



بررسی رابطه نابرابری جنسیتی با سلامت روان دانشجوی معلمان دختر دانشگاه فرهنگیان یزد
شکوفه رحیم‌پور^{۱*}، بهناز صابری^۲ و فاطمه هوشمند^۳

Investigating the Relationship between Gender Inequality and Mental Health in
Female Student Teachers of Farhangian University in Yazd
Shekoofeh Rahimpour^{1*}, Behnaz Saberi² and Fateme Hooshmand³

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۷

Abstract

This study investigates the relationship between gender inequality and mental health among student teachers of Farhangian University in Yazd. It is descriptive-correlational in terms of methodology and applied in terms of purpose. The population included all female BA students of educational sciences from Farhangian University, Fatima Al-Zahra (S) campus, Yazd city, in the academic year 2022-2023. The census sampling method was used, and 73 students were selected. Data collection was done through Goldberg's Mental Health Questionnaire (1972) and Jalil Dahnavi's Gender Inequality Questionnaire (2014). SPSS software was used to analyze descriptive data and correlation between research variables. The findings showed that the relationship between gender inequality and mental health is $r = 0.352$, which is a positive and significant relationship. Therefore, the lower the feeling of inequality, the better the mental health of people. Based on the findings of this research, it can be concluded that in order to improve the mental health of student-teachers, attention should be paid to cultural, social, economic and political values and their equality between girls and boys.

Keywords: Gender inequality, mental health, student teacher, Farhangian University

1. Assistant professor, department of educational sciences, Farhangian University, Tehran, Iran

2. BA student of educational affairs, department of psychology, Farhangian University, Tehran, Iran

3. BA student of educational affairs, department of psychology, Farhangian University, Tehran, Iran

*Corresponding Author, Email: zahrarahimi717@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف بررسی رابطه نابرابری جنسیتی با سلامت روان دانشجوی معلمان دانشگاه فرهنگیان، انجام شده است. روش پژوهش توصیفی-همبستگی و از نظر هدف، کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دوره کارشناسی امور تربیتی دانشگاه فرهنگیان، پردیس فاطمه‌الزهرا (س) یزد به تعداد ۹۰ نفر بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ در این دانشگاه، مشغول به تحصیل بودند. کل جامعه با روش نمونه‌گیری سرشماری، انتخاب شدند و در نهایت ۷۳ نفر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. گردآوری داده‌ها از طریق دو پرسش‌نامه سلامت روان گلدبرگ (۱۹۷۲) و پرسش‌نامه نابرابری جنسیتی جلیل دهنوی (۱۳۸۴) صورت گرفت. برای تحلیل داده‌های توصیفی و همبستگی بین متغیرهای پژوهش از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که رابطه نابرابری جنسیتی با سلامت روان $r = 0.352$ درصد است که رابطه مثبت و معناداری است؛ به طوری که هرچه احساس نابرابری کمتر باشد، سلامت روان افراد، بهتر است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که به منظور ارتقای سطح سلامت روان دانشجوی معلمان باید به ارزش‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی و تساوی آن‌ها بین دختران و پسران توجه شود.

واژه‌های کلیدی: نابرابری جنسیتی، سلامت روان، دانشجوی معلم، دانشگاه فرهنگیان

۱. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی، رشته امور تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی، رشته امور تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

* نویسنده مسئول:

مقدمه

زندگی معلمان، یک مسئله مهم برای سیاست‌های آموزشی است؛ چرا که آن‌ها به سلامت ذهنی، عاطفی، اجتماعی به منظور ارائه کار با کیفیت در آموزش و پرورش، نیاز دارند. کیفیت خدمات آموزشی که عمدتاً از معلمان تأثیر می‌پذیرد می‌تواند یک اشتغال ذهنی برای سازمان‌های آموزشی باشد (اسماعیل‌زاده، ۱۴۰۰). کیفیت آموزش در مراکز آموزش عالی، یکی از مواردی است که همواره مورد تأکید قرار گرفته است و در این خصوص، در دانشگاه فرهنگیان نسبت به سایر دانشگاه‌ها حساسیت بیشتری وجود دارد (مکوندی، ۱۴۰۰). دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی از جمله سازمان‌های مهم محسوب می‌شوند که نقشی استراتژیک در پیشبرد اهداف کشور دارند؛ به همین منظور، از دانشگاه‌ها انتظار می‌رود به تولید دانش پرداخته و نیروی انسانی متخصص و متعهد مورد نیاز کشور را تربیت کنند؛ چراکه، دانشگاه را می‌توان مبدأ تحولات در هر کشوری در نظر گرفت؛ به شرطی که دانشگاه، دارای این ظرفیت باشد (خدیوی و همکاران، ۱۳۹۷).

