

دانشنامه علوم اجتماعی

دوره ۱، شماره ۱، بهار ۱۳۸۸

مطالعه جامعه‌شناختی مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجوی

خدیجه سفیری^۱،* سارا ایمانیان^۲

(تاریخ دریافت ۸۷/۱۰/۴، تاریخ پذیرش ۸۸/۲/۵)

چکیده

در این پژوهش، مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجوی بررسی شده‌اند. نمونه تحقیق، ۱۱۰ دانشجوی دختر (۶۲ نفر از دانشگاه تک جنسیتی الزهرا و ۴۸ نفر از دانشگاه دوجنسیتی تهران) بودند که با روش کیفی و تکنیک‌های مصاحبه گفتگویی و مصاحبه گروه متمرکز به جمع‌آوری داده از آنان پرداختیم. تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد نظریه بنیانی صورت گرفت. در مورد اینکه سلامتی، از مهمترین امور زندگی و مشتمل بر سلامت جسمی و روحی است، اتفاق نظر وجود داشت در حالی که دو مفهوم کلی برای بیماری در نظر داشتند: کاهنده کیفیت زندگی و مجازات الهی. در مورد رفتارهای مرتبط با سلامتی (که در دانشجویان دختر دانشگاه تک جنسیتی با دانشگاه دو جنسیتی مشابه بود) راهبردی مشاهده شد که در پی آن، دختران هشدارهای بیماری را انکار کرده، دردها

* kh.safiri@alzahra.ac.ir

۱. دانشیار دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهرا.

۲. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه الزهرا.

را موقتاً تسکین داده به جستجوی سلامت روانی از راه کسب زیبایی ظاهری می‌پردازند که منجر به غلبه بیشتر فرهنگ مردانه، زندگی به سبک ناسالم و تهدید سلامت اجتماعی می‌شود. آنها این راهبرد را تحت تأثیر پنداشت از خود پایین و جامعه‌پذیری، وابستگی متقابل به خانواده و زندگی ماشینی کسب کرده‌اند.

واژگان کلیدی: سلامتی، بیماری، رفتار مرتبط با سلامتی، دختران دانشجو

بیان مساله

سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی تردید مهمترین جنبه زندگی است. مساله‌ای که از ماقبل تاریخ تاکنون بشر بمنظور دستیابی به آن کوشش کرده است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بداند (محسنی، ۱۳۸۲: ۴۲). تعاریف ارائه شده از سلامت، عموماً در دو سطح فردی و اجتماعی قابل طرح اند و پذیرفته شده‌ترین تعریف مربوط به سازمان جهانی بهداشت است: سلامت، حالت رفاه کامل روانی، جسمی و اجتماعی است و نه تنها فقدان بیماری و یا نقص عضو (ازبورن، ۱۹۶۷).

شواهد حاکی از وضعیت نامطلوب سلامت زنان در جهان است، این در حالی که در تمام جوامع بخش عمده‌ای از مسوولیت سلامت جامعه تدارک بهداشت، آموزش بهداشت و کمک در مواقع بحرانی بر عهده زنان است. زنان از یکسو بسیاری از تیمارداری‌های روزمره خانگی در زمینه حفظ بهداشت و تندرستی را به عهده دارند، از سوی دیگر مسوولیت آموزش بهداشت به فرزندان خویش را نیز برعهده دارند. تصمیم‌گیری درباره ضرورت مراجعه به پزشک نیز عموماً با زنان است و عملاً هم خودشان باید فرزندان را نزد پزشک ببرند (آبوت، ۱۳۸۳: ۱۶۹). گزارش‌های سازمان ملل حاکی از آن است که گرچه زنان عمری طولانی‌تر از مردان دارند، وجود بیماری‌ها و ناتوانی و معلولیت‌ها در زنان بیشتر است (مونی، ۲۰۰۲: ۷۵). در بررسی وضع سلامت عمومی زنان پرستار شهر اصفهان نتایج نشان داد که ۵۵/۳٪ آنان از نظر سلامت

عمومی مشکوک و تنها ۴۴/۷٪ سالم بوده اند (مهرابی، ۱۳۸۵: ۲۴). این در حالی است که سلامت پرستاران در ارائه مراقبت پزشکی به بیماران نقش مهمی دارد. همچنین در مطالعه وضع سلامت عمومی زنان کارگر قزوین که در آن ۱۲۰ نفر بین ۲۰-۶۴ سال با میانگین سنی ۳۴/۷ شرکت داشتند، ۳۵٪ به نوعی دچار اختلال وضعیت سلامت عمومی بودند (شاهرخی، ۱۳۸۲: ۱۵). پیل و استات به استناد بررسی‌های خود از ۲۰۴ زن اظهار می‌کنند که زنان چندان توقع سلامتی ندارند و اصولاً عادت به فکر درباره سلامتی خودشان را ندارند در عین این که تصمیم درباره ناخوشی شوهر و فرزندان و نیاز ایشان به مراجعه به پزشک و بستری شدن نیز با زنان است (پیل، ۱۹۸۶).

بنظر می‌رسد یکی از عوامل ایجاد این وضعیت، برداشتی است که زنان از مفاهیم سلامتی و بیماری دارند: ویلیامز در تحقیق خود دریافت که نزد زنان، فرسودگی یا ضعف به معنای "بیماری" نیست و "سالم" یعنی کسی که می‌تواند کار کند (ویلیامز، ۱۹۸۳: ۱۰). تحقیقات ژوستین کورنول نشان داد که زنان همینقدر که سرپا باشند خود را "بیمار" نمی‌دانند (کورنول، ۱۹۸۴: ۱۰). در یک پژوهش بسیاری از زنان کارگر به این پرسش که "آیا سلامت و روبراهید؟" پاسخ مثبت می‌دادند. در پاسخ به سوال بعدی "چه ناخوشی‌هایی دارید؟" همان زنان انبوهی از مشکلات از جمله کم خونی، سردرد، بیوست، روماتیسم، افتادگی رحم، خرابی دندان‌ها و واریس را ردیف می‌کردند (اسپرینگ رایس، ۱۹۳۹: ۳).

یکی دیگر از علل سطح سلامتی پایین زنان، رفتارهای مرتبط با سلامتی آنان از جمله تاخیر در مراجعه به متخصص پزشکی، بهداشتی است. از تحقیقات بر می‌آید که نسبت مراجعه به پزشک، راهنمای خوبی برای آگاهی بر میزان بیماری در جامعه نیست و زنان خیلی بیشتر از مردان احتمال دارد که "بی سر و صدا درد بکشند". گزارش اسکمبرلرها (۱۹۸۴) نشان داد زنان لزومی نمی‌بینند که هر وقت کسالت دارند به پزشک مراجعه کنند. به این ترتیب زنان غالباً درد می‌کشند ولی خود را بیمار به حساب نمی‌آورند و یا زنان، بعضی "ناخوشی‌ها" را ناگزیر می‌دانند اما "تاب تحمل" آن را دارند و بدلیل عهده‌داری وظایف خانه و تیمارداری از خانواده نمی‌توانند مریض شوند (آبوت، ۱۳۸۳: ۱۴۵).

در هر حال، ارتقای بهداشت و تندرستی ملت را در گرو آموزش زنان می‌دانند و ضعف بنیه شوهر و فرزندان را به پای همسر و مادر آنان می‌نویسند، تامین کننده اصلی مراقبت‌های بدون مزد بهداشتی در خانه زنان اند. طوری که حتی اگر کسانی را که بچه‌داری می‌کنند به حساب نیاوریم، نزدیک به ۷۵٪ زنان از خویشاوندی سالمند یا معلول در خانه پرستاری می‌کنند (آبوت، ۱۳۸۳: ۱۵۸) و بیشتر کارکنان بخش بهداشت و درمان را زنان تشکیل می‌دهند. مثلاً در ۱۳۸۵ در ایران، ۸۰٪ شاغلان سیستم بهداشت و درمان کشور را پرستاران زن تشکیل داده‌اند و در بریتانیا این رقم، ۷۵٪ بوده است (مهرابی، ۱۳۸۵: ۲۶). بنابراین مطالعه نظر و عملکرد آنان به سلامتی اهمیتی ویژه می‌یابد. از آنجا که سلامت دختران نه تنها کیفیت زندگی خودشان، بلکه نسل آینده را بهبود می‌بخشد و آنان نقش مهمی در تامین سلامت خانواده و جامعه ایفا خواهند کرد، در این مقاله به بررسی مفاهیم سلامتی و بیماری و نیز رفتارهای مرتبط با سلامتی دانشجویان می‌پردازیم. بنابراین، پرسش‌های اصلی پژوهش عبارتند از:

۱) دانشجویان دختر چه برداشتی از مفهوم سلامتی دارند؟

۲) دانشجویان دختر چه برداشتی از مفهوم بیماری دارند؟

۳) رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجو کدامند؟

مفاهیم تحقیق:

سلامتی: سلامت مفهوم وسیعی دارد و تعریف آن تحت تاثیر میزان آگاهی و طرز تلقی جوامع با شرایط گوناگون جغرافیایی و فرهنگی قرار می‌گیرد، ضمن اینکه سلامتی یک روند پویا است و با گذشت زمان نیز مفهوم آن تغییر می‌کند. قدیمی‌ترین تعریفی که از سلامتی شده عبارت از بیمار نبودن است. در طب سنتی برای انسان چهار طبع مخالف دموی، بلغمی، صفاوی و سوداوی قائل بودند و اعتقاد داشتند که هرگاه این چهار طبع مخالف در حال تعادل باشند فرد سالم است و زمانی که تعادل میان طبایع چهارگانه مختل شود بیماری عارض می‌شود. موضوع سلامتی از بدو پیدایش و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است، اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده عمدتاً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد

سلامتی و به خصوص بعد روانی آن توجه شده است (معینی، ۱۳۸۶: ۲).

مفهوم سلامت به معنای امروزی آن شامل تعادل و هماهنگی تمامی امکانات جسمی، روانی و اجتماعی، زندگی همراه با شادی، کارآیی و اعتدال و مقاومت در برابر فشارها و عوامل خارجی است. با توجه به این منظر، سلامت نوین تدریجاً از طب سنتی فاصله گرفته است و بیشتر به نوع و سبک ویژه زندگی توجه دارد. به همین دلیل بیماری‌های جدیدی امروزه مطرح شده است که با سبک زندگی ارتباط دارد و برای رفع آنها باید تغییراتی در روشهای زندگی به وجود آید. از این رو مفهوم سلامت در دنیای امروز متحول شده و بیشتر معنای پیشگیری پیدا کرده است (همتی مقدم، ۱۳۸۶: ۴۵). سازمان بهداشت جهانی ضمن توجه دادن مسئولان کشورها به لزوم تامین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه، همواره بر این نکته تأکید دارد که هیچ یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد (مروتی، ۱۳۸۶: ۷۲). توجه به مسأله‌ی سلامت به عنوان یک حق انسانی می‌تواند متضمن دیگر حقوق انسانی زنان نیز باشد (زواره، ۱۳۸۶: ۵۹) و حالت سلامت از صفات متنوعی شکل می‌گیرد که عبارتند از: آمادگی برای کار، تغذیه خوب، احساس شادابی و فقدان هرگونه غم و رنج (محسنی، ۱۳۸۲: ۴۱). پس سلامتی مسأله‌ای چند بعدی شامل: جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. از این رو، اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد. (همتی مقدم، ۱۳۸۶: ۵). از جمله عوامل مؤثر بر سلامتی می‌توان به عوامل ژنتیکی و فردی، عوامل محیطی، شیوه زندگی و خدمات بهداشتی اشاره کرد (بیگل هول و همکاران، ۱۳۷۱: ۶۷).

بیماری: در هر تعریفی از سلامتی، مفهوم بیماری نقش مهمی بازی می‌کند. در حقیقت بیماری نقطه مقابل سلامتی است و با توجه به تعریف سلامتی، بیماری هر گونه انحراف از سلامت کامل جسمی یا روانی است که می‌تواند به صورت آشکار یا پنهان باشد.

در تعریف بیماری مشکلاتی وجود دارد: بیماری که غالباً تندرستی را مقابل آن قرار می‌دهند، براساس شناخت اجتماعی از حالات عادی یا غیرعادی تعریف می‌شود و مسأله این

است که اینها نسبی هستند و فراهم آوردن الگوهای استاندارد در این زمینه با مشکل مواجه می‌شود (محسنی، ۱۳۸۲: ۴۲). در حالی که تعریف سلامتی متضمن قضاوت‌هایی هم از جانب پزشک و هم از جانب بیمار است که آشکارا دربردارنده ملاک‌هایی اجتماعی از قبیل معنی تندرستی و سلامتی است، شناخت ماهیت و ویژگی‌های بیماری را اغلب مختص حرفه پزشکی می‌داند. خود را بیمار دانستن یا نیازمند به مشورت پزشکی دانستن فرآیندی پیچیده‌تر از آن است که انگاره سنتی بیماری بتواند بیانگر آن باشد. این رویکرد، بیماری را ضایعه‌ای درون بدن انسان می‌داند که دو گونه شاخص پدید می‌آورد: نشانه‌ها^۱ و علائم^۲. نشانه‌ها حالت‌هایی هستند که بیمار به آنها دچار می‌شود و علائم، نشانگرهایی هستند که پزشک تشخیص می‌دهد. یکی از شیوه‌های موجود برای تعریف بیماری، عبارتست از شکستن بیماری^۳ به اجزای تشکیل دهنده: نا-خوشی^۴. این تعریف، بیماری را به بیمار وابسته می‌کند (آرمسترانگ، ۱۳۷۲: ۱۳۳).

رفتارهای مرتبط با سلامتی: رفتارهای مرتبط با سلامتی مشتمل اند بر: رفتارهای بهداشتی، بیماری و نقش بیمار. رفتار بهداشتی، به اقدامی گفته می‌شود که فرد سالم به منظور اجتناب از بیماری یا تشخیص آن در مرحله بدون نشانه انجام می‌دهد. این اقدامات ممکن است شامل ورزش کردن، خوردن غذاهای سالم، به انجام رساندن معاینات دوره‌ای دندان و واکسیناسیون باشد. در رفتار بیماری، فرد مریض احوال برای تعیین وضعیت سلامت و یافتن درمان مناسب تلاش می‌کند. این اقدام‌ها عموماً شامل شکایت از علایم بیماری و درخواست کمک از اطرافیان و پزشک می‌شود. رفتار بیمار، اعمالی هستند که فرد بیمار به منظور بهبود انجام می‌دهد. این اقدام‌ها معمولاً شامل رشته‌ای رفتارهای وابسته به هم می‌شود مانند تحت درمان متخصص قرار گرفتن، دارو دریافت کردن و مصرف آن طبق دستور پزشک (سارافینو، ۱۳۸۴: ۲۷۹).

1. signs
2. symptoms
3. disease
4. dis-ease

انواع رویکردها به سلامتی

بطور کلی دو رویکرد به سلامتی وجود دارد که هریک، پارادایم ویژه خود را خلق کرده اند. با پیشرفت علم در قرون اخیر، اهمیت بهداشت و سلامتی برای حفظ جمعیت کشورها مشخص شد و در راستای ترویج آن، آموزش رکنی مهم قلمداد شد. آموزش بهداشت که از اوایل قرن بیستم رواج یافت، مشخصاً به منظور آموزش مادران در زمینه نگهداری از نوزادان و کودکان خردسال پدید آمد و بیشتر خطاب به زنان بود که قائلان باید مراقبت از دیگر خویشاوندان را در خانوار به عهده می‌گرفتند. بنابراین، زنان اغلب در مورد حفظ سلامتی خود و اهمیت آن آموزشی نمی‌دیدند.

در این پارادایم، کمتر از زنان خواسته می‌شد مفاهیم سلامتی و بیماری را درست درک کرده و مرز بین آنها را بطریقی صحیح از هم باز شناسند، به نشانه‌های عدم سلامت کامل خود حساس بوده و بموقع از خدمات مشاوره پزشکی بهداشتی کمک بگیرند. این پارادایم بر این پندارها استوار بود که: زنان باید از اعضای خانواده خود به هنگام ناخوشی مراقبت کنند، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی زنان در قلمرو خانگی بدیهی و طبیعی است و مادران باید به نیازهای فرزندانشان اولویت دهند و رسیدگی به آنان و نیازهایشان را بر احتیاجات خود مقدم شمارند یعنی در صورت لزوم خود را بخاطر فرزندانشان فدا کنند (آبوت، ۱۳۸۳: ۱۵۲). اما تا زمانی که زنان به اهمیت سلامتی خود واقف نباشند و بدلیل وظایف متعدد و مختلف به نشانه‌های عدم سلامت خود توجه نکنند یا بدلیل کمبود منابع سلامتی دیگر اعضای خانواده را بر خود ترجیح دهند، نمی‌توانند فرهنگ سلامتی را در خانواده مستقر کنند و همچنین بدلیل تاخیر در اقدام به مشاوره پزشکی صدمات بیشتری به سلامتی خود و ارکان خانواده و اقتصاد کشور وارد می‌سازند. بنابر این در جهت آموزش و ارتقای فرهنگ سلامتی خود در جامعه باید ابتدا زنان آن جامعه مفاهیم سلامتی و بیماری و اقدامات لازم برای حفظ سلامت خویش و مبارزه با بیماری را بشناسند و به جایگاه مهم سلامت خود واقف باشند.

رویکردی که بر ارتقای سلامتی، مسوولیت فردی در سلامتی و مراقبت بدنی در زنان تاکید دارد، از جنبش سلامتی زنان در اواخر دهه ی ۱۹۶۰ و اوایل دهه ی ۱۹۷۰ نشأت گرفت و

شیوه‌ای در شناخت بدن را ابداع کرد که بر پایه‌ی ویژگی‌های زنانه خودآگاهی و آگاهی نسبت به بدن بنا شده بود (مور، ۲۰۰۸: ۲۷۰). نتلتون (۲۰۰۶) از این مجموعه ایده‌های روبه تکوین مربوط به سلامتی به عنوان "پارادایم جدید" یاد می‌کند. در دل این پارادایم ایده‌ای نهفته است که پیشگیری از ناخوشی به جای درمان بیماری باید هدف محوری مشی سلامت باشد. بنابر آنچه که در بسیاری از کشورهای پیشرفته اقتصادی فرض می‌شود، شهروند سالم کسی است که به خود توجه می‌کند، در پی چاره‌ای برای ناخوشی احتمالی است و از خطراتی که سلامتی‌اش را تهدید می‌کند، آگاهی می‌یابد (مور، ۲۰۰۸: ۲۷۲). الگوی ارتقای سلامت در سال ۱۹۸۲ توسط پروفیسور پندر^۱ از دانشگاه میشیگان ارائه شد. وی سلامتی را نه به عنوان نبود بیماری، بلکه به عنوان خودشکوفایی در جهت سالمتر بودن تعریف می‌نماید. از نظر وی رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت به عنوان فعالیت‌هایی که بر پایه‌ی سبک زندگی افراد است، عملیاتی می‌شود. اعمالی نظیر ورزش، تغذیه‌ی مطلوب، مدیریت استرس، تکامل و پایداری سیستم‌های حمایتی اجتماعی، نمونه‌ی بارزی از رفتارهای ارتقا دهنده‌ی سلامتی هستند. این رفتارها در جهت خودشکوفایی و کمال از طریق خودآگاهی، رضایتمندی از خود، لذت بردن و تفریح و تفنن و نشاط است (مروتی، ۱۳۸۶: ۴۳).

پارادایم جدید سلامتی در کشور ما سابقه طولانی ندارد. جدی‌ترین اسناد در مورد پیشگیری در دوره پیش از انقلاب اسلامی در برنