

بررسی رابطه درآمد با سلامت زنان

(نمونه مورد مطالعه کارکنان زن دانشگاه زنجان)

سید حسین میرجلیلی*

مهری عباس‌زاده گودرزی**، نرگس مرادخانی***

چکیده

در دهه های اخیر، با ورود گسترده زنان به دانشگاه، عرصه های اجتماعی و تقاضای مضاعف آنان برای ورود به بازار کار مواجه هستیم. از آنجا که شغل به منزله مقوله های محوری در دنیای جدید و یکی از تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر کلیت سلامت مطرح است و سلامت زنان در ابعاد مختلف، سلامت خانواده و نهایتاً سلامت جامعه را به دنبال دارد، این مهم ما را بر آن داشت تا بررسی تأثیر درآمد بر سلامت عمومی زنان را به منزله هدف اصلی تحقیق برگزینیم. جامعه آماری تحقیق، زنان (شاغل) دانشگاه زنجان هستند. بدین منظور ۱۰۰ نفر از کارکنان زن دانشگاه زنجان، پرسشنامه های سلامت عمومی ویر و شربورن (Weir and Sherborne)^۱ را با فرم اطلاعات جمعیت شناختی، انجام داده اند. داده های پژوهش با استفاده از آزمون همبستگی و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند و همچنین تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده به کمک نرم افزار spss انجام شده و روش تحقیق در این مقاله، روشی توصیفی-تحلیلی است، جهت گردآوری اطلاعات از دو روش (کتابخانه ای و میدانی) استفاده شده و در محدوده زمانی سال ۹۷-۱۳۹۶ صورت

* دانشیار اقتصاد، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی (نویسنده مسئول)، h.jalili@yahoo.com
** کارشناس ارشد علوم اقتصادی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، abbaszadeh.m313@yahoo.com

*** استادیار اقتصاد، دانشگاه زنجان، nmoradkhani@znu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۲۸، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۹/۱۸

پذیرفته است. نتایج نشان می‌دهد که متغیر درآمد با متغیر سلامت عمومی زنان ارتباط معنی‌دار دارد. با استفاده از رگرسیون چندگانه نتایج نشان می‌دهد که سلامت روانی سهم یگانه و معناداری در تبیین افزایش درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان دارد. همچنین سلامت جسمانی نمی‌تواند درآمد کارکنان را تبیین نماید.

کلیدواژه‌ها: درآمد؛ سلامت عمومی؛ زنان؛ دانشگاه زنجان؛ کارکنان.

۱. مقدمه

سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه هر انسانی است. به طوری که سیستم‌های بهداشتی در دنیا به طور روزافزون اهداف خود را از ارائه مراقبت‌های بهداشتی به سمت ایجاد جامعه سالم ارتقا می‌دهند و شاخص‌های کلی سلامت مانند بهزیستی، جایگزین شاخص‌های محدود و نارسایی مانند مرگ و میر شده‌اند. با توجه به اینکه پذیرفته شده‌ترین تعریف سلامت تعریف سازمان جهانی سلامت است، بر اساس آن سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی و نه فقدان بیماری و یا نقص عضو است. طبق تعریف سازمان جهانی سلامت، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شامل موقعیت‌ها یا شرایطی هستند که افراد در آن به دنیا می‌آیند، بزرگ می‌شوند، زندگی می‌کنند و پیر می‌شوند. این وضعیت‌ها شامل سیستم سلامت کشورها نیز می‌شود. این شرایط به وسیله توزیع پول، قدرت و منابع در سطح جهانی، ملی و سطوح محلی شکل داده می‌شود. موارد یادشده از انتخاب‌های سیاسی تأثیر می‌پذیرند و بر سلامت افراد اثر می‌گذارند. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، توضیح‌دهنده نابرابری‌ها، تفاوت‌های ناعادلانه و اجتناب‌ناپذیر وضعیت سلامت که درون کشورها یا بین آن‌ها است می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization, ۲۰۰۵).

زنان، نیمی از جمعیت کشور، مدیران و مربیان خانواده‌ها و فعالان جامعه‌اند و سلامت آنان، پایه سلامت نیمی از جمعیت، خانواده و جامعه را تشکیل می‌دهد. اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آن‌ها در توسعه همه‌جانبه کشور اطلاع از بهداشت و سلامت آن‌ها و نیز عوامل مؤثر بر آن، می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب جهت بهبود وضعیت آن‌ها قرار گیرد. سلامت زنان یکی از محورهای شاخص‌های توسعه نیز هست. بنابراین شناخت نیازها و ویژگی‌های روانی، عاطفی و توانایی‌های زنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی اهمیت زیادی دارد. امروزه رفاه و سلامت زنان نه تنها به عنوان یک

حق انسانی شناخته شده است بلکه تأثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روزافزون یافته است (رضایی و همکاران، ۱۳۹۴)؛ به طوری که زنان، تضمین کننده سلامت خانواده هستند. آن‌ها به طور معمول، مدیریت و برنامه ریزی سلامت خانواده، از اکسیناسیون کودکان گرفته تا تغذیه نوجوانان و کاستن از استرس‌های بزرگ ترها و ارائه خدمات به سالمندان را به عهده دارند. از طرف دیگر، آثار نامطلوب بیماری و مرگ و میر مادر بر سلامت اعضای خانواده و همچنین کیفیت زندگی آنان، غیرقابل چشم پوشی است. زنان به عنوان مادر در خانواده، محور سلامت خانواده‌اند و مرگ و میر، ناتوانی و رفتارهای آن‌ها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در جوامع نوین سه شاخص بنیادی برای تشخیص پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد وجود دارد که عبارتند از: درآمد، شغل و سطح تحصیلات (مهدوی، ۱۳۹۲). درآمد با تأمین نیازهای بهداشتی و از آن طریق با سلامت افراد ارتباط تنگاتنگی دارد. بنابراین اگر بخواهیم درآمد را با سلامت مرتبط کنیم، با بالاتر رفتن درآمد، سطح سلامت نیز افزایش می‌یابد و رابطه مستقیمی بین این دو وجود دارد. درآمد از طریق امکان دسترسی به امکانات و تجهیزات پزشکی و بهداشتی، روی سلامتی افراد تأثیری خاص دارد، ولی همیشه رابطه درآمد و سلامت یک رابطه مستقیم نیست و آن بخش از درآمد که صرف آموزش و بهداشت می‌شود رابطه مستقیم با سلامت دارد. (لوکاس و میر (Lucas and Mir)، ۱۳۸۸)؛ به نقل از خانی (۱۳۹۰). توجه به سلامت، به ویژه سلامت عمومی، در جامعه ما، که جامعه ای جوان شناخته میشود، اهمیت خاصی دارد. به علاوه اینکه در دهه های اخیر با افزایش زنان تحصیلکرده در ایران و درخواست آنان برای اشتغال، عرصه اجتماع و اقتصاد، عملاً فضای حضور و فعالیت هر دو جنس (مرد و زن) شده است؛ بنابراین، مطالعه وضعیت سلامت زنان شاغل، همانند مردان، اهمیت بالایی دارد. از طرف دیگر، زنان یکی از گروههای حساس جامعه‌اند و سلامت آنان سلامت خانواده و متعاقباً سلامت جامعه را تضمین میکند. بنابراین، پرداختن به مسائل سلامت (جسمانی، روانی) زنان میتواند مستقیماً و به طور غیرمستقیم نقش بسزایی در تأمین سلامت عمومی جامعه داشته باشد. ازاینرو، زمانی که این بحث در میان گروه زنان تحصیلکرده و دانشگاهی با پتانسیل رشد بالاتری مطرح میشود، اهمیت پرداختن به مسائل سلامت زنان دوجندان میشود از سوی دیگر، از آنجا که کودکان آینده سازان هر جامعه و زنان پرورش دهنده آنها هستند، درواقع این زنان اند که به نوعی آینده کشور را می‌سازند. بنابراین،

