تأثير المشاركة في قوة العمل على الأوضاع الصحية النفسية والجسمية للمرأة العاملة: دراسة مقارنة بين النساء العاملات وغير العاملات في عمان - الأردن*

وسام درويش بريك**
فوزي شاكر داود***

ملخص: أجريت الدراسة الحالية بهدف الكشف عن التأثير الناجم عن مشاركة المرأة الأردنية بمدينة عمان في قوة العمل على صحتها النفسية والجسمية. انطلقت فكرة الدراسة من التوجه الذي يرى أن قيام المرأة بأدوار متعددة، تفرض مطالب متعارضة، (الأدوار المهنية – في مقابل الأدوار الأسرية)، قد يعرّضها إلى الصراع والضغط. شكلت عينة الدراسة من (1000) امرأة، راوحت أعمارهنّ بين (20–60) عاماً، (565) منهن من النساء العاملات ممن مضى على التحاقهن بالعمل (3) سنوات وأكثر، و(435) منهن من غير العاملات. استخدمت لأغراض الدراسة أربعة مقاييس بهدف جمع المعلومات عن الأوضاع الصحية النفسية والجسمية لأفراد العينة من النساء العاملات وغير العاملات. كشفت النتائج عن فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الإصابة بقرحة المعدة (عرض سيكوسوماتي)، وفرط ضغط الدم، والسكري، ومستوى الكولسترول (أمراض مزمنة)؛ إذ تبين أن نسبة النساء غير العاملات اللواتي يعانين هذه الأمراض تزيد بدرجة دالة على نسبة النساء

* أعدت هذه الدراسة بدعم من عمادة البحث العلمي – جامعة عمان الأهلية.
** قسم علم نفس، عميدة كلية الآداب والفنون، جامعة عمان الأهلية، الأردن.
*** قسم علم نفس إكلينيكي، جامعة عمان الأهلية، الأردن.

العاملات. ولم تشر النتائج إلى فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الصحة النفسية، أو في التقديرات الذاتية للأوضاع الصحية.

أيدت نتائج الدراسة الحالية ما توصلت إليه دراسات أخرى سابقة أجريت على النساء العاملات في ثقافات أخرى.

المصطلحات الأساسية: أطفال، الأمراض المزمنة، الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الاضطرابات السيكوسوماتية، التقييم الذاتي، قوة العمل، المرأة العاملة.

المقدمة:

شَهِدَ الأردُّن في العقود القليلة الماضية تغييراتٍ واضحةً في الأدوار الاجتماعية الخاصة بالمرأة؛ وذلك بسبب تزايد عدد النساء اللواتي نزلْنَ إلى سوق العمل Labor Market، وبدأن يشاركن في ميدان الحياة المهنية خارج حدود البيت. ولم تعد الكثيرات من النساء يعتبرن الزواج بدايةً لنهاية حياتهنَّ المهنية كما كان عليه الأمر في السابق، على الأغلب. وهذا التغيير الذي حدث في أدوار المرأة فرض عليها – كما يرى لونغ وكوكس (Long and Cox, 2000) – واقعاً جديداً؛ إذ أصبحت مطالبةً باتخاذ قرارات خاصة لتتمكن من التوفيق بين مطالب الأدوار المهنية التي تتعارض مع مطالب الأدوار الأسرية التقليدية التي تكلف المرأة عادة القيام بها. ونظراً لأن المجتمعات استمرت في اعتبار المرأة هي المسؤول الأول عن أدوار الرعاية في الأسرة، فقد ظلت المرأة مطالبة بتحمل مسؤولية العناية بالأولاد وإنجاز المهام المتعلقة بالأعمال المنزلية، حتى في الحالات التي يكون فيها الآباء متعاونين. وهذا التعدد في الأدوار جعل عبْءَ العملِ الكليِّ Total Workload الذي تتحمله المرأة العاملة يفوق كثيراً عبء العمل الذي يتحمله الرجل (Frankenhaeuser,1991)، وزاد في حجم الأعباء الملقاة عليها وجعلها – كما يرى وليامز ورفاقه (Williams et al.,1991) – أكثرَ عرضةً للضغط Stress، وزاد من صعوبة حصولها على القسط الكافي من الراحة الجسمية والنفسية، وَقلَّل من المتعة التي يمكن أن ترتبط بأداء المهامِّ المتعلقة بالأدوار المتعددة التي تقوم بها، وزاد من احتمالات تعرضها للكآبة.

وأمَّا من الناحية الفسيولوجية فقد بيَّنت الدراسات أنَّ مستوى الكاتيكولامينات Catecholamines، وهما: هرمونا الإيبنيفرين، ونور – إيبينيفرين Epeniphrine and Norepeniphrine اللَّذان يفرزهما نخاع الغدة الأدرينالية Adrenal Medulla،

ومستوى الكورتيزول، الذي تفرزه القشرة الأدرينالية Adrenal Cortex من أجل إعداد الجسم للتكُّيف مع مواقف الضغط، يظلُّ مرتفعاً في دم المرأة لساعات طويلة حتى بعد أن تنتهي ساعات العمل، مما يؤدي إلى شعورها بالتعب والإجهاد ويُعرِّضها إلى المخاطر الصحية (Lundberg and Frankenhaeuser, 1999).

إن العلاقة بين زيادة أعباء العمل وسوء الأوضاع الصحية أصبحت من الأمور المؤكَّدة؛ ففي اليابان، وهي الدولة المعروفة بزيادة عدد ساعات العمل وندرة الإجازات، استخدمت كلمة كاروشي Karoshi، وتعني: الموت بسبب العمل الزائد، ومع ذلك يعتبر هيرتزوغ وزملاؤه – Herzog, House & Morgan, 1991 مشار إليه في (وسام بريك وفوزي داود، 2008: 395) – أنَّ عدد ساعاتِ العمل التي يؤديها الفرد في كل أسبوع لا ترتبط – ضرورةً – بالصحة السَّيِّئة أو بالتعرض لمخاطر الصحة النفسية، ولكن إدراك الفرد للزيادة في عبء العمل هو الأكثر ارتباطاً بحدوث الأمراض الجسمية والمعاناة النفسية.

كما أن الأدوار التقليدية التي يقوم بها الزوجان تؤسس بشكل تامٍّ منذ المراحل العمرية المبكرة. فمنذ الطفولة تُنشّأ الفتيات ويدربنَّ لإدارة المهامِّ التقليدية المتعلقة بالمرأة (Hochschild, 1989). فضلاً على ذلك، فإنَّ مركز نشاط المرأة هو البيت. فالعناية بالمرضى، وإدارة الأمور العاطفية، والأمور المتعلقة بالسلوك الصحي، وتنظيم الاتصالات الاجتماعية اختصت الثقافة بها أحد الجنسين دون الآخر، وأصبحت من الأمور المقتصرة على النساء، ومن الأدوار الجندرية (أدوار النوع الاجتماعي) التي تتقرَّر في ضَوْءِ المعايير الثقافية Culturally Gendered (West and Zimmerman, 1991) إضافة إلى أنَّ عضوية المرأة في المجتمع تتأثر بقيامها بمهامِّ الرعاية المرتبطة بالأدوار الاجتماعية المحدَّدة ثقافياً. وكما يرى بركات (Barakat, 1993)، فإن الانحراف عن التوقعات الاجتماعية الثقافية المرتبطة بالأدوار المُحدَّدة ثقافياً يعرِّضُ المرأة إلى العقاب أو الرفض، وهذا بدوره يضرُّ بأوضاعها الصحية وأسرتها وأولادها، وهو يتفق في ذلك مع أندرسون (Anderson, 1987)، الذي يرى أن صحة المرأة تتأثر بدرجة كبيرة بخبرات الدور، وبالأحداث التي تواجهها في حياتها.

وتشير الدراسات التي أجريت على النساء في مصر وعلى المهاجرات من النساء الأردنيات في ولاية كاليفورنيا، أنَّ هؤلاء النساء يتعرضْنَ للكثير من الضغط

الناجم عن تعدُّدِ الأدوار، ويتصاعد هذا الضغط عندما تَحُدُّ المعاييرُ الاجتماعيةُ من توافرِ حلول ممكنة (Hatter- Pollara, Meleis and Nagib, 2000).

وقد تتعرض المرأة العاملة إلى صراع الدور Role Conflict، وهو ما يحدث عندما يتلقى الفرد معلوماتٍ متضاربةً من الأشخاص المختلفين عن المهامِّ التي يتوجب عليه القيام بها، أو عن المستويات التي يجب تحقيقها. إضافة إلى هذا النوع من الصراع، تواجه المرأة العاملة صراع الأدوار المهنية – الأسرية Work-Family Conflict. وقد أشارت الدراسات التي أجراها فرنش وكابلان (French and Capalan, 1970) إلى وجود ارتباط بين صراع الدور، وغموض الدور، والإصابة بارتفاع ضغط الدم، والتسارع في ضربات القلب. وتشير الدراسات إلى ارتباط صراع الأدوار المهنية – الأسرية باضطرابات فسيولوجية تشمل حالات الاحتراق النفسيّ (Bacharach, Bamberger and Conley, 1991)، والمزاج السَّيئ (Williams and Alliger, 1999)، وسوء الأوضاع الصحية والأسرية والمهنية (Kinnunen and Mauno, 1998)، والشكوى الجسدية والنفسية (Frone, Russell and Cooper, 1992).

وعلى الرغم مِمَّا قد تتعرض له صحة المرأة العاملة من تأثيرات صحية ترتبط بعبء الدور وصراع الدور بسبب الجمع بين الأدوار الأسرية والمهنية، فقد خلصت دراسات عديدة إلى وجود آثار إيجابية للجمع بين هاتين الفئتين من الأدوار على صحة المرأة العاملة (Barnett, Davidson and Marshal, 1991; Waldron,Weiss, and Hughes, 1998). فقد يحقق الجمع الفائدة من خلال تطوير مشاعر تقدير الذات والكفاءة الذاتية، والرضا عن الحياة (Gove and Zeiss, 1987; Kessler and McRae, 1982; Verbrugge,1983)، وانخفاض معدلات التعرض لمخاطر الإصابة بأمراض الشريان التاجيّ (Weinder et al., 1997). وبينت الدراسة التي أجراها جرينبرغ (Greenberg, 1980) وَطبّق فيها مجموعة من المقاييس النفسية على النساء العاملات ورَبَّاتِ البيوت، أنَّ العملَ يُحصِّن النساءَ العاملات، ولا سيّما اللواتي يمارسْنَ مهَناً من مستوى مُعيَّن، من التعرض للآثار السلبية الناجمة عن الضغط؛ نظراً لأنه يجعلهنَّ أكثرَ قدرةً على التعامل بكفاية مع الأحداث والضغوط مقارنة بمثيلاتهنّ مِنْ رَبَّاتِ البيوت.

إنَّ الحاجة إلى إجراء دراسات علمية حول ما يمكن أنْ يترتبَ على صحة المرأة العاملة من نتائج سلبيةٍ أو إيجابية نتيجة تعدد الأدوار التي تقوم بها، ظهرت في

الولايات المتحدة منذ نهاية الثمانينيات من القرن الماضي (Eichler and Parron, 1987)؛ نظراً للزيادة الواضحة في أعداد النساء اللواتي نزلْنَ إلى سوق العمل، وما صاحب ذلك من تغيُّرٍ في الأدوار الاجتماعية المِهْنِيَّة والأسرية للمرأة الأمريكية. إضافة إلى أن هذه الفترة شهدت توجهاً قوياً للاهتمام بصحة الجمهور والارتقاء بها. وأصبحت القضايا المرتبطة بضغط الوقت وصراع الأدوار، وغيرها من مصادر الضغط التي تؤثر في صحة المرأة النفسية والجسمية، تشكل مسألة قومية مهمَّة (Reinfman, Biernat and lang, 1991). وفي عام 1987 احتلت البحوث التي تُركِّزُ على الآثار الصحية الناجمة عن تعدُّد الأدوار التي تقوم بها المرأة العاملة المرتبة الأولى في المؤسسة القومية للصحة النفسية The National Institute of Mental Health.

