

## بررسی تأثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان شهر مشهد ۱۳۸۸

دکتر حبیب ا... زنجانی<sup>۱</sup>، معصومه بیات<sup>۲</sup>

### چکیده

کیفیت زندگی اصطلاحی است که به سلامت و ارتقاء عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و همچنین توانایی آنان برای انجام وظایف روزمره زندگی اشاره دارد. هدف از این تحقیق مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در زنان شاغل و غیر شاغل می باشد.

به منظور اجرای پژوهش ۳۲۰ زن شاغل و غیر شاغل با دامنه سنی ۴۵-۱۸ سال ساکن در شهر مشهد بطور تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) پاسخ دادند. با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری *t-test*، ANOVA، *tukey* و *correlation* اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در میان ۸ بعد کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه در بعد «عملکرد جسمی» با میانگین ۸۷ بیشترین نمره و در بعد «مشکلات روحی» با میانگین ۵۷/۳ کمترین نمره را داشتند. مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و غیر شاغل نشان داد در تمام ابعاد کیفیت زندگی، زنان شاغل میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان غیر شاغل کسب نموده بودند که این تفاوت در دو بعد نشاط و سلامت روانی معنادار بود. ( $p=0.01$ ) براساس نتایج این پژوهش اشتغال تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی زنان دارد. بنابر این فراهم نمودن زمینه‌هایی برای اشتغال بانوان باعث افزایش کیفیت زندگی و سلامت زنان به عنوان نیمی از افراد جامعه خواهد بود.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، زنان شاغل، زنان غیر شاغل، اشتغال، مشهد

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۳/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۲/۲۰

<sup>۱</sup> عضو هیات علمی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول) Ha-Zanjani@yahoo.com

<sup>۲</sup> دانش آموخته کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات Bayat816@yahoo.com

**مقدمه**

یکی از مباحث اساسی در زمینه توسعه، میزان بهره‌گیری درست و منطقی از توانایی‌ها و استعداد‌های نیروی انسانی هر جامعه است. به گونه‌ای که نیروی انسانی پایه و اساس ثروت‌ها را تشکیل می‌دهد و بهره‌برداری کامل از منابع انسانی به عنوان یکی از اهداف استراتژیک توسعه در نظر گرفته می‌شود. بی‌تردید زنان، به عنوان نیمی از جمعیت، تاثیر مستقیمی در توسعه جامعه دارند زیرا هدف هر جامعه‌ای، به حداکثر رساندن رفاه اجتماعی است و رفاه اجتماعی تابعی از درآمد سرانه، توزیع عادلانه درآمد، بهبود سطح امکانات آموزشی، بهداشتی، رفاهی و میزان مشارکت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی مردان و زنان و... می‌باشد. در جامعه‌ای که مشارکت زنان در زمین اشتغال و فعالیت‌های اقتصادی بیشتر باشد، رفاه اجتماعی نیز بیشتر خواهد بود، زیرا مشارکت زنان در بازار کار، موجب کاهش نرخ باروری، افزایش سطح تولید، افزایش درآمد سرانه در مقیاس خرد، میانه و کلان و در نتیجه سبب افزایش رفاه اجتماعی کل جامعه می‌شود.

همراه با دگرگونی‌هایی که در ساخت و کارکرد خانواده در جامعه مدرن صورت گرفته، پایگاه اجتماعی زنان نیز دگرگون شده است. صنعت و شهرنشینی به زنان این فرصت را داده است که در خارج از خانه به اشتغال بپردازند. دستیابی زنان به منابع اقتصادی ناشی از کار در خارج از خانه و تسخیر فضاهای تازه اجتماعی توسط آنان، ساخت چند صد ساله خانواده را دگرگون ساخته است و ضرورتاً "پیدائی تعادلی نو را در یک خانه ایجاد می‌کند. اشتغال زن با ایجاد دگرگونی‌های بنیادی در ساخت شغلی جامعه، نظام ارزشهای سنتی، توزیع نقشها و پایگاههای زن و مرد، آثاری بر خانواده و سلامت زن برجا گذارده است.

از طرفی در سالهای اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای در اندازه‌گیری میزان سلامتی افراد و قدرت تاثیر گذاری بیماریهای روان شناختی و جسمی بر روی فعالیتهای روزانه و رفتارهای آنها بوجود آمده که این اندازه‌گیری‌ها به یک نگرش و رویکرد کلی نگر در سلامتی و مراقبتهای بهداشتی معطوف شده است و در این رابطه رویکرد نوینی به نام کیفیت زندگی<sup>۱</sup> در تحقیقات پزشکی و اجتماعی مطرح گردیده است. در نگرش جدید به پدیده تندرستی شاخص‌های سلامت فراتر از مرگ و میر بوده و تاثیر بیماری‌ها در فعالیت‌های روزانه و رفتار و بطور کلی وضعیت عملکردی و ناتوانی را نیز در بر می‌گیرد.

در الگوی انسان گرایانه طب نوین، شاخص سلامتی احساس خوب بودن و بهزیستی انسان بوده و علاوه بر شاخص های فیزیکی عوامل انسانی را نیز لحاظ نموده است که با این رویکرد شاخص های سلامتی و بهزیستی بر اساس کیفیت زندگی تعریف شده است (خیرآبادی، ۱۳۸۷، ص ۲۵۶).

کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می گیرد. در خصوص معنی کیفیت زندگی تعاریف و تعابیر مختلفی ارائه شده است. برخی آن را توانایی فرد برای اداره زندگی از دید خود می دانند (Ware, 1998). دونالد کیفیت زندگی را اصطلاحی توصیفی عنوان می کند که به سلامت و ارتقاء عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و توانایی آنها برای انجام وظایف روزمره اشاره دارد (Donald, 2001). در تعریفی که ویور در سال ۲۰۰۱ ارائه داده و مورد قبول بسیاری از صاحب نظران می باشد، کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع (king, 2006). همچنین کیفیت زندگی به عنوان احساس فرد از سلامت، رضایت یا عدم رضایت از زندگی، سرور و شادمانی یا ناخشنودی و نظایر آن تعریف شده است (Dalkey: 1972). و بالاخره سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی در حیطه های فرهنگی، ارزشهای سیستمی که در آن زندگی می کنند و روابط شان با اهداف، آرزوها و دغدغه هایشان عنوان می کند (خیرآبادی، ۱۳۷۸ به نقل از اورلی<sup>۲</sup>، ص ۲۵۶).

کیفیت زندگی موضوعی چند بعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و ارزیابی فرد در مورد رفاه و آسایش در جنبه های مهم زندگی را مورد توجه قرار می دهد. ویژگیهای مهم کیفیت زندگی که مورد توافق اغلب صاحب نظران علوم اجتماعی است، شامل چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن آن است و هر سه بعد اساسی کیفیت زندگی مربوط به سلامت ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی آن می باشد. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که شامل همه ابعاد زندگی می گردد و این ابعاد شامل سلامت ولی تنها محدود به آن نمی گردد (Josep, Pete, 1997).

