

پویایی خانواده و سلامت زنان:

پژوهش کیفی

دکتر سرور پرویزی*

استادیار دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نعیمه سیدفاطمی

دانشیار دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

کیان‌دخت کیانی

کارشناس ارشد مامایی، کارشناس پژوهش جهاد دانشگاهی

چکیده

سلامت زنان پایه‌ی سلامت خانواده و جامعه است و فراهم‌سازی آن، بدون توان‌مندسازی خانواده‌ها و بهبود روابط همسران، دشوار است. پژوهش پیش رو، پژوهشی کیفی و از نوع تحلیل محتوا است، که به پردازش نقش خانواده در سلامت زنان می‌پردازد. نمونه‌گیری، به گونه‌ی هدف‌مند انجام گرفته، و داده‌ها نیز پس از گردآوری به وسیله‌ی مصاحبه‌های ضبط و دست‌نویس‌شده، به صورت دو بخش همسران و سلامت زنان، و نیز زن، خانه‌داری، و خانواده طبقه‌بندی شده‌اند و مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهد روابط همسری و خانوادگی دل‌خواه و نیز شناخت ارزش خانه‌داری، هم‌پای برخوردار از پشتیبانی‌های اجتماعی مناسب، می‌تواند در سلامت زنان، که نیمی از جمعیت و زیربنای خانواده‌ها را تشکیل می‌دهند، مؤثر باشد.

واژگان کلیدی

خانواده؛ سلامت؛ زنان؛ پژوهش کیفی؛ تحلیل محتوا؛

از هم‌کاری صمیمانه‌ی همه‌ی خانم‌هایی که انجام این پژوهش بدون یاری آنان امکان‌پذیر نبود و نیز معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، به جهت پشتیبانی از انجام این پژوهش با عنوان «تبیین تئوریک سلامت زنان»، سپاس‌گزاریم.

زنان، نیمی از جمعیت کشور، مدیران و مربیان خانواده‌ها، و فعالان جامعه‌اند و سلامت آنان، پایه‌ی سلامت نیمی از جمعیت، خانواده، و جامعه را تشکیل می‌دهد. *لندون* و هم‌کاران^۱ (۲۰۰۷) در مورد سلامت زنان می‌نویسند: سلامت، مفهومی پویا، متغیر، و بالنده، بر پایه‌ی واقعیت‌های بودپذیر و یا باشنده است. سلامت، از حقوق اولیه‌ی انسانی و برای توسعه‌ی جوامع، ضروری است. زنان، به عنوان اقلیتی زیر حاکمیت و مدیریت‌های مردسالارانه، باید مورد پشتیبانی‌های اجتماعی قرار گیرند و این در حالی است که بیشتر مشکلات زنان کشورهای درحال توسعه، که متفاوت از کشورهای صنعتی است، نادیده گرفته می‌شود، چون کودکان جهان سوم مشکلاتی قابل توجه دارند (نیکولز^۲ ۲۰۰۰).

از سوی دیگر، بیشتر زنان در کارهای کم‌درآمد و سطح پایین مشغول‌اند. زنان به دلیل مشکلات اشتغال، در تمام جهان با خطراتی روبه‌رو می‌شوند که سلامت، زندگی، و رفاه آنان را تهدید می‌کند (نلسون و هم‌کاران^۳ ۱۹۹۶). زنان هم‌چنین در معرض همسرآزاری، خشونت خانوادگی، تروماهای پایدار، و اختلال‌های سلامت روان‌اند (مزی و هم‌کاران^۴ ۲۰۰۵)؛ در حالی که در روابط زناشویی، اعتماد متقابل، عنصری مهم به شمار می‌رود (لائو و هم‌کاران^۵ ۲۰۰۶).

در پژوهش‌های مختلفی که درباره‌ی زنان انجام شده، اشتغال، کیفیت زناشویی، سلامت روان، و خشنودی از زندگی آنان موردبررسی قرار گرفته‌است. *جوهانسون*، *کین‌گای*، و *لیندفورس*^۶ (۲۰۰۷)، در بررسی زنان سوئدی، طی یک دوره‌ی بیست‌وپنج‌ساله، چه‌گونگی تأثیر اشتغال، آموزش، و شرایط خانواده را بر سلامت زنان مورد توجه قرار دادند و دریافتند که مشارکت همسران، درآمد کافی، داشتن امنیت، و خشنودی شغلی بیش‌تر، بر سلامت روان و خشنودی زنان تأثیری مثبت داشته‌است؛ هم‌چنین، شک^۷ (۱۹۹۵) در بررسی تفاوت‌های جنسیتی در مردان و زنان همسردار چینی، از نظر کیفیت زناشویی و رفاه کلی، نشان داد که مردان به‌گونه‌ی معنادار، در سازگاری و خشنودی جنسی، نسبت به زنان، نمره‌هایی بالاتر داشتند؛ در حالی که زنان، علائم روان‌شناختی بیش‌تر و سطح بهداشت روان پایین‌تری را نشان می‌دادند. *پلیزیر* و هم‌کاران^۸ (۲۰۰۸)، در یک بررسی کوتاه‌مدت، پیوند میان نقش‌های اجتماعی را با اضطراب و افسردگی زنان و مردان مطالعه کردند. نتایج بیان‌گر آن بود که