زمانی که به بررسی مقایسه‌ای اهداف نظام آموزش و پرورش، تعریف سلامت و بهداشت روان پرداخته می‌شود، هم‌سانی قابل مشاهده‌ای به چشم می‌خورد مبنی بر اینکه مقصود هر دو، پرورش انسان‌هایی سالم، مفید و خوشبخت است. از این رو با توجه به نقش معلمان، شناسایی مشکلات احتمالی در حوزه سلامت روان این گروه، و چاره‌اندیشی در صورت لزوم، ضروری به نظر می‌رسد؛ زیرا ارتقای سطح سلامت روان معلمان، ارتباطی چشم‌گیر با سلامت روان امروز و آینده جامعه دارد (محمدی‌درویش‌بقال و همکاران، ۱۳۹۴). آنچه از واقعیات عصر حاضر درک می‌شود، عبارت است از اینکه امروزه، توسعه نه‌تنها ضروری، بلکه اجباری است. جوامع مختلف اگر خواهان محوشدن از گردونه رقابت نباشند، باید به هرنحو ممکن، توسعه یابند. در پیشرفت و توسعه جامعه، عوامل مختلفی از قبیل: عوامل اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و... نقش دارند و مهم‌تر از آن، این است که تمامی عوامل یا ساختارهای کلان، موقعی خوب عمل می‌کنند که افراد درون ساختارها، سلامتی جسمی و روانی و اجتماعی مطلوب و مناسبی داشته باشند؛ زیرا عقل سالم در بدن سالم است. بر این اساس، برنامه‌ریزان جوامع، بویژه جوامع توسعه‌یافته، سخت در تلاش هستند تا میزان سلامتی افراد جامعه خود را بهبود و ارتقا بخشند. از طرفی، سلامت فقط امری زیست‌شناختی نیست و عوامل اجتماعی نیز در تعیین میزان سلامت افراد دخیل است؛ در این بین، نقش فرهنگ، ارزش‌ها، هنجارها و باورهای جامعه اهمیت خاصی دارد. براساس یافته‌های جدید، احساس نابرابری‌های جنسیتی، عاملی مهم در ایجاد اوضاعی است که با فرض اعتقاد به الزامات، محدودیت‌های اجتماعی، قوانین و هنجارهای اجتماعی و اخلاقی و آداب و رسوم - که تبعیض‌هایی را علیه زنان نشان می‌دهند - به کاهش سلامت منجر می‌شود (بارتلی، ۲۰۰۴).

سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن، فرد، توانمندی خود را شناخته و از آن به نحو مؤثر و موکد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است، تعریف می‌کند. به‌طور کلی بهداشت روانی، ایجاد سلامت روان به وسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر بروز آن، تشخیص زودرس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی‌فرد، ۱۳۸۶). سلامت روان، به‌عنوان تطابق مؤثر با خود و محیط و انتخاب بهترین راه حل‌ها در هنگام مواجهه با مشکلات تعریف شده است. سلامت روان به مفهوم احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی، اتکا و اعتماد به خود، قابلیت رقابت، دوست داشتن دیگری، شکوفایی استعداد و توانایی فکری و هیجانی است (اویبوده^۱، ۲۰۱۵؛ به‌نقل از برقی‌ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵).

نابرابری جنسیتی را می‌توان به مثابه وضعیتی تلقی کرد که در آن، زنان عموماً تحت سلطه مردان قرار دارند و موقعیت زنان و مردان به دو حوزه خصوصی و عمومی تفکیک شده است. نوع متفاوت مشارکت دو جنس در حوزه عمومی و زندگی اجتماعی، این‌گونه تمایزات را گسترش داده و به نقش اجتماعی مردان، ارزش اجتماعی بیشتری عطا می‌کند (هام و گمبل^۲، ترجمه احمدی‌خراسانی و همکاران، ۱۳۸۲). نابرابری جنسیتی در حوزه‌های اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی، صورت‌های گوناگونی دارد؛ از جمله: وابستگی اقتصادی زنان به مردان براساس مشارکت کمتر زنان در نیروی کار و دست‌مزدهای اندک برای آن‌ها، وابستگی سیاسی ناشی از سلطه مردان بر ساختارهای قدرت سیاسی، وابستگی به اقتدار بیشتر مردان و قدرت تصمیم‌گیری آن‌ها در خانواده و محل کار، وابستگی به قدرت مردان در تعیین و تعریف واقعیت اجتماعی، وابستگی به مردان در مراقبت از زنان در برابر خشونت سایر مردان و حتی وابستگی روان‌شناختی زنان به مردان، به واسطه پیوندهای عاطفی. نه‌فقط نفس نابرابری جنسیتی، بلکه پیامدهای آن در سطوح خرد، میانه و کلان، ضرورت توجه به این موضوع را آشکار می‌کند (کین^۳، ۱۹۹۸). حقیقت نشان می‌دهد که توزیع عادلانه‌تر موقعیت‌ها و منابع میان زنان و مردان، باعث رشد اقتصادی و بهره‌وری بیشتر می‌شود و کشورهایی که در آموزش دختران، سرمایه‌گذاری می‌کنند، نرخ رشد اقتصادی بالاتری دارند (صادقی‌فسایی و کلهر، ۱۳۸۶) همچنین شواهد حاکی از آن است که در کشورهایی که روابط جنسیتی، تساوی‌طلبانه است، سطح باروری و مرگ‌ومیر کودکان، پایین است و از همه مهم‌تر، سطح بالای برابری جنسیتی با سطح بالای رشد اقتصادی ارتباط دارد. پورطاهری و پوروردی‌نجات (۱۳۸۸) نیز نشان دادند ۶۷٫۳ درصد زنان روستایی، احساس نابرابری جنسیتی در حد متوسط داشتند (دولار^۴، ۱۹۹۹). علاوه بر این، تحقق اهداف توسعه هزاره و

1. Oyebode
2. Ham & Gamble
3. Kane
4. Dollar

نیل به توسعه پایدار همه‌گیر و عادلانه نیز مستلزم رفع تبعیض‌ها و نابرابری‌های نژادی، فرهنگی، جنسیتی، قومی و... است. در مورد کشور ما نیز یکی از الزامات مبدل شدن به کشوری پیشرفته و ارتقای شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و تبدیل شدن به الگوی توسعه موفق، توجه منطقی به جایگاه زنان در جامعه و تلاش برای کاهش نابرابری جنسیتی است.

دویال^۱ (۲۰۰۰) وضعیت برابر در دستیابی به سلامت را به ارتقای سیاست‌های برابری جنسیتی در سلامت و وضعیت کلان جامعه منوط می‌داند که لازمه آن، توزیع مساوی منابع مربوط به سلامت و کاهش نابرابری‌های جنسیتی در رفع محدودیت‌های تقسیمات جنسیتی برای تشخیص دقیق تشابهات و تفاوت‌ها در نیازهای سلامت مردان و زنان است. اوکوجی^۲ (۱۹۹۴) بیان می‌کند که در هر مرحله از چرخه زندگی زنان، خطری برای سلامت آنان وجود دارد. مشکلات بازتولید سلامت، خشونت علیه زنان و دختران و خطرهای محیطی و شغلی، مخاطره‌آمیزترین عوامل در سلامت زنان بوده‌اند. نقش باروری زنان، میزان کار زنان که مانع تخصیص زمان برای مراقبت‌های سلامتی آن‌ها می‌شود، فقدان استقلال زنان در تصمیم‌گیری درخصوص درآمد خود و ازدواج زودرس، از مهمترین علل نابرابری‌های جنسیتی می‌باشند.

پژوهش‌های بسیاری با محوریت نابرابری جنسیتی انجام شده است که در بین آن‌ها بررسی رابطه نابرابری جنسیتی با سلامت روان هم مشاهده می‌شود؛ از جمله ال‌ورن^۳ و همکاران (۲۰۲۲) در تحقیقی با هدف تأثیر نظامی‌سازی، نشان دادند که ارتباط منفی معناداری بین شاخص‌های نظامی‌سازی و مشارکت زنان در نیروی کار و برابری جنسیتی وجود دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که نظامی‌سازی احتمالاً مشارکت زنان در نیروی کار را کاهش می‌دهد و نابرابری جنسیتی را افزایش می‌دهد. یک مفهوم این مطالعه این است که نظامی‌سازی، از طریق کانال نابرابری جنسیتی بالاتر، به رشد اقتصادی کمتر، کمک می‌کند.

کیم^۴ (۲۰۲۲) در تحقیقی که با هدف تحلیل تأثیر عوامل نهادی غیررسمی مؤثر بر نابرابری جنسیتی و با شواهدی از ۴۳ کشور انجام داد، مشارکت شهروندان برای افزایش شفافیت و مبارزه با فساد، ایجاد کمپین‌های مرتبط با نابرابری جنسیتی با استفاده از بسترهای رسانه‌ای مختلف، افزایش همکاری با سازمان‌ها و آژانس‌های بین‌المللی برای راه‌اندازی مکانیسم‌های مناسب مرتبط با جنسیت و تضمین دسترسی برابر به منابع و فرصت‌ها را جزو عوامل مؤثر معرفی کرده است.

دهنوی (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای که به منظور بررسی رابطه احساس نابرابری‌های جنسیتی و انگیزه تحرک اجتماعی در دختران دانشجو، انجام داد به این نتیجه رسید که ۹۴/۹ درصد از دانشجویان، در جمعیت نمونه، احساس نابرابری جنسیتی زیاد و خیلی زیاد داشتند و ۵۲ درصد از

1. Doyal
2. Okojie
3. Elveren
4. Kim

تغییرات انگیزه تحرک اجتماعی، با احساس نابرابری تبیین می‌شود. محمدزاده (۱۳۸۹) در تحقیقی با هدف بررسی تأثیر نابرابری جنسیتی بر سلامت روان زنان نشان داد که برخورداری از سلامت، حق همه انسان‌ها است، بویژه برای زنان که در تأمین بهداشت و سلامت جامعه نقش مؤثرتر و مهم‌تری را نسبت به مردان عهده‌دار هستند. از آنجا که زنان به‌عنوان نیمی از جمعیت کشور از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند، عدالت اجتماعی ایجاد می‌کند، هیچ‌گونه تبعیضی وجود نداشته باشد و همه اقشار جامعه، به‌طور یکسان از نتایج توسعه، بهره‌مند شوند. این مقاله با هدف بررسی تأثیر نابرابری جنسیتی بر سلامت زنان می‌کوشد تا رابطه دو مفهوم جنسیت و سلامت را مورد توجه قرار دهد. در این راستا، از نظریه فمینیستی، به‌منظور تبیین تأثیر نابرابری جنسیتی بر سلامت زنان استفاده می‌شود. شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی تأثیر بسزایی بر سلامت زنان دارد و زنان براساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان، آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شهرکی، عباسیان و صفدری (۱۴۰۱) در تحقیقی با هدف بررسی تأثیر نابرابری جنسیتی و حکمرانی خوب بر وضعیت سلامت، نشان دادند که شاخص نابرابری جنسیتی تأثیر منفی و حکمرانی خوب، مخارج سلامت و نرخ مشارکت زنان در بازار کار، تأثیر مثبتی بر امید به زندگی دارد. همچنین شاخص نابرابری جنسیتی، تأثیر مثبت و تولید ناخالص داخلی، و سرانه، تأثیر منفی بر نرخ مرگ‌ومیر کودکان دارد؛ از این‌رو سیاست‌های کاهش نابرابری جنسیتی مانند ارتقای سطح تحصیلات زنان، افزایش مشارکت زنان در مجلس و همچنین افزایش اشتغال زنان، پیشنهاد می‌شود.