آینده سالم جامعه ما نیز در گرو توجه لازم به کلیت سلامت زنان و مادران خواهد بود. همچنین، یکی از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت افراد، حرفه و شغل آنان است که پرداختن به آن حائز اهمیت بوده و جای تأمل دارد. متقابلاً از دیدگاه فردی، عامل سلامت جزء پیش نیازها و شرایط اصلی اشتغال به کار و فعالیت اقتصادی و اجتماعی مفید انسان‌ها در همه جوامع محسوب می‌شود که بدون اتکا به آن، شانس دستیابی به امکانات رفاهی و مادی غیرممکن یا دستکم به سختی ممکن است. ازاینرو، رابطه درآمد و سلامت عمومی، از منظرهای مختلف مورد توجه و تأمل صاحب نظران واقع شده است. بنابراین مسئله پژوهش مورد نظر بررسی رابطه درآمد با سلامت عمومی می‌باشد.

۲. پیشینه پژوهش

بنزوال و جاج (Benjwal and Jaji) (۲۰۰۱)، در مقاله‌ای با عنوان «ارتباط میان درآمد با سلامت» در مروری بر ۱۶ مطالعه از چهار کشور جهان که از شاخص‌های مختلف درآمد و سلامت برای بررسی ارتباط میان درآمد و سلامت استفاده کرده‌اند نتیجه گرفتند که همه مطالعاتی که از سنج‌های مختلف درآمد استفاده کرده‌اند رابطه معنادار میان درآمد و وضعیت سلامت را نشان می‌دهند. کاواچی (Kavachi) (۲۰۰۰)، در مقاله‌ای با عنوان «بررسی ارتباط میان توزیع درآمد و شاخص‌های سلامت» ۵۱ کشور شامل کشورهای فقیر و غنی را به صورت مقطعی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه وی حاکی از این است که نه تنها تولید ناخالص داخلی سرانه بلکه توزیع درآمد نیز با شاخص‌های مختلف سلامت همبستگی بالایی دارد. ایکوب و اسمیت (Icoube and Smith) (۱۹۹۹)، در مقاله‌ای با عنوان «درآمد و سلامت، واقعیت رابطه چیست؟» ارتباط درآمد با سلامتی، قبل و بعد از کنترل‌های اجتماعی برای همه متغیرهای سلامتی آزمایش شده است. نتایج نشان می‌دهد که درآمد بالا در سلامتی بیشتر مؤثر است. ولی این ارتباط مستقیم درآمد و وضع سلامت، در سطوح بالاتر حالت معکوس پیدا می‌کند. در این تحقیق تأثیر درآمد بر سلامت در کنار ترکیب کلی متغیرهای اقتصادی-اجتماعی اثبات شده است.

مستی و فخرایی (۱۳۹۴)، در مقاله‌ای با عنوان «بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان در شهر مراغه» پرداختند. برای تحلیل داده‌ها از روش آزمون تی و تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که بین وضعیت اشتغال زنان با سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌دار وجود دارد. فخرالسادات و فرزانه (۱۳۹۱)، در پژوهشی به "

بررسی جامعه شناختی عوامل مؤثر بر سلامت عمومی " پرداختند. از طریق پرسشنامه محقق ساخته و همچنین پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی، داده‌های لازم را جمع آوری نمودند، که بین رشته تحصیلی با بُعد وضعیت جسمانی تفاوت معنی دار وجود دارد و بر حسب نتایج آزمون مقایسه میانگین بین جنسیت و بومی و غیربومی بودن دانشجویان تفاوت معنی دار وجود دارد. در آزمون همبستگی پیرسون بین فعالیت‌های ورزشی، سبک مصرف مواد غذایی، رضایت از زندگی به عنوان متغیرهای مستقل و سلامت عمومی به عنوان متغیر وابسته رابطه معنی داری وجود دارد. بر اساس داده‌های رگرسیونی متغیرهایی چون بهداشت فردی، فعالیت ورزشی و رضایت از زندگی بیشترین تأثیر بر سلامت عمومی را دارند. جهانگرد و علی زاده (۱۳۸۸)، در مقاله‌ای با عنوان «برآورد عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر تابع تولید سلامتی در استان‌های ایران» عوامل مؤثر بر سلامت را بررسی کردند. در این مطالعه تحلیل‌ها با استفاده از تخمین تابع تولید سلامتی در دوره زمانی ۱۳۸۲-۱۳۷۹ بررسی شده است. نتایج این مطالعه در ۲۸ استان کشور نشان می‌دهد افزایش درصد باسوادی، درآمد و الگوی تغذیه، سلامت را در استان‌های کشور بهبود می‌بخشد. حدادی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «ارتباط رده‌های شغلی و سلامت روان در زنان شاغل» با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ به بررسی ارتباط بین سلامت روان و رده‌های شغلی یک سازمان به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت، در زنان شاغل پرداخته است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین سلامت روان و رده شغلی ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین اختلاف معنی داری بین سلامت زنان شاغل در رده شغلی مدیران با زنان شاغل در رده شغلی کارشناسان وجود دارد و زنان در رده شغلی مدیران از سلامت روان کم‌تری نسبت به رده بعدی خود یعنی کارشناسان برخوردارند. خاقانی (۱۳۸۶)، پژوهشی را با عنوان «سلامت روان زنان شاغل در بخش‌های مدیریتی، کارشناسی و خدماتی» انجام داده است. که نتایج تحقیق نشان دهنده تفاوت‌هایی از نظر سلامت در میان زنان در بخش‌های مختلف شغلی است. شغل‌های مربوط به بخش‌های خدماتی، سلامت روانی کمتری نسبت به مشاغل بخش‌های مدیریتی داشته‌اند.

