

## بررسی رابطه درآمد با سلامت زنان (نمونه مورد مطالعه کارکنان زن دانشگاه زنجان)

سیدحسین میرجلیلی\*

مهری عباس‌زاده گودرزی\*\*، نرگس مرادخانی\*\*

### چکیده

در دهه‌های اخیر، با ورود گسترده زنان به دانشگاه و عرصه‌های اجتماعی و تقاضای مضاعف آنان برای ورود به بازار کار مواجهیم. از آن‌جاکه شغل به‌منزله مقوله‌ای محوری در دنیای جدید و یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر کلیت سلامت مطرح است و سلامت زنان در ابعاد مختلف سلامت خانواده و نهایتاً سلامت جامعه را به‌دنبال دارد، این مهم ما را بر آن داشت تا بررسی تأثیر درآمد بر سلامت عمومی زنان را به‌منزله هدف اصلی تحقیق برگزینیم. جامعه آماری تحقیق زنان (شاغل) دانشگاه زنجان است. بدین منظور صد نفر از کارکنان زن دانشگاه زنجان پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی ویر و شریبورن (Weir and Sherborne) را با فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی پاسخ داده‌اند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون هم‌بستگی و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند و هم‌چنین تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده به‌کمک نرم‌افزار SPSS انجام شد. روش تحقیق در این مقاله روشی توصیفی - تحلیلی است. برای گردآوری اطلاعات از دو روش کتاب‌خانه‌ای و میدانی استفاده شده و در محدوده زمانی سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ 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 کند.

**کلیدواژه‌ها:** درآمد، سلامت عمومی، زنان، دانشگاه زنجان، کارکنان.

## ۱. مقدمه

سلامت با همه جوانب آن از حقوق اولیه هر انسانی است. به طوری که نظام‌های 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 مرگ‌ومیر شده‌اند. با توجه به این که پذیرفته شده‌ترین تعریف سلامت تعریف سازمان جهانی سلامت است، براساس آن سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی، و اجتماعی و نه‌فقدان بیماری یا نقص عضو است. طبق تعریف سازمان جهانی سلامت، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت موقعیت‌ها یا اوضاعی هستند که افراد در آن به دنیا می‌آیند، بزرگ می‌شوند، زندگی می‌کنند، و پیر می‌شوند. این وضعیت‌ها شامل نظام 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 است که درون کشورها یا میان آن‌هاست (World Health Organization 2005).

زنان، نیمی از جمعیت کشور، مدیران و مربیان خانواده‌ها و فعالان جامعه‌اند و سلامت آنان پایه سلامت نیمی از جمعیت، خانواده، و جامعه است. 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 برای بهبود وضعیت آن‌ها قرار گیرد. افزون‌براین سلامت زنان یکی از محورها و شاخص‌های توسعه است. 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 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 تضمین‌کننده سلامت خانواده‌اند. آن‌ها به طور

معمول، مدیریت و برنامه‌ریزی سلامت خانواده، از واکنش‌ناسیون کودکان گرفته تا تغذیه نوجوانان و کاستن از استرس‌های بزرگ‌ترها و ارائه خدمات به سالمندان، را به عهده دارند. از طرف دیگر، از آثار نامطلوب بیماری و مرگ و میر مادر بر سلامت اعضای خانواده و هم‌چنین کیفیت زندگی آنان نمی‌توان چشم‌پوشی کرد. زن در جایگاه مادر خانواده محور سلامت خانواده است و مرگ و میر، ناتوانی، و رفتارهای او 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 عبارت‌اند 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 افزایش 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 رابطه‌ای مستقیم نیست و آن بخش از درآمد که صرف آموزش و بهداشت می‌شود رابطه مستقیم با سلامت دارد (خانی ۱۳۹۰، به نقل از لوکاس و میر ۱۳۸۸). توجه به سلامت، به‌ویژه سلامت عمومی، در جامعه ما، که جامعه‌ای جوان شناخته می‌شود، اهمیت خاصی دارد. به‌علاوه این‌که در دهه‌های 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 به‌سزایی دارد. از طرف دیگر، زنان از گروه‌های حساس جامعه‌اند و سلامت آنان سلامت خانواده و متعاقباً سلامت جامعه را تضمین می‌کند. بنابراین، پرداختن به مسائل سلامت (جسمانی، روانی) زنان مستقیم و غیرمستقیم در تأمین سلامت عمومی جامعه تأثیر مهمی دارد. از این رو، زمانی که این بحث در میان گروه زنان تحصیل‌کرده و دانشگاهی با ظرفیت رشد بیش‌تر مطرح می‌شود، اهمیت پرداختن به مسائل سلامت زنان دوچندان می‌شود. از سوی دیگر، از آن‌جاکه کودکان آینده‌سازان هر جامعه و زنان پرورش‌دهنده آن‌ها هستند، در واقع، زنان به‌نوعی آینده‌کشور را می‌سازند. بنابراین، آینده سالم جامعه ما نیز در گرو توجه لازم به کلیت سلامت زنان و مادران خواهد بود. هم‌چنین، از عوامل مهم و اثرگذار بر سلامت افراد حرفه و شغل آنان است که پرداختن به آن حائز اهمیت است و جای تأمل دارد. متقابلاً از دیدگاه فردی، عامل سلامت جزء پیش‌نیازها و شروط اصلی اشتغال به کار و فعالیت اقتصادی و

اجتماعی مفید انسان‌ها در همه جوامع محسوب می‌شود که بدون اتکا به آن، امکان دستیابی به امکانات رفاهی و مادی غیرممکن یا دست‌کم به‌سختی ممکن است. از این‌رو، رابطه درآمد و سلامت عمومی از منظرهای مختلف مورد توجه و تأمل صاحب‌نظران واقع شده است. بنابراین، مسئله این پژوهش بررسی رابطه درآمد با سلامت عمومی است.

## ۲. پیشینه پژوهش

بنزوال و جاج (Benjwal and Jajj 2001) در مقاله‌ای با عنوان «ارتباط میان درآمد با سلامت» در مروری بر شانزده 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 2000) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی ارتباط میان توزیع درآمد و شاخص‌های سلامت»، ۵۱ کشور شامل کشورهای فقیر و غنی را به‌صورت مقطعی بررسی کرده است. نتایج مطالعه وی حاکی از این است که نه‌تنها تولید ناخالص داخلی سرانه، بلکه توزیع درآمد نیز با شاخص‌های مختلف سلامت هم‌بستگی زیادی دارد.

ایکوب و اسمیت (Icoube and Smith 1999) در مقاله‌ای با عنوان «درآمد و سلامت، واقعیت رابطه چیست؟» ارتباط درآمد با سلامتی، قبل و بعد از کنترل‌های اجتماعی برای همه متغیرهای سلامتی را سنجیده 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 به «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 کرده‌اند. نتایج نشان داد که بین وضعیت اشتغال زنان با سلامت اجتماعی آنان رابطه معنی‌دار وجود دارد. فخرالسادات و فرزانه (۱۳۹۱) در پژوهشی به «بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر سلامت عمومی» پرداختند. از طریق پرسش‌نامه محقق‌ساخته و هم‌چنین پرسش‌نامه استاندارد سلامت عمومی، داده‌های لازم را

جمع‌آوری کردند و نتیجه گرفتند که بین رشته تحصیلی با بُعد وضعیت جسمانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و برحسب نتایج آزمون مقایسه میانگین بین جنسیت و بومی و غیربومی بودن دانشجویان تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در آزمون هم‌بستگی پیرسون بین فعالیت‌های ورزشی، سبک مصرف مواد غذایی، رضایت از زندگی به‌عنوان متغیرهای مستقل، و سلامت عمومی به‌عنوان متغیر وابسته رابطه معنی‌داری وجود دارد. براساس داده‌های رگرسیونی متغیرهایی چون بهداشت فردی، فعالیت ورزشی، و رضایت از زندگی بیش‌ترین تأثیر را بر سلامت عمومی دارند. جهانگرد و علی‌زاده (۱۳۸۸) در مقاله‌ای با عنوان «برآورد عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر تابع تولید سلامتی در استان‌های ایران»، عوامل مؤثر بر سلامت را بررسی کرده‌اند. در این مطالعه تحلیل‌ها با استفاده از تخمین تابع تولید سلامتی در دوره زمانی ۱۳۷۹-۱۳۸۲ 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 سازمان به‌عنوان تعیین‌کننده اجتماعی سلامت در زنان شاغل پرداخته‌اند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که بین سلامت روان و رده شغلی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین اختلاف معنی‌داری بین سلامت زنان شاغل در رده شغلی مدیران با زنان شاغل در رده شغلی کارشناسان وجود دارد و زنان در رده شغلی مدیران سلامت روان کم‌تری از رده بعدی خود یعنی کارشناسان دارند. خاقانی (۱۳۸۶) پژوهشی را با عنوان «سلامت روان زنان شاغل در بخش‌های مدیریتی، کارشناسی و خدماتی» انجام داده است که نتایج تحقیق نشان‌دهنده تفاوت‌هایی از نظر سلامت در میان زنان در بخش‌های مختلف شغلی است. شغل‌های مربوط به بخش‌های خدماتی سلامت روانی کم‌تری از مشاغل بخش‌های مدیریتی داشته‌اند.