دانشگاه فرهنگیان، خود را مقید به فراهم آوردن مقدماتی برای افزایش سلامت روانی دانشجومعلم‌ان می‌داند؛ زیرا رشد و تعالی دانش‌آموزان در گرو سلامت روانی آن‌هاست که تا اندازه زیادی به مدرسه و بخصوص معلم، وابسته است. با وجود تحقیقات انجام‌گرفته تاکنون، کمبود مطالعات انجام‌شده و وجود خلأ پژوهشی، همچنان مشهود است که نشان‌دهنده اهمیت مطالعه این متغیرها بخصوص در جامعه دانشجویان دانشگاه‌های مختلف است. انجام این مطالعه می‌تواند به‌عنوان یک راهنمای عملی در طراحی برنامه‌های گوناگون توانمندسازی مورد استفاده قرار گرفته و همچنین زمینه انجام مطالعات تکمیلی را در جوامع دیگر فرهنگی و سایر مقاطع تحصیلی فراهم نماید. از این‌رو مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر نابرابری جنسیتی بر سلامت روان دانشجویان دختر دانشگاه فرهنگیان یزد (رشته امور تربیتی) انجام شد با توجه به مطالب ذکرشده، سؤالات اساسی در این پژوهش عبارت است از:

۱. آیا بین نابرابری جنسیتی با سلامت روان دانشجومعلم‌ان، رابطه معناداری وجود دارد؟
۲. آیا متغیر نابرابری جنسیتی و مؤلفه‌های آن بر سلامت روان دانشجومعلم‌ان، مؤثرند و توانایی پیش‌بینی آن را دارند؟

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع پژوهش‌های توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر دوره کارشناسی امور تربیتی دانشگاه فرهنگیان پردیس فاطمه الزهرا (س) یزد، به تعداد ۹۰ نفر که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در این دانشگاه، مشغول به تحصیل بودند. کل جامعه با روش نمونه‌گیری سرشماری، انتخاب شدند و در نهایت ۷۳ نفر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. برای گردآوری داده‌های مورد نیاز از پرسش‌نامه‌های ذیل استفاده شد:

الف) پرسش‌نامه سلامت روان گلدبرگ^۱: گلدبرگ در سال ۱۹۷۲، پرسش‌نامه سلامت عمومی را برای غربالگری اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین کرد. فرم اصلی این پرسش‌نامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است که آزمودنی باید پاسخ‌های خود را بین چهار درجه (خیر، کمی، زیاد و خیلی) و یا (بیشتر از همیشه، کمتر از همیشه و خیلی بیشتر از همیشه) مشخص کند. فرم‌های کوتاه‌تر ۱۲، ۲۸، ۲۰، ۳۰، ۴۴ و ۶۰ سؤالی این مقیاس نیز تهیه شده است. فرم ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه دارای چهار خرده‌مقیاس و هر خرده‌مقیاس دارای ۷ سؤال است: ۱. علائم جسمانی (سؤال‌های ۱ تا ۷)، ۲. علائم اضطرابی (سؤال‌های ۷ تا ۱۴)، ۳. اختلال عملکرد اجتماعی (سؤال‌های ۱۴ تا ۲۱) و ۴. علائم افسردگی (سؤال‌های ۲۱ تا ۲۸). با توجه به روش‌های مختلف نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، پژوهش حاضر با استفاده از روش لیکرت، نمره‌گذاری شده است. لازم به توضیح است که هرچه نمره آزمودنی بالاتر باشد، فرد از سلامت روان پایین‌تری برخوردار است. نقطه برش برای کل پرسش‌نامه، نمره ۲۳ و برای هر خرده‌مقیاس، نمره ۶ می‌باشد که بالاتر از آن‌ها نشان‌دهنده مشکلات روان‌شناختی است (به نقل از تقوی، ۱۳۸۵). تقوی (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس در جامعه ایرانی ۰/۹۰ و روایی آن را ۰/۵۵ گزارش نموده است. جهت بررسی روایی این پرسش‌نامه در تحقیق حاضر، از نظرات خبرگان و به‌منظور تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۸۲ به دست آمد.

ب) پرسش‌نامه نابرابری جنسیتی^۲: به منظور سنجش احساس نابرابری جنسیتی از پرسش‌نامه ساخته‌شده توسط دهنوی (۱۳۸۴) استفاده شد که پنج بعد: احساس نابرابری اجتماعی، احساس نابرابری فرهنگی، احساس نابرابری سیاسی، احساس نابرابری اقتصادی و احساس نابرابری حقوقی را می‌سنجد. منظور از احساس نابرابری جنسیتی «باور به تضمین برخورداری زنان از شرف و حیثیت انسانی مساوی با مردان که به معنای باور به وجود و اعمال دیدگاه و امکانات و تسهیلات برابر برای همه افراد جامعه، اعم از زن و مرد به تناسب نیازهای آنان» است (آقایی، ۱۳۷۶). در این پرسش‌نامه، نمره کمتر، بیانگر احساس نابرابری کمتر است. براساس نمره به‌دست آمده می‌توان

1. Goldberg mental health questionnaire

2. Gender inequality questionnaire

وضعیت فرد را در هریک از خرده‌مقیاس‌ها و در کل پرسش‌نامه تعیین کرد. برای تعیین روایی و پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای احساس نابرابری سیاسی ۰/۷۴، احساس نابرابری اجتماعی ۰/۷۵، احساس نابرابری اقتصادی ۰/۶۴، احساس نابرابری فرهنگی ۰/۷۷ و احساس نابرابری حقوقی ۰/۷۸ محاسبه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (جدول فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۷۳ نفر از دانشجویان دختر رشته امور تربیتی دانشگاه فرهنگیان یزد بودند که در بازه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال قرار داشتند. ۷۱/۲ درصد از دانشجویان، مجرد و ۲۸/۸ درصد از دانشجویان، متأهل؛ و همچنین ۳۷ درصد دانشجویان، بومی استان یزد و ۶۳ درصد غیربومی بودند. شاخص‌های میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول (۱) گزارش شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
سلامت روان و مؤلفه‌های آن	علائم جسمانی	۱۹/۱۴	۲۴/۴	۷	۲۸
	اضطراب	۶۹/۱۳	۳۹/۴	۷	۲۸
	اختلال عملکرد اجتماعی	۵۷/۱۴	۲۶/۴	۸	۲۸
	افسردگی	۱۲	۲۵/۵	۷	۲۶
	سلامت روان (کل)	۴۶/۵۴	۶۳/۱۵	۳۰	۱۰۶
نابرابری جنسیتی و مؤلفه‌های آن	نابرابری حقوقی	۴۲/۱۶	۸۸/۳	۹	۲۵
	نابرابری سیاسی	۳۲/۱۷	۲۹/۴	۵	۲۵
	نابرابری اقتصادی	۰۸/۱۱	۶۳/۳	۴	۲۰
	نابرابری اجتماعی	۹۳/۱۵	۴۵/۴	۵	۲۵
	نابرابری فرهنگی	۱۲/۱۴	۱۴/۳	۶	۲۰
	نابرابری جنسیتی (کل)	۸۹/۷۴	۶۵/۱۵	۳۵	۱۱۵

براساس جدول (۱)، متغیر سلامت روان دارای میانگین ۴۶/۵۴ و انحراف استاندارد ۶۳/۱۵، بیشترین نمره در این متغیر ۱۰۶ و کمترین نمره ۳۰ است. متغیر نابرابری جنسیتی دارای میانگین ۸۹/۷۴ و انحراف استاندارد ۶۵/۱۵، بیشترین نمره تاب‌آوری ۱۱۵ و کمترین نمره ۳۵ می‌باشد.

همچنین در این جدول، میانگین و انحراف معیار و کمترین و بیشترین نمره برای هریک از مؤلفه‌های سلامت روان و نابرابری جنسیتی، مشخص شده است. سؤال اول پژوهش: آیا بین نابرابری جنسیتی با سلامت روان دانشجومعلمان، رابطه معناداری وجود دارد؟

به منظور پاسخ به این سؤال، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

جدول (۲) نتایج همبستگی پیرسون در مورد ارتباط بین سلامت روان و مؤلفه‌های آن با متغیر نابرابری جنسیتی و مؤلفه‌های آن

نابرابری و مؤلفه‌های آن						شاخص‌ها	مؤلفه‌ها	متغیر
نابرابری جنسیتی (کل)	نابرابری فرهنگی	نابرابری اجتماعی	نابرابری اقتصادی	نابرابری سیاسی	نابرابری حقوقی			
۰/۲۲۰	۰/۲۲۴	۰/۱۴۵	۰/۲۷۱	۰/۱۶۱	۰/۱۰۶	همبستگی پیرسون	علائم	سلامت روان و مؤلفه‌های آن
۰/۰۶۱	۰/۰۵۷	۰/۲۲۰	۰/۰۲۱	۰/۱۷۴	۰/۳۷۲	سطح معناداری	جسمانی	
۰/۳۸۰	۰/۴۲۷	۰/۲۷۶	۰/۴۱۱	۰/۲۷۳	۰/۲۵۹	همبستگی پیرسون	اضطراب	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۱۹	۰/۰۲۷	سطح معناداری		
۰/۰۶۴	۰/۰۱۱	۰/۰۲۵	۰/۲۵۹	-۰/۲۹	۰/۰۲۸	همبستگی پیرسون	اختلال	
۰/۵۸۹	۰/۹۲۹	۰/۸۳۰	۰/۰۲۷	۰/۸۰۵	۰/۸۱۵	سطح معناداری	عملکرد اجتماعی	
۰/۱۷۵	۰/۱۸۹	۰/۱۳۹	۰/۲۲۴	۰/۰۵۲	۰/۱۲۶	همبستگی پیرسون	افسردگی	
۰/۱۳۸	۰/۱۱۰	۰/۲۴۲	۰/۰۵۷	۰/۶۶۴	۰/۲۸۸	سطح معناداری		
۰/۲۴۳	۰/۲۱۴	۰/۱۷۱	۰/۳۳۵	۰/۱۳۰	۰/۱۵۲	همبستگی پیرسون	سلامت روان	
۰/۰۳۸	۰/۰۷۰	۰/۱۴۹	۰/۰۰۴	۰/۲۷۳	۰/۲۰۰	سطح معناداری	(کل)	

جدول (۲)، نتایج همبستگی دو به دو بین مؤلفه‌های دو متغیر را نشان می‌دهد. براساس این جدول، سطوح معناداری در مؤلفه اضطراب با تمامی مؤلفه‌های نابرابری، علائم جسمانی و اختلال عملکرد اجتماعی با نابرابری اقتصادی، و سلامت روان با نابرابری جنسیتی و مؤلفه نابرابری اقتصادی وجود دارد؛ به این معنا که این همبستگی‌ها معنادار هستند و این موضوع نشان‌دهنده ارتباط قوی بین دو متغیر سلامت روان و نابرابری جنسیتی و مؤلفه‌های آن‌ها است. نکته دیگر این که تمام همبستگی‌های معنادار، مثبت هستند به این معنا که ارتباط بین متغیرها مستقیم است؛ یعنی هرچه نمره فردی در هر یک از مؤلفه‌ها یا نمره کل سلامت روان بیشتر باشد، نمره‌های او در متغیر نابرابری جنسیتی و مؤلفه‌های آن، بیشتر است و بالعکس.

سؤال دوم پژوهش: آیا متغیر نابرابری جنسیتی و مؤلفه‌های آن بر سلامت روان مؤثرند و توانایی پیش‌بینی آن را دارند؟

برای پیش‌بینی سلامت روان، از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳) نتایج رگرسیون چندگانه رابطه نابرابری جنسیتی با سلامت روان

مدل	ضریب غیراستاندارد		R ²	R	ضریب	t	سطح معناداری
	B	Std. Error			استاندارد		
					بتا		
نابرابری حقوقی	۰/۳۶۳	۰/۶۷۷			۰/۳۶۳	۰/۵۳۶	۰/۵۹۴
نابرابری سیاسی	۰/۲۸۲	۰/۵۶۹	۰/۱۲۴	۰/۳۵۲	۰/۲۸۲	۰/۴۹۶	۰/۶۲۱
نابرابری اقتصادی	۱/۴۷۸	۰/۶۱۴			۱/۴۷۸	۲/۴۰	۰/۰۱۹
نابرابری اجتماعی	۰/۱۹۸	۰/۶۰۷			۰/۱۹۸	۰/۳۲۶	۰/۷۴۶
نابرابری فرهنگی	۰/۵۳۷	۰/۷۸۳			۰/۵۳۷	۰/۶۶۵	۰/۴۹۶

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که ضریب همبستگی چندگانه نابرابری جنسیتی با سلامت روان، ۰/۳۵۲ درصد است و ضریب تعیین آن ۰/۱۲۴ است. بنابراین ۱۲/۴ درصد از واریانس سلامت روان، توسط نابرابری جنسیتی، تبیین می‌شود. ضرایب بتای به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که از میان همه عوامل، نابرابری اقتصادی، پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت و معنادار سلامت روان است. بنابراین رابطه نابرابری جنسیتی با سلامت روان دانشجویان، یک رابطه مثبت و معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه نابرابری جنسیتی با سلامت روان دانشجویان دختر رشته امور تربیتی دانشگاه فرهنگیان یزد انجام شد. آزمون فرضیه مطرح شده، نشان داد که بین نابرابری جنسیتی و سلامت روان دانشجویان، رابطه معناداری وجود دارد. نتیجه به‌دست‌آمده در این پژوهش

به‌نوعی با نتیجه تحقیقات دهنوی (۱۳۸۴)، محمدزاده (۱۳۸۹)، شهرکی، عباسیان و صفدری (۱۴۰۱)؛ ال‌ورن و همکاران (۲۰۲۲) و کیم (۲۰۲۲) هم‌سو است. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت هرچه میزان نابرابری جنسیتی در جامعه‌ای بیشتر باشد، سلامت روان نیز در آن جامعه، پایین‌تر خواهد بود. در این پژوهش، نابرابری اقتصادی، خود، نوعی نابرابری جنسیتی است که در ارتباط با نابرابری‌های جنسیتی دیگر، قابل تحلیل است. براساس نتایج این پژوهش، فرصت‌های نابرابر جنسیتی و ابعاد آن، همبستگی متوسط به بالایی با مشارکت اقتصادی دانشجویان دختر دارد؛ به‌گونه‌ای که برابری جنسیتی یا برابری فرصت‌ها، مشارکت زنان در بازار کار را افزایش و برعکس، کاهش می‌دهد. در این مطالعه، بیش‌ترین فراوانی احساس نابرابری جنسیتی، به میزان زیاد، در بعد اقتصادی بود؛ مسئولیت‌های زنان شاغل در نقش‌های چندگانه‌ای که برعهده دارند، ممکن است سلامت‌شان را به خطر بیندازد. در جامعه کنونی، دختران با سطح تحصیلات مساوی با پسران، با محدودیت‌هایی از جمله: نبود شغل، اولویت‌دادن به پسران در انتخاب شغل، تبعیضات دست‌مزدی علیه زنان، عدم رضایت همسر به اشتغال زن، بی‌اهمیت جلوه دادن اشتغال دختران و عدم تأثیر آن‌ها در سرنوشت جامعه، سطح رضایت‌مندی و سلامت روان زنان و دختران را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیامدهایی از جمله احساس بی‌کفایتی و مفید نبودن و خانه‌نشینی را به همراه خواهد داشت.

حق بهره‌مندی از سلامت و تندرستی را باید اساس رشد و پیشرفت جامع زنان مدنظر قرار داده و برای سلامتی‌شان باید نیازهای اساسی‌شان را برآورده نمود، از قبیل: محیط زیست سالم، مراقبت‌های بهداشتی مطلوب، تعلیم و تربیت مناسب، درآمد تضمین‌شده، محیط کار سالم، تقسیم کار عادلانه، برخورداری از پایگاه اجتماعی مناسب، حمایت اجتماعی مطلوب، رهایی از خشونت و کاهش میزان اضطراب و افسردگی از طریق کاهش آسیب‌پذیری آنان. اگرچه دستیابی به متخصصان و مراکز درمانی و دارو و تجهیزات پزشکی در بهداشت و سلامت، اهمیت بسزایی دارد، برای سلامتی، کامل و کافی نیست و برای ارتقای سلامت زنان شروط دیگری مانند کاهش نابرابری‌های جنسیتی لازم است که خود موجب کاهش این احساس در آنان می‌شود. بیشترین مقدار همبستگی احساس نابرابری جنسیتی با سلامت روان، مربوط به بعد احساس نابرابری اقتصادی و بعد احساس نابرابری اجتماعی بود. این موضوع بیانگر این نکته است که باور به اینکه زنان درآمد هم‌اندازه با مردان ندارند و زمینه کار بیرون از خانه برای آنان مساعد نیست و همچنین، باور به اینکه زنان به اندازه مردان، امکانات و فرصت‌های لازم را در خانواده و جامعه ندارند. کاهش میزان اختلالات روانی (افزایش میزان سلامت روانی) آن‌ها لزوم توجه ویژه و برنامه‌ریزی‌های اختصاصی در هر یک از این ابعاد را می‌طلبد تا برای مثال، با سیاست‌گذاری مطلوب و زمینه‌سازی مساعد در خصوص برخورداری زنان از درآمد برابر با مردان و فراهم ساختن زمینه برای کار بیرون از خانه برای آنان، به کاهش احساس نابرابری اقتصادی ایشان و به تبع آن، افزایش سلامت آن‌ها و درنهایت امر، افزایش برآیند رفاه جامعه

پرداخت. همچنین، الزاماً رفع تبعیضات و موانع اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و حقوقی به منظور توسعه یافتگی، شرط لازم و کافی نبوده و باید ملاحظات فرهنگی را هم در جامعه ارتقا داد؛ از این رو توسعه همه‌جانبه مربوط به زنان این مرزوبوم، همت دانشگاهیان و سیاست‌گذاران را در سطوح کلان می‌طلبد. بهداشت و سلامت جهان، یک کشور، یک شهر یا حتی یک اجتماع کوچک، علاوه بر بهداشت مردان، به بهداشت و تندرستی زنان و کودکان آن نیز بستگی دارد.

از جمله محدودیت‌های مهم این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به دانشجومعلم‌ان دختر رشته امور تربیتی دانشگاه فرهنگیان بود که تعمیم داده‌ها را با مشکل روبه‌رو ساخت. همچنین در پژوهش حاضر به منظور جمع‌آوری اطلاعات، صرفاً از پرسش‌نامه استفاده شد که استفاده از سایر روش‌ها مانند مصاحبه و مشاهده، ممکن است نتایج متفاوتی را به دست دهد.

با ذهنیت شکل‌گرفته از یافته‌های پژوهش و با هدف بهبود و ارتقای مشارکت اقتصادی زنان در مسیر توسعه اقتصادی و تعالی نظام اجتماعی، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

- برجسته‌سازی جایگاه زنان در مناسبات اقتصادی و اینکه ورود گسترده زنان به فعالیت‌های اقتصادی، رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع را به دنبال دارد.

- از آنجایی که کانون نخست نابرابری‌های جنسیتی، خانواده است، شایسته است نهادهای سیاست‌گذار فرهنگی، از مکانیزم‌های آموزشی و تربیتی در تعدیل نابرابری‌های جنسیتی، در فرایند جامعه‌پذیری کودکان، نوجوانان و جوانان به‌عنوان نیروی کار آینده، کمک بگیرند.

- از آنجایی که عمده فعالیت زنان در بخش‌های آموزشی و بهداشتی است، این امر، فرصت‌های اشتغال زنان را محدود می‌کند؛ شایسته است بستر فعالیت بیشتر زنان در بخش‌های مختلف به‌ویژه بخش خدمات که ظرفیت بالایی برای اشتغال زنان دارد، فراهم شود. محدودسازی فرصت‌های اشتغال برای بانوان باعث به حاشیه راندن آنان، دل‌سردی از موفقیت در ورود به بازار کار و در نتیجه، کاهش مشارکت اقتصادی می‌شود.