(نوآوری پژوهش اینجا نوشته شده است.)

پژوهش‌هایی که انجام شده بیشتر در مبحث رابطه درآمد با سلامت بوده است اما در زمینه تأثیر درآمد بر سلامت عمومی مطالعه‌ای صورت نگرفته است پژوهش‌هایی که انجام گرفته بیشتر به صورت داده‌های ثبتي تا پیمایشی بوده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها

ازروش داده‌های تابلویی و آزمون تی تست و تحلیل واریانس و همینطور ضریب همبستگی استفاده شده است که نتایج نشان دهنده رابطه معنی دار بین درآمد و سلامت است با توجه به این موارد ذکر شده تفاوتی که با پژوهش حاضر وجود دارد این است که پژوهش مدنظر بدنبال اهدافی مانندشناسایی رابطه درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان و سلامت جسمی و روحی آن‌ها است و همچنین از روش پیمایشی (مقطعی) با دو هدف توصیف و تبیین استفاده می‌شود و همچنین همه اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته و پرداخته شده و داده‌ها با استفاده ازروش همبستگی و روش رگرسیون چندگانه تحلیل می‌شوند. در این پژوهش اگرچه به رابطه دو سویه بین درآمد و سلامت پرداخته شده است اما تمرکز اصلی بر تأثیر درآمد بر سلامت عمومی زنان شاغل است.

۳. مبانی نظری

در ادبیات اقتصادی برای سلامت (Health) تعاریف متعددی ارائه شده است. گروسمن (Grossman) (۱۹۷۲)، بر این باور است که هر شخص درآغاز هر دوره مثلاً شروع یک سال خاص، دارای ذخیره‌هایی از موجودی سلامت است. با گذشت زمان موجودی سلامت شخص با افزایش سن، کاهش می‌یابد. این فرآیند را گذر عمر (Aging) می‌نامند و زمانی که ذخیره موجودی سلامت فرد از حد بحرانی کمتر شود، آنگاه فرد از بین خواهد رفت، مانند سایر کالاهای بادوام، ذخیره سلامتی افراد، جریانی از خدمات را تولید می‌کند که موجب به دست آوردن رضایت و مطلوبیت می‌شود، (لطفعلی پور و همکاران (ص: ۱۳۹۰، ۵۷).

سلامت مقوله‌ای است که ارتباط نزدیکی با پیشرفت و توسعه همه جانبه و از جمله رشد و توسعه اقتصادی دارد. افراد سالم جامعه، با نشاط‌تر و شاداب‌تر و با انگیزه بیشتری کاروتلاش می‌کنند. به همین دلیل، امروزه جوامع توجه ویژه‌ای به بهبود شاخص‌های سلامت جامعه دارند.

الف) رابطه تولید سلامت

اقتصاددانان سلامت معتقدند که ایجاد و حفظ سلامت فرایندی دارد. همانند بنگاهی که برای تولید، نهاده‌هایی مانند مواد اولیه نیروی کار و سرمایه به کار می‌گیرد، یک فرد نیز برای سلامت از نهاده‌هایی استفاده می‌کند که به صورت نهاده‌های درمانی و... می‌باشد. رابطه تولید سلامت به صورت زیر است:

(...و نحوه زندگی، مخارج درمانی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، عوامل $F=$ سلامت محیطی

در این رابطه، سلامت تابعی از متغیرهای عوامل محیطی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، مخارج درمانی و نحوه زندگی تعریف شده است. (برجی، ص: ۷۵ - ۱۳۹۰، ۷۰).
(ب) الگوی نظری گروسمن (رابطه سلامت و درآمد)

از نظر گروسمن سلامت به دو علت تقاضا می شود، اولاً این که سلامت، خود یک کالای مصرفی بوده و به طور مستقیم وارد تابع مطلوبیت افراد می شود. ثانیاً سلامت، نوعی کالای سرمایه ای است که تعیین کننده میزان توانایی افراد برای انجام فعالیت های اقتصادی در جامعه است. به عبارت دیگر، افزایش سرمایه سلامت یک فرد، ساعات از دست رفته را برای وی کاهش می دهد و درآمد حاصل از این ساعات را می توان به عنوان شاخصی برای افزایش بازدهی فرد به حساب آورد. گروسمن تابع مطلوبیت فرد را به صورت زیر تعریف می کند:

$$U = U(QH_1, \dots, Q_n H_n, Z_1, \dots, Z_n) \quad (1)$$

که H سلامت به ارث رسیده، H_i سلامت فرد در زمان i ، Q خدمات بهداشتی ارائه شده برای هر واحد سرمایه سلامت فرد و Z_i نیز کل مصرف فرد از سایر کالاها در زمان i است. می توان عنوان کرد که $h_i = QH_i$ کل خدمات بهداشتی مصرف شده توسط فرد در زمان i خواهد بود. n نیز متغیر برونزا است و نشان دهنده طول عمر فرد است. بنابراین، زمان مرگ فرد هنگامی فرا خواهد رسید که سرمایه سلامت وی به حداقل رسیده باشد. بنابراین طول عمر فرد به مقادیر H_i فرد که به نوعی حداکثر کننده تابع مطلوبیت مقید است، بستگی پیدا می کند.

می توان رابطه درآمد با سلامت را به صورت زیر نمایش داد:

$$\sum \frac{PM + VX + W(TL + TH + T)}{(1+r)} = \sum \frac{W\Omega}{(1+r) + A} = R \quad (2)$$

طبق این معادله، درآمد برابر است با ثروت اولیه به اضافه درآمدی که فرد از صرف زمان خود برای کار کردن بدست می آورد. قسمتی از زمان فرد برای کار و قسمتی برای استراحت، تخصیص خواهد یافت و قسمتی از آن در نتیجه بیماری از دست خواهد رفت. به عبارت دیگر می توان گفت اوقاتی را که فرد از سلامتی کافی برخوردار است، می تواند صرف مصارف بازاری کند در این حالت منجر به افزایش ساعات کار وی شده و تولید و بهره وری افزایش می یابند.