أما في الأردن فمع تزايد أعداد النساء اللواتي نزلْنَ إلى سوق العمل، ولا سيّما النساء المتزوجات، واللواتي لديهن أطفال صغارٌ دون سِنِّ المدرسة، فإنَّ الحاجة تبدو مَاسَّةً إلى إجراء مثل هذه الدراسات، ولا سيّما مع ندرة الدراسات التي تناولت النتائج التي تترتب على مشاركة المرأة في قوة العمل على صحتها النفسية والجسمية سواء في المجتمعات العربية أو في الأردن ـ في حدود علم الباحثين ـ. وكما ورد في صباغ (Sabbagh, 1997) فقد ركزت الدراسات التي أجريت لبحث مشاركة المرأة في قوة العمل اهتمامها على دراسة تأثير العوامل الثقافية الاجتماعية في عمل المرأة، ومن الأمثلة على هذه الدراسات التي أوردتها صباغ: Abu Jaber, 1978; Hammad, 1982; Hijab, 1988; Kamal, Takriti, and Kawar, 1990,. من هنا تظهر أهمية إجراء الدراسة الحالية وأمثالها لسدِّ النقص في الأدبيّات المتعلقة بموضوع عمل المرأة وتأثيراته على أوضاعها الصحية النفسية والجسمية.

أهمية الدراسة :

لم تتطرق الدراسات التي تناولت موضوع المرأة العاملة في الأردن إلى الآثار الناجمة عن مشاركة المرأة في قوة العمل على صحتها النفسية والجسمية، والدراسة الوحيدة في هذا المجال، هي تلك الدراسة التي أجراها كلٌّ مِن حتر– بولارا ودواني (Hattar-Pollara and Dawani, 2006)، تناولت عينة مكونة من 93 امرأة من النساء العاملات والنساء غير العاملات. وبذلك فإنّ إجراء هذه الدراسات يمكن أن يُسْهِمَ في رفد المكتبة العربية بالمعلومات المتعلقة بالآثار التي يُخلِّفها العمل على أوضاع المرأة الصحية.

كما تنبع أهمية هذه الدراسة من الدور المهم الذي أصبحت تقوم به المرأة في ميدان الحياة المهنية؛ فتعرف الأوضاع الصحية للمرأة العاملة يمكن أنْ يُشكِّلَ منطلقاً لإعادة النظر في بعض المعايير الاجتماعية السائدة، وفي الأنظمة الخاصة في بيئة العمل؛ لتتوافق مع التغيُّر الذي طرأ على الأدوار الجندرّية (النوع الاجتماعي)، بما يكفل تخفيف معاناة المرأة، وما يمكن أن ينشأ عن هذه المعاناة – إن وُجدت – من آثار سلبية على المستويات الشخصية: النفسية، والاجتماعية، والصحية، والأسرية. فالنتائج الإيجابية التي تنشأ عن تخفيف الضغط المصاحب للتعدد والصراع بين الأدوار، تمتد لِتطول المرأة والمجتمع في جميع مؤسساته: الاجتماعية، والاقتصادية: العامة، والخاصة. كما أن تهيئة الظروف المهنية والاجتماعية التي تُسهِمُ في تحقيق التوازن والتكيف الصحيّ النفسيّ، والجسميّ للمرأة العاملة تنعكس آثارها الإيجابية على كلٍّ من: الأسرة، والمجتمع، والواقع الاقتصادي.

من هذا المنطلَقِ تأتي قيمة الدراسة الحالية في تعرف الأوضاع الصحية النفسية والجسمية للمرأة العاملة، في وقت تزايدت فيه التوجهات، على المستوى المحليِّ والإقليميِّ والعالميِّ، التي تدعو إلى تركيز الجهود للعناية بشؤون الأسرة والمرأة والطفل.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى فحص الآثار الناجمة عن تعدُّد الأدوار التي تؤديها المرأة (بسبب مشاركتها في قوة العمل إلى جانب المهامِّ الأسرية والاجتماعية الأخرى) على صحتها النفسية، والجسمية، وإلى تعرف مدى تعرض المرأة العاملة للاضطرابات السيكوسوماتية، والأمراض المزمنة مقارنة بمثيلاتها من غير العاملات. كما تهدف إلى تعرف الفروق في التقييمات الذاتية التي تقدمها النساء العاملات وغير العاملات حول أوضاعهنّ الصحية، وإلى فحص الآثار الناجمة عن تفاعل وضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل) مع عدد الأولاد على أوضاعها الصحية النفسية، والجسمية.

ولتحقيق هذه الأهداف تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن السؤال الآتي:

"هل هناك فروق في الأوضاع الصحية النفسية والجسمية وفي التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية وفي التقييم الذاتي للأوضاع الصحية تعزى إلى

مشاركة المرأة في سوق العمل وإلى التفاعل بين متغيري الوضع المهني للمرأة وعدد الأولاد؟"

وللإجابة عن هذا السؤال تم اختبار الفروض الآتية:

1- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الأوضاع الصحية النفسية وفي التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية.

2- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التعرض للأمراض المزمنة وفي التقييم الذاتي لأوضاعهن الصحية.

3- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الأوضاع الصحية النفسية وفي التعرض للاضطرابات السكوسوماتية. ناجمة عن تفاعل متغيري الوضع المهني للمرأة (تعمل/لا تعمل) وعدد الأولاد.

4- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التعرض للأمراض المزمنة وفي التقييم الذاتي للأوضاع الصحية ناجمة عن تفاعل متغيري الوضع المهني للمرأة (تعمل/لا تعمل) وعدد الأولاد.

مصطلحات الدراسة :

المرأة العاملة Working Woman: المرأة التي تقوم بأداءِ عَمَلٍ بأجر في أيٍّ من قطاعات المجتمع الاقتصادية العامة أو الخاصة خارج نطاق البيئة المنزلية.

الدور Role: السلوك الذي يقوم به الفرد نتيجة احتلاله مركزاً أو موقعاً معيناً. وفي حالة المرأة العاملة فإنَّ الأدوار الآتية تُعَدُّ الأكثر أهمية: الزوجة، والأم، والوظيفة/ العمل بأجر.

صراع الأدوار Role Conflict: لأغراض هذه الدراسة سيتم تبنِّي تعريف بلاج ورفاقه Plug, Meyer, Louw and Gouws, 1988) مشار إليه في (Redelinghuys, Lucius, Botes and Dewet, 1999) للمفهوم وهو: "ما ينشأ عن قيام الفرد بأداء دورين أو أكثر بالتزامن، أو بأداء أدوارٍ عدّةٍ تتطلبُ سلوكياتٍ متعارضةً، بحيث إن تلبية مطالب أحد الأدوار تعوق تلبية مطالب الأدوار الأخرى".

الضغط Stress: خبرة انفعالية سلبية، يصاحب ظهورها حدوث تغييرات بيوكيميائية، وفسيولوجية، ومعرفية، وسلوكية يمكن التنبؤ بها، ويمكن أن توجَّه: إما إلى تغيير الحدث المسبِّب للضغط، أو إلى التكيُّف مع آثاره (انظر Baum, 1990).

الأمراض المزمنة Chronic Diseases: الأمراض التي تستمر لفترة طويلة، ولا تتوقف، ولا يمكن الشفاء منها في العادة، مثل: فرط ضغط الدم، والسكريّ.

الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic Disorders: أمراض جسمية يعتقد أنها تنشأ عن صراعات عاطفية، وعن التعرض للضغط النفسيّ، مثل: بعض أمراض الجهاز الهضمي: كقرحة المعدة، والقولون العصبي، والرَّبو؛ فهي أمراض جسمية ترجع أصولها إلى أسباب نفسية (انظر: وسام بريك وفوزي داود، 2008: 42–43).

حدود الدراسة:

تقتصر نتائج الدراسة الحالية على النساء العاملات في منطقة محافظة العاصمة عمان، من الفئات العمرية الواقعة بين 20–60 عاماً.

واقتصرت العينة على النساء اللواتي تيسر الاتصال بهن في مختلف القطاعات المهنية في محافظة العاصمة، ومن مستويات تعليمية وثقافية واقتصادية متنوعة.

أَدبيَّات الموضوع:

بالنظر إلى ندرة الدراسات التي أجريت في المجتمعات العربية لدراسة الأثر الناجم عن مشاركة المرأة في قوة العمل على أوضاعها الصحية النفسية والجسمية، فإنّ استعراض بعض ما ورد من نتائج الدراسات التي أجريت في ثقافات غربية قد يُسْهِمُ في إلقاء بعض الضوء على طبيعة المشكلة، مع إدراكنا – بالطبع – للاختلافات الثقافية والحضارية بين مجتمعاتنا العربية والمجتمعات الغربية، ولاسيّما فيما يتعلق بمسألة الأدوار ومحدِّداتها، إذ من المتَّفَقِ عليه بين العلماء أنَّ المعايير الاجتماعية الثقافية تشكل أهم المحدِّدات التي في ضوئها تقسم الأدوار في المجتمع، وما يرتبط بها من سلوك وتوقعات وأعباء.

وفيما يلي عينة من الدراسات التي تناولت تأثير العمل في الصحة النفسية، والصحة الجسمية، والكيفية التي يتفاعل بها وجود الأولاد في الأسرة مع عمل المرأة على أوضاعها الصحية النفسية، والجسمية.

الصحة النفسية: Mental Health

اختلفت نتائج الدراسات في تقديرها للأثر الذي يُحدثه العمل في الصحة النفسية لدى النساء، إذ تَوَصَّلَ بعضها إلى عدم ارتباط العمل بمشكلات الصحة بين النساء (Barnett and Baruch, 1985; Baruch and Barnett, 1986; Repetti,

Matthews, and Waldron, 1989; Ross, Mirowski and Huber, 1993) في حين تَوَصَّل بعضها الآخر إلى ارتباطه بالصحة الإيجابية Positive Mental Health، بما في ذلك: قلة التعرض للكآبة (Aneshensel, 1986; Glass and Fujimoto, 1994; Kandel, Davies and Raveis, 1985; Kessler and McRae, 1982; Voydanoff and Donnelly,1988; Wethington and Kessler, 1989)، وتدني مستوى القلق (Kessler and McRae, 1982; Voydanoff and Donnelly,1988)، وزيادة تقدير الذات (Kessler and McRae, 1982). كما بين موستاو ونيوبيرغ (Mostow, and Newberg, 1975) أنَّ للعملِ تأثيراتٍ إيجابية على النساء اللواتي ينتمينَ إلى مستويات اقتصادية متدنِّية. ووجد برومبرج وماثيوس (Bromberg and Matthews, 1994) أنَّ للعمل بأجر آثاراً إيجابية على النساء في مرحلة أواسط العمر. وأيدت النتيجة التي أجراها حتر– بولارا ودواني (Hattar-Pollara and Dawani, 2006)، على عينة من النساء الأردنيات تمتع النساء العاملات بالصحة النفسية أكثر من غير العاملات. كما توصلت سيلي ورفاقها (Cilli, Kaya, Bodur Özkan and Kucur, 2004) إلى حصول رَبَّاتِ البيوت من غير العاملات على درجات أعلى في مقاييس: القلق، والفوبيا، والبارانويا، والأعراض الذهانية، والأعراض النفسية الجسمية، كما بَيَّنَتْ أنَّ غيرَ العاملات يشكونَ من نمط الحياة الذي يسير على وتيرة واحدة، ومن محدودية البيئة الاجتماعية التي يتعرضن لها، ومن عدم وجود من يقوم بتقدير ما يقمن به من أعمال باستثناء الزوج. وبينتْ دراساتٌ أخرى (Bromberg and Matthews, 1994; Crepet, Piazzi, Vetrone and Costa, 1993)، أنَّ رباتِ البيوتِ أكثرُ عُرْضةً للضغط وأعراض الكآبة. كما وجد لينون (Lennon, 1992) – مشار إليه في (Dohrenwend, 1998) الذي قام بفحص العلاقة بين العمل المنزلي وأعراض الكآبة لدى النساء العاملات وربات البيوت – فروقاً في مقدار الوقت الذي تخصصه هؤلاء النساء لإنجاز العمل المنزلي. إذ تبين أن معدل ما تقضيه النساء العاملات في إنجاز الأعمال المنزلية بلغ 25 ساعة في الأسبوع، في حين وجد أن معدل ما تقضيه ربات البيوت يعادل 38,5 ساعة في الأسبوع. وعندما أضيفت ساعات العمل التي تقوم بها النساء العاملات خارج المنزل إلى عدد ساعات العمل الذي ينجز داخل المنزل، بلغ عدد ساعات العمل الكلي الذي تنجزه المرأة العاملة 64,7 ساعة في الأسبوع. وعلى الرغم من هذه الفروق في عدد ساعات العمل بين المجموعتين من النساء لم تشر نتائج دراسة

لينون إلى أي فروق في أعراض الكآبة بين الفريقين من النساء. وعندما وضعت الفروق في عدد ساعات العمل وفي ظروف العمل في الاعتبار تبين أن معدل تعرض النساء العاملات لأعراض الكآبة كان أقل من معدل تعرض ربات البيوت لها.