- افزایش سهم زنان در پست‌های سیاسی و مدیریتی: با توسل به نظریه دیدگاه، زنان بهتر و هم‌دلانه‌تر قادر به درک مسائل خودشان هستند. بنابراین، وجود زنان در موقعیت‌های عالی مدیریتی، سیاسی و قانون‌گذاری به‌عنوان یک فرصت، می‌تواند در سیاست‌گذاری‌ها و بهبود شرایط بازار کار زنان مؤثر باشد.

- توسعه آموزش و مهارت‌های تخصصی و حرفه‌ای جدید، با هدف کاهش نابرابری جنسیتی در آموزش و مهارت.

- حمایت قانونی و بهینه از حقوق کارگران زن، به‌ویژه زنان باردار و دارای فرزند خردسال، با هدف افزایش امنیت شغلی و ماندگاری آنان در بازار کار.

- وضع قوانین و اعمال نظارت بر رعایت عدالت در دست‌مزد و سایر حواشی بین زنان و مردان در محیط کار.

- افزایش تسهیلات و تخصیص بودجه به زنان کارآفرین.
- رقابتی کردن بازار کار و رعایت اصل شایسته‌سالاری.

منابع

- اسماعیل‌زاده، حسن. (۱۴۰۰). تبیین رابطه سواد تربیتی با هویت حرفه‌ای نومعلمان. دو فصلنامه سواد تربیتی معلم، ۱(۱)، ۱۹۰-۲۰۶.
- برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد؛ شریفی، فاطمه. (۱۳۹۵). آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش سازگاری عاطفی، سلامت روان و حرمت خود دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی، مشاوره کاربردی، ۱(۱)۶، ۳۷-۵۸.
- پورطاهری، مهدی؛ و پوروردی‌نجات، مینو. (۱۳۸۸). سنجش نابرابری جنسیتی در بین زنان روستایی: مطالعه موردی استان گیلان، دانشنامه علوم اجتماعی، ۲(۱)، ۱۱۵-۱۵۵.
- تقوی، سیدمحمدرضا. (۱۳۸۵). بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد، ۲۸(۱۵)، ۱۳-۱.
- خدیبوی، اسداله؛ سیدکلان، سیدمحمد؛ حسن‌پور، توفیق؛ احمدی، حسن؛ و تره‌باری، حافظ. (۱۳۹۷). بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت آموزش و تدریس در دانشگاه فرهنگیان. نشریه علمی - پژوهشی آموزش و ارزشیابی، ۱۱(۴۲)، ۱۶۱-۱۸۵.
- دهنوی، جلیل. (۱۳۸۴). بررسی پیامدهای اجتماعی احساس بی‌عدالتی جنسیتی در بین دختران دانشجو. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- شهرکی، مهدی؛ عباسیان، مجتبی؛ صفدری، مهدی. (۱۴۰۱). تأثیر نابرابری جنسیتی و حکمرانی خوب بر وضعیت سلامت: شواهدی از کشورهای با درآمد متوسط و بالا. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۸(۲)، ۶۲-۵۰.
- صادقی‌فسایی، سهیلا؛ و کلهر، سمیرا. (۱۳۸۶). ابعاد شکاف جنسیتی و میزان تحقق کاهش آن در برنامه سوم. پژوهش زنان، ۵(۲)، ۲۸-۵.
- محمدی‌درویش‌بقال، ناهید؛ پیرچراغ‌علی، علی‌رضا؛ نعمتی، معصومه؛ و گیاهپور، هادی. (۱۳۹۴). بررسی مقایسه‌ای وضعیت سلامت روان دانشجویان و معلمان. روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۶(۲۲)، ۶۰-۵۳.
- محمدزاده، عاطفه. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر نابرابری جنسیتی بر سلامت زنان. اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تهران، <https://civilica.com/doc/95171>
- مکوندی، محمد. (۱۴۰۰). بررسی دیدگاه دانشجویان معلمان درباره اخلاق حرفه‌ای (آموزشی) در دانشگاه فرهنگیان. سواد تربیتی معلم، ۱(۱)، ۴۰-۱۸.
- میلانی‌فرد، بهروز. (۱۳۸۶). بهداشت روانی. تهران: نشر قوس.

- هام، مگی؛ و گمبل، سارا. (۱۳۸۲). فرهنگ نظریه‌های فمینیستی، (ترجمه نوشین احمدی خراسانی، فیروزه مهاجر و فرخ قره‌داغی)، تهران: انتشارات توسعه.
- Bartley M. (2004). Health inequality, an introduction to theories, concepts and methods, Polity Press. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 500-502.
- Dollar, D. & Gatti, R (1999). *Gender Inequality, Income, and Growth: Are Good Times Good For Women*, World Bank Working Paper.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science and Medicine*, 51 (6), 931-939.
- Elveren, A. Y., Moghadam, V. M., & Dudu, S. (2022). Militarization, women's labor force participation, and gender inequality: Evidence from global data. *International women's studies forum*, 94, 102621, Pergamon.
- Kane, W (1998). Men's and Women's Beliefs about Gender Inequality: Family Ties, Dependence, and Agreement, in *Sociological forum*, (Vol. 13, pp. 611-637). Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers.
- Kim, S. Y. (2022). Analyzing the impacts of informal institutional factors affecting gender inequality: Evidence from 43 countries, *World Development Perspectives*, 28, 100470.
- Okojie C. E. (1994). Gender inequalities of health in the third world. *Social Science and Medicine*, 39(9), 1237-1247.