سنجش کیفیت زندگی مبتنی بر رویکردها، روشها و مولفه های متفاوتی است. محققان در مطالعات مختلف مولفه های متنوعی از کیفیت زندگی را همچون: موقعیت سلامت عمومی، قابلیت کارکردی، کارکردهای عاطفی، میزان احساس خوشبختی، رضایت از زندگی، شادکامی، میزان هوشیاری، میزان نشانگانهای فعالیت اجتماعی، ایفا مناسب عملکرد جنسی، میزان حافظ و موقعیت مالی و شغلی در نظر گرفته اند (prutkin, 2002).

مساله جنسیت نیز در تعیین کیفیت زندگی نقش اساسی دارد (شیخی، ۱۳۸۵، ص ۲۰۰). موقعیت زنان در جامعه و نقش آنان در تصمیم‌گیری‌ها، در بسیاری از جوامع نشان‌دهنده کیفیت زندگی آنها در آن جوامع است و توجه بسیاری از پژوهشگران مربوط به کیفیت زندگی را به خود جلب کرده است. از طرفی میزان مشارکت اقتصادی-اجتماعی و فرصتهایی که به زنان و مردان داده می‌شود در کشورهای مختلف متفاوت بوده و دیدگاه‌های مختلفی در زمینه تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان مطرح است. با توجه به اینکه با بررسی تحقیقات پیشین، در زمینه تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است، در این مطالعه با بررسی کیفیت زندگی زنان شاغل و غیر شاغل، تاثیر اشتغال را بر کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت زنان شهر مشهد مورد ارزیابی قرار می‌دهیم.

### اهداف تحقیق

- ۱- شناخت تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان
- ۲- مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و غیر شاغل

### چارچوب نظری تحقیق

در این مطالعه از چارچوب کلی دیدگاه نوسازی و دیدگاه‌های اشتغال و سلامت استفاده شده است.

#### ۱- دیدگاه نوگرایی و اشتغال زنان

به اعتقاد پارسونز نوگرایی به طور کلی شامل تفکیک فرایند جنسیتی می‌باشد. نوگرایی به عنوان یک مفهوم تکاملی، افزایش تفکیک اجتماعی است. تفکیک اجتماعی شامل سازوکارهای جدید است (مصفا، ۱۳۷۵، ص ۸۳) به نظر طرفداران این دیدگاه رشد تکنولوژی که ناشی از افزایش روند صنعتی شدن می‌باشد، باعث تغییر ساخت شغلی، فرصتهای تحصیلی و ترکیب خانواده در اقتصاد پولی می‌شود. اقتصاد جدید ملازم با صنعتی شدن موجب ایجاد صنایع خدماتی و رشد مشاغل طبقه متوسط گردیده که اشتغال زنان از ویژگی‌های آن است. تحول ساخت اقتصادی همزمان با ارتقاء فرصتهای تحصیلی، کاهش باروری و کارکردهای تحول یافته خانواده از یک واحد تولید کننده به یک واحد مصرف کننده، تقاضاهای بیشتر برای کارگران را موجب گردیده است (Moghadam, 1990). نوگرایی به طور کلی تفکیک بین نقشهای مرد و زن را نه تنها در محیط عمومی، بلکه در خانواده و زندگی خصوصی تغییر می‌دهد. به نظر وی نقشهای زن و مرد در ابتدا

بررسی تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان شهر مشهد ۱۳۸۸ ..... ۱۷۵

از یکدیگر جدا و سپس مکمل هم درک می شوند. این دیدگاه در این فرایند به تخصصی شدن نقشها معتقد است (مصفا، ۱۳۷۵، ص ۸۴).

نوسازی و نوگرایی در جوامع در حال توسعه با تغییرات مشخص در نقش زنان در تمام ابعاد زندگی اجتماعی همراه بوده است. تحولاتی که در حوزه اقتصادی همراه با صنعتی و مدرن شدن تکنولوژی همراه بوده، به بهره مندی زنان و مردان از بازار کار همراه شده است. این دگرگونی ها در جهت تخصصی شدن و اعطای نقش ها به زنان همچون مردان بر اساس جهات اکتسابی حرکت می کند (همان، ص ۸۰).

## ۲- دیدگاههای اشتغال و سلامت زنان :

در این دیدگاه دو رویکرد عمده - یکی با دید مثبت و دیگری با دیدگاهی منفی - به مسئله رابطه نقش اشتغال و سلامت در مورد زنان پرداخته است. که در این جا به اختصار به فرضیه های عمده هریک از دو دیدگاه اشاره می شود.

در چارچوب رویکرد منفی، می توان از فرضیه های تکثر نقش، تضاد نقش، فشار بار اضافی نقش، فرضیه تقارب، فرضیه کمیایی، فرضیه فشار نقش نام برد (شکریگی، ۱۳۸۶، ص ۴۸). هریک از این فرضیه ها حکایت از این دارند، زنانی که به کار در ازای دست مزد می پردازند، بیشتر احتمال دارد به دلایلی چون حجم بیش تر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت های بیش تر و استرس ناشی از ایفای چند نقش توأمان، از نظر سلامت در وضعیت نامطلوب تری نسبت به زنانی که صرفاً به نقش های سنتی همسری و مادری می پردازند، قرار گیرند.

«رابرت لین» در کتاب «زندگی سیاسی» می نویسد: مشارکت زنان در امور سیاسی و هر نوع وابستگی خارج از خانه به معنی دزدی از فرصت های خانوادگی است.

پارسونز با توجه به الگوی نقشها، دو نقش متفاوت در خانواده مطرح می کند. از نظر او مرد نقش ابزاری<sup>۳</sup> و زن نقش بیانگر<sup>۴</sup> دارد. نقش ابزاری بیشتر شامل حالات مردانه و نقش بیانگر شامل حالات زنانه است. به اعتقاد او این تقسیم نقش باعث حفظ وحدت خانوادگی می شود. زیرا نقش مرد دادن پایگاه اجتماعی به خانواده از طریق شغل مرد و حفظ امنیت و آسایش خانواده از طریق درآمد شغل اوست و نقش زن ایجاد روابط عاطفی (بیانگر) در درون خانواده و حفظ روابط عاطفی ضروری برای اعضای خانواده که از مشکلات گوناگون رنج می برند، است. پارسونز این تقسیم نقش را بهترین شکل برای حفظ وحدت خانوادگی می داند و تداخل هر نوع نقش دیگر را سبب

برهم خوردن تعادل زندگی به حساب می‌آورد. زیرا بخصوص در حالت اشتغال زن، او حالت بیانگر را از دست داده و تبدیل به رقیب شغلی شوهر خود می‌شود. رقابت زن و شوهر با یکدیگر سبب ناهماهنگی و نابسامانی خانواده می‌شود (اعزازی، ۱۳۷۶، ص ۱۲۰).