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 به‌صورت داده‌های ثبتي بوده است تا پیمایشی. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش داده‌های تابلویی و آزمون تی و تحلیل واریانس و همین‌طور ضریب هم‌بستگی استفاده شده است که نتایج نشان‌دهنده رابطه معنی‌دار بین درآمد و سلامت است. باتوجه‌به

این موارد ذکر شده تفاوتی که با این پژوهش وجود دارد این است که پژوهش مدنظر به دنبال اهدافی مانند شناسایی رابطه درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان و سلامت جسمی و روحی آنهاست 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 از روش هم‌بستگی و روش رگرسیون چندگانه تحلیل می‌شوند. در این پژوهش اگرچه به رابطه دوسویه بین درآمد و سلامت پرداخته شده، 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 1972) بر این باور است که هر شخص در آغاز 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 فرایند 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 به‌دست آوردن رضایت و مطلوبیت می‌شود (لطفعلی‌پور و همکاران ۱۳۹۰: ۵۷).

سلامت مقوله‌ای است که ارتباط نزدیکی با پیشرفت و توسعه همه‌جانبه و از جمله رشد و توسعه اقتصادی دارد. افراد سالم جامعه بانشاط‌تر و شاداب‌تر و با انگیزه بیشتر کار و تلاش 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 به‌کار می‌گیرد، هر فرد نیز برای سلامت از نهاده‌هایی استفاده می‌کند که به صورت نهاده‌های درمانی و ... است. رابطه تولید سلامت به صورت زیر است:

(... و نحوه زندگی، مخارج درمانی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، عوامل محیطی)  $F =$  سلامت  
در این رابطه، سلامت تابعی از متغیرهای عوامل محیطی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، مخارج درمانی، و نحوه زندگی تعریف شده است (برجی ۱۳۹۰: ۷۰-۷۵).

ب) الگوی نظری گروسمن (رابطه سلامت و درآمد)

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

$$U = U(QH, \dots, Q_n H_n, Z, \dots, Z_n) \quad (1)$$

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 برون زاست 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 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 به دست 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، ساعات کار وی افزایش می یابد و تولید و بهره‌وری افزایش می یابند.

درآمد مهم ترین عامل تعیین کننده سلامت شناخته می شود و معمولاً بین درآمد کم و فقر بهداشتی هم بستگی زیاد و مداوم وجود دارد. به جز در استثنائی، بدتر شدن وضعیت مالی به افزایش میزان بیماری و مرگ و میر در جامعه منجر می شود. رابطه معکوس میان فقر بهداشتی و سطح درآمد جامعه، هنگامی که معیارهای متفاوتی نظیر مرگ و میر، میزان بیماری های خطرناک و میزان استفاده از خدمات بهداشتی و پذیرش بیمارستان ها برای اندازه گیری

وضعیت سلامت جامعه به کار می رود نیز صادق است. واضح است که دست‌رسی به درآمد کافی خود پیش‌تاز دست‌رسی به عوامل تعیین‌کننده سلامت مانند مسکن، تغذیه، و آموزش است و این موضوع اهمیت آن را چندبرابر می‌کند (جهانگرد و علیزاده ۱۳۸۸: ۸۵-۱۰۶).

پ) نظریه‌های مربوط به سازوکار اثرگذاری توزیع درآمد بر سلامت واگستف و دور سلایر (Wagstaff and Doorslaer 2000) و دیتون (Deaton 2003) نظریه‌های مربوط به سازوکار اثرگذاری توزیع درآمد بر سلامت را دو فرضیه پایه و اصلی طبقه‌بندی کرده‌اند 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).

