعد می شود. سلامت موضوعی چند بعدی است و تمام ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. برنامه ریزی برای دسترسی به خدمات روانی-اجتماعی و بهداشتی-درمانی نیازمند کشف و تفسیر دیدگاه ها و پرداختن به علل و عوامل بینابینی چون سلامت است (پرویزی، سیدفاطمی و کیانی، ۱۳۸۷: ۴).

از سوی دیگر زنان با نابرابری ها، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پر خطر بیشتری روبه رو هستند که سلامت آنان را به مخاطره خواهد انداخت، از این رو بر سلامت خانواده و جامعه نیز تأثیر خواهد گذاشت. بعضی از مشکلات در زمینه ی سلامت زنان عبارتند از: تجربه ی مکرر خشونت خانگی، نداشتن دسترسی به امکانات آموزشی در برابر مردان، فرصت های شغلی نابرابر، فقر و درآمد نابرابر، تنش زیاد، افسردگی و گوشه گیری، ایفای نقش های متعدد خانوادگی و تضاد در این نقش ها و نبود خدمات بهداشت باروری (پرویزی، سیدفاطمی و کیانی، ۱۳۸۷: ۵).

به نظر می رسد که یکی از موضوعات مهم و مورد توجه در زمینه ی سلامت زنان پیامدهای روان شناختی اشتغال زنان باشد. در سال های اخیر، اگرچه حضور زنان در عرصه های شغلی افزایش قابل ملاحظه ای داشته اما اطلاعات ما در زمینه ی رابطه ی اشتغال زنان با سلامت آنان ناکافی است، زیرا تا این اواخر عمده پژوهش ها در زمینه ی استرس های شغلی بر پایه ی تجارب مردان شاغل بوده است (بیتی، ۱۹۹۶، لانگ و کان، ۱۹۹۳: ۲۸).

اگرست معتقد است زنان علاوه بر ایفای نقش های شغلی مجبور به ایفای سایر نقش ها چون حفظ شبکه ی خانواده، دوستان و فرزندان نیز هستند. بنابراین تلاش بیشتر برای ایجاد هماهنگی بین نقش های حرفه ای و خانوادگی، می تواند رضایت شغلی و سلامت روان زنان را تحت تأثیر قرار دهد (خسروی و خاقانی فرد، ۱۳۸۶: ۲۸).



امروزه مشارکت روز افزون زنان در بیرون از خانه باعث تقویت حس اعتماد به نفس و استقلال و افزایش قدرت تصمیم گیری و برخورد مناسب با رویدادها و حوادث زندگی و اثر مطلوب بر روابط خانوادگی شده است. در واقع زن با کار و فعالیت اجتماعی قدرت خلاقیت، کارایی و استقلال بیشتری می یابد چرا که زن در ازای دریافت حاصل از فعالیت اجتماعی و همچنین تبادل اطلاعات علم و آگاهی و تعامل اجتماعی استقلال عمل بیشتری می یابد و بهتر می تواند در برابر مشکلات خانه و محیط کار تصمیم گیری و مداخله نماید.

بطور کلی باید گفت هر چه زنان بیشتر وارد عرصه ی اجتماعی شوند به همان نسبت بحران هویت فردی و اجتماعی، افسردگی و انزوایابی، بیزاری از نظام کنترل اجتماعی، بی اعتمادی و بدبینی به قوانین و قواعد حاکم بر جامعه در این قشر عظیم کاسته خواهد شد.

مهمترین مسئله ای که در اشتغال زنان باید مورد توجه قرار گیرد وجود نقش های متعددی است که زنان باید به عنوان همسر و مادر و گرداننده ی خانواده به عهده گیرند. نقش هایی که در جامعه ی ما به صورت سنتی به آن ها نگریسته می شود و گاهی با نقش مدرن زن به عنوان یک فرد شاغل در خارج از خانه ناهماهنگ می باشد.

زنان شاغل در حالی که نقش های دوگانه ای را ایفا می کنند، در زمینه ی انجام وظیفه و مسئولیت های ناشی از نقش های خانگی و شغلی خود تا حد متوسطی دچار دوگانگی نقش می شوند.

زنان شاغل بار عمده ی ایفای مسئولیت سنگین خانه داری در کنار وظایف شغل و مسئولیت های حرفه ای و کار به تنهایی بر دوش آنان قرار می گیرد و آن ها در قبال این وظایف، خود را مسئول می بینند و مایلند شغل خود را حفظ کنند و به هر ترتیبی ادامه دهند، بنابراین در وضعی قرار می گیرند که از یک سو قادر به پاسخگویی کامل به انتظارات هر دو نقش خود نیستند و از سوی دیگر مایلند هر دو نقش خود را به خوبی ایفا نمایند (ندری ایپانه، ۱۳۸۵: ۹۱).

