

تبیین تئوریک سلامت از دیدگاه زنان

Women's Perspectives on Health: A Grounded Theory Study

S. Parvizy, Ph.D. ✉

N. Seyyed Fatemi, Ph.D.

K. Kiani, Ms.C.

✉ دکتر سرور پرویزی

استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نعیمه سیدفاطمی

دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

کیان‌دخت کیانی

کارشناس ارشد مامایی

Abstract

Women constitute half of world population and their health impacts significantly our families' and societies' health. The objective of this qualitative study was to explain women perspectives on the concept of health. 22 subjects (20-50 years) through a purposely-selected sampling method were selected from Tehran and went through an open semi-structured interview.

The interviews were recorded, transcribed and analyzed through constant comparative analysis method.

چکیده:

زنان نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند. بنابراین سلامت آنان زیربنای سلامت جامعه و خانواده است. هدف این پژوهش کیفی، تبیین دیدگاه‌های زنان در زمینه مفهوم سلامت است. ۲۲ خانم ۲۰ تا ۵۰ ساله در تهران، طی نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و تا اشیاع داده‌ها مورد مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار تعاملی قرار گرفتند. مصاحبه‌ها ضبط، دست‌نویس و با روش سه مرحله‌ای مقایسه مداوم تحلیل شدند.

این عوامل که به منزله طبقه‌های استخراج شده هستند عبارتند از: شیرینی و دشواری نقش مادری،

✉Corresponding author: Dept. of Obstetrics & Nursing, Medical Science University Tehran, Iran.
Tel: +9821-82471000
Fax: +9821-88793805
Email: parvizy@iums.ac.ir

✉ نویسنده مسئول: تهران - خیابان ولیعصر - خیابان رشید یاسمی - دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
تلفن: ۰۲۱-۸۲۴۷۱۰۰۰ دورنما: ۰۲۱-۸۸۷۹۳۸۰۵
پست الکترونیک: email: parvizy@iums.ac.ir

According to the results, three main contributing categories were emerged: sweet and sour in motherhood experiences, sociocultural factors affecting women's health, and health of family. Women health is a basis for family health which is influenced by appropriate family conditions, marital relationship and social support. Hence, addressing their needs is essential to reach to realistic plans.

KeyWords: Women, Health, Qualitative Approach, Grounded Theory, Family.

عوامل فرهنگی - اجتماعی مؤثر بر سلامت و خانواده سالم زیربنای سلامت زنان.

سلامت زنان محور سلامت خانواده است که تحت تأثیر شرایط مناسب خانواده، روابط زناشویی خوب و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی است. از این‌رو، نیازهای زنان که زیربنای خانواده‌ها هستند می‌بایست در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی‌ها مبتنی بر شواهد واقعی باشند.

کلیدواژه‌ها: سلامت، زنان، خانواده، پژوهش کیفی، نظریه پایه

مقدمه

خانواده، اولین کانون تربیت انسان است. زنان، مدیر خانواده و سلامت آنان اساس خانواده و پیش‌شرط توسعه است. انسان‌های سالم محور توسعه پایدار هستند و زنان پرورش‌دهندگان انسان‌های سالم. بی‌توجهی به سلامت زنان، می‌تواند سبب مشکلات پایدار در شیوه زندگی و سلامت نسل‌های بعدی شود. سلامت، موضوعی چند بعدیست و تمام ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برنامه‌ریزی برای دسترسی به خدمات روانی - اجتماعی و بهداشتی - درمانی نیازمند کشف و تفسیر دیدگاه‌ها و پرداختن به علل و عوامل مفاهیم بینابینی چون سلامتی است.

از سوی دیگر زنان با نابرابری‌ها، مشکلات اجتماعی و رفتارهای پرخطر بیشتری روبرو هستند که سلامت آنان را به مخاطره خواهد انداخت، از این‌رو بر سلامت خانواده و جامعه نیز تأثیر خواهند گذاشت. بعضی از مشکلات در زمینه سلامت زنان عبارتند از: تجربه مکرر خشونت خانوادگی (مزی و همکاران، ۲۰۰۵)، نداشتن دسترسی به امکانات آموزشی برابر مردان (زاجاکوا، ۲۰۰۶)، فرصت‌های شغلی نابرابر (پلیزیرا و همکاران، ۲۰۰۸؛ نوروزی، ۱۳۸۲ و هاریسون، ۱۹۹۴)، فقر و درآمد نابرابر (بون هومه، ۲۰۰۷؛ نلسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ پره‌یاب و همکارانش، ۲۰۰۷؛ خاربوش و همکاران، ۲۰۰۵)، تنش زیاد (پی‌تیلا و ریتکونن، ۲۰۰۸)، افسردگی و گوشه‌گیری (پلیزیرا و همکاران، ۲۰۰۸؛ هیلدینگ، ۲۰۰۶؛ کالندین، پتراوسکین و استارکووین، ۲۰۰۷)، ایفای نقش‌های متعدد خانوادگی و تضاد در این نقش‌ها (کیم و همکاران، ۲۰۰۵؛ هیلدینگ، ۲۰۰۶؛ پلیزیرا و همکاران، ۲۰۰۸ و مجالی،

(۲۰۰۱)، نبود خدمات بهداشت باروری (لیچان تیان و همکاران، ۲۰۰۷) و نوشیدن الکل و رفتارهای پرخطر جنسی (هینزو همکاران، ۱۹۹۸).

پژوهش‌های کیفی در تبیین مفاهیم عمیق و فردی مانند سلامت کارآیی مناسبی دارند. استفاده از پژوهش‌های کیفی گامی در راستای برآورد نیاز به تحقیقات بین رشته‌ای در زمینه سلامت زنان است. این تحقیقات، به درک پدیده‌های انسانی با تأکید بر بافت اجتماعی آن کمک می‌کنند (کارولین و همکاران، ۲۰۰۰). این در حالی است که شرایط و نکات مهم سلامت زنان کشورهای صنعتی با زنان کشورهای در حال توسعه متفاوت (نیکولز، ۲۰۰۶) و از این رو در کشور ما قابل توجه و بررسی است.

تعداد زیاد زنان در هرم جمعیتی کشور، اهمیت نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه، رویارویی با مشکلات جدی و قابل توجه، کمبود تحقیقات در زمینه مفهوم سلامت زنان که به روش کیفی پرداخته باشد، سبب شد تا این پژوهش با هدف تبیین تئوریک سلامت زنان، انجام شود.

روش

فرآیند نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها

فرآیند نمونه‌گیری در پژوهش کیفی مبتنی بر هدف است و تا اشباع داده‌ها که دیگر طبقه و کد جدیدی ایجاد نشود ادامه می‌یابد (ادیب، پرویزی و صلصالی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر بیست و دو زن بیست تا پنجاه ساله داوطلب (متماثل به شرکت در پژوهش) و ظاهراً سالم (فقدان ابتلا به بیماری‌های حاد و یا مزمن در زمان انجام پژوهش)، انتخاب و مورد مصاحبه‌های باز، عمیق، نیمه ساختاردار و تعاملی^۱ قرار گرفتند. در مصاحبه‌های کیفی سؤالات کلی و باز، در مورد معنای سلامت و اولویت‌های سلامت زنان پرسیده شد.

مصاحبه‌ها بر روی نوار صوتی ضبط شده و در اولین فرصت ممکن، همراه با ارتباطات غیرکلامی، دست‌نویس و کدگذاری شدند. تحلیل مقایسه‌ای مداوم و بازخورد به داده‌ها و هدایت مصاحبه‌ها براساس یافته‌های قبلی و تا حد امکان به‌طور همزمان، انجام گرفت.

