

Original Research

***Social Factors Affecting the Mental Health of Women
Compared to Men***

Azam Alizadeh¹
Parvaneh Danesh²
Amir Maleki³
Fatemeh Javaheri⁴

Abstract

The objective of this study was to identify social factors that affect the mental health of women and men, with gender being one of the distinguishing factors of human health. To achieve this, the study utilized the opinions of Anandal (2013), the theory of Moss (2002), and the theory of Arber and Thomas (2001). The research followed a quantitative approach and was conducted using a survey method. A sample of 600 married men and women aged 20-60 living in Kerman city was selected using quota sampling. The results of the study indicated that men had significantly higher average scores for mental health (23.5) than women (20.6). The average score for "inequality in benefiting from resources and opportunities" was higher for women (73.6) than for men (54.8). In terms of health vulnerability, men had a score of 43 and women had a score of 46, suggesting that women experience weaker mental health, less benefit from resources and opportunities, and a higher degree of health vulnerability compared to men. Statistical analysis showed that "inequality in benefiting from resources and opportunities" with a coefficient of -0.16 and "vulnerability in health" with a coefficient

1. Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Payame Noor University, Iran. a-alizadeh@pnu.ac.ir. (**Corresponding Author**)

2. Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Payame Noor University, Iran. P_danesh@pnu.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Payame Noor University, Iran. a_maleki@pnu.ac.ir

4. Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. javaherm@yahoo.com

Accept Date: 2022/26/07

Submit Date: 2022/26/12



of -0.24 had significant and negative effects on women's mental health. Gender inequalities have a negative impact on women's mental health, both directly and through increased vulnerability to poor health. The findings underscore the need to pay attention to the social conditions in which women live when analyzing their mental health and highlight differences in the social factors that affect the mental health of men and women.

Keywords

Gender Difference, Mental Health, Inequality in the Use of Resources and Opportunities, Vulnerability in Health.

Introduction

Mental health is an essential component of human health with significant impact on overall well-being. It is shaped by personal characteristics as well as social context, thus making the gender factor, with its cultural, economic, and social implications, a crucial determinant of individuals' mental health. Gender is defined by the distinct identity, roles, expectations, and rights assigned to women and men, and along with their biological differences, creates overarching differences in their individual and social lives. Hence, this research aims to measure gender-based distinctions in mental health in both men and women, and subsequently identify the factors that influence it. This study is necessary in Iran due to the drastic changes in the position of women over the past few decades. Although the entire society has been undergoing constant transformation amidst the traditional and modern boundaries, women have been subjected to more contradictions and disorders in various social life aspects. Factors such as access to higher education, specialized jobs, media consumption, and greater geographical mobility, have gradually reduced the strictness of traditional teachings towards women, hence transforming their position in society, at least partially. Consequently, an important research question arises whether the resulting changes have affected mental health, reducing the gap between men and women's health. Furthermore, to determine if there is a difference in mental health between genders, the study seeks to identify the social factors responsible for these differences.

Methodology

The research method utilized in this study was a survey, which involved collecting data using both standardized and researcher-made questionnaires. The statistical population of interest was all married individuals between the age of 20 and 60 who reside in Kerman. The sample size was determined using



Cochran's formula, and 600 participants were chosen using a combination of the quota sampling and disproportionate sampling methods from two groups of married men and women. The measurement tool showed adequate formal validity, and the study's variables had an optimal level of internal consistency, as indicated by the Cronbach's alpha coefficient. The data were analyzed using SPSS-23 software, and both multiple regression analysis and path analysis were employed to examine the theoretical research model.

Findings

The study found that men had a higher average mental health score compared to women. Additionally, gender differences were observed in the level of "inequality in the use of resources and opportunities", with women experiencing higher levels of inequality than men, as well as being more vulnerable than men. Multiple regression analysis was used to examine the effect of independent variables on the dependent variable, mental health, separately for men and women, revealing that 20% of changes in women's mental health could be explained by the variables of "inequality in the use of resources and opportunities", "vulnerability in health", and income. Notably, the effect of "inequality in the use of resources and opportunities" and "vulnerability in health" on women's mental health was reversed, with their increase leading to a decrease in mental health, while income had a positive and direct effect, leading to an increase in mental health. Meanwhile, 9% of changes in men's mental health were attributed to income, which had a direct positive impact on men's mental health. In contrast, the variables "inequality in the use of resources and opportunities" and "vulnerability in health" had no effect on men's mental health. Path analysis was employed to determine the structure of the model and the direct and indirect effects of the variables, revealing that "inequality in the use of resources and opportunities" led to a decrease in women's mental health, both directly and indirectly through its effect on "vulnerability in health". Meanwhile, "vulnerability in health" had a negative direct effect on women's mental health. Income affected women's mental health directly and indirectly, with higher income leading to a decrease in "vulnerability in health" and "inequality in the use of resources and opportunities", improving women's mental health.

Result

The results of the current research, in line with the findings of previous studies, show that women experience greater inequality in "utilizing resources and opportunities" compared to men, and the lack of utilization of resources and



opportunities increases exposure to hardship and stress. It limits the access to the resources that they need for prevention and care against the disease, as a result, the health of women faces a decrease. On the other hand, since men experience less gender inequality, it is natural that this factor does not show a relationship with their mental health. Also, gender can affect how people are vulnerable to certain health conditions.

The health status of women and men is the consequence of how societies give agreed privileges to men in power relations, which can make women more vulnerable than men in the field of health. The results also indicate "vulnerability in health", more women than men, and its negative impact on women's mental health. Consistent with the opinion of mental health sociologists who believe that mental disorders are caused by socio-cultural systems, in this research it was also found that mental health at the individual level is affected by socio-cultural structures including the gender structure in society. This can lead to gender differences in mental health. on the other hand, since health is a multi-dimensional and multi-faceted phenomenon, and for its promotion, along with the effort to modify individual level variables (such as empowering women), it is necessary to modify the social origin of the disease, especially the way of distributing valuable resources and defining gender roles. Today, the predominance of the biological-psychiatry approach and reliance on drug therapy and individual consultations, despite the valuable role they play in reducing the suffering of patients, they are unable to find and solve their problems. Therefore, the concentration of research that is done with a social approach can be a useful starting point to understand the social roots of mental health and start a practical step in the field of policy making in this field. If the society moves in the direction of social equality so that the effects of deprivation and discrimination are reduced in different areas, the members of the society, both men and women, will have better mental health.

References

- Aghayari Hir, T., Abbaszadeh, M. & Garavand, F. (2016). A study of mental health and the individual and neighborhood factors affecting it (case study: Tehran citizens). *Social Development & Welfare Planning*, 8(27), 145-187.
- Ahmadnia, S. (2004). Employment effects on women health. *Social Welfare Quarterly*, 3(12), 157-180. (In Persian)
- Aminpour, H. & Zare, H. (2014). Application of psychological tests. Publications: Payam Noor University. (In Persian)
- Annandale, E. (2013). Gender Theory and Health' in Cockerham, W. (ed) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. New York; Springer.



- Annandale, E. & Hunt, K. (2000). *Gender Inequalities In Health*. Open University Press Philadelphia, PA 19106, USA.
- Annandale, E. & Hammarström, A. (2015). Gender inequality in the couple relationship and leisure-based physical exercise. *PLoS ONE*, 10(7), 333-348.
- Arber, S. & Thomas, H. (2001). From women's health to a gender analysis of health. *The Blackwell Companion to Medical Sociology* Edited by William C. Cockerham.
- Bird, C. E. & Rieker, P. P. (2008). *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. New York.
- Doosti, L., Arefi, A. & Nazifi, H. (2019). Comparative study of mental health in women and men working in forensic medicine in Lorestan province. *Psychological Studies and Educational Sciences*, 59(59), 411-423. (In Persian)
- Elwér, S., Harryson, L., Bolin, M. & Hammarström, A. (2013). Patterns of Gender Equality at Workplaces and Psychological Distress. *PLoS ONE*, 8(1), e53246.
- Farvahari, A., Amirzadeh Googhari, S., Borhaninejad, V., Bahramnejad, A. & Negarestani, M. (2022). Assessing the mental health status of the general population of Kerman and the factors affecting it during the Covid-19 pandemic. *Journal of Health Research in Community*, 8(1), 69-80. (In Persian)
- Garroosy, S. (2008). Power structure in the families of Kerman. *Womens Studies (Sociological & Psychological)*, 6(2), 7-25. (In Persian)
- Garroosy, S. & Adinehzadeh, R. (2011). Investigating the relationship between job/family role conflict and social factors: The case of employed women in Kerman. *Journal of Social Sciences*, 7(1), 121-139. (In Persian)
- Giddens, A. (2010). *Sociology*. Translated by Hasan Chavoshian. Tehran, Ney Publishing. (In Persian)
- Gross, J. J., Uusberg, H. & Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: An affect regulation perspective. *World Psychiatry*, 18(2), 130-139.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health?. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.
- Jalaeipour, H. (2013). *Sociology of Iran: Modern society*. Tehran, Science Publication, First Edition. (In Persian)
- Kiely, K. M., Brady, B. & Byles, B. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129(1), 76-80.



- Klose, M. & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Womens Mental Health*, 7(2), 133-48.
- Koosheshi, M., Mirzaie, M., Mahmoudian, H. & Almasi, M. (). Investigate the relationship between gender inequality perception and social well-being among Ilam's women. *Womens Studies (Sociological & Psychological)*, 17(3), 7-30. (In Persian)
- Lachance-Grzela, M. & Bouchard, G. (2010). Why do women do the lion's share of housework? A decade of research. *Sex Roles: Journal of Research*, 63(11-12), 767-778.
- Lahelma, E., Arber, S., Kiveia, K. & Roos, E. (2003). Multiple roles and health among British and Finish women: The influence of Socioeconomic circumstances. *Social Science & Medicine*, 54(5), 727-740.
- Liu, S., Yang, L., Hang, C. H., Xu, Y., Ca., L., Ma, S. & Zhang, B. (2021). Gender differences in mental health problems of healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Journal of Psychiatric Research*, 137(2), 393-400.
- Lund, C., Myer, L., Stein, D. J., Williams, D. R. & Flisher, A. J. (2013). Mental illness and lost income among adult south Africans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 845-851.
- Malmusi, D., Vive, A., Benac, J. & Borrell, C. (2014). Gender inequalities in health: Exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class. *Global Health Action*, doi: 10.3402/gha.v7.23189.
- Manwell, L.A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., et al. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ*, 5(6), e007079.
- Medalia, C. (2012). Essays on gender and health. Publicly Accessible Penn. Dissertations. University of Pennsylvania. Doctor of Philosophy. Ph.D.
- Mohamadnejad, N. & Faraji Dizaji, F. (2019). The poverty and mental health association in Iran. *Iranian Economic Review*, 23(3), 533-559.
- Moss N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54(5), 649-661.
- Noorbala, A. A., Bagheri, Yazdi, S. A., Faghihzadeh, S., Kamali, K., Faghihzadeh, E., Hajebi, A., Akhondzadeh, S., Sedighnia, A. & Azimi, A. A. (2017). Survey on mental health status of adult population aged 15 and above in the province of Ardebil, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 20(11), 11-14.
- Noorbala, A. A. & Noorbala, F. (2014). Investigation of women's mental health in Iran. Preparing and editing. Rahman Institute. Report on the social status