### ۱.۳ فرضیه درآمد مطلق

در این دیدگاه فرض می‌شود که سلامتی افراد فقط تحت تأثیر درآمد خودشان قرار می‌گیرد و افزایش درآمد فرد به بهبود وضعیت سلامت وی منجر می‌شود، اما شدت این تأثیرگذاری نرخ کاهنده‌ای دارد. 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 کرد:

$$h_i = f(y_i), \quad f' > 0; \quad f'' < 0 \quad (10)$$

که در آن  $h$  وضعیت سلامت فرد  $i$  و  $y$  درآمد فرد  $i$  و  $f$  تابع مقعری است که از طریق آن تأثیر تغییر درآمد فرد به سلامت انتقال می‌یابد. اگر  $100$  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. چراکه با افزایش سطح درآمد، فرد  $P$  قادر است از کالا و خدمات بهداشتی و درمانی بیش‌تری برای بهبود سلامت فردی‌اش بهره‌مند شود، درحالی‌که تأثیر تغییر درآمد بر سلامت فرد  $R$  جزئی و ناچیز است. لذا این‌گونه 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 این نظریه است.

### ۲.۳ فرضیه درآمد نسبی

فرضیه درآمد نسبی (relative income hypothesis/ RIH) بیان می‌کند که سلامتی افراد ممکن است به وسیله درآمد سایر افراد مرتبط با وی نظیر دوستان، همکاران، یا گروه‌های



اجتماعی تحت تأثیر قرار گیرد. در این دیدگاه، درآمد هر فرد نه تنها به صورت مطلق، بلکه در مقایسه با درآمد دیگر اعضای جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است. این دیدگاه با نقد درآمد ملی به مثابه عامل اصلی در وضعیت سلامت در جوامع مختلف به دنبال ارائه توضیحی است که چرا در برخی از کشورهای توسعه یافته به رغم بالابودن شاخص‌های رشد اقتصادی، شاخص‌های مرتبط با سلامت در مرتبه‌ای پایین‌تر از سایر ملل قرار دارد.

باتوجه 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 1996) 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، و کمبود احترام و توجه دارند و این احساس منفی از خود در این افراد ممکن است مستقیماً سلامت جسمانی آنان را از طریق واکنش‌های شیمیایی بدن به استرس و اضطراب تحت تأثیر قرار دهد و آنان را مستعد بیماری کند (Nilsson and Leaves 2012 in: Bruno Marmo 1999). در ساده‌ترین حالت، سلامت فرد به اختلاف درآمد فرد از میانگین درآمد جامعه اطراف خود یا در سطح وسیع‌تر جمعیت کل بستگی دارد. این فرضیه نیز متناسب با نظریه ارائه شده است.

#### ۴. بررسی فرض آزمون هم‌بستگی

فروض آزمون هم‌بستگی گشتاوری پیرسون طبیعی بودن توزیع داده‌ها و خطی بودن رابطه متغیرهاست و در صورت غیرخطی بودن متغیرها و غیرطبیعی بودن از آزمون هم‌بستگی اسپیرمن استفاده می‌شود.

#### ۵. فرضیه‌های پژوهش

الف) افزایش یا کاهش درآمد با سلامت جسمی زنان ارتباط معنی‌دار 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
	۱
۱	۰/۲۱*

(\*)  $P < 0/05$

(\*\*)  $P < 0/01$

باتوجه 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٪ شده است و نشان‌دهنده همبستگی متوسط بین متغیرهاست. بر این اساس، فرضیه اول پژوهش «درآمد با سلامت جسمی زنان ارتباط معنی‌دار دارد» تأیید می‌شود. این آزمون معنی‌دار ( $p < 0/01$ ) است.

ب) افزایش یا کاهش درآمد با سلامت روحی و روانی زنان ارتباط معنی‌دار دارد. به‌منظور 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
	۱
۱	۰/۳۴**

(\*)  $P < 0/05$

(\*\*)  $P < 0/01$

باتوجه 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 می‌دهد که برابر با ۳۴٪ شده است و نشان‌دهنده همبستگی متوسط بین متغیرهاست. بر این اساس، فرضیه دوم پژوهش «بین درآمد و سلامت روحی روانی زنان ارتباط معنی‌داری وجود دارد» تأیید می‌شود. این آزمون معنی‌دار ( $p < 0/01$ ) است.

## ۶. روش‌شناسی پژوهش

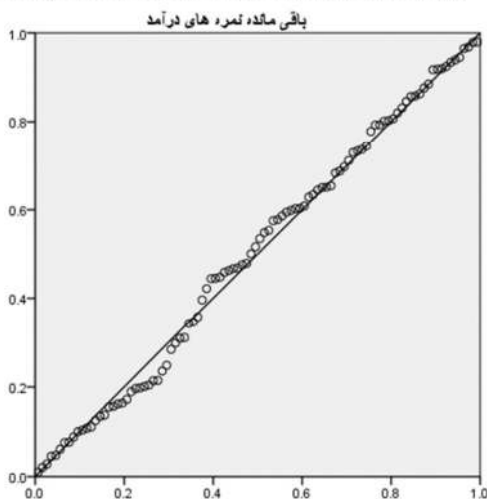
این پژوهش به روش پیمایشی انجام شده و تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده به صورت تحلیلی - توصیفی است. بحث محوری این پژوهش بررسی رابطه درآمد با سلامت عمومی زنان (مطالعه موردی کارکنان زن دانشگاه زنجان) است. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسش‌نامه سلامت عمومی ویر و شربورن (Weir and Sherborne) در سال ۱۳۹۷ جمع‌آوری شده است. جامعه آماری این پژوهش همه کارکنان زن دانشگاه زنجان را، که ۱۵۰ نفرند، شامل می‌شود. برای تعیین اندازه حجم نمونه از فرمول کوکران، که یکی از پرکاربردترین روش‌ها برای محاسبه حجم نمونه آماری است، استفاده شده است. تعداد ۱۰۰ نفر بررسی شده است (به دلیل نبودن زمان کافی پرسش‌نامه‌های توزیع شده به تعداد ۱۰۰ نفر جمع‌آوری شده). داده‌های گردآوری شده از پرسش‌نامه با روش‌های آماری توصیف و تحلیل شده است و سپس با استفاده از آمار استنباطی برای فرضیه‌ها و سؤال‌های مطرح شده، آزمون‌هایی نظیر آزمون هم‌بستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS اجرا شده است.

## ۷. رگرسیون چندگانه

باتوجه 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 پیش‌بینی‌کننده) 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. طبیعی بودن توزیع داده‌ها پیش‌تر بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفته است. خطی بودن باقی‌مانده‌های درآمد در نمودار ۱ نمایش داده شده است.

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



نمودار ۱. نمودار نقطه‌ای توزیع باقی مانده‌های نمره‌های درآمد

براساس نمودار ۱ می‌توان اظهار داشت که تخطی از فروض خطی بودن داده‌ها صورت پذیرفته است، زیرا مطابق با انتظار نقطه‌ها در قالب یک خط مورب مستقیم از گوشه سمت چپ پایین تا سمت راست بالا قرار گرفته‌اند. برای اطمینان استقلال باقی مانده‌ها آماره دوربین - واتسون (Durbin-Watson) محاسبه و برابر ۱/۹۷ به دست آمد که نشان‌دهنده استقلال باقی مانده‌های نمره‌های درآمد (با متغیرهای پیش‌بین ابعاد سلامت) است (دامنه پذیرش این آماره ۱/۵ تا ۲/۵ است).

به منظور پیش‌بینی 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 ۳. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه

P	T	$\beta$	B	F	R <sup>2</sup>	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۲	۳/۱۰**	-	۱۷/۰۴۵			ضریب ثابت	
۰/۰۱۵	۲/۴۶**	۰/۳۰۲	۰/۲۱۲	۵/۵۶	۰/۱۴۸	درآمد	سلامت روانی
۰/۶۷۹	۰/۴۱۵	۰/۰۶۶	۰/۰۶۱				سلامت جسمانی

<۰/۰۰۱\*\*p

نتایج آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد در جدول ۳ نشان می‌دهد سلامت روانی ( $t=2/46$  و  $P<0/001$ ) سهم یگانه و معنی‌داری در تبیین درآمد کارکنان زن دانشگاه زنجان دارد. همچنین سلامت جسمانی ( $t=0/54$  و  $P>0/01$ ) نمی‌تواند درآمد کارکنان را تبیین کند.

میزان ضریب تأثیر رگرسیونی استاندارد شده متغیرهای مستقل سلامت روانی بر درآمد کارکنان به میزان  $0/302$  محاسبه شده است. از این رو، به ازای هر واحد افزایش در انحراف استاندارد متغیر سلامت روانی، میزان درآمد کارکنان به میزان  $0/302$  انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت.

افزون بر آن نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد متغیرهای سلامت روانی ( $R^2=0/148$ ) توانایی تبیین  $14\%$  از واریانس درآمد را به صورت مثبت دارد. بنابراین، نتیجه می‌شود 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

P	T	$\beta$	B	F	$R^2$	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
0/000	11/42**	-	30/53	4/53	0/044	سلامت جسمی	ضریب ثابت
0/036	2/12**	0/21	0/154				درآمد
0/000	7/58**	-	33/84	12/30	0/112	سلامت روانی	ضریب ثابت
0/001	3/50**	0/334	0/423				درآمد

$<0/001**P$

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  $0/21$ ،  $0/324$  محاسبه شده است. از این رو، به ازای هر واحد افزایش در انحراف استاندارد متغیر درآمد، میزان سلامت جسمی و سلامت روانی کارکنان به ترتیب  $0/21$ ،  $0/324$  انحراف استاندارد افزایش خواهد یافت.

افزون بر آن، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه جدول ۴ نشان می‌دهد متغیر درآمد توانایی تبیین ۰/۰۶/۸، ۰/۰۴/۴، و ۰/۱۱ 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. نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش را می‌توان در قالب پاسخ به فرضیات ارائه کرد. هدف این تحقیق 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، سوءعملکرد اجتماعی، و روابط مخدوش با دیگران (خانواده، محیط کار، و اجتماع بزرگ‌تر) منجر می‌شود 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 این تحقیق نیز به نظر می‌رسد منطبق بر مفروضات رویکرد مثبت، حضور زنان در اجتماع (میدان‌های تحصیل و کار در این پژوهش) و ایفای نقش‌های تحصیلی و شغلی، فعالیت‌های گروهی و کسب تجربه‌های متفاوت در عرصه‌های مذکور، به طور نسبی به بهبود اوضاع ذهنی روانی و عملکرد اجتماعی آنان کمک کرده باشد، به طوری که همه میانگین‌های متغیرهای وابسته و متأثر از کم‌وکیف 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 باتوجه 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 در بر بگیرد و در نهایت برای جامعه بزرگ‌تر مفید باشد و آن را به رشد و تعالی برساند. همچنین، درباره ابعاد سلامت عمومی در میان زنان شاغل، نتایج بازگوکننده مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی هرچه تمام‌تر آنان است که این خود بیان‌گر بانگیزه‌بودن در اجتماع و تلاش برای ارتقای روابط و توسعه اجتماعی است. همچنین میزان درآمد ماهیانه و داشتن شغل در بخش دولتی، اجزای مهم شغل برای زنان دانشگاهی در شرایط فعلی است. در تحلیل یافته مذکور می‌توان گفت در وجه تأمین مادی، احتمالاً هرچه میزان درآمد افراد شاغل بیشتر باشد، سلامت عمومی آنان نیز بهتر خواهد بود. 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 درباره زنان شاغل، دستیابی به موقعیت‌ها و ساختارها حاوی کنترل، نفوذ و حمایت معنای روشن‌تر و اهمیت بیش‌تری دارد و عاملی مهم، نافذ، و تعیین‌کننده در سایر تعاملات و عملکردهای آنان در گستره جامعه بزرگ‌تر خواهد بود. از این رو، هرگونه تلاش جدی برای ارتقای کیفیت و مطلوبیت موقعیت 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 به‌طور غیرمستقیم، تضمینی منطقی و کارکردی در جهت افزایش سلامت عمومی زنان است که به وسیله یافته‌های این پژوهش نیز تأیید شده است.

## کتاب‌نامه

- اصغری مقدم، محمدعلی و سمانه فقیهی (۱۳۸۲)، «اعتبار و پایایی پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی) در دو نمونه ایرانی»، *دانشور رفتار*، دوره ۱۰، ش ۱.
- امینی، علیرضا و زهره حجازی آزاد (۱۳۸۶)، «تحلیل و ارزیابی نقش سلامت و بهداشت در ارتقای بهره‌وری نیروی کار در اقتصاد ایران»، *فصل‌نامه پژوهش‌های اقتصادی ایران*، دانشکده اقتصاد دانشگاه علامه طباطبایی، ش ۳۰.
- باباخانی، محمد و دیگران (۱۳۹۱)، «رابطه عدالت توزیعی و سلامت در ایران»، *فصل‌نامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی*، دوره ۱۲، ش ۴۶.

- باباخانی، محمد و حسین راغفر (۱۳۸۸)، «رابطه نابرابری درآمد و سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۸۵»، *مدیریت سلامت*، دوره ۳۷، ش ۱۲.
- برجی، معصومه (۱۳۹۰)، «بررسی تأثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی ایران»، *مدیریت سلامت*، دوره ۴۶، ش ۱۴.
- جهانگرد، اسفندیار و ناصرالدین علی‌زاده (۱۳۸۸)، «برآورد عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر تابع تولید سلامت در استان‌های ایران»، *نشریه نامه مفید*، دوره ۷۵، ش ۱۵.
- جوهری، فاطمه، سیدحسین سراج‌زاده، و ریتا رحمانی (۱۳۸۹)، «تحلیل اثرات اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان، مطالعه موردی: زنان شاغل در وزارت جهاد کشاورزی»، *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، دوره ۲، ش ۸.
- حدادی، مهدی و دیگران (۱۳۸۸)، «ارتباط رده شغلی و سلامت روان در زنان شاغل»، *فصل‌نامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ش ۴۰.
- حیدری، حسن و سیان سعیدپور (۱۳۹۱)، «تحلیل پویای اقتصادسنجی از رابطه بین تولید ناخالص داخلی، مصرف انرژی و صادرات غیرنفتی در ایران»، *فصل‌نامه مطالعات اقتصاد انرژی*، دوره ۹، ش ۳۳.
- خانی‌اشنلق، کاظم (۱۳۹۱)، *بررسی تطبیقی تعیین‌کننده‌های سلامت سال‌مندان مقیم سرای سال‌مند و هم‌تایان آن‌ها در خانواده‌های ساکن در شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بوعلی سینا، دانشکده اقتصاد و علوم اجتماعی.
- خدارحیمی، سیامک (۱۳۷۴)، *مفهوم سلامت روان‌شناختی*، مشهد: جاویدان خرد.
- دیماثو، ام. رابین (۱۳۸۷)، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه محمد کاویانی و دیگران زیر نظر کیانوش هاشمیان، ج ۱، تهران: سمت.
- رضایی، نسرین و دیگران (۱۳۹۴)، «شناسایی ابعاد سلامت زنان ایرانی: مرور کیفی»، *فصل‌نامه پژوهشی پرستاری*، دوره ۱۰، ش ۳.
- سارافینو، ادوارد (۱۳۸۴)، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه الهه میرزایی و دیگران، تهران: رشد.
- سیف‌زاده، علی (۱۳۸۷)، «مشخصه‌های اقتصادی، اجتماعی، جمعیتی و سلامت روانی در کهن‌سالی، موردشناسی: شهر آذرشهر»، *فصل‌نامه جمعیت*، ش ۶۳ و ۶۴.
- شاملو، سعید (۱۳۸۸)، *بهداشت روانی*، تهران: 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*، پایان‌نامه 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*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.



- کرتیس، آ. ج. (۱۳۸۲)، *روان‌شناسی سلامت*، ترجمه فرامرز سهرابی، تهران: رشد.
- گرگی، عباس (۱۳۸۶)، «بررسی نظریه نابرابری‌های سلامت با تأکید بر رویکرد ساختاریابی»، فصل‌نامه *اقتصاد سیاسی*، ش ۱۴.
- گنجی، حمزه (۱۳۸۹)، *روان‌شناسی عمومی*، تهران: ارسباران.
- لطفعلی‌پور، محمدرضا، محمدعلی فلاحی، و معصومه برجی (۱۳۹۰)، «بررسی تأثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی ایران»، فصل‌نامه *مدیریت سلامت*، دوره ۴۶، ش ۱۴.
- مستی، الهام و سیروس فخرایی (۱۳۹۴)، «بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان در شهر مراغه»، *مطالعات جامعه‌شناسی*، ش ۲۴.
- منتظری، علی، آریتا گشتاسبی، و مریم‌سادات وحدیانی‌نیام (۱۳۸۴)، ترجمه، تعیین پایایی و روایی SF-36 گونه فارسی پرسش‌نامه»، *پایش*، دوره ۵، ش ۱.
- مهدوی، سمیه سادات (۱۳۹۲)، «بررسی رابطه اقتصادی اجتماعی با اعتماد اجتماعی»، ماه‌نامه علمی *تخصصی انجمن روابط عمومی ایران*، ش ۸۷.
- واعظی، ویدا و حسین زارع (۱۳۸۸)، «رابطه توزیع درآمد (شاخص ضریب جینی) و اقتصاد سلامت (شاخص منتخب مرگ‌ومیر و علل مرگ) در ایران»، فصل‌نامه علمی *پژوهشی اجتماعی*، س ۱۱، ش ۴۲.

- Balia, Silva and Andrew M. Jones (2008), "Mortality, Lifestyle and Socio-Economic Status", *Journal of Health Economics*, no. 27.
- Biggs, Brian et al. (2010), "Is Wealthier Always Healthier? The Impact of National Income Level, Inequality, and Poverty on Public Health in Latin America", *Social Science and Medicine*, vol. 72, no. 2.
- Cantarero, David, Marta Pascual, and Jose Maria Sarabia (2005), "Effects of Income Inequality on Population Health: New Evidence from the European Community Household Panel", *Applied Economics*, vol. 37, no. 1.
- Chipuer, H. M. et al. (2002), "Determinants of Subjective Quality of Life among Rural Adolescents: A development Perspective", *Social Indicators Research*, no. 61.
- Deaton, A. (2003), "Health, Inequality, and Economic Development", *Journal of Economic Literature*, no. 41.
- Deaton, Angus (2001), "Health Inequality and Economic Development", Research Program in Development Studies and Center for Health and Wellbeing, Princeton University.
- Ecob, Russell and George Davey Smith (1999), "Income and Health: What is the Nature of the Relation Ship?", *Social Science and Medicine*, vol. 48.
- Fayissa, B. and P. Gutema (2005), "Estimating a Health Production Function for Sub-Sahara Africa", *Applied Economics*, vol. 37, no. 2.
- Glasser, William (1965), *Reality Therapy: A New Approach to Psychotherapy*, New York: Harper & Row.

- Grossman, Michael (1972), *The Demand for Health a Theoretical an Empirical Investigation*, London and New York: Colombia University Press.
- Hajizadeh, M. (2002), *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.
- Kaplan, G. A. et al. (1996), "Inequality in Income and Mortality in the United States: Analysis of Mortality and Potential Pathways", *Clinical Research*, vol. 312, no. 7037.
- Mohan, Ramesh and Sam Mirmiranis (2008), "An Assessment of OECD Health Care System Using Panel Data Analysis", *South West Business and Economics Journal*, vol. 16.
- Muller, A. (2002), "Education, Income Inequality, and Mortality: A Multiple Regression Analysis", *British Medical Journal*, vol. 324.
- Nilsson, T. and A. Bergh (2012), "Income Inequality and Individual Health: Exploring the Association in a Developing Country", *Electronic Journal*, no. 899.
- Pedrick, A. M. (2001), "The Health Production Function: The Effect of Socio-Economic Variables on an Individual", *Health Status*.
- Pop, Ioana Andreea, Erik Van Ingen, and Wim Van Oorschot (2013), "Inequality, Wealth and Health: Is Decreasing Income Inequality the Key to Create Healthier Societies?", *Social Indicators Research*, vol. 113.
- Preston, Samuel H. (1975), "The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development", *Population Studies*, vol. 29, no. 2.
- Rostila, Mikael, Maria L. Kolegard, and Johan Fritzell (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*, vol. 74, no. 7.
- Subramanian, S. V. and Ichiro Kawachi (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*, vol. 12, no. 2.
- Wagstaff, A. and E. Van Doorslaer (2000), "Income Inequality and Health. What Does the Literature Tell Us?", *Annual Review of Public Health*, vol. 21.
- Wen, Ming Hawkey, Louise C. Cacioppo, and T. John (2006), "Objective and Perceived Neighborhood Environment, Individual SES and Psychosocial Factors, and Self-Rated Health", *Social Science and Medicine*, vol. 63, no. 10.
- Wilkinson, Richard G. (1992), "Income Distribution and Life Expectancy", *British Medical Journal*, vol. 304.
- Wilkinson, Richard G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* Routledge, London: Routledge.
- Wilkinson, Richard G. and Michael Marmot (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, World Health Organization.
- Zweifel, Peter and Johannes Schoder (2011), "Fat of the Curve Medicine: A New Perspective on the Production of Health", *Health Economics Review*, vol. 1, no. 2.