برای مقبولیت و عینیت‌پذیری داده‌ها (مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی) از این روش‌ها استفاده شد: بررسی و مشاهده مداوم^۲ تخصیص زمان کافی، حسن ارتباط؛ استفاده از تلفیق در تحقیق^۳؛ تلفیق زمانی (بررسی در زمان‌های مداوم و امکان بازخورد به داده‌ها)؛ بازنگری ناظرین^۴، مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان در پژوهش^۵ (ادیب، پرویزی و صلصالی، ۱۳۸۶).

این نکات: جلب رضایت آگاهانه، حفظ اسرار مشارکت‌کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان دلخواه، حق مطالبه نوار و متن پیاده شده آن، در اخلاق پژوهش رعایت شد.

شیوه اجرا

تجزیه و تحلیل داده‌های نظریه پایه، همزمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام می‌شود. به‌طور خلاصه برای استخراج دیدگاه‌های زنان سه مرحله کدگذاری باز^۷، کدگذاری محوری^۸ و کدگذاری انتخابی^۹ انجام شد. در کدگذاری باز، داده‌ها به دقت به کوچکترین اجزاء ممکن شکسته و در مرحله دوم داده‌ها براساس تفاوت و تشابه با یکدیگر، مقایسه و طبقه‌بندی شدند. بعد از حرکت و لغزش‌های مکرر در بین طبقات و کدها، دسته‌بندی صورت می‌گیرد، کدهای مشابه در طبقاتی قرار گرفتند که با نام‌هایی گویا قابل شناسایی و درک باشند (پولیت و بک، ۲۰۰۶). پیش‌فرض‌هایی درباره رابطه بین طبقه‌بندی‌ها و چارچوب پنداشتی به‌وجود می‌آید که این پیش‌فرض‌ها پژوهشگر را برای جمع‌آوری داده‌های بعدی هدایت می‌نماید. داده‌های جدید همزمان با تمام داده‌ها مقایسه می‌شوند تا محوریت مطلوب در بین داده‌ها آشکار گردد. در مرحله سوم یا کدگذاری انتخابی تلاش شد تا محوریت داده‌ها کشف و طبقه مرکزی^۹ انتخاب شود. طی این مرحله مفهومی که محل ارجاع سایر طبقات و مرتبط با آن‌هاست، به‌عنوان متغیر مرکزی شناخته می‌شود (وود و هابر، ۲۰۰۲).

یافته‌ها

جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مشارکت‌کننده را نشان می‌دهد:

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مورد بررسی

نام متغیر	تعداد	درصد
سن		
۲۰-۳۰	۱۱	۵۰
۳۱-۴۰	۵	۲۳
۴۱-۵۰	۶	۲۷
تحصیلات		
ابتدایی و راهنمایی	۴	۱۸
دیپلم	۱۰	۴۵
تحصیلات دانشگاهی	۸	۳۷
وضعیت تأهل		
مجرد	۷	۳۲
متأهل	۱۴	۶۴
مطلقه	۱	۴
وضعیت اشغال		
خانه‌دار	۱۰	۴۵
شاغل	۱۲	۵۵
کل	۲۲	۱۰۰

طبقه‌های اصلی و متغیر مرکزی همراه با فرازهایی از مصاحبه‌ها در این قسمت ذکر می‌شود: شیرینی و دشواری نقش مادری: تقریباً تمام مادران مشارکت‌کننده، زنان را مسئول سلامت فرزندان خود و خانواده می‌دانستند. تجربه در اوج سلامت بودن، در بعضی از مشارکت‌کنندگان با تجربه مادری همراه بوده است. نقش مادری مهم، دشوار و شیرین و معادل اینار و از خودگذشتگی است. کد ۱۰، ۴۵ ساله گفته است: «یه وقت‌ها به بچه‌هام چیزی می‌دم می‌گم شما بخورید انگار من خورده‌ام. یه وقت‌ها دوست دارم خودم نخورم بچه‌هام بخورند... مادرها بیشتر فکر بچه‌هاشون هستند تا خودشون، اصلاً مادری یعنی این که خودت رو فراموش کنی.»