سلامت زنان مطمئن ترین راه برای رسیدن به زندگی بهتر برای همگان است و ظرفیت سازی و توانمند سازی آنان جهت مشارکت در برنامه های بهداشتی پیش نیاز اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه می باشد. آگاهی روزافزون در مباحث سلامت زنان موجب فزونی تلاش های بهداشت همگانی در سازماندهی فعالیت ها و ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری در اقشار مختلف زنان شده است. نکته ی قابل توجه اینکه ویژگی های جمعیتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوامع در حال توسعه و وضعیت زنان در این جوامع متفاوت می باشند که موجب پیامدهای متفاوتی بر ابعاد مختلف بهداشت و سلامت آنان می گردد که باید در برنامه ریزی های بهداشت و توسعه به آن ها توجه لازم را مبذول داشت.

مسئولیت و نقش های چندگانه ی زنان سلامت آن ها را مورد تهدید قرار می دهد. در بسیاری از جوامع زنان بار مضاعفی را تحمل می کنند و از آن ها انتظار می رود که هم مسئول کارهای خانه باشند و به نیازهای همسر و فرزندان شان و گاهی خویشاوندان دیگر رسیدگی کنند و هم در بیرون از خانه برای کسب درآمد کار کنند. در سراسر جهان در اغلب خانواده ها زنان اغلب نخستین کسانی هستند که صبح از خواب بر می خیزند و آخرین کسانی هستند که شب به بستر می روند. چنین زنانی چگونه می توانند به نیازهای بهداشتی خود بیاورند (مرتوس، ۱۳۸۲: ۱۲۵).

با توجه به مسئولیت زنان در جامعه و با توجه به محوری بودن آن ها در تحکیم خانواده و نقش بزرگ آن ها در اجتماع ضروری است جهت تأمین بهداشت و سلامت این گروه کوشش نموده تا بتوانند از این طریق در کل جامعه سلامتی را به ارمغان بیاورند.



بطور کلی اشتغال زنان باعث افزایش شناخت نسبت به خود که یکی از پایه های عمده ی سلامت زنان است می شود و منابع گوناگونی برای احساس رضایت در فرد و دریافت پاداش را ایجاد می کند؛ لذا زنان شاغل امکان انجام فعالیت های معقول و ارزشمند اجتماعی را به سبب افزایش عزت نفس پیدا می کنند. انجام مطالعه ای پیرامون ارتباط بین افسردگی و اشتغال در زنان آمریکایی نشان داد زنان شاغل کمتر از زنان غیر شاغل افسرده می شوند و آنان نمرات بالاتری در سلامت عمومی (رضایت از زندگی و اعتماد به نفس) و نمرات پایین تری نسبت به عدم امنیت و اضطراب دارند. به نظر می رسد که تحصیل و اشتغال دو عامل مهم در سلامت روان زنان است، سبک زندگی با نقش های متعدد به زنان شاغل اجازه می دهد که قالب هایی برای رشد شخصیتی و پیشرفت مادی خود داشته باشند. از سوی دیگر درآمد فرد شاغل، احساس مشارکت در اداره ی امور اقتصادی خانواده را افزایش می دهد و احساس عدم کنترل بر تصمیم گیری های خانواده و در حاشیه قرار گرفتن زنان را کاهش می دهد، "آربرت" طی تحقیقی نشان داد که اشتغال دارای درآمد برای سلامت زنان بدون فرزند و افراد بالای ۴۰ سال مفید است. کارشناسان معتقد اند که ارتباط بین کار و سلامتی یک رابطه ی دو جانبه است به گونه ای که سلامت روانی یا فیزیکی پایین، شانس زن را برای بدست آوردن اشتغال کاهش می دهد و از سوی دیگر اشتغال می تواند بر سلامت مؤثر باشد، اما به هر حال یک رابطه ی همه جانبه بین اشتغال زنان و سلامت فیزیکی و روان آنان وجود ندارد. نتایج تحقیقات نشان می دهد اشتغال در سلامت روان زنان مجرد بیشتر از زنان متأهل مؤثر است، لذا اشتغال در صورتی بر سلامت زنان متأهل مؤثر است که همسران آن ها در امور خانه مشارکت داشته باشند. همچنین برخی از ویژگی های شغلی مانند تقاضای سنگین شغل و کنترل کمتر بر شغل، ریسک عدم سلامت را افزایش می دهد و از سوی دیگر ارتباطات کاری سبب حمایت اجتماعی می گردد که خود سبب بهبود سلامت است. به نظر می رسد مردان کمتر تمایل به انعطاف و تغییر باورهای کلیشه ای خود دارند، هرچه زنان بیشتر مسئولیت کارهای خانگی را به عهده می گیرند شوهران آنها سازگاری زناشویی بیشتری را نشان می دهند. به گونه ای که پژوهشگران معتقد اند اشتغال زنان باعث درگیری بیشتر پدران در نگهداری فرزندان می شود و در کنار آن به علت درآمد زن، سطح اقتصادی زندگی شان بهبود می یابد که مرد نیز از این مسئله سود می برد (ندری ابیانه، ۱۳۸۵: ۹۱).

هدف این مقاله ضمن بررسی اشتغال زنان و پیام آن بر سلامت عمومی خانواده، رسیدن به پاسخ هایی علمی به پرسش های زیر می باشد:

۱. آیا بین نوع شغل و تحصیلات و وضعیت تاهل با سلامت عمومی زنان رابطه وجود دارد؟
۲. آیا بین زندگی زنان در اجتماع و سلامت عمومی رابطه ی معنی داری وجود دارد؟
۳. آیا بین حمایت اجتماعی و میزان سلامت عمومی زنان شاغل رابطه ی معنی داری وجود دارد؟
۴. آیا بین عزت نفس و میزان سلامت عمومی زنان شاغل رابطه ی معنی داری وجود دارد؟

وایتفورد (۲۰۰۲) اظهار می دارد: "امروزه عوامل تعیین کننده ی اقتصادی-اجتماعی سلامت، به خوبی بررسی شده و شواهد مستندی در دست است که هر چه افراد به لحاظ اجتماعی منزوی تر باشند، از سلامت روانی کمتری برخوردارند و به عکس هر چه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد آن جامعه سالم تر خواهد بود (بهزاد، ۱۳۸۱).



کای کاسلا و همکارانش به ارتباط بین آثار حمایت اجتماعی و آسایش روانی افراد بیکار پرداختند و دریافتند کسانی که حمایت اجتماعی خود را ناکافی ارزیابی کرده بودند، بیشتر از دیگران به کمک روان شناختی نیاز داشتند و افسرده تر بودند (رفیعی، ۱۳۸۰؛ ۴۹).

مای لی درباره ی اهمیت اعتماد به نفس می گوید: درجه ی رضایت از خود یا ارزشی که انسان برای خود قائل است برای رفتار و پویایی وی از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ به گونه ای که اگر به نحو سالم و متعادل در انسان رشد کند برای نگره داری سلامت و تعادل روانی فرد بسیار ضروری است (منصور و دادستان، ۱۳۷۳: ۸۵؛ ۲۲). در چارچوب مدل های تحلیلی نقش، در غرب دو رویکرد عمده - یکی با دید مثبت و دیگری با دیدگاهی منفی - به مسئله ی رابطه ی نقش اشتغال و سلامت در مورد زنان پرداخته است که به اختصار به فرضیه های عمده ی هر یک از این دو دیدگاه اشاره می شود.

در چارچوب رویکرد منفی، گذشته از نظریه ی پارسونز در مورد تفکیک کارکردی نقش زنان و مردان و تأکید وی بر لزوم عدم اشتغال زنان خانه دار، می توان از فرضیه های تکثر نقش، تضاد نقش، فشار بار اضافی نقش، فرضیه ی تقارب، فرضیه ی کمیایی و فرضیه ی فشار نقش نام برد. هر یک از این فرضیه ها به نوعی حکایت از این دارند که زنانی که به کار در ازای دستمزد می پردازند بیش تر احتمال دارد به دلایلی چون حجم بیشتر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت های بیشتر و استرس ناشی از ایفای چند نقش توأمان، از نظر سلامت در وضعیت نامطلوب تری نسبت به زنانی که صرفاً به ایفای نقش های سنتی مادری و همسری می پردازند، قرار گیرند (احمد نیا، ۱۳۸۳: ۲).