- of women in Iran (1380-1390). Researches. Tehran, Nei Publishing House, first edition. (In Persian)
- Research in Gender and Ethics. (2016). From, www.ringsgenderresearch.org.
- Polachek, A. J. & Wallace, J. E. (2015). Unfair to me or unfair to my spouse: Mens and womens perceptions of domestic equity and how they relate to mental and physical health. *Marriage & Family Review*, 51(3), 205-228.
- Pourmohsen, M., Khoshravesh, V., Masjoudi, M., Paksresht, S. & Khayat, S. (2020). Investigating the relationship between social and economic inequality and the health status of employed women. *Journal of Health*, 11(1), 100-108. (In Persian)
- Rohlfen, L. & Kronenfeld, J. J. (2014). Gender differences in functional limitations among middle-aged and older adults: A two-part latent curve analysis of structural, childhood background, and factors. *The Journals of Gerontology*, 69(4), 590–602.
- Sen, G. & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Glob Public Health*, 3(1), 1-12.
- Schön, P. (2011). Differences and Change in Disability and Health Among Our Oldest Women and Men. Stockholm Studies in Social Work University.
- Sorlin, A. (2011). Health and the elusive gender equality can the impact of gender equality on health be measured?. Department of Public Health and Clinical Medicine, SE-901 87 Umeå, Sweden. Thesis Ph.D.
- Sorlin, A., Lindholm, L., Ng, N. & Öhman, A. (2011). Gender equality in couples and self-rated health - A survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *International Journal for Equity in Health*, 26(10), 1-11.
- Tavakol, T. Moidfar, S. & Maghsudi, S. (2012). Relationship between social capital and mental health of married couples in Kerman. *Iranian Journal of Social Problems*, 2(1), 169-194. (In Persian)
- Van de Velde, S., Huijts, T., Bamba, C. & Bracke, P. (2013). Macro-level equality and depression in men and women in Europe. *Sociol Health*, 35(2), 682–698.
- WHE. (2014). Women'S Mental Health and Wellbeing.<http://whe.org.au/wp-content/uploads/sites/3/2014/10>. Women'S Health East.
- WHO. (2008). Promoting Mental Health, A Report of the World Health Organization.
- White, K. (2012). An introduction to the sociology of health and illness, translated by Mohsen Naserirad. Publication of Shahr Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Medical Ethics and Legal Research Center. (In Persian)



- World Economic Forum. (2022). Global Gender Gap Report. https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf.
- Zanjani zadeh, H. (2007). The Role of education in gender inequalities inwqualities. Journal of Education, 23(3), 55-70. (In Persian)



عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت روان زنان در مقایسه با مردان

اعظم علیزاده^۱

پروانه دانش^۲

امیر ملکی^۳

فاطمه جواهری^۴

چکیده

این پژوهش، با هدف شناسایی برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان زنان و مردان انجام شده است. برای تحلیل موضوع از آراء آناندال (۲۰۱۳)، نظریه موس (۲۰۰۲) و نظریه آربر و توماس (۲۰۰۱) بهره گرفته شده است. به این منظور یک پژوهش میدانی به روش پیمایشی ترتیب داده شد و از بین زنان و مردان متأهل ۲۰ تا ۶۰ ساله ساکن شهر کرمان، بر اساس روش نمونه‌گیری سهمیه‌بندی نمونه‌ای ۶۰۰ نفر انتخاب و با آن‌ها مصاحبه شد. نتایج به دست آمده نشان داد میانگین نمره سلامت روان مردان و زنان به ترتیب ۲۳/۵ و ۲۰/۶ است. بنابراین، نمره مردان به طور معناداری از نمره زنان بیشتر است. همچنین، میانگین نمره «تابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها» برای زنان و مردان به ترتیب ۷۳/۶ و ۵۴/۸ است. نمره «آسیب‌پذیری مردان و زنان در سلامت به ترتیب ۴۳ و ۴۶ است. به این ترتیب می‌توان گفت زنان در مقایسه با مردان سلامت روان ضعیف‌تر، بهره‌مندی کم‌تر از منابع و فرصت‌ها و درجه آسیب‌پذیری بالاتری در سلامت را تجربه می‌کنند. تحلیل‌های آماری نشان داد «تابرابری در بهره‌مندی از

۱. استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ایران. (نویسنده مسئول)

a-alizadeh@pnu.ac.ir

۲. دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ایران.

P_danesh@pnu.ac.ir

۳. دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ایران.

a_maleki@pnu.ac.ir

۴. دانشیار گروه علوم جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران.

javaherm@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۴

منابع و فرصت‌ها» با ضریب ۰/۱۶- و «آسیب‌پذیری در سلامت» با ضریب ۰/۲۴- بر سلامت روان زنان تأثیر منفی و معناداری دارد. نابرابری‌های جنسیتی هم به‌طور مستقیم و هم از طریق افزایش آسیب‌پذیری در سلامت زنان اثر کاهنده بر سلامت روان آنان دارد. یافته‌ها حاکی از آن است که در نوع عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت روان مردان و زنان تفاوت وجود دارد و تحلیل سلامت روان زنان مستلزم توجه به شرایط اجتماعی و تحلیل جنسیتی است.

واژگان کلیدی

تفاوت جنسیتی، سلامت روان، نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها، آسیب‌پذیری در سلامت.

مقدمه و بیان مسئله

بسیاری از متخصصان حوزه سلامت اذعان دارند که سلامت و تفاوت در سلامت تا حد زیادی به‌صورت اجتماعی ایجاد می‌شود و نقش بیولوژیک در سلامت را ناچیز می‌دانند (آناندال و هانت^۱، ۲۰۰۰). چنان‌که براساس برآورد کمیته تعیین‌کننده عوامل اجتماعی سلامت سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۰۸)، عوامل زیستی و ژنتیک ۵ درصد، نظام مراقبت از سلامت ۱۰ درصد، عوامل رفتاری ۳۰ درصد و عوامل اجتماعی ۵۵ درصد بر سلامت تأثیر می‌گذارند.

سلامت روان یکی از ابعاد چندگانه سلامت انسان است. سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را معادل ظرفیت بالقوه فرد، توانایی برای مقابله با تنش‌های روزمره زندگی، کار مولد و کمک به جامعه تلقی می‌کند (هربر و همکاران^۳، ۲۰۱۱ و مانول و همکاران^۴، ۲۰۱۵). اما این همه نیست. به گفته گراس^۵ (۲۰۱۹)، سلامت روان توانایی تطابق با شرایط و خودمدیریتی در مقابل چالش‌هاست که فراتر از تعریف سازمان جهانی بهداشت است که سلامت را رسیدن به حالت خوب تعریف کرده است. سلامت روان به‌طور اساسی به حالت‌های عاطفی مانند احساسات، واکنش‌های استرس، انگیزه‌ها و خلق‌وخو بستگی دارد. این حالت‌ها نحوه تفکر، احساس و رفتار ما

1. Annandale & Hunt
2. World Health Organization
3. Huber et al
4. Manwell et al
5. Gross



را شکل می‌دهند (گراس، ۲۰۱۹). سلامت روان مانند هر پدیده انسانی دیگر هم از خصوصیات شخصی افراد و هم از بافت و زمینه اجتماعی که در آن به سر می‌برند، نشأت می‌گیرد. به این دلیل انتظار می‌رود عامل جنسیت (زن یا مرد بودن) و دلالت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی بر سلامت روان آن‌ها تأثیر بگذارد. جنسیت به معنای هویت، نقش‌ها، انتظارات و حقوق مختلف زنان و مردان است و در کنار تفاوت‌های زیستی آن‌ها، در مجموع زیست فردی و اجتماعی زنان و مردان را متمایز می‌سازد. این امر در تقسیم وظایف خانگی، بهره‌مندی از شبکه‌های اجتماعی، نوع فعالیت‌های اجتماعی، رفتار پرمخاطره، مراقبت از خود و دسترسی به منابع (اسچون^۱، ۲۰۱۱) در بین دو جنس متفاوت است. لذا برای تحلیل وضعیت سلامت زنان و مردان توجه به تفاوت موقعیت ساختاری آنان بسیار مهم است (آربر و توماس^۲، ۲۰۰۱ و رولفسن و کرونفلد^۳، ۲۰۱۴). در غرب از دهه هفتاد میلادی در زمینه تفاوت سلامت زنان و مردان پژوهش‌های متعددی در سطح ملی و بین‌المللی صورت گرفته است (آناندال و هانت، ۲۰۰۰). این قبیل مطالعات در کشورهای در حال توسعه با تأخیر انجام شده است (خلات و همکاران^۴، ۲۰۰۰ به نقل از احمدنیا، ۱۳۸۳).

در ایران انجام چنین پژوهش‌هایی از آن جهت ضرورت دارد که طی چند دهه اخیر جایگاه زنان به شدت در حال تحول است. هرچند که از سال‌ها پیش زندگی عموم مردم در میانه دو حد سنتی و مدرن دست‌خوش دگرگونی دائمی است و از این‌رو عرصه‌های مختلف حیات اجتماعی با انواع تناقض و بی‌قوارگی‌ها مواجه است (جلایی‌پور، ۱۳۹۲). این شرایط موقعیت زنان را بیشتر تحت تأثیر قرار داده است. زیرا بهره‌مندی از آموزش و تحصیلات عالی، مشاغل تخصصی، مصرف رسانه‌ای، آشنایی با اندیشه‌های مبتنی بر طرفداری از حقوق زنان و تحرک جغرافیایی بیشتر در داخل و خارج کشور در مجموع جزمیت آموزه‌های سنتی و سبک زندگی مرتبط با آن را برای زنان کاهش داده است. از این‌رو موقعیت و جایگاه آنان دست‌کم در برخی عرصه‌ها

-
1. Schön
 2. Arber & Thomas
 3. Rohlfen & Kronenfeld
 4. Khlal et al

متفاوت شده است. در چنین شرایطی پرسش مهم این است که آیا این وضعیت بر سلامت زنان تأثیر گذاشته است، به طوری که فاصله سلامت آنان از مردان کاهش یافته باشد؟

طبق گزارش مجمع جهانی اقتصاد^۱ (۲۰۲۲) شاخص شکاف جنسیتی به عنوان سنجه نابرابری‌های جنسیتی، در ایران طی سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۲۲ افزایش یافته است. حتی زنان و مردان متعلق به یک رده شغلی از نظر خانوادگی و اجتماعی در وضعیت برابر نیستند. این بدان دلیل است که مسئولیت‌ها، تقسیم کار و نقش‌های خانوادگی همچنان سنتی است و نقش‌های خانگی - همسرداری و فرزندپروری و حتی حمایت‌های مضاعف روانی و عاطفی زنان از سایر اعضا خانواده جزئی از انتظارات جامعه و مسئولیت‌های زنان شناخته می‌شود. حتی زمانی که آن‌ها شغلی بیرون از خانه دارند (گروسی و آدینه‌زاده، ۱۳۸۹). لذا ایده نابرابری می‌تواند به عنوان یک بستر رابطه جنسیتی و قابلیت در زمینه سلامت در نظر گرفته شود.