تقود النتيجة السابقة إلى اقتراح أن العمل قد يساعد في تحقيق التوازن ويخفف من تأثير المظاهر السلبية التي ترتبط بالعمل المنزلي؛ مما يسبب في تحسين الصحة النفسية للمرأة العاملة.

ومن الدراسات القليلة التي توصلت إلى وجود نتائج سلبية للعمل على الأوضاع النفسية للمرأة العاملة الدراسة التي أجراها دافيدسون وكوبر (Davidson and Cooper, 1980)، إذ وجدا أنَّ نصف أفراد عينة دراستهما من النساء اللواتي يشغلْنَ مناصب إدارية عليا يعانينَ اضطرابات نفسية مزمنة، مثل: التوتر، والقلق، والكآبة، وتدني مستوى تقدير الذات، وصعوبات النوم، والإحباط، وعدم الرضا عن حياتهنّ أو العمل. كما وجدا أنَّ 71% من النساء العاملات يَعْزونَ ما يواجهْنَ من مشكلات جسمية، ونفسية إلى تعرضهنَّ إلى مستويات مرتفعة من ضغط العمل.

وقد اتفقت النتائج المتعلقة بموضوع الضغط مع ما توصل إليه فرنش وكابلان (French and Caplan, 1970)، وكاهن ورفاقه (Kahn et al., 1964)، وكاي (Kay, 1974). وفي هذا الصَّددِ يقترح كاهن ورفاقه (Kahn et al., 1964) أنَّ الضغطَ قد ينشأ عن الانسحاب من العلاقات الأسرية أو علاقات العمل. وتوصل هاينز وفاينلايب (Haynes and Feinleib, 1980) إلى أنَّ النساء العاملات يتعرضن للخلافات مع أزواجهنَّ أكثرَ من رَبَّاتِ البيوتِ؛ مما قد يترك أثراً سلبياً على أوضاعهن الصحية النفسية.

يتضح من نتائج الدراسات التي سبق الإشارة إليها أنها غالباً ما توصلت إلى تأكيد الآثار الإيجابية للعمل على صحة المرأة النفسية. في حين أن الدراسات التي توصلت إلى نتائج سلبية للعمل على صحة المرأة العاملة كانت قليلة. كما أن النتائج السلبية التي أسفرت عنها دراسة دافيدسون ورفاقه لم تكن ناجمة بالضرورة عن العمل بحد ذاته وإنما بسبب الضغط الزائد المرتبط بالعمل الإداري.

الصحة الجسمية: Physical Health

افترضت بعض الدراسات التي اهتمت ببحث تأثير الأدوار المتعددة في صحة المرأة العاملة – مثال: Sears and Galambos, 1993 مشار إليها في (Frankel, 1993)–

أنَّ العمل بأجر يشكل مصدراً جديداً للضغط في حياة المرأة العاملة، ومِنْ ثَمَّ يقود إلى نتائج سلبية على وضعها الصحي.

في حين خلصت دراسات أخرى إلى أن قيام المرأة بأدوار متعددة له نتائج مفيدة على صحتها الجسمية (Green and Russo, 1993). وقد أيدت نتائج الدراسة التي أجراها حتر – بولارا ودواني (Hattar-Pollara and Dawani, 2006)، نتائج الدراسات السابقة المشار إليها. إذ بينت أنَّ غير العاملات من النساء أكثر عرضة للإصابة بأمراض الجهاز التنفسيّ ومرض السكريّ.

وفيما يلي عرضٌ لبعض الدراسات التي تناولت تأثير تعدد الأدوار في الوضع الصحي الجسميّ للمرأة العاملة:

وَجَدَ ديفيدسون وكوبر (Davidson and Cooper, 1980) في دراسة مَسْحِيَّة أجرياها على النساء في المملكة المتحدة أن النساء اللواتي يشغلن مراكز إدارية عليا يتعرضْنَ لدرجات أكبر من الضغط المهني؛ مما يعزِّز من إمكانية تعرضهنَّ للأعراض التي تُميِّزُ النَّمطَ المعروف بنمط السلوك A (Type A Behavior Pattern)، ويزيد من إصابتهنَّ بالأمراض القلبية الوعائية Cardiovascular Heart Disease. وعزَّز هذه النتيجة ما توصل إليه كلٌّ من تشيسني وروزينمان Chesney and Rosenman, 1980 مشار إليه في كوبر وبيني (Cooper and Payne, 1991). حيث وجدا زيادة أكبر في انتشار نمط السلوك A بين النساء العاملات مقارنة بمثيلاتهن من النساء غير العاملات. كما أشارت نتائج دراسة ديفيدسون وكوبر (Davidson and Cooper, 1980) إلى تعرض النساء اللواتي يشغلْنَ المناصب العليا لقرحة المعدة، وفرط ضغط الدم أكثر من مثيلاتهن من العاملات اللواتي لا يشغلن مناصب إدارية. كما تبيّن أنَّ الصداع النصفيّ Migraine والصداع، وفرط ضغط الدم، هي من الأعراض الرئيسة الناجمة عن الضيق Distress الناجم عن الضغط. كما توصَّلَ هاينز وفاينلايب (Haynes and Feinleib, 1980) إلى أنَّ النساء اللواتي يؤدينَ مهناً كتابية Clerical Occupations يتعرضْنَ إلى الأمراض القلبية الوعائية أكثر من رَبَّاتِ البيوت المتزوجات. ووجد جاكبسون (Jacobson, 1981) لدى النساء اللواتي يقمْنَ بوظائف إدارية ميلاً أكبر إلى التدخين، من زملائهن من الذكور، ومن النساء اللواتي

يؤدينَ وظائف غير إدارية. وكما هو معلوم، يرتبط التدخين بالإصابة بسرطانات: الرئة، والمثانة، والفم، والحلق، والبلعوم، إضافة إلى الأمراض القلبية الوعائية المختلفة.

وفي المقابل لم يجد هاينز وفاينلايب (Haynes and Feinleib, 1980) انتشاراً أكبر للأمراض القلبية الوعائية بين النساء العاملات مقارنة بربات البيوت، مع أنه تبين أن النساء العاملات كن أكثر تعرضاً للضغط من ربات البيوت.

وفي محاولة لمواجهة الفرض الذي يقول إن عمل المرأة يسبب زيادة في عبء الدور Role Overload، وصراع الدور والضيق الناجم عن الضغط، قام بارنيت ودافيدسون ومارشال (Barnett, Davidson and Marshall, 1991) بفحص التداخل بين عمل المرأة والأدوار الأسرية، وتأثير العمل على أدائها للأدوار الأسرية، فتبين أن تقديم المساعدة للآخرين الذي يتيحه انخراط المرأة في الميدان المهني يحصّن المرأة من الآثار السلبية الناجمة عن الاهتمام بزيادة أعباء الدور؛ مما يؤدي إلى تقليل المشكلات الصحية (مثال التعب، والصداع، وآلام المعدة والظهر)، كما أن الرضا المرتبط بالدخل الذي يوفره العمل يحصن المرأة أيضاً من الآثار السلبية الصحية الناجمة عن أعباء الوظيفة. ولم تبين الدراسة أن عبء العمل الزائد Work Overload يسبب الصراع مع الأدوار الأسرية أو يزيد من المخاطر الصحية الجسمية.

وجميع هذه النتائج تؤيد ما توصلت إليه هيرنستام وبيجروت (Härenstam and Bejerot, 2001) من أن المسؤوليات الإضافية التي تُفرَضُ على المرأة يجب ألا تكون شاقة أو مجهدة حتى تكون لها آثار إيجابية على وضعها الصحي.

يتضح من استعراض الدراسات السابقة أن مشاركة المرأة في سوق العمل لا تؤثر بالضرورة سلباً على أوضاعها الصحية الجسمية، ولكن نوعية العمل هي الأكثر أهمية في تقرير ما يمكن أن يترتب من نتائج إيجابية أو سلبية على صحة المرأة العاملة.

تأثير وجود أولاد لدى المرأة العاملة على أوضاعها الصحية:

تشير بعض وجهات النظر إلى أن الآثار التي يمكن أن تنشأ عن الجمع بين أدوار العمل بأجر والأدوار الأسرية تعتمد على خصائص الفرد، والأسرة، وطبيعة

العمل. وفي هذا الصدد وجد بارنيت ومارشال وسنجر (Barnett, Marshall and Singer, 1992)، في دراسة طولية، أن التدنِّي في خصائص الوظيفة قد ارتبط بالمعاناة النفسية بالنسبة للنساء اللواتي ليس لديهن أولاد، في حين لم ترتبط الاختلافات في نوعية العمل بالمعاناة النفسية عند النساء اللواتي لديهن أولاد. وتقود هذه النتائج إلى الاقتراح بأنَّ النساء اللواتي يواجهْنَ مشكلات في الوظائف التي يؤدينَها، أكثر ميلاً لأن يشعرْنَ بالإحباط والقلق إذا لم يكن لديهنَّ أولاد. كما وجد بارنيت ورفاقه (Barnett, Davidson and Marshall, 1991)، أن الأدوار الأسرية والعمل بأجر، يحميان المرأة من المعاناة السيكولوجية المرتبطة بأدوار أخرى.

إجراءات الدراسة:

أولاً- العيِّنة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع النساء العاملات في مختلف القطاعات المهنية في مدينة عَمَّان مِمَّن تزيد أعمارُهنَّ على 20 عاماً، واللاتي مضى على مشاركتهنّ في الميدان المهني ثلاث سنوات وأكثر. ولتحقيق أغراض هذه الدراسة اختيرت عينة متاحة، روعي فيها – ما أمكن – التمثيل لمختلف القطاعات المهنية التي تعمل فيها المرأة؛ لذلك جرى تحديد القطاعات المهنية الآتية:

1 – البنوك، والمدارس، وكليات المجتمع، والجامعات.

2 – الدوائر الحكومية، والعسكرية.

3 – المستشفيات والمراكز الصحية.

4 – مهن أخرى متنوعة، ولا سيَّما (شركات، وفنادق، ومطاعم، ومؤسسات تجارية). ووفق المجالات المذكورة اختيرت بطريقة قصدية مجموعة من المؤسسات التي تمثل القطاعات المشار إليها. وروعي في الاختيار تنوع مواقع المؤسسات بحيث تشمل – ما أمكن – مختلف مناطق محافظة العاصمة: الغربية، والشرقية، والجنوبية، والشمالية. ولأغراض جمع المعلومات قام فريق من الباحثين بتوزيع (700) استبانة على النساء العاملات ممن تنطبق عليهن الشروط.