پارسونز در نظریه «تفکیک نقش‌ها»، با این تصور که اشتغال زنان، نظام خانواده را در معرض خطر قرار می‌دهد، اشتغال زنان را نکوهش می‌کند. در نظام خانواده مرد رئیس و نان آور خانه است و زن نقش کدبانو را تکرار می‌کند. به اعتقاد وی، تغییر در فرصت‌های شغلی و ایجاد برابری با مرد، موجب از هم پاشیده شدن ساخت خانواده می‌شود و کارکرد جامعه کنونی را بر هم می‌زند. تضاد بین نقش‌ها<sup>۵</sup> وقتی وجود دارد که اشخاص از طریق تجهیز نقش‌های ناپایدار<sup>۶</sup> را در اختیار داشته باشند زنان در جامعه در حال تحول ما اغلب با تضاد نقش‌ها مواجهند؛ بدین صورت که آنان در عین حال مجموعه‌ای از نقش‌ها را بر عهده دارند. (بصورت زن، محبوب خانواده، کارمند، مادر و غیره) که از آنها درخواست می‌شود (ویس، ۱۳۸۱، ص ۳۰۸).

فرضیه «کمیایی» که بارنت<sup>۷</sup> در سال ۱۹۹۳ مطرح کرد، هم‌نوا با این نظریه که تکثیر نقش‌ها موجب اضطراب و فشار بیشتری بر زنان می‌شود، فرض را بر این می‌گذارد که ایفای چند نقش عمده به صورت هم‌زمان، موجب زایل شدن انرژی محدود فرد می‌شود و در نتیجه زنان در پاسخ‌گویی به انتظارات و نیازهای هر دو نقش (خانوادگی و شغلی) با مشکلاتی همراه هستند؛ چرا با توجه به نقش‌های همسری و مادری و شغلی و... که هر یک نیز از نظر ارزشمندی و مرتبه در رده بالایی قرار دارند، انجام هم‌زمان آنها فرد را دچار تعارض و گاهی تضاد نقش می‌کند (سفیری به نقل از حجتی کرمانی، ۱۳۸۶، ص ۱۸۱).

در مقابل فرضیات و نظرات مخالف اشتغال زنان، فرضیات موافقی نیز وجود دارد. در چارچوب مدل‌های رویکرد مثبت، به فرضیه اعتلای نقش<sup>۸</sup> (Bartley, 1992). نظریه بسط نقش<sup>۹</sup> (احمدنیا، ۱۳۸۰، ص ۷۵) و فرضیه تجمع نقش<sup>۱۰</sup> (Waldron et al, 1998) می‌توان استناد نمود. براساس این مدل‌ها، نقش اشتغال، به‌عنوان نقش جدیدی به نقش‌های سنتی زنان اضافه شده، نقشی که افزایش عزت نفس، افزایش درآمد، بالارفتن حمایت‌های اجتماعی و... را به دنبال دارد و در نهایت در جهت ارتقای سلامت زنان مورد تاکید قرار می‌گیرد.

بر اساس دیدگاه‌های موافق، اشتغال برای زنان عزت نفس بیشتری به همراه دارد و می‌تواند آنها را از پرداختن صرف به امور کسل‌کننده خانه‌داری که در نظر آنها ارج و قرب کمتری دارد، رهایی

بخشد. بسیاری از اندیشمندان بر این باورند که اشتغال زنان می تواند بر روی استقلال، خودباوری، اتکای به نفس، سازگاری و سلامتی اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، استمرار آموزش، خود کار آمدی و مسئولیت پذیری مؤثر باشد.

بنا به فرضیه اعتلای نقش چه در مورد زنان و چه در مورد مردان، مشارکت در فعالیت های ارزشمند اجتماعی، موجب ارتقای وضع سلامت فرد می شود.

هافمن معتقد است: « زن شاغل به علت رابطه اجتماعی که در جریان کار خود پیدا می کند، روشن بین تر از زن غیر شاغل می شود و با زندگی، بهتر کنار می آید و همچنین در سالهای میانه ازدواج که فرزند بزرگ شده و یا خانواده را ترک می گوید اشتغال در تعادل روحی زن اثر مثبت دارد. » (بذرافشان) تیلور معتقد بود: « که زنان چه مجرد و چه شوهر دار را باید تشویق نمود که نه تنها به عنوان وسیله ای برای استقلال مالی بلکه مهمتر از آن، برای استقلال روانی دنبال کار کردن بروند زیرا کار کردن عزت نفس را قوت می بخشد و مشارکت اصیل و مساوی بین زن و شوهر را تسهیل می بخشد »

با توجه به دیدگاههای ارائه شده ملاحظه می گردد که عوامل مختلفی بر اشتغال زنان و به دنبال آن کیفیت زندگی تاثیر گذار است. سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، میزان درآمد، ساعات کاری در اشتغال زنان تاثیر دارد. از طرفی دو دیدگاه غالب مثبت و منفی در خصوص تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی و سلامت زنان وجود دارد. در تحقیق حاضر با توجه به دو دیدگاه غالب تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان مورد بررسی قرار گرفته است.

#### پیشینه تحقیق

طی سالهای اخیر مطالعاتی در خصوص کیفیت زندگی در سطح ملی در برخی کشورها به ویژه جوامع صنعتی و در آسیا در کشور سنگاپور صورت گرفته است. بعضی از این مطالعات روی موضوعات خاصی تمرکز داشته اند؛ درحالی که بعضی دیگر کیفیت عمومی زندگی را از جنبه های مختلف بررسی کرده اند (شیخی، ۱۳۸۵، ص ۱۹۸). کیفیت زندگی از سوی محققان متعدد علوم پزشکی و علوم انسانی از جمله اقتصاد دانان، روان شناسان، دانشمندان علوم سیاسی و جامعه شناسان مورد بررسی قرار گرفته است. بسیاری از جوامع با اندازه گیری و مقایسه کیفیت زندگی در سطوح ملی، منطقه ای و حتی بین المللی توانسته اند تصاویر گویا و عینی از موفقیت و شرایط زندگی در جوامع خود به دست آورند.

پاتریک و همکاران (۲۰۰۲) با ارائه مدلی نظری سعی در ساخت و اعتبار یابی مقیاسی در خصوص سنجش کیفیت زندگی جوانان داشتند. آنها در تحقیق خود به متغیرهایی چون سن، جنس و نژاد دقت داشته‌اند. در نهایت آنها به طراحی ابزاری شامل ۲۱ ماده اقدام نمودند که به سنجش کیفیت زندگی نسبت به خود، روابط فردی، محیط زندگی و احساس عمومی کیفیت می‌پردازد. برآستین و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای به تحلیل کیفیت زندگی و مقایسه آن بین دو منطقه شهری پرداخته‌اند و از سوی دیگر به بررسی رابطه کیفیت زندگی با تمایلات و حالات رفتاری (احساس تنهای) و اجتماعی (میزان تعلق به اجتماع) پرداخته‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی رابطه منفی با احساس تنهایی و رابطه مثبت با میزان تعلق به اجتماع دارد. در تحقیق دیگری تاثیر فعالیت‌های فیزیکی منظم و گروهی بر احساس خوب بودن و کیفیت زندگی سالمندان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که فعالیت فیزیکی منظم و گروهی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی و احساس خوب بودن فرد شود (کینگ و همکاران، ۲۰۰۶).  
راگنی و همکاران (۲۰۰۵) نیز کیفیت زندگی ۱۰۰۰ زوج نابارور را قبل از عمل IVF مورد مطالعه قرار داده و نشان دادند که طول مدت ناباوری و شکست در دستیابی به حاملگی در طی عمل IVF می‌تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی این زوج‌ها داشته باشد.