مقایسه شاخص سلامت روان زنان و مردان ایرانی از وجود یک تفاوت معنادار حکایت دارد (اطلس پیمایش بیماری‌ها، ۱۳۹۸ و نوربالا و نوربالا، ۱۳۹۴). در کرمان نیز طبق برخی آمارهای موجود، وضعیت مشابهی وجود دارد. چنان‌که میانگین سلامت روان مردان ۲۵/۵ در مقایسه با میانگین سلامت روان زنان ۱۹/۵ بیشتر است (اطلس پیمایش بیماری‌ها، ۱۳۹۸ و توکل و مقصودی، ۱۳۹۰).

آمارهای مذکور حاکی از ضرورت و اهمیت مطالعات جنسیتی در حوزه سلامت روان، به ویژه در کرمان است. در این راستا دو پرسش به ذهن متبادر می‌شود: آیا زنان و مردان از حیث بهره‌مندی از سلامت روان از یکدیگر متفاوت هستند؟ چه عوامل اجتماعی بر تفاوت سلامت روان زنان و مردان اثر می‌گذارد؟

پیشینه تجربی

پژوهش‌های مرتبط با عوامل اجتماعی اثرگذار بر تفاوت‌های جنسیتی در سلامت، بیانگر اهمیت روزافزون این موضوع در حیطه جامعه‌شناختی است.

1. World Economic Forum



فروه‌ری و همکاران (۱۴۰۱) در تحقیقی با عنوان «دستیابی به سلامت عمومی در شهر کرمان» نشان دادند زنان سلامت روان کمتری نسبت به مردان دارند. نظیفی و همکاران (۱۳۹۹) نیز در تحقیق خود نشان دادند سلامت روان زنان شاغل کمتر از مردان شاغل است. نتایج اطلس پیمایش بیماری‌های غیرواگیر در ایران (۱۳۹۸) و مطالعات نوربالا و همکاران (۲۰۱۷) و نوربالا و نوربالا (۱۳۹۴) نیز از برتری سلامت روان مردان حکایت می‌کند. از طرفی، نتایج تحقیق پورمحسن و همکاران (۱۳۹۹) با عنوان «بررسی رابطه نابرابری اجتماعی و اقتصادی با وضعیت سلامت زنان شاغل» نشان داد افزایش نابرابری اجتماعی و اقتصادی سبب کاهش سلامت روان زنان شاغل شده است. پژوهش کوششی و همکاران (۱۳۹۸) با عنوان «بررسی رابطه ابعاد احساس نابرابری جنسیتی و بهزیستی اجتماعی زنان شهر ایلام» نشان داد احساس نابرابری جنسیتی در بین زنان بیشتر است و هرچه میزان احساس تبعیض جنسیتی در بین زنان بیشتر باشد، بهزیستی اجتماعی آن‌ها کمتر می‌شود. در تحقیقی دیگر با عنوان «رابطه فقر و سلامت روان در ایران»، محمدنژاد و فرجی (۲۰۱۹) نشان دادند بین سلامت روان و فقر رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. البته عامل فقر در مردان میان‌سال در مقایسه با زنان، تأثیر منفی بیشتری بر سلامت روان دارد.

نتایج تحقیق لیو و همکاران^۱ (۲۰۲۱) با عنوان «تفاوت‌های جنسیتی در مشکلات سلامت روان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی» نشان داد زنان سلامت روان کمتری نسبت به مردان تجربه کرده‌اند. کیلی و همکاران^۲ (۲۰۱۹) در تحقیق خود با عنوان «جنسیت؛ سلامت روان و پیری» نشان دادند زنان مسن در مقایسه با مردان مسن بیشتر از اختلالات روانی رایج مانند افسردگی و اضطراب رنج می‌برند. عواملی مانند هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، تمایز نقش‌های جنسیتی، آسیب‌پذیری و (ناتوانی) عامل کاهنده سلامت روان زنان است. ملموسی و همکاران^۳ (۲۰۱۴) نشان دادند نابرابری جنسیتی در درآمد فردی (دسترسی به منابع اقتصادی، تاریخ دستیابی به بازارکار، درجه استقلال کمتر و قدرت کمتر درون خانواده) بر وضعیت سلامت زنان اثر می‌گذارد. ون‌دی ولد و همکاران^۴ (۲۰۱۳) در تحقیقی با عنوان «برابری در سطح کلان

-
1. Liu et al
 2. Kiely et al
 3. Malmusi et al
 4. Van de Velde et al

و میزان افسردگی در بین زنان و مردان» نشان داد زنان میزان افسردگی بالاتری نسبت به مردان دارند و با افزایش برابری جنسیتی افسردگی زنان کمتر می‌شود. الور و همکاران^۱ (۲۰۱۳) در تحقیق خود نشان دادند درک تبعیض جنسیتی در محیط کار بر سلامت روان افراد تأثیر منفی می‌گذارد. سورلین و همکاران^۲ (۲۰۱۱) نیز در پژوهشی با عنوان «برابری جنسیتی بین زوجین و تأثیر آن بر سلامت» نشان دادند زنان دارای تجربه برابری جنسیتی بیشتر، سالم‌تر هستند. مرور پژوهش‌های یادشده از تفاوت در سلامت دو جنس حکایت می‌کند و این امر را تاحدی به عامل نابرابری در فرصت‌ها و منابع منتسب می‌داند.

چارچوب نظری

از نگاه جامعه‌شناسان یکی از متغیرهای مولد تفاوت در سلامت، جنسیت است (کوبین، ۱۳۹۲). نظریه‌پردازی پیرامون تفاوت‌های جنسیتی در سلامت، بر یک رویکرد مقایسه‌ای جنسیتی ابتناء دارد (آناندال^۳، ۲۰۱۳).

به‌طور کلی جنسیت متشکل از هنجارها، ارزش‌ها و فرمان‌های اجتماعی است که معرف رفتارها، نقش‌ها و فرصت‌های زندگی زنان و مردان می‌باشد (برد و ریکر^۴، ۲۰۰۸). جنسیت ماهیتی رابطه‌ای است؛ یعنی نقش‌ها و ویژگی‌های جنسیتی در رابطه با دیگری و از طریق روابط بین مردان و زنان تعریف می‌شود و تأثیری نیرومند بر نقش‌هایی دارد که آنان ایفا می‌کنند. در هیچ جامعه شناخته شده‌ای قدرت زنان بیشتر از مردان نیست. نقش‌ها و روابط جنسیتی اغلب نابرابر و سلسله‌مراتبی هستند. لذا، جنسیت در بسیاری از جوامع یکی از منابع اصلی قدرت و نابرابری است (کونینگ و همکاران^۵، ۱۹۹۶). اگرچه تحصیل و مشارکت در نیروی کار زنان بهبود یافته است، اما، هنجارهای جنسیتی تاریخی به‌عنوان بخشی از پس‌زمینه‌های فرهنگی و

-
1. Elwér et al
 2. Sorlin et al
 3. Annandale
 4. Bird & Rieker
 ۵. Koning et al



تجویز رفتارها و فرصت‌های زندگی هم برای مردان و هم برای زنان باقی مانده اند. بدین ترتیب، اقدامات نابرابر خانگی و مسئولیت‌های مراقبت از کودکان حتی در جامعه معاصر - وقتی که زنان مسئولیت کاری و انتظارات شغلی یکسان دارند - وجود دارند (گروسی و آدینه‌زاده، ۱۳۸۹).

یکی از نظریه‌پردازان رویکرد نابرابری جنسیتی جانت چافتز بر این باور است که اگر تقسیم کار در سطح کلان یک جامعه جنسیت یافته باشد و کارها بر حسب جنسیت افراد تعریف و توزیع شود به مرور، مردان منابعی بیش از زنان به دست می‌آورند. برتری در دستیابی به منابع مادی، سرانجام به تفاوت قدرت بین زن و مرد در سطح خرد می‌انجامد. هرچه مردان موقعیت‌های برگزیده سطح کلان را بیش‌تر اشغال کنند، توزیع فرصت‌ها در قدرت و در نقش‌های شغلی خارج از خانه بیش‌تر به نفعشان خواهد بود. چافتز معتقد است در یک نظام سلسله‌مراتبی، تمایزات میان زن و مرد بر ایدئولوژی‌ها، هنجارها و کلیشه‌های جنسیتی سازمان می‌یابد. میزانی که در آن مزیت‌های مردان موجب جنسیتی شدن یا پذیرش داوطلبانه تمایزهای جنسیتی می‌شود، به نوبه خود، با تقسیم جنسیتی کارخانگی و غیرخانگی، الگوهای نقشی و جامعه‌پذیری جنسیتی شده آن‌ها در خانواده، افزایش می‌یابد و از این رهگذر تفاوت‌های جنسیتی میان زن و مرد بازتولید می‌گردد (زنجان‌زاده، ۱۳۸۶). نابرابری اجتماعی - جنسیتی و منابع نابرابر در بین زنان و مردان پیامدی از تفاوت جنسیتی در فرصت‌ها و نقش‌های مرتبط با جنسیت است که برای سلامت و مواجهه متفاوت با خطرات سلامت پیامدهایی به‌همراه دارد. در نتیجه وضعیت سلامت زنان و مردان به‌وسیله زندگی در یک جامعه جنسیتی شده شکل گرفته است و افراد انتخاب‌های خانوادگی و شغلی را در رویارویی با منابع و انتظارات نابرابر انتخاب می‌کنند که منجر به نابرابری در فرصت‌های زندگی، رفتارهای اجتماعی و نقش‌ها می‌شود و از طریق محدودیت یا تقویت منابع، فرصت‌ها و شانس‌های زندگی بر حوزه سلامت آنان اثر می‌گذارد (برد و ریکر، ۲۰۰۸).