ولأغراض المقارنة تم تدريب فريق من طلبة السنتين الثالثة والرابعة المسجلين في مساق علم النفس، وعلم النفس الاجتماعي في الجامعتين: الأردنية، وعمان الأهلية. وروعي في اختيار الطلبة تغطية مدى واسع من مناطق محافظة

العاصمة. ثم طلب منهم توزيع (700) استبانة على النساء غير العاملات في المناطق التي يقيمون بها والمناطق المجاورة. ولضمان زيادة تمثيل العينة وزعت (200) استبانة أخرى على المراكز الصحية الموجودة في مختلف مناطق محافظة العاصمة، إذْ طُلِبَ من فريقٍ من الباحثين في علم النفس وعلم الاجتماع، والمتدربين من طلبة التمريض في المراكز الصحية توزيع الاستبانة على النساء العاملات والنساء غير العاملات اللواتي يراجعْنَ هذه المراكز ليقمنَ بتعبئتها.

وفي مرحلة لاحقة، وبعد أن جمعت أدوات الدراسة، روجعت من أجل تنقيحها، واستُبعدَتْ منها الاستبانات التي لم تُعبَّأ بالشكل السليم، أو كانت غير مكتملة. وأظهرت نتيجة المراجعة صلاحية (565) استبانة مُعبَّأة من النساء العاملات و(435) استبانة مُعَبَّأة من غير العاملات. والجدول (1) يبين توزع أفراد العينة من النساء العاملات على الميادين المهنية المختلفة. كما يبين الجدول (2) توزع النساء وفق متغيري الوضع المهني والعمر.

جدول (1)
النسبة المئوية لتوزيع أفراد العينة من النساء العاملات على الميادين المهنية المختلفة

المجال المهني	العدد	النسبة المئوية
مهن التعليم	244	%43,2
مشاريع وأعمال خاصة تجارية	73	%12,9
موظفات في القطاع العام/والعسكري	64	%11,3
مهن طبية	62	%11
مهن مصرفية وبنوك	32	%5,7
موظفات في القطاع الخاص	30	%5,3
مهن هندسية	24	%4,2
مهن كتابية	21	%3,7
محاماة	5	%0,9
التعليم العالي	10	%1,8
المجموع	565	%100

جدول (2)
توزع أفراد العينة وفق متغيري: العمر، ووضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل)

العمل / الفئة العمرية	تعمل	النسبة المئوية	لا تعمل	النسبة المئوية	المجموع	النسبة المئوية
29–20	205	%36,3	105	%24,14	310	%31
39 –30	212	%37,5	180	%41,4	392	%39,2
49–40	92	%16,3	87	%20	179	%17,9
50– فأكثر	56	%9,9	63	%14,5	119	%11,9
المجموع	565	%100	435	%100	1000	%100

الأدوات:

لأغراض جمع المعلومات المتعلقة بموضوع البحث أعد دليل المعلومات الشخصية والديموغرافية Personal and Demographic Questionnaire الذي اشتمل على مجموعة من الأسئلة تناولت: وضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل)، والعمر، وعدد الأبناء. كما استعين بالأدوات التالية بعد أن قام الباحثان بترجمتها إلى اللغة العربية:

1 – مقياس الصحة النفسية Psychological Well- Being Scale:

تشتمل هذه الأداة التي طَوَّرها روس وهيس (Ross and Hayes, 1988) على ست فقرات، يلي كُلاً منها مقياس تدريجي يراوح بين 1(عدم وجود العرض الذي تتناوله الفقرة) و 5 (وجود العرض بشكل مستمر ودائم). وتتناول هذه الفقرات: صعوبات النوم، والشعور بالغضب وسرعة الاستثارة، وانخفاض المعنويات، والشعور بالسعادة، والشعور بالنشاط، والشعور بالتفاؤل. وصيغت الفقرات الثلاث الأولى بطريقة معاكسة للفقرات الثلاث الثانية؛ لتجنُّب ما يمكن أن يحدث من خطأ نتيجة ميل المفحوصين إلى الاستجابة الإيجابية دون التركيز على مضمون الفقرة الفعليّ.

2 – مقياس الأعراض السيكوسوماتية Psychosomatic Symptoms:

أعد هذه الأداة بيكو، وباراباز، وبودا (Piko, Barabas and Boda, 1997) للحصول على معلومات حول مدى تكرار التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية خلال العام الذي يسبق وقت تعبئة الاستمارة. وتغطي فقرات الأداة الأعراض

السيكوسوماتية السبعة الآتية: آلام الظهر، والصداع الناجم عن التوتر، واضطرابات النوم، والتعب المزمن، وحرقة المعدة الناجمة عن سوء الهضم، والإسهال الناجم عن التوتر، وخفقان القلب. يلي كُلَّ واحد من هذه الأعراض مقياسٌ تدريجيٌّ يراوح بين 1 (عدم وجود العرض) و 5 (التعرض للعرض بشكل مستمر).

3 – مقياس الأمراض المزمنة Chronic Illness Episodes:

قام بيكو (Piko, 2001) بتطوير هذه الأداة بهدف تقييم مدى انتشار الأمراض المزمنة، وتتكون من مجموعة من الأسئلة تقيس وجود أمراض مزمنة معينة، هي: فرط ضغط الدم، والسكريّ، وانخفاض ضغط الدم، وتصلب الشرايين، وارتفاع مستوى الكولسترول. ويلي كل واحد من الأمراض المزمنة الخمسة التي أشير إليها عبارة نعم أو لا.

4 – مقياس التقدير الذاتي للصحة Self- Perceived Health:

ويهدف هذا المقياس الذي طوره بيكو(Piko, 2001) إلى تقييم الوضع الصحي للمرأة من وجهة نظرها الخاصة؛ إذْ يُطلَبُ من أفراد العينة تقييم أوضاعهن الصحية مقارنة بمثيلاتهن من الفئة العمرية نفسها. ويلي العبارةَ التي تضمنتها الأداة مقياسٌ تدريجيٌّ يراوح بين 1 (ويشير إلى درجة كبيرة من الضعف الصحيّ) إلى 4 (ويشير إلى وضع صحيّ ممتاز).

ثانياً – صدق الصور المُعرَّبة من أدوات الدراسة وثباتها:

بعد أن قام الباحثان بترجمة أدوات الدراسة (مقياس الصحة النفسية، ومقياس الأعراض السيكوسوماتية، ومقياس الأمراض المزمنة، ومقياس التقدير الذاتي للصحة) عُرضت على مجموعة من الزملاء في قسمي علم النفس في الجامعتين: الأردنية، وعمان الأهلية؛ للتأكد من دقة الترجمة وسلامتها ومن ملاءمة محتوى الفقرة للأهداف التي صممت لقياسها. أشارت نتائج التحكيم إلى أن جميع الفقرات تتمتع بالصدق المنطقي، ولم يجر استثناء أي فقرة منها في أي من المقاييس الأربعة. بعد ذلك اختيرت عينة من 50 امرأة (25 من العاملات، و25 من غير العاملات)، وطبقت عليهن الصورة المُعرَّبة من المقاييس المشار إليها في الموقف نفسه. وبعد مضي خمسة أسابيع أعيد تطبيق الأدوات على المجموعة نفسها. ثم استخرجت قيم معاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار Test-retest Method من البيانات المتجمعة عن مقياسي: الصحة النفسية، والأعراض السيكوسوماتية، فبلغت (0,949) و(0,948) على التوالي.

كما حُسَبتْ معاملات ثبات الأدوات عن طريق استخراج معاملات الاتفاق Contingency Coefficient عن البيانات المتجمعة من تطبيق مقياسي الأمراض المزمنة، والتقدير الذاتي للصحة، فبلغت قيم معاملات الاتفاق على جميع الفقرات التي يتشكل منها مقياس الأمراض المزمنة 100% باستثناء الفقرة التي تتناول الإصابة بانخفاض ضغط الدم Low Blood Pressure، إذْ بلغت قيمة معامل الاتفاق 98%. كما بلغ معامل الاتفاق على مقياس التقدير الذاتي للصحة 100% أيضاً.

ثالثاً – جمع البيانات :

بعد التأكد من ثبات أدوات الدراسة عقد اجتماع بفريق البحث، وأوضحَتْ لهم أهدافُ الدراسةِ، وُطِلبَ إليهم توزيع أدوات الدراسة على المناطق المحددة. وقد جرى جمع المعلومات خلال الفترة الواقعة ما بين شهري تشرين الأول/2006 – شباط/2007.

رابعاً – تصحيح الأدوات والتحليل الإحصائي للبيانات:

بعد جمع أدوات الدراسة، ومراجعتها، جرت عملية تصحيح الاستمارات، وروعي أن تُصحَّحَ البنود التي تحمل الأرقام (4، و5، و6) في مقياس الصحة النفسية العامة بطريقة معاكسة لبقية الفقرات في المقياس؛ نظراً لأنها مصوغة بطريقة إيجابية. تلا ذلك تفريغ البيانات ومعالجتها باستخدام برنامج SPSS لاستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية عن المتوسط على البنود التي تشكل مقياسي الصحة النفسية، والأعراض السيكوسوماتية. واستناداً إلى أهمية متغير العمر في تقرير الوضع الصحي للفرد أجري تحليل للانحدار اللوجستي Logistic Regression – وذلك قبل البدء بإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة لاختبار فروض الدراسة – على البيانات التي جمعت من جميع أفراد العينة من النساء العاملات وغير العاملات. وأدخل عامل العمر بصفته متغيراً تنبئياً لفحص المتغيرات المرتبطة بالصحة الجسمية، واستخدم لهذا الغرض برنامج SPSS الإصدار الخامس عشر.

النتائج:

هدفت الدراسة الحالية إلى فحص الآثار الناجمة عن مشاركة المرأة في قوة العمل إلى جانب ما تؤديه من أدوار أسرية (تعدد الأدوار) على صحتها النفسية والجسمية. وبالنظر إلى أهمية متغير العمر في تقرير الوضع الصحي الجسمي والنفسي أجريت عمليات تحليل للانحدار اللوجستي، قبل البدء باختبار فروض

الدراسة، فتبين عدم وجود تأثير للتفاعل بين متغيري: العمر، والعمل على أي من بنود مقياسي الصحة النفسية أو الأمراض المزمنة. كما استخرجت متوسطات أعمار الفئتين من النساء (العاملة/ وغير العاملة)، ولم تكشف النتائج عن فروق بين متوسطي المجموعتين.

وفي ضوء هذه النتيجة التي لم تبين وجود تأثير للتفاعل بين متغيري العمل والعمر في أيٍّ من بنود مقياسي الصحة النفسية والأمراض المزمنة، وبسبب تساوي متوسطي أعمار النساء العاملات وغير العاملات، استثني مُتغيِّر العمر ولم يؤخذ في الحسبان لدى تحليل النتائج؛ لعدم اتِّضاحِ تأثيره في تقرير الوضع الصحي لدى أفراد عينة الدراسة الحالية.

ولاختبار فروض الدراسة استخرجت قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء العاملات وغير العاملات على كل بند من بنود مقياس الصحة النفسية. كما حُسبَتْ قيم اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفروق بين المتوسطات، وحسبت قيم معاملات الاتفاق Contingency Coefficient بين استجابات النساء العاملات وغير العاملات على بنود مقياس الأمراض المزمنة، وحسبت قيم مربع كاي، واستخدم تحليل التباين الثنائي (Two-Way ANOVA). وفيما يلي إيضاح للنتائج التي توصل إليها:

أولاً – النتائج المتعلقة بالفرض الأول " **لا توجد فروق دالة إحصائياً بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الأوضاع الصحية النفسية وفي التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية** ".

