

بسمه تعالی

تجربه زیسته معلمان از سلامتی و وظایف شغلی مرتبط با دانش آموزان

سعیده الهی دوست^۱، سید محمد قلمکاریان^۲

چکیده

سلامت از مهم ترین ابعاد مسائل حیات انسان است. «سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست.» از آن جایی که زنان زیر بنای خانواده و جوامع اند، سلامت آنان سلامت خانواده و جامعه را به دنبال دارد. سلامت زنان در برگیرنده تمامی تجارب سلامت آن ها در طی دوره های مختلف زندگی و ابعاد آن شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنویت است و تحت تاثیر عوامل اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و بیولوژیک قرار دارد. در این تحقیق با روش کیفی به همه ابعاد سلامت در قالب تجربه زیسته زنان معلم پرداخته و ۱۵ نفر از زنان معلم مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند. ۲۲۶ کد اولیه به دست آمد سپس یافته ها در ۱۸ کد توصیفی و ۹ کد تفسیری مقوله بندی شدند و در نهایت ۳ کد تبیینی استخراج شد که عبارتند از: «وضعیت سلامتی، اشتغال و سبک زندگی». براساس یافته های به دست آمده معلمان علی رغم وجود ناخوشی و گاهی بیماری از سلامت جسمانی نسبتا خوبی برخوردار هستند. همچنین از سلامت روانی خوبی برخوردار بوده و کمتر سابقه ی بی حوصلگی و افسردگی داشتند. از طرفی شغل معلمی باعث افزایش سلامت اجتماعی آنان می شود. معلمان تجربه شغلی خود را مثبت ارزیابی نموده گرچه گاهی دچار فشار نقش و خستگی شده اند.

کلمات کلیدی: سلامت زنان، اشتغال، سلامت روانشناختی و اجتماعی، پدیدارشناسی

^۱ نویسنده مسئول، دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، پیام نو، اصفهان، ایران saide.elahidoost@gmail.com

^۲ دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه پیام نور، ایران

مقدمه

بی تردید سلامت از مهم ترین ابعاد مسائل حیات انسان است. به طوری که همه انسان ها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آن ها را سالم بداند. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت « سلامت حالت رفاه و آسایش کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو نیست. » (ودادهیر، ۱۳۸۷)

سلامت زنان نه تنها به عنوان یک حق انسانی شناخته شده، بلکه تاثیر آن در سلامت خانواده و جامعه نیز اهمیت روز افزون یافته است. نقش زنان در مراقبت از خود و در منزل از کودکان، سالمندان، بیماران و معلولان بسیار با اهمیت بوده و حضور گسترده آنان در فعالیت های بهداشتی، رسمی، مردمی و داوطلبانه نقش موثری در موفقیت های بهداشتی جامعه و نظام سلامت دارد. (احمدی، ۱۳۹۰)

بیان مسئله

زنان زیر بنای خانواده و جوامع اند و اهمیت ویژه ای در تامین و استمرار سلامت خانواده و جامعه داشته و پشتوانه ی نسل بعدی و مردان در جامعه هستند. (پرویزی، ۱۳۸۸) سلامت زنان دارای مفهوم وسیع بوده و ابعاد آن شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنویت است و تحت تاثیر عوامل اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و بیولوژیک قرار دارد. (صلحی، ۱۳۹۳) به عبارتی می توان گفت: (۱) موضوعات سلامت زنان فراگیر چرخه ی زندگی آنان می باشد و محدود به مشکلات باروری نیست. (۲) مشکلات سلامت زنان شامل شرایط، بیماری ها یا نارسایی هایی است که مختص زنان، شایع تر در زنان یا دارای عوامل خطر یا دوره های متفاوت در زنان نسبت به مردان است. (ودادهیر، ۱۳۸۷) عوامل مخل سلامت عمومی عبارتند از عوامل روانی (عوامل فرهنگی- اجتماعی، فشارهای روانی، تضاد، ازدواج، طلاق، محرومیت و تجارب تلخ زندگی) جسمانی (عفونت ها، مسمومیت ها، مسمومیت های حاملگی، ضربه های مغزی، الکلیسم، مواد مخدر) سرشتی (ساختمان جسمانی، روانی، مسائل فیزیولوژیک، مسائل فیزیولوژیک دوران بلوغ، شخصیت و منش) و ارثی (ژن معیوب، اختلالات کروموزومی و متابولیکی، بیوشیمی). (میلانی فر، ۱۳۸۲)

نتایج تحقیقات نشان می دهد سلامت زنان در ایران نیز از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و جامعه ی زنان به دلایل مختلف در مقایسه با مردان از مشکلات و مسائل بیشتری رنج می برند و همگام با زنان دیگر کشورها، کمبودهای بدنی، آسیب های فیزیولوژیک، عارضه های پس از بارداری و زایمان و مرگ و میر مادران را تجربه می کنند. آمارها نشان می دهد که حدود ۳۰ درصد زنان بین ۱۵ تا ۴۹ ساله دچار کمخونی هستند. از دیگر مشکلات زنان ایرانی، فقر حرکتی ایشان است که در تمام مراحل رشدی دختران از کودکی گرفته تا بلوغ و میانسالی دیده می شود. (ودادهیر،

(۱۳۸۷)

از جمله عوامل تاثیر گذار بر سلامت زنان سبک زندگی آنان می باشد. در واقع سبک زندگی، شیوه زندگی فرد است و عوامل چون ویژگی های شخصیتی، تغذیه، ورزش، خواب، مقابله با استرس، حمایت اجتماعی و استفاده از دارو را شامل می شود. با ارزیابی سبک زندگی افراد، می توان میزان موفقیت های فردی و اجتماعی آنان را در زندگی مورد ارزیابی و بررسی قرار داد. سبک زندگی اموری را شامل می شود که به زندگی انسان در بعد فردی، اجتماعی، مادی و معنوی او مربوط می شود. (آقاسی و دادخواه، ۱۳۹۶)

بعد اجتماعی یکی از مهمترین عوامل موثر بر سلامت زنان است. سلامت اجتماعی ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به دیگر افراد جامعه است. حمایت اجتماعی (میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اطرافیان) سبب افزایش سلامت اجتماعی می شود. (حسینی، ۱۳۸۹)

از جمله عوامل تاثیر گذار بر سلامت اجتماعی، برخی متغیر های فردی مانند اشتغال، تحصیلات و وضعیت اجتماعی - اقتصادی بیان شده است. (حدادی، ۱۳۹۰) اشتغال زنان تاثیری دو سویه بر سلامت آنان دارد. در سویه منفی، اشتغال زنان در ترکیب با تعهدات خانگی به تعارض نقش ها منجر شده و کلیت سلامت (جسمی، روانی اجتماعی) آنان را به خطر می اندازد. در سویه مثبت، مطلوبیت شرایط شغلی بیش ترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی زنان دارد. زنان شاغل برخوردار از استقلال مالی، روابط اجتماعی قوی و حمایت اجتماعی بالا، سلامت اجتماعی بالاتری دارند. (فیروزبخت، ۱۳۹۵)

از جمله عواملی که منجر به ارتقاء سلامت عمومی زنان می شود، خودکارآمدی است. خودکارآمدی اعتقاد فرد به داشتن توانایی برای سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به یک هدف خاص است. (صلحی، ۱۳۹۳)

دین و معنویت از جنبه های گوناگون با سلامت در ارتباط هستند. در افراد با ایمان قوی مذهبی سطح بالاتری از رضایت زندگی و شادی فردی مشاهده شده و پیامدهای منفی کمتر روانی و اجتماعی در مقابل حوادث ناگوار نشان داده اند. (فرزندی، ۱۳۹۶)

تحقیقات زیادی با موضوع سلامت زنان انجام شده است. اما بیشتر این تحقیقات به روش کمی و به یک بعد از سلامت زنان پرداخته شده است. از آن جایی که زنان و به ویژه زنان معلمان از جمله افراد تاثیر گذار در جامعه هستند، از طرفی سلامتی آنان بر وظایف شغلی آنان موثر است. هدف از تحقیق حاضر واکاوی ابعاد مختلف سلامت زنان و نقش عوامل مختلف موثر بر آن می باشد. بدین منظور با استفاده از روش تحقیق کیفی، تجربه، فهم و تفسیر معلمان از ابعاد مختلف سلامتی مورد واکاوی قرار می گیرد. تحقیق حاضر در صدد پاسخ به این سؤالات است که معلمان چه تجربه ای از سلامتی خود دارند؟ معلمان ابعاد مختلف سلامتی را چگونه درک و تفسیر می کنند؟ چه فهمی از پیوند وظایف شغلی با ابعاد مختلف سلامتی دارند؟

پیشینه تجربی پژوهش

در راستای موضوع مورد مطالعه تحقیقاتی صورت گرفته که به مواردی از آن‌ها اشاره می‌کنیم.

فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶) در مقاله مروری نشان دادند که مولفه‌های پایگاه اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، درآمد، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، از ارتباط معنی‌داری با سلامت اجتماعی برخوردار بوده‌اند.

مستی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان داد سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل بیشتر از خانه‌دار و در بین شاغلین رسمی و پاره‌وقت بالاترین سطح سلامت اجتماعی دیده شد به عبارتی، شرایط شغلی بیشترین تاثیر را بر میزان سلامت اجتماعی دارد.

نتایج تحقیق زارعی و همکاران (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که رسانه‌های فراملی بر تغذیه ناسالم موثر است. زنان و دخترانی که بیشتر از رسانه‌های فراملی استفاده می‌کنند، بیشتر از سایرین تحت تاثیر فرهنگ غربی قرار می‌گیرند. نتایج پژوهش روستا و یاراحمدی (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که خودکارآمدی مهمترین عامل تاثیر گذار بر پیگیری رفتارهای سلامت محور و شیوه زندگی سالم است.

افشانی (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان داد زنانی که از زندگی خود احساس رضایت دارند، سبک‌های مقابله‌ای بهتر و رفتارهای سلامتی بیشتری را اتخاذ می‌کنند، از سلامت روان بالاتری برخوردارند.

زارع در مطالعه خود (۱۳۹۴) نشان داد که بین سبک زندگی سلامت محور زنان شاغل و غیر شاغل رابطه معنی‌دار وجود دارد.

نتایج مطالعه صلحی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد مداخله طراحی شده براساس تئوری خودکارآمدی در ارتقاء سلامت عمومی زنان مورد بررسی موثر بوده است.

یافته‌های مطالعه شریفی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معنی‌داری وجود دارد؛ به این ترتیب که هر چه فرد راهبرد مقابله کارا تر را بیشتر به کار ببرد، از سلامت روانی بیشتری برخوردار است بهبود نگرش‌ها و باورها بر سلامت جسمانی و روانی انسان تاثیر مساوی دارد.

یافته‌های تحقیق یاراحمدی (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که بین تحصیلات، میزان مطالعه در حوزه سلامت عمومی، میزان استفاده از وسایل ارتباطی، هویت طبقاتی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، سلامتی عمومی خود گزارش شده و آگاهی از رفتار سلامتی با سبک زندگی سلامت محور رابطه معناداری وجود دارد. همچنین خودکارآمدی سلامت مهمترین عامل در تبیین تغییرات سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت می‌باشد.

نتایج پژوهش کرمان و همکاران (۱۳۹۰) موید تاثیر اشتغال بر کیفیت زندگی به خصوص در حیطه های روانی آن بود. به نظر می رسد فراهم نمودن زمینه های مشارکت اجتماعی و اشتغال زایی متناسب با شان زنان در تامین سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی آنان موثر باشد.

صادقی و همکاران (۱۳۹۰) در تحقیق خود نشان دادند که زنان شاغل در مقایسه با افراد خانه دار، وضعیت تغذیه نامطلوب، اما فعالیت فیزیکی بهتری را گزارش کرده اند. زنان خانه دار در مقایسه با زنان شاغل در معرض خطر بیشتری در جهت تهدید کیفیت زندگی و افزایش خطر بیماری های غیر واگیر دارند. همچنین حمایت اجتماعی پیش بینی کننده ی قوی ارتقای سلامت افراد است.

نتایج تحقیق حدادی و همکاران (۱۳۹۰) نشان می دهد که رده های شغلی می تواند بر افزایش یا کاهش سلامت فرد شاغل به عنوان یک تعیین کننده اجتماعی سلامت، داشته باشد.

نتایج تحقیق حسینی (۱۳۸۹) نشان داد هر چه زنان سرپرست خانوار از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده اند.

یافته های پژوهش پرویزی و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که زنان از بی عدالتی در رنج اند و برای تامین سلامت، نیازمند رفاه اجتماعی، ورزش و اشتغال و تحصیل مطلوب هستند.

نتایج مطالعه دی و همکاران (۲۰۱۰) حاکی از آن بود که عمل به واجبات و فعالیت های مذهبی توانایی پیش بینی برخی از ابعاد سلامت را دارا هستند. با باورهای مذهبی انسان معنای حوادث زندگی خصوصا حوادث دردناک و اضطراب آور را راحت تر می پذیرد و مقابله با هیجان ها و شرایط اجتماعی تسهیل می گردد.

بهروزیان (۱۳۸۸) در پژوهش خود بیان می دارد که سلامت جسمانی و روانی تحت تاثیر فاکتورهای شغلی قرار می گرفته و رضایت شغلی بیشتر موجب برخورداری از سلامت بیشتر می شود.

نتیجه تحقیق قنبری و گودرزی (۱۳۸۷) نشان داد که مشاوره گروهی با رویکرد معنا درمان موجب بهبود چهار بعد سلامت عمومی شامل وضعیت جسمانی، اضطراب، افسردگی و سلامت روانی شده است.

آنیکا (۲۰۰۷) در پژوهش کیفی به این نتیجه رسید که داشتن شغل با درآمد مناسب عامل رفاه و سلامت زنان در تمامی سنین می باشد.

نتایج مطالعه فریتزلا (۲۰۰۷) نشان داد که تحصیلات کمتر با افزایش میزان مرگ و میر، فقر، بیکاری، مسکن نامناسب و رفتارهای نامطلوب بهداشتی همراه بوده است.

مبانی نظری

الف : سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می دهد. در واقع سلامت اجتماعی بازتاب درک فرد از تجربیات شان در محیط اجتماعی است. پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی می توان برشمرد :

- شکوفایی اجتماعی : باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی های بالقوه برای تحول مثبت دارد .
- همبستگی اجتماعی : ارزیابی فرد از اجتماع به صورتی قابل فهم ، قابل پیش بینی و محسوس است. همچنین به معنای مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس سلامت روان است.
- انسجام اجتماعی : به معنای عمل وحدت بخشیدن به عوامل ناهمسان و حایز تمایز است.
- پذیرش اجتماعی : اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده درک می کنند. و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان اعتماد دارند.
- مشارکت اجتماعی : باوری که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می داند و فکر می کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد .

ب : حمایت اجتماعی : وقتی دوستان، آشنایان و خانواده، خدمات عینی و اطلاعاتی را فراهمی کنند که موجب می شود یک فرد احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزئی از شبکه ارتباطی بداند. یک ارتباط امن به وجود می آورد که احساس محبت نزدیکی از ویژگی های اصلی این ارتباط است که موجب خلق تصور مثبت از خود، پذیرش خویشتن، احساس عشق و ارزشمندی می گردد و تمام این های فرصت خود شکوفایی و رشد می دهند. (حسینی، ۱۳۸۹)

معنا گرایی

معنادرمانی، یک نظام فلسفی- روان شناختی است که به افراد کمک می کند تا به رغم سوگ یا نا امیددی بر از دست رفته ها تمرکز نکنند بلکه در جستجوی معنا باشد. در واقع انسان می تواند پا را از رنج بردن فراتر بگذارد و معنایی در زندگی اش پیدا کند (محمدپور، ۱۳۸۵).

فرانکل^۳ (۱۹۶۹) معتقد بود یافتن معنا یک انگیزش انسانی اولیه است (محمدپور، ۱۳۸۵). معناداری، هدف مندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم بخشنده سلامت عمومی هستند. چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی، در این مسیر معنا پیدا می کند. (نوابی نژاد، ۱۳۸۴)

³ Frankle

نظریه نقش

زنانی که به کار در ازای دستمزد می پردازند، بیشتر احتمال دارد به دلایلی همچون حجم بیشتر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت های بیشتر و استرس ناشی از ایفای چند نقش ها توامان، از نظر سلامت در وضعیت نامطلوب تری نسبت به زنانی که صرفا به نقش های سنتی همسری و مادری می پردازند، قرار گیرند. در مقابل این دیدگاه نقش اشتغال که به عنوان نقش جدیدی به نقش های سنتی زنان اضافه شده، به عنوان یک امر مثبت و پرفایده در نظر گرفته می شود. در این جا مکانیزیم تاثیر گذاری مثبت نقش اشتغال از طریق عزت نفس افزایش یافته، درآمد بیشتر، کسب حمایت اجتماعی گسترده تر در جهت ارتقای سلامت زنان مورد تاکید قرار می گیرد. (حدادی، ۱۳۹۰)

نظریه جهانی شدن و رسانه ها

استفاده از رسانه ها از دو طریق می تواند بر سلامت افراد تاثیر گذار باشد؛ از یک سو، افرادی که اوقات خود را به استفاده از این برنامه ها می گذرانند، از تحرک کمی برخوردارند و از سوی دیگر محتوای رسانه های فراملی و آشنایی افراد با سبک زندگی ملل دیگر و از جمله تبلیغات غذاهای ناسالمی چون فست فود، احتمال گرایش افراد به غذاهای ناسالم را بیشتر می کند و این دو، علتی بر میزان ابتلای بیشتر استفاده کننده های رسانه های فراملی، به بیماری های مزمن و سایر اختلالات سلامتی می باشد. (زارعی، ۱۳۹۴)

خودکارآمدی

خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم از مفاهیم یادگیری اجتماعی، اولین بار توسط باندورا^۴ مطرح گردید. خودکارآمدی اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می نماید. باندورا معتقد است قضاوت افراد درباره توانمندی های خود تابع حالات جسمانی است که آن ها نیز به نوبه ی خود متاثر از حالات عاطفی شخص و به طور کلی کیفیت زندگی در تمام ابعاد آن هستند. خودکارآمدی پایین باعث می شود که حالات روحی و روانی مانند خستگی، عصبانیت و درد و رنج در فرد به وجود آید و منجر به نقصان کیفیت زندگی او شوند. (صلحی، ۱۳۹۳)

روش مطالعه

در این مطالعه از روش پدیدار شناسی که یکی از انواع روش کیفی است، استفاده شده است. در روش پدیدارشناسی، محقق به دنبال جمع آوری اطلاعات از اشخاصی است که یک پدیده ای را تجربه نموده اند تا بتوانند بر اساس آن اطلاعات، به یک توصیف مرکب از ماهیت آن تجربه از نظر آن افراد برسند. در این توصیف، شیوه تجربه و آنچه که این افراد تجربه می کنند، ارائه می شود. (ایمان، ۱۳۸۸: ۲۷۷-۲۷۵)

⁴ Bandura

روش پدیدارشناسی در صدد درک لایه های عمیق معنایی تجربه زیسته برخی افراد درباره یک مفهوم یا پدیده است. این روش به بررسی ساختار آگاهی در تجربه های انسانی می پردازد. (محمد پور، ۱۳۹۰: ۸۶)

در این مطالعه محققین به دنبال مطالعه ی تجربیات زنان معلم از اشتغال و سلامت آنها می باشند. جامعه ی مورد مطالعه و روش نمونه گیری

انتخاب مشارکت کنندگان از بین معلمانی بود که حداقل سابقه ۲ سال کار داشتند. دارای ویژگی های متفاوت از جهت قومیتی، فرهنگی، تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، تحصیلات و ... بودند.

از آن جایی که پژوهشگر نیز شاغل در محیط مدرسه بود، مکان مصاحبه در مدرسه و با کسب رضایت از مشارکت کنندگان انجام گرفت. در ابتدا توضیحاتی در مورد موضوع و اهداف تحقیق برای مشارکت کنندگان داده می شد. سپس مشخصات دموگرافیک (سن، سواد، وضعیت تاهل ، اشتغال و سوابق خدمت) ثبت شده و پس از آن مصاحبه نیمه ساختار یافته به صورت فردی و رودر رو با آن ها شروع می شد. روش نمونه گیری هدفمند و معیار رسیدن به اشباع داده ها و عدم دستیابی به اطلاعات بیشتر و غیر تکراری در مصاحبه های بعدی بود. که در طی این روش ۱۵ زن معلم جهت رسیدن به حد اشباع اطلاعات مورد مصاحبه قرار گرفتند.

ابزار مطالعه

شیوه ی گردآوری داده ها در این مطالعه مصاحبه ی عمیق بوده و مصاحبه ها به صورت نیمه ساختار یافته و در محیط مدرسه توسط پژوهشگر صورت گرفت. چک لیستی از موارد مصاحبه در اختیار محقق قرار داشت تا فرآیند مصاحبه به طور پیوسته کنترل شود. مصاحبه ها بین ۲۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و مکالمات با استفاده از دستگاه ضبط صوت، ضبط و سپس لغت به لغت روی کاغذ پیاده شد. مصاحبه ها با سئوالات کلی شروع شد و سئوالات بعدی با توجه به پاسخ های شرکت کنندگان در مصاحبه تعیین گردید : به نظرتان از سلامتی برخوردار هستید؟ سلامتی را چی تعریف می کنید؟ احساسات را نسبت به وضعیت سلامت خود توضیح دهید؟ وضعیت سلامتی شما چه تاثیری بر زندگی شما داشته است؟

پس از ارائه پاسخ توسط مشارکت کننده سئوالات اکتشافی پیگیری کننده و عمق دهنده برای به دست آوردن داده های غنی و کشف کننده معانی عمیق تر و پنهان مثل لطفا در این مورد بیشتر توضیح دهید؟ معنی این چیست و می توانید مثالی برایم بنویسید تا من این احساس شما را بهتر درک کنم؟ از مشارکت کنندگان پرسیده شد.

قابلیت اعتماد : نظر به این که روایی داده ها در تحقیقات کیفی بستگی به وسعت یافته هایی دارد که بیانگر واقعیت باشد و قابلیت اعتماد و صحت داده ها بستگی به این دارد که محقق چقدر تجربیات مشارکت کنندگان را از دانش نظر ی آن ها درباره موضوع جدا کند . یکنواختی در روش کار و کنارگذاری عقاید قبلی ما را از خالص بودن توصیف داد ه ها مطمئن می سازد. (استرابرت ۱، ۲۰۰۳: ۶۷) در این تحقیق استحکام و دقت مطالعه با استفاده از معیارهای قابلیت اعتبار، قابلیت اطمینان و مطابقت یا عینیت داشتن بررسی شد . جهت قابلیت اعتبار اظهارات شرکت کنندگان پس از تجزیه و تحلیل هر مصاحبه، پژوهشگر مجدداً به آنان مراجعه نمود و صحت مطالب با نظر آنان بررسی شد و در برخی موارد اصلاحات انجام شد . قابلیت اطمینان: منظور آن است که وقایع ثبت شده همان باشد که واقعاً رخ داده باشد. بدین منظور یافته های مطالعه از جمله کدها و مفاهیم با اساتید راهنما ، مورد مشورت قرار گرفت. همچنین

مطابقت با عینیت داشتن با کنار گذاری عقاید پیشین و پیش داوری ها صورت گرفت علاوه بر این صحت یافته ها مورد تایید شرکت کنندگان نیز قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این مطالعه داده ها با استفاده از روش ۷ مرحله ای کولیزی ۲ (استرابرت، ۱۳۸۹: ۸۹ . محمدپور ، ۱۳۸۹: ۲۸۰) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا متون کلیه ی مصاحبه های انجام گرفته با دقت مورد مطالعه قرار گرفت تا فهم کاملی از عقاید ، تجارب و اظهار نظر شرکت کنندگان فراهم شود . در دومین گام جملات و عبارات اصلی استخراج گردید. در مرحله ی سوم تلاش گردید تا معانی هر جمله درک و فرموله و دسته بندی شود و به صورت مجموعه ای از مفاهیم و معانی درون خوشه هایی دسته بندی شود. بر این اساس پس از دسته بندی و تلفیق کدهای تکراری و تشکیل دسته بندیهای جدید کد استخراج گردید این معانی فرموله شده به صورت خوشه هایی از موضوعات ، دسته بندی شدند که در این تحقیق به عنوان مفاهیم (کدهای توصیفی) یا کدهایی که بیشتر به اصطلاحات مورد استفاده در مصاحبه نزدیک است شناخته می شوند. پس از این مرحله تمامی ایده های حاصله در قالب یک توصیف بسیار مفصل از پدیده تحت مطالعه ، ذیل عنوان کدهای تفسیری مجتمع گردید. این کدها مشتمل بر معانی است که به کدهای توصیفی داده شده است. در این مرحله ۷ کد توصیفی استخراج گردید که پس از ادغام آنها ۴ کد تفسیری حاصل گردید. نهایتاً در آخرین مرحله کدهای تفسیری به ۲ کد تبیینی تقلیل یافت. جدول شماره ۱ مثالی از نحوه استخراج کدهای توصیفی و تفسیری را نشان می دهد.

یافته ها

ویژگی های مشارکت کنندگان به صورت زیر می باشد. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱- ویژگی های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

متغیر	تعداد	درصد
سن		
۲۰-۳۰	۴	۲۶
۳۱-۴۰	۴	۲۶
۴۱-۵۰	۷	۴۷
تحصیلات		
کارشناسی	۱۰	۶۷

کارشناسی ارشد	۵	۳۳
سوابق خدمت		
۱۵-۳ سال	۸	۵۴
۱۶-۳۰ سال	۷	۴۶
وضعیت تاهل		
بدون همسر	۳	۲۰
همسر دار	۱۲	۸۰
تعداد فرزندان		
بدون فرزند	۷	۴۶
دارای یک فرزند	۲	۱۳
دارای دو فرزند	۶	۴۱

نتایج و کدهای به دست آمده در این مطالعه در سه سطح توصیفی (کدبندی اولیه) ، تفسیری (کدبندی متمرکز) و تبیینی بر تجربه زیسته معلمان از اشتغال و سلامتی آنها متکی است. این تجارب در عرصه ی اشتغال (رضایت شغلی ، محدودیت ها و تعارضات)، سبک زندگی (ورزش، تغذیه، خواب و مهارتهای زندگی) و وضعیت سلامتی (سلامتی، بیماری و ناخوشی) می باشد. (نمودار شماره ۱)

❖ وضعیت سلامتی

وضعیت سلامتی در حکم یک کد تبیینی می باشد و تجربه معلمان در زمینه ی سلامت، بیماری و ناخوشی را بیان می کند. این کد تبیینی شامل دو کد تفسیری سلامتی، بیماری و ناخوشی می باشد .

• سلامتی

وضعیت سلامتی فرد کد تفسیری می باشد که شامل کد توصیفی سلامت جسمانی ، سلامت روانی ، سلامت اجتماعی و سلامت روانی می باشد. یکی مشارکت کنندگان سلامتی را چنین تعریف می کنند : « سلامتی خوب چندتا مقوله است یکی بعد جسمیه یکی بعد روحی. بعد روحی و درونی یعنی اون آرامش فکری و روحی را داشته باشی ذهن ات

تخلیه بشه. بعد جسمی که اون تناسب اندام و دور بودن از بیمار هاست. « و دیگری در بیان احساس نسبت به سلامتی می گوید: « خدارا شکر احساس سلامتی را دارم چون سعی می کنم در خونه فعال باشم ورزش کنم و یکمی اضافه وزن دارم و سعی می کنم کمش کنم.» (نرگس، ۲۷ ساله)

- سلامت جسمانی :

اغلب معلمان شرط داشتن سلامت جسمانی را داشتن تغذیه سالم و داشتن تحرک کافی و ورزش کردن می دانند. که برخی از مشارکت کنندگان با تغذیه سالم و تحرک کافی از سلامت برخوردار بوده و برخی با تحرک ناکافی و یا تغذیه ناسالم از سلامت کافی برخوردار نیستند.

« به نظرم چون ورزش نمی روم سلامتی جسمی ندارم در این ایام مثل بارداری و ... که خیلی ورزش و اینها نبوده هم شرایط نبوده چون سرکار بودم و بچه داری دانشگاه و مدرسه و ... وقت نکردم الان پایان نامه ام مانده و هنوز وقت نکردم » (فاطمه، ۳۰ ساله)

« ... البته اهل خوراکی های غیر مجاز هم نیستم اما به طور کلی وقتی ورزش می کنم خیلی سعی می کنم خورد و خوراک ام را کنترل می کنم چیزهای سالم بخورم و ناسالم نخورم ... از همان موقعی که شروع به ورزش کردم قبلش سوسیس و کالباس و نوشابه می خوردم اما الان ۱۲ تا ۱۳ ساله نه چیپس و پفک و دور ویر هیچ کدام از این ها نرفتم. » (ستاره، ۴۳ ساله)

- سلامت روانی

اغلب مشارکت کنندگان سلامت روان را یکی از ارکان سلامتی می دانند. یکی از مصاحبه شوندگان در اهمیت سلامت روان چنین می گوید: «اگر ذهن آرامش داشته باشه جسم هم سالم خواهد بود.» (زهرا، ۳۰ ساله) و دیگری می گوید: « استرس در شرایط کار و زندگی هست اما مدیریتش مهمه» (سعیده، ۳۴ ساله) برخی از عوامل روانی رشد دهنده بوده و باعث افزایش سلامتی می شود و برخی از عوامل و رفتارها باعث تضعیف و کاهش سلامت روان می شود.

■ عوامل رشد دهنده

مشارکت کنندگان عوامل مختلفی را به عنوان افزایش سلامتی بر می شمارند از جمله شکر گذاری، صبوری، خودآگاهی، خوش بینی، احساس مفید بودن و ...

یکی از معلمان چنین بیان می کند: « هر روز صبح از خواب بیدار می شم می گم خدا را شکر که سلامت ام خیلی خوشحال ام. » (اکرم، ۴۶ ساله) دیگری می گوید: « خیلی توان مقابله با سختی

ها و مشکلات را داشتم خیلی صبوری کردم اما گاهی دیگه لبریز شده از بس مشکلات زیاد بود

فوران می کنه اما بازهم صبوری می کنم » (فریبا، ۴۸ ساله)

یکی از معلمان در بیان عوامل سلامت روان چنین می گوید: « من همیشه زندگی را زیبا می بینم و دوست دارم و سعی می کنم شاد باشم. هر چیزی را فکر آدم می سازد اگر خوش بین باشی سلامت می شی و اگر بدبین باشی از هیچی کوه می سازی ... گاهی به این فکر می کنم که اگر نبودم آیا چیزی از جهان کم می شد؟ خیلی از اوقات که اطرافیانم می گند ازت انرژی می گیریم و ناراحتی دارند و باهام درمیان می گذارند و احساس سبکی می کنند اون موقع احساس مفید بودن دارم.» (مریم، ۴۷ ساله)

■ عوامل تضعیف کننده

عوامل روانی مختلفی می تواند باعث کاهش سلامتی روانی و جسمی شوند. از جمله این عوامل: به هم ریختگی، وسواس فکری، درون ریزی و خودخوری، فوت نزدیکان و ... مشارکت کنندگان در بیان این عوامل چنین می گویند:

« من اعصابم که بهم می ریزد اسید معده ام بیشتر می شود واقعا امتحان کردم بعد از یک ماه رمضان تمام مشکلات گوارشی ام به صفر می رسه. » (فریده، ۴۱ ساله)

« وقتی هم که فکر زیاد می کنم و ناراحت می شم یادم نمیره در ذهنم می مونه تا به مدت روی این قضیه فکر می کنم.» (سمیه، ۳۵ ساله)

« بعد از فوت پدرم مری گری را هم کنار گذاشتم می رفتم مدرسه و می امدم نه داوری و نه ضمن خدمت ... نا امید نیستم اما حوصله ندارم که برای کسی انرژی بذارم. گاهی توی راه شده هق هق گریه می کنم اما حس می کنم برای بابام خوب عزاداری نکردم. سعی کردم به خاطر مامانم و همکاران بخندم. به خودم گفتم نباید گریه کنم. باید خودم را جمع و جور کنم. » (لیلا، ۳۹ ساله)

- سلامت معنوی

سلامت معنوی کد توصیفی بوده که بسیاری از مشارکت کنندگان از آن به عنوان عاملی تاثیر گذار بر سلامت روانی و جسمانی خود یاد می کنند. به صورت رفتارهایی همچون توکل، ایمان درونی، دعا و ... می باشد. معلمان چنین می گویند:

« از کوچکی به خدا اعتقاد داشتم و توکل می کردم و همین آرامشی بهم می داد فکر می کنم علت اینکه زیاد حرص نمی خورم و سعی می کنم اروم باشم همیشه دعا و توکل دارم و با دعا ... » (اکرم، ۴۶ ساله)

« من ادمی نیستم که مشکلاتم را به کسی بگویم و بیشتر خودم حل می کنم دعایی می خوانم با خدا راز و نیاز می کنم و متوسل به ائمه می شوم » (نصرت، ۴۶ ساله)

« من اصلا تحمل اینکه شوهرم یک شب خونه نیاد را نداشتم و خیلی سخت بود اما واقعا خدا کمک کرده و صبر به من داده. شکر تا حالا تونستم ادامه بدهم. فکر می کنم چیزی که کمک کرده ایمانم بوده خیلی توکل به خدا کردم چون اگر واقعا کمک خدا نبود نمی تونستم ... هر کاری بخواهم انجام بدهم توکل می کنم حتی برای انتقالی ام هم می گفتم اگر صلاح ام هست درست بشه ... می گفتم اگر خدا بخواهد درست می شه. » (فریده، ۴۱ ساله)

- سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی کد توصیفی بوده و در دو سطح جامعه و خانواده مورد بررسی قرار می گیرد. حضور معلمان در جامعه و روابط اجتماعی باعث افزایش سلامت اجتماعی می شود. یکی از مشارکت کنندگان چنین بیان می کند :

« به واسطه شغل ام و هم شخصیت ام اجتماعی و شغلی هم که دارم کمک کرده که تعاملات اجتماعی من بیشتر باشه. » (سمیه، ۳۵ ساله)

■ جامعه

سلامت اجتماعی در سطح جامعه شامل زیر کد شکوفایی اجتماعی، پذیرش و مشارکت اجتماعی

✓ شکوفایی اجتماعی

برخی از مشارکت کنندگان امیدوار بوده که جامعه ما در حال تحول و پیشرفت است و برخی از آنان معتقدند جامعه در حال رکود است.

« جامعه ی ما از نظر مادی و فشار اقتصادی زیاد است اما کشور ما از نظر نخبه ادمهای زیادی داره به نظرم پیشرفت خوبی داشته باشیم. » (اکرم، ۴۶ ساله)

« جامعه ی ما رو به پیشرفت است اگر مردم بدانند اون کسی که در راس جامعه هست واقعا دلسوزشان هست و توصیه هایی که می کند عمل کنند جامعه حتما پیشرفت خواهد کرد. » (ستاره، ۴۳ ساله)

« اقتصادمون که خیلی ضعیف شده و جوانهامون الان بازنشسته ها دارند زیاد می شوند و در کارهای بی خودی سرمایه گذاری می کنند با این وضعیت نه مکان پرباری نیست. » (سمیه، ۳۵ ساله)

« جامعه ی ما بیشتر پس رفت داره جامعه عوض شده و چیزهای بی ارزش تبدیل به ارزش شده ادم دچار تناقض می شه از نظر علمی که به کنار و اگر بذارند خوبه اما از لحاظ اقتصادی اصلا و شکاف طبقاتی خیلی. » (نکيسا، ۴۹ ساله)

✓ پذیرش و مشارکت اجتماعی

برخی از مشارکت کنندگان افراد جامعه را افراد قابل اعتماد و مهربان می دانند و برخی برعکس افراد جامعه را باور ندارند. مشارکت کنندگان چنین بیان می کنند :

« الان ازدواج خیلی سخت شده ادمها ظاهرند اگر پول داره یعنی همه چیز داره همه توی این فکرند که ببینند زرق و برقت چیه ادمها ظاهر نمایی می کنند و صداقت ندارند. » (اکرم، ۴۶ ساله)

« من چند جایی که کار کردم هر محیطی فرق می کنه ادم های ... مهربان تر و سازگارترند نسبت به جاهای بومی که هم را می شناسند » (فریده، ۴۱ ساله)

همه مشارکت کنندگان احساس مفید بودن و ارزشمند بودن را به صورت فردی داشته اما در برخی موارد معتقدند که از نظر جایگاه شغلی جامعه برای آن ها ارزش قائل نیست. معلمان چنین می گویند :

« خود را به عنوان عضوی از جامعه و مفید می دانم و احساس ارزشمند بودن دارم... جامعه برای من واقعا ارزش قائل نیست نه به علائق ما توجهی داره کسانی که در راس مدیریت اند برای مردم ارزش قائل نیستند و اینکه اولویت داشته باشند برای مردم و نیازهاشون. » (سمیه، ۳۵ ساله)

« اما فکر می کنم که وزارت آموزش و پرورش اهمیتی برای معلمان قائل نیست و معلم را به عنوان یک موجود زنده نمی بیند و مثل رباط می بیند و در برنامه ریزی ها انگار ما مثل ماشین هستیم و نظر معلم برایشان اهمیتی نداره و زمینه لازم و امکانات لازم را در نظر نمی گیرند ... یعنی آموزش و پرورش ارزشی برای نظر معلم قائل نیست. » (ستاره، ۴۳ ساله)

✓ همبستگی و انسجام اجتماعی

اکثریت مشارکت کنندگان جامعه را غیرقابل پیش بینی ارزیابی نموده و افراد احساس تسلط بر اوضاع و شرایط ندارند. مصاحبه شونده ای چنین می گوید :

« جامعه ای که زندگی می کنیم جامعه ای که واقعا هدف گذاری درش خیلی سخت شده دید مثبت به آینده داشتن خیلی سخته ... جامعه ما از جهاتی رو به پیشرفته و مردم دارد به این می رسند که به جای اینکه بر عوامل بیرونی تکیه کنند بر عوامل درونی و خودشان تکیه کنند اما اینکه تلاش جمعی به سمت هدفی داشته باشیم من این را نمی بینم. جامعه ما در قسمتهایی پربار تر باشه اما خیلی می تونه پربارتر باشه با این همه استعدادهایی که ما داریم» (ریحانه، ۳۲ ساله)

■ خانواده

خانواده به عنوان یک اجتماع کوچک نقش بسیار مهمی در سلامت افراد دارد. حمایت و همراهی خانواده و روابط خانوادگی خوب و حمایت کننده باعث افزایش سلامتی به ویژه در زنان شاغل می شود. به طوری که با وجود روابط خانوادگی صمیمانه، مشورت، حمایت و همراهی، تعارض نقش در بین مشارکت کنندگان کمتر دیده می شود.

✓ حمایت و همراهی

حمایت اجتماعی و همراهی خانواده از جمله عوامل بسیار اثر گذار بر سلامتی و رسیدن به اهداف در زندگی می باشد. به طوری که اکثریت مشارکت کنندگان حمایت و همراهی همسر و خانواده را از جمله عوامل اصلی در سلامت بر می شمردند :

« ... پدر من با این شرایط اجازه می داد من باشگاه برم فعالیت ورزشی بکنم در مسابقات باشگاه شرکت کنم فکر کنم این خیلی تاثیر داشت. در واقع پدرم حامی من بود و در زندگی مشترک هم همسرم» (سعیده، ۳۴ ساله)

« من چند سال که کرمانشاه بودم خودش (همسر) سرویس من بود خودش می برد و می آورد. » (ستاره، ۴۳ ساله)

« شوهرم خیلی مرد خوبی و کم حرف می زنه دخترام هم از نظر رفتاری و اخلاقی خیلی خوب اند روحیات هم دیگر را خوب گرفتیم. متقابلا همسرم در کارهای خانه کمک می کنه . » (اکرم، ۴۶ ساله)

« شوهرم هر تصمیمی بخواهد بگیره با من مشورت می کنه و باهم تصمیم می گیریم » (فاطمه، ۳۰ ساله)

✓ روابط خانوادگی

روابط خانوادگی خوب با همسر و پدر و مادر باعث افزایش سلامت جسمی و روحی می شود. مشارکت کنندگان چنین بیان می کنند :

« اگر ادم در خانه با همسرش با آرامش زندگی کنه هیچ مشکلی برایش پیش نیاد. شوهرم خیلی زیاد کمک می کنه و حتی بعضی وقتها که می بینم کارم زیاده کمکم ظرفها را هم می شوره. » (نصرت، ۴۶ ساله)

• بیماری و ناخوشی

وضعیت بیماری و ناخوشی کد تفسیری بوده و شامل زیر کد تفسیری زمینه و عوارض و اقدام به درمان می باشد. اکثریت مشارکت کنندگان تجربه ای از ناخوشی را داشته و کمتر بیماری حاد یا مزمن را تجربه کرده اند. مشارکت کنندگان چنین بیان می کنند :

« احساس ضعف و سستی را چون کمخونی دارم گاهی احساس می کنم از نوجوانی داشتم و تا به حال دنبالش نرفتم دکتر گفت : فوق العاده کمخونی و چه طوری راه می روی ؟ » (لیلا، ۳۹ ساله)

« من آرتروز پراکنده دارم مشکلات جسمی دارم معده ام مشکل داره الان دوره یائسگی را دارم طی می کنم یه مقدار گر گرفتگی و مشکلات روحی را یه مقدار دارم. ... گودی کمر زیادی دارم اگر بخوای این طوری حساب کنی سر تا پا بیماری جسمی را داری ... سابقه سردرد داشتم. فشار عصبی کنترل شده و خود دارم. » (نکیسا، ۴۹ ساله)

- زمینه و عوارض

زمینه ها و عوارض بیماری کد توصیفی بوده مشارکت کنندگان به زمینه ها و عوامل ایجاد کننده بیماری اشاره نموده اند که شامل زمینه های ژنی، فعالیت های شغلی، محیط و ... می باشد. مصاحبه شوندگان به عوارض ناشی از ناخوشی ها و بیماری ها پرداخته اند. معلمان چنین می گویند :

« وقتی قرص تیرئید کم وزیاد بشه ، دلشوره پیدا می کنم. » (نصرت، ۴۶ ساله)

« سردرد من ربطی به کار من نداره اون موقعی هم سرکار نیامده بودم، مقطعی سردرد داشتم. از بچگی میگردن داشتم ... من خودم کمی مشکل داشتم کف پای من صافه و وقتی روی پا می ایستادم احساس پادرد می کردم چون لازم است دائما پای تابلو و بعد که مراجعه کردم و پروتز داخل کفشم احساس پادرد کم شده و مشکلی ندارم » (ستاره، ۴۳ ساله)

« با سرپا ایستادن زیاد یا درس هایی داشته باشم که پشت سرهم تدریس ام ریاضی بود، پاهام درد می گرفت و یا کمردرد می گرفتم. » (سمیه، ۳۵ ساله)

- پیشگیری و درمان

پیشگیری و درمان کد توصیفی بوده و شامل اقداماتی است که مصاحبه شونده‌ها برای پیشگیری از بیماری و ناخوشی و درمان انجام می دهند از جمله افزایش آگاهی در زمینه سلامت، ورزش کردن، تغذیه سالم، ذهن آگاهی، مراجعه به متخصص، استفاده از دارو و ...

« برای سلامتی ام از نظر راهی ویس هایی را گوش می دهم و در ارتباط با شبکه های اجتماعی دکتر از مندیان و ... را گوش می دهم و قانون کائنات و روح ادم خوب بشه جسم هم خوب می شه ورزشی هم همین طور تغذیه هم خیلی مواظب ام بیماری که فشار خون دارم مواظب ام» (ریحانه، ۳۲ ساله)

« اطلاعات راجع به سلامتی که مقداریش را مطالعه می کنم و بعد اینکه کتاب می خوانم و طب سنتی را که علاقه دارم و در این زمینه مطالعه می کنم. یک سری پیچ هایی هست از دکترهایی که مقاله می نویسند از اونها خیلی استفاده می کنم یعنی با رفرنس اند و همین طوری اند خیلی مطالعه کردم و دیدم کسانی که با مشکلات کنار می اند باهاشون صحبت کردم و خیلی دنبال این هستم که پیش یک روان درمانگر بروم. سعی می کنم حواسم به تغذیه ام باشه و چقدر تحرک داشته باشم و سعی می کنم که ورزش در برنامه باشم. « (نرگس، ۲۷ ساله)

« ورزش کردن و در اصل آرترز ضعف ماهیچه ای داری. من با اینکه ادمی هستم که هیچ وقت ورزش را کنار نگذاشتم یعنی از بچگی ورزش می کردم. پیاده روی که هر روز داشتم و جزء ورزش من نبود سعی می کنم حتما می روم و من از ورزش لذت می برم. ورزش به ترشح هورمون های ضد افسردگی کمک می کنه و روی افسردگی اثر می گذاره . « (نکیسا، ۴۹ ساله)

« من خیلی اهل مصرف دارو نیستم حتی الان هم سعی می کنم اگر سردرد دارم بیشتر سعی می کنم مقاومت کنم یا به طور طبیعی ترکیب ایلیمو و عسل و عرق بیدمشک و گلاب را با هم می خورم واقعا هم آرام می شم سعی می کنم دارو مصرف نکنم و الان خیلی بهترم. « (ستاره، ۴۳ ساله)

❖ سبک زندگی

سبک زندگی کد تبیینی بوده که شامل کد تفسیری ورزش، تغذیه، خواب و مهارت های زندگی می باشد. در واقع سبک زندگی شامل تجربه معلمان از فعالیت ها و شیوه زندگی آن ها می باشد. یکی از مشارکت کنندگان در توصیف سبک زندگی خود چنین بیان می کند :

« ... یکی اینکه تغذیه ام تغذیه سالمیه. برنامه ورزشی در نظر دارم. رابطه با اعضای خانه آرامش برقراره. مشکلات کاری را پشت درخانه می گذاریم و محیط خانه جو آرامی داره. تعامل چه با اعضای خانواده چه با محیط بیرون مان معمولا منفی نیست. ورزش به ذهن و جسم آرامش خاصی می ده. و باعث می شه که بهتر بتونی زندگی ات را مدیریت کنی. « (سعیده، ۳۴ ساله)

- تحرک

تحرک کد تفسیری بوده و شامل ورزش کردن و فعالیت بدنی می باشد. که برخی معلمان معتقد بودند به دلیل شرایط شغلی خود و فرصت ناکافی از تحرک کمی برخوردارند و برعکس معلمانی که با وجود مشغله های کاری و خانوادگی از تحرک و فعالیت بدنی بالایی برخوردار بودند. برخی از مصاحبه شوندگان به احساس رضایت و شادی خود صحبت می کنند. مشارکت کنندگان چنین می گویند: « شغل معلمی طوریه که مجبورم یکجا نشین باشم و از میزان فعالیت و تحرک من خیلی کم می کنه ... » (نرگس ، ۲۷ ساله) « از طرفی برای ورزش کردن فرصتی نمی کنم و هر چه تلاش می کنم نمی توانم در برنامه ریزی روزانه ام قرار دهم ولی خوب سعی می کنم مواد غذایی ام را سالم در نظر بگیرم و یا مسیری را پیاده روی کنم.» (فاطمه، ۳۰ ساله) « من ادمی هستم که هیچ وقت ورزش را کنار نگذاشتم یعنی از بچگی ورزش می کردم. پیاده روی که هر روز داشتیم ... من از ورزش لذت می برم. ورزش به ترشح هورمون های ضد افسردگی کمک می کنه و روی افسردگی اثر می گذاره ... من ورزش های گروهی را دوست دارم ... در جمع انرژی آن ها به تو منتقل می شه. من وقتی می روم ورزش احساس عروسی رفتن و مهمونی دارم. » (نکیسا، ۴۹ ساله)

- تغذیه

تغذیه کد تفسیری بوده که اغلب مشارکت کنندگان آن را عاملی ضروری در سلامت بر می شمارند. معلمان چنین بیان می کنند: « به تغذیه ام خیلی اهمیت می دهم. حواسم هست که تغذیه ام حتما سالم باشه. سعی می کنم حد و حدودها را رعایت کنم » (نرگس، ۲۷ ساله) « ما تغذیه مون در روستا خیلی خوب بود قبلها روزی یک کاسه شیر می خوردم ماست و پنیر و گوشت بهترین لبنیات و گوشت را داشتیم همیشه روغن حیوانی ... » (فریده، ۴۱ ساله)

- خواب

خواب کد تفسیری بوده و بیان کننده وضعیت خواب و استراحت افراد می باشد. اغلب معلمان بیان می کنند که خواب خوبی دارند اما بعضی از معلمان به دلیل مشکلات جسمانی از خواب مناسب و کافی برخوردار نیستند. مشارکت کنندگان چنین می گویند:

« شب که می خواهم بخوابم دست و پاها ضغف می رود و نمی توانم بخوابم » (فریبا، ۴۸ ساله)

« من الان شبها درست نمی تونم بخوابم به خاطر گرگرفتگی من یک دوره دارو استفاده کردم ... »

(نکیسا، ۴۹ ساله)

- مهارت های زندگی

مهارت های زندگی کدتفسیری بوده و در برگیرنده تجربه افراد از افکار و رفتارهایی است که در جریان زندگی خود به کار می برند و شامل خودآگاهی، کنترل خشم، کنترل احساسات، مهارت حل مسئله و مهارت ارتباطی است. معلمان در بیان تجربیات خود چنین می گویند :

« کلا ادم درونگرایی هستم وقتی مشکلی برام پیش بیاد خودخوری می کنم و توی خودم می ریزم و با خودم تجزیه و تحلیل می کنم دارم سعی می کنم توانایی مقابله با مشکلات را داشته باشم و خودآگاهی به من کمک می کند » (ریحانه، ۳۲ ساله)

« اگر مشکلی برام پیش بیاد اول خیلی فکر می کنم که علتش چی بوده و چرا بعد تا جایی که در توانم باشه حلش می کنم یا از کسی راهنمایی می گیرم اگر کاری بود که نتونستم کاری کنم سعی می کنم بپذیرم و استانه صبرم را بالا ببرم. تا در زمان مناسبش اون مشکل برطرف بشه. » (نکیسا، ۴۹ ساله)

« اما محیط کارم خدارا شکر خوبه با همکاران تونسته ام ارتباط دوستانه بگیرم... جو بین همکاران را دوست دارم خیلی ارتباط صمیمی با همکاران دارم. » (نرگس، ۲۷ ساله)

« از زمانی که ازدواج کردم تا حالا روابطی که همسرم با من داره، پیامهایی که به من می ده خیلی کمک حالم بوده. در نگرانی ها، ضعف ها من هم خیلی هواش را دارم و نمی ذارم رابطه مان عادی بشه و اگر عادی شد، داغ زندگی از من گرفته می شه. » (مریم، ۴۷ ساله)

❖ اشتغال

کد تبیینی اشتغال مبتنی بر تجربه معلمان از شغل آن ها می باشد و شامل کد تفسیری رضایت شغلی، تعهد شغلی و محدودیت ها و تعارضات شغلی می باشد

• رضایت شغلی

رضایت شغلی کد تفسیری بوده و شامل کد توصیفی علاقه مندی و احساس ارزشمندی می باشد. معلمان در موارد متعدد نسبت به شغل خود ابراز رضایت نموده اند. یکی از مشارکت کنندگان در مورد شرایط شغلی خود چنین می گوید : « وضعیت شغلی تا حدودی روی شغلم اثر داشته. حس من را نسبت به کارم برگرداند. ساعت کاری خوبی. تابستانها م را داشتم. محیط زنانه است با دخترها و بچه بودم چون خودم دختردارم. » (مریم، ۴۷ ساله)

- علاقه مندی

کد توصیفی علاقه مندی نشان دهنده رضایت درونی معلمان از حرفه خود می باشد. همه معلمان شغل خود را دوست داشته و در موارد متعددی از واژه عشق و علاقه استفاده نموده اند. مصاحبه شوندگان در بیان احساسات خود چنین می گویند :

« من خودم شغل ام را دوست دارم از اول معلمی را دوست داشتم. الان هم که وارد می شوم عاشق ۳۵
دانش آموزم هستم» (سمیه، ۳۵ ساله)

- احساس مفید بودن

کد توصیفی احساس مفید بودن بیان کننده احساس مفید بودن و ارزشمندی آن ها از تجربه شغلی شان می
باشد. مشارکت کنندگان در بیان احساس خود چنین می گویند :

« من شغل ام را خیلی دوست دارم وقتی یاد می گیرند لذت می برم خیلی چیزها از شون یاد می گیرم صداقت
که بچه های ابتدایی دارند بزرگترها ندارند ... و اینکه قهر می کنند و زود باهم اشتی می کنند. » (اکرم، ۴۶
ساله)

• تعهد شغلی

تعهد شغلی کد تفسیری بوده و نشان دهنده میل درونی فرد نسبت به انجام وظایف می باشد. مصاحبه
شوندگان چنین بیان می کنند :

« من خودم باید کارم را انجام بدهم و در برابر حقوقم زحمت بکشم. برایم خیلی مهم است و با توجه به
روحیه ای که دارم خودم را اذیت می کنم.» (سمیه، ۳۵ ساله)

« در محیط کار خیلی رک و جدی ام. برعکس خونه چون تو مدیون بچه هایی . من می گم هیچی مثل
معلمی حق الناس نیست ... » (نکیسا، ۴۹ ساله)

• محدودیت ها و تعارضات

کد تفسیری محدودیت ها و تعارضات شامل کد توصیفی عوارض وسختی ها و فشار نقش می باشد. این
کد تفسیری بیان کننده مشکلات و سختی هایی است که معلمان در شغل خود آن را تجربه می کنند و
در برخی موارد با وظایف مادری و همسری آن ها در تعارض است

- نامالایمات

کد توصیفی نامالایمات نشان دهنده تجربه مشکلات جسمانی معلمان در فرآیند اشتغال و نیز محدودیت های
مالی و محیطی می باشد. مصاحبه شوندگان مشکلات خود را چنین بیان می کنند :

« البته شیفتهای بعد از ظهری چون ناهار نمی خورم و فرصتی برای خوردن چیزی نیست اذیتم می کند ...
با سرپا ایستادن زیاد یا درس هایی داشته باشم که پشت سرهم تدریس ام ریاضی بود، پاهام درد می گرفت و
یا کمردرد می گرفتم ... همین تفاوتی که یک حق التدریس با یک نیروی رسمی داره اون وقت تابستان اصلا

حقوق نداریم. اصلاً بیمه نداریم. جرات هم نداریم حرف بزنیم ... سرکلاس هم زمان از ۳۵ تا دانش آموز هم زمان ۱۰ تا سؤال داره.» (سمیه، ۳۵ ساله)

« .. گاهی گردن درد ها و کمردرد هایی دارم که علتش فقط مال شغلمه به خاطر حجم کارم و کلاسی که داخشم هستم یعنی پایه اول میزان کار زیادی می خواهد گاهی که دائماً دارم تصحیح می کنم کمرم و گردنم درد می گیره. ... من ورزشکارم اما گاهی اوقات خیلی اذیت می شم. » (نرگس، ۲۷ ساله)

« خیلی ها از نظر حقوق شغل معلمی را قبول ندارند اما من می گم ما خودمون قبول کردیم » (اکرم، ۴۶ ساله)

« شغل ما هم طوریه که با بچه ها حرص می خوریم روی موهام ون اثر می گذاری و زود موهامون سفید می شه روی چشم من الان چشم ام در حال ضعیف شدن است البته مال سن هم هست یا پاهام حالت واریس داره چون شغل مان همه اش سرپاست.» (نصرت، ۴۶ ساله)

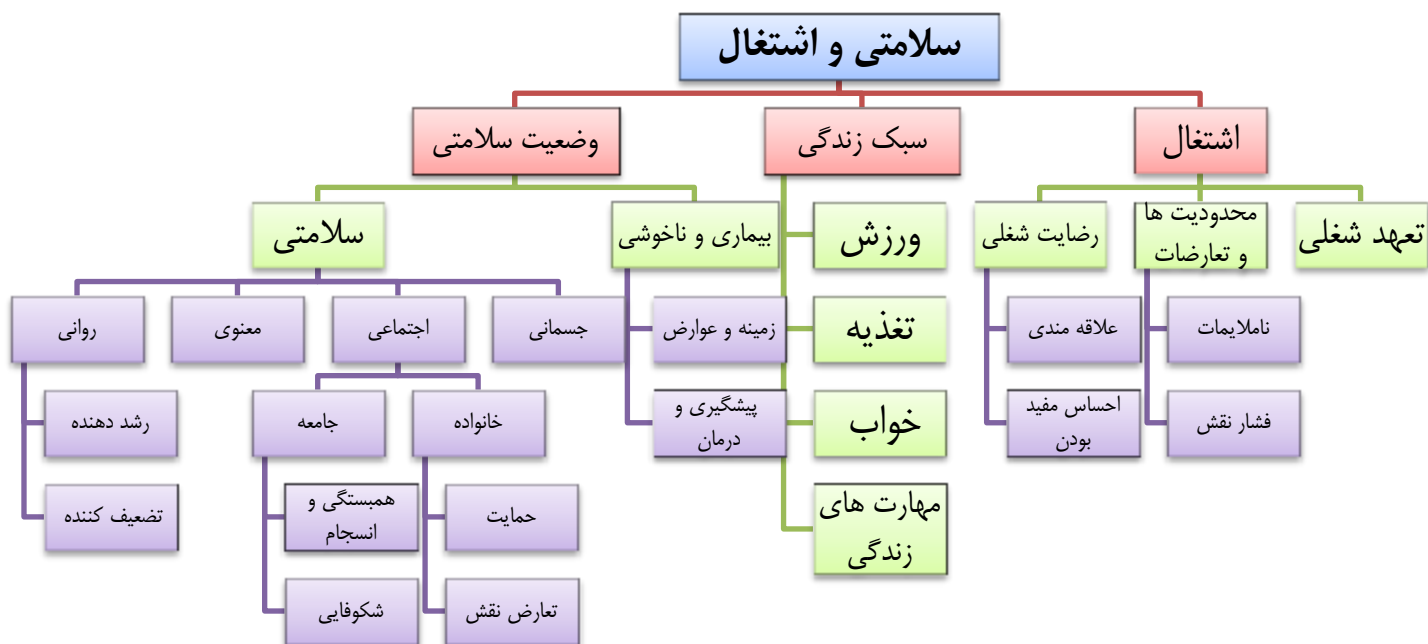
- فشار نقش

کد توصیفی فشار نقش تجربه معلمان در زندگی خانوادگی و شغلی آن ها می باشد. که ناشی از هم زمانی نقش معلمی، مادری و همسری می باشد، که معلمان با آن مواجه می شوند. مشارکت کنندگان در بیان تعارضات خود چنین می گویند :

« الان من مثلاً با این اعصاب خوردی که دارم میرم خونه مطمئنم سر یکی خالی میشه این اعصاب خوردی تو محیط کار بوده خوب ولی همه تشعشعاتش برمیگرده تو محیط خونه بچه است سه سال و یک ماهه می خواد با من بازی کنه ولی من حوصله ندارم » (فریبا، ۴۸ ساله)

« ... دوره ای بود که خرید خونه بود . بچه ها بودند. آقامون هم اینجا نبودند. خرید خونه کار خونه از مدرسه می رسیدی بچه می خواست شیر بخوره یک دست به سینه یک دست به آشپزی و کارهای خونه و برای همین خیلی خم و راست شدن و ... داری عملاً از جسمت مایه می گذاری برای همین چند سال دیگر بدنت که زیاد کار بکشی بدنت همین طور می شه » (نکیسا، ۴۹ ساله)

« خانمی که شاغل است نمی تواند مثل خانمی که در خانه است به خودش برسد از نظر تغذیه و استراحت ... وقتی ادم خسته است وقتی می خواهی به بچه رسیدگی کنی اون طوری که می خواهی نمی تونی. » (نصرت، ۴۷ ساله)



نمودار شماره ۱ : کدهای تبیینی، تفسیری و توصیفی

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش صورت گرفته زنان معلم از سلامت نسبی برخوردار بودند به طوری که اغلب آن ها از وضعیت سلامتی خود ابراز رضایت می کردند. اما در بررسی های دقیق تر پژوهشگر برخی از مشارکت کنندگان از ناخوشی های جزئی مثل پادرد، سردرد، ضعف و بی حالی، بی حوصلگی، کم خوابی و ... داشته و در چند مورد نیز مشارکت کنندگان به بیماری های مزمن مثل آرتروز ، فشارخون و ... مبتلا بودند. اما علی رغم بیماری ها و ناخوشی ها به فعالیت های روزانه، خانوادگی و شغلی خود ادامه داده و به گفته خود ایشان تاثیر چندانی بر زندگی آن ها نداشته.

در بعد سلامت جسمانی معلمان تغذیه سالم و تحرک کافی را به عنوان ارکان اصلی معرفی نمودند که برخی به دلیل وجود شیفت های بعدازظهری فرصت کافی برای خوردن غذا نداشته و همین مسئله بر سلامت جسمانی آن ها اثر داشته و باعث سردرد و ضعف می شود. برخی معلمان به صورت روزانه پیاده روی یا فعالیت ورزشی داشته و بر نشاط و افزایش سلامت آنان تاثیر به سزایی داشته در حالی که عده ای به دلیل فشار نقش و مشغله های شغلی و خانوادگی تحرک کافی نداشته و همین مسئله باعث اضافه وزن و نارضایتی آن ها از سلامتی شده.

همه معلمان سلامت روان را به عنوان یکی از ارکان سلامتی برشمرده و معتقد بودند که سلامت روانی تاثیر به سزایی بر سلامت جسمانی دارد. به طور کلی مصاحبه شوندگان از سلامت روانی خوبی برخوردار بودند و کمتر سابقه ی بی حوصلگی و افسردگی داشتند. برخی از آنان مهمترین عامل سلامت روان آنان توجه به مسائل معنوی از جمله توکل، ایمان درونی و دعا بود. از نظر مشارکت کنندگان خودآگاهی، خوش بینی و امیدواری، احساس مفید بودن شکر گذاری و صبوری از جمله عوامل تاثیر گذاری در سلامت روان آنان می باشد. و عواملی هم چون به هم ریختگی، وسواس فکری، درون ریزی و خودخوری و فوت نزدیکان باعث کاهش سلامت روان آنان می شود.

معلمان شغل خود و ارتباط با دانش آموزان و همکاران را عاملی در جهت افزایش نشاط ، سلامت روان و رشد فضائل اخلاقی در آن ها توصیف نمودند.

در این مطالعه سلامت اجتماعی معلمان در دو حیطه جامعه و خانواده مورد بررسی قرار گرفت. در بعد خانوادگی اغلب مشارکت کنندگان به حمایت، همکاری و همراهی همسر و خانواده اشاره نمودند. و روابط خانوادگی خوب و سالم را عاملی در جهت سلامت روان بر شمردند. معلمان اظهار داشتند که شغل آن ها باعث افزایش روابط و تعاملات اجتماعی شده و عاملی در افزایش سلامتی آن ها می باشد. دیدگاه مصاحبه شوندگان نسبت به تحول و پیشرفت جامعه متفاوت بود. برخی جامعه را در حال رشد و پیشرفت و افراد جامعه را قابل اعتماد و مهربان ارزیابی نموده و برخی بر عکس فضای جامعه را نا امید کننده و در حال رکود و افراد جامعه را غیر قابل اعتماد توصیف می کردند. گرچه معلمان احساس مفید و ارزشمند بودن را به صورت فردی داشته اما اغلب معتقد بودند که جامعه به عنوان معلم برای آن ها ارزش قائل نیست.

پلیزیرا و همکاران نشان داده اند که زندگی با شریک جنسی می تواند منبع حمایتی و بر سلامت روان موثر باشد. به علاوه مردان حمایت بیشتری از همسران خود دریافت می کنند تا زنان از شوهران خود. (پلیزیرا و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از پرویزی، ۱۳۸۸)

اغلب مشارکت کنندگان در این پژوهش تجربه ای از ناخوشی را داشته و در برخی موارد ویژگی های شغل معلمی باعث برخی از بیماری ها مانند آرتروز، سردرد، واریس و ... می شود. معلمان اغلب برای پیشگیری و درمان بیماری

های خود روشهایی هم چون افزایش آگاهی و بهبود سبک زندگی از جمله تغذیه سالم، افزایش تحرک به کار گرفته اند.

همه مصاحبه شوندگان در این پژوهش به طور کلی تجربه شغل معلمی خود را مثبت ارزیابی نموده و از عشق و علاقه درونی صحبت می نمودند. و اغلب از تعهد کاری بالایی برخوردار هستند. اما برخی از مشارکت کنندگان به دلیل فعالیت های شغلی در برخی موارد دچار مشکلات جسمانی شده اند. از طرفی به دلیل نقش های هم زمان در معلمان از جمله نقش مادری، همسری و معلمی گاهی دچار فشار نقش و خستگی شده اند.

مادران در پژوهش پلیزیرا، شاید به دلیل کار زیاد و فرصت اندک، اضطراب و افسردگی بیشتری را نسبت به آنان که نقش مادری نداشته اند، تجربه کرده اند. به گونه ای که اشتغال در سلامت زنانی که فرزند داشته اند تاثیر مثبت نداشته، در حالی که در زنان بدون نقش مادری، اشتغال تاثیر مثبتی داشته است. (پلیزیرا و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از پرویزی، ۱۳۸۸)

ترنر همچنین معتقد است یکی از عوامل تعدیل کننده میزان افسردگی و استرس، روابط اجتماعی است. یکی از شیوه های گسترش روابط اجتماعی عبارتست از عضویت در انجمن های داوطلبانه، افرادی که در این انجمن ها عضو می شوند، می توانند با افراد بیشتری تعامل برقرار کنند و از این طریق پیوندهای اجتماعی خود را گسترش دهند با گسترش دامنه روابط اجتماعی، فرد می تواند در هنگام بروز شرایط نامطلوب به کمک این افراد با آن شرایط مقابله کند و همین امر باعث می شود که استرس روانی حاصل از این شرایط را کاهش دهد، عضویت در انجمن های داوطلبانه همچنین در افزایش رضایت اجتماعی و کاهش افسردگی نقش مهمی دارد. مشارکت از طریق روابط انجمنی احساس شادابی و خوشحالی را تقویت می کند و از این طریق به بهبود سلامت جسمی و روانی و اجتماعی کمک می نماید. افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند دارای مرگ و میر کمتری هستند و از طرف دیگر سلامت روانی اجتماعی متاثر از حمایت اجتماعی است. در مطالعات مختلف تاثیر حمایت اجتماعی بر سیستم ایمنی مورد بررسی قرار گرفته است و سطوح اجتماعی پایین در اختلال سیستم ایمنی نقش مهمی ایفا می کنند. هرچه حمایت اجتماعی بالاتر باشد، طول عمر بیشتر می شود. حمایت اجتماعی می تواند از منابع مختلفی ناشی شود: دوستان، همکاران، همکلاسان و غیره. حمایت رسمی غالباً از سوی موسسات و نهادهای خصوصی و دولتی ارائه می شود اما حمایت اجتماعی غیر رسمی ساختار یافتگی کمتری داشته و به صورت آزاد انجام می گیرد. این نوع حمایت از روابط با خانواده، دوستان و یا در هنگام وقوع بحران یا نیازها ناشی می شود. (حسینی، ۱۳۸۹)

زنان شرایط اجتماعی در حال گذار را تجربه می کنند. سواد و اشتغال بیشتر، استقلال بیشتر، مجرد طولانی تر و فرزندان کمتر بعضی از نمودهای چشمگیر آن است. این گذار فشار مضاعفی را بر زنان تحمیل می کند. همسر و خانواده، در سلامت زنان جایگاه منحصر به فرد داشته در تحقیق پرویزی و همکاران مشارکت کنندگان اظهار داشتند ارتباط خوب و انسانی و محبت آمیز همسر، خانواده سالم، گرم و صمیمی زیربنای سلامتی آن ها را تشکیل می دهد. (پرویزی، ۱۳۸۸)

. در رواقع ارتقای سلامت، فرآیند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل عوامل مرتبط با سلامت و در نتیجه افزایش سلامت آن هاست. سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ترکیبی از شش بعد مدیریت استرس، مسئولیت در قبال سلامت، روابط اجتماعی، رشد روحی، تغذیه و فعالیت فیزیکی است.

شاید بتوان گفت معلمی از جمله مشاغلی است که به دلیل ویژگی های آن از جمله ارتباط مستقیم با انسان ها از جمله کودک، نوجوان و همکاران باعث افزایش روابط انسانی، تعاملات و تبادل احساسات و عواطف در یک بستر فرهنگی شده و همین امر باعث افزایش سلامت روانی و سلامت اجتماعی می شود.

از طرفی شغل معلمی با نقش های مادری، همسری و خانه داری به دلیل ساعت کاری کمتر و انعطاف پذیری ساعات کاری و کارفرما سازگارتر است. و همین امر می تواند باعث کاهش فشار نقش به ویژه در ایام بارداری و شیردهی شود.

از جمله محدودیت های شغل معلمی تعداد زیاد دانش آموزان و نیز فضای فیزیکی ناکافی و نامناسب بود. از طرفی اغلب معلمان از جایگاه شغلی خود در جامعه ناراضی بوده و گاهی به دلایل اقتصادی معلمان جزء قشر ضعیف جامعه به حساب می آیند.

به طور کلی براساس یافته های این پژوهش می توان گفت اگر چه شغل معلمی در مواردی باعث کاهش سلامت جسمانی می شود، اما در مجموع باعث افزایش سلامت زنان شاغل معلم می شود. و همین امر باعث بهبود عملکرد معلمان در وظایف شغلی مرتبط با دانش آموزان می شود.

پیشنهادات و راه کارها

تغییرات جهانی و به دنبال آن تغییرات در زندگی فردی و خانوادگی، زنان را با مسائل و نقش های جدیدی مواجه کرده است. هم اکنون قشر وسیعی از زنان جامعه تحصیل کرده و خواستار اشتغال تمام وقت و نیمه وقت می باشند. از طرفی خانواده مثل گذشته از انسجام کافی برخوردار نیست و خانواده ها از شکل گسترده به هسته ای تغییر یافته اند. مردان به دلیل مشغله کار، مسکن و... وقت کمتری را با خانواده خود می گذرانند. اشتغال زنان در بیرون از خانه و تغییر ساختار خانواده و به دنبال آن کاهش ارتباطات و حمایت از جمله عواملی است که بر روی سلامتی زنان تاثیر گذار است.

زندگی مدرن و کاهش ارتباطات و حمایت‌های خانوادگی نیز زنان را مستعد انواع بیماری‌های روانی و افزایش استرس می‌نماید و در نتیجه کاهش سلامتی می‌کند. مطالعه حاضر بر اساس یافته‌های به دست آمده مجموعه راهکارهایی در زمینه‌های مختلف جهت ارتقا سلامت در زنان شاغل ارائه می‌دهد:

- مشارکت دولت و مردم به منظور فراهم کردن فضای فیزیکی مناسب برای حضور دانش آموزان در مدرسه و افزایش کلاس‌های درس و امکانات آموزشی
- کاهش تعداد دانش آموزان در هر کلاس و استفاده از معلم یار در کنار معلم به منظور کاهش حجم کاری معلم و ارتقا کیفیت آموزشی
- برگزاری کلاس‌های ضمن خدمت برای معلمان به منظور ارتقا و بهبود سبک زندگی و افزایش سلامتی آنان
- فراهم نمودن امکانات لازم برای معلمان برای افزایش تحرک، تفریحات و ارتقاء کیفیت زندگی
- فرهنگ سازی به منظور احساس ارزشمندی و ارتقاء جایگاه شغلی معلمان در جامعه

منابع

- ۱- احمدی، بتول. فرزندی، فرانک، دژمان، معصومه (۱۳۹۲) چارچوب نظری سلامت زنان ایران: مدل فرمهر، مجله حکیم، دوره شانزدهم، شماره ۴: ۳۵۰-۳۳۸.
- ۲- احمدی، بتول. فرزندی، فرانک، علی محمدیان، معصومه. (۱۳۹۰) چالش‌های سیاستگذاری و اجرایی سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن، فصلنامه پایش، سال یازدهم، شماره اول: ۱۳۷-۱۲۷.
- ۳- افشانی، سید علی. شیرمحمد، حسین. (۱۳۹۴) مطالعه ارتباط بین رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان یزد. مجله طلوع بهداشت، سال دوم، شماره ۱۵: ۴۳-۳۴.
- ۴- پرویزی، سرور. قاسم زاده، فرزانه. سید فاطمی، نعیمه. ناصری، فروغ. (۱۳۸۸) عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی. مجله پژوهش پرستاری، دوره ۲ شماره ۱۵: ۱۵-۶.
- ۵- پرویزی، سرور. سیدفاطمی، نعیمه. کیانی، کیاندرخت. (۱۳۸۸) تبیین تئوریک سلامت از دیدگاه زنان، فصلنامه خانواده پژوهی، سال چهارم، شماره ۱۵: ۳۰۴-۲۹۵.
- ۶- حدادی، مهدی. کلدی، علیرضا. سجادی، حمیرا. (۱۳۹۰) ارتباط رده شغلی و سلامت روان در زنان شاغل، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، شماره ۴۰: ۱۲۷-۱۰۷.
- ۷- حسینی، سید احمد. تقی پور، ملیحه. (۱۳۸۹) بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواد، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال سوم، شماره هفتم: ۱۵۰-۱۲۹.

- ۸- رضایی، نسرين. سیدفاطمی، نعیمه. سالار، علیرضا. قلیجایی، فرشته. (۱۳۹۵) تبیین درک زنان میانسال از رفتارهای جستجوگر سلامت: مطالعه کیفی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره بیست و ششم، شماره ۱۴: ۱۸۶-۱۷۵.
- ۹- رفعت جاهد، مریم (۱۳۸۷) تاثیر جایگاه شغلی بر سبک زندگی زنان. مجله مطالعات فرهنگی، شماره ۴، شماره ۱۱: ۱۶۰-۱۳۹.
- ۱۰- رودینی، بالقیس (۱۳۸۵) بررسی سودمندی معنا درمانی گروهی در بهبود سلامت روان مردان دچار ویروس کاهش ایمنی انسان بیماری اکتسابی کاهش ایمنی انسان، پایاننامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). (تهران دانشگاه خاتم
- ۱۱- روستا، فاطمه. یاراحمدی، علی. (۱۳۹۵) خودکارآمدی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و چهارم، شماره دوم: ۱۰۰-۹۰.
- ۱۲- زارع، اکبر. خالویی، زهرا. (۱۳۹۴) مقایسه سبک زندگی سلامت محور در بین گروه های مختلف زنان شهر یزد. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه، سال ششم، شماره ۴: ۱۷-۱.
- ۱۳- زارعی، نوشین. یاراحمدی، علی. معتضدیان، نسرين (۱۳۹۴) مصرف رسانه های فراملی و سلامت تغذیه زنان: یک مطالعه بین نسلی. مجله مدیریت اطلاعات سلامت، دوره ی دوازدهم، شماره سوم: ۲۳۹-۲۲۹.
- ۱۴- شریفی، خدیجه. انوشه، منیره. فروغان، مهشید. کاظم نژاد، انوشیروان. (۱۳۹۳) تجارب زنان میانسال از ارتقاء سلامت روان: یک مطالعه تحلیل محتوا. دوماهنامه علمی- پژوهشی فیض، دوره هجدهم، شماره ۱: ۴۵-۳۸.
- ۱۵- صادقی، معصومه. عقدک، پژمان. حیدری، رامین و دیگران (۱۳۹۰) مقایسه عوامل خطر قلبی عروقی و شیوه زندگی سالم زنان خانه دار و شاغل در مناطق مرکزی ایران، فصلنامه یافته، دوره سیزدهم؛ شماره ۱۴.
- ۱۶- صلحی، مهناز. کاظمی، سمیه. یزدانی، جمشید. (۱۳۹۳) تاثیر مداخله آموزشی براساس تئوری خودکارآمدی بر وضعیت سلامت عمومی زنان شهرستان چالوس، مجله بهداشت و توسعه، سال سوم، شماره ۲: ۱۶۲-۱۵۰.
- ۱۷- فرزندی، فرانک. احمدی، بتول، صدیقی، ژیلا. (۱۳۹۶) دین و معنویت در مدل سلامت زنان ایران: مدل فرمهر، نشریه پایش، سال شانزدهم، شماره ۵: ۵۹۴-۵۸۷.
- ۱۸- فیروزبخت، مژگان. ریاحی، محمد اسماعیل، تیرگر، آرام. (۱۳۹۵) بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی. مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت. دوره ۴، شماره ۳: ۱۹۰-۲۰۰.
- ۱۹- قائدی، حسن. نوبخت، رضا. دانشجو، احمدرضا. (۱۳۸۸) اثر حمایت اجتماعی بر فعالیت ورزشی زنان. مجله زنان و بهداشت، سال اول، شماره ۲: ۱۹-۱.

- ۲۰-قنبری، زهرا. گودرزی، محمود. (۱۳۸۷) اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر ارتقا سلامت عمومی زنان آسیب دیده از زلزله، مجله علمی پژوهشی تحقیقات زنان، سال دوم، شماره چهارم: ۶۶-۵۷.
- ۲۱- کرمان ساروی، فتحیه. منتظری، علی. بیات، معصومه. (۱۳۹۰) مقایسه کیفیت زندگی وابسته به سلامت زنان شاغل و خانه دار، فصلنامه پایش، سال یازدهم، شماره اول: ۱۱۶-۱۱۱.
- ۲۲- گلبن، شهناز. قبانزاده، مریم. ارسطو، میثم. (۱۳۸۶) ارتقای سلامت زنان در سنین یائسگی از طریق آموزش اصول مراقبت از خود، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۸۲، شماره ۳: ۶۷-۷۵.
- ۲۳- محمدپور، احمد. (۱۳۸۹). ضدروش: روش شناسی کیفی، تهران: نشر جامعه شناسان، تهران، ج ۱.
- ۲۴- محمد پور یزدی، احمد رضا (۱۳۸۵) فرادیدی بر روان شناسی و روان درمانی وجودی. تهران: دانژه.
- ۲۵- مستی، الهام. فخرایی، سیروس (۱۳۹۳) بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان (مورد مطالعه زنان شهر مراغه)، نشریه مطالعات جامعه شناسی، سال ششم، شماره بیست و چهارم: ۱۱۷-۱۳۳.
- ۲۶- منفی، سمیرا. کامرانپور، سعیده. (۱۳۹۵) نقش سلامت بر عرضه نیروی کار زنان مطالعه موردی: کشورهای گروه D8، فصلنامه سیاست های راهبردی و کلان، سال چهارم، شماره پانزدهم: ۱۲۴-۱۰۹.
- ۲۷- میلانی فر، بهروز (۱۳۸۲) بهداشت روانی، تهران: ققنوس
- ۲۸- نوابی نژاد، شکوه (۱۳۸۴) مجموعه مقالات انستیتو روانپزشکی ایران مشاوره با رویکرد معنویت، تهران.
- ۲۹- ودادهیر، ابوعلی. ساداتی، سیدمحمدحانی. احمدی، بتول. (۱۳۸۷) سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران، پژوهش زنان، دوره ۶؛ شماره ۲: ۱۵۵-۱۳۳.
- ۳۰- ولیزاده، سوسن. آقا محمدی، معصومه. محمدی، عیسی. (۱۳۹۱) ابعاد سلامت در تجربیات زنان دیابتی ایرانی: یک مطالعه پدیدارشناسی، دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره سوم: ۴۵۶-۴۴۹.
- ۳۱- یاراحمدی، علی. روستا، فاطمه. (۱۳۹۲) سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت زنان در سنین باروری، نشریه زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۱، شماره ۴: ۵۵۸-۵۳.

32- 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.

- 33- Bandura A. Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness, In Locke EA (Ed). Handbook of principles of organization behavior. 2 ed. New York: Wiley; 2009.
- 34- Behrouzian F, Neamatpour S. Stressors Coping Strategies and their Relation with General Health of First Year Students of Ahwaz University of Medical Sciences in 1384. Sci Med J Ahwaz Univ Med Sci 2009; 6(54): 345-53. [in Persian]
- 35- Day J M Religion, Spirituality and Positive Psychology in adulthood : A Developmental development. 2010, 17 (4) : 29- 215.
- 36- Fritzella 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.
- 37- Streubert , H.(2013) "Qualitative Research in Nursing". Translated by Khachian, A. Tehran : salemi press.