همچنین، آن‌طور که آناندال و هامارستروم^۱ (۲۰۱۴) معتقدند: «یک جنبه از تعریف اجتماعی سلامت به برابری جنسیتی در روابط قدرت اجتماعی بین زنان و مردان مربوط است. به‌عنوان مثال برابری جنسیتی در ازدواج که با تقسیم کارخانگی سنجش می‌شود معرف سلامت روانی

۱. Annandale & Hammarström

زنان و مردان در نظر گرفته می‌شود». ایده کریگر (سورلین^۱، ۲۰۱۱) معتقد است: «روابط نابرابر زن و مرد در خانواده ناشی از منابع اقتصادی و قدرت نابرابر و نابرابری در تصمیم‌گیری در زمینه موضوعات خصوصی و خانوادگی است.» به زعم وی، فقدان قدرت خودش را به شکل بیماری - سلامت نشان می‌دهد.

پژوهش‌هایی که پیش از این به آن‌ها اشاره شد بر این واقعیت دلالت دارند که عواملی چون نابرابری جنسیتی، تقسیم کارخانگی، نابرابری در روابط قدرت و دستیابی به منابع مادی از جمله عوامل مؤثر بر تفاوت‌های جنسیتی در سلامت هستند. در این پژوهش از نزدیک‌ترین نظریه‌ها به متغیرهای پژوهش استفاده شده است. چارچوب نظری تحقیق حاضر بر نظریه آناندال (۲۰۱۳)، نظریه موس^۲ (۲۰۰۲) و نظریه آربر و توماس^۳ (۲۰۰۱) استوار است. هسته مرکزی نظریه آناندال^۴ توجه به تأثیر تغییر در شرایط اجتماعی زنان بر سلامتی آن‌ها است و ردپای آن را در تفاوت کنش‌گری زنان و مردان در محیط کار، در خانواده و امر خانه‌داری، اوقات فراغت و مصرف جستجو می‌کند. آناندال (۲۰۰۰) به تغییر در روابط اجتماعی جنسیتی اشاره می‌کند. وی بر چندین حوزه کلیدی از زندگی اجتماعی در الگوهای جنسیتی سنتی مانند وضعیت استخدام، حوزه خانواده، کارخانگی و تحصیلات که در حال تغییر هستند، تمرکز دارد. در واقع تغییر اجتماعی مرتبط با جنسیت و سلامت بدین معناست که تغییر اجتماعی به‌عنوان قرارگرفتن در کانون پویایی قدرت دیده شود تا آن‌چه در نقش‌ها رخ می‌دهد. بنابراین، برای تبیین تفاوت‌های جنسیتی در سلامت توجه به تغییر عملکرد روابط اجتماعی و فرایندهای اساسی که منابع و قدرت را در رابطه با جنسیت قرار می‌دهند به نحوی که بر سلامت زنان و مردان اثر می‌گذارند، لازم است. وی همچنین معتقد است: «یکی از مسائل مهمی که در تحقیق بر روی جنسیت و سلامت باید مورد توجه قرار گیرد، تقسیم کارخانگی است و با توجه به یافته‌های پژوهشی به این نتیجه

-
۱. Sorlin
 ۲. Moss
 ۳. Arber & Thomas
 ۴. Annandal



می‌رسد که اگرچه بخاطر اشتغال زنان، مردان کارهای خانگی بیشتری را انجام می‌دهند. اما، این افزایش میزان کارهای انجام شده، موجب برابرتر شدن مردان و زنان نشده است.»

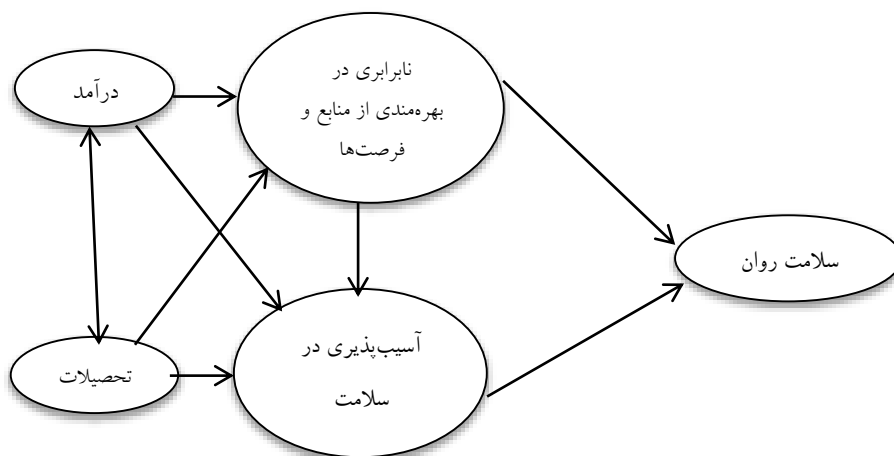
از طرفی، نانسی موس (۲۰۰۲) معتقد است: «تاریخ خاص یک کشور، جغرافیا، سیاست، خدمات، قانون، سازمان‌ها و نهادها ساختارهایی هستند که نابرابری جنسیتی و نابرابری اقتصادی را شکل می‌دهند. فرهنگ، هنجارها و قوانین در یک کشور و در سطح اجتماع و ویژگی‌های جمعیت‌شناسی اجتماعی در سطح فردی بر تولید و بازتولید نقش‌های زنان و مردان در محیط خانه و محیط کار اثر می‌گذارند و همه این موارد به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت اثر گذارند.» وی معتقد است: یک سطح نزدیک و مرتبط با سلامت، محیط خانه است که مکانی برای تبادل منابع اصلی زندگی چون رابطه زناشویی، غذا، گرما و تغذیه عاطفی است. او بر فرآیندهای درون خانه و پایگاه زنان در جامعه تأکید دارد. خانه، صمیمی‌ترین مکان برای ورود نمایش قدرت، سلطه و کنترل است. لذا، روابط قدرت، کنترل و برابری ممکن است پیامدهای متفاوتی در سلامت زنان و مردان داشته باشد. موس (۲۰۰۲) نقش‌های زنان در تولید و تولیدمثل را مهم می‌داند و بر این باور است که: «تقسیم کار در خانه باید مدنظر قرار گیرد و نحوه تخصیص منابع مادی، اطلاعاتی و روانی - اجتماعی درون خانواده مهم است». آربر و توماس (۲۰۰۱) برخی عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر تفاوت‌های جنسیتی در سلامت را بدین شرح می‌دانند: ۱- نقش‌های اجتماعی و روابط بین زنان و مردان فرق می‌کنند. نقش‌های خانگی، همسررداری و فرزندپروری و حتی حمایت‌های مضاعف روانی، عاطفی و حمایتی زنان از سایر اعضا خانواده، همچنان جزئی از انتظارات جامعه و مسئولیت‌های آنان شناخته می‌شود و حوزه خانگی به‌عنوان بخشی از کار زنان به حساب می‌آیند، حتی زمانی که آن‌ها شغلی بیرون از خانه دارند. ۲- قدرت و منابع درخانه: فقدان قدرت و نفوذ زنان درخانه و فقدان دسترسی به منابع ارزشمند (از جمله غذا، فرصت‌هایی برای اوقات فراغت، درآمد) ممکن است نتایج نامطلوبی برای سلامت زنان در پی داشته باشد (آربر و توماس، ۲۰۰۱).

درکنار عوامل یادشده، ایدئولوژی‌های جنسیتی، اسطوره‌های اجتماعی و کلیشه‌ها در مورد «رفتار طبیعی» مناسب یا پذیرفته‌شده برای زنان و مردان بر سلامت و رفاه آنان اثر گذارند (موس، ۲۰۰۲). از سویی، تفاوت‌های جنسیتی در نقش‌ها و مسئولیت‌های زنان و مردان و نابرابری‌های

جنسیتی در دستیابی به منابع، اطلاعات و قدرت منجر به تفاوت‌های جنسیتی و نابرابری‌ها در آسیب‌پذیری زنان و مردان به بیماری، دستیابی به اقدامات پیش‌گیرانه و درمانی و کیفیت مراقبت دریافتی می‌شود (کونینگ و همکاران، ۱۹۹۶). این مطالب بیانگر اهمیت عوامل اجتماعی در شکل‌دهی سلامت روان یا بیماری‌های روانی هستند. بنابراین مطالعه عوامل فرافردی از جمله جنسیت، «نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها» و «آسیب‌پذیری در سلامت» با هدف مشخص ساختن نحوه ارتباط آن‌ها با سلامت روان امری مهم و اساسی است. اتخاذ این رویکرد منجر به ایجاد فاصله از الگوهای «زیستی - پزشکی»، عوامل «شخصیتی - فردی» و عوامل «روانی» خواهد شد و سلامت روان زنان و مردان و تفاوت‌ها در بین آنان را با توجه به عوامل اجتماعی توضیح می‌دهد. بر این اساس، بررسی عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روان افراد و تفاوت جنسیتی در آن با تأکید بر آرا نظریه‌پردازان مطرح شده در این پژوهش به درک بهتر ما در رابطه با چگونگی ساز و کار این روابط و نحوه اثرگذاری آن‌ها بر سلامت روان افراد مورد مطالعه کمک خواهد کرد. با این پیش‌فرض‌ها، فرضیات تحقیق عبارتند از:

- ✓ سلامت روان بر حسب جنسیت افراد متفاوت است.
- ✓ نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها بر حسب جنسیت افراد متفاوت است.
- ✓ آسیب‌پذیری در سلامت بر حسب جنسیت افراد متفاوت است.
- ✓ افزایش میزان نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها سبب کاهش سلامت روان فرد می‌شود.
- ✓ افزایش آسیب‌پذیری سلامت افراد سبب کاهش سلامت روان آنان می‌گردد.
- ✓ افزایش نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها سبب افزایش آسیب‌پذیری سلامت افراد می‌گردد.
- ✓ بین درآمد و سلامت روان افراد رابطه معناداری وجود دارد.
- ✓ بین تحصیلات و سلامت روان افراد رابطه معنادار وجود دارد.

الگوی نظری پژوهش نیز به شکل زیر است.



شکل ۱. الگوی نظری عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان

روش پژوهش

تحقیق حاضر بر پایه روش پیمایش انجام شده است. جامعه آماری، کلیه افراد متأهل ۲۰ تا ۶۰ ساله ساکن شهر کرمان در سال ۱۳۹۸ هستند و داده‌ها از اردیبهشت تا مردادماه ۱۳۹۸ جمع‌آوری شده‌اند. پرسشنامه تحقیق مشتمل بر: ۱- متغیرهای زمینه‌ای شامل سن، درآمد، تحصیلات ۲- متغیرهای مستقل شامل نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها (تقسیم کارخانگی، تصمیم‌گیری در خانواده، توزیع منابع و امکانات مالی)، آسیب‌پذیری در سلامت (آسیب‌پذیری در قدرت تصمیم‌گیری در سلامت، آسیب‌پذیری در دسترسی به خدمات و منابع سلامت، آسیب‌پذیری در دسترسی به حمایت اجتماعی در سلامت) است.

برای سنجش متغیر وابسته یعنی سلامت روان از پرسش‌نامه ۱۲ سؤالی (GHQ-۱۲) گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شد. این مقیاس مشتمل بر دو عامل است. عامل اول جنبه ایجابی دارد و نشانه وجود سلامت روان است که شامل ۶ سؤال در زمینه تمرکز بر کارها، احساس مفید بودن، توان تصمیم‌گیری، قدرت رویارویی با مشکلات، احساس رضایت از زندگی و لذت بردن از امور روزمره می‌شود. عامل دوم به نشانه‌های وجود اختلال روانی از جمله نگرانی شدید، بی‌خوابی، احساس دائمی تحت فشار بودن، غم و افسردگی، نداشتن اعتماد به نفس، بی‌ارزش بودن و ناتوانی در رویارویی با مشکلات مربوط است (امین‌پور و زارع، ۱۳۹۴). ضریب آلفای

پرسشنامه ۸۲ درصد به دست آمد. از روش نمره‌گذاری ساده لیکرت استفاده شد و برای گزینه‌های چهارگانه به ترتیب نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته شد. با انجام پیش‌آزمون بر روی گروهی ۳۰ نفره واریانس متغیر وابسته ۳۸ درصد به دست آمد. با توجه به $d = 0/05$ ، $t = 1/9$ ، با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه برابر با ۵۸۰ نفر به دست آمد، جهت احتیاط حجم نمونه ۶۰۰ نفر انتخاب شدند. در تحقیق حاضر از دو تکنیک نمونه‌گیری استفاده شد. از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای، بدین نحو که شهر کرمان بر اساس مناطق شهرداری به ۴ منطقه تقسیم شد. لذا، متناسب با تعداد جمعیت هر منطقه به کل جمعیت شهر کرمان، سهمی از کل نمونه به آن اختصاص یافت. جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها از هر منطقه شهرداری چند محله به تصادف انتخاب و از هر محله یک یا دو بلوک به تصادف انتخاب گردیدند. نکته حائز اهمیت این است، از آن‌جا که مقایسه سلامت دو گروه زنان و مردان متأهل از اهداف اصلی تحقیق است، جنسیت یکی از ملاک‌های اصلی نمونه‌گیری است. از این رو نمونه‌گیری نامتناسب از دو گروه زنان و مردان متأهل نیز به عمل آمد. صرف‌نظر از جمعیت هر گروه در جامعه مورد مطالعه، حجم نمونه به دو قسمت مساوی تقسیم شد و در هر منطقه تعداد مساوی زنان و مردان به‌طور تصادفی انتخاب شد. به‌منظور برازش الگوی نظری پژوهش و تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 23، تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر استفاده شد.

در پژوهش حاضر برای تعیین روایی (اعتبار) پرسشنامه از اعتبار محتوایی بهره برده شد که بستگی به قضاوت و نظر افراد متخصص و کارشناس در موضوع مورد مطالعه دارد. لذا، پرسشنامه در اختیار تعداد مشخصی از افراد متخصص قرار گرفت و پس از جمع‌بندی نظرات آنان نسبت به اصلاح و تنظیم پرسشنامه نهایی اقدام شد. به‌منظور سنجش پایایی پرسشنامه نیز از آزمون ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج به شرح جدول زیر است.



جدول ۱. ضریب پایایی آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق

| مفهوم | ابعاد | تعداد گویه | ضریب آلفای کرونباخ کل |
|--|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|
| نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها | تقسیم کار خانگی | ۷ | ۰/۸ |
| | قدرت تصمیم‌گیری در خانواده | ۱۲ | ۰/۸۰ |
| | مالکیت منابع اقتصادی | ۵ | ۰/۷۲ |
| آسیب‌پذیری در سلامت | آسیب‌پذیری در منابع سلامت | ۹ | ۰/۷۸۷ |
| | آسیب‌پذیری در قدرت عمل در سلامت | ۴ | ۰/۶۹ |
| | آسیب‌پذیری در حمایت اجتماعی در سلامت | ۶ | ۰/۷۲ |
| سلامت روان | | ۱۲ | ۰/۸۲۵ |

منبع: یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش

مندرجات جدول زیر نشان‌دهنده این است که جمعیت نمونه ۶۰۰ نفری تحقیق مشتمل بر ۵۰ درصد زن و ۵۰ درصد مرد متأهل است. از نظر تحصیلات زنان، ۵/۳ درصد بی‌سواد و ابتدایی، ۲۴ درصد راهنمایی و دبیرستان، ۲۳/۴ درصد دیپلم، ۳۶ درصد کاردانی و کارشناسی، ۳۱ درصد کارشناسی‌ارشد و دکتری بوده‌اند. از نظر تحصیلات اکثر مردان و زنان در سطح کاردانی و کارشناسی بودند. از نظر گروه سنی، اکثریت زنان و مردان در گروه سنی ۴۰-۳۱ قرار دارند.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی

| متغیر (زنان) | مقوله | فراوانی | درصد | متغیر (مردان) | مقوله | فراوانی | درصد |
|--------------|----------|---------|------|---------------|----------|---------|------|
| گروه سنی | ۲۰-۳۰ | ۶۸ | ۲۲/۷ | گروه سنی | ۲۰-۳۰ | ۶۵ | ۲۱/۷ |
| | ۳۱-۴۰ | ۱۰۲ | ۳۴ | | ۳۱-۴۰ | ۹۲ | ۳۰/۷ |
| | ۴۱-۵۰ | ۷۵ | ۲۵ | | ۴۱-۵۰ | ۶۶ | ۲۲ |
| | ۵۱-۶۰ | ۵۵ | ۱۸/۳ | | ۵۱-۶۰ | ۷۷ | ۲۵/۷ |
| وضعیت اشتغال | شاغل | ۱۱۵ | ۳۸/۳ | وضعیت اشتغال | شاغل | ۲۷۷ | ۹۳/۳ |
| | خانه‌دار | ۱۴۹ | ۴۹/۷ | | خانه‌دار | ۰ | ۰ |

| | | | | | | | |
|------|----|-----------------------|---------|------|-----|-----------------------|---------|
| ۴/۷ | ۱۴ | بیکار | | ۰ | ۰ | بیکار | |
| ۳ | ۹ | بازنشسته | | ۲ | ۶ | بازنشسته | |
| ۰ | ۰ | مشاغل پاره‌وقت | | ۱۰ | ۳۰ | مشاغل پاره‌وقت | |
| ۱۲/۷ | ۲۸ | بی‌سواد و ابتدایی | تحصیلات | ۵/۳ | ۱۶ | بی‌سواد و ابتدایی | تحصیلات |
| ۱۳/۳ | ۳۹ | راهنمایی و دبیرستان | | ۲۴ | ۷۲ | راهنمایی و دبیرستان | |
| ۲۷/۷ | ۸۳ | دیپلم | | ۲۴/۳ | ۷۳ | دیپلم | |
| ۳۱/۷ | ۹۵ | کاردانی و کارشناسی | | ۳۶ | ۱۰۸ | کاردانی و کارشناسی | |
| ۲۳/۴ | ۴۵ | کارشناسی‌ارشد و دکتری | | ۱۰/۳ | ۳۱ | کارشناسی‌ارشد و دکتری | |

منبع: یافته‌های پژوهش

یافته‌های استنباطی

میزان سلامت روان: اطلاعات جدول زیر حاکی از آن است که براساس پرسش‌نامه تحقیق ۵۴ درصد زنان دارای سلامت روان و ۴۶ درصد مشکوک به اختلال روان هستند. در بین پاسخ‌گویان مرد ۷۸ درصد دارای سلامت روان و ۲۲ درصد مشکوک به اختلال روان هستند. یافته‌های جدول زیر نشان می‌دهد میانگین نمره سلامت روان مردان $۲۳/۴۵ + ۴/۲۰$ بیشتر از میانگین نمره سلامت روان زنان $۲۰/۶۸ + ۵/۱۵$ است و این تفاوت از نظر آماری معنادار است. بدین معنا که مردان در مقایسه با زنان از سلامت روان بالاتری برخوردارند.

تفاوت میانگین‌ها

جدول ۳. آزمون تفاوت میانگین سلامت روانی بر حسب متغیر جنسیت

| آزمون تی مستقل | | انحراف استاندارد | میانگین | جنسیت | متغیر وابسته |
|----------------|------|------------------|---------|-------|--------------|
| Sig | T | | | | |
| ۰/۰۰۱ | ۷/۲۰ | ۴/۲۰ | ۲۳/۴۵ | مرد | سلامت روان |
| | | ۵/۱۵ | ۲۰/۶۸ | زن | |

منبع: یافته‌های پژوهش



یافته‌های جدول زیر نشان می‌دهد میزان نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها برحسب جنسیت متفاوت است $\text{sig} = 0/001$. میزان "نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها" برای زنان $73/6$ بیشتر از مردان $54/8$ است. طبق نتایج، بین آسیب‌پذیری در سلامت زنان و مردان هم تفاوت وجود دارد ($p = 0/001$). میزان آسیب‌پذیری در سلامت برای مردان $42/92$ کمتر از زنان $46/54$ است بدین معنا که زنان در مقایسه با مردان آسیب‌پذیری بیشتری در سلامت دارند.

جدول ۴. آزمون t متغیرهای مستقل بر حسب جنسیت

| آزمون تی مستقل | | انحراف استاندارد | میانگین | جنسیت | متغیر وابسته |
|----------------|-------|------------------|---------|-------|--|
| Sig | T | | | | |
| 0/001 | 32 | 2/77 | 54/8 | مرد | نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها |
| | | 6/25 | 73/6 | زن | |
| 0/001 | -5/46 | 7/29 | 42/92 | مرد | آسیب‌پذیری در سلامت |
| | | 4/80 | 46/54 | زن | |

منبع: یافته‌های پژوهش

رگرسیون چندگانه

در ادامه اثر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته سلامت روان زنان و مردان و با استفاده از رگرسیون چندگانه و روش گام‌به‌گام به تفکیک مورد بررسی قرار گرفته است. برآوردهای مربوط به ضرایب رگرسیون چندگانه در جداول زیر گزارش شده است:

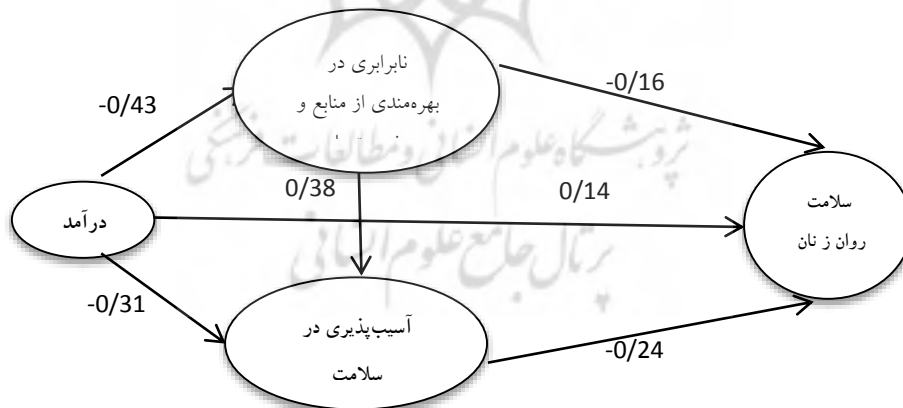
جدول ۵. برآورد ضرایب رگرسیون

| سلامت روان مردان | | | متغیرهای مستقل | سلامت روانی زنان | | | متغیرهای مستقل |
|------------------|------|-------|----------------|------------------|-------|-------|--|
| Beta | SE | B | | Beta | SE | B | |
| 0/31** | 0/15 | -0/85 | درآمد | -0/24* | 0/038 | -0/14 | آسیب‌پذیری در سلامت |
| | | | | -0/16** | 0/043 | -0/11 | نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها |
| | | | | 0/14* | 0/25 | 0/58 | درآمد |

| | |
|---|---|
| R=۰/۳۱ R ² =۰/۰۹ F=۳۱/۸۹ Sig=۰/۰۰۰ | R=۰/۴۴ R ² =۰/۲۰ F=۲۳/۸۸ Sig=۰/۰۰۰ |
|---|---|

منبع: یافته‌های پژوهش (Significance Level* = 0.05, ** = 0.01, *** = 0.001)

نتایج جدول بالا بیانگر این است که ۲۰ درصد ($R^2 = 0/20$) از تغییرات متغیر سلامت روان زنان، بر حسب متغیرهای نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها، آسیب‌پذیری در سلامت و درآمد قابل تبیین است. مقادیر ضرایب تأثیر متغیرهای مستقل چنین (۰/۱۶، -۰/۱۶، -۰/۲۴) به دست آمد. اثر متغیر "نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها" معکوس (افزایش آن منجر به کاهش سلامت روان زنان) و اثر متغیر آسیب‌پذیری در سلامت نیز معکوس (افزایش آن منجر به کاهش سلامت روان زنان) است. اما، متغیر درآمد بر افزایش سلامت روان تأثیر مثبت دارد. از طرفی، ۹ درصد ($R^2 = 0/09$) از تغییرات متغیر سلامت روان مردان، بر حسب متغیر درآمد قابل تبیین است. ضریب تأثیر متغیر مستقل ۳۱ درصد است. لذا، از بین متغیرهای مستقل فقط متغیر درآمد بر سلامت روان مردان تأثیر مستقیم دارد و به افزایش سلامت روان مردان منجر می‌گردد. مجموعه داده‌ها و ضرایب حاصل از رگرسیون چندگانه (گام به گام) را می‌توان به شکل الگوی زیر خلاصه نمود.



شکل ۲. الگوی رگرسیون چندگانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان زنان

منبع: یافته‌های پژوهش



تحلیل مسیر

جدول ۶. تحلیل مسیر متغیرهای مستقل الگو (۲) بر سلامت روان زنان

| انواع تأثیر | | | متغیرهای مستقل |
|-------------|-------------------------|--|---|
| کل | غیر مستقیم | | |
| -۰/۲۵ | ۰/۳۸ -۰/۲۴* -۰/۰۹ | از طریق آسیب‌پذیری در سلامت | -۰/۱۶ نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها |
| -۰/۲۴ | | | -۰/۲۴ آسیب‌پذیری در سلامت |
| ۰/۲۱ | -۰/۴۳ -۰/۱۶* ۰/۰۷ | از طریق نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها | ۰/۱۴ درآمد |
| ۰/۲۱ | -۰/۳۱ -۰/۲۴* ۰/۰۷ | از طریق آسیب‌پذیری در سلامت | |

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که متغیر «نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها» به‌طور مستقیم و منفی ۱۶ درصد از تغییرات سلامت روان زنان را تبیین نموده است (هرچه نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها بیشتر باشد سلامت روان زنان بدتر است) و نیز به‌طور غیرمستقیم از طریق متغیر آسیب‌پذیری در سلامت به میزان ۲۵ درصد بر سلامت روان زنان اثر داشته است (سبب کاهش سلامت روان زنان شده است). یعنی هرچه نابرابری بیشتر باشد آسیب‌پذیری در سلامت بیشتر می‌شود و پیامد آن تنزل وضعیت سلامت روان زنان است. متغیر آسیب‌پذیری در سلامت فقط به‌طور مستقیم بر سلامت روان زنان تأثیر داشت و به‌طور غیرمستقیم از طریق سایر متغیرها اثرگذار نبود. این متغیر ۲۴ درصد از تغییرات سلامت روان زنان را موجب شده است. درآمد نیز ۱۴ درصد از تغییرات سلامت روان زنان را تبیین کرده است (هرچه درآمد زنان بیشتر باشد سلامت روان زنان بهتر است) و نیز به‌طور غیرمستقیم از طریق متغیر «نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها» ۲۱ درصد و از طریق متغیر آسیب‌پذیری در

سلامت به میزان ۲۱ درصد بر سلامت روان زنان اثر داشته است یعنی هرچه در آمد بیشتر باشد، آسیب‌پذیری در سلامت و نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها کمتر می‌شود و در پی آن سلامت روان زنان بهبود پیدا می‌کند.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق حدود ۲۰ درصد از تغییرات سلامت روان زنان را تبیین می‌کنند. اما در مورد سلامت روان مردان حدود ۹ درصد قدرت تبیین‌کنندگی دارند. متغیر «نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها» و «آسیب‌پذیری در سلامت» فقط بر سلامت روان زنان تأثیر دارد و همان‌طور که در جدول ۴ آمد میزان نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها و آسیب‌پذیری سلامت در زنان در مقایسه با مردان بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر سنجش تفاوت‌های جنسیتی سلامت روان زنان و مردان ساکن شهر کرمان و شناسایی عوامل مؤثر بر آن بود. بدین منظور، تحقیق بر روی ۶۰۰ نفر از زنان و مردان متأهل ۲۰ تا ۶۰ ساله ساکن شهر کرمان به روش پیمایش انجام شد. یافته‌های به دست آمده، فرضیات اصلی تحقیق را تأیید کرده است. در درجه اول باید گفت مردان نمونه تحقیق نسبت به زنان از سلامت روان بهتری برخوردارند که با اطلاعات یافته‌های فروهری و همکاران (۱۴۰۱)، دوستی و همکاران (۱۳۹۹)، اطلس پیمایش سلامت ملی ایرانیان (۱۳۹۸)، نوربالا و همکاران (۲۰۱۷)، نوربالا و نوربالا (۱۳۹۴)، توکل و همکاران (۱۳۹۰) و برخی تحقیقات خارجی از جمله تحقیق لیو و همکاران^۱ (۲۰۲۱)، پلاچک و والاک^۲ (۲۰۱۵)، رالفسن (۲۰۱۴)، ون دی والد و همکاران (۲۰۱۳)، مدالیا^۳ (۲۰۱۲)، ملموسی و همکاران (۲۰۱۴)، کلوز و جاکوبی^۴ (۲۰۰۴) هماهنگ است.

1. ShuaiLiu et al
2. Polachek & Wallace
3. Medalia
4. Klose & Jacobi



فرضیات تحقیق عواملی چون تحصیلات، درآمد، نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها، میزان آسیب‌پذیری در سلامت را از جمله عوامل مؤثر بر تفاوت‌های سلامت زنان و مردان برمی‌شمارد. نتایج نشان داد تحصیلات با سلامت روان زنان و مردان رابطه معناداری ندارد که با یافته کلوز و جاکوبی (۲۰۰۴) همساز است. عدم رابطه تحصیلات با سلامت روان ممکن است بر این واقعیت دلالت داشته باشد که افزایش تحصیلات مادامی که به بهره‌مندی بیشتر از منابع ارزشمند منتهی نشود به‌خودی خود تأثیری بر افزایش سلامت روان افراد ندارد. همچنین، احتمال دارد تحصیلات به‌واسطه افزایش آگاهی و قدرت تحلیل و ریشه‌یابی عمیق‌تر مسائل و مشکلات حتی به کاهش سلامت روان هم منتهی شود.

اما، میزان درآمد پاسخ‌گویان با سلامت روان مردان و زنان رابطه‌ای مثبت و معناداری دارد. در واقع، هرچه درآمد افراد بیشتر باشد سلامت روان آنان بهتر است. این با نتایج لوند و همکاران^۱ (۲۰۱۳) و محمدنژاد و فرجی (۲۰۱۹) مطابقت دارد. البته در نتایج محمدنژاد و فرجی (۲۰۱۹) آمده است که عامل فقر و کاهش درآمد در مردان در دوره میان‌سال، تأثیر منفی بیشتری بر سلامت روان آنان در مقایسه با زنان دارد. نتیجه تحقیق حاضر نیز نشان داد مهم‌ترین عامل اثرگذار بر سلامت روان مردان، درآمد است.

از سویی فرضیه نابرابری زنان و مردان در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها تأیید شد و مشخص شد که زنان در «بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها» در مقایسه با مردان نابرابری بیشتری را تجربه می‌کنند. این یافته هم‌راستا با نتایج گزارش جهانی شکاف جنسیتی (۲۰۲۲) است. نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها با توجه به سه شاخص «تقسیم کار خانگی»، «قدرت تصمیم‌گیری» و نابرابری در «مالکیت منابع اقتصادی» سنجیده شده است. در مجموع زنان نمونه تحقیق در مقایسه با مردان، کار خانگی (از جمله ظرف‌شستن، نظافت منزل، خرید خانه، رسیدگی به امور فرزندان، آشپزی، وقت‌گذرانی با بچه‌ها) بیشتری انجام می‌دهند. قدرت تصمیم‌گیری (تصمیم‌گیری در امور زندگی، حوزه دخل و خرج روزانه، خرید کالاهای اساسی، ارتباط با دوستان و خانواده، زمان تولد اولین فرزند، تعداد فرزندان، تربیت فرزندان و...) کمتری دارند و مالکیت منابع اقتصادی آنان بر زمین، خانه، ملک، ماشین و غیره کمتر است. این با یافته‌های گروسی (۱۳۸۷، ۱۳۸۹)،

والترز (۲۰۰۲)، آناندال و هانت (۲۰۰۲)، زیپ و همکاران (۲۰۰۶) و لاجنس و بوچارد (۲۰۱۰) هم‌سو است.

قابل توجه این‌که «نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها» با سلامت روان مردان فاقد یک رابطه معنادار است؛ اما با سلامت روان زنان رابطه‌ای منفی و معناداری دارد. این نتیجه با نتایج پورمحسن و همکاران (۱۳۹۹)، کوششی و همکاران (۱۳۹۸)، وایت (۱۳۹۲)، کیلی و همکاران (۲۰۱۹)، ملموسی و همکاران (۲۰۱۴)، ون‌دی‌والد و همکاران (۲۰۱۳) و سورلین و لیندهم (۲۰۱۱) سازگار است. همچنین، مؤید نظریه موس (۲۰۰۲) است که می‌گوید: «تقسیم کارخانگی، روابط قدرت و برابری پیامدهای متفاوتی بر سلامت زنان و مردان دارد». در تحقیق حاضر هم شاهد بودیم که این نوع نابرابری فقط بر سلامت روان زنان تأثیر منفی دارد. در مجموع نابرابری در دستیابی به فرصت‌ها و منابع، سلامت زنان را با مضیقه مواجه می‌کند و آنان را آسیب‌پذیرتر می‌سازد. لذا، عدم بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها مواجهه با سختی و استرس را افزایش می‌دهد و دسترسی به منابعی را که برای پیشگیری و مراقبت در برابر بیماری به آن نیاز دارند، محدود می‌سازد. در واقع درک جنسیت و پیامدهای نابرابرکننده آن در قدرت، منابع و همچنین، این‌که جنسیت شرایط زندگی زنان و مردان را متمایز می‌سازد (به‌طور مثال: تقسیم کارهای خانه، فعالیت‌های اجتماعی، توزیع منابع و...)، سبب درک بهتر تفاوت در سلامت زنان و مردان می‌گردد. همچنین، مؤید نظریه آناندال (۲۰۱۳) است مبنی بر این‌که «نابرابری در روابط و قدرت اجتماعی بین زنان و مردان، به امکانی از تعریف اجتماعی سلامت برمی‌گردد و وضعیت سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زیرا ساختار جنسیت به زندگی انسان‌ها و منابع و محدودیت‌های‌شان شکل می‌دهد و دست‌مایه بهره‌مندی فرصت‌های زندگی خواهد شد». از آن‌جا که مردان نابرابری جنسیتی کمتری را تجربه می‌کنند بنابراین طبیعی است که این عامل با سلامت روان آن‌ها رابطه‌ای نشان نمی‌دهد.

نتایج تحقیق حاضر این فرضیه که میزان «آسیب‌پذیری در سلامت» بر حسب جنسیت متفاوت است را تأیید کرد. «آسیب‌پذیری در سلامت» زنان نسبت به مردان بیشتر است. «آسیب‌پذیری در



سلامت» بر طبق دیدگاه سن و اوستلین^۱ (۲۰۰۷) با عدم قدرت تصمیم‌گیری برای عمل به مسائل سلامت، عدم دسترسی کافی به درمان و منابع سلامت به‌علاوه، آسیب‌پذیری در حمایت‌های اجتماعی ادراک‌شده در سلامت تعریف شده است. نتایج به‌دست آمده مؤید نظریه کونینگ است بر این مبنا که: «جنسیت می‌تواند بر این‌که مردم چطور نسبت به شرایط خاص سلامت، آسیب‌پذیر باشند تأثیر گذارد». بر این مبنا این‌که چه کسی دارای قدرت است و می‌تواند از منابع خانواده برای مراقبت و سلامت خود استفاده کند؟ این‌که نقش‌های اجتماعی زنان مانند مراقبت از فرزندان، بارداری و تغذیه نوزادان چطور بر سلامت آن‌ها اثر می‌گذارد؟ این‌که آیا زنان برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و مشاوره روانی نیازمند اجازه همسر هستند؟ و یا این‌که چه کسی تصمیم می‌گیرد که چه میزان از منابع خانوار به پرداخت خدمات بهداشتی اختصاص یابد؟ این‌که حمایت خانواده و توزیع نقش‌ها تا چه اندازه فرصت‌هایی را برای آموزش دو جنس فراهم می‌کند؟ این‌که زنان تا چه حد مسئول مراقبت‌های بهداشتی خانواده هستند و این امر چه پیامدهایی برای آنان دارد؟ (مؤسسه تحقیق در جنسیت و قومیت^۲، ۲۰۱۶) در مجموع این موارد بر وضعیت سلامت روان آنان اثر دارد.

نتایج دیگر حاکی از تأیید این فرضیه بود که افزایش «آسیب‌پذیری در سلامت»، سبب کاهش سلامت روان زنان گردیده است. همچنین، این فرضیه تأیید شد که هرچه نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها بیشتر باشد آسیب‌پذیری در سلامت روان زنان هم بیشتر است. از آن‌جا که زنان نابرابری در منابع و فرصت‌ها را بیشتر تجربه می‌کنند بدیهی است که از حیث برخورداری از سلامت آسیب‌پذیر خواهند بود. در واقع همان‌طور که کونینگ و همکاران (۱۹۹۶) اشاره دارند آسیب‌پذیری در سلامت انعکاسی از نابرابری در دستیابی به منابع و قدرت است که پیامد آن آسیب‌پذیری افراد در دستیابی به اقدامات پیش‌گیرانه و درمانی و کیفیت مراقبت درمانی در بیماری و بالتبع کاهش سلامت روان است. در واقع، طبق گفته کونینگ و همکاران: "وضعیت سلامت زنان و مردان پیامد این امر است که جوامع چگونه در روابط قدرت امتیازات توافق شده به مردان می‌دهند که این امر می‌تواند زنان را نسبت به مردان در زمینه سلامت، آسیب‌پذیرتر

1. Sen & Östlin

2. Research in Gender and Ethics

نماید». در واقع، نابرابری و هنجارهای جنسیتی محدودکننده، دستیابی زنان به کالاها و منابعی را که موجب سلامت‌شان می‌شود با مضیقه مواجه می‌سازد و آنان را آسیب‌پذیرتر می‌سازد. در خاتمه هم‌خوان با نظر جامعه‌شناسان سلامت روان که معتقدند اختلالات روان ناشی از سامانه‌های اجتماعی- فرهنگی است، در این پژوهش نیز مشخص شد که سلامت روان در سطح فردی متأثر از ساختارهای اجتماعی- فرهنگی از جمله ساختار جنسیتی در جامعه است. این امر می‌تواند به تفاوت جنسیتی در سلامت روان منجر شود. از طرفی، عوامل اثرگذار بر سلامت روان زنان و مردان نیز متفاوت هستند. چنان‌که عامل نابرابری جنسیتی و آسیب‌پذیری در سلامت فقط بر سلامت روان زنان تأثیر دارد و تنها عامل اثرگذار بر سلامت روان مردان درآمد بود که از اهمیت عامل اقتصاد بر سلامت روان مردان حکایت می‌کند.

الگوی رگرسیونی پژوهش بیانگر آن است که دو متغیر «نابرابری در بهره‌مندی از منابع و فرصت‌ها» به همراه «آسیب‌پذیری در سلامت» ۲۰ درصد از تغییرات سلامت روان زنان را تبیین کرده است. احتمال دارد عوامل دیگری مانند میزان رضایت از زندگی، درجه پابندی مذهبی، تعدد و تنوع شبکه روابط اجتماعی، کمیت و کیفیت مصرف رسانه‌ای، فرهنگ حاکم بر مناسبات خانوادگی و پایگاه اقتصادی- اجتماعی افراد از جمله متغیرهایی باشند که با قدرت بیشتری بتوانند تفاوت سلامت روان زنان نسبت به مردان را تبیین کنند. شایسته است پژوهشگران بعدی سنجش اثر این قبیل متغیرها را مدنظر قرار دهند.

یافته‌های محققان علوم اجتماعی حاکی از آن است که سلامتی پدیده‌ای چندبعدی و چندوجهی است و برای ارتقاء آن در کنار کوشش برای اصلاح متغیرهای سطح فردی (مانند توانمندسازی زنان) لازم است خاستگاه اجتماعی بیماری و به‌ویژه شیوه توزیع منابع ارزشمند و تعریف نقش‌های جنسیتی اصلاح شود. غلبه رویکرد روان‌پزشکی- زیستی و اتکاء به رویکرد دارودرمانی و مشاوره‌های فردی، به‌رغم نقش ارزشمندی که در کاهش رنج بیماران دارند، اما قادر نیستند مشکلات آن‌ها را بیابند و برطرف کنند. لذا، متراکم شدن پژوهش‌های با رویکرد اجتماعی می‌تواند نقطه آغاز مفیدی در جهت شناخت ریشه‌های اجتماعی عدم سلامت روان و آغاز گامی عملی در حیطة سیاست‌گذاری در این زمینه باشد. به‌جای تمرکز بر شیوه‌های پرهزینه



درمان‌پزشکی، اگر جامعه در مسیر عدالت و برابری اجتماعی حرکت کند، به طوری که در قلمروهای مختلف آثار محرومیت و تبعیض کاهش پیدا کند، اعضاء جامعه از سلامت روان بیشتری برخوردار خواهند بود. این امر نه تنها صرف هزینه پزشکی را برای دولت کاهش می‌دهد، بلکه توسعه منابع انسانی کشور را بهبود می‌بخشد. در واقع به همان نسبت که جامعه سالم نتیجه سلامت اعضایش هست، سلامت افراد نیز متضمن سلامت جامعه است.



منابع

- آقایاری هیر، توکل، عباسزاده، محمد و گراوند، فرانک. (۱۳۹۵). مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و محله‌ای مؤثر بر آن (مورد مطالعه: شهروندان تهرانی). *برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۸(۲۷)، ۱۸۷-۱۴۵.
- احمدنیا، شیرین. (۱۳۸۳). اثرات اشتغال بر سلامت زنان. *رفاه اجتماعی*، ۳(۱۲)، ۱۸۰-۱۵۷.
- امین‌پور، حسن و زارع، حسین. (۱۳۹۴). کاربرد آزمون‌های روانی. انتشارات: دانشگاه پیام نور. پورمحسن، معصومه، خوش‌رو، وحید، مسعودی، مرضیه، پاک‌سرشت، صدیقه و خیاط، سمیرا. (۱۴۰۱). بررسی ارتباط نابرابری اجتماعی و اقتصادی با وضعیت سلامت زنان شاغل. *مجله سلامت*، ۱۱(۱)، ۱۰۸-۱۰۰.
- توکل، محمد، معیدفر، سعید و مقصودی، سوده. (۱۳۹۰). بررسی جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روانی در زوجین شهر کرمان. *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۲(۱)، ۱۹۴-۱۶۹.
- جلایی‌پور، حمیدرضا. (۱۳۹۲). *جامعه‌شناسی ایران: جامعه کثر مدرن*. تهران، نشر علم، چاپ اول.
- زنجانی‌زاده، هما. (۱۳۸۶). تحلیل رابطه آموزش و پرورش و نابرابری‌های جنسیتی. *تعلیم و تربیت*، ۳(۹۱)، ۷۰-۵۵.
- فروهری، آرش، امیرزاده گوغری، صابر، برهانی‌نژاد، وحیدرضا، بهرام‌نژاد، علی و نگارستانی، مژگان. (۱۴۰۱). بررسی وضعیت سلامت روان جمعیت عمومی شهر کرمان و عوامل مؤثر بر آن در دوران پاندمی کووید ۱۹. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه*، ۸(۱)، ۸۰-۶۹.
- کوششی، مجید، میرزایی، محمد، محمودیان، محمد و الماسی، مسعود. (۱۳۹۸). بررسی رابطه ابعاد احساس نابرابری جنسیتی و بهزیستی اجتماعی زنان شهر ایلام. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۷(۳)، ۳۰-۷.
- گروسی، سعیده. (۱۳۸۷). بررسی ساختار قدرت در خانواده‌های شهرستان کرمان. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۶(۲)، ۲۵-۷.



گروسی، سعیده و آدینه‌زاده، راحله. (۱۳۸۹). بررسی رابطه عوامل اجتماعی با تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی در بین زنان شاغل شهر کرمان. *دوفصلنامه علوم اجتماعی*، ۷(۹)، ۱۳۹-۱۲۱.

گیدنز، آنتونی. (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی*. ترجمه حسن چاوشیان. تهران، نشر نی.
دوستی، لیلا، عارفی، اعظم و نظیفی، حمیدرضا. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای سلامت روان در زنان و مردان شاغل در پزشکی قانونی استان لرستان. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۵۹(۵۹)، ۴۲۳-۴۱۱.

نوربالا، احمدعلی و نوربالا، فاطمه. (۱۳۹۴). بررسی سلامت روان زنان در ایران. تهیه و تدوین. مؤسسه رحمان. گزارش وضعیت اجتماعی زنان در ایران (۱۳۹۰-۱۳۸۰). مجموعه مقالات. تهران، نشر نی، چاپ اول.

وایت، کوین. (۱۳۹۲). *درآمدی بر جامعه‌شناسی سلامت و بیماری*، ترجمه محسن نصری‌راد. نشر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهیر بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۸). *اطلس پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران در سال ۱۳۹۵*. انتشارات وزارت بهداشت.

Aghayari Hir, T., Abbaszadeh, M. & Garavand, F. (2016). A study of mental health and the individual and neighborhood factors affecting it (case study: Tehran citizens). *Social Development & Welfare Planning*, 8(27), 145-187.

Ahmadnia, S. (2004). Employment effects on women health. *Social Welfare Quarterly*, 3(12), 157-180. (In Persian)

Aminpour, H. & Zare, H. (2014). Application of psychological tests. Publications: Payam Noor University. (In Persian)

Annandale, E. (2013). Gender Theory and Health' in Cockerham, W. (ed) *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. New York; Springer.

Annandale, E. & Hunt, K. (2000). *Gender Inequalities In Health*. Open University Press Philadelphia, PA 19106, USA.

Annandale, E. & Hammarström, A. (2015). Gender inequality in the couple relationship and leisure-based physical exercise. *PLoS ONE*, 10(7), 333-348.

- Arber, S. & Thomas, H. (2001). From women's health to a gender analysis of health. The Blackwell Companion to Medical Sociology Edited by William C. Cockerham.
- Bird, C. E. & Rieker, P. P. (2008). *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. New York.
- Doosti, L., Arefi, A. & Nazifi, H. (2019). Comparative study of mental health in women and men working in forensic medicine in Lorestan province. *Psychological Studies and Educational Sciences*, 59(59), 411-423. (In Persian)
- Elwér, S., Harryson, L., Bolin, M. & Hammarström, A. (2013). Patterns of Gender Equality at Workplaces and Psychological Distress. *PLoS ONE*, 8(1), e53246.
- Farvahari, A., Amirzadeh Googhari, S., Borhaninejad, V., Bahramnejad, A. & Negarestani, M. (2022). Assessing the mental health status of the general population of Kerman and the factors affecting it during the Covid-19 pandemic. *Journal of Health Research in Community*, 8(1), 69-80. (In Persian)
- Garroosy, S. (2008). Power structure in the families of Kerman. *Womens Studies (Sociological & Psychological)*, 6(2), 7-25. (In Persian)
- Garroosy, S. & Adinehzadeh, R. (2011). Investigating the relationship between job/family role conflict and social factors: The case of employed women in Kerman. *Journal of Social Sciences*, 7(1), 121-139. (In Persian)
- Giddens, A. (2010). *Sociology*. Translated by Hasan Chavoshian. Tehran, Ney Publishing. (In Persian)
- Gross, J. J., Uusberg, H. & Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: An affect regulation perspective. *World Psychiatry*, 18(2), 130-139.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health?. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.
- Jalaeipour, H. (2013). *Sociology of Iran: Modern society*. Tehran, Science Publication, First Edition. (In Persian)
- Kiely, K. M., Brady, B. & Byles, B. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129(1), 76-80.
- Klose, M. & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Womens Mental Health*, 7(2), 133-48.
- Koosheshi, M., Mirzaie, M., Mahmoudian, H. & Almasi, M. (). Investigate the relationship between gender inequality perception and social well-



- being among Ilam's women. *Womens Studies (Sociological & Psychological)*, 17(3), 7-30. (In Persian)
- Lachance-Grzela, M. & Bouchard, G. (2010). Why do women do the lion's share of housework? A decade of research. *Sex Roles: Journal of Research*, 63(11-12), 767-778.
- Lahelma, E., Arber, S., Kiveia, K. & Roos, E. (2003). Multiple roles and health among British and Finish women: The influence of Socioeconomic circumstances. *Social Science & Medicine*, 54(5), 727-740.
- Liu, S., Yang, L., Hang, C. H., Xu, Y., Ca., L., Ma, S. & Zhang, B. (2021). Gender differences in mental health problems of healthcare workers during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Journal of Psychiatric Research*, 137(2), 393-400.
- Lund, C., Myer, L., Stein, D. J., Williams, D. R. & Flisher, A. J. (2013). Mental illness and lost income among adult south Africans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(5), 845-851.
- Malmusi, D., Vive, A., Benac, J. & Borrell, C. (2014). Gender inequalities in health: Exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class. *Global Health Action*, doi: 10.3402/gha.v7.23189.
- Manwell, L.A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., et al. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ*, 5(6), e007079.
- Medalia, C. (2012). Essays on gender and health. Publicly Accessible Penn. Dissertations. University of Pennsylvania. Doctor of Philosophy. Ph.D.
- Mohamadnejad, N. & Faraji Dizaji, F. (2019). The poverty and mental health association in Iran. *Iranian Economic Review*, 23(3), 533-559.
- Moss N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54(5), 649-661.
- Noorbala, A. A., Bagheri, Yazdi, S. A., Faghihzadeh, S., Kamali, K., Faghihzadeh, E., Hajebi, A., Akhondzadeh, S., Sedighnia, A. & Azimi, A. A. (2017). Survey on mental health status of adult population aged 15 and above in the province of Ardebil, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 20(11), 11-14.
- Noorbala, A. A. & Noorbala, F. (2014). Investigation of women's mental health in Iran. Preparing and editing. Rahman Institute. Report on the social status of women in Iran (1380-1390). Researches. Tehran, Nei Publishing House, first edition. (In Persian)
- Research in Gender and Ethics. (2016). From, www.ringsgenderresearch.org.

- Polachek, A. J. & Wallace, J. E. (2015). Unfair to me or unfair to my spouse: Mens and womens perceptions of domestic equity and how they relate to mental and physical health. *Marriage & Family Review*, 51(3), 205-228.
- Pourmohsen, M., Khoshravesh, V., Masjoudi, M., Paksresht, S. & Khayat, S. (2020). Investigating the relationship between social and economic inequality and the health status of employed women. *Journal of Health*, 11(1), 100-108. (In Persian)
- Rohlfen, L. & Kronenfeld, J. J. (2014). Gender differences in functional limitations among middle-aged and older adults: A two-part latent curve analysis of structural, childhood background, and factors. *The Journals of Gerontology*, 69(4), 590-602.
- Sen, G. & Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. *Glob Public Health*, 3(1), 1-12.
- Schön, P. (2011). Differences and Change in Disability and Health Among Our Oldest Women and Men. Stockholm Studies in Social Work University.
- Sorlin, A. (2011). Health and the elusive gender equality can the impact of gender equality on health be measured?. Department of Public Health and Clinical Medicine, SE-901 87 Umeå, Sweden. Thesis Ph.D.
- Sorlin, A., Lindholm, L., Ng, N. & Öhman, A. (2011). Gender equality in couples and self-rated health - A survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *International Journal for Equity in Health*, 26(10), 1-11.
- Tavakol, T. Moidfar, S. & Maghsudi, S. (2012). Relationship between social capital and mental health of married couples in Kerman. *Iranian Journal of Social Problems*, 2(1), 169-194. (In Persian)
- Van de Velde, S., Huijts, T., Bamba, C. & Bracke, P. (2013). Macro-level equality and depression in men and women in Europe. *Sociol Health*, 35(2), 682-698.
- WHE. (2014). Women's Mental Health and Wellbeing. [http://whe.org.au/wp-content/uploads/sites/3/2014/10. Women's Health East](http://whe.org.au/wp-content/uploads/sites/3/2014/10.Women's%20Health%20East).
- WHO. (2008). Promoting Mental Health, A Report of the World Health Organization.
- White, K. (2012). An introduction to the sociology of health and illness, translated by Mohsen Naserirad. Publication of Shahir Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Medical Ethics and Legal Research Center. (In Persian)



World Economic Forum. (2022). Global Gender Gap Report .
https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf.

Zanjani zadeh, H. (2007). The Role of education in gender inequalities inwqualities. *Journal of Education*, 23(3), 55-70. (In Persian)



© 2023 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BYNC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

نویسندگان

a-alizadeh@pnu.ac.ir

اعظم علیزاده

استادیار رشته جامعه‌شناسی در دانشگاه پیام‌نور که حوزه مطالعه و علاقه ایشان زنان، خانواده و سلامت است.

P_danesh@pnu.ac.ir

پروانه دانش

دانشیار رشته جامعه‌شناسی در دانشگاه پیام‌نور.

a_maleki@pnu.ac.ir

امیر ملکی

دانشیار رشته جامعه‌شناسی در دانشگاه پیام‌نور.

javaherm@yahoo.com

فاطمه جواهری

دانشیار رشته جامعه‌شناسی، دانشگاه خوارزمی تهران.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 پرتال جامع علوم انسانی