درآمد به عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده سلامت شناخته می‌شود و معمولاً بین درآمد پایین و فقر همبستگی بالا و مداوم وجود دارد. بجز دراستثنایی، بدتر شدن وضعیت مالی، منجر به بالا رفتن میزان بیماری و مرگ و میر در جامعه می‌شود. رابطه معکوس میان فقر بهداشتی و سطح درآمد جامعه، هنگامی که معیارهای متفاوتی نظیر مرگ و میر، میزان بیماری‌های خطرناک و میزان استفاده از خدمات بهداشتی و پذیرش بیمارستان‌ها برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت جامعه بکار می‌رود، نیز صادق است. واضح است که دسترسی به درآمد کافی، خود پیش‌تاز دسترسی به عوامل تعیین‌کننده سلامت مانند مسکن، تغذیه و آموزش می‌باشد و این موضوع اهمیت آن را چند برابر می‌کند. (جهانگرد و علیزاده ص ۱۰۶-۸۵، ۱۳۸۸).

پ) نظریه‌های مربوط به مکانیزم اثرگذاری توزیع درآمد بر سلامت واگستف و دور سلایر (Wagstaff and Doorslaer) (۲۰۰۰) و دیتون (Deaton) (۲۰۰۳)، نظریه‌های مربوط به مکانیزم اثرگذاری توزیع درآمد بر سلامت را دو فرضیه پایه و اصلی طبقه‌بندی نموده‌اند که در ادامه هرکدام از نظریات به اختصار شرح داده می‌شود. (مبانی نظری خلاصه شده و فرمول‌های اضافه حذف شده و حالت کلی نوشته شده است.)

*فرضیه درآمد مطلق

در این دیدگاه فرض می‌شود که سلامتی افراد تنها تحت تأثیر درآمد خودشان قرار می‌گیرد و افزایش درآمد فرد منجر به بهبود وضعیت سلامت وی می‌گردد، اما شدت این تأثیرگذاری از نرخ کاهنده‌ای برخوردار است. اگر فرض کنیم که درآمد تنها عامل مؤثر بر سلامت فرد است، می‌توان رابطه میان درآمد و سلامت را در سطح فردی به صورت زیر بیان نمود:

$$(۱۰) \quad h_i = f(y_i), \quad f' > 0; \quad f'' < 0$$

که در آن h وضعیت سلامت فرد i و y درآمد فرد i و f تابع مقعری است که از طریق آن اثرات تغییر درآمد فرد به سلامت انتقال می‌یابد. اگر ۱۰۰ واحد از درآمد فرد R را گرفته و به فرد P انتقال دهیم. سلامت فرد R کاهش و فرد P افزایش می‌یابد، اما تأثیر افزایش درآمد بر سلامت فرد P از اثرگذاری آن بر کاهش سلامت فرد R بیش‌تر است. چرا که با افزایش سطح درآمد، فرد P قادر است از کالا و خدمات بهداشتی و درمانی بیشتری برای

بهبود سلامت فردی‌اش بهره‌مند گردد، در حالی که تأثیر تغییر درآمد بر سلامت فرد R جزئی و ناچیز است. لذا این گونه استدلال می‌شود که با انتقال درآمد از فرد ثروتمند به فقیر، متوسط درآمد دو فرد در جامعه ثابت بوده و تغییری نکرده است. این فرضیه متناسب با نظریه حاضر است.

فرضیه درآمد نسبی

فرضیه درآمد نسبی (RIH) (Relative Income Hypothesis) بیان می‌کند که سلامتی افراد می‌تواند به وسیله درآمد سایر افراد مرتبط با وی نظیر دوستان، همکاران و یا گروه‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار گیرد. در این دیدگاه، درآمد یک فرد نه تنها به صورت مطلق بلکه در مقایسه با درآمد دیگر اعضای جامعه از اهمیت بالایی برخوردار است. این دیدگاه با نقد درآمد ملی به عنوان عامل عمده در وضعیت سلامت در جوامع مختلف به دنبال ارایه توضیحی است که چرا در برخی از کشورهای توسعه یافته به رغم بالا بودن شاخص‌های رشد اقتصادی، شاخص‌های مرتبط با سلامت در مرتبه‌ای پایین‌تر از سایر ملل قرار دارد.

با توجه به این امر برخی از پژوهشگران به جای تأکید بر اهمیت درآمد ملی به عنوان عامل تعیین‌کننده وضعیت سلامت، فرضیه درآمد نسبی را مطرح کردند (۱۳۸۶). عوامل متعددی نظیر استرس‌های روانی، اضطراب و محرومیت‌های مادی ممکن است ارتباط درآمد نسبی و سلامت را توضیح دهند. ویلکینسون (Wilkinson) (۱۹۹۶) اشاره می‌کند که سلامت به وسیله آگاهی و ادراک فرد از موقعیتش در اجتماع تعیین می‌شود. افراد فقیر جامعه در مقایسه خود با افراد ثروتمند احساس استرس، شرم، کمبود احترام و توجه دارند و این احساس منفی از خود در این افراد می‌تواند مستقیماً سلامت جسمانی آنان را از طریق واکنش‌های شیمیایی بدن نسبت به استرس و اضطراب تحت تأثیر قرار داده و آنان را مستعد بیماری کند (نیلسون و برگ (Nilsson and Leaves)، ۲۰۱۲؛ به نقل از برونرو مارموت (Bruno Marmo)، ۱۹۹۹). در ساده‌ترین حالت، سلامت فرد بستگی به اختلاف درآمد فرد از میانگین درآمد جامعه اطراف خود و یا در سطح وسیع‌تر جمعیت کل دارد. این فرضیه نیز متناسب با نظریه ارائه شده است.

۴. بررسی فرض‌آزمون همبستگی

فروض آزمون همبستگی گشتاوری پیرسون، نرمال بودن توزیع داده‌ها و خطی بودن رابطه متغیرها است و در صورت غیر خطی بودن متغیرها و غیر نرمال بودن از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده می‌شود.

