

عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی

سرور پرویزی^۱، فرزانه قاسمزاده کاکرودی^۲، نعیمه سید فاطمی^۳، فروغ ناصری^۴

چکیده

مقدمه: زنان، نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و سلامت آنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع است. مشکلات آنان، بر سلامت جسمی و به ویژه سلامت روان خانواده، جامعه و حتی نسل‌های بعدی نیز مؤثر خواهد بود. هدف این پژوهش تبیین عوامل اجتماعی تعیین کننده در سلامت زنان بوده است.

روش: این تحقیق با رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوا و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار با بیست و دو خانم بیست تا پنجاه ساله ساکن تهران که به روش نمونه گیری مبتنی برهدف انتخاب شده بوده‌اند تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شده است. مکالمات ضبط، دست نویس، و تجزیه و تحلیل شده است.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ظهور شش مضمون: تبعیض جنسیتی، تلاش طاقت فرسا، مشکلات اقتصادی، اشتغال مناسب، ورزش بانوان، رشد فرهنگی و تحصیلات که بیانگر معنای عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان می‌باشد شده است.

نتیجه گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که زنان هنوز از بی عدالتی در رنج اند و برای تأمین سلامت، به رفاه اجتماعی، ورزش، اشتغال و تحصیل مطلوب نیازمند هستند. براساس این شناخت و پرستاران می‌توانند در راستای تأمین سلامت زنان و سلامت خانواده‌ها بعنوان کارکنان و حافظان عرصه سلامت در جهت فرهنگ‌سازی مشارکت مردان در امور منزل و همچنین برای برقراری عدالت جنسی تلاش کنند.

واژه‌های کلیدی: پژوهش کیفی، تحلیل محتوا، عوامل اجتماعی، سلامت، زنان

پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۲۲

تاریخ دریافت مقاله ۱۳۸۷/۱۰/۲

۱ - استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: s_parvizi@yahoo.com

۲ - دانشگاه آزاد اسلامی چالوس

۳ - دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۴ - سوپروایزر آموزشی بیمارستان فریدونکنار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

مقدمه

سلامت زنان زیربنای زیربنای خانواده‌ها و جوامع‌اند و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و استمرار سلامت خانواده و جامعه دارند. از این رو پژوهش در زمینه سلامت زنان، سودمند است. سلامت زنان و به ویژه سلامت مادران از مفاهیم زیربنایی در توسعه و در ارتباط با توسعه و رفاه اقتصادی-اجتماعی است. همچنین، زنان کفیل نسل‌های بعدی هستند و اهمیت آنان اغلب پشت مدیریت‌های مردانه کم‌رنگ و مخفی باقی می‌ماند (۱). آن‌ها همچنین عوامل فعال برای ایجاد تحول و توسعه هستند (۲). ابعاد اجتماعی سلامت زنان موضوع اصلی این مقاله است.

بعد اجتماعی شاید مهم‌ترین و جامع‌ترین بُعد از میان جنبه‌های مختلفی باشد که می‌توان سلامت زنان را بررسی کرد. عوامل اجتماعی از جنبه‌های مختلف بر سلامت زنان مؤثر است. مشکلات ناشی از فقر زنان در ادبیات توسعه اجتماعی و سلامت زنان موضوع قابل توجه و با اهمیتی بوده است. فقر زنان به شکل مصرف‌ناکافی، زندگی در مسکن نامناسب، دسترسی نداشتن به خدمات و مراکز درمانی و نداشتن قدرت تصمیم‌گیری در مورد شرایط اولیه زندگی نشان داده شده است. بیشتر زنان در کارهای کم درآمد و سطح پایین مشغولند و به دلیل مشکلات اشتغال، در تمام جهان با خطراتی مواجهند که سلامت، زندگی و رفاه آنان را تهدید می‌کند (۳). اشتغال، تبعیض جنسیتی، وظایف و نقش‌های مادری و همسری، فقر، خشونت، تحصیل و مالکیت برخی از عوامل اجتماعی هستند که در جوامع و فرهنگ‌های مختلف به گونه‌های متفاوتی دیده می‌شود. آنچه که در یک جامعه رویای شیرین زانانه است، داشتن حق اشتغال برای زنان کشورهای در حال توسعه (۴)، و یا مشارکت شوهر در امور منزل برای زنان چینی (۵) در جامعه دیگر یک حق مسلم و بدیهی شمرده می‌شود و به جای آن چاقی و تناسب اندام (۶) و یا رضایت از شغل و درآمد بیشتر (۷) اهمیت بیشتری داشته است. به این ترتیب رویکرد باز و دیدگاه عمیق تحقیق‌های کیفی می‌تواند با کند و کاو تفاوت‌ها و تفسیرهای زنان هر جامعه را مشخص نموده و در روایت‌های گوناگون و میزان‌های متفاوت از برخورداری یا محرومیت‌های اجتماعی از سلامت و عوامل اجتماعی سلامت را بشناساند. از این رو با توجه به دامنه گسترده

عوامل اجتماعی و نقش مؤثر این عوامل بر سلامت زنان، پژوهش در این زمینه مهم به نظر می‌رسد.

تحقیقات گسترده‌ای در زمینه‌های مختلف مربوط به سلامت زنان انجام شده است. مرور مختصری بر آن‌ها نشان می‌دهد که هر کدام از این تحقیقات زمینه‌های مختلفی از عوامل اجتماعی (مانند فقر، اشتغال و غیره) را با دیدگاه و پیش فرض پژوهشگران-متناسب با رویکرد کمی-در نظر گرفته‌اند. در صورت استفاده از رویکرد کیفی هم با دیدگاهی متفاوت به جنبه دیگری از مسایل مربوط به زنان پرداخته‌اند و به این ترتیب جای خالی پژوهشی در زمینه‌های اجتماعی سلامت زنان با رویکرد کیفی روشن می‌شود. گزارش پژوهش ملی بر وضعیت سلامت زنان استرالیایی نشان می‌دهد که فقر آهن، خشونت خانوادگی، کمبود حمایت‌های اجتماعی و قانونی، مشکلات پس از یائسگی، چاقی و ورزش نکردن مهم‌ترین و بیش‌ترین مشکلات زنان بوده است (۸). در یک پژوهش کیفی، زنان سوئدی، داشتن شغل با درآمد مناسب را عامل در رفاه و سلامت زنان در سنین بعدی و حتی دوره سالخوردگی ذکر کرده‌اند (۹). به علاوه، در یک مطالعه همبستگی بر وضعیت سلامت مادران تنهای سوئدی روشن شد که تحصیلات کمتر با افزایش میزان مرگ و میر، فقر، بیکاری، مسکن نامناسب و رفتارهای نامطلوب بهداشتی همراه بوده است (۱۰). در ایران نتایج پژوهش کیفی برای درک کلیشه‌های جنسیتی در تلویزیون، پنج کلیشه جنسیتی به این ترتیب استخراج شده است که زنان، فریبکار، بی‌وفاء، منفعل، فرودست، ناقص‌العقل بوده و در مقابل، مردان، صادق، عاقل و فعال بوده‌اند (۱۱).

از سوی دیگر مفهوم سلامت، در کنار مفاهیم پرستاری، محیط و مددجو یکی از چهار انگاره^۱ پرستاری است (۱۲) و پرستاران با جامع‌نگری و جامعه‌نگری، هم انسان و هم جامعه را با تمام ابعاد، اجزا و روابط خود در نظر می‌گیرند. بر این اساس یکی از بزرگ‌ترین مسؤولیت‌های پرستاران، ارتقای سلامت است که اغلب فعالیت‌های پرستاران را در بر می‌گیرد (۱۳). همچنین پرستاران به منزله مدافع حقوق مددجویان باید درک صحیحی از نیاز گروه‌های مختلف سنی داشته باشند تا

1- Metaparadigm

فرآیند نمونه‌گیری، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر بیست و دو زن بیست تا پنجاه ساله داوطلب (متماثل به شرکت در پژوهش) و ظاهراً سالم (نداشتن بیماری‌های حاد و یا مزمن در زمان انجام پژوهش)، انتخاب شدند و مورد مصاحبه‌های تعاملی و نیمه ساختار قرار گرفتند. فرآیند نمونه‌گیری در پژوهش کیفی مبتنی بر هدف بوده و تا اشباع داده‌ها که دیگر یافته و کد جدیدی ایجاد نشود (۱۵) ادامه یافته است. ویژگی‌های فردی (سن، سواد، وضعیت تأهل و اشتغال) و سؤالات کلی و باز در مورد معنای سلامت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان پرسیده شده است. تعدادی از سؤالات راهنمای مصاحبه در اینجا ذکر می‌شود: چه عوامل اجتماعی بر سلامت شما مؤثر می‌باشد؟ برای حفظ سلامت خود چه شرایط و امکاناتی را جستجو می‌کنید؟

مکان انجام مصاحبه‌ها متناسب با روش پژوهش کیفی، محیط واقعی و طبیعی^۳ بود و در این پژوهش نیز هر جا به زنان دسترسی بوده (منزل، پارک، فرهنگسرا) و همچنین شرایط مناسب و تمایل مشارکت‌کنندگان برای مصاحبه وجود داشت، مصاحبه انجام شد. حاصل ارتباطات کلامی مشارکت‌کنندگان که بر روی نوار ضبط شده بود، در اولین فرصت، همراه با ارتباطات غیر کلامی، نسخه‌برداری شد. متن مصاحبه‌ها، چندین بار مرور شدند، سپس به واحدهای تحلیل شکسته شدند. واحدهای تحلیل چندین بار مرور و بر اساس تشابه مفهومی و معنایی طبقه‌بندی شدند. روند تنزل در کاهش داده‌ها در تمام واحدهای تحلیل و طبقه‌های فرعی و اصلی جریان داشت تا هم تعداد واحدهای مفهومی کمتر و هم طبقه‌های فرعی و اصلی انتزاعی و مفهومی‌تر شوند. به این ترتیب، داده‌ها در طبقه‌های اصلی که کلی، مفهومی و انتزاعی بود قرار گرفتند. هر بار تغییرات لازم در مورد محتوا، و نام طبقه - که باید گویای محتوای آن باشد - داده شد. در نهایت پژوهشگران و مشارکت‌کنندگان به احساس رضایت مشترک درباره معنای داده‌ها و آنچه در قالب طبقه‌های اصلی و فرعی، محتوا و نام آن‌ها نمود

بتوانند تغییرات مناسب را ایجاد کنند، ارتباطات مناسب برقرار کنند و منابع قابل استفاده را بشناسند (۱۴).

سلامت یک مفهوم نسبی است و معانی و جلوه‌های آن در فرهنگ‌های مختلف با هم متفاوت است. بر این اساس، عوامل اجتماعی که از دیدگاه‌های مختلف بر آن مؤثر هستند نیز متفاوت خواهد بود. درک و کشف معنای سلامت که یک مفهوم بنیادین، گسترده، سیال و با معنای فردی است می‌تواند در بخش‌های مختلف برنامه‌های توسعه مؤثر باشد. برنامه‌ریزی برای دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی نیازمند کشف و تفسیر دیدگاه‌ها و پرداختن به علل و عوامل مفاهیم بینابینی چون سلامتی است. کارکنان تیم بهداشتی و از جمله پرستاران، اگر بخواهند به افراد جامعه در ارتقای سلامت کمک کنند، باید بتوانند مثل آن‌ها و در آن شرایط بیان‌دیشند (۱۵) اما تحقیقاتی که با رویکرد کیفی به مفهوم سلامت زنان و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن پرداخته باشد، کمتر مشاهده شده و از این رو پژوهش حاضر با هدف تبیین عوامل اجتماعی در ارتباط با سلامت زنان است.

روش مطالعه

تحقیقات کیفی بر پارادایم طبیعت‌گرایانه استوار است که بر اصالت تعدد واقعیت‌ها، اعتبار ذهنیت در مقابل عینیت، تأکید بر شناخت کل و جامعیت پدیده‌های انسانی، و انعکاس نقش شرایط فرهنگی در داده‌های پژوهش تأکید دارد و از این رو برای کشف موضوعات انسانی مناسب است (۱۵) و به درک عمیق و جامع‌چرایی و چگونگی پدیده‌ها کمک می‌کند. در این پژوهش نیز برای تبیین عوامل اجتماعی در ارتباط با سلامت زنان رویکرد کیفی مورد استفاده قرار گرفته است. این پژوهش یک تحلیل محتوایی کیفی است که با تقلیل داده‌های کیفی و طبقه‌بندی آن‌ها، می‌کوشد تا معنای آن‌ها را درک کند (۱۶). تحلیل مفهومی کیفی، تحلیل داده‌های کیفی برای استخراج درونمایه‌های اصلی آن و کشف الگوهای موجود در بین داده‌ها است. تحلیل محتوایی بیش از نیم قرن است که ترکیب مفیدی از کدگذاری در تحقیقات کیفی را به سادگی حفظ کرده و توانسته است پلی ارتباطی بین تحقیقات کمی و کیفی باشد (۱۶ و ۱۷).

2 - Semi structured interactional interview

3 - Natural Setting

4 - Analysis Unit

5 - Reduction

1 - Qualitative Content Analysis

دیپلمه بوده و ۱۸٪ سواد ابتدایی و راهنمایی داشته و بقیه دانشگاهی بوده‌اند. شصت و چهار درصد متأهل، ۴٪ مطلقه و بقیه مجرد بوده‌اند.

مضمون‌های استخراج شده به نظر می‌رسد احساس کهنتری نسبت به مردان و در عین حال تجربه گذار در شرایط به نفع زنان، ماهیت و معنای یافته‌ها در این پژوهش است. به علاوه از تجزیه و تحلیل متن دست نوشته‌ها پیرامون نظرات زنان در مورد عوامل اجتماعی سلامت، شش مضمون زیر استخراج شد که توضیح داده می‌شوند:

۱ - تبعیض جنسیتی

یکی از رایج‌ترین شکایت‌های زنان مشارکت‌کننده بوده که به صورت‌های مختلف، در جنبه‌های متفاوت زندگی زنان خود را نشان داده است و از این تجربه‌ها به عنوان شرایطی بدون احساس سلامت، یاد کرده‌اند. به نظر زنان مشارکت‌کننده، دامنه زمانی این تبعیض‌ها از پیش از تولد: «ذوق کردن برای جنس پسر حتی از دوره جنینی» تا «هزینه نکردن شوهران برای مخارج زنان» گسترده بوده است. یکی از جلوه‌های این تبعیض جنسیتی، محدودیت زنان بوده و یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره گفته است: «با چهار تا بچه، آزادی که می‌خواهم ندارم، می‌خواهم بروم گردش، تفریح، اصلاً آزاد نیستم، باید برای همه چیز از شوهرم اجازه بگیرم.» کد ۷، چهل و هفت ساله

جلوه‌های کلامی این تبعیض جنسیتی به این صورت بیان شده است: «وقتی می‌خوانم به مردها ناسزا بگن می‌گن: از زن هم کمتری! انگار زن بودن یه جور فحش و بد و بیراه است.» کد ۷، ۴۸ ساله

۲ - تلاش طاقت‌فرسا

از دیگر موانع اجتماعی سلامت زنان بوده است. زنان مشارکت‌کننده گفته‌اند زحمت زیادی برای مجموعه خانواده می‌کشند و تلاش طاقت‌فرسا و نامحسوسی برای همه می‌کنند و در مقابل، بهره‌ای که در خور این زحمت‌ها باشد، هم نمی‌برند: «کسی متوجه ما نمیشه، از صبح تا شب می‌ری، می‌شوری و کار می‌کنی هیچ کس متوجه نمیشه، دوست داشتم یکی هم به فکر من بود، یکی من رو می‌دید، صدامو می‌شنید، یه تشکر خشک و خالی می‌کرد.» کد ۴، ۲۶ ساله

یافته است، رسیدند (۱۷ و ۱۸). که این مضمون‌ها در بخش یافته‌ها نشان داده شده‌اند.

صحت داده‌ها

برای صحت داده‌ها از انواع روش‌های زیر استفاده شده است:

- بازنگری ناظرین: مرور دست نوشته‌ها، واحد تحلیل و مضمون‌های استخراج شده با استفاده از نظرات تکمیلی همکاران پژوهش و صاحب‌نظران و مشارکت‌کنندگان. اصلاحات انجام و نکات پیشنهادی، نیز لحاظ شده است. اشتراک نظر در مورد کدها و طبقات مشابه از معیارهای مهم صحت داده‌ها در تحلیل محتوا است.

- درگیری مداوم، تحلیل هم‌زمان داده‌ها و بازخورد به پژوهش، تخصیص زمان کافی (۱۸). ضمن ارتباط مداوم با زنان در مکان‌های مورد ترجیح خود آنان از پارک و فرهنگسرا گرفته تا رستوران و منزل و در زمان‌های انتخابی آنان، تلاش شد تا حسن ارتباط و تأمین فضای صمیمی و قابل اعتماد با زنان وسیله جلب داده‌های غنی و عمیق باشد.

اخلاقیات پژوهش

نکات زیر، در اخلاقیات پژوهش رعایت شده است:

- کسب رضایت کتبی و آگاهانه در فرآیند پژوهش (بیان هدف مطالعه، نحوه همکاری، روش‌های جمع‌آوری و ضبط داده‌ها، نقش پژوهشگر و مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تأمین آسودگی و خلوت در مدت همکاری)

- محرمانه نگهداشتن اطلاعات

- داشتن حق کناره‌گیری مشارکت‌کنندگان از پژوهش در هر زمان دلخواه

- در اختیار گذاشتن نتایج در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان

یافته‌ها

نیمی از زنان مشارکت‌کننده در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و ۲۳٪ آنان در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و بقیه ۴۱-۵۰ ساله بوده‌اند. همچنین ۴۵٪ از مشارکت‌کنندگان

- 1 - Data trustworthiness
- 2 - Peer check
- 3 - Member Check
- 4 - Prolonged Engagement

در شرایط سخت خانواده، معمولاً زنان تلاش‌های بیشتری کرده و «سنگ زیرین آسیاب» بوده‌اند. این مثالی از بیان یکی از مشارکت‌کنندگان است:

«...دکتر گفت سن تو اصلاً به بیماریت نمی‌خوره، خیلی فرسوده شدی، تا خونه بابا بودیم کار و زحمت بود بعد هم که شوهر کردیم کار و زحمت بیشتر، گاهی حتی وقتی که بنایی داریم به جای عمله‌ها می‌ایستم کنار دست بناها گچ و سیمان درست می‌کنم.» کد ۵، ۳۶ ساله

این تلاش ایثارگرانه با توجه به شرایط نابرابر زنان و در مادرانی که از پشتوانه همسر و یا خانواده برخوردار نبوده‌اند بیشتر بوده است. به این فرازها توجه کنید: «همیشه تنها، کار کردم و فکر خودم نبودم برای همه فداکاری کردم. سعی کردم مادر خوبی برا بچه‌هام باشم، براشون زحمت بکشم. الان می‌بینم توی سی و شش سال زندگیم هیچ‌وقت آرامش نداشتم، راحتی نداشتم.» کد ۵، ۳۶ ساله، از سوی دیگر نقش‌های اضافی که زنان به اجبار دارند نیز جنبه دیگری است که با توجه به نبود دسترسی برابر به منابع و امکانات، و نیز محدودیت‌های زنان، مانع سلامت آنان محسوب می‌شده است. یکی از مشارکت‌کنندگان این گونه گفته است: «زن شهروند درجه دو است. فشار اجتماعی روی زن زیاده. چه به عنوان مادر، چه به عنوان همسر.» کد ۸، سی و هشت ساله

۳- مشکلات اقتصادی

زنان از مشکلات اقتصادی و پیامدهای گسترده و غیرقابل جبرانی که می‌تواند بر بنیان خانواده و نیز سلامت زنان داشته باشد گلایه‌های زیادی داشته‌اند. مسایل اقتصادی، گاه اساس و گاه کاتالیزور مشاجرات و درگیری‌های خانوادگی بوده است. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان در این فراز ذکر شده است: «خیلی وقت‌ها به دلیل کمبودها و مشکلات اقتصادی به بن بست می‌رسیم. اصلاً چند بار به همین دلیل زندگیم داشته از هم پاشیده می‌شده. خیلی از اختلافات و مشکلات خانوادگی از مشکلات اقتصادی شروع می‌شه. بعد هم کشیده می‌شه به چیزهای دیگه.» کد ۱، سی ساله

مشکلات اقتصادی در موارد زیادی، منشأ نبود احساس سلامت زنان بوده است. کد ۲، سی و هشت ساله این طور گفته است: «وقتی شوهرم چک داره، گرفتاره، اعصابش به هم ریخته من هم ناراحتم، همه جاهام درد می‌گیره، اصلاً احساس سلامتی نمی‌کنم.» و در جای دیگر،

مشکل مسکن نشانه نبود ثبات در زندگی مشترک ذکر شده و رابطه مسکن، ثبات و سلامتی این طور بیان شده است: «سلامتی اینه که توی رفاه باشی، زندگی تأمین باشه. وقتی مجبوریم خانه به دوش باشیم، وقتی مرتب خونه عوض می‌کنیم. پرداخت مالی خیلی چیزها رو نداریم احساس می‌کنم سالم نیستیم. انگار واقعاً بیمارم.» کد ۲، سی و هشت ساله

۴- اشتغال مناسب

یکی از عوامل اجتماعی تسهیل‌کننده سلامت زنان بوده است که از زبان مشارکت‌کنندگان «راه فرار از دغدغه‌های منزل و سرگرمی و تنوع» و سبب «افزایش قدرت برنامه‌ریزی زنان شاغل» بوده است. در مقابل «مخالفت مرد با کار زن مانع سلامت زنان» یکی از «نمودهای محدودیت زنان، و تجربه تحقیر و تبعیض» بوده است. مشارکت‌کنندگان کمتر به جنبه‌های مادی اشتغال، بلکه به جنبه‌های اجتماعی، اقتدار و استقلال همراه آن توجه کرده‌اند. اما در نقطه مقابل، «فشار کاری، تجربه تنش‌های شغلی زیاد، غفلت نسبت به تربیت فرزند» از معایب اشتغال ذکر شده است. به علاوه روند، شرایط انگیزه، و پیامدهای اشتغال در پژوهش‌های زنان، از جنبه‌های متفاوت و حتی متضادی بررسی شده است جنبه‌هایی مثبتی مثل تجربه استقلال، کسب درآمد و مشارکت اجتماعی نیز جنبه‌های منفی مثل تعدد نقش‌های زنان با اشتغال، و تبعیض شغلی. انگیزه اشتغال، گاهی جستن پناهگاهی برای زنان بوده است. این فرازی از یک مصاحبه است: «کار بیرون رو دوست دارم چون چند ساعت هم از فکر و خیال خونه و بکن و نکن‌های شوهرم راحتیم.» کد ۱۳، ۴۲ ساله

۵- ورزش

ورزش بانوان از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، یک متغیر اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان بوده است. مشارکت‌کنندگان، ورزش را موجب سلامتی دانسته و گفته‌اند به ویژه زنان به دلیل تجربه‌های زنانه نیاز بیشتری به ورزش دارند. این جمله از زبان زنان در همین باره است: «ورزش خیلی برای سلامت زن‌ها مهمه البته باید یه جاهای سرپوشیده برای ورزش خانم‌ها باشه، بعد هم باید آگاهی داد، خیلی‌ها حتی اون جاها هم روشن نمی‌شه ورزش کنند. الان فرهنگ‌سراها مجانی کلاس ورزش گذاشتند این خیلی خوبه. ... البته این هم هست که خیلی

وقت‌ها زن‌ها قربانی سر و صدا و پز و پرستی‌های اهمیت دادن به زن‌ها هستند.» کد ۱۴، ۳۲ ساله

۶- رشد فرهنگی و تحصیلات

از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان ذکر شده است. «رشد فرهنگی لازمه موفقیت زنان» و در همین راستا «افزایش سواد مقدمه مطالبه حقوق و موفقیت زنان» ذکر شده است. «لزوم مطالعه در مورد سلامت، سازگاری با مشکلات، اداره خانواده و برنامه‌ریزی برای آینده، و تربیت فرزند» برخی از نیازهایی بوده که بیان شده است. تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان در مورد آموزش چگونگی مدیریت مشکلات و سازگاری با آن‌ها و نقش این موارد بر سلامت نکته‌هایی گفته‌اند، این که «چه جوری با مشکلات کنار بیان. چه تغذیه‌ای داشته باشند و ...»

تحصیلات رسمی و به ویژه در سطوح دانشگاهی، رقابت‌های علمی و ورزشی از نمدهای پرننگ پیشرفت و تساوی زنان قلمداد شده است. این فرازهایی از صحبت مشارکت‌کنندگان در این باره است: «یه دوره‌ای خانم‌ها زیر فشار و سلطه آقایون بودن ولی الان دیگه خانم‌ها رشد فرهنگی کردن، همه جا می‌درخشند، استقلال مالی دارن. موفقیت‌های زیادی دارن. زیر سلطه مردها نیستند.» کد ۸، سی و هشت ساله و دیگری گفته است: «خانم‌ها در مسابقات تیراندازی و المپیادها اول می‌شن. در جایگاه‌های علمی بیشتر هستند پس قدرت و منزلت بیشتری دارن.» کد ۹، پنجاه ساله

در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد زنان ضمن تجربه ناخرسندی‌های تبعیض جنسیتی زندگی در یک فضای سنتی و تلاش زیاد بارِ مسؤولیت سنگینی که در خانه و جامعه به دوش می‌کشند و هم دشواری‌های اقتصادی که همگان با آن دست و پنجه نرم می‌کنند با درِیچه‌های روشنی از تجدد و توسعه به نفع زنان روبه‌رو هستند، آنچه که با موقعیت‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی بهتر و رفاه بیشتری همراه است.

بحث

ارتباط تنگاتنگ سلامت و شرایط اجتماعی در جنبه‌های مختلف مورد تأکید مشارکت‌کنندگان بوده است. احساس تبعیض‌های جنسیتی و بازتاب این تبعیض‌ها در سلامت زنان بیشترین شکایت مشارکت‌کنندگان بوده

است. این به نظر نکته در خور توجهی می‌رسد چرا که در بررسی سلامت دختران نوجوان نیز احساس محدودیت به منزله جلوه مشهود تبعیض جنسیتی یکی از موانع سلامت بیان شده است. همچنین در پژوهش گسترده‌ای که بر ۱۲۰۰۰ نفر از زنان سراسر کشور انجام شده، تبعیض جنسیتی بعد از موضوع بیکاری و مسأله آزادی و امنیت در رتبه دوم اهمیت قرار داشته است (۱۹).

مشابه یافته‌های ما در پژوهش صادقی و کریمی (۱۳۸۳) ویژگی‌های زنان به نقش‌های منفی از جمله فرودستی و انفعال در مقابل ویژگی‌های مردانه که با فرادستی و فعال بودن همراه بوده، نشان داده شده است (۱۱). نابرابری‌های جنسی به نفع مردان یک مشکل جهانی است و از این رو گسترش تساوی جنسی برای همه زنان، محدود کردن خشونت بر علیه زنان، توانمندسازی زنان برای هدایت زندگی خود، زیربنای برنامه‌های توسعه و جمعیت بوده و در برنامه‌های سازمان ملل مورد تأکید قرار گرفته است (۳).

مغایر با یافته‌های این پژوهش، زنان در کشورهای غربی و آمریکا احساس استقلال می‌کرده و به تنهایی تصمیم‌گیری‌های مربوط به خانواده را انجام می‌دهاند (۵). همچنین بر اساس نتایج طرح پژوهشی ابعاد جنسیتی برنامه‌های کشوری توسعه این شکاف جنسیتی در عین بهبود شرایط کلی جامعه ایران کمتر شده است (۲).

به نظر می‌رسد همان‌طور که مشارکت‌کنندگان گفته‌اند زنان برای پیشرفت‌های اجتماعی و دستیابی به سطح بالاتری از تحصیلات و موقعیت‌های شغلی بهای زیادی را می‌پردازند و بار سنگین نقش‌هایی که در گذار توسعه به زنان اضافه شده آنقدر هست که نیازمند افزایش حمایت‌های اجتماعی و مشارکت‌های خانوادگی مردان باشد. ایفای نقش‌های متعدد به وسیله زنان و فشار ناشی از آن در ادبیات فمینیسم و سلامت زنان موضوع گسترده‌ای بوده و پیامدهای آن مورد توجه قرار گرفته است. بالاس^۱ (۱۹۹۴) در پژوهشی کیفی خود، ایفای نقش‌ها را از معانی سلامت از دیدگاه زنان سعودی ذکر کرده است (۲۰). در مقابل، بر اساس نتایج مطالعه هیلدینگ و همکارانش زنانی که از بین نقش‌های دانشجو، مادر، شریک جنسی، کارمند، مسؤول خانواده بیش از چهار نقش داشته‌اند، وضعیت

سلامت نامناسب‌تر (تنش بیشتر، سردرد، اختلال خواب، مراجعات بیشتر به پزشک) داشته‌اند (۲۱). همچنین پلیزیرا و همکاران^۱ در تحقیق خود بر زنان هلندی دریافت که زنان در مقایسه با مردان ساعت‌های بیشتری را به کار منزل و مراقبت از فرزندان اختصاص داده‌اند. بهره مردان از حمایت همسر، بیش از بهره زنان بوده است. مردان از تعدد نقش‌های اجتماعی برای مثال اشتغال، همسری و والدی سود می‌برده‌اند، در حالی که زنان افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کرده‌اند. داشتن توأم نقش همسری و اشتغال، با افسردگی و اضطراب کمتر و در مقابل، نقش والدی، همسری و اشتغال با اضطراب بیشتری برای زنان همراه بوده است (۲۲).

بر خلاف مشارکت‌کنندگان ما زنان مکزیکی اشتغال را مانند یک سرگرمی لذت بخش ذکر کرده‌اند که مزایای قابل توجهی هم برای آن‌ها داشته است (۷) و زنان آمریکایی درآمد مناسب و رضایت شغلی خوبی داشته‌اند (۶).

بر اساس بیانات مشارکت‌کنندگان فقر از موانع سلامت زنان شمرده شده است. در همین راستا، شادی طلب و گرایی‌نژاد در بررسی فقر زنان سرپرست خانوار دریافتند که زن بودن احتمال فقرا نیز افزایش می‌دهد. در طی دوره ده ساله فقر از ۱۳۷۰ این زنان در مناطق شهری روند نزولی داشته و با افزایش تعداد افراد شاغل، احتمال فقر کاهش یافته است. همچنین زنان سرپرست خانوار، به دلیل بی‌سوادی و داشتن خانوارهای کوچک و تعداد شاغلان کمتر، در معرض فقر قرار داشته‌اند (۲۳).

مشابه یافته‌های ما پره یاب و همکارانش^۲ در بررسی کیفی تجربه افسردگی زنان هندی دریافتند که زنان و کسانی که با مشکلات اقتصادی بیشتری روبه‌رو هستند بیشتر افسرده می‌شوند و مشکلات روان‌تنی، دردهای مبهم، ضعف، مشکلات زنانگی، اختلالات خواب، و خستگی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۴) و زنان فقیر مصری نیز از شرایط نامطلوب اقتصادی-اجتماعی، نابرابری جنسی، و بیماری رنج می‌برند (۲۵). حتی در گزارشی از ایالات متحده نیز زنان، مشکلات مالی و میزان مرگ و میر بیش از مردان داشته‌اند (۲۶).

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش کمتر به پیامدهای منفی اشتغال پرداخته‌اند و بیشتر بر جنبه‌های مثبت حتی اندک آن تأکید داشته‌اند. این شاید به دلیل ویژگی‌های فرهنگی اجتماعی است که زنان به آرامش، اقتدار و استقلال ناشی از کار حتی اگر با دشواری‌هایی نیز همراه باشد نیازمندند. گر چه بررسی‌ها نشان می‌دهد که اشتغال زنان در مجموع برای آنان مفید است اما تنش‌های روانی-جسمی، کار در مشاغل پایین‌تر، درآمد کمتر، کنترل کمتر بر شغل خود، سطح حرفه‌ای پایین‌تر (۲۷ و ۲۳) حتی با وجود داشتن تحصیلات مساوی با مردان صرف ساعت‌های کاری بیشتر و درآمد کمتر، محدودیت تنوع شغلی (۲۸) فقدان حمایت‌های اجتماعی، نبود سرمایه و نداشتن امنیت شغلی (۲۹) از مشکلات اشتغال زنان گزارش شده است.

همان‌گونه که مورد تأکید مشارکت‌کنندگان در این پژوهش بود، ورزش و فعالیت جسمانی از شاخص‌های سلامت شعار آرمانی سازمان بهداشت جهانی در برنامه مردمان سالم تا ۲۰۱۰^۳ بوده می‌باشد که مورد توجه و تأکید زیاد سازمان‌های بهداشتی است (۳). چانگ^۴ و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی تأثیر برنامه آموزشی دو ماهه برای آموزش ورزش‌های هوازی و تأثیر آن بر فعالیت جسمانی زنان تایوانی را بررسی کرده است. خودکارآمدی بیشتر، ورزش منظم‌تر و کالری دریافتی کمتر در گروه مورد نسبت به گروه شاهد گزارش شده است (۳۰).

آگاهی و تحصیلات زنان چیزی فراتر از دانش و مدرک است. مشارکت در توسعه، توانمندی، بهبود شرایط مالی، بر خورداری از حق مالکیت، ارتقای سطح بهره‌وری، تولید بیشتر و حتی تربیت نسل سالم‌تر در راستای آموزش زنان، توانمندی و توسعه اجتماعی با افزایش سطح تحصیلات زنان نشان داده شده است. تایمرمان^۵ این‌طور نوشته است: اساس توانمندسازی زنان کسب آگاهی بهداشتی و مسؤولیت‌پذیری در سلامت خود بوده است (۳۱). همچنین، کتابی، یزدخواستی، و فرخی در بررسی توانمندسازی زنان برای مشارکت در توسعه نوشته‌اند: عواملی چون افزایش سطح تحصیلات، دسترسی به منابع مالی، بهبود وضعیت سلامت، بر خورداری از حق مالکیت، رفع تبعیض از بازار کار و حذف باورهای سنتی عوامل مؤثر در توانمندسازی زنان هستند.

3 - Halthy People till 2010

4 - Chang

5 - Timmerman

1 - Plaisiera

2 - Pereirab

حمایت‌های اجتماعی از زنان که موجب کسب آموزش‌های رسمی و غیر رسمی لازم، مورد تأکید قرار گرفته است. شرایط نامطلوب اقتصادی و انعکاس آن بر تجربه‌های منفی سلامت زنان هشداردهنده است. سلامت زنان اساس سلامت خانواده و جامعه است پس تلاش برای سالم‌سازی جامعه به عنوان بستر سلامت زنان، لازم است. همچنین ترغیب سازمان‌های مردم نهاد و تقویت دیدگاه‌های بین رشته‌ای بین پرستاران، متخصصین بالینی، دانشمندان علوم رفتاری، پژوهشگران در امور زنان، دست‌اندرکاران رسانه‌ها و آموزش و پرورش برای ارتقای سلامت زنان در ابعاد جسمی روحی و اجتماعی لازم است (۳۳).

برای تقویت مهارت‌های زندگی اجتماعی و جلب مشارکت مردان در امور خانواده، باید تمهیداتی از این دست اندیشید که ویژگی‌های زنان محدودیت به شمار نیاید، استعدادهایشان بستر سالم و مناسب برای رشد داشته باشد، آرامش خانواده‌ها تأمین گردد، توسعه اجتماعی پایدار و همه جانبه گسترش یابد، زنان نیز سالم و بالنده بمانند. با توجه به یافته‌های این مطالعه، پژوهش برای پاسخ به این سؤال می‌تواند موضوعی برای پژوهش‌های آینده در این زمینه باشد: چگونه منابع و شرایط اجتماعی می‌توانند بر سلامت زنان مؤثر باشند؟

تشریح و قدردانی

از همکاری صمیمانه یکایک زنانی که این پژوهش بدون همکاری‌های آنان میسر نبود قدردانی می‌گردد. از خداوند متعال سلامت و توفیق روز افزون آنان را خواستاریم. همچنین لازم است حمایت‌های قانونی و مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران را از اجرای این پژوهش به عنوان طرح مصوب دانشگاهی بستاییم.

(۲۷). از این رو با توجه به سودمندی‌های بی‌شمار آگاهی و آموزش زنان سرمایه‌گذاری در این زمینه لازم به نظر می‌رسد. نلسون و همکاران می‌نویسند: حق آموزش و پرورش از حقوق اساسی و اولیه انسانی است و زنان و دختران باید به آموزش‌هایی مساوی مردان دسترسی داشته باشند (۳). زاجاکو در نتایجی مبتنی بر پژوهش خود در آمریکا می‌نویسد: تحصیلات در بین زنان متأهل با کاهش مرگ و میر همراه بوده است (۳۲). خوشبختانه زنان کشور ما از نظر این مهم روند مطلوبی را طی می‌کنند. به طوری که در پژوهش مرکز مطالعات و تحقیقات زنان (۱۳۸۵) یافته‌اند که شکاف جنسیتی در زمینه آموزش، از نظر کیفیت، نوع رشته‌ها و تعداد قبولی‌ها نشان می‌دهد که در طول برنامه‌های ملی توسعه، به نفع دختران تعدیل شده است (۲).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که کدامیک از شرایط اجتماعی و چگونه در سلامت زنان نقش دارد. مشارکت‌کنندگان از وجود تبعیض‌های جنسیتی و آثار آن بر سلامت خود و سایر زنان اظهار نارضایتی و نگرانی کرده‌اند. این نابرابری، مانع آموزش و اشتغال و کسب درآمد مناسب، محل سلامت زنان، و موجب ظهور اختلاف در خانواده نیز هست. بر همین اساس، برنامه‌ریزی‌های گسترده و آموزش‌های فرهنگی مناسب برای اصلاح باورهای عمومی به سمت احترام به زنان و شناخت ویژگی‌های زنان می‌تواند بر توسعه ملی مؤثر باشد. توجه به امکانات مساعد برای شکوفایی زنان و ایجاد تمهیدات لازم برای آموزش، فعالیت‌های جسمانی و اشتغال زنان در حالی که نقش‌های همسری و مادری نیز محترم باقی بمانند لازم به نظر می‌رسد. همچنین افزایش

منابع

- 1 - 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.
- 2 - The report of Women research and study center. "The study of sexual differences of the 3rd and the 4th developmental program and the goal attainment of sexual objectives in the 3rd developmental program. Available at: <http://cws.ut.ac.ir/cwsf/Tarh%20jensiyat.htm>, 1385.
- 3 - 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. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 28U: 75-80.
- 4 - Carolyn MM, Mark E, Pamela D, Victoria C, Marcia K. Multidisciplinary Women's Health Research. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 2000; 9(7): 717-724.

- 5 - Joseph TF. Gender power and marital relationship as predictors of sexual dysfunction and sexual satisfaction among young married couples in rural China. *Adult urology*, 2006.
- 6 - Hildingh C., Luepker I., Beigi A. & Lidell E. (2006) Stress, health complaints and self-confidence: a comparison between young adult women in Sweden and USA. *Scandic Journal of Caring Sciences*. 20: 202-208.
- 7 - Harisson ME. (1994) Hobby or Job? Mexican female health workers. 15 (5): 397-412.
- 8 - The University of Newcastle. (1997) *The Australian Longitudinal Study on Women's Health Report*. The University of Newcastle Press.
- 9 - Annika F.S. Gunilla C. (2007) Health-Promoting Aspects of a Paid Job: Findings in a Qualitative Interview Study With Elderly Women in Sweden. *Health Care for Women International*, 28,10:909 – 929.
- 10 - Fritzell S. Gunilla R.W. Johan F. and Burströma B. (2007) From macro to micro: The health of Swedish lone mothers during changing economic and social circumstances. *Social Science & Medicine*. 65(12): 2474-2488.
- 11 - Sadeghi Fasae S & Karimi S (1383) Sexual keliches in TV serials. *Pajohesh Zanan*, 3 (3): 59-89.
- 12 - Mellis AI. (1999) *Theoretical Nursing*, 3rd Ed, Philadelphia: Lippincott.
- 13 - Allender J., Spradley B. (2001) *Community Health Nursing*, 5th Ed, Philadelphia: Lippincott Co.
- 14 - Kozier B., Erb G., Berman AJ & Burke K. (2000) *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process & Practice*. New Jersey: Prentice Hall Pub.
- 15 - Polit DF, Beck CT. (2006) *Essentials of Nursing Research*. 6th Ed. Philadelphia : lippincott Co, P:14 & 404.
- 16 - Graneheim UH, Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: 105–112.
- 17 - Krippendorff K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- 18 - Adib M, Parvizy S & Salsali M. (1386). *Qualitative Research Methods*, Tehran: Boshra.
- 19 - Parvizy S & Nikbakht A (1382) "Iranian Female Adolescents' Health and the paradoxes of freedom and limitation" *Majaleh Pajooesh Zanan*, 2 (2): 5-15.
- 20 - Ballas E. (1995) Health meaning of Saudi women. *Journal of Advanced Nursing*: 21:853-7.
- 21 - Hildingh C. Russell V. Luepker, A.B. and 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.
- 22 - Plaisiera I J.G.M & De Bruijn JH, Smit R, de Graaf M, ten Have A, T.F. Beekman, R. van Dyck and B.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: 63-72.
- 23 - Shadi Talab Zu & Garaee Nejad A. (1383), "The poverty of Head family women" *PAjooesh Zanan*, 2 (1): 49-70.
- 24 - Pereirab B. Gracy A. Sulochana P., Reshma P., Perti P. and 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.
- 25 - Kharboush IF, Youssef AA, Makhlof MM, Zaghoul AA, El-Hamid AA, El Masry AG. (2005) Women health in poor urban settings in Alexandria. *The Journal of The Egyptian Public Health Association*. 80 (1-2): 321-48.
- 26 - Bonhomme Jean J. (2007) Men's health: impact on women, children and society. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4 (2): 124-130.
- 27 - Ketabi M, Yazdkhasti B & Farohki Z (1382). Tavanmand sazi zanan baraye mosharekat dar tosee. *Pajohesh zanan*, 1 (7): 5-30.
- 28 - Harrison ME. (1994) Hobby or job? Mexican female health workers. *Health Care For Women International*. 15 (5): 397-412.
- 29 - Noroozi L. (1383). Tafavot haye jensiati dar sakhtar e shoqli. *Pajooesh zanan*, 2 (1): 165-178.
- 30 - Chang Su-Hsien, Hua Chung, Hsien Jen-Te, Hsien Tainan, Chang Su-Hsien, Hua Chung. The effectiveness of a health promotion programme for women in southern Taiwan. *International Journal of Nursing practice*. 2006; 12(5): 252-259.
- 31 - Timmerman G. Using a women's health perspective to guide decisions made in quantitative research. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 30(3): 640-645.
- 32 - Zajacov A. Education, gender, and mortality: Does schooling have the same effect on mortality for men and women in the US? *Social Science & Medicine*. 2006; 63: 2176-2190.
- 33 - Mazure CM, Espeland M, Douglas P, Champion V, Killien M. Multidisciplinary Women's health research: the national centers of excellence in women's health. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000 Sep; 9(7): 717-24.

Social factors contributing in women health in Tehran city: A qualitative study

Parvizi¹ S (Ph.Ds) - Ghasemzadeh kakroodi² F (Ph.Ds) - Seyed Fatemi³ N (Ph.Ds) - Naseri⁴ F (MSc.).

Introduction: Women constitute half of the population and their health is the keystone of family and society's health. Women's problems could adversely affect physical health and in particular mental health of the family, society, and future generations. The present study aimed at determining the social predisposing factors on women's health in Iran.

Methods: Using qualitative method (content analysis), semi-structured interactional interviews were conducted with a purposeful sample of 22 women aged 20 to 50 years who were living in Tehran. Interviewing the participants were continued to reach data saturation. All the interviews were recorded and transcribed. They were analyzed through a qualitative content analysis method.

Results: Six themes were identified in data analysis: gender disparities, burden, economical problems, appropriate occupation, women sport and cultural and educational growth which reflect effective social factors on women's health.

Conclusion: The study revealed that women are still suffering from disparities. They need appropriate social welfare, sport, job and education to be healthy. Knowing these, nurses could make an effort to acculturate men participation in house chores and to develop gender equalities in order to provide health for women and families.

Key words: Qualitative Research, Content Analysis, Social Factor, Health, Woman

1 - Corresponding Author: Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

e-mail: s_parvizy@yahoo.com

2 - Islamic Azad University, Chaloos Branch

3 - Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences

4 - Freidoonkenar Hospital, Mazandaran University of Medical Sciences