در مقابل در چارچوب مدل های رویکرد مثبت، به فرضیه ی اعتدالی نقش، نظریه ی بسط نقش و فرضیه ی تجمع نقش می توان استناد نمود که طی آن نقش اشتغال به عنوان نقش جدیدی به نقش های سنتی زنان اضافه شده، به عنوان یک امر مثبت و پرفایده در نظر گرفته می شود. در اینجا مکانیسم تأثیرگذاری مثبت نقش اشتغال از طریق عزت نفس افزایش یافته، درآمد بیشتر، کسب حمایت اجتماعی گسترده تر - که با اشتغال در ازای درآمد همبسته است - در جهت ارتقای سلامت زنان مورد تأکید قرار می گیرد (احمد نیا، ۱۳۸۳: ۲).

روش شناسی

مقاله حاضر از حیث روش شناختی در زمره ی تحقیقات کمی قرار می گیرد که تکنیک مورد استفاده در آن پیمایشی - میدانی می باشد. و جامعه آماری تحقیق شامل کلیه ی زنان و مردان بالای ۱۸ سال در سطح شهرستان شادگان می باشد و حجم نمونه تحقیق حاضر با استفاده از فرمول کوکران برای جامعه آماری مورد نظر تعیین شده است. در مورد تعیین حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران، این نکته قابل توجه است که حد مطلوب اطمینان در این پژوهش همانند اغلب تحقیقات علوم اجتماعی مساوی ۹۵ درصد در نظر گرفته شده است که از این جامعه، حجم نمونه ای به تعداد ۳۵۳ نفر با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردید. از آنجا که تمامی پرسشنامه های توزیع شده عودت داده نشده بودند و از میان پرسشنامه های عودت داده شده مقداری به دلیل ناقص بودن قابل استفاده نبودند در نهایت حجم نمونه به ۲۵۰ نفر تقلیل داده شد.

شیوه ی نمونه گیری در این پژوهش، نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای می باشد. نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای زمانی بکار می رود که انتخاب گروهی از افراد امکان پذیر و آسان تر از انتخاب افراد در یک جامعه تعریف شده باشد. این موقعیت، زمانی فرا می رسد که نتوانیم فهرست افراد یا اعضای جامعه را تهیه یا تدوین کنیم. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بوده است که با مراجعه حضوری به نمونه و تکمیل



پرسشنامه بوسیله محقق صورت گرفته است. در این تحقیق از نرم افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل استفاده شده است. همانطور که پیشتر ذکر شد این پژوهش دارای چهار سوال اصلی می باشد که کلیه سوالات فوق مورد آزمون قرار گرفتند. برای تعیین میزان عوامل اجتماعی، پرسشنامه در قالب مقیاس ۵ درجه ای لیکرت و در سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شده است.

جدول نتایج سوال پژوهشی ۱ Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.177E2a	9	.۰۰۴
Likelihood Ratio	231.024	9	.000
Linear-by-Linear Association	175.676	1	.000
N of Valid Cases	250		

a. 7 cells (43,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

جدول نتایج سوال پژوهشی ۲ Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.134E2a	9	.248
Likelihood Ratio	335.441	9	.000
Linear-by-Linear Association	196.646	1	.000
N of Valid Cases	250		

a. 8 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

جدول نتایج سوال پژوهشی ۳ Chi-Square Test

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
--	-------	----	-----------------------



Pearson Chi-Square	3.125E2 ^a	12	.000
Likelihood Ratio	283.683	12	.000
Linear-by-Linear Association	79.739	1	.000
N of Valid Cases	250		

a. 7 cells (35,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,26.

جدول نتایج سوال پژوهشی ۴ Chi-Square Tests

	Value	Df	Asym p. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.263E2 ^a	12	.000
Likelihood Ratio	312.056	12	.000
Linear-by-Linear Association	8.009	1	.005
N of Valid Cases	250		

a. 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,92.

بحث و نتیجه گیری

سلامت یک مفهوم نسبی است و معانی و جلوه های آن در فرهنگ های مختلف با هم متفاوت است. درک و کشف معنای سلامت که یک مفهوم بنیادین، گسترده و با معانی فردی است می تواند در بخش های مختلف برنامه های توسعه مؤثر باشد. بطور کلی باید گفت هر چه زنان بیشتر وارد عرصه ی اجتماعی شوند به همان نسبت بحران هویت فردی و اجتماعی، افسردگی و انزوایابی، بیزاری از نظام کنترل اجتماعی، بی اعتمادی و بدبینی به قوانین و قواعد حاکم بر جامعه در این قشر عظیم کاسته خواهد شد. مهمترین مسئله ای که در اشتغال زنان باید مورد توجه قرار گیرد وجود نقش های متعددی است که زنان باید به عنوان همسر و مادر و گرداننده ی خانواده به عهده گیرند. نقش هایی که در جامعه ی ما به صورت سنتی به آن ها نگریسته می شود و گاهی با نقش مدرن زن به عنوان یک فرد شاغل در خارج از خانه ناهماهنگ می باشد.