۵. فرضیه‌های پژوهش

الف) افزایش یا کاهش درآمد با سلامت جسمی زنان ارتباط معنی دار دارد. به منظور پاسخ به این فرضیه که آیا بین درآمد و سلامت جسمی زنان رابطه وجود دارد؟ از ضریب همبستگی استفاده شده است. خلاصه یافته‌ها در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱. آزمون خلاصه همبستگی بین درآمد و سلامت جسمانی زنان

| ۲ | ۱ |
|---|--------------|
| | |
| | سلامت جسمانی |
| ۱ | درآمد |
| | ۰/۲۱* |

$P < 0/05 (*)$

$P < 0/01 (**)$

با توجه به نتایج جدول (۱) ضریب همبستگی بین درآمد با سلامت جسمانی $r = 0/21$ و $P < 0/05$ به دست آمده است. در جدول فوق r همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد که برابر با ۲۱ درصد شده است و نشان از همبستگی متوسط بین متغیرها است. بر این اساس فرضیه اول پژوهش "درآمد با سلامت جسمی زنان ارتباط معنی دار دارد" تأیید می‌شود. این آزمون معنی‌دار ($p < 0/01$) است.

ب) افزایش یا کاهش درآمد با سلامت روحی و روانی زنان ارتباط معنی دار دارد. به منظور پاسخ به این فرضیه که آیا بین درآمد و سلامت روحی و روانی زنان رابطه وجود دارد؟ از ضریب همبستگی استفاده شده است. خلاصه یافته‌ها در جدول (۲) نشان داده شده است.

جدول ۲. آزمون همبستگی بین درآمد و سلامت روانی زنان

| ۲ | ۱ |
|--------|-------------|
| | سلامت روانی |
| ۱ | درآمد |
| ۰/۳۴** | |

$P < 0/05 (*)$

$P < 0/01 (**)$

با توجه به نتایج جدول ضریب همبستگی بین درآمد با سلامت روحی و روانی ($r = 0/34$ و $P < 0/05$) به دست آمده است. در جدول فوق r همبستگی بین متغیرها را نشان می دهد که برابر با ۳۴ درصد شده است و نشان از همبستگی متوسط بین متغیرها است. بر این اساس فرضیه دوم پژوهش " بین درآمد و سلامت روحی روانی زنان ارتباط معنی داری وجود دارد " تأیید می شود. این آزمون معنی دار ($p < 0/01$) است. (فرضیه ها رو قبل روش شناسی آورده شد).

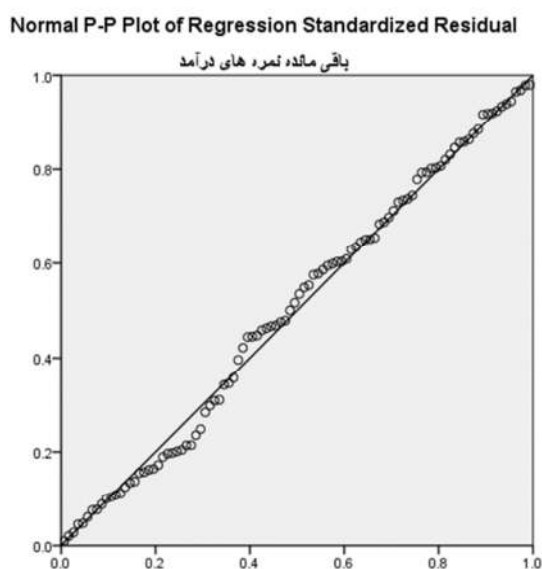
۶. روش شناسی پژوهش

این پژوهش به روش پیمایشی انجام شده و تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده به صورت تحلیلی _ توصیفی است. بحث محوری این پژوهش بررسی رابطه درآمد با سلامت عمومی زنان (مطالعه موردی کارکنان زن دانشگاه زنجان) می باشد. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه سلامت عمومی ویر و شربورن (Weir and Sherborne) در سال ۱۳۹۷ جمع آوری شده است. جامعه آماری این پژوهش، کلیه کارکنان شاغل زن دانشگاه زنجان که ۱۵۰ نفر هستند را شامل میشود. برای تعیین اندازه حجم نمونه از فرمول کوکران، که یکی از پر کاربردترین روش ها برای محاسبه حجم نمونه آماریست استفاده شده است. نمونه به تعداد ۱۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفته است. (به دلیل نبودن زمان کافی پرسشنامه های توزیع شده به تعداد ۱۰۰ نفر جمع آوری شده) داده های گردآوری شده از پرسشنامه به طریق روش های آماری توصیف و تحلیل شده است و سپس با استفاده از آمار استنباطی برای فرضیه ها و سئوالهای مطرح شده، آزمونهای نظیر آزمون همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار SPSS اجرا شده است.

۷. رگرسیون چندگانه (با استفاده رگرسیون متغیر درآمد را اندازه گرفتیم)

با توجه به نتایج و وجود رابطه بین درآمد و سلامت، برای پیش‌بینی درآمد توسط متغیر پیش‌بین ابعاد سلامت از روش رگرسیون چندگانه به صورت همزمان استفاده شد. در رگرسیون چندگانه استاندارد، همه متغیرهای مستقل (یا پیش‌بینی کننده) به ترتیب اثر بیشتر وارد معادله شده و هر متغیر مستقل از لحاظ قدرت پیش‌بینی، علاوه بر آنچه همه متغیرهای مستقل دیگر ارائه می‌کنند، ارزیابی می‌شود

حجم نمونه ۱۰۰ نفر است در نتیجه اندازه نمونه از کفایت برخوردار است. نرمال بودن توزیع داده‌ها پیش‌تر بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. خطی بودن باقی‌مانده‌های درآمد در نمودار زیر نمایش داده شده است.



نمودار (۱). نقطه‌ای توزیع باقی‌مانده‌های نمره‌های درآمد

براساس نمودار می‌توان اظهار داشت که تخطی ازفروض خطی بودن داده‌ها صورت نپذیرفته است، زیرا مطابق با انتظار نقطه‌ها در قالب یک خط مورب به نسبت مستقیم از گوشه سمت چپ پایین تا سمت راست بالا قرار گرفته‌اند. جهت اطمینان استقلال باقی‌مانده‌ها آماره دورین واتسون (Durbin-Watson) محاسبه و برابر ۱/۹۷ به دست آمد که

نشان دهنده استقلال باقی مانده های نمره های درآمد (با متغیرهای پیش بین ابعاد سلامت) است (دامنه پذیرش این آماره ۱/۵ تا ۲/۵ است).

به منظور پیش بینی درآمد با ابعاد سلامت آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه (به شیوه همزمان) با ۱۰۰ آزمودنی اجرا و خلاصه نتایج آن در جدول (۳) نمایش داده شده است.