حُسبَتْ قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء العاملات وغير العاملات على كل بند من بنود مقياسي الصحة النفسية والاضطرابات السكوسوماتية. كما حُسبَتْ قيم اختبار "ت" للكشف عن دلالة الفروق بين المتوسطات. ويوضح الجدول (3) النتائج؛ إذْ يتبين عدم وجود فروق دالة بين استجابات النساء العاملات والنساء غير العاملات على أي من بنود مقياس الصحة النفسية أو الاضطرابات السيكوسوماتية؛ حيث لم تكن أيٌّ من قيم اختبار "ت" دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leqslant 0,05$. باستثناء حرقة المعدة، إذ كما يتضح من جدول (3) أن متوسط النساء غير العاملات اللواتي يعانينَ حرقة المعدة يزيد بدرجة دالة على متوسط النساء العاملات، إذْ بلغت قيمة ت (2,35)، وهذه القيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

جدول (3)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء العاملات وغير العاملات المحسوبة على بنود مقياسي الصحة النفسية والأعراض السيكوسوماتية وقيم اختبار (ت)

أولاً – مقياس الصحة النفسية	الوضع المهني	المتوسط	الانحراف المعياري	"ت"	مستوى الدلالة
صعوبة النوم	غير عاملة	2,59	1,22	1,011–	0,31
	عاملة	2,67	1,10		
الشعور بالغضب وسرعة الاستثارة	غير عاملة	3,32	1,17	1,022–	0,30
	عاملة	3,39	1,06		
انخفاض المعنويات	غير عاملة	2,79	1,17	1,908–	0,057
	عاملة	2,92	1,04		
الشعور بالسعادة	غير عاملة	3,30	0,92		0,35
	عاملة	3,36	0,89		
الشعور بالنشاط	غير عاملة	3,62	0,91	1,008	0,31
	عاملة	3,56	0,90		
الشعور بالتفاؤل	غير عاملة	3,48	1,08	0,94	0,34
	عاملة	3,42	1,00		
ثانياً – الأعراض السيكوسوماتية	**الوضع المهني**	**المتوسط**	**الانحراف المعياري**	**"ت"**	**مستوى الدلالة**
آلام الظهر	غير عاملة	3,07	1,41	1,47	0,143
	عاملة	2,94	1,28		
الصداع بسبب الضغط	غير عاملة	2,88	1,26	0,16	0,870
	عاملة	2,87	1,18		
مشكلات في النوم، أحلام مزعجة أو كوابيس، وصعوبة في التنفس	غير عاملة	2,31	1,27	1,54	0,124
	عاملة	2,19	1,15		
تعب مزمن	غير عاملة	2,32	1,30	0,41–	0,680
	عاملة	2,36	1,26		
حرقة في المعدة	غير عاملة	2,20	1,28	2,35	*0,01
	عاملة	2,02	1,15		

تابع/ جدول (3)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء العاملات وغير العاملات المحسوبة على بنود مقياسي الصحة النفسية والأعراض السيكوسوماتية وقيم اختبار (ت)

إسهال ناتج عن التوتر	غير عاملة	1,40	0,77	1,49–	0,136
	عاملة	1,47	0,78		
خفقان القلب	غير عاملة	1,93	1,23	0,02–	0,980
	عاملة	1,93	1,06		

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرض الثاني "**لا توجد فروق دالة إحصائياً بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التعرض للأمراض المزمنة وفي التقييم الذاتي لأوضاعهن الصحية**".

حُسبَتْ قيم معاملات الاتفاق بين استجابات النساء العاملات والنساء غير العاملات على بنود مقياس الأمراض المزمنة، ثم حسبت قيم مربع كاي، ويوضح الجدولان (4، و5) النتائج. إذْ يتضح من جدول (4) وجود فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات على كلٍّ من: فرط ضغط الدم، والسكريّ، وارتفاع الكولسترول. حيث بلغت قيم مربع كاي على التوالي (10,80)، و (15,18)، و(3,83)، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leqslant 0,05$. وبالرجوع إلى جدول (4) يتضح أن هذه الأمراض أكثر انتشاراً بين غير العاملات من النساء مقارنة بمثيلاتهنَّ من النساء العاملات.

كما يتضح من جدول (5) عدم وجود فروق دالة في التقدير الذاتي للوضع الصحي بين النساء العاملات والنساء غير العاملات، إذ بلغت قيمة معامل الاتفاق 0,092، وهذه القيمة ليست دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leqslant 0,05$.

جدول (4)
معاملات الاتفاق وقيم مربع كاي لاستجابات النساء العاملات وغير العاملات على بنود مقياس الأمراض المزمنة

الأمراض المزمنة	الوضع المهني	نعم	لا	معامل الاتفاق	مربع كاي	مستوى الدلالة
فرط ضغط الدم	غير عاملة	42	358	0,10	10,80	.01
	عاملة	28	539			
السكري	غير عاملة	25	374	0,12	15,18	.01
	عاملة	9	560			
انخفاض ضغط الدم	غير عاملة	41	358	0,016	0,2	0,62
	عاملة	64	504			
تصلب الشرايين	غير عاملة	2	397	0,037	1,35	0,24
	عاملة	7	562			
ارتفاع الكولسترول	غير عاملة	21	378	0,063	3,83	0,05
	عاملة	16	553			

جدول (5)
تقييم النساء العاملات وغير العاملات لأوضاعهن الصحية مقارنة بمثيلاتهن من الفئة العمرية نفسها وقيم مربع كاي

الوضع المهني	ضعيف	جيد	ممتاز	معامل الاتفاق	مربع كاي	مستوى الدلالة
غير عاملة	27	124	251	0,092	8,350	0,1
عاملة	34	133	410			

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالفرض الثالث "**لا توجد فروق دالة إحصائياً بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الأوضاع الصحية النفسية وفي التعرض للاضطرابات السيكوسوماتية ناجمة عن تفاعل متغيري وضع المرأة المهني (تعمل/ لا تعمل) مع عدد الأولاد**".

استخرجت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات النساء العاملات والنساء غير العاملات على بنود مقياسي الصحة النفسية والأعراض السيكوسوماتية. واستخدم تحليل التباين الثنائي (Two-Way ANOVA) للكشف عن دلالة الفروق. ويوضح الجدولان (6، و7) النتائج. إذ تبين من جدول (7) عدم وجود فروق دالة تعود إلى تفاعل متغيري الوضع المهني وعدد الأولاد على أي من بنود مقياس الصحة النفسية. فقد كانت جميع قيم (ف) غير دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leqslant 0,05$.

جدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على بنود مقياس الصحة النفسية وبنود مقياس الأعراض السيكوسوماتية وفق متغيري: وضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل)، وعدد الأولاد

بنود مقياس الصحة النفسية	عدد الأولاد	المتوسط		الانحراف المعياري	
		غير عاملة	عاملة	غير عاملة	عاملة
صعوبة النوم	أقل من 3	2,48	2,63	1,12	1,10
	3–6	2,47	2,50	1,22	1,14
	7 فأكثر	2,94	3,20	1,22	1,01
الشعور بالغضب وسرعة الاستثارة	أقل من 3	3,41	3,41	1,14	1,02
	3–6	3,45	3,32	1,10	103
	7 فأكثر	3,27	3,35	1,23	0,99
انخفاض المعنويات	أقل من 3	2,80	2,84	1,09	0,99
	3–6	2,78	2,93	1,25	1,05
	7 فأكثر	2,67	2,95	1,15	1,05
الشعور بالسعادة	أقل من 3	3,32	3,39	0,79	0,93
	3–6	3,31	3,36	0,97	0,85
	7 فأكثر	3,16	3,15	0,99	0,75
الشعور بالنشاط	أقل من 3	3,68	3,56	0,86	0,89
	3–6	3,64	3,57	0,87	0,93
	7 فأكثر	3,46	3,50	1,00	0,69
الشعور بالتفاؤل	أقل من 3	3,53	3,48	1,02	0,98
	3–6	3,45	3,51	1,08	1,03
	7 فأكثر	3,56	3,35	1,00	0,88
الأعراض السيكوسوماتية	**عدد الأولاد**	**المتوسط**		**الانحراف المعياري**	
		غير عاملة	**عاملة**	**غير عاملة**	**عاملة**
آلام الظهر	أقل من 3	2,99	3,10	1,44	1,22
	3–6	3,14	3,00	1,42	1,26
	7 فأكثر	3,05	2,80	1,47	1,32

تابع/ جدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على بنود مقياس الصحة النفسية وبنود مقياس الأعراض السيكوسوماتية وفق متغيري: وضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل)، وعدد الأولاد

الصداع بسبب الضغط	أقل من 3	2,71	2,78	1,30	1,13
	3–6	2,92	2,88	1,30	1,18
	7 فأكثر	3,19	3,25	1,29	0,97
مشكلات في النوم، أحلام مزعجة أو كوابيس، وصعوبة في التنفس	أقل من 3	2,09	2,09	1,19	1,12
	3–6	2,33	2,18	1,24	1,13
	7 فأكثر	2,44	2,55	1,41	1,39
تعب مزمن	أقل من 3	2,12	2,34	1,24	1,28
	3–6	2,38	2,41	1,31	1,24
	7 فأكثر	2,87	2,15	1,35	1,09
حرقة في المعدة	أقل من 3	2,09	2,06	1,21	1,14
	3–6	2,11	2,12	1,21	1,20
	7 فأكثر	2,43	2,00	0,87	0,81
إسهال ناتج عن التوتر	أقل من 3	1,44	1,50	0,70	0,65
	3–6	1,36	1,44	0,91	0,69
	7 فأكثر	1,48	1,55	1,19	0,99
خفقان القلب	أقل من 3	1,87	1,93	1,15	1,06
	3–6	1,88	2,13	1,33	0,97
	7 فأكثر	2,17	2,25	1,12	1,10

في حين يتضح من جدول (7) وجود فروق دالة ناجمة عن تفاعل متغيري وضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل)، وعدد الأولاد على الإصابة بحرقة المعدة، إذ بلغت قيمة ف (3,20)، وهذه القيمة دالة عند مستوى الدلالة $\propto \leqslant 0,05$.

جدول (7)
تحليل التباين الثنائي لاستجابات أفراد العينة على بنود مقياس الصحة النفسية وبنود مقياس الأعراض السيكوسوماتية وفق تفاعل متغيري: وضع المرأة المهني (تعمل/ لا تعمل)، وعدد الأولاد

مصدر التباين	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	مستوى الدلالة
عمل المرأة	صعوبة النوم	1,828	1	1,828	1,384	0,24
	الشعور بالغضب وسرعة الاستثارة	0,02	1	0,02	0,027	0,87
	انخفاض المعنويات	2,109	1	2,109	1,749	187
	الشعور بالسعادة	0,122	1	0,122	0,151	0,69
	الشعور بالنشاط	0,235	1	0,235	0,291	0,59
	الشعور بالتفاؤل	0,356	1	0,356	0,344	0,55
عدد الأولاد	صعوبة النوم	16,511	2	8,256	6,249	0,002
	الشعور بالغضب وسرعة الاستثارة	0,46	2	0,23	0,19	0,82
	انخفاض المعنويات	0,148	2	0,073	0,061	0,94
	الشعور بالسعادة	1,938	2	969	1,195	304
	الشعور بالنشاط	0,96	2	0,485	0,60	0,54
	الشعور بالتفاؤل	0,137	2	0,068	0,06	0,93
عمل المرأة × عدد الأولاد	صعوبة النوم	00,82	2	0,41	0,31	0,73
	الشعور بالغضب وسرعة الاستثارة	0,73	2	0,36	0,31	0,73
	انخفاض المعنويات	0,76	2	0,38	0,31	0,72
	الشعور بالسعادة	0,08	2	0,04	0,051	0,95
	الشعور بالنشاط	310	2	155	192	825
	الشعور بالتفاؤل	0,92	2	0,46	0,44	0,64

تابع/ جدول (7)

تحليل التباين الثنائي لاستجابات أفراد العينة على بنود مقياس الصحة النفسية وبنود مقياس الأعراض السيكوسوماتية وفق تفاعل متغيري: وضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل)، وعدد الأولاد