¹ London, Marcia L., Patricia A. Ladewig, Jane W. Ball, and Ruth Bindler

² Nichols, Francine H.

³ Nelson, Martha, Susan Proctor, Hanna Regev, Donelle Barnes, Linda Sawyer, DeAnne Messias, Laurie Yoder, Afaf Ibrahim Meleis

⁴ Mezey, Gillian, Loraine Bacchus, Susan Bewley, and Sarah White

⁵ Lau, Joseph T.F., Xilin Yang, Qingsheng Wang, Yimin Cheng, Hi Yi Tsui, Lancelot W.H. Mui, and Jean H. Kim

⁶ Johansson, Gunn, Qinghai Huang, and Petra Lindfors

⁷ Shek, Daniel T. L.

⁸ Plaisier, Inger, Jeanne G.M. de Bruijn, Johannes H. Smit, Ron de Graaf, Margreet ten Have, Aartjan T. F. Beekman, Richard van Dyck, and Brenda W. J. H. Penninx



اشتغال زنان، نقشی حفاظتی در مقابل افسردگی و اضطراب ندارد، اما در زنان بدون فرزند، تأثیری مثبت، و در زنان دارای فرزند، بدون تأثیر بوده است. منادی (۱۳۸۳) در مردم‌نگاری خود، به مطالعه‌ی تأثیر تعاریف همسران بر خشنودی از زندگی زناشویی، از دیدگاه زنان، پرداخته است. بر پایه‌ی این مطالعه، اشتراک در زمان‌ها، فضاهای روزمره، و دل‌مشغولی‌های همسران، باعث ایجاد گفت‌وگو میان آنان می‌شود و به دنبال افزایش این همانندی‌ها و گفت‌وگوها، روابط زناشویی و خشنودی از زندگی، به‌ویژه در نگاه زنان، نیز بهتر می‌شود. بر اساس پژوهش انجام‌شده به وسیله‌ی مرکز مطالعات و تحقیقات زنان (بی‌تا)، وضع ایران، از نظر شاخص تعدیل‌شده‌ی توسعه‌ی انسانی بر پایه‌ی جنسیت، طی برنامه‌ی پنج‌ساله‌ی سوم، تا اندازه‌ی، نسبت به کشورهای منطقه بهبود یافته است؛ هرچند هنوز در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته، شکاف جنسیتی توسعه در ایران چشم‌گیر است. تفاوت اصلی ایران با کشورهای توسعه‌یافته، و حتی بخشی از کشورهای در حال توسعه، در شاخص توان‌مندسازی بر پایه‌ی جنسیت است، که زیاد به نظر می‌رسد.

استفاده از پژوهش‌های کیفی، گامی در راستای برآورد نیاز به پژوهش‌های میان‌رشته‌ی در زمینه‌ی سلامت زنان است. پژوهش‌های کیفی، به درک پدیده‌های انسانی، با تأکید بر بافت اجتماعی آن، کمک می‌کند (مازور و هم‌کاران^۱ ۲۰۰۰) و تحلیل مفهومی کیفی نیز، تحلیل داده‌های کیفی برای به دست آوردن درون‌مایه‌های اصلی آن و کشف الگوهای موجود در بین داده‌ها است (پولیت و بک^۲ ۲۰۰۶)؛ از این رو، عواملی مانند جمعیت زنان در هرم جمعیتی کشور، گذار در شرایط اجتماعی و تأثیر آن بر خانواده‌ها و بر زنان، اهمیت سلامت زنان در سلامت خانواده و جامعه، و نیاز به پژوهش در زمینه‌ی مفهوم سلامت زنان به روش کیفی، سبب شد تا این پژوهش با هدف تبیین عوامل خانوادگی مؤثر بر سلامت زنان انجام شود.

روش بررسی

این پژوهش یک تحلیل محتوایی^۳ از انواع پژوهش‌های کیفی است. مشارکت‌کنندگان، به صورت نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند و سپس مورد مصاحبه‌های تعاملی و نیمه‌ساختاریافته^۴ قرار گرفتند. مکان مصاحبه‌ها، متناسب با روش پژوهش کیفی، در محیطی واقعی و طبیعی^۵ و نیز هر جا که شرایط مناسب برای مصاحبه با زنان وجود داشته باشد (منزل، پارک، فرهنگ‌سرا) تعیین شد و زمان آن‌ها نیز، به فراخور شرایط و نیاز یک یا دو

^۱ Mazure, Carolyn M., Mark Espeland, Pamela Douglas, Victoria Champion, and Marcia Killien

^۲ Polit, Denise F., and Cheryl Tatano Beck

^۳ Content Analysis

^۴ Interactional Semi-Structured Interview

^۵ Natural Setting

جلسه‌یی تا رسیدن به اشباع داده‌ها^۱ و نیز به‌گونه‌یی که دیگر با وجود ادامه‌ی گفت‌وگو، کدی جدید پدید نیاید، از نیم تا دو ساعت در نظر گرفته‌شد. مصاحبه‌ها و پاسخ شرکت‌کنندگان به پرسش‌هایی درباره‌ی ویژگی‌های فردی (سن، سواد، وضعیت تأهل، و اشتغال) و عوامل مؤثر بر سلامت زنان، بر روی کاغذ پیاده، و همراه ارتباطات غیرکلامی، نسخه‌برداری شد. سپس، متون نسخه‌برداری‌شده‌ی مصاحبه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند؛ به این صورت که پس از چندین بار مرور، به کوچک‌ترین واحدهای تشکیل‌دهنده و معنادار خود (کد) شکسته، و بعد از بازخوانی، بر اساس تشابه معنایی طبقه‌بندی شدند. در هر بار مرور، کدهای طبقه‌های فرعی و داده‌های بدون ارتباط یا کم‌ارتباط کنار گذاشته‌شدند و پس از نام‌گذاری با نام‌هایی که گویای محتوای آن‌ها باشد، دوباره بر اساس تشابه معنایی در زیر طبقه‌هایی فراگیرتر قرار گرفتند. نام و محتوای طبقه‌های فرعی و اصلی چندین بار بازخوانی شدند و هر بار تغییراتی در تعداد، محتوا، و نام طبقه‌ها—که باید گویای محتوای هر طبقه باشد—داده‌شد، تا این که در نهایت، پژوهش‌گران و مشارکت‌کنندگان توانستند داده‌ها و آنچه را در قالب طبقه‌ها، محتوا، و نام آن‌ها نمود یافته‌است تأیید کنند (کریپن‌دورف^۲ ۲۰۰۴؛ پرویزی و نیکبخت^۳ ۱۳۸۳). تحلیل محتوا یکی از روش‌های پژوهش کیفی است که با تحلیل داده‌های کیفی و طبقه‌بندی آن‌ها، می‌کوشد تا به معنای آن‌ها دست یابد (گران‌هایم و لوندمن^۴ ۲۰۰۴).

به منظور مقبولیت^۴ و عینیت‌پذیری^۵ (مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی) داده‌ها، روش‌های زیر مورد استفاده قرار گرفت:

- بازنگری هم‌کاران^۶ و مشارکت‌کنندگان^۷، برای تأیید و اصلاح احتمالی کدها و طبقه‌بندی‌ها.
 - بررسی پی‌درپی^۸، رعایت حداکثر گوناگونی در نمونه‌ها^۹، تحلیل هم‌زمان داده‌ها و بازخورد برای تکمیل پژوهش، و دادن زمان کافی و مناسب برای جمع‌آوری داده‌ها.
- در این پژوهش، رعایت تعهد اخلاقی در جریان مصاحبه‌ها، به صورت رضایت آگاهانه، گم‌نامی، محرمانه بودن داده‌ها، و حق کناره‌گیری در زمان دل‌خواه، به تأیید کتبی مشارکت‌کنندگان رسیده‌است.

¹ Data Saturation

² Krippendorff, Klaus

³ Graneheim, Ulla Hällgren, and Berit Lundman

⁴ Credibility

⁵ Conformability

⁶ Peer Check

⁷ Member Check

⁸ Prolong Engagement

⁹ Maximum Variation of Sampling



یافته‌ها

نمونه‌ی این پژوهش را ۱۹ زن ۲۰ تا ۵۰ ساله تشکیل می‌دهند که معیار انتخاب آن‌ها سکونت در تهران (دست‌کم پنج سال)، سالم بودن (بیمار نبودن در هنگام پژوهش)، و توانایی و تمایل در پاسخ‌گویی به پرسش‌ها است.