جدول ۹: نتایج آزمون رگرسیون چندگانه

| متغیر پیش بین | متغیر ملاک | R ² | F | B | β | T | P |
|---------------|------------|----------------|------|--------|---------|--------|-------|
| ضریب ثابت | | | | ۱۷/۰۴۵ | - | ۳/۱۰** | ۰/۰۰۲ |
| سلامت روانی | درآمد | ۰/۱۴۸ | ۵/۵۶ | ۰/۲۱۲ | ۰/۳۰۲ | ۲/۴۶** | ۰/۰۱۵ |
| سلامت جسمانی | | | | ۰/۰۶۱ | ۰/۰۶۶ | ۰/۴۱۵ | ۰/۶۷۹ |

$P < ۰/۰۰۱$

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد در جدول (۳) نشان می دهد سلامت روانی ($t=۲/۴۶$ و $P < ۰/۰۰۱$) سهم یگانه و معنی داری در تبیین درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان دارند. همچنین سلامت جسمانی ($t=۰/۵۴$ و $P > ۰/۰۱$) نمی تواند درآمد کارکنان را تبیین نماید.

میزان ضریب تأثیر رگرسیونی استاندارد شده متغیرهای مستقل سلامت روانی بر درآمد کارکنان به میزان ۰/۳۰۲ محاسبه شده است. از این رو به ازاء هر واحد افزایش در انحراف استاندارد متغیر سلامت روانی، میزان درآمد کارکنان به میزان ۰/۳۰۲ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت.

افزون بر آن نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان می دهد متغیرهای سلامت روانی ($R^2=۰/۱۴۸$) توانایی تبیین ۱۴ درصد از واریانس درآمد را به صورت مثبت دارد. بنابراین نتیجه می شود که متغیر سلامت روانی بر درآمد کارکنان تأثیر مستقیم و متوسطی دارد.

در ادامه به منظور بررسی اثر درآمد روی دو متغیر سلامت جسمی و سلامت روانی، از روش رگرسیون چندگانه استفاده شده است.

جدول ۴: نتایج رگرسیون چندگانه اثر درآمد بر سلامت جسمی و روانی

| متغیر پیش بین | متغیر ملاک | R ² | F | B | β | T | P |
|------------------|----------------|----------------|-------|-------|---------|---------|-------|
| ضریب ثابت | سلامت جسمی | ۰/۰۴۴ | ۴/۵۳ | ۳۰/۵۳ | - | ۱۱/۴۲** | ۰/۰۰۰ |
| درآمد | | | | ۰/۱۵۴ | ۰/۲۱ | ۲/۱۲** | ۰/۰۳۶ |
| ضریب ثابت | سلامت روانی | ۰/۱۱۲ | ۱۲/۳۰ | ۳۳/۸۴ | - | ۷/۵۸** | ۰/۰۰۰ |
| درآمد | | | | ۰/۴۲۳ | ۰/۳۳۴ | ۳/۵۰** | ۰/۰۰۱ |

$P < ۰/۰۰۱^{***}$

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد در جدول (۴) نشان می‌دهد درآمد روی دو متغیر سلامت جسمی و سلامت روانی تأثیر معنی‌دار و مثبت دارد.

میزان ضریب تأثیر رگرسیونی استاندارد شده متغیر درآمد، سلامت جسمی و سلامت روانی کارکنان به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۳۲۴ محاسبه شده است. از این رو به ازاء هر واحد افزایش در انحراف استاندارد متغیر درآمد، میزان سلامت جسمی و سلامت روانی کارکنان به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۳۲۴ انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت.

افزون بر آن نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه جدول (۱۰) نشان می‌دهد متغیر درآمد توانایی تبیین ۶/۸، ۴/۴ و ۱۱ درصد از واریانس سلامت جسمی و سلامت روانی را به صورت مثبت دارد.

بنابراین نتیجه می‌شود که متغیر درآمد بر سلامت جسمی و سلامت روانی کارکنان زن تأثیر مستقیم و متوسطی دارد.

۸. نتیجه گیری

نتایج این پژوهش را می‌توان در قالب پاسخ به فرضیات ارائه نمود: (نتایج ها کلا اصلاح شد)

هدف تحقیق پیشرو، سنجش و ارزیابی تأثیرات درآمد بر سلامت عمومی زنان، در شرایط افزایش فرصت‌های آموزشی و اشتغال بیرون از خانه زنان در جامعه ایران بوده است. مطابق رویکردهای نظری و تجارب پژوهشی موجود، اشتغال زنان تأثیری دوسویه بر سلامت عمومی آنان دارد. در سویه منفی، کار بیرون از خانه زنان، در ترکیب با تعهدات خانوادگی، به تضاد و تناقض نقشها، سوء عملکرد اجتماعی و روابط

مخدوش با دیگران (خانواده، محیط کار و اجتماع بزرگتر) منجر شده و کلیت سلامت (جسمانی، روانی) آنان را در خطر قرار می‌دهد و در رویکرد مثبت، اشتغال زنان در شرایط کاری مناسب همراه حمایت‌های لازم، رفع تبعیض و محدودیت‌های شغلی و تأمین امنیت، خودشکوفایی و رضایتمندی، ضمن ممانعت از فرسایش جسمی و روحی زنان شاغل، از طریق تقویت عضویت، افزایش توانمندی و بهبود عملکرد اجتماعی آنان در قبال تکالیف، تعهدات و حل چالش‌های اجتماعی، به ارتقای سلامت اجتماعی آنان می‌انجامد. در سنجش متغیرها و آزمون فرضیه‌های پژوهش و بر مبنای یافته‌های تحقیق حاضر نیز، به نظر می‌رسد منطبق بر مفروضات رویکرد مثبت، حضور زنان در اجتماع (میدانهای تحصیل و کار در پژوهش حاضر) و ایفای نقش‌های تحصیلی و شغلی، انجام فعالیت‌های گروهی و کسب تجربه‌های متفاوت در عرصه‌های مذکور، به طور نسبی به بهبود شرایط ذهنی روانی و عملکرد اجتماعی آنان کمک کرده باشد، به طوریکه همه میانگین‌های متغیرهای وابسته و متأثر از کم و کیف شغل (شامل نوع و منزلت شغل، حقوق و مزایا، حمایت سازمانی، قدرت و نفوذ در کار، رضایت از محیط کار، رشد و شکوفایی در کار) نظیر توانمندی روانی و توانمندی اجتماعی، در میان زنان مطالعه شده، اغلب در حد متوسط و معنادار به دست آمده که بیانگر تأثیر مثبت شغل بر رفتار و عملکرد زنان است. همانطور که با توجه به متغیر توانمندی‌های روانی، یافته‌های تحقیق حاکی از آن بوده‌اند که زنان شاغل به واسطه شغلشان، از روابط اجتماعی بالا، مشارکت در تصمیم‌گیری، استقلال اقتصادی و حمایت اجتماعی مؤثری برخوردار بوده‌اند، میتوان بر ایجاد زمینه‌های مطلوب شغلی برای زنان تأکید کرد، زیرا بهبود این توانمندی‌ها میتواند تسری پیدا کند و حوزه‌های دیگر زندگی اجتماعی و فرهنگی زنان را دربر بگیرد و درنهایت برای جامعه بزرگتری مفید باشد و آن را به رشد و تعالی برساند. همچنین، در مورد ابعاد سلامت عمومی در میان زنان شاغل، نتایج بازگوکننده مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی هرچه تمامتر آنان است. که این خود بیانگر باانگیزه بودن در اجتماع و تلاش برای ارتقای روابط و توسعه اجتماعی را تداعی میکند. همچنین میزان درآمد ماهیانه و داشتن شغل در بخش دولتی، اجزای مهم شغل برای زنان دانشگاهی در شرایط فعلی بوده است. در تحلیل یافته‌های مذکور میتوان گفت: در وجه تأمین مادی، احتمالاً هرچه میزان درآمد افراد شاغل بالاتر باشد، سلامت عمومی آنان نیز بالاتر میرود.

در نهایت، بر مبنای یافته‌های این پژوهش، میتوان نتیجه گرفت: نه صرف اشتغال، بلکه کیفیت آن، عنصر اصلی نزد زنان شاغل بوده است. بنابراین، هرچند اهمیت و ارزشمندی کسب موقعیتهای شغلی بهتر و برتر از این لحاظ مختص زنان نیست، به دلیل شکاف جنسیتی در نوع و مراتب شغلی در اغلب جوامع معاصر همچون ایران، احتمالاً در مورد زنان شاغل، دستیابی به موقعیت‌ها و ساختارها حاوی کنترل، نفوذ و حمایت، معنای روش‌تر و اهمیت بیشتری دارد و عاملی مهم، نافذ و تعیین کننده در سایر تعاملات و عملکردهای آنان در گستره جامعه بزرگتر خواهد بود. از این رو، هرگونه تلاش جدی برای ارتقای کیفیت و مطلوبیت شرایط زنان از حیث میزان امنیت، حمایت و قدرت سازمانی بیشتر، نه تنها در تبدیل آنان به نیروی کار مفید و کارآمد اثر مستقیم خواهد داشت، بلکه در عمل و به طور غیرمستقیم، تضمینی منطقی و کارکردی در جهت افزایش سلامت عمومی زنان است که به وسیله یافته‌های این پژوهش نیز تأیید شده است.

کتابنامه

- اصغری احمد، فقیه س (۲۰۰۳). اعتبار سنجی پرسشنامه سنجش سلامت SF-36 در دو نمونه ایرانی نمونه J دانشور رفتار؛ ۱: ۱۱-۱.
- امینی، علیرضا و حجازی آزاد، زهره، (۱۳۸۶). تحلیل و ارزیابی نقش سلامت و بهداشت در ارتقا بهره وری نیروی کار در اقتصاد ایران، *فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی ایران علمی-پژوهشی* شماره ۳۰ *دانشکده اقتصاد دانشگاه علامه طباطبائی*.
- باباخانی، محمد، قاسمی، سید رامین، رفیعی؛ حسن، راغفر، حسین و بیگلریان، اکبر (۱۳۹۱). رابطه عدالت توزیعی و سلامت در ایران: *فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی*، شماره ۴۶ (۱۲): ۲۷۸-۲۵۹.
- باباخانی، محمد و حسین، راغفر (۱۳۸۸). رابطه نابرابری درآمد و سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۵۵. *مدیریت سلامت*، شماره ۱۲ (۳۷)، ۱۳۸۸.
- برجی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی تأثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی ایران، *نشریه مدیریت سلامت*، ۱۴ (۴۶): ۵۷-۷۰.
- جواهری، فاطمه، سراج زاده، سید حسین و رحمانی، ریتا. (۱۳۸۹). تحلیل اثرات اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان، *مطالعه موردی: زنان شاغل در وزارت جهاد کشاورزی، زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، (۲) ۸، ۱۶۲-۱۴۳.
- حدادی، مهدی و همکاران (۱۳۸۸). ارتباط رده شغلی و سلامت روان در زنان شاغل، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، شماره ۴۰، ص ۱۲۷-۱۰۷.

حیدری، حسن و سعیدپور، سیان (۱۳۹۱). تحلیلی پویای اقتصاد سنجی از رابطه بین تولید ناخالص داخلی، مصرف انرژی و صادرات غیر نفتی در ایران، *فصلنامه مطالعات اقتصاد انرژی*، شماره، ۳۳ (۹): ۵۳-۸۳.

خانی اشلق، کاظم (۱۳۹۱). بررسی تطبیقی تعیین کننده‌های سلامت سالمندان مقیم سرای سالمند و هم‌تایان آن‌ها در خانواده‌های ساکن در شهر تهران، *دانشگاه بوعلی سینا، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی*.

خدا رحیمی، سیامک. (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روان شناختی، مشهد: انتشارات جاویدان خرد. دیماتئو، ام، رابین (۱۳۸۷). *روان شناسی سلامت*، ترجمه جمعی از نویسندگان پژوهشکده حوزه و دانشگاه زیر نظر کیانوش هاشمیان، ج ۱، تهران (سمت).

دیماتئو، رابین، ام. (۱۹۹۱). *روان شناسی سلامت*، ترجمه محمد کاویانی، محمد عباس پور، حسن محمدی، غلام رضا تقی زاده؛ علی اکبر کیمیا، (۱۳۸۷). تهران: انتشارات سمت. رضایی، نسرين و همکاران (۱۳۹۴). شناسایی ابعاد سلامت زنان ایرانی: مرور کیفی، *فصلنامه پژوهشی پرستاری*، دوره دهم، شماره ۳، ص ۱۱۸-۱۳۰.

سارافینو، ادوارد (۱۳۸۴)، *روانشناسی سلامت*، ترجمه الهه میرزایی و همکاران، تهران: انتشارات رشد سیف زاده، علی (۱۳۸۷). مشخصه‌های اقتصادی - اجتماعی و جمعیتی بر سلامت روانی سالمندان (مورد شناسی: شهر آذرشهر). *فصلنامه جمعیت*، (۶۴-۶۳)، ۱۶۲-۱۲.

شاملو، سعید (۱۳۸۸). *بهداشت روانی*، تهران: انتشارات رشد شریفی، طیبه (۱۳۸۹). بررسی روابط هویت‌های فردی، دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان منطقه ۴ دانشگاه آزاد اسلامی در سال تحصیلی ۸۷-۸۸، *پایان نامه دکتری تخصصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات خوزستان*.

شریفی، طیبه (۱۳۸۹). بررسی روابط هویت‌های فردی، دینی و ملی با سلامت روانی دانشجویان منطقه ۴ دانشگاه آزاد اسلامی در سال تحصیلی ۸۷-۸۸، *پایان نامه دکتری تخصصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات خوزستان*.

شیخاوندی، فرزانه (۱۳۸۸)، بررسی تأثیر مؤلفه‌های توسعه پایدار بر روی پایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان سرپرست خانوار: مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی شهرستان تبریز، *پایان نامه کارشناسی ارشد، گروه جامعه شناسی، دانشگاه شهید بهشتی*. کرتیس، آ، ج (۱۳۸۲). *روان شناسی سلامت*، ترجمه ف. سهرابی، تهران: رشد، (تاریخ انتشار اصلی، ۲۰۰۰).

گرگی، عباس (۱۳۸۶). بررسی نظریه نابرابری‌های سلامت با تأکید بر رویکرد ساختاریابی. *فصلنامه اقتصاد سیاسی*، شماره ۱۴: ۶۲ - ۷۹.

گنجی، حمزه (۱۳۸۹). *روانشناسی عمومی*، تهران: انتشارات ارسباران.

لطفعلی پور، محمد رضا؛ فلاحتی، محمد علی و برجی، معصومه (۱۳۹۰)، بررسی تأثیر شاخص های سلامت بر رشد اقتصادی ایران، فصلنامه مدیریت سلامت، شماره ۱۴ (۴۶)، ص ۵۷.

مستی و فخرایی (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان در شهر مراغه، مطالعات جامعه شناسی، شماره بیست و چهارم.

منتظری علی، گشتی، وحدانی نیام، گندک ب. فرم کوتاه مقاله بررسی سلامت (SF-36): مطالعه ترجمه و اعتبار سنجی نسخه ایرانی. زندگینامه ۲۰۰۵؛ (۱۴): ۸۷۵-۸۲.

مهدوی، سمیه السادات (۱۳۹۲)، بررسی رابطه اقتصادی اجتماعی با اعتماد اجتماعی، ماهنامه علمی تخصصی انجمن روابط عمومی ایران، شماره ۸۷.

واعظی، ویدا و زارع، حسین (۱۳۸۸)، رابطه توزیع درآمد (شاخص ضریب جینی) و اقتصاد سلامت (شاخص منتخب مرگ و میر و علل مرگ) در ایران، فصلنامه علمی پژوهشی اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۲.

جهانگرد، اسفندیار و علی زاده، ناصرالدین (۱۳۸۸) «برآورد عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر تابع تولید سلامت در استان های ایران» نشریه نامه مفید، شماره (۷۵) ۱۵ ص ۸۵-۱۰۶.

- Deaton, A (2001). "Health Inequality and Economic Development", Working paper, Princeton University Research Program in Development Studies and Center for Health and Wellbeing,
- Andreea, popI., Ingen, E. and Oorschot, W. (2013). "Inequality, Wealth and Health: Is Decreasing Income Inequality the key to create Healthier Societies? ". Social Indicators Research. 113: 1025 – 1043.
- Balia, S., Jones, A. M. (2008), Mortality, lifestyle and socio-economic status, Journal of Health Economics, 27: 1-26
- Biggs, B., & King L., & Basu, S., & Stuckler D. (2010). Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America
- Brunner, E. M armot, M. (1999). " Social organi zation, stress and. G. Wilkison. Social determinants of helth. Onford.
- Cantarero, D. Pascual, M. and sarabia,J. M. (2005). "Effects of income inequality on pppulation health new evidence from the European community household panel". Applied Economics. 37 (1): 87- 9.
- chipuer,, H. M. et al (2002), "Determinants of subjective quality of life among rural adolescsnts: adevelopment perspective, "Social indicators research, No 61: 79-95.
- Deaton, A. (2003). "Health, inequality, and economic development ". Journal of Economic Liter ature.41:113-158
- Ecob,Russell and smith, George Davey(1999). Income and health: what is the nature of the Relation ship? Social and medicine.
- Fayissa, B., Gutema, P. (2005), "Estimating a health production Function for sub- sahara Africa", Applied Economics, 37(2): 155- 164.

- G.A. Kaplan et al., "Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways," *British Medical Journal* (20 April 1996): 999–1003.
- Glasser (1965). *W Reality therapy: A New approach to psychotherapy*. New York. Harper & row publishers.
- Grossman M. (1972), *The Demand for Health A theoretical an Empirical Investigation*
- Hajizadeh M. Check equity financing of health care and treatment through household budget using Kakwani index between 1994-2001 [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2002
- Mohan, R., Mirmiranis. (2007), *An Assessment ent of OECD Health care system using Panel Data Analysis*, Bryant university
- Muller, A. (2002), Education, income inequality, and mortality: a multiple regression analysis, *BMJ*, 324-1-4.
- Nilsson, T. and Bergh, A. (2012). "Income Inequality and Individual Health: Exploring the Association in "Developing country ". IFN Working paper. No.899.
- Pedrick, A. M. (2001), the Health Production Function: the Effect of socio- economic Variables on an Individual's Health status.
- Preston SH. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies* 1975; 29(2): 231-48.
- Rostila, & Klegard, ML., & Fritzell, J. (2012). Income inequality and self-rated health in Stockholm, Sweden; A test of the income inequality hypothesis on two levels of aggregation. *Social Science & Medicine*, 74, 1091-1098.
- Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2006). Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health & Place*, 12, 141-115.
- Wagstaff, A. and Doorslaer, E. Van. (2000). "Income inequality and health. what does the literature tell us? *Annual Review of Public Health*. 21: 543-567
- Wen, M, Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2006). Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health. *Social science and medicine*, 63, 2575-2590
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* Routledge, London
- Wilkinson, R.G (1992), "Income Distribution and life Expectancy", *British medical Journal*, 304: 165-168
- Zweifel, P. (2011), "Fat of the curvemedicine: A new perspective on the production of Health ", *Health Economics Review*. 1(2).