#### فرضیه‌های تحقیق

- ۱- ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان شاغل و غیر شاغل متفاوت است.
- ۲- شغل زنان بر کیفیت زندگی آنان تاثیر گذار است.
- ۳- سن فرد بر کیفیت زندگی وی تاثیر گذار است.
- ۴- میزان سواد فرد بر کیفیت زندگی وی تاثیر گذار است.
- ۵- وضعیت تاهل فرد بر کیفیت زندگی وی تاثیر گذار است.
- ۶- میزان درآمد فرد بر کیفیت زندگی وی تاثیر گذار است.

#### روش کار

این مطالعه بصورت پیمایشی با حجم نمونه ۳۲۰ نفر زن ۴۵-۱۸ سال ساکن در شهر مشهد (۱۶۰ نفر زن شاغل و ۱۶۰ نفر غیر شاغل) که با استفاده از فرمول کوکران (سرابی، ۱۳۸۴، ص ۱۲۹) محاسبه گردیده بود، انجام شد. روش نمونه‌گیری تصادفی و خوشه‌ای و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود. به این منظور از دو پرسشنامه یکی مربوط به اطلاعات فردی و وضعیت اشتغال



بررسی تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان شهر مشهد ۱۳۸۸ ..... ۱۷۹

پاسخگو و دیگری مربوط به بررسی کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت استفاده شده است. پرسشنامه اطلاعات فردی و اشتغال حاوی ۱۷ سوال و توسط محقق ساخته شده است.

برای سنجش کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت نیز از پرسشنامه استاندارد بین المللی SF-36<sup>۱۱</sup> سازمان جهانی بهداشت استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال و هشت مقیاس می باشد که هر یک از ترکیب ۲ تا ۱۰

سوال به دست می آید و سلامت را در هشت حیطه عملکرد جسمی<sup>۱۲</sup>، محدودیت جسمی<sup>۱۳</sup>، درد جسمی<sup>۱۴</sup>، سلامت عمومی<sup>۱۵</sup>، نشاط<sup>۱۶</sup>، عملکرد اجتماعی<sup>۱۷</sup>، مشکلات روحی<sup>۱۸</sup> و سلامت روان<sup>۱۹</sup> مورد سنجش قرار می دهد.

به استثنای یک سوال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را در طی دوره ای یکساله بررسی می نماید، بقیه سوالات در محاسبه امتیاز هشت مقیاس بکار می روند. در مورد برخی سوالات امتیازها مجدداً کد بندی می شوند، چنان که تمامی مقیاس ها امتیاز یک جهت پیدا می کنند. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می کند (منتظری، ۱۳۸۴).

در این مطالعه کیفیت زندگی شامل هشت بعد: عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان متغیر وابسته و شغل، وضعیت تاهل، سن، میزان تحصیلات و میزان درآمد متغیرهای مستقل می باشد. همچنین در این پژوهش متغیرهای دیگری از جمله شغل سرپرست خانواده، تحصیلات سرپرست خانواده، نوع اشتغال، میزان ساعت کار روزانه و... مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات گردآوری شده توسط برنامه SPSS و با استفاده از آزمونهای آماری t-test، ANOVA، tukey، correlation مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

#### یافته ها

نتایج نشان داد میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $30/3 + 7/9$  می باشد. از نظر وضعیت تاهل  $27/8$  درصد مجرد،  $70/9$  درصد متأهل و  $1/3$  درصد مطلقه یا بیوه می باشند. از نظر تحصیلات بیشتر زنان مورد مطالعه دارای تحصیلات متوسطه ( $45/9\%$ ) بودند. همچنین  $35/1$  درصد کل زنان مورد مطالعه و  $46/9$  درصد زنان شاغل دارای تحصیلات عالی بوده اند.

۹۸/۱ درصد زنان شاغل به کار کردن علاقه داشته و اکثر زنان شاغل مورد مطالعه (۸۹/۴٪) شغلشان را دوست داشتند. توزیع فراوانی زنان شاغل در گروه‌های عمده شغلی نشان می‌دهد که «کارکنان خدماتی و فروشندگان» (۴۶/۳٪) و پس از آن «کارمندان امور اداری و دفتری» (۲۸/۱٪) بیشترین فراوانی را میان زنان شاغل مورد مطالعه داشته است. به عبارتی دیگر اشتغال زنان مورد مطالعه بیشتر در بخش خدماتی و فروشندگی بوده است.

نتایج نشان می‌دهد که ۲۸/۸٪ زنان شاغل مورد مطالعه در مشاغل آزاد و شخصی خود مشغول به کار بودند.

همچنین ۱۶/۳ درصد بصورت رسمی، ۲/۵ درصد پیمانی، ۲۰/۶ درصد قراردادی، ۳/۸ درصد شرکتی، ۲۲/۵ درصد روزمزد و ۵/۶ درصد بطور حق الزحمه ای در بخشهای دولتی و غیر دولتی مشغول به کار بودند.

۳۱/۹ درصد زنان شاغل میزان در آمد ماهانه خود را ۱۰ تا ۱۰۰ هزار تومان، ۲۴/۴ درصد ۲۰۰-۱۰۱ هزار تومان، ۱۵ درصد ۳۰۰-۲۰۱ هزار تومان، ۱۵ درصد ۴۰۰-۳۰۱ هزار تومان، ۶/۹ درصد ۵۰۰-۴۰۱ هزار تومان و ۶/۹ درصد بیش از ۵۰۰ هزار تومان بیان کرده اند.

براساس یافته‌های این مطالعه، «تامین نیاز مالی» با ۳۸/۱ درصد مهمترین دلیل زنان شاغل برای کار کردن می‌باشد.

در این مطالعه کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت دو گروه از زنان شاغل و غیرشاغل مورد بررسی قرار گرفت. به این منظور با استفاده از پرسشنامه SF-36 هشت بعد کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج بدست آمده در میان ۸ بعد کیفیت زندگی، زنان مورد مطالعه در بعد عملکرد جسمی با میانگین ۸۷ بیشترین نمره و در بعد مشکلات روحی با میانگین ۵۷/۳ کمترین نمره را داشته‌اند.