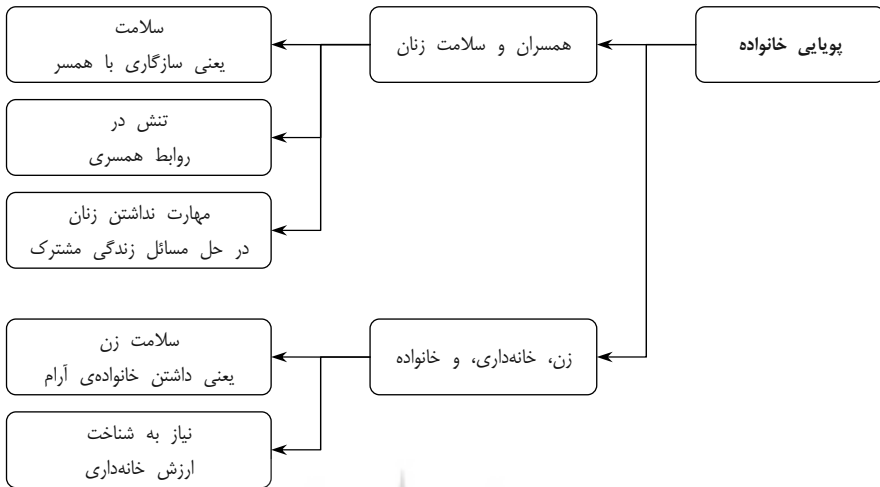
ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مشارکت‌کننده را نشان می‌دهد.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

متغیر	تعداد	درصد
سن		
۳۰-۲۰	۱۰	۵۳
۴۰-۳۱	۴	۲۱
۵۰-۴۱	۵	۲۶
تحصیلات		
ابتدایی و راهنمایی	۳	۱۶
دیپلم	۹	۴۷
تحصیلات دانشگاهی	۷	۳۷
تاهل		
بدون همسر	۶	۳۲
همسر دار	۱۲	۶۳
وضعیت اشتغال		
مطلقه	۱	۵
خانه‌دار	۹	۴۷
شاغل	۱۰	۵۳
کل	۱۹	۱۰۰

مشارکت‌کنندگان بر نقش مؤثر عوامل مربوط به خانواده در سلامت خود تأکید کرده‌اند. نمودار ۱ طبقه‌های اصلی و فرعی به‌دست‌آمده را نشان می‌دهد.



نمودار ۱- طبقه‌های اصلی و فرعی به‌دست‌آمده

همسران و سلامت زنان

سلامت یعنی سازگاری با همسر

تقریباً تمام زنان مشارکت‌کننده، بر نقش برجسته‌ی همسر در سلامت زنان تأکید کرده‌اند. خانمی ۳۸ساله می‌گوید:

«یه شوهر خوب داشته‌باشی، سلامتی داری؛ و گر نه، یه دنیا ثروت داشته‌باشی و شوهرت بداخلاق باشه، انگار هیچ‌چی نداری».

در گفته‌های زنان شرکت‌کننده، از تأثیر جنبه‌های اخلاقی و ارتباط شوهران در سلامت زنان و نیز خانواده‌ها، بیش از دیگر جنبه‌ها، یاد شده‌است؛ برای مثال، دو نفر از زنان این گونه می‌گویند:

«ارتباط خوب و انسانی و محبت‌آمیز همسر خیلی مهم‌ه؛ سبب می‌شه زن‌ها انرژی داشته‌باشن و به خودشون، خانواده‌شون، و سلامتی‌شون برسن» (۴۵ساله).

«آرامش و یه همسر خوب داشتن برای سلامت زن‌ها خیلی مهم‌ه؛ این‌ه که می‌تونن یه آرامش نسبی تو خانواده داشته‌باشن» (۳۰ساله).



تنش در روابط همسری

زنان بسیاری نیز بودند که با تجربه‌ی تنش و اختلاف با همسر خود، «سخت‌ترین شرایط»، «تنهاترین لحظه‌ها»، «تلخ‌ترین خاطره‌ها»، و «کم‌ترین میزان سلامت» را در زندگی تجربه کرده‌بودند:

«من از وقتی چشم باز کردم، با مشکلات سر و کار داشتم. از اولاش با همسرم اختلاف داشتم. حالا هم هیچ وقت احساس سلامتی نمی‌کنم.» (۳۰ساله).

زبان‌هی آتش این تنش‌ها، گاه فراتر از خانه و خانواده هم می‌رسد؛ زنی پرستار درباره‌ی تأثیر اختلاف با همسرش این گونه می‌گوید:

«وقتی تو خونه راحت ام، آرامش فکری هم دارم، توی کار هم خوب کار می‌کنم، توی بخش هم بهترین پرستار ام؛ اما وقتی با شوهرم مشکل دارم، هم تو خونه اعصابام خورد نه، هم تو محل کار، هم خراب‌کاری می‌کنم.» (۳۰ساله).

فرسودگی زنان و اندیشیدن به خودکشی نیز می‌تواند دست‌آورد این تنش‌ها باشد:

«شوهرم به همه چی کار داره. هم‌هش ایراد می‌گیره. آرامش ندارم. هیچ‌چی ندارم. هم‌هش خودخوری می‌کنم. می‌گم نفت بریزم خودم رو آتیش بزنم.» (۴۸ساله).

مهارت نداشتن زنان در حل مسائل زندگی مشترک

شماری از زنان مشارکت‌کننده، مشکلات و اختلاف‌های جزئی را بخش جدایی‌ناپذیر زندگی مشترک دانسته، بر این باور اند که مدرسه و رسانه‌ها باید به جوانان راه و رسم کنار آمدن با همسر و حل مشکلات زندگی مشترک را آموزش دهند:

«الآن برای چیپس و پفک و این چیزا تبلیغ می‌کنن، ولی به ما یاد نمی‌دن چه طوری فکر کنیم، چه طوری از پس مشکلاتمون بریاییم. فکر کردن به زن‌ها یاد بدن. تله‌ویزیون باید به درد بخوره.» (۴۴ساله).

روی‌کردهای مذهبی، یکی از رایج‌ترین روش‌ها برای مقابله با این مشکلات است:

«من به خدا توکل می‌کنم. به خدا می‌گم: (خدایا! یه توانایی و سلامتی بده تا بتونیم مشکلات زندگی رو تحمل کنیم)، هر کس جای من بود، با مشکلات من [مشکلات مالی و بی‌کاری شوهر و مستأجری]، زندگی‌ش رو می‌باخت؛ ولی من به خدا توکل می‌کنم.» (۳۸ساله).

زن، خانه‌داری، و خانواده

سلامت زن یعنی داشتن خانواده‌ی آرام

زنان شرکت‌کننده، سلامت خانواده را معنا و ماهیت سلامت خود به شمار می‌آورند و مجموعه‌یی را پویا می‌دانند که قدر مادر و زن را می‌شناسد:

«وقتی خانواده دور هم ان، مشکلات رو با هم حل می‌کنن، [و] جنجالی نیست که نشه تحمل‌اش کرد، [اون وقت] سالم ای. و وقتی هر کی ساز خودش رو می‌زنه و حرف مادر رو گوش نمی‌دن، خانواده سالم نیست، زن هم احساس سلامتی نمی‌کنه.» (۴۵ساله).

از سوی دیگر، سلامت زنان، به عنوان مادر، بازتاب چه‌گونه‌ی سلامت و شرایط فرزندان‌شان است. مشارکت‌کنندگان، به‌ویژه آن‌ها که در چالش‌های مختلف نقش مادری بوده و فرزندی در سن و سال‌های مختلف داشته‌اند، سلامت خود را بازتاب فعال این شرایط می‌دانند.

نیاز به شناخت ارزش خانه‌داری

مشارکت‌کنندگان گفته‌اند با این وجود که «تمام توان خود، جان، و جوانی خود را در خانه و برای پابرجایی بنیان خانواده صرف کرده‌اند، اما کمتر کسی متوجه می‌شود» که روشنی خانه از شمع سوزان وجود آن‌ها است:

«زن‌ها به خودشون اهمیت نمی‌دن. اول به فکر خانواده ان، بعد به فکر خودشون؛ بنا بر این، یکی باید به فکر زن‌ها باشه. مؤسساتی، جاهایی باشه که به سلامت زن‌ها اهمیت بده.» (۲۵ ساله).

«گاهی اوقات احساس می‌کنم انگار زیادی ام. می‌گم برم جایی که دیده‌شم. خونه تمیز کردن کار مهمی‌ته، آش‌پزی مهم‌ته، ولی کسی متوجه نیست. البته می‌گن درک می‌کنیم، اما یه تشکر خشک و خالی نمی‌کنن. گاهی فکر می‌کنم که [...] کاش برای خودم یه کاری، یه سرگرمی‌یی، چیزی داشتم.» (۲۶ساله).

توجه به زنان و قدرشناسی از آنان می‌تواند موجب احساس سلامت در آنان شود:

«اگه زن احساس کنه ارزش‌مندته و به کاره‌اش بها داده‌شه، تا حدی سلامت روحی و جسمی‌ش فراهم می‌شه.» (۴۵ساله).