مشکلات مادری بخش بزرگی از زحمتهای جسمی و حتی دغدغه‌های فکری مادران را تشکیل می‌دهد. کد ۱۳ چهل و دو ساله گفته است: «تمام فکرم بچه‌هاست. همیشه فکر می‌کنم این‌ها بعداً چه طوری می‌تونن زندگی شون رو اداره کنند. پسرها باید برن سربازی چی می‌شه، چه اتفاقی می‌افته. همه‌اش می‌ترسم، اصلاً آرامش ندارم. احساس می‌کنم سالم نیستم.»

عوامل فرهنگی - اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان: تعداد قابل توجهی از زنان مشارکت‌کننده از گذار در شرایط اجتماعی که در سلامت خانواده و زنان نیز نمود داشته، صحبت کردند. تغییرات مثبتی از جمله آگاهی بیشتر و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی به‌ویژه تنظیم خانواده که اثر مستقیمی بر سلامت زنان داشته است. البته گاه این پیشرفت‌ها با تغییرات نامطلوبی نیز همراه بوده برای مثال کد ۱۱ چهل و چهار ساله گفته است: «الان به نظرم موقعیت خانواده متزلزل شده، به نظرم میاد موقعیتی که بوده الان نیست. بی‌بندوباری بیشتر شده، مردها آزادترند، کمتر وفادارند، تنوع طلب شدن.»

و اما به نظر کد ۱۴ سی و دو ساله، باسوادتر شدن، اشتغال بیشتر و گذار در شرایط زنان گاه جنبه صوری داشته است: «خیلی وقت‌ها زن‌ها قربانی‌اند مثلاً می‌خوانن یز تساوی حقوق، بدن دانشجوی دختر بیشتر بگیرند. خوب این یه جور بازیه یه تبلیغاتی می‌کنن برای این که زن‌ها بیان و بعد بگن زن‌ها در عرصه اجتماعند.»

لزوم برخورداری زنان از حمایت‌های اجتماعی در صحبت‌های تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان بیان شده است. کد ۹، پنجاه ساله که تجربه فعالیت‌های خیریه را نیز داشته، گفته است: «برای زنانی که درآمدی ندارند، یا پسرشون معتاده و همه چی رو دود می‌کنه، یا شوهر مریض و از کارافتاده دارن باید فکری کرد، شغل یا برنامه‌های بیمه، خوب این‌ها تا کی می‌تونن برن خونه مردم کارگری و کلفتی کنند.»

لزوم برخورداری از حمایت‌های قانونی خاص زنان، مورد تأکید بعضی از مشارکت‌کنندگان قرار گرفته است. برای مثال کد ۲۰ چهل و پنج ساله افزوده است که: «قانون از زنها حمایت نمی‌کند. اگر مشکلی پیش بیاد و بخواهند جدا بشن شوهر می‌تونه نه نفقه بده و نه طلاق. یه زن جوون خوشگل هم بگیره.» نبود حمایت‌های اجتماعی خاص زنان در شرایطی مثل طلاق و اعتیاد همسر، می‌تواند برای زنان، خانواده‌ها و حتی جامعه مشکلات جدی ایجاد کند.

خانواده سالم زیربنای سلامت زنان: طی این مرحله مفهومی که محل ارجاع سایر طبقات و مرتبط با آن‌هاست، به‌عنوان متغیر مرکزی شناخته می‌شود. خانواده سالم، به‌عنوان پیش‌شرط سلامت زنان، بیش از هر عامل دیگری با بیانات و اشکال متفاوت، مورد تأکید مشارکت‌کنندگان قرار گرفته است. از همین‌رو به دلیل این‌که محوریت بین داده‌ها را داشته و مرتبط با سایر طبقات بوده، به‌عنوان متغیر مرکزی شناخته شده است: نقش همسر و خانواده، در سلامت زنان، زیربنای سلامت خانواده و دارای جایگاهی منحصر به فرد بوده و نیز تأکید بیشتری بر ویژگی‌های رفتاری و ارتباطی شوهران شده است. شوهران حتی می‌توانند تا دستیابی به جایگاه‌های اجتماعی بهتر، به زنان کمک کنند. کد ۸، سی و نه ساله گفته است: «اگر خانم‌ها متأهل باشن یه جایگاهی دارن حتی توی جامعه شرایط بهتری دارن، اما اگر مجرد باشن هیچ حمایتی ندارن.»

بحث

براساس یافته‌ها تجربه مادری با حداکثر سلامت، همراه و در عین حال مسئولیت مادری برای زنان سنگین و طاقت‌فرسا بوده است. این بیان ویژگی‌های فرهنگی ما است که در مقابل مسئولیت‌ها و انتظارات زیاد، مادری را مقدس و مادران را شایسته بهشت می‌داند. مادری در فرهنگ ما به منزله ایثار و تلاشی است که مادران همه چیز خود را به فرزندان خود می‌بخشند و به همین دلیل تجربه دشوار و شیرینی بوده است. مادری در شرایط ما، ممکن است به دلیل مشکلات اشتغال و آینده مبهمی که به دلیل افزایش جمعیت جوان و بعضی مشکلات اجتماعی در انتظار فرزندان است، بیشتر نگران‌کننده و دشوار باشد.

زنان مسئول مراقبت‌های بهداشتی سایر اعضای خانواده هستند و سلامتشان تا حدود زیادی به موفقیت در ایفای این نقش بستگی دارد (مک‌کیان، ۲۰۰۸). مادران در پژوهش پلیزیرا، شاید به دلیل کار زیاد و فرصت اندک، اضطراب و افسردگی بیشتری را نسبت به آنان که نقش مادری نداشته‌اند تجربه کرده‌اند. نقش مادری بر اشتغال زنان نیز سایه انداخته است. به‌گونه‌ای که اشتغال در سلامت زنانی که فرزند داشته‌اند تأثیر مثبت نداشته، در حالی‌که در زنان بدون نقش مادری، اشتغال تأثیر مثبتی داشته است (پلیزیرا و همکاران، ۲۰۰۸). تأثیر نقش مادری گاهی فراتر از رابطه بین مادر و

فرزند است، به طوری که زنان مصری اشاره کرده‌اند که داشتن فرزند بخش مهم برخورداری از رضایت زناشویی را تشکیل می‌دهد (هاترپولارا، ملیس و نجیب، ۲۰۰۰).

افزایش استقلال و خودمراقبتی در فرزندان و نیز ترغیب مشارکت مردان در امور منزل و رسیدگی به فرزندان می‌تواند به سلامت زنان و کاهش بار مسئولیت مادری کمک کند.

نیاز به امنیت و احترام به گونه‌ای که مشارکت فعال زنان مخدوش نشود از سوی مشارکت‌کنندگان مورد تأکید قرار گرفته است. نلسون و همکاران نیز در همین راستا می‌نویسند: توجه به شرایط محیطی اشتغال در مورد زنان به گونه‌ای جداگانه و فراتر از قالب‌های سنتی مورد تأکید است. زنان در محیط کاری در معرض خطر، آسیب و خشونت هستند. توجه به سلامت محیط اشتغال زنان در برنامه‌های توسعه مورد تأکید است (۱۹۹۶).

زنان به گمان خود، آگاه‌تر و باسوادتر شده‌اند. زاجاکووا می‌نویسد: سواد یکی از شاخص‌های مهم شرایط اقتصادی - اجتماعی است و بیش از سایر این متغیرها بر سلامتی و شیوه زندگی مؤثر است (۲۰۰۶). همان‌طور که مشارکت‌کنندگان گفته‌اند رسانه‌های جمعی، نقش قابل توجهی در تأمین نیازهای بهداشتی در حال تغییر زنان دارند. مک‌کیان نیز تأکید کرده است که: نقش رسانه‌ها و روزنامه‌ها در تسهیل فرآیند توانمندسازی زنان و آگاه‌سازی آنان نسبت به سلامت خود و داشتن نقش فعال در آن، غیرقابل انکار است. ساکر می‌نویسد: دسترسی نامساوی زنان به رسانه‌ها یک نگرانی جهانی می‌باشد (۲۰۰۲).