مقایسه کیفیت زندگی براساس سن، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل نشان می‌دهد، در نتیجه آزمون آماری ANOVA اختلاف معناداری بین حیطه‌های عملکرد جسمی، مشکلات جسمی و سلامت عمومی در گروه‌های سنی مختلف مشاهده گردید. بطوریکه با افزایش سن نمره حیطه مربوطه کاهش می‌یابد. اما بین حیطه‌های درد جسمی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روانی در سنین مختلف اختلاف معناداری وجود نداشت. همچنین نتیجه آزمون tukey برای مقایسه دو به دو گروهها در سطح معنی داری ۰/۰۵، نشان داد در حیطه عملکرد جسمی و

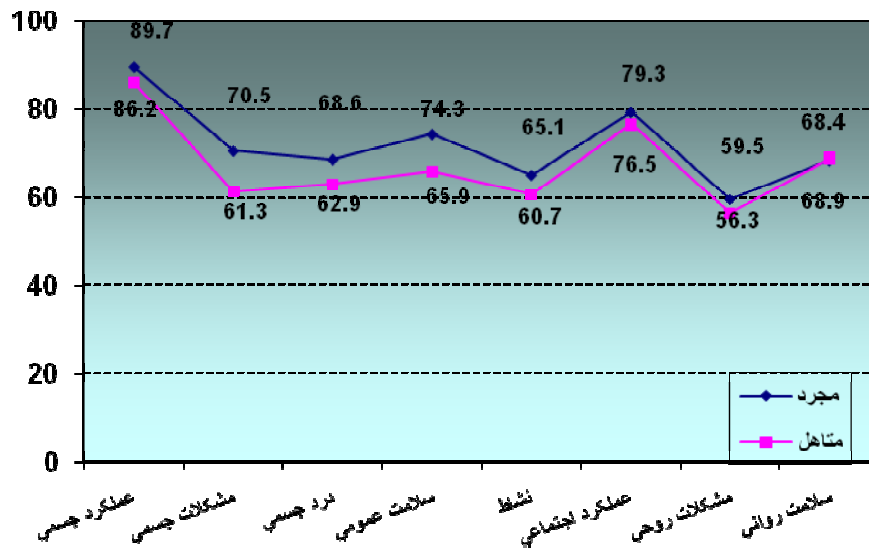
سلامت عمومی تفاوت معنادار معکوس مشاهده گردید. یعنی با افزایش سن نمره کیفیت زندگی در ابعاد یاد شده، کاهش می یابد. اما در حیطه مشکلات جسمی بین گروه ۲۶-۳۵ سال و ۳۶-۴۵ سال تفاوت معنادار جود داشت.

از نظر میزان تحصیلات نیز، در نتیجه آزمون آماری ANOVA در تمام ابعاد کیفیت زندگی، میانگین نمره افراد با تحصیلات بالاتر، بیشتر می باشد. که این تغییرات در تمامی ابعاد بجز عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و مشکلات روحی از نظر آماری معنی دار بود. (جدول شماره ۱) همچنین با انجام آزمون tukey برای مقایسه دو به دو گروهها در سطح معنی داری ۰/۰۵، نتایجی بشرح زیر حاصل شد:

- ۱- در حیطه مشکلات جسمی، مشکلات روحی و نشاط افراد دارای تحصیلات عالی در مقایسه به گروههای زیر دیپلم و دیپلم بطور معنی داری میانگین نمره بالاتری داشتند.
- ۲- در حیطه مشکلات جسمی تنها تفاوت معنی داری بین گروه زیر دیپلم و بالاتر از دیپلم (تحصیلات عالی) بود.
- ۳- در حیطه سلامت عمومی تمام گروهها دو به دو با هم تفاوت داشتند. بطور کلی نتایج نشان داد افراد با تحصیلات بالاتر کیفیت زندگی بهتری داشتند. از نظر وضعیت تاهل، در تمام ابعاد کیفیت زندگی بجز سلامت روان، میانگین نمره کیفیت زندگی زنان مجرد بیشتر از افراد متاهل می باشد و در نتیجه آزمون آماری t-test در دو بعد مشکلات جسمی و سلامت عمومی تفاوت معناداری بین میانگین نمره دو گروه مشاهده گردید. و در سایر ابعاد کیفیت زندگی میانگین نمرات دو گروه معنادار نبود. (نمودار شماره ۱)

جدول شماره (۱) مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک میزان تحصیلات

P	df	F	تحصیلات عالی (n=112)		دیپلم (n=147)		کمتر از دیپلم (n=61)		تحصیلات کیفیت زندگی
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۱۱	۲	۲/۱	۱۴/۷	۸۹/۵	۱۷	۸۵/۵	۱۴/۷	۸۶	عملکرد جسمی
۰/۰۰۲	۲	۶/۵	۳۵/۴	۷۲/۷	۳۴	۶۱/۵	۳۳/۵	۵۴	مشکلات جسمی
۰/۰۰۱	۲	۶/۶	۲۱/۲	۶۹/۶	۲۳/۱	۶۴/۱	۲۸/۶	۵۵/۹	درد جسمی
<۰/۰۰۰۱	۲	۱۵/۱	۱۴/۸	۷۳/۸	۱۸/۵	۶۷/۷	۱۶/۹	۵۹	سلامت عمومی
<۰/۰۰۰۱	۲	۸/۲	۱۹/۴	۶۷/۷	۱۹/۵	۵۹/۵	۱۷/۸	۵۶/۹	نشاط
۰/۳۸	۲	۰/۹۶	۱۹/۲	۷۹/۵	۲۳/۶	۷۵/۷	۲۳/۶	۷۶/۶	عملکرد اجتماعی
۰/۲۳	۲	۱/۴	۳۹/۶	۶۲/۲	۳۹/۲	۵۵/۷	۳۶/۲	۵۲/۴	مشکلات روحی
<۰/۰۰۰۱	۲	۹/۲	۱۷/۸	۷۴	۱۹/۹	۶۷/۸	۲۰	۶۰/۹	سلامت روانی



نمودار شماره (۱) مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی به تفکیک وضعیت تاهل

مقایسه کیفیت زندگی در زنان شاغل و غیرشاغل نشان داد در تمام ابعاد کیفیت زندگی، زنان شاغل میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان غیر شاغل کسب نموده بودند و در نتیجه آزمون آماری t-test در بعد نشاط و سلامت روانی تفاوت بین دو گروه معنادار بود. به عبارت دیگر زنان شاغل بطور معنادار از نشاط و سلامت روانی بهتری برخوردار می باشند. (جدول شماره ۲)

بررسی تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان شهر مشهد ۱۳۸۸ ..... ۱۸۳

جدول شماره (۲) مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در زنان شاغل و غیر شاغل

P	df	t	غیر شاغل (n=160)		شاغل (n=160)		وضعیت اشتغال
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۷۶	۳۱۸	-۰/۲۹۸	۱۶	۸۷/۳	۱۵/۹	۸۶/۸	کیفیت زندگی
۰/۲۳	۳۱۸	۱/۱۹	۳۵/۷	۶۱/۷	۳۴/۳	۶۶/۴	عملکرد جسمی
۰/۴۸	۳۱۸	۰/۶۹	۲۵	۶۳/۵	۲۳/۲	۶۵/۴	مشکلات جسمی
۰/۱۳	۳۱۸	۱/۵۰	۱۸/۲	۶۶/۷	۱۷/۲	۶۹/۷	درد جسمی
۰/۰۱	۳۱۸	۲/۵۴	۲۰/۸	۵۹/۲	۱۸	۶۴/۷	سلامت عمومی
۰/۷	۳۱۸	-۰/۳۷	۲۳/۴	۷۶/۸	۲۱	۷۷/۷	نشاط
۰/۲۷	۳۱۸	۱/۱۰	۳۸/۳	۵۵	۳۹/۴	۵۹/۸	عملکرد اجتماعی
۰/۰۱	۳۱۸	۲/۵۸	۲۱/۸	۶۵/۹	۱۷	۷۱/۵	مشکلات روحی
							سلامت روانی

مقایسه کیفیت زندگی براساس سن، تحصیلات و وضعیت تاهل در زنان شاغل و غیر شاغل نشان می دهد در زنان شاغل فقط در متغیر سن در بعد سلامت عمومی تفاوت معناداری بین گروهها وجود دارد. (p=0.02) اما در زنان غیر شاغل از نظر سن در ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی و نشاط (p<0.0001)، از نظر تحصیلات در ابعاد مشکلات جسمی (p=0.05)، درد جسمی (p=0.006)، سلامت عمومی (p<0.0001)، نشاط (p=0.003) و سلامت روانی (p=0.002) و از نظر وضعیت تاهل در ابعاد عملکرد جسمی (p=0.04)، درد جسمی (p=0.02)، و سلامت عمومی (p<0.0001) و نشاط (p=0.01) تفاوت بین گروهها معنادار بود. (جدول شماره ۳)

در این مطالعه رابطه بین میزان درآمد و کیفیت زندگی زنان شاغل نیز مورد بررسی قرار گرفت، به این منظور از آزمون آماری correlation استفاده شد. براساس نتایج بدست آمده، فقط در بعد عملکرد جسمی با P=0.025 رابطه معناداری معکوس بین میزان درآمد و کیفیت زندگی وجود داشت یعنی با افزایش درآمد میانگین نمره عملکرد جسمی کاهش می یافت. در سایر ابعاد کیفیت زندگی رابطه ای بین میزان درآمد و کیفیت زندگی مشاهده نگردید.

جدول شماره (۳) مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در زنان شاغل و غیر شاغل به تفکیک سن، تحصیلات و تاهل

غیر شاغل (n=160)			شاغل (n=160)			وضعیت تاهل کیفیت زندگی
تاھل p	تحصیلات p	سن p	تاھل p	تحصیلات p	سن P	
۰/۰۴	۰/۰۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۵	۰/۴۶	۰/۱۳	عملکرد جسمی
۰/۱	۰/۰۵	۰/۱	۰/۱	۰/۰۶	۰/۲	مشکلات جسمی
۰/۰۲	۰/۰۰۶	۰/۱	۰/۶	۰/۱	۰/۹۷	درد جسمی
<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۱	۰/۰۶	۰/۰۲	سلامت عمومی
۰/۰۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹	۰/۲	۰/۸	نشاط
۰/۱	۰/۱	۰/۸	۰/۹	۰/۷	۰/۲۵	عملکرد اجتماعی
۰/۸	۰/۰۷	۰/۱	۰/۵	۰/۷	۰/۶۱	مشکلات روحی
۰/۹	۰/۰۰۲	۰/۵	۰/۶	۰/۲	۰/۷۳	سلامت روانی

### نتیجه گیری

مقایسه الگوی اشتغال زنان در کشور در سه بخش کشاورزی، صنعت و خدمات حاکی از آن است که بخش خدمات طی سالهای ۱۳۷۵-۱۳۶۵ بیشترین درصد اشتغال زنان را به خود اختصاص داده است (باقری، ۱۳۸۵، ص ۱۱۴). همچنین در سال ۱۳۸۵ در کل کشور فراوانی نسبی اشتغال زنان در بخش کشاورزی کاهش و در بخش صنعت افزایش داشته است و در بخش خدمات ثابت باقی مانده است. توزیع جمعیت زنان شاغل کشور در سال ۱۳۸۵، در بخشهای خدمات (بویژه خدمات آموزشی و بهداشتی)، صنایع و معادن (بویژه صنایع دستی و خانگی) و کشاورزی به ترتیب: ۴۴/۱، ۳۳/۵ و ۲۵/۴ درصد بوده است. (سایت مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری) براساس یافته های این مطالعه نیز، زنان شاغل بیشتر در بخش خدماتی و فروشندگی (۴۶/۳٪) مشغول به کار بودند.

اشتغال در مشاغل کم درآمد از جمله مسائل اشتغال زنان در جوامع مختلف و از جمله ایران می باشد. نتیجه این مطالعه نیز نشان داد که ۳۱/۹ درصد زنان شاغل ۱۰ تا ۱۰۰ هزار تومان و ۲۴/۴ درصد ۲۰۰-۱۰۱ هزار تومان درآمد ماهانه داشتند. به عبارتی دیگر ۵۶/۳ درصد زنان شاغل بین ۱۰ تا ۲۰۰ هزار تومان درآمد ماهانه داشتند که نشان دهنده آن است که بیش از ۵۰ درصد زنان شاغل مورد مطالعه در مشاغل بسیار کم درآمد مشغول به کار بوده اند.

ابعاد اشتغال زن یا مادر از عواملی منشا می گیرد که خود در هر جامعه و با توجه به ارزشهای حاکم بر آن، شبکه ای متمایز تشکیل می دهد. بررسیهایی که در جوامع صنعتی در این مورد صوت

گرفته است، حکایت از تنوع عوامل و مخصوصاً پیدایی عوامل روانی و خواستی در برابر نیازهای مادی می نماید. این عوامل در کشور فرانسه بطور کلی از این قرارند: بهبود وضع اقتصادی خانواده (۹۵٪)، امکان ادامه تحصیل برای فرزندان (۶۶/۹٪)، علاقه (۴۰٪) (ساروخانی، ۱۳۸۴، ص ۱۶۹). یافته های این مطالعه نیز نشان می دهد، «تامین نیاز مالی» با ۳۸/۱ درصد مهمترین دلیل و انگیزه اشتغال زنان شاغل بوده است.

بررسی کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه نشان داد که در میان ۸ بعد کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه در بعد «عملکرد جسمی» با میانگین ۸۷ بیشترین نمره و در بعد «مشکلات روحی» با میانگین ۵۷/۳ کمترین نمره را داشته اند. در مطالعه منتظری (۱۳۸۴) نیز بیشترین نمره کیفیت زندگی زنان شهر تهران مربوط به عملکرد جسمی (با میانگین ۸۲/۹) و کمترین نمره مربوط به مشکلات روحی (۶۱/۴) می باشد. در مطالعه مشابه در شهر زاهدان نیز بیشترین و کمترین نمره کیفیت زندگی زنان به ترتیب مربوط به عملکرد جسمی با میانگین ۸۲/۴ و سلامت روان با میانگین ۵۰/۵ می باشد (کرمان ساروی، حسین زاده، ۱۳۸۸).

همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه در بعد عملکرد جسمی و سلامت روان، بالاتر از مطالعه مشابه در شهر تهران و زاهدان و در بعد مشکلات روحی، پایین تر از مطالعه مشابه تهران می باشد.

در بررسی تاثیر متغیر سن بر کیفیت زندگی زنان، اختلاف معناداری بین حیطه های عملکرد جسمی، مشکلات جسمی و سلامت عمومی در گروههای سنی مختلف مشاهده گردید. بطوریکه با افزایش سن نمره حیطه مربوطه کاهش داشته است. در مطالعه صافی زاده (۱۳۸۴) نیز بین سن و کیفیت زندگی در حیطه های عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، درد جسمی، نشاط و مشکلات روحی همبستگی منفی وجود داشت و با افزایش سن نمره حیطه مربوطه کاهش می یافت. در مطالعه وحدانی نیا (۱۳۸۴) در ابعاد عملکرد جسمی و نشاط سالمندان سنین بیش از ۷۵ سال از امتیاز پایین تری برخوردار بودند. در مطالعه منتظری (۱۳۸۴) نیز امتیاز افراد مسن تر در تمامی حیطه های کیفیت زندگی پایین تر بود.

در بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با سطح تحصیلات، نتایج حاکی از آن است که در تمام ابعاد کیفیت زندگی میانگین نمره افراد با تحصیلات بالاتر بیشتر می باشد. و در ابعاد درد جسمی، سلامت روانی، مشکلات جسمی، نشاط و سلامت عمومی تفاوت بین گروهها از نظر آماری معنی

دار بود. در مطالعه صافی زاده (۱۳۸۴) نیز در تمامی حیطه‌های به جز سلامت عمومی و سلامت روحی اختلاف معناداری بین گروه‌های وجود داشت و بیماران با سطح تحصیلات دانشگاهی از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. همچنین در مطالعه وحدانی نیا (۱۳۸۴) نیز نتیجه مشابه بدست آمده است و عمدتاً سالمندان در سطوح تحصیلی دیپلم و بالاتر نسبت به سطوح پایین‌تر تحصیلی از میانگین کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. یافته‌های پژوهش حاضر در تایید یافته‌های دیگر نشان دهنده آن است که بطور کلی افراد با تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. بنابر این می‌توان گفت سطح تحصیلات به عنوان نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالم موثر می‌باشد.

یافته‌ها حاکی از آن است که در تمام ابعاد کیفیت زندگی بجز سلامت روانی میانگین نمره کیفیت زندگی زنان مجرد بیشتر از افراد متأهل می‌باشد و در نتیجه آزمون آماری t-test در دو بعد مشکلات جسمی و سلامت عمومی تفاوت معناداری بین میانگین نمره دو گروه وجود دارد. در مطالعه وحدانی نیا (۱۳۸۴) میانگین امتیازهای کیفیت زندگی سالمندان متأهل از دو گروه مجرد و مطلقه بیشتر می‌باشد. اما در مطالعه صافی زاده (۱۳۸۴) اختلاف معنی‌داری بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی مشاهده نگردید. از طرفی بر اساس نتایج این مطالعه، با وجود اینکه زنان متأهل در سایر ابعاد کیفیت زندگی امتیاز پایین‌تری دارند، اما از نظر سلامت روانی در وضعیت بهتری قرار دارند.

مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و غیر شاغل نشان داد، در تمام ابعاد کیفیت زندگی، زنان شاغل میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان غیر شاغل کسب نموده بودند و در نتیجه آزمون آماری t-test در بعد نشاط و سلامت روانی تفاوت بین دو گروه معنادار بود. به عبارت دیگر زنان شاغل بطور معنا دار از نشاط و سلامت روانی بهتری برخوردار می‌باشند. در مطالعه مشابه در شهر زاهدان (کرمان ساروی، حسین زاده، ۱۳۸۸) نیز زنان شاغل در تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز عملکرد جسمی، میانگین نمره بیشتری نسبت به زنان خانه دار کسب نموده بودند و در دو بعد نشاط و سلامت روان تفاوت بین دو گروه معنادار بود.

همچنین در مطالعه صافی زاده (۱۳۸۴) تنها در دو حیطه مشکلات جسمی و مشکلات روحی تفاوت معناداری وجود داشت و افراد بیکار و کارمند نسبت به افراد خانه دار و کارگر در دو حیطه مذکور از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند.



مقایسه کیفیت زندگی براساس سن، تحصیلات و وضعیت تاهل در زنان شاغل و غیر شاغل نشان می دهد در زنان شاغل فقط در متغیر سن در بعد سلامت عمومی تفاوت معنا داری بین گروهها وجود دارد و با افزایش سن نمره کیفیت زندگی کاهش می یابد. اما در زنان غیر شاغل از نظر سن در ابعاد عملکرد جسمی، سلامت عمومی و نشاط، از نظر تحصیلات در ۵ بعد مشکلات جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط و سلامت روانی و از نظر وضعیت تاهل در ابعاد عملکرد جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی تفاوت بین گروهها معنادار بود. به نظر می رسد آنچه که باعث تفاوت کیفیت زندگی زنان شاغل و غیر شاغل می باشد «اشتغال» است و متغیرهای دموگرافیک تاثیری در تغییرات کیفیت زندگی در زنان شاغل نداشته است.

براساس نتایج این مطالعه، فقط در بعد عملکرد جسمی رابطه معنادار معکوس بین میزان درآمد و کیفیت زندگی وجود داشت یعنی با افزایش درآمد میانگین نمره عملکرد جسمی کاهش یافته است. در مطالعه کرمان ساروی (۱۳۸۸) کیفیت زندگی زنان شاغل با میزان درآمد ارتباط معنادار داشته است. در مطالعه سجادی نیز (۱۳۸۵) نتیجه مشابه بدست آمده است و افراد با درآمد بالاتر از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. بنابراین به نظر می رسد آنچه کیفیت زندگی زنان شاغل را ارتقاء می بخشد، کسب پایگاه و منزلت اجتماعی است نه درآمد.

در پایان باید گفت لزوم اشتغال زنان و داشتن درآمدی مستقل جهت ادامه زندگی و تامین نیازهای خود و خانواده امری انکارناپذیر است و دیگر زنان تنها دریافت کننده کمک محسوب نمی شوند بلکه خود نقش مشارکتی را برعهده دارند همچنین با عنایت به تحولات جدید اجتماعی، در سالهای اخیر در کشور ما نیز نگرش جدیدی مورد توجه قرار گرفته است و بر مبنای آن زن تولید کننده، مشارکت کننده و در عین حال برخوردار شونده از امکانات بدست آمده در فرایند توسعه نیز می باشد.

از طرفی با توجه به دیدگاههای ارائه شده و همچنین نتایج حاصل از این پژوهش، ملاحظه می گردد که عوامل مختلفی بر اشتغال زنان و به دنبال آن کیفیت زندگی تاثیر گذار است. سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و میزان درآمد در اشتغال زنان تاثیر دارد و براساس دیدگاه مثبت نسبت به اشتغال، اشتغال زنان می تواند بر روی استقلال، خودباوری، اتکای به نفس، سازگاری و سلامتی اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، استمرار آموزش، خود کار آمدی و مسئولیت پذیری مؤثر باشد. همچنین براساس این دیدگاه هر چه زنان نقشهای مختلف را بر عهده داشته باشد از سلامت بیشتری

برخوردار خواهد شد که نتایج این پژوهش نیز موید این مساله است و اشتغال تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت زنان داشته است.

#### **پیشنهادهای تحقیق**

- با توجه به اثرات مثبت اشتغال بر کیفیت زندگی زنان و علاقه بسیار آنان به کار و فعالیت، آموزش زنان جهت انجام فعالیت های خود اشتغالی می تواند به عنوان یک راهکار پیشنهادی مورد توجه قرار گیرد.