بحث و نتیجه‌گیری

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بر این باور اند که داشتن سلامت خانواده و روابط زناشویی موفق، پیش‌شرط سلامت آنان است؛ حتا در زنان شاغل نیز، همسران، بیش‌ترین نقش را در احساس سلامت و یا نبود سلامت داشته‌اند. فرزندان، به‌ویژه آن‌ها که بزرگ‌تر اند، پس از همسر، بر سلامت مادران مؤثر اند. دست‌آورد کنش و واکنش این مجموعه از همسر و فرزندان، در شرایط نسبتاً قابل‌قبول از نظر ارتباطی و البته همراه با مدیریت مادران، می‌تواند زیربنای رضایت‌بخشی را برای زنان به همراه داشته‌باشد تا بتوانند احساس سلامتی کنند. این مسئله، در جامعه‌ی با باورهای مذهبی و فرهنگی، که در آن، خانواده نهادی مقدس به شمار می‌آید و وجود زنان وقف همسر و فرزندان‌شان است، بیش‌تر موردانتظار است. در همین راستا، زنان مصری، نقش همسری را نقشی محوری دانسته و گفته‌اند رفع نیازها و خواسته‌های همسرشان برای آن‌ها اهمیت دارد. آن‌ها نقش خود را در ایجاد هم‌آهنگی و تعادل در خانواده مهم می‌دانند و بر این باور اند که رفتار متوقعانه‌ی همسر و احساس مسئولیت مداوم یا حس گران‌باری مسئولیت، برای آن‌ها تنش‌زا است (هاتر-پولارا، ملیس، و نقیب^۱، ۲۰۰۰).

وجود تنش‌های زیاد در روابط زناشویی زنان شرکت‌کننده در پژوهش، تجربه‌ی نبود احساس سلامت را برای آن‌ها به همراه داشته‌است، که با توجه به این که شوهران‌شان نقشی برجسته و منحصر به فرد در زندگی آنان داشته‌اند و پشتیبانی‌های اجتماعی مناسبی نیز برای این زنان وجود نداشته‌است، این مسئله دور از انتظار نیست. مطالعه‌ی ملیس و استیون^۲ (۱۹۹۲) نشان داد همراهی و ارتباط دوسویه، در ایجاد خشنودی زناشویی نقش دارند و تقسیم نامساوی وظایف، عدم توافق، و تسلط مردان به زنان، از عوامل تنش‌زا است. خشنودی زناشویی در بین زنان لیتوانی^۳، ارتباط معکوسی با احساس تنهایی و افسردگی، و ارتباطی مستقیم با احساس شادی و سلامت روانی داشته‌است (کاله‌دی‌ین، پتراوسکی‌ین، و استارکووی‌ین^۴، ۲۰۰۷). ویل‌کاکس و ناک^۵ (۲۰۰۶) بر این باور است که کیفیت زناشویی در طول چهار دهه‌ی گذشته کاهش یافته‌است و این مسئله ممکن است به دلیل کاهش حضور زنان در کلیساها و مشارکت آنان در فعالیتهای مذهبی در چهار دهه‌ی گذشته باشد؛ هم‌چنین تغییر نگرش‌ها به سمت آزادی، طلاق، و داشتن روابط جنسی خارج از چهارچوب ازدواج ممکن است دلیل دگرگونی‌های اخیر در کیفیت زندگی زناشویی به شمار آید.

¹ Hattar-Pollara, Marianne, Afaf Ibrahim Meleis, and Hassanat Nagib

² Meleis, Afaf Ibrahim, and Patricia E. Stevens

³ Lithuania

⁴ Kalediene, Ramune, Jadvyga Petrauskiene, and Skirmante Starkuviene

⁵ Wilcox, William Bradford, and Steven L. Nock

به نظر می‌رسد افزایش پشتیبانی‌های اجتماعی و توان‌مندسازی زنان بتواند احساس سلامت زنان را در دامنه‌ی گسترده‌تر از چهارچوب محدود خانواده و نه فقط برخورداری از روابط خانوادگی مناسب به همراه داشته‌باشد. کیم و هم‌کاران^۱ (۲۰۰۵) دریافتند که ارتباطی مثبت و معنادار میان پشتیبانی اجتماعی و وضعیت سلامت زنان کره‌یی وجود دارد؛ در حالی که میان تنش شغلی، تنش خانوادگی، و وضعیت سلامت، ارتباطی معکوس در جریان است. جوهان‌سون، کین‌گامی، و لیندفورس (۲۰۰۷) در پژوهش خود نشان دادند که زنان از نظر تنش‌های شغلی و خانوادگی، رضایت شغلی، خوش‌بینی، و احساس رفاه ذهنی، وضعیتی نسبتاً خوب دارند و از سلامت مناسب برخوردار اند. این، می‌تواند دست‌آورد تغییرات حمایتی اجتماع، مانند افزایش مدت و میزان پرداختی در مرخصی زایمان به پدر و مادر (هر دو)، در نظر گرفتن یارانه برای آموزش و ادامه‌ی تحصیل بزرگ‌سالان، و طراحی مراکز مراقبت و نگاه‌داری روزانه برای فرزندان باشد.