نتایج حاصل از آزمون فرضیه ها بر طبق آمار توصیفی و آزمون کای اسکور به وجود تفاوت معنی دار بین فرضیه ها منجر شد، یعنی بین نوع شغل، سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، حمایت اجتماعی، عزت نفس و میزان سلامت عمومی زنان شاغل رابطه معنی دار وجود دارد. پارسونز، نیز تاثیرگذاری مثبت نقش اشتغال زنان از طریق عزت نفس و رده های سنی و تحصیلات افزایش یافته، در جهت ارتقای سلامت عمومی زنان را مورد تاکید قرار می دهد. اما بررسی نظرات جامعه شناسان کلاسیک نشان دهنده ی آن است که از دیدگاه کارکردگرایان و طرفداران نظریه ی مبادله، اشتغال زنان در خارج از خانه نه تنها بنیان خانواده را مورد تهدید قرار می دهد، بلکه از نظر سلامت ذهنی و عاطفی، زنان را نیز تهدید می کند. در واقع دیدگاه جامعه شناسان کلاسیک را می توان دیدگاهی منفی نسبت به اشتغال دانست. هاورس نیز با بررسی های خود به این نتیجه می رسد که علاوه بر اینکه نوع شغل و وجهه ی اجتماعی آن از عواملی است که می تواند بر سلامت زنان مؤثر باشد، درآمد زنان شاغل نیز احساس مشارکت در اداره ی امور اقتصادی خانواده را افزایش می دهد و احساس عدم کنترل بر تصمیم گیری های خانوادگی و در حاشیه قرار گرفتن زنان را کاهش می دهد. همچنین کای کاسلا و همکارانش به ارتباط بین آثار حمایت اجتماعی و آسایش روانی افراد بیکار پرداختند و دریافتند کسانی که حمایت اجتماعی خود را ناکافی ارزیابی کرده بودند، بیشتر از دیگران به کمک روان شناختی نیاز داشتند و افسرده تر بودند. هاورس نشان داده است که موقعیت اجتماعی زنان، با دریافت حمایت اجتماعی، رضایتمندی زناشویی، رضایت شغلی و سلامت روان آن ها رابطه ی مستقیم دارد و به عنوان شناسه ای برای سنجیدن سلامت روان زنان شاغل بکار برده می شود. بنابراین می توان گفت درآمد زنان شاغل احساس مشارکت در اداره ی امور اقتصادی خانواده را افزایش می دهد و احساس عدم کنترل بر تصمیم گیری های خانوادگی و در حاشیه قرار گرفتن زنان را کاهش می دهد. "مای لی" نیز درباره ی اهمیت اعتماد به نفس می گوید: درجه ی رضایت از خود یا ارزشی که انسان برای خود قائل است برای رفتار و پویایی وی از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ به گونه ای که اگر به نحو سالم و متعادل در انسان رشد کند برای نگه داری سلامت و تعادل روانی فرد بسیار ضروری است. همچنین نتایج این فرضیه با نتایج کار پژوهش پیلزا هم سو می باشد. نتایج ایشان بیانگر آن است که زنانی که نقش سنتی (مادری و همسری) خانواده را پذیرفته اند تعهدات شغلی کمتری را نشان داده اند و زنانی که نقش مشارکتی را می پذیرند، سطح بالاتری از عزت نفس و نگرش های آزادمنشانه را نشان می دهند.