- با عنایت به اینکه نتایج این مطالعه نشان داد میزان درآمد زنان رابطه معکوس با کیفیت زندگی آنان دارد، به نظر می رسد آنچه کیفیت زندگی زنان شاغل را ارتقاء می بخشد، کسب پایگاه و منزلت اجتماعی است نه درآمد. بنابراین ایجاد مراکزی جهت انجام فعالیت های داوطلبانه برای زنان (خصوصا زنان غیر شاغل) به منظور کسب پایگاه و منزلت اجتماعی و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی پیشنهاد می گردد.

- با عنایت به اینکه نتایج تحقیق نشان داد در تمام ابعاد، کیفیت زندگی زنان شاغل بهتر از زنان غیر شاغل است و با توجه به اینکه زنان شاغل فقط بخش کوچکی از زنان جامعه ما را تشکیل می دهند، پیشنهاد می گردد کیفیت زندگی زنان غیر شاغل بیشتر مورد توجه قرار گرفته و در جهت ارتقا آن، برنامه ریزیهای مناسب از سوی مسئولین امر صورت گیرد.

- همانگونه که نتایج این مطالعه نشان داد، در مجموع زنان مورد مطالعه، در بعد مشکلات روحی و نشاط پایین ترین میانگین نمرات کیفیت زندگی را داشته اند. بنابر این توجه به شرایط روحی روانی زنان و حمایت های عاطفی از آنان، خصوصا از سوی خانواده ها و همچنین گسترش برنامه های فرهنگی تفریحی ویژه بانوان، به منظور ایجاد روحیه نشاط و سلامت روانی پیشنهاد می گردد.

#### **پی نوشتها**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1-Quality of Life                | 11-The short Form Health Surevy (SF-36) |
| 2-Orely                          | 12-Physical Function                    |
| 3-Instrumental rol               | 13-Role- Physical                       |
| 4-Expressivness rol              | 14-Bodily Pain                          |
| 5-Intr- Rollnkonflikt            | 15-General Health                       |
| 6-Inconsistent rollenausstattung | 16-Vitality                             |
| 7-Barnet                         | 17-Social Functioning                   |
| 8-enhancement Role               | 18-Role- Emotional                      |
| 9-Role expansion                 | 19-Mental Health                        |
| 10-Role accumulation             |   |

۱۸۹..... بررسی تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی زنان شهر مشهد ۱۳۸۸

احمدنیا، شیرین(۱۳۸۰). **برخی عوامل فرهنگی - اجتماعی موثر بر مشارکت زنان**، نامه انجمن جامعه شناسی، تهران.

اعزازی، شهلا(۱۳۷۶). **جامعه‌شناسی خانواده. با تاکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر**، چاپ اول، تهران، روشنگران و مطالعات زنان.

خیرآبادی، غلامرضا[...و دیگران](۱۳۷۸). **مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه با گروه شاهد**، مجله پزشکی هرمزگان، سال دوازدهم، شماره چهارم، صص ۶۰-۲۵۵.  
باقری، شهلا(۱۳۸۵). **زن، دین، جامعه (تحلیل جامعه شناختی از مسایل زنان و خانواده)** تهران، انتشارات پیام محراب.

ساروخانی، باقر(۱۳۸۴). **مقدمه ای بر جامعه شناسی خانواده**، چاپ هفتم، تهران، انتشارات سروش.  
سجادی حمیرا، بیگلریان اکبر(۱۳۸۵). **کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک. فصلنامه پایش**. سال پنجم، شماره دوم، صص ۱۰۸-۱۰۵.

سرای، حسن(۱۳۸۴). **مقدمه ای بر نمونه گیری در تحقیق**. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها(سمت)،

سفیری، خدیجه؛ و زارع، زهرا(۱۳۸۶). **بررسی ارتباط کلیشه های جنسیتی و تضاد نقش های زناشویی در زوج های جوان. پژوهشنامه علوم انسانی**. شماره ۵۳، صص ۲۰۰-۱۷۷.

شکریگی، مهناز(۱۳۸۶). **"بررسی تاثیر وضعیت اشتغال بر سلامت روانی زنان"**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۸۶.

شیخی، محمد تقی(۱۳۸۵). **جامعه شناسی توسعه**. تهران: نشر حریر،  
صافی زاده حسین؛ گروسی بهشید؛ و افشار پور، صدیقه(۱۳۸۴). **کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز. فصلنامه پایش**. سال پنجم، شماره اول، صص ۳۵-۲۹.

کرمان ساروی فتیحه، حسین زاده شیرین(۱۳۸۸). **مقایسه کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه دار شهر زاهدان**. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان - مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت.

مصفا، نسرین(۱۳۷۵). **مشارکت سیاسی زنان در ایران**. تهران: موسسه چاپ و انتشارات وزارت امور خارجه،  
منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ و وحدانی‌نیا، مریم‌السادات(۱۳۸۴). **ترجمه، پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. فصلنامه پایش**. سال پنجم، شماره اول، صص ۴۹-۵۶.

وحدانی نیا مریم‌السادات[...و دیگران](۱۳۸۴). **کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه جمعیتی. فصلنامه پایش**. سال چهارم، شماره دوم، صص ۱۲۰-۱۱۳.

Bartley, M. Popey, J. Plewis, I (1992). "Domestic Condition, Paid Employment, and Women's Experience of Ill-Health". *Sciology of Health and Illness* 14(3). 313-343  
Bramstin[... et al](2002). "Unravelling Subjective Quality of Life: an Investigation of Individual and Community Deteminants". *Social Indicators Research*. 59. 61-74.

- Dalkey, N. C[...et al](1972 ).**Studies in Quality of Life**.Washington DC:Lexington Books.
- Donald A.(2001).**What is quality of life?**.Availableat: www.jr2.ox.ac.uk
- King A,proutt A,Phillips A(2006)"Comparative effects of two physical functioning and quality of life out comes in older adults".J.Gerontol.**Med Sci. Jul**;137(70):825-32
- Moghadam, Valentin(1990)."Gender, Development & Poverty:Toward Equality & Empowerment, Helsinki": The United Nations University Publication
- Patrick,D[...et al](2002)."Adolescent Quality of lif,Part II";Initial Validation of A New Instrument ,Journal of Adolescence,25:287-300. Prutkin,J.M(2002)"A History of quality of life Measurment".A Thesis submittes to the Yale University Schoole
- Ragni G[...et al](2005) ".Health-realted Quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples". **Human Reproduction.**;20(5):1286-91.
- Waldron, I., Weiss, C.C., Hughes, M.E(1998)."Interacting Effects of Multiple Roles on Women's Health." **Journal of health and social behavior** (39) :216-236.
- Josep,O.Pete,H and Keith,B(1997)**Quality of life and Health Services** London:Routledge.
- Ware J,Gandek B(1998)."overview of the Sf-36 Health survey and the International Quality of life Assesment(IQOLA)" **project.J clinic Epidemil.**51(11):903-912.