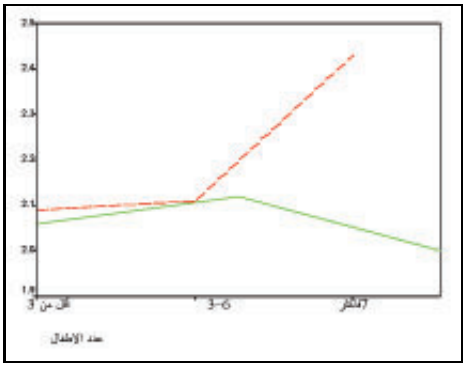
مصدر التباين	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	مستوى الدلالة
الخطأ	صعوبة النوم	657,903	498	1,321		
	الشعور بالغضب وسرعة الاستثارة	588,699	498	1,182		
	انخفاض المعنويات	600,665	498	1,206		
	الشعور بالسعادة	403,837	498	0,81		
	الشعور بالنشاط	401,935	498	0,80		
	الشعور بالتفاؤل	514,971	498	1,034		
عمل المرأة	آلام الظهر	0,729	1	0,72	0,40	0,52
	الصداع بسبب الضغط	0,06	1	0,06	0,046	0,83
	مشكلات في النوم، أحلام مزعجة أو كوابيس، وصعوبة في التنفس	0,02	1	0,02	0,016	0,89
	حرقة في المعدة	2,185	1	2,185	1,349	0,24
	تعب مزمن	1,944	1	1,944	1,325	0,25
	إسهال ناتج عن التوتر	0,488	1	0,488	0,81	0,36
	خفقان القلب	1,444	1	1,444	1,152	0,28
عدد الأولاد	آلام الظهر	1,043	2	0,52	0,28	0,75
	الصداع بسبب الضغط	11,014	2	5,507	3,688	0,026
	مشكلات في النوم، أحلام مزعجة أو كوابيس، وصعوبة في التنفس	8,238	2	4,119	2,809	0,61
	حرقة في المعدة	5,086	2	2,543	1,570	0,20
	تعب مزمن	0,91	2	0,45	0,31	0,73
	إسهال ناتج عن التوتر	0,87	2	0,43	0,73	0,48
	خفقان القلب	4,692	2	2,346	1,871	0,15

تابع/ جدول (7)

تحليل التباين الثنائي لاستجابات أفراد العينة على بنود مقياس الصحة النفسية وبنود مقياس الأعراض السيكوسوماتية وفق تفاعل متغيري: وضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل)، وعدد الأولاد

مصدر التباين	المجال	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	"ف"	مستوى الدلالة
عمل المرأة × عدد الأولاد	آلام الظهر	2,450	2	1,225	667	509
	الصداع بسبب الضغط	0,37	2	0,18	0,12	0,88
	مشكلات في النوم، أحلام مزعجة أو كوابيس، وصعوبة في التنفس	0,98	2	0,49	0,33	0,71
	حرقة في المعدة	10,367	2	5,184	3,200	٭0,04
	تعب مزمن	2,387	2	1,193	0,81	0,44
	إسهال ناتج عن التوتر	0,05	2	0,025	0,005	0,99
	خفقان القلب	1,109	2	0,55	0,44	0,64
الخطأ	آلام الظهر	901,530	498	1,810		
	الصداع بسبب الضغط	743,645	498	1,493		
	مشكلات في النوم، أحلام مزعجة أو كوابيس، وصعوبة في التنفس	730,295	498	1,466		
	حرقة في المعدة	806,768	498	1,620		
	تعب مزمن	730,541	498	1,467		
	إسهال ناتج عن التوتر	298,998	498	0,600		
	خفقان القلب	624,301	498	1,254		

وُيبِّينُ الشكل (1) الكيفية التي يتفاعل فيها متغيرا وضع المرأة المهني (تعمل/لا تعمل)، وعدد الأولاد على الإصابة بحرقة المعدة.



شكل (1)
رسم إيضاحي يبين الكيفية التي يتفاعل فيها متغيرا وضع المرأة المهني، وعدد الأولاد على الإصابة بحرقة المعدة

يتضح من شكل (1) أن نسبة النساء اللواتي لا يعملن ممن لديهن أقل من 3 أولاد، ويعانين حرقة المعدة تزيد بدرجة دالة على نسبة من يعانين حرقة المعدة من النساء اللواتي يعملن ولديهن عدد مساو من الأولاد. كما يلاحظ – تقريباً – تساو في نسبة النساء العاملات والنساء غير العاملات المصابات بحرقة المعدة ممن لديهن ما بين (3–6) أولاد، مع وجود زيادة طفيفة في نسبة النساء العاملات اللواتي يعانين حرقة المعدة. ويتضح من الشكل – أيضاً – أن نسبة النساء غير العاملات اللواتي يعانين حرقة المعدة ممن لديهن (7) أولاد فأكثر تزيد كثيراً على مثيلاتهن من العاملات اللواتي لديهن العدد نفسه من الأولاد.

رابعاً: النتائج المتعلقة بالفرض الرابع "**لا توجد فروق دالة إحصائياً بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التعرض للأمراض المزمنة وفي التقييم الذاتي للأوضاع الصحية ناجمة عن تفاعل متغيري الوضع المهني للمرأة (تعمل/ لا تعمل) مع عدد الأولاد**".

حُسِبَتْ معاملات الاتفاق، كما حُسِبَتْ قيم مربع كاي على بنود مقياسي الأمراض المزمنة والتقييم الذاتي للوضع الصحي. والجدول (8) يوضح النتائج. إذْ يتبين وجود فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التعرض للأمراض المزمنة تبعاً لتفاعل الوضع المهني للمرأة مع عدد الأولاد في الإصابة بـِ: فرط ضغط الدم، والسكري، وارتفاع مستوى الكولسترول. ويتضح – أيضاً – زيادة في عدد النساء غير العاملات المصابات بفرط ضغط الدم ممن لديهن 7 أولاد وأكثر مقارنة بمثيلاتهن من العاملات اللواتي لديهن عدد مساو من الأولاد. ويلاحظ أن

التعرض لفرط ضغط الدم يزداد بين النساء غير العاملات مع زيادة عدد الأولاد. كما يتضح أن إصابة النساء غير العاملات بمرض السكري تزيد على مثيلاتهن من العاملات اللواتي لديهن عدد مساو من الأولاد. وهذه الفروق تتضح بشكل أكبر في الحالات التي يكون لدى غير العاملة 7 أولاد فأكثر. كما أن إصابة النساء غير العاملات بمرض السكري تزداد مع زيادة عدد الأولاد، في حين لم يتضح حدوث ذلك لدى النساء العاملات.

جدول (8)
الفروق بين المرأة العاملة وغير العاملة في التعرض للأمراض المزمنة تبعاً لمتغير عدد الأولاد

الأمراض المزمنة	الوضع المهني	عدد الأولاد	نعم	لا	معامل الاتفاق	مربع كاي	مستوى الدلالة
فرط ضغط الدم	غير عاملة	أقل من 3	6	83	0,23	14,88	٭0,01
		3–6	12	95			
		7 فأكثر	18	47			
	عاملة	أقل من 3	5	122	0,11	3,63	0,16
		3–6	11	98			
		7 فأكثر	2	19			
السكري	غير عاملة	أقل من 3	3	86	0,26	19,82	٭0,01
		3–6	5	102			
		7 فأكثر	14	50			
	عاملة	أقل من 3	1	128	0,15	6,26	0,04
		3–6	3	106			
		7 فأكثر	2	19			
الضغط المنخفض	غير عاملة	أقل من 3	11	78	0,03	0,39	0,82
		3–6	11	96			
		7 فأكثر	6	58			
	عاملة	أقل من 3	17	111	0,09	2,21	0,34
		3–6	18	91			
		7 فأكثر	1	20			

تابع/ جدول (8)
الفروق بين المرأة العاملة وغير العاملة في التعرض للأمراض المزمنة تبعاً لمتغير عدد الأولاد

الأمراض المزمنة	الوضع المهني	عدد الأولاد	نعم	لا	معامل الاتفاق	مربع كاي	مستوى الدلالة
تصلب الشرايين	غير عاملة	أقل من 3		89	0,069	1,25	0,53
		3–6	1	106			
		7 فأكثر	1	63			
	عاملة	أقل من 3	2	127	0,061	0,98	0,61
		3–6	3	106			
		7 فأكثر	1	20			
ارتفاع الكولسترول	غير عاملة	أقل من 3	5	84	0,18	9,55	٭0,01
		3–6	5	102			
		7 فأكثر	11	53			
	عاملة	أقل من 3	3	126	0,10	3,03	0,21
		3–6	6	103			
		7 فأكثر	2	19			

ويتضح من جدول (8) أنَّ ارتفاع مستوى الكولسترول يزداد عند النساء غير العاملات مقارنة بمثيلاتهن من النساء العاملات اللواتي لديهن عدد مساو من الأولاد. وأن هناك زيادةً واضحةً في عدد النساء غير العاملات اللواتي يعانين ارتفاع مستوى الكولسترول مِمّن لديهن 7 أولاد فأكثر. وجميع الفروق بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الأمراض المذكورة دالة؛ إذ بلغت قيم مربع كاي على كل من: فرط ضغط الدم، والسكري، وارتفاع الكولسترول (0,15) و(19,82) و(9,55). وجميع هذه القيم دالة عند مستوى $\propto \leqslant 0,05$. ولم تشر النتائج إلى وجود فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التقييم الذاتي للأوضاع الصحية، تعزى إلى التفاعل بين الوضع المهني وعدد الأولاد.

المناقشة:

هدفت الدراسة الحالية إلى فحص الآثار الناجمة عن مشاركة المرأة الأردنية في قوة العمل، إلى جانب ما تؤديه من أدوار أسرية، على صحتها النفسية

والجسمية. ولتحقيق هذا الغرض استخدمت مجموعة من الأدوات، هي: مقياس الصحة النفسية، ومقياس الأعراض السيكوسوماتية، ومقياس الأمراض المزمنة، ومقياس التقدير الذاتي للصحة. وُطِّبقَتْ هذه الأدوات على عينة من النساء العاملات قورنت استجاباتهن باستجابات عينة من النساء غير العاملات.

أولاً - مناقشة النتائج المتعلقة بالفرض الأول:

أيدت النتائج الشق الأول من الفرض الأول من فروض الدراسة؛ إذ لم يكشف اختبار "ت" عن أيّ فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات على أي من بنود مقياس الصحة النفسية، في حين لم تؤيد النتائج الشق الثاني من الفرض؛ حيث كشفت النتائج عن فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في حرقة المعدة إذ كانت حرقة المعدة أكثر انتشاراً بين النساء غير العاملات من النساء العاملات؛ مما يقدم دلالة على أن زيادة الأعباء المتعلقة بمشاركة المرأة في سوق العمل لم ترتبط بسوء الأوضاع الصحية النفسية أو السيكوسوماتية. بل على العكس من ذلك بينت النتائج أن قرحة المعدة كانت أكثر انتشاراً بين النساء غير العاملات، مع العلم أن قرحة المعدة تعد من الاضطرابات السيكوسوماتية التي تتفاقم مع التوتر الناجم عن الضغط. ويمكن الاستناد في تفسير هذه النتيجة إلى فرض المساندة Enhancement Hypothesis مشار إليه في (Kessler and McRae, 1982) الذي يفترض أن ما يكسبه الأفراد من تقدير ذات أكبر ومساندة اجتماعية من خلال القيام بأدوار متعددة يفوق ما يتكبدونه من تكاليف. وهذا الفرض يحدد مجموعة من الآثار الإيجابية التي يتركها العمل على أوضاع المرأة العاملة، على نحو، تحسن الوضع الاقتصادي، وزيادة فرص المساندة الاجتماعية، وتوفير الأجواء المعززة، والمساندة الأسرية. وفي ضوء هذا الفرض يمكن فهم سبب عدم ارتباط زيادة الأعباء التي تتحملها المرأة العاملة بالزيادة في ظهور الأعراض النفسية السلبية. فخروج المرأة إلى العمل يسهم في انشغالها مما يجعلها أقل عرضة للكآبة المرتبطة بأعمال المنزل الرتيبة أو بمشاعر الوحدة أو الملل، ومن ثم فإن ما تتعرض له المرأة العاملة من ضغوط ناجمة عن العمل قد يعادل ما تتعرض له المرأة غير العاملة من الكآبة الناجمة عن قلة الاستثارة؛ مما يؤدي إلى زوال الفروق بينهن في الأوضاع الصحية النفسية.

وقد أيدت نتيجة الدراسة الحالية نتائج الدراسات الطولية والمستعرضة التي

بينت أن عمل المرأة لا يرتبط بمشكلات الصحة النفسية (Barnett and Baruch, 1985; Baruch and Barnett, 1986; Repetti, et al., 1989; Ross, et al., 1993). واتفقت مع ما توصل إليه هاينز وفاينلايب (Haynes and Feinleib, 1980)، اللذان لم يجدا انتشاراً أكبر في الأمراض القلبية الوعائية (التي تصنف ضمن فئة الأمراض السيكوسوماتية) بين النساء العاملات مقارنة بربات البيوت من غير العاملات. مع أن هاينز وفاينلايب توصلا إلى أن النساء اللواتي يقمن بمهن كتابية يتعرضن بدرجة أكبر من سواهنّ إلى الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية. وهذا – بدوره – يقود إلى ضرورة وضع نوعية العمل، ودرجة صعوبته، وهل هو روتيني أو يتضمن الإبداع والتغيير، في الحسبان، لدى إجراء دراسات مثيله. في حين لم تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسة التي توصل إليها كوبر وديفيدسون (Cooper and Davidson, 1982) حول تعرض النساء العاملات إلى الصداع الناجم عن الضغط أكثر من النساء غير العاملات.

ثانياً – مناقشة النتائج المتعلقة بالفرض الثاني:

أيدت النتائج الشق الثاني من الفرض الثاني، إذ لم تكشف النتائج عن فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التقييم الذاتي للوضع الصحي، في حين لم تؤيد النتائج الشق الأول من الفرض الثاني. إذ بينت وجود فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات على كلٍّ مِنْ: فرط ضغط الدم، والسكري، وارتفاع الكولسترول. وتبين أن النساء غير العاملات أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض من النساء العاملات؛ مما يقدم دليلاً على وجود تأثيرات إيجابية للعمل على صحة المرأة العاملة الجسمية.

لقد اتفقت النتائج المتعلقة بالشق الأول من الفرض الثاني مع ما توصلت إليه دراسات أخرى أيدت الفكرة بأن الجمع بين المهام الأسرية والعمل بأجر له انعكاسات إيجابية على صحة المرأة العاملة (Green and Russo, 1993). ومع ما توصلت إليه حتر– بولارا ودواني (Hattar-Pollara and Dawani, 2006). ولكنها لم تتفق مع الدراسات التي أشارت إلى وجود آثار سلبية يخلفها العمل على الصحة. ونورد مثالاً على هذه الدراسات الدراسة التي أجراها ديفيدسون وكوبر ودراسة هاينز وفاينلايب (Davidson and Cooper, 1980; Haynes and Feinleib, 1980)

والدراسة التي أجراها سيرز وجلامبوس Sears and Galambos, 1993 مشار إليها في (Frankel, 1993).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء فرض المساندة الذي سبق الإشارة إليه وفي ضوء فروض اتفقت مع فرض المساندة وهي، فرض الامتداد Expansion Hypothesis لماركس (Marks, 1977)، أو فرض السببية الاجتماعية Social Causation Hypothesis مشار إليه في (Grundy and Sloggett, 2003; Power, Stansfeld, Matthews, Manor, and Hope, 2002) وفرض الانتقاء Selection Hypothesis (Härenstam and Bejerot, 2001). وقد اقترحت جميع الفروض المشار إليها أن مشاركة المرأة في الحياة المهنية تترك آثاراً إيجابية على أوضاعها الصحية الجسمية والنفسية، نظراً لارتباط تعدد الأدوار التي تتيحها المشاركة في ميدان الحياة المهنية بقدر أكبر من التحكم بأمور الحياة، وبالأوضاع الاقتصادية الجيدة، وزيادة فرص الاندماج الاجتماعي وتقدير الذات (LennonÁand Rosenfield, 1992) ولا شك أن ما يتيحه العمل للمرأة من إحساس بالأهمية والفعالية الذاتية لدى تمكنها من المساعدة في توفير احتياجات الأسرة المادية ورفع مستواها الاقتصادي لا بد أن ينعكس إيجاباً على صحتها الجسمية ويسهم في تحصينها من التعرض للأمراض التي يعتقد بأن تطورها يتأثر إلى حد كبير بالأوضاع النفسية وظروف الحياة الصعبة، وخصوصاً إذا علمنا أن المرأة في الأردن أصبحت تسهم بشكل فاعل في تأمين دخل الأسرة، بل إن هناك كثيراً من الأسر في الأردن تعتمد في دخلها بشكل رئيسي على المرأة.

ولا ننسى أن ما يتيحه العمل للمرأة من فرص للتطور وتحقيق الذات والارتقاء بالإمكانات يكون له أثر إيجابي على وضعها النفسي الذي بدوره ينعكس على أوضاعها الصحية ويشكل مصدر وقاية لها من كثير من الأمراض الجسمية، كالأمراض المزمنة التي تناولتها الدراسة الحالية. ولعل المستوى الثقافي للمرأة العاملة يجعلها أكثر حرصاً في الحفاظ على صحتها، وفي تجنب ما يمكن أن يسهم في تطور الأمراض المزمنة التي يرتبط تطورها بأسلوب الحياة وبنمط التغذية والنشاط الرياضي. كما أن مشاركتها في الحياة العامة قد تجعلها أكثر وعياً بأهمية الفحص الطبي المستمر لمراقبة أوضاعها الصحية وخصوصاً في مرحلة أواسط العمر.

إن عدم وجود فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التقييم الذاتي للأوضاع الصحية، وهو ما جاء مؤيداً للشق الثاني من الفرض، يؤيد الفكرة بأن ما يحققه العمل من فوائد مادية ومعنوية يعادل ما تتعرض له المرأة العاملة من زيادة في الأعباء نتيجة الجمع بين الأدوار الأسرية وأدوار العمل.

ثالثاً – مناقشة النتائج المتعلقة بالفرض الثالث:

أيدت النتائج الشق الأول من الفرض الثالث من فروض الدراسة، إذ لم تكشف عن فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الأوضاع الصحية النفسية ناجمة عن التفاعل بين الوضع المهني وعدد الأولاد. في حين لم تؤيد النتائج الشق الثاني من الفرض الثالث إذ تبين وجود فروق بين النساء العاملات وغير العاملات في التعرض لقرحة المعدة، وهذه النتيجة تبين أن الجمع بين الأدوار المهنية والأسرية ليس له أثر سلبي على صحة المرأة النفسية. فالفروق بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الأوضاع الصحية النفسية بقيت كما هي على الرغم من وجود الأولاد. مع أنه من المتوقع أن يزيد وجود الأولاد لدى المرأة العاملة من الأعباء الملقاة عليها. ومن المعلوم أن زيادة الأعباء المرتبطة بتعدد الأدوار تزيد من الضغط الذي يرتبط بدوره بظهور التوتر والإرهاق وزيادة إفراز هرموني الإيبينيفرين ونور– ايبينيفرين وما يصاحب ذلك من اضطرابات جسمية وفسيولوجية. ومع ذلك يتضح أن الفروق بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في الأوضاع النفسية لم تتأثر حتى مع وجود الأطفال. مما يقدم دلالة أخرى على عدم وجود آثار سلبية للعمل على صحة المرأة النفسية.

أما الفروق التي ظهرت بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التعرض لقرحة المعدة فإنها تؤيد ما ذهبت إليه الفروض التي سبق الإشارة إليها، والتي اقترحت وجود آثار إيجابية لمشاركة المرأة في ميدان الحياة المهنية على أوضاعها السيكوسوماتية.

رابعاً – مناقشة النتائج المتعلقة بالفرض الرابع:

لم تؤيد نتائج الدراسة الحالية الشق الأول من الفرض الرابع، إذ اتضح وجود فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات ناتجة من التفاعل بين الوضع المهني للمرأة وعدد الأولاد في التعرض للأمراض المزمنة. وقد بينت النتائج أن نسبة النساء غير العاملات اللاتي يعانين فرط ضغط الدم والسكري وارتفاع الكولسترول

تزيد بدرجة دالة على مثيلاتهن من النساء العاملات اللواتي لديهن العدد نفسه من الأولاد، في حين أيدت النتائج الشق الثاني من الفرض الرابع؛ إذ بينت عدم وجود فروق دالة بين النساء العاملات والنساء غير العاملات في التقييم الذاتي للوضع الصحي تعود إلى التفاعل بين الوضع المهني وعدد الأبناء. وهذا يقدم مؤشراً آخر على الدور الذي يؤديه العمل – بوصفه من مهدئات الضغط (Stress Moderator) – في الارتقاء بالوضع الصحي للمرأة العاملة. فالفروق بين النساء العاملات والنساء غير العاملات بقيت كما هي حتى مع وجود الأولاد ومع ما يتضمن ذلك من زيادة في الأعباء والمسؤوليات التي ترتبط بوجود الأولاد. ويمكن تفسير النتيجة في ضوء ما بينه بارنيت ورفاقه (Barnett, Davidson and Marshall, 1991) من أن الأدوار الأسرية والعمل بأجر، يحميان المرأة من المعاناة السيكولوجية المرتبطة بأدوار أخرى؛ إذ أظهرت دراسة بارنيت ومارشال أن النساء اللواتي يقمن بأدوار أسرية كنّ أقل عرضة للمعاناة النفسية المرتبطة بالوظيفة، وبالمثل فإن الوظائف التي تشكل مصدر تحد للنساء العاملات تعمل على حمايتهن من المعاناة المرتبطة بتربية الأولاد. فالنساء اللواتي يؤدين أعمالاً تشكل مصدر إثارة وتعزيز؛ بسبب ما يحققن من إنجاز، يمكن أن يكُنَّ أقلَّ عرضة للمعاناة الناجمة عن التوترات المرتبطة بتربية الأولاد مقارنة بأولئك اللواتي لا يحققن الفوائد نفسها من وظائفهن.

وهذا – بدوره – يقدم دعماً لأهمية المشاركة الفاعلة للمرأة في الحياة العامة؛ لما لذلك – كما يرى برومبرج وماثيوس (Bromberg and Matthews, 1994) – من آثار إيجابية على النساء، ولا سيَّما في مرحلة أواسط العمر، فالعمل قد يقي المرأة من التعرض للاضطرابات النفسية والعقلية والأعراض المرضية السيكوسوماتية. وكما توصلت سيلي ورفاقها (Cilli et al., 2004) فإن القلق والفوبيا والبارانويا والأعراض الذهانية والسيكوسوماتية كانت أكثر ظهوراً بين غير العاملات من النساء مقارنة بمثيلاتهن من النساء العاملات.

خلاصة القول: النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية أوضحت أن العمل إن لم يسهم في الارتقاء بالأوضاع الصحية للمرأة العاملة فإنه لا يشكل خطراً على صحتها النفسية أو الجسمية. ومن هنا تبرز أهمية تحسين شروط العمل ما دامت مشاركة المرأة في ميدان الحياة المهنية ترتبط إيجاباً بصحتها الجسمية والنفسية، ولاسيّما إذا علمنا أهمية الأدوار التي تقوم بها المرأة في المجتمع. فالنتائج الإيجابية التي تنشأ عن تمتع المرأة بالصحة النفسية والجسمية لن تكون مقتصرة على

المرأة فحسب، ولكنها تمتد لتنعكس إيجاباً على مختلف قطاعات المجتمع. كما يمكن أن تقود نتائج هذه الدراسة إلى إمكانية استخدام العمل بوصفه وسيلةً علاجيةً للتخفيف مِمَّا يمكن أن تتعرض له المرأة التي لم تتح لها الفرصة للمشاركة في الحياة العامة من أشكال المعاناة النفسية أو الجسمية. ولا سيَّما أن بقاء المرأة في البيت يجعلها أكثر انشغالاً بذاتها؛ مما يجعلها أكثر عرضة للمعاناة من الأعراض المَرَضيّة الجسمية والنفسية.

مقترحات وتوصيات:

من التوصيات التي يمكن اقتراحها في ضوء نتائج هذه الدراسة ما يمكن إجماله فيما يأتي:

– ضرورة إجراء دراسات تتناول المقارنة بين النساء العاملات في ضوء المتغيرات الديموغرافية لمعرفة: كيف تتفاعل متغيرات، مثل: عدد الأولاد، وأعمار الأولاد، والمستوى التعليمي، والدخل، وعدد ساعات العمل، ونوعيته، وتوفير المساندة الأسرية، والمساندة من الشريك، مع العمل، في تقرير الوضع الصحي النفسي والجسمي للمرأة العاملة؛ لأن الآثار التي يمكن أن تترتب على تعدد الأدوار تعتمد – بدرجة كبيرة – على مدى توافر إمكانات معينة، مثل: الوقت، والمال، والمساندة الاجتماعية، والمساعدة من الآخرين.

– تحسين ظروف العمل بما يتناسب وخصوصية الوضع الاجتماعي الأسري، وسن قوانين لحماية حقوق المرأة العاملة، مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية الأدوار الأسرية المنوطة بها، والعمل على جعل بيئة العمل صديقة للمرأة Woman Friendly.

المراجع

وسام درويش بريك، وفوزي شاكر داود (2008). **علم النفس الصحي**. الطبعة الأولى، مترجم، المملكة الأردنية الهاشمية: عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

Aneshensel,. S. (1986). Marital and employment role-strain, and social support, among adult women. In S. E. Hobfoll (Ed.). *Stress, Social Support & Women*: 99-114. New York. Hemisphere.

Anderson, T. M.(1987). Perspectives on the health of immigrant women: A feminist analysis. *Advances in Nursing Science*, 8: 61-76.

Bacharach, S. B., Bamberger,P., & Conley, S. (1991). Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of Organizational Behavior*, 12: 39-53.

Barakat, H. (1993). The Arab family and the challenge of social transformation. In E. W. Fernea (Ed.), *Women and the family in the Middle East* (pp. 57-71). Austini University of Texa Press.

Barnett, R. C. & Baruch, G. (1985). Women's involvement in multiple roles and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49: 135-145.

Barnett, R. C., Davidson, H., and Marshall, N. L. (1991). Physical symptoms and the interplay of work and family roles. *Health Psychology*, 10: 94-101.

Barnett, C., Marshall, N. L. & Singer, J. D. (1992). Job experiences over.time, multiple Role, and women's mental health: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62: 634-644.

Baruch, G. K. and Barnett, R. C. (1986). Role quality, multiple roles involvement and the psychological well- being. In Noor, N. M. (2006). Malaysian women's state of well-being: Empirical validation of a conceptual model. *The Journal of Social Psychology*, 146 (1): 95-115.

Baum, A. (1990). Stress intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology*, 9: 653-675.

Bromberg, J. T., Matthews, K. A. (1994). Employment status and depressive symptoms in middle-aged women: A longitudinal investigation. *American Journal of Public* Health, 84(2): 202-207.

Cilli, A. S., Kaya, N. Bodur, S. Özkan, and Kucur, R. (2004). A comparative analysis of the psychological symptoms observed in the working women and housewive. Selcuk University Department of Public Health Branch. <http://www.aile.selcuk.edu.tr/text/article1.htm>.

Cooper, C. L. & Davidson, M. J. (1982). The high cost of stress on women managers. *Organizational Dynamics*, 10 (4): 44-53.

Cooper, C. L. & Payne, R. (Eds.). (1991). *Current concerns in occupational stress*. New York: Wiley, 187-212.

Crepet, P., Piazzi, A., Vetrone, G., and Costa, M. (1993). Effects of occupational status in the mental health of young Italian men and women. A Cross-sectional study. International *Journal of Social Psychology*, 39(4): 303-312.

Davidson, M., and Cooper, C. (1980). The extra pressures on women executives. *Personnel Management*, 12(1): 45-51.

Eichler, A., and Parron, D.L. (1987). *Women's mental health: Agenda for research*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

Frankel, J. (1993). (Ed.). The Employed Mother and Family Context. NY: Spring. Frankenhaeuser, M. (1991). The psychophysiology of workload, stress, and health: Comparisons between the sexes. *Annals of Behavioral Medicine*, 13: 197-204.

French, J. R. P., & Caplan, R. D. (1970). Psychosocial factors in coronary heart disease. *Industrial Medicine*, 39: 383-397.

Frone, M., Russell, M., and Cooper, M. (1992). Antecedents and outcomes of work-family Conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, 77: 65-75.

Glass, J., and Fujimoto, T. (1994). Housework, paid work, and depression among husbands and wives, *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 179-191.

Gove, W. R., & Zeiss, C. (1987). Multiple roles and happiness. In F. Grosby (Ed.), *Spouse, parent, worker* (pp. 125-137). New Haven, CT: Yale University Press.

Green, B. L. & Russo, N. F. (1993). Work and family roles: Selected issues. In F. L. Denmark and M. A. Paludi (Eds.), *Psychology of Women*: A handbook of Issues and Theories. Westport, CT: Greenwood Press.

Greenberg, J. (1980). The mental health of working women, *Science News*, 117, (17): 19-20.

Grundy, E., & A. Sloggett. (2003). Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socioeconomic circumstances. *Social Science Medicine*, 56: 935-947.

Härenstam, A. and Bejerot, E. (2001). Combining professional work with family responsibilities a burden or a blessing? *International Journal of Social Welfare*, 10: 202-214.

Hattar-Pollara, M., Meleis, A., and Nagib, H (2000). A study of the spousal role of Egyption women in clerical jobs. *Health Care for Women International*, 21: 305-317.

Hattar-Pollara, M. and Dawani, H. (2006). Cognitive appraisal of stress and health status of wage working and nonwage working women in Jordan. *Journal of Transcultural* Nursing, 17(4): 349-356.

Haynes, S. G., and Feinleib, M. (1980). Women, work, and coronary heart disease: Prospective findings from the Framingham heart study. *American Journal of Public Health*, 70(2): 133-141.

Hochschild, A. R. (1989). The Second Shift. New York: Avon Books. Jacobson, B. (1981) *The ladykillers: Why smoking is a feminist issue*, New York: Pluto Press.

Kahn, R. L. Wolfe, D. M. Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964) *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York Wiley.

Kandel, D. B., Davies, M., and Raveis, V. H. (1985). The stressfulness of daily social roles of women: Marital, occupational and household roles. *Journal of Health and Social Behavior*, 26: 64-78.

Kay, E. Middle management.In J. O'Tool (Ed.), (1974). *Work and the quality of life*. Cambridge, MA: MIT Press, 106-129.

Kessler, R. C., and McRae, J. A. (1982). The effect of wives' employment on the mental health of married men and women. *American Sociological Review*, 47: 216-227.

Kinnunen, U., and Mauno, S. (1998). Antecedents and outcomes of work-family conflict among employed women and men in Finland. *Human Relations*, 51: 157-177.

Lennon, M.C. and Rosenfield, S. (1992). Women and mental health: The interaction of job and family conditions. *Journal of Health and Social Behavior*, 33: 316-327.

Lennon, M.C. (1992). Domestic arrangements and depressive symptoms: An examination of housework Conditions. In B.P. Dohrenwend (Ed.), (1998) *Adversity, Stress, and psychopathology* (pp. 409-421). NewYork: Oxford University Press.

Long, B. C. and Cox, R. S. (2000). Women's ways of coping with employment stress: A feminist contextual analysis. In P. Dewe, M. leiter, and T, Cox (Eds.), *Coping, health and organizations* (pp. 109-123). London: Taylor and Francis.

Lundberg, U., & Frankenhaeuser, M. (1999). Stress and workload of men and women in high-ranking positious. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4: 142-151.

Marks, S. R. (1977). Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time and commitment. *American Sociological Review*, 42: 921-936.

Mostow, E. and Newberg, P. (1975). Work role and depression. A comparison of workers and housewives in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45(4): 538-548.

Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51(2): 223-235.

Piko, B. Barabas, K., and Boda, K. (1997). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self- perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7: 243 - 253.

Power, C., S. A. Stansfeld, S. Matthews, O. Manor, and S. Hope. (2002). Childhood and adulthood risk factor for socio-economic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort. *Social Science and Medicine*, 55: 1989-2004.

Ross. C. E., and Hayes, D. (1988). Exercise and psychological well-being in the community. *American Journal of Epidemiology*, 127: 762-771.

Ross, C., Mirowski, J., and Huber, J., (1993). Dividing work, sharing work and in-between: Marriage patterns and depression. *American Sociological Review*, 48: 809-823.

Redelinghuys, N., Lucius, J. S., Botes, and de Wet, M. (1999). Role conflict among women employees: fact or fiction? *Society in Transition*, 30(1): 54-69.

Reinfman, A., Biernat, M., and Lang, E. L. (1991).Stress, social support, and health in married professional women with small children, *Psychology of Women Quarterly*, 15: 431-445.

Repetti, R. L., Matthews, K. A., and Waldron, I. (1989). Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44: 1394-1401.

Sabbagh, A. A. (1997). Women's work and achievement in the Jordanian civil services. unpublished doctoral dissertation. University of Nottingham UK.

Stephens, MA. P. and Franks, M. M. (1999). Parent care in the context of women's multiple roles. *American Psychological Society*, 8: 149- 152.

Verbrugge, L. M. (1983). Multiple roles and physical health of women and men. *Journal of Health and Social Behavior*, 24: 16-30.

Voydanoff, P. and Donnelly, (1988). Work role characteristics, family structure demands and work / family conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 50: 749-761.

Waldron, I., Weiss, C., and Hughes, M. E. (1998). Interacting effects of multiple roles on women' health. *Journal of Health and Social Behavior*, 39: 216-236.

Weinder, G., Boughal, T., Connor, S. L., pieper, C., and Mendell, N. R. (1997). Relationship of job strain to standard coronary risk factors and psychological characteristics in women and men of the family heart study. *Health Psychology*, 16: 239-247.

West, C., and Zimmerman, D. H. (1991). Doing gender. In T. laber, and S. A. Farrell (Eds.), *The social construction of gender*: 13-37. Newbury Park, CA: Sage.

Wethington, E., and Kessler, R. C. (1989). Employment, parental responsibility, and psychological distress: A longitudinal study of married women. *Journal of Family Issues*, 10: 527-546.

Williams, J., Alliger, M. (1999). Role stressors, mood spillover, and perceptions of work-family conflict in employed parents. *Academy of Management Journal* 37: 837-868.

Williams, K. J., Suls, J., Alliger, G. M., Learner, S. M., and Wan, G. K. (1991). Multiple role juggling and daily mood states in working mothers: An experience sampling study. *Journal of Applied Psychology*, 76: 664-674.

قدم في: يوليو 2007
أجيز في: ديسمبر 2008

Effects of Participation in the Workforce on the Physical and Psychological Well-Being of Working Women: A Comparative Study on Working and Nonworking Women in Amman, Jordan

Wisam D. Breik[*]
Fawzi S. Daoud[*]

The following paper represents the findings of a study undertaken in Amman, Jordan to determine the influence of women's participation in the workforce, and on their psychological and physical well-being. The rationale behind this study was that women, because of their obligations to fulfill multiple roles in society, are at risk of experiencing conflict. The sample consisted of 1,000 subjects: 565 working women who have been employed for at least 3 years, and 435 non-working women. The women's ages ranged between 20-60 years. Four different scales were used to collect information about the physical well-being of the participants. The findings indicate significant differences between working and non-working women in stomach pyrosis (a psychosomatic symptom), hypertension, diabetes and cholesterol (chronic illness). The percentage of non-working women who suffer from these diseases were significantly higher than their working women counterparts. No significant differences were detected between working women and non-working women on psychological symptoms and self-assessment of health conditions. The results of this study correspond to the finding of other studies held in other cultures.

Key words: Children, Chronic diseases, Psychological well-being, Psychosomatic disorders, Self-assessment, Workforce, Working women.

* Department of Psychology - Al-Ahliyya University, Jordan.