مشارکت‌کنندگان به‌ویژه خانم‌های شاغل گفته‌اند که نیازمند حمایت‌های اجتماعی هستند تا بار سنگین مسئولیت خانواده و اشتغال را تحمل کنند. اهمیت این نکته به‌ویژه با افزایش زنان شاغل، کاهش حمایت خانواده مادری و افزایش مهاجرت به شهرهای بزرگ در جست‌وجوی کار که به از دست دادن حمایت‌های خانوادگی خواهد انجامید، افزایش می‌یابد. جباری می‌نویسد: پوشش و جامعیت تأمین اجتماعی و کیفیت بهره‌مندی از مزایای آن یکی از شاخص‌های توسعه اجتماعی محسوب می‌شود. زنان به لحاظ ویژگی‌های زیستی (طول عمر بیشتر از مردان و سالمندی بیشتر) و شرایط فرهنگی و اجتماعی خاص (ریسک‌پذیری بیشتر در مقابل طلاق و فروپاشی خانواده) بیش از مردان نیازمند حمایت‌های تأمین اجتماعی هستند (۱۳۸۱). به گزارش مرکز مطالعات و تحقیقات زنان، علی‌رغم تبعیض‌آمیزتر شدن ساختار شغلی علیه زنان، به لحاظ پوشش تأمین اجتماعی، زنان وضعیت بهتری پیدا کرده‌اند (۱۳۸۵).

جانسون و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که زنان از نظر تنش‌های شغلی و خانوادگی، رضایت شغلی، خوش‌بینی، احساس رفاه ذهنی، وضعیت نسبتاً خوبی داشته و از سلامت مطلوب برخوردار بوده‌اند. این می‌تواند حاصل تغییرات حمایتی اجتماع نیز باشد، مثلاً افزایش مدت و میزان پرداختی در مرخصی زایمان به هر دو والد، در نظر گرفتن یارانه برای آموزش و ادامه تحصیل

بزرگسالان، طراحی مراکز مراقبت و نگهداری روزانه برای فرزندان. مجموع این حمایت‌ها موجب شده تا شرایط آموزش، اشتغال و خانوادگی زنان شرایط مطلوبی داشته باشد (۲۰۰۷).

به نظر می‌رسد زنان شرایط اجتماعی در حال گذار را تجربه می‌کنند. سواد و اشتغال بیشتر، استقلال بیشتر، مجرد طولانی‌تر و فرزندان کمتر بعضی از نمودهای چشمگیر آن است. این گذار فشار مضاعفی را بر زنان تحمیل می‌کند. چنان‌چه بررسی تغییرات اجتماعی گسترده روسیه نشان داده است که (۱۹) ۲۲٪ زنان روسی آمیدی به آینده خود نداشته‌اند، به دلیل همین نومییدی کنترل کمتری بر زندگی خود و اعتماد اجتماعی کمتر و خوش‌بینی کمتری داشته‌اند. به نظر می‌رسد تغییرات اجتماعی فشار و تنش زیادی را به مردم تحمیل کرده است که سبب این ناامیدی و بدبینی است (پی‌تیلا و ریتکونن، ۲۰۰۸).

همسر و خانواده، در سلامت زنان جایگاهی منحصر به فرد داشته و این طبقه بیشترین تعداد کدها را به خود اختصاص داده است. مشارکت‌کنندگان ارتباط خوب و انسانی و محبت‌آمیز همسر را از عوامل مؤثر در سلامت زنان ذکر کرده‌اند. زنان داشتن خانواده سالم، گرم و صمیمی را زیربنای سلامت خود دانسته‌اند. شک (۱۹۹۵) نیز بر اهمیت ارتباطات در رضایت زنان از زندگی مشترک تأکید کرده و نوشته است: زنان سخت‌تر و کمتر از زندگی مشترک راضی می‌شوند زیرا آن‌ها برای حمایت عاطفی و صمیمیت در روابط زناشویی جایگاه بالاتری قائل می‌باشند.

مشارکت‌کنندگان گفته‌اند که حمایت همسران بسیار مهم است و زنان متأهل در سایه حمایت همسر شرایط اجتماعی و اشتغال مناسب‌تری دارند. این البته در جامعه‌ای حداقل با تاریخ مردسالاری، قابل انتظار است و اگر این طور است چرا فرصت مناسبی برای زنان نباشد. این مشابه یافته‌های سایر پژوهش‌ها نیز هست: پلیزیرا و همکاران (۲۰۰۸) نشان داده‌اند که زندگی با شریک جنسی می‌تواند منبع حمایتی و بر سلامت روان مؤثر باشد. به‌علاوه مردان حمایت بیشتری از همسران خود دریافت می‌کنند تا زنان از شوهران خود.

آموزش مهارت‌های زندگی مشترک، حل مسئله، مدیریت زمان و اداره منزل ضمن تقویت باورهای مذهبی - اخلاقی که می‌تواند به حفظ کیان خانواده و سلامت زنان کمک کند، افزایش خدمات مشاوره و آموزش راه‌های سازگاری و ارتباط مناسب نیز می‌تواند مفید باشد.

یادداشت‌ها

1. Deep open semi-structured interactional interview
2. Prolonged Engagement & Persistent observation
3. Triangulation
4. External Check
5. Member Check

6. Open Coding
7. Axial Coding
8. Selective Coding
9. Core Category

منابع

- ادیب، م.، پرویزی، س.، و صلصالی، م. (۱۳۸۶). روش های تحقیق کیفی. تهران: بشری.
- جباری، ح. (۱۳۸۱). نگرش جنسیتی به تامین اجتماعی. پژوهش زنان، ۱(۶)، ۸۱-۹۰.
- مرکز مطالعات و تحقیقات زنان. (۱۳۸۵). مطالعه ابعاد جنسیتی برنامه های سوم و چهارم توسعه و بررسی میزان تحقق اهداف جنسیتی در برنامه سوم توسعه [آنلاین]. قابل دسترسی در:
<http://cws.ut.ac.ir/cwsf/Tarh%20jensiyat.htm>
- نوروزی، ل. (۱۳۸۳). تفاوت های جنسیتی در ساختار شغلی. پژوهش زنان، ۱، ۱۶۵-۱۷۸.
- Allender, J., (2001). *Community Health Nursing* (5th ed.). Philadelphia: lippincott Co.
- Ballas, E. (1995). Health meaning of Saudi women. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 853-7.
- Bonhomme, J. J. (2007). Men's health: Impact on women, children and society. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(2), 124-130.
- Carolyn, M. M., Mark, E., Pamela, D., Victoria, C., & Marcia, K. (2000). Multidisciplinary women's health research. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(7), 717-724.
- Cookfair, J. M. (1996). *Nursing Care In The community* (2nd ed.), St Louis: Mosby.
- Harrison, M. E. (1994). Hobby or job? Mexican female health workers. *Health Care For Women International*, 15(5), 397-412.
- Hattar-Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H. (2000). Study of the spousal role of Egyptian women in clerical jobs. *Health Care for Women International*, 21(4), 305 - 317.
- Hedman, B., & Herner, E. (1988). Women's health and women's work in health services: What statistics tell us. *Women & Health*, 13(3-4), 9-34.
- Hildingh, C., Russell, V., Luepker, Baigi, A., & Lidell, E. (2006). Stress, health complaints and self-confidence: A comparison between young adult women in Sweden and USA. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 202-208.
- Hines, A. M., Snowden, L. R., & Graves, K. L. (1998). Acculturation, alcohol consumption and AIDS-related risky sexual behavior among African American women. *Women & Health*, 27, 3, 17-35.
- Johansson, G., Qinghai, H., & Lindfors, P. (2007). A life-span perspective on women's careers, health, and well-being. *Social Science & Medicine*, 65, 685-697.
- Kalediene, R., Petrauskienė, J., & Starkuviene, K. (2007). Inequalities in mortality by marital status during socio-economic transition in Lithuania. *Public Health*, 121, 385-392.
- Kharboush, I. F., Youssef, A. A., Makhlof, M. M., Zaghloul, A. A., El-Hamid, A. A., & El-Masry, A. G. (2005). Women health in poor urban settings in Alexandria. *The Journal of The Egyptian Public Health Association*, 80(1-2), 321-48.

- Kim, G. S., Won, J. C., Chung, Y. L., Lucy, N. M., & Mi, J., & Kim, (2005). The relationship of work stress and family stress to the self-rated health of women employed in the industrial sector in Korea. *Public Health Nursing*, 22(5), 389-397.
- Lichun, T. A., Jianghong, L. B., Kaining, Z. A., & Philip, G. (2007). Women's status, institutional barriers and reproductive health care: A case study in Yunnan, China. *Health Policy*, 84, 284-297.
- London, M., Ladewig, P., Ball, J., & Bindler, R. (2007). *Maternal and child nursing care* (2nd ed.). Newjersey: Pearson and prentice hall.
- Majali, M. S. (2001). Health perceptions and health behaviours of poor urban Jordanian women. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 58-68.
- MacKian, S. C. (2008). What the papers say: Reading therapeutic landscapes of women's health and empowerment in Uganda. *Health & Place*, 14(1), 106-115.
- Mezey, G., Bacchus, L., Bewley, S., & White, S. (2005) Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, 197-204.
- Nelson, M., Proctor, S., Regev, H., Barnes, D., Sawyer, L., Messias, D., Yoder, L., & Ibrahim, M. A. (1996). International population and development: The United Nations' Cairo action plan for women's health Image. *Journal of Nursing Scholarship*, 28, 75-80.
- Pereirab, B., Gracy, A., Sulochana, P., Reshma, P., Pertti, P., & Vikram, P. (2007). The explanatory models of depression in low income countries: Listening to women in India. *Journal of Affective Disorders*, 102(1-3), 209-218.
- Pietilä, I., & Rytönen, R. (2008). Coping with stress and by stress: Russian men and women talking about transition, stress and health *Social Science & Medicine*, 66(2), 327-338.
- Plaisiera, I. J. G. M., & De Bruijn, J.H., Smitc, R., de Graaf, M., ten Have, A. T. F., Beekman, R., van Dyck, & Penninx, B. W. J. H. (2008). Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: Differences between men and women. *Journal of Affective Disorders*, 105, 63-72.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research* (6th ed.). Philadelphia: lippincott Co.
- Procter, S. (2000). *Caring for Health*. London: Macmillan Co.
- Sakr, N. (2002). Seen and starting to be heard: Women and the Arab media in a decade of change. *Social Research*, 69(3), 821-850.
- Shek, D. T. L. (1995). Gender differences in marital quality and well-being in Chinese married adults. *Sex Roles: A Journal of Research*, 51(6), 802-11.
- Stevens, B. B. (1998). *Nursing Theory* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Co.
- Wood, G. L., & Haber, J. (2002). *Nursing research* (4th ed.). St. Louis: Mosby Co.
- Zajacov, A. (2006). Education, gender, and mortality: Does schooling have the same effect on mortality for men and women in the US? *Social Science & Medicine*, 63, 2176-2190.
- Zurakowski, T. L. (2004). Health promotion for mid and later-life women. *Journal of Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33, 639-647.