از بین سوالات پژوهشی مورد بررسی، تنها سوال دوم پژوهش، به عدم وجود ارتباط معنی دار بین زندگی زنان در اجتماع و سلامت عمومی خانواده منجر شد. از دید جامعه شناسان کارکرد گرا "تنها نقش اساسی زنان در جامعه، برآوردن نیازهای جنسی مردان و فرزند زایی است و نباید تغییری در این نقش ایجاد کرد. اما وایتفورد می گوید: هرچه زنان به لحاظ اجتماعی منزوی تر باشند از سلامت روانی کمتری برخوردارند و بر عکس. نتایج آزمون این فرضیه با نتایج کار آقای احمدیان که به بررسی عوامل مؤثر بر نگرش مردان نسبت به نقش اقتصادی زنان در شهر مشهد پرداخته است همسو می باشد. نتیجه گیری کلی ایشان نشان می دهد که نگرش مردان نسبت به نقش اقتصادی زنان نسبتاً منفی است و نیاز به اصلاح دارد. البته قابل ذکر است که مقدار قابل توجهی از پاسخگویان نگرش متوسط یعنی موافقت مشروط داشتند. بر اساس یافته های این تحقیق، برای تغییر نگرش مردان در جهت مثبت تر شدن نسبت به نقش اقتصادی زنان توصیه شد که خانواده ها، به عنوان یک عامل مهم در جامعه پذیری جنسیتی فرزندان، با فرزندان خود اعم از دختر و پسر برخورد مشابه داشته باشند. خاصه، در راستای کلیشه زدایی



از فعالیت‌های زنان و حرکت به سوی برخورد برابر و تبلیغ فواید اشتغال زنان گام برداند. همچنین پاسخگویان میزان مشارکت همسرانشان را در امور منزل و خانه‌داری کم ارزیابی کرده‌اند. این شرایط سبب می‌شود زنان شاغل در وضعیتی قرار گیرند که بار عمده‌ی ایفای مسئولیت سنگین خانه‌داری در کنار انجام وظایف شغلی و مسئولیت‌های حرفه‌ای و کار به تنهایی بر دوش آنها باشد و آنان که در قبال این وظایف خود را مسئول می‌بینند و مایلند شغل خود را حفظ کنند و به هر ترتیبی ادامه دهند، از یکسو قادر به پاسخ‌گویی کامل به انتظارات هر دو نقش خود نیستند و از سوی دیگر مایلند هر دو نقش را ایفا کنند.

حال با توجه به این شرایط چنانچه همسران آنها در قبول و ایفای فعالانه‌تر بخشی از وظایف خانه‌داری - به نحوی که به کاستن از بار فشار ناشی از تعهدات زنان شاغل در این زمینه منجر شود مشارکت بیشتری داشته باشند به طور غیرمستقیم در افزایش سلامت عمومی زنان شاغل نقش خواهند داشت. در این صورت آنها را باید به سوی تجدیدنظر در دیدگاه‌های سنتی در قبال نقش‌های خانگی خود و همسران شان سوق داد؛ به نحوی که خود را در انجام مطلوب و تحقق بهینه مسئولیت‌های اداره‌ی منزل و امور بچه‌داری متعهد بدانند و این گونه امور را وظایف انحصاری زنان به شمار نیاورند.

همچنین نتایج حاصل از آزمون فرضیات نشان می‌دهد که حجم ساعات کاری بر سلامت عمومی زنان تاثیر می‌گذارد. قوانین حمایتی باید شرایط اشتغال زنان شاغل را هر چه بیشتر با مسئولیت‌ها و وظایف آنان در خانواده منطبق یا نزدیک سازد. بدین ترتیب مشاغل باید طوری طراحی شوند و قوانین به نحوی به تصویب برسند که میزان ساعات کاری زنان به موازات افزایش حجم و گستره‌ی مسئولیت‌های خانوادگی زنان کاهش یابد یا لاقلاً در دوره‌های خاصی از مراحل زندگی‌شان، مثلاً زمانی که فرزندان نیاز به مراقبت و رسیدگی بیشتری دارند، از حجم ساعات کاری آنان کاسته شود.

منابع

- احمدنیا، شیرین (۱۳۸۳)، «اثرات اشتغال بر سلامت زنان»
- بهزاد، داود (۱۳۸۱)، «سرمایه‌ی اجتماعی بستری برای سلامت روان»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره ۶، زمستان ۸۱
- پرویزی، سرور؛ سید فاطمی، نعیمه؛ کیانی، کیاندرخت (۱۳۸۷)، «تبیین تئوریک سلامت از دیدگاه زنان»
- خسروی، زهره؛ خاقانی فرد، میترا (۱۳۸۶)، «بررسی عوامل مرتبط با سلامت روان زنان شاغل»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ۵، شماره ۱، بهار و تابستان ۸۶
- مرتوس، جولی (۱۳۸۳) آموزش حقوق انسانی زنان و دختران، ترجمه فربرز مجیدی، تهران: انتشارات دنیای مادر، چاپ اول.
- ندری ایبانه، فرشته (۱۳۸۵)، «زنان، خانه‌داری و اشتغال»، فصلنامه بانوان شیعه، شماره ۹، پاییز ۸۵