زنان مشارکت‌کننده از مسئولیت‌های زیاد در خانه و امور خانه‌داری، که «کسی قدرش را نمی‌شناسد»، شکوه کرده‌اند. به نظر می‌رسد در شرایط اشتغال و افزایش تحصیلات زنان، نقش و مسئولیت‌های خانه‌داری زنان در حال کاهش است، اما این امر مشکلاتی را نیز در پی دارد. ویل‌کاکس و ناک (۲۰۰۶) در این زمینه می‌گویند: زنان سنتی، که خانه‌داری را به عنوان وظیفه‌ی اصلی خود پذیرفته‌اند، عدم تساوی را در زندگی زناشویی می‌پذیرند و کمتر از تعارض‌های زناشویی رنج می‌برند. کار منزل، با تعبیر هنجارهای فرهنگی نقش‌های جنسیتی، به منبع تضاد در میان همسران تبدیل شده‌است و این در حالی است که زنان فقیر اردنی نیز نقش‌هایی متفاوت داشته‌اند، اما وظایف گوناگون خانه را هم انجام می‌داده‌اند (محسنه^۲ ۲۰۰۱).

در این پژوهش، نقش عوامل خانوادگی بر سلامت زنان مورد بررسی و بحث قرار گرفته‌است. با توجه به تأثیری که مشکلات مربوط به روابط همسری در سلامت زنان داشته، به نظر می‌رسد هم در شیوه‌های ارتباطی میان همسران و هم در الگوی مدیریت خانه و خانواده، اصلاحاتی اساسی مورد نیاز است؛ هم‌چنین آموزش مهارت‌های زندگی پیش از ازدواج، برای ارتباط مناسب میان همسران، و هم‌دلی و هم‌کاری در منزل نیز لازم به نظر می‌آید. با توجه به تأکید مشارکت‌کنندگان بر لزوم آموزش مهارت‌های حل مسئله و اداره‌ی تنش، برنامه‌ریزی‌های روزآمد و مبتنی بر شواهد در این زمینه می‌تواند به بالا رفتن سلامت خانواده منجر شود؛ هم‌چنین، با افزایش پشتیبانی‌های اجتماعی و برنامه‌های

^۱ Kim, Gwang Suk, Won Jung Cho, Chung Yul Lee, Lucy N. Marion, and Mi Ja Kim

^۲ Mahasneh, Sawsan Majali



فرهنگی-ورزشی برای توانمندسازی زنان، و نیز انجام رسالت بزرگ رسانه‌ها در هدایت و آموزش عمومی، می‌توان به ابعاد بیش‌تر و بزرگ‌تری از سلامت جامعه و زنان دست یافت.

پژوهش‌های آینده

پژوهش در زمینه‌های زیر می‌تواند به نکات مهم و ابهام‌هایی که در طول این پژوهش ایجاد شده‌است پاسخ دهد:

- بررسی شیوه‌ی زندگی و مهارت زندگی زنان.
- طراحی راه‌هایی برای آموزش، نگاه‌داری، و بالا بردن سلامت زنان.
- طراحی و اجرای پژوهش‌های کارکردی، آموزش مهارت‌های حل مسئله برای چه‌گونه‌ی رویارویی با مشکلات زندگی مشترک، روش‌های مدیریت زمان، روش‌های مدیریت خانواده، کنترل تنش و تخلیه‌ی اضطراب، و آگاهی از نقش حفاظتی باورهای مذهبی.
- پژوهش‌های کارکردی برای بهبود شیوه‌ی زندگی و ارتباط با همسر و فرزندان

منابع

- پرویزی، سرور، و علی‌رضا نیکبخت. ۱۳۸۳. «سلامت دختران نوجوانان و پارادوکس آزادی/محدودیت: یک پژوهش کیفی». *پژوهش زنان* ۲(۲):۵-۱۶.
- مرکز مطالعات و تحقیقات زنان. بی‌تا. «مطالعه‌ی ابعاد جنسیتی برنامه‌های سوم و چهارم توسعه و بررسی میزان تحقق اهداف جنسیتی در برنامه‌ی سوم توسعه». گزارش طرح پژوهشی، مرکز مطالعات و تحقیقات زنان، دانشگاه تهران. برگرفته در ۳ دی ۱۳۸۷ (http://cws.ut.ac.ir/cwsf/Tarh_jensiyat.htm).
- منادی، مرتضا. ۱۳۸۳. «تأثیر تصورات و تعاریف مشابه. زوجین در رضایت از زندگی زناشویی از دیدگاه زنان». *مطالعات زنان* ۲(۱):۷-۴۰.
- Graneheim, Ulla Hällgren, and Berit Lundman. 2004. "Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures, and Measures to Achieve Trustworthiness." *Nurse Education Today* 24(2):105-112.
- Hattar-Pollara, Marianne, Afaf Ibrahim Meleis, and Hassanat Nagib. 2000. "A Study of the Spousal Role of Egyptian Women in Clerical Jobs." *Health Care for Women International* 21(4):305-317.
- Johansson, Gunn, Qinghai Huang, and Petra Lindfors. 2007. "A Life-Span Perspective on Women's Careers, Health, and Well-Being." *Social Science and Medicine* 65(4):685-697.

- Kalediene, Ramume, Jadvyga Petrauskiene, and Skirmante Starkuviene. 2007. "Inequalities in Mortality by Marital Status during Socio-Economic Transition in Lithuania." *Public Health* 121(5):385-392.
- Kim, Gwang Suk, Won Jung Cho, Chung Yul Lee, Lucy N. Marion, and Mi Ja 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.
- Krippendorff, Klaus. 2004. *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Lau, Joseph T.F., Xilin Yang, Qingsheng Wang, Yimin Cheng, Hi Yi Tsui, Lancelot W.H. Mui, and Jean H. Kim. 2006. "Gender Power and Marital Relationship as Predictors of Sexual Dysfunction and Sexual Satisfaction among Young Married Couples in Rural China: A Population-Based Study." *Urology* 67(3):579-585.
- London, Marcia L., Patricia A. Ladewig, Jane W. Ball, and Ruth Bindler. 2007. *Maternal and Child Nursing Care*. 2nd Edition. Upper Saddle River, NJ, USA: Pearson Prentice Hall.
- Mahasneh, Sawsan Majali. 2001. "Health Perceptions and Health Behaviours of Poor Urban Jordanian Women." *Journal of Advanced Nursing* 36(1):58-68.
- Mazure, Carolyn M., Mark Espeland, Pamela Douglas, Victoria Champion, and Marcia Killien. 2000. "Multidisciplinary Women's Health Research: The National Centers of Excellence in Women's Health." *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 9(7):717-724.
- Meleis, Afaf Ibrahim, and Patricia E. Stevens. 1992. "Women in Clerical Jobs: Spousal Role Satisfaction, Stress, and Coping." *Women and Health* 18(1):23-40.
- Mezey, Gillian, Loraine Bacchus, Susan Bewley, and Sarah White. 2005. "Domestic Violence, Lifetime Trauma, and Psychological Health of Childbearing Women." *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 112(2):197-204.
- Nelson, Martha, Susan Proctor, Hanna Regev, Donelle Barnes, Linda Sawyer, DeAnne Messias, Laurie Yoder, Afaf Ibrahim Meleis. 1996. "International Population and Development: The United Nations' Cairo Action Plan for Women's Health." *Journal of Nursing Scholarship* 28(1):75-80.
- Nichols, Francine H. 2000. "History of the Women's Health Movement in the 20th Century." *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 29(1):56-64.
- Plaisier, Inger, Jeanne G.M. de Bruijn, Johannes H. Smit, Ron de Graaf, Margreet ten Have, Aartjan T. F. Beekman, Richard van Dyck, and Brenda W. J. H. Penninx. 2008. "Work and Family Roles and the Association with Depressive and Anxiety Disorders: Differences between Men and Women." *Journal of Affective Disorders* 105(1):63-72.
- Polit, Denise F., and Cheryl Tatano Beck. 2006. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 6th Edition. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Shek, Daniel T. L. 1995. "Gender Differences in Marital Quality and Well-Being in Chinese Married Adults." *Sex Roles* 32(11-12):699-715.
- Wilcox, William Bradford, and Steven L. Nock. 2006. "What's Love Got to Do with It? Equality, Equity, Commitment, and Women's Marital Quality." *Social Forces* 84(3):1321-1345.



نویسندگان

دکتر سرور پرویزی،

استادیار دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
parvizi@iums.ac.ir

دکتر نعیمه سیدفاطمی،

دانشیار دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
nseyedfatemi@yahoo.com

کیان دخت کیانی،

کارشناس ارشد مامایی، کارشناس پژوهش جهاد دانشگاهی
kiana_mid@yahoo.com



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی