

Ethical health and its challenges from women's perspectives: A qualitative content analysis

Rezaee¹ N (Ph.D) - Salsali² M (Ph.D) - Seyedfatemi³ N (Ph.D).

Abstract

Introduction: Women are like a pillar for their own family and family, itself, has been built upon tradition, belief and morality. This is women's moral value which is represented in the ethical health of the individual and the society. Therefore, women's ethical health should be identified from women's own perspectives. The aim of this study was to identify middle-aged women perception of the concept of Ethical health and its challenges.

Method: This is a qualitative study and the method of content analysis was carried out. In this study, 15 middle-aged women were recruited; by purposive sampling and semi-structured interviews, face to face interviews were conducted. Accordingly, each interview was reviewed, and then categories were extracted. First, the semantic similarities were reviewed and the categories were identified and then in final review the related categories placed in the same categories.

Results: The main categories, from women's perspectives, were devotion, preserving moral values and ethical challenges. Devotion category includes subcategories such as prioritizing the health of family members and trying to save marriage. Preserving moral values category includes subcategories such as respecting values and consolidating beliefs over time. Moral challenges category consists of individual and familial challenges subcategories.

Conclusion: From the perspective of middle-aged women, the Ethical health is of high importance which influenced on various personal, domestic and social aspects of their life. The findings of the present study presented new dimensions of middle-aged women's health regarding Ethical health which can finally have different consequences on domestic and social ethical health.

Keywords: Ethical health, middle-aged women, ethical challenges

Accepted: 11 March 2015

Accepted: 5 May 2015

1- Corresponding author: Assistant Professor, Dept. of Nursing, Faculty of Medical Science, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

e-mail: nasrin_rezaee2005@yahoo.com

2- Professor, Dept. of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Associate Professor, Dept. of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

سلامت اخلاقی و چالش های آن از دیدگاه زنان: تحلیل محتوای کیفی

نسرین رضائی^۱، مهوش صلصالی^۲، نعیمه سیدفاطمی^۳

چکیده

مقدمه: زن ستون خانواده است و خانواده بر پایه سنت، باور و اخلاق استوار شده است. باورهای اخلاقی زنان از چسبندگی خوبی و بدی سخن می گوید که این باورها نمود خود را در سلامت اخلاقی فرد و جامعه نشان می دهند. بنابراین باید از منظر خود زنان باورهای اخلاقی که متضمن سلامت اخلاقی آنان است شناسایی شوند. لذا هدف این مطالعه، شناسایی درک زنان میانسال از مفهوم سلامت اخلاقی و چالش های پیش روی آن بود.

روش: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و به شیوه تحلیل محتوا انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۱۵ زن میانسال بودند که به روش نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و مورد مصاحبه های چهره به چهره و نیمه ساختارمند قرار گرفتند. بعد از گردآوری داده ها، تمام مصاحبه ها پیاده سازی شدند، مورد بازنگری قرار گرفتند و سپس طبقات استخراج گردید. در ابتدا شباهت های معنایی مورد بازنگری قرار گرفت و زیر طبقات مشخص شدند و سپس در بازنگری مجدد زیر طبقات مرتبط در یک طبقه قرار گرفتند.

یافته ها: طبقات اصلی حاصل از دیدگاه زنان در خصوص سلامت اخلاقی مشتمل بر ایثار، حفظ باورهای اخلاقی و چالش های اخلاقی بودند. طبقه ایثار در بردارنده زیر طبقات اولویت دادن به سلامت اعضای خانواده و تلاش برای حفظ زندگی، طبقه حفظ باورهای اخلاقی شامل زیر طبقات حرمت گذاشتن به ارزش ها و تحکیم باورها در گذر زمان و طبقه چالش های اخلاقی شامل زیر طبقات چالش های خانوادگی و فردی بودند.

نتیجه گیری: از دیدگاه زنان میانسال، سلامت اخلاقی جایگاه ویژه ای دارد که بر جنبه های مختلف زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی آنها تأثیر گذار بوده است. یافته های حاصل از این مطالعه ابعاد جدیدی از سلامت زنان میانسال در زمینه سلامت اخلاقی را نشان داد که این ابعاد در نهایت می توانند پیامدهای گوناگونی بر سلامت اخلاقی خانواده و جامعه داشته باشند.

کلید واژه ها: سلامت اخلاقی، زنان میانسال، چالش های اخلاقی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۵

۱- استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: nasrin_rezaee2005@yahoo.com

۲- استاد گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

سلامت زن مفهومی وسیعی است و دارای ابعاد مختلفی از جمله سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله عوامل فردی، اجتماعی و خانوادگی قرار می گیرد (۱،۲). تاکنون در مطالعات مختلف به سلامت جسمی که حاصل عوامل فردی مانند تفاوت های بیولوژیکی مرتبط با جنس زن و نیازهای متفاوت وی است، پرداخته شده است (۱،۳،۴). به طوری که به نظر می رسد تأثیر جنسیت بر تمامی ابعاد سلامت جسمی زن مشخص شده است (۱،۵). اما باید اذعان داشت که سلامت زنان تنها وابسته به جنسیت آنان نیست بلکه متأثر از عوامل مختلفی از جمله نقش های که او بر عهده دارد نیز می باشد بنابراین سلامت او می تواند بر جنبه های مختلف سلامت دیگران نیز تأثیر گذار باشد. خانواده اولین نهاد اجتماعی است که تحت تأثیر سلامت زن قرار می گیرد (۶). خانواده از جمله نهادهایی است که ریشه در سنت، باور و اخلاق دارد. در واقع باورهای اخلاقی افراد در خانواده شکل می گیرند و به تبع آن انتقال این باورها به جامعه نیز از طریق خانواده امکان پذیر است که این مسئولیت خاموش بر عهده زنان می باشد (۷،۸).

اما با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی که سلامت را حالت رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و عدم فقدان بیماری و یا نقص عضو تعریف کرده است، به نظر می رسد تاکنون به این بعد از سلامت یعنی سلامت اخلاقی کمتر پرداخته شده است. مرور مطالعات نیز نشان می دهد، جنبه های سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان در زمینه های مختلف بررسی شده است (۵،۹،۱۲). اکنون با این نگاه به اخلاق، که فلسفه اخلاق از چپستی خوبی و بدی سخن می گوید (۷)، می توان گفت موضوعات اخلاقی قادرند بر سلامت فرد، خانواده و جامعه اثر بگذارند. بطوری که یافته های مطالعه ای نشان داد، سلامت زنان با نقش های مادری و همسری آنان که موضوعات اخلاقی را به میان می آورد، در تضاد است (۱۳). در هر حال به نظر می رسد جای موضوعات اخلاقی در مطالعات مربوط به سلامت زنان میانسال کم رنگ است. در واقع، میانسالی پلی میان جوانی و سالمندی است و این مرحله از زندگی انسان طلایی ترین و بارورترین دوره زندگی افراد محسوب می شود (۱۴)، میانسالی و پیامدهای آن با تغییرات و

نگرش های اخلاقی بسیاری رو به رو است که این مسئله می تواند جنبه های مختلف سلامت زنان را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از پیامدهای این دوره می تواند غفلت از خود باشد که نه تنها سلامت زن بلکه سلامت خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (۱۵،۱۶).

با توجه به تأثیر جدی موضوعات اخلاقی بر سلامت فرد، خانواده و جامعه به نظر می رسد یکی از بهترین راهها برای دستیابی به اطلاعات در زمینه سلامت اخلاقی توجه به دیدگاه و تجارب زنان میانسال است زیرا آنان در این دوره سنی نه تنها به سلامت اخلاقی خود توجه دارند بلکه با توجه به نقش زیر بنایی آنان در خانواده می توانند بر سلامت اخلاقی خانواده و جامعه نیز تأثیرگذار باشند. با توجه به پختگی زنان در دوره میانسالی و تأثیرگذاری آنان بر مسائل اخلاقی و بازتاب مسائل اخلاقی بر سلامت فرد، خانواده و جامعه انجام این پژوهش در راستای سلامت اخلاقی از دیدگاه زنان میانسال ضروری است. بر این اساس و با توجه به اینکه در مرور متون دریافتیم که با کمبود اطلاعات به ویژه مطالعات کیفی در زمینه اخلاق در حوزه سلامت در ایران مواجه هستیم، بر آن شدیم تا مطالعه ای با بهره گیری از روش تحقیق کیفی در این خصوص انجام دهیم، زیرا استفاده از این روش تحقیق به تبیین دیدگاه های زنان در زمینه سلامت اخلاقی با استناد به بیانات خود آنها در یک عرصه طبیعی و واقعی می پردازد. به عبارت دیگر در پژوهش حاضر، استفاده از روش تحقیق کیفی به پژوهشگر یاری می رساند تا با ورود به دنیای ذهنی زنان میانسال و دریافت نقطه نظرات آنان به شناسایی دیدگاه ایشان از سلامت اخلاقی بپردازد. لذا هدف این مطالعه، لذا هدف این مطالعه، شناسایی درک زنان میانسال از مفهوم سلامت اخلاقی و چالش های پیش روی آن بود.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شد. این روش یکی از رویکردهای تحقیق کیفی است و از جمله روش های تحلیل داده های کیفی نیز می باشد. تحلیل محتوا، روش تحلیل پیام های نوشتاری، گفتاری یا دیداری می باشد که داده های خام بر اساس استنباط صورت گرفته، خلاصه شده و درون طبقات قرار می گیرد. تحلیل محتوای قرار دادی، طبقات و نام آنها از متن داده ها جریان می یابد (۱۷،۱۸). در این پژوهش

بازخوانی شدند تا بر اساس تشابه معنایی در زیر طبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند. جهت اطمینان از صحت داده‌ها در طول مطالعه از روش‌های گوناگونی استفاده شد. از بازنگری مشارکت کنندگان استفاده شد و کدهایی که از نظر مشارکت کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود اصلاح گردید. همچنین متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات توسط دو نفر از اعضای هیئت علمی رشته پرستاری که هم به تحقیق کیفی آشنایی داشتند و هم در حوزه سلامت زنان صاحب نظر بودند، مورد بازنگری قرار گرفت. انتخاب مشارکت کنندگان با حداکثر تنوع سبب شد که اعتبار داده‌ها افزایش یابد.

اصول اخلاقی رعایت شده توسط پژوهشگران در مطالعه عبارت از اخذ مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تهران، گرفتن رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان بعد از بیان هدف از مطالعه، دادن حق کناره‌گیری به مشارکت کنندگان از ادامه همکاری در هر زمان دلخواه، حفظ بی‌نامی و محرمانه نگهداشتن اطلاعات و در صورت درخواست مشارکت کنندگان در اختیار دادن نتایج بوده است.

یافته‌ها

از توصیفات مشارکت کنندگان سه طبقه ایثار، حفظ باورهای اخلاقی و چالش‌های اخلاقی استخراج شد (جدول ۱).

مشارکت کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری از زنان میانسال با حداکثر تنوع از جمله سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد. این مطالعه با مشارکت ۱۵ زن میانسال انجام شد. ملاک انتخاب زنان، قرار داشتن در مرحله میانسالی (سنین ۴۰-۶۰ سال) بود. محل انجام مصاحبه‌ها متناسب با روش پژوهش کیفی، محیط طبیعی بود که دسترسی به زنان میانسال را امکان‌پذیر می‌کرد. به این منظور مصاحبه‌ها در محل‌هایی از جمله خانه یا محل کار انجام شدند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه‌های چهره‌به‌چهره و به شکل نیمه ساختارمند صورت گرفت. در مصاحبه ابتدا یک سول کلی مبنی بر این که "دیدگاه شما در زمینه سلامت اخلاقی چیست؟" پرسیده شد و جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر مصاحبه با سؤالات پیگیری کننده همانند "در این رابطه منظور شما چیست؟" و یا "در این رابطه بیشتر توضیح دهید؟" ادامه می‌یافت. مدت زمان هر مصاحبه بین ۳۰-۴۵ دقیقه بود. با رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط شد. هر مشارکت کننده یک بار مورد مصاحبه قرار گرفت، به این ترتیب ۱۵ مصاحبه انجام شد. تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام شد. متن پیاده شده مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل دهنده و کوچک‌ترین واحدهای معنادار شکسته شدند. سپس کدها

جدول ۱- طبقات و زیر طبقات

زیر طبقات	طبقات
اولویت دادن به سلامت اعضای خانواده	ایثار
تلاش برای حفظ زندگی	
حرمت گذاشتن به ارزش‌ها	حفظ باورهای اخلاقی
تحکیم باورها در گذر زمان	
چالش‌های خانوادگی	چالش‌های اخلاقی
چالش‌های فردی	

"اگه من به سلامتی خودم اهمیت می‌دادم همین که برادرم را این دکتر و اون دکتر می‌برم حداقل آزمایشات خودم را هم انجام می‌دادم. ۲ ماه پیش آزمایش داشتم هنوز نگرفتم، وقت نکردم که آزمایش خون و ادرار بدهم. آزمایش نمونه برداری از رحم دارم تا برای عمل آماده بشم اون را هم هنوز وقت نکردم انجام بدم. گرفتار برادر مریضم هستم" (مشارکت کننده ۲).

الف- ایثار: این طبقه بر جنبه‌های فداکاری زن تأکید داشت که اولویت دادن به سلامت اعضای خانواده و تلاش برای حفظ زندگی را در بر گرفت.

الف-۱ اولویت دادن به سلامت اعضای خانواده: زنان میانسال مسئولیت زیادی نسبت به افراد خانواده خود احساس می‌کردند و این تا حدی بود که آنان مسائل مرتبط با سلامت خود را به تأخیر می‌انداختند. یکی از زنان در این باره بیان کرد:

مشارکت‌کننده ای دیگر چنین بیان کرد:

"بچه خواهرم نارس بدنیا آمده بود، من هم حامله بودم اما هیچکس نمی‌دونست، چون بچه هام بزرگ بودند سنم بالا بود، خجالت می‌کشیدم که بگم حامله ام، در حدی برای خواهرم مایه گذاشتم که بچم سقط شد. خب من برای اعضا خانواده ام که احساس وظیفه در برابرشان می‌کنم این جوری هستم، هر کاری از دستم بر بیاد باید برای آنها انجام بدهم" (مشارکت‌کننده ۵).

الف ۲- تلاش برای حفظ زندگی: زن میانسال برای حفظ زندگی با تمام وجود از خودش مایه می‌گذارد. مشارکت‌کننده ای در این باره چنین اظهار داشت:

"الان که به این سن رسیدم، همه چیز زندگی را در وجود زن می‌بینم اون می‌تونه زندگی رو حفظ کنه، اگه من دخترم را خوب تربیت کنم اون می‌تونه در آینده یک خانواده را در هر شرایطی حفظ بکنه چون یک زن می‌تونه از خودش در شرایط سخت بگذره." (مشارکت‌کننده ۱۰).

مشارکت‌کننده دیگری در این خصوص چنین بیان کرد:

"بعد از ۱۵-۱۰ سال اول زندگی، تازه فهمیدم چه جوری با شوهرم و بچه هام رفتار کنم، وقتی مناسبتی می‌شه، برای خودم چیزی نمی‌خرم ولی به بچه ها و شوهرم می‌گم شما باید هر چیزی لازم دارید، بخرید. زن لازمه برای حفظ زندگی از همه لحاظ از خودش بگذره تا اینجوری توی خونه اش ثبات برقرار بشه" (مشارکت‌کننده ۱).

ب- حفظ باورهای اخلاقی: این طبقه بر باورهای اخلاقی زنان در جهت حرمت گذاشتن به ارزش‌ها و حفظ باورها در گذر زمان زندگی تأکید داشت.

ب ۱- حرمت گذاشتن به ارزش‌ها: این زیر طبقه نشان می‌دهد که زن میانسال در حفظ ارزش‌ها و باورهای اخلاقی در خانه و جامعه تلاش می‌کند. مشارکت‌کننده ای درباره حرمت گذاشتن به ارزش‌های خانواده چنین می‌گوید:

"سر بعضی مسائل من کوتاه آمدم دیدم ارزش نداره به شوهرم بی‌حرمتی کنم. مردها اگه باهشون لجبازی بکنید اونا بدتر می‌کنند ولی اگر در مقابل آنها آروم باشید و به آنها احترام بگذارید صد برابر یا حتی بیشتر به شما احترام می‌گذارند. من حالا به این باور رسیدم که اگر به همسرم حرمت بگذارم اون هم به من احترام می‌گذارد" (مشارکت‌کننده ۳).

مشارکت‌کننده دیگری در زمینه حرمت گذاشتن به ارزش‌های خانواده بیان داشت:

"به هر مناسبتی سعی می‌کنم خونه مادرم برم. مادرم ۷۰ سالشه اگر دیدن مادرم نروم اون ناراحت می‌شه. او بیشترین توقع را از من دارد چون من دختر بزرگش هستم. من خودم ۵۰ سال دارم وقتی دیدن مادرم می‌روم هر دو طرف احساس آرامش می‌کنیم در واقع با این کارم حقی که اون به گردن من دارد را ادا کردم و حرمتش را بجا آوردم" (مشارکت‌کننده ۷).

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان در مورد حرمت گذاشتن به ارزش‌های جامعه چنین بیان کرد:

"من هر چیزی را که یاد گرفتم از رئیس مدرسه و معلم هام بوده است. آنها واقعاً درس زندگی به ما می‌دادند و شخصیت اونها جوری بود که ما ازشون یاد می‌گرفتیم بنابراین به اونها احترام می‌گذاشتیم، اما جوانهای الان هیچی یاد نمی‌گیرند، خیلی هم ادعا دارند، احترام هم نمی‌گذارند، این که اونها می‌گویند کار نیست، زندگی مستقل مشکل است را من اصلاً قبول ندارم. از طرف دیگه، من می‌گم ما خودمون بچه هامون را راحت طلب بار آوردیم. این خود ما هستیم که در حرمت گذاشتن بچه ها به ارزش‌های جامعه نقش داریم" (مشارکت‌کننده ۹).

ب ۲- تحکیم باورها در گذر زمان: به باور زنان میانسال، باورهای آنان در طول این دوره از زندگی مستحکم می‌گردند. یکی از زنان اینگونه اشاره داشت:

"سطح توقع آدم باید متناسب با زندگی رشد کند فرد باید در طول زمان به این باور برسد که برای رسیدن به آنچه لازم دارد تلاش درست و گام به گام هم بکند. الان همه می‌خواهند در عرض یک شب زندگی خوبی داشته باشند مثلاً مادرها به فرزندان شان زمان ازدواج جهاز کامل می‌دهند، در عوض جلوی تلاش آنها را برای رسیدن به آنچه در زندگی لازم دارند را می‌گیرند. اما این باور برای ما که تلاش می‌کردیم تا به مرور زمان وسیله مورد نیازمون را تهیه کنیم لذت بخش بود الان هم من توی زندگیم برای رسیدن به هر چیزی مرحله به مرحله تلاش می‌کنم این رو سعی می‌کنم به بچه هام، هم یاد بدهم" (مشارکت‌کننده ۱۴).

همچنین زنان بیان داشتند در طول زندگی به سنتهای حاکم بر جامعه خود در هر شرایطی پایبند هستند. نمونه ای از روایات آنان به این شرح است:

"الان آستانه تحمل من خیلی پایین آمده دیگه مثل گذشته تحمل مهمانداری را ندارم ولی باز هم مهمان بیاد خونه مون اون را تحمل می‌کنم چون معتقدم مهمان حبیب خداست. هیچ وقت نیست که ما بدون مهمان باشیم همیشه یک یا چند نفر همزمان تو

خونه مون شبانه روزی حضور دارند." (مشارکت کننده ۴)

ج- چالش های اخلاقی: این طبقه به چالش های اخلاقی خانوادگی و فردی که پیش روی زنان میانسال بود و بر پابندی آنان به مسائل اخلاقی علیرغم میل باطنی آنان، سایه می انداخت، اشاره دارد.

ج۱- چالش های خانوادگی: از مواردی که برای زنان چالش برانگیز بود تغییر در نقش های آنان و پذیرش نقش جدید بود، که این بر ساختار زندگی خانوادگی آنان تأثیرگذار بود. یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان کرد:

"الان فاصله بین من و همسر من به خاطر بقیه زیاد شده است. الان من بیشتر با نوه هام درگیر هستم و برای آنها وقت می گذارم، شوهرم حسودی می کند اما من سعی می کنم کاری را که او دوست دارد انجام بدم. البته خودم هم فکر می کنم بین ما فاصله افتاده و من کمتر بهش توجه می کنم نمی دونم باید چکار کنم" (مشارکت کننده ۱۱).

مشارکت کننده دیگری با چالش خانوادگی ناشی از خسته شدن از شرایط موجود مواجه بود. وی استیصال خود را چنین بیان کرد:

"من دیشب از دست فرزند معتام توی کوچه داد می زدم و گریه می کردم مادرم آمد و گفت برای چی جیغ می زنی برای چی گریه می کنی بهش گفتم مادر من دیگه از دست این بچه خسته شدم مرتب به من می گه پول بده یا رگم را می زنم از ترس اینکه بلایی سر خودش نیاره حتی کرایه خانه را هم به او دادم اما دیگه از دست اون خسته شدم" (مشارکت کننده ۱۲).

ج۲- چالش های فردی: زنان بر این باور بودند که در طول زندگی با یک سری موضوعات اخلاقی مواجه بوده اند که علیرغم میل باطنی، مجبور به پذیرش آنها شده اند و آن مسائل، اکنون در گذر زمان اثرات سوء خود را در سلامت آنها نشان می دهد. یکی از مشارکت کنندگان چنین می گوید:

"همین صبری که تا حالا داشتم الان به من فشار می آورد. شاید آن زمان جوانتر بودم و راحت تر می توانستم آرامش خودم را حفظ کنم ولی الان دیگه نمی توانم، بالاخره طاقت آدم کم می شود الان بیشتر موضوعات را سبک و سنگین می کنم در حالی که قبلاً که جوانتر بودم اصلاً به بعضی موضوعات توجه نمی کردم، حالا فکر می کنم شاید اون تحملی که نسبت به بقیه در گذشته داشتم الان روی من اثر گذاشته و رفتارم تغییر کرده، دیگه صبر ندارم" (مشارکت کننده ۸).

مشارکت کننده ای دیگر بیان کرد که توجه به مسائل اخلاقی او را مجبور به پذیرش شرایط کرده است:

"حالا اگه من مجدداً بخوام ازدواج کنم تکلیف این بچه ها چی می شه هیچکس بچه فرد دیگری را نگه داری نمی کند. این دو تا بچه را چکار کنم. نمی تونم کاری بکنم، نمی تونم تصمیمی بگیرم، مجبورم بسوزم و بسازم" (مشارکت کننده ۵).

بحث

در این مطالعه درک زنان میانسال از سلامت اخلاقی و چالش های پیش روی آن شناسایی شد. یافته ها نشان داد سلامت اخلاقی زنان میانسال مبتنی بر مفاهیمی مانند ایثار، حفظ باورها و چالش های اخلاقی استوار است. مشارکت کنندگان بر این باور بودند که ایثار با مولفه های اولویت دادن به سلامت اعضای خانواده و تلاش برای حفظ زندگی نمود پیدا می کند، به نظر می رسد، ایثار در سلامت اخلاقی زنان از جایگاه ویژه ای برخوردار است. با توجه به این که، سلامتی در معنای عام، با توجه داشتن و اهمیت دادن به خود معنا پیدا می کند اما در بعد سلامت اخلاقی زنان، بیانات مشارکت کنندگان گویای آن بود که سلامت اخلاقی در پی گذشتن از خود و توجه به دیگران معنا می یابد، به این ترتیب بر مبنای روایات مشارکت کنندگان، طبقه ای به نام ایثار استخراج گردید. به عبارت دیگر، سلامت اخلاقی زنان با اولویت قائل شدن و احساس مسئولیت داشتن نسبت به اعضای خانواده و از خود گذشتن آنان معنا می یابد. شاید به تعبیری دیگر، ایثار در زنان میانسال، نمودی از ستون خانواده بودن آنان را به نمایش می گذارد. در همین راستا یافته های یک مطالعه کیفی از ایثار به عنوان تلاش طاقت فرسا یادکرده بود، در این مطالعه مشارکت کنندگان به این اشاره داشتند که زنان برای مجموعه خانواده تلاش طاقت فرسایی می کنند و این تلاش را به سنگ زیرین آسیاب تشبیه کرده بود (۱۲). یافته های مطالعه کیفی دیگری نیز نشان داد که زنان، خود را مسئول سلامت فرزندان و خانواده خود می دانند، از این رو از هیچ گونه ایثار و از خودگذشتگی دریغ نمی کنند (۱۹). در هر حال یافته های پژوهش حاضر، همسو با یافته های سایر مطالعاتی بود که در بافت فرهنگی ایران انجام شده بودند و در آنها این باور یعنی این که مادر با تکیه بر نقش مادری خود همه چیز خود را در قالب ایثار و تلاش به فرزندانش می بخشد، آشکار شده بود (۱۲، ۱۹). اما در مطالعه ای که مشارکت کنندگان آن زنان عربستانی بودند، نتایج حاکی از این بود که زنان از نقش مادری و همسری خود راضی نیستند و آن را با سلامتی خود در تضاد می

دانستند (۱۳). در ادامه باید اذعان داشت که در مطالعه ما ایثار و فداکاری زن از وسعت بیشتری برخوردار بوده است یعنی اینکه زنان ایثار و فداکاری را نه تنها نسبت به فرزندان خود داشتند بلکه در ارتباط با سایر اعضای خانواده همچون خواهر، برادر، پدر و مادر نیز از این ویژگی برخوردار بودند. در همین رابطه، نتایج مطالعه ای که در بافت فرهنگی کانادا انجام شد، به این اشاره داشت که اینگونه توانایی زنان ریشه در مسائل اجتماعی و فرهنگی جامعه آنان دارد (۲). به اعتقاد پژوهشگر، با توجه به اینکه مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر در فرهنگی زندگی می کردند که هنوز پابندی به ریشه های زندگی بصورت خانواده های گسترده در آنان به چشم می خورد، بنابراین ایثار به عنوان یک مؤلفه اخلاقی در برابر تمامی اعضای خانواده قابل شناسایی بوده است. در واقع بیانات مشارکت کنندگان تأییدی بر این امر بودند که زن ستون خانواده و دارای قدرت ایثار است و این توانایی نه تنها مختص به نقش مادری اوست بلکه به جنسیت او ارتباط دارد، لذا سلامت اخلاقی زنان در قبال این توانایی وی شکل می گیرد.

مطابق دیگر یافته های پژوهش حاضر، به باور زنان میانسال حفظ باورهای اخلاقی در جهت حرمت گذاشتن به ارزش ها و تحکیم باورها بود. یافته های پژوهش ما تأیید کرد که سلامتی یعنی ارزش های زندگی و ارزش هایی که باعث پیوستگی فرد به جهان می شود (۲۰). مطالعه حاضر نشان داد زنان میانسال هر زمان که نسبت به اعضای خانواده خود ارزش و احترام قائل می شوند متقابلاً مورد احترام قرار می گیرند و هر زمان صله رحم را در مورد آنان بجا می آورند احساس آرامش می کنند. چنین استنباط می گردد که وقتی فرزندان به دیدن والدین خود می روند و یا به عبارتی صله رحم را بجا می آورند به آنان احساس سلامتی می بخشند. از سوی دیگر، یافته های ما با نتایج مطالعه ای که مشارکت کنندگان آن زنان بومی شمال کانادا بودند و باورهای فرهنگی منطقه ای را در سلامت خود دخیل می دانستند، نیز همسو می باشد (۵).

در راستای تحکیم باورها، یافته ها پژوهش ما نشان داد زنان در گذر زمان دریافته اند که زندگی با تلاش گام به گام پیش می رود و شکل می گیرد. آنان با نشان دادن این تلاش رو به جلو و به صورت گام به گام یا به عبارتی دیگر، با نشان دادن پویایی زندگی، اینگونه تلاش می کردند تا حرمت به ارزش های جامعه را به نسل بعدی منتقل نمایند. یافته ها نشان داد سلامت اخلاقی زنان از منظر آنان در راستای حفظ ارزش ها و تحکیم باورها اتفاق می افتد. این نتایج با یافته های مطالعه ای که اشاره داشت زنان پرورش دهندگان انسانها هستند و زن به عنوان پرورش دهنده سایر افراد می تواند در حفظ

و تحکیم باورهای اخلاقی در جامعه تأثیرگذار باشند، هم راستا بود (۱۹). همچنین در راستای انتقال باورها، یافته های مطالعه ای دیگر نشان داد، زنان هندی که سالها از مهاجرت آنان به امریکا می گذشت؛ همچنان باورهای فرهنگی خود به فرزندانشان انتقال می دادند (۸). به علاوه، نتایج مطالعه دیگری نیز گویای آن بود که حفظ باورهای فرهنگی در سلامت زنان بومی منطقه ای که نسبت به پذیرش تغییرات فرهنگی گریزی نداشتند تأثیر بسزایی داشته است (۲). این در حالی است که نتایج مطالعه دیگری نشان داد که خانواده های مکزیک پس از مهاجرت به ایالات متحده امریکا در انتقال باورهای خود به فرزندانشان با چالش مواجه بوده اند (۲۱). در هر حال مرور مطالعات نشان داد که حفظ باورهای اخلاقی در سایه ارزش گذاشتن به آنها و پابندی به آنها اتفاق می افتد. آنچه مسلم است انتقال این باورها که در سلامت خانواده و جامعه نقش دارند، توسط زنان امکان پذیر می باشد. به طوری که در مطالعات انجام شده، به عنوان یک پیش فرض، زن زیر بنای سلامت خانواده و جامعه لحاظ شده است (۸،۲۰).

دیگر یافته های پژوهش حاضر چالش های اخلاقی بود که بر پابندی زنان به مفاهیم اخلاقی سایه افکنده بود. از میان چالشهای خانوادگی پیش روی زنان میانسال می توان به نقشهای جدیدی که بدنبال افزایش سن آنان و یا ازدواج فرزندانشان برای آنها بوجود می آمد، اشاره کرد، از جمله این نقش ها، نقش مادر بزرگی است، بدنبال این نقش، مسئولیت های دیگری به زن از جمله کمک به فرزند برای نگهداری از نوه و تردد بیشتر فرزندان، افزوده می شد، برای زنان ره آورد این نقش جدید، کمبود وقت جهت انجام مسئولیت های قبلی همانند همسراری و یا توجه به همسر بود. زنان از این گونه مسائل به عنوان یک چالش اخلاقی یاد کردند. در این راستا یافته های مطالعه ای کیفی بر این تأکید داشت که نقش های دیگری که به زنان در طی زندگی اضافه می شود بر جنبه های مختلف سلامت آنان تأثیرگذار است (۵،۱۲). همچنین نتایج مطالعه دیگری نیز تأکید کرد، زنانی که نقش های چندگانه دارند از وضعیت سلامت نامناسب تری برخوردار هستند (۲۲). در هر حال همسرانی که این چنین توسط زنان بدلیل کمبود وقت کمتر مورد توجه قرار می گیرند، در مطالعه ای دیگر در سلامت زنان از جایگاه ویژه ای برخوردار بودند (۱۹). این موارد نشان می دهد تا زمانی که زن نتواند تعادلی بین وظایف چندگانه خود برقرار نماید با چالشی اخلاقی برای تعیین اولویت ها رو به روست. این در حالی است که نتایج مطالعه ای نشان داد زنانی که در خانه مسئولیت های

همانطور که ملاحظه گردید، مفهوم سلامت اخلاقی تا حدودی در فرهنگ‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته و نتایج گوناگونی در این زمینه بدست آمده است که در برخی از موارد با بستر فرهنگی جامعه ما همسو و در برخی دیگر از موارد ناهمسو بوده است. لذا پژوهشگر با توجه به اهمیت مفهوم سلامت اخلاقی در زنان میانسال و کمبود مطالعات کیفی در این خصوص به منظور شفاف شدن بیشتر موضوع، لزوم انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه با رویکرد کیفی را توصیه می‌نماید.

نتیجه‌گیری

این مطالعه به بخشی از موضوعات سلامت اخلاقی از دیدگاه زنان میانسال اشاره داشت و نشان داد درک آنان از سلامت اخلاقی، می‌تواند بر جنبه‌های سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی آنان تأثیرگذار باشد. هرچند در مورد بعضی از مفاهیم تفاسیر متفاوتی می‌تواند وجود داشته باشد لیکن یافته‌ها نشان داد سلامت اخلاقی زنان میانسال بر مفاهیمی مانند ایثار، حفظ باورهای اخلاقی و چالش‌های اخلاقی استوار است و عواملی مانند اولویت دادن به سلامت اعضای خانواده، تلاش برای حفظ زندگی، حرمت گذاشتن به ارزش‌ها، تحکیم باورها در گذر زمان و چالش‌های خانوادگی و فردی در حفظ سلامت اخلاقی آنان از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد. از طرفی با توجه به این که این پژوهش اولین مطالعه کیفی است که به سلامت اخلاقی زنان میانسال در بافت فرهنگی ایران پرداخته است، نتایج حاصل از آن می‌تواند سبب آشکار شدن بعضی از جنبه‌های سلامت اخلاقی زنان میانسال شده باشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از زنان مشارکت‌کننده در پژوهش قدردانی و تشکر می‌نمایند.

متعددی بر عهده آنها بوده است برای اینکه بتوانند به خوبی از عهده مسئولیت‌های خود برآیند، نقش‌های خود را مدیریت می‌کنند (۲۳). بر اساس روایات مشارکت‌کنندگان، یکی از چالش‌های خانوادگی پیش روی زنان، احساسات متناقضی است که زنان در مواجهه با بعضی رفتارهای فرزندان از خود بروز می‌دهند؛ از این موارد احساسی می‌توان به مورد خسته شدن از دست فرزند در مقابل کمک کردن به او اشاره کرد. در هر حال این رفتارهای احساسی به عنوان یک چالش سلامت اخلاقی برای زنان مطرح است. البته مورد فوق با نتایج مطالعه ای کیفی که سلامت زنان را بازتاب رفتارهای فرزندان بیان کرده بود، همسو است (۲۴). در مطالعه دیگری نیز زنان هندی اذعان داشتند که آزارهای فرزندان سلامت آنان را تحت تأثیر خود قرار داده است و نمی‌دانستند در برابر این گونه رفتارهای فرزندان چه واکنشی از خود نشان دهند (۲۵).

از چالش‌های فردی پیش روی زنان، زیر پا گذاشتن مسائل اخلاقی است که تاکنون به رعایت آنها پایبند بوده اند. از جمله این موارد می‌توان به تغییر تحمل زن به مرور زمان و کم طاق شدن او اشاره کرد. هر چند که بروز این رفتارها برای او احساس خوشایندی در پی ندارد. در همین راستا نتایج مطالعه ای در هند نشان داد که که زنان بدنبال مشکلات زندگی دچار افکار خودکشی شده اند و این افکار به هیچ عنوان با مسائل اخلاقی آنان سازگار نبوده است و از داشتن این گونه افکار احساس ناراحتی می‌کنند (۲۵). مسلم این است که چنین تغییرات رفتاری که مغایر با معیارهای اخلاقی زنان است، می‌تواند بر سایر جنبه‌های سلامت او تأثیر گذار باشد. مطابق یافته‌ها، از دیگر چالش‌های اخلاقی فردی می‌توان به اجبار زنان در پذیرش شرایط موجود، اشاره کرد. به گونه ای که در موقعیت‌هایی که زن در صدد فراهم کردن شرایط بهتر برای خودش است ولی به دلیل تردید در تصمیم‌گیری، شرایط موجود را علیرغم میل باطنی و به اجبار می‌پذیرد، یکی از این موارد اخلاقی که پیش روی زنان قرار می‌گیرد تصمیم‌گیری زن جهت ازدواج مجدد می‌باشد. در این زمینه یافته‌های تعدادی از مطالعات نیز نشان داد، قدرت تصمیم‌گیری زنان به عوامل فرهنگی آنان وابسته است (۲، ۵، ۲۶) و هر زمان که هنجارهای فرهنگی همسو با تصمیمات آنان نباشد، زنان چاره ای جز سکوت ندارند (۲). در همین راستا نتایج مطالعه ای دیگر نشان داد هر زمان که زنان مجبور به پذیرش شرایط بوده اند، احساس سلامت نداشتند و هر زمان که مورد حمایت اخلاقی دیگران در جهت تصمیمات خود قرار گرفته اند بیشتر مراقب وضعیت سلامت خود بودند (۱۳، ۱۶).

منابع

- 1-Ahmadi B, Farzadi F, Dejman M, Vameghi M, Mohammadi F, Mohtashami B, et al. Farmehr Model: Iranian Women's Health Conceptual Framework. *Hakim Journal*. 2014; 16(4): 337- 348. (Persian)
- 2-Leipert BD, Reutter L. Women's health in northern British Columbia: the role of geography and gender. *Can J Rural Med*. 2005 Fall; 10(4):241-53.
- 3-García-Calvente Mdel M, Hidalgo-Ruzzante N, Del Río-Lozano M, Marcos-Marcos J, Martínez-Morante E, Maroto-Navarro G, Mateo-Rodríguez I, Gil-García E. Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociol Health Illn*. 2012 Jul;34(6):911-26.
- 4-Vedadhir AA, Sadati H, Ahmadi B. A content analysis of Iranians scientific and academic health journals. *Women in Development and Politics*. 2008; 6(2):133-155. (Persian)
- 5- Parvizy S, Kiani K, Ivbijaro G. Women's health bridges and barriers: a qualitative study. *Health Care Women Int*. 2013;34(3-4):193-208.
- 6-Ahmadi B, Farzadi F, Alimohammadian M. Women's health in Iran: issues and challenges. *Payesh*. 2012; 1(1): 127-137. (Persian)
- 7-Pour Esmaeili AR, Mozaffari M. Moralism not Legalism: Share of Ethics in Family Legislations. *Journal of Family Research*. 2011;7 (3): 267-280. (Persian)
- 8-Momin SR, Chung KR, Olson BH. A qualitative study to understand positive and negative child feeding behaviors of immigrant Asian Indian mothers in the US. *Matern Child Health J*. 2014 Sep;18(7):1699-710.
- 9-Colbert Alison M, Kim Kevin H, Sereika Susan M, ErlenJudit A. An examination of the relationship among gender, health status, social support, and HIV- related stigma. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2010 Jul- Aug; 21 (4): 302-313.
- 10-Afghari A, GanjiZ, AhmadShirvani M. Psycho- emotional changes in menopause: A qualitative study. *J Mazand Univ Med Sci*. 2012; 22(93):27-38. (Persian)
- 11-FasihiHarandy T, Anoosheh M, Ghofranipour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, NiknamiSh . Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: a qualitative study. *Payesh*. 2012; 11(1): 73-81. (Persian)
- 12-Parvizy S, Naseri F, SeyedFatemi N, GhasemZadehkakroudiF. Social factors contributing in women health in Tehran city: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2010; 4(15): 6-15. (Persian)
- 13-Alyaemni A, Theobald S, Faragher B, Jehan K, Tolhurst R. Gender inequities in health: an exploratory qualitative study of Saudi women's perceptions. *Women Health*. 2013;53(7):741-59.
- 14- Benjamin J Sadock, Harold I Kaplan, Virginia A Sadock. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. 2007.
- 15-Sharifi K, AnooshehM, Foroughan M, Kazemnejad A. Middle-aged women's experiences on mental health promotion: a content analysis study. *Feyz*. 2014; 18(1): 38-45. (Persian)
- 16-Chiang C, Elshair IH, Kawaguchi L, Fouad NA, Abdou NM, Higuchi M, El Banna SR, Aoyama A. Improvements in the status of women and increased use of maternal health services in rural Egypt. *Nagoya J Med Sci*. 2012 Aug;74(3-4):233-40.
- 17-Krippendorff K. *Content analysis: an introduction to its methodology*. Okas, CA: Sage; 2004.

- 18-Elo S, Kyngas H, The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008 Mar; 62(1):107-115.
- 19-Parvizy S, SeyyedFtemi N, Kiani K. Women's perspectives on health: A Grounded Theory study. *Journal of Family Research*. 2008; 4(3): 293-302. (Persian)
- 20-Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2011.
- 21-Turner BJ, Navuluri N, Winkler P, Vale S, Finley E. A qualitative study of family healthy lifestyle behaviors of mexican-american and Mexican immigrant fathers and mothers. *J Acad Nutr Diet*. 2014 Apr; 114(4):562-9.
- 22-Hildingh C, Luepker R, Baigi A, Evy Lidell E. Stress, health complaints and self-confidence: a comparison between young adult women in Sweden and USA. *Scand J Caring Sci*. 2006 Jun; 20(2): 202-208.
- 23-Joosten AV, Safe AP. Management strategies of mothers of school-age children with autism: implications for practice. *AustOccupTher J*. 2014 Aug; 61(4):249-58.
- 24-Parvizy S, Seyyed-Fatemi N, Kiyani K. A Qualitative Study on Women's Health and Family Dynamism. *Women s studies (Sociological & Psychological)*. 2010; 7 (2):45-57. (Persian)
- 25- Travasso SM, Rajaraman D, Heymann SJ. A qualitative study of factors affecting mental health amongst low-income working mothers in Bangalore, India. *BMC Womens Health*. 2014 Feb 7; 14:22.
- 26-Kiani M, RabbaniKhorasgani A, Yazdkhasti B. Study of Power Distribution in the Family in Isfahan Based On Grounded Theory. *Journal of Family Research*. 2010; 6(2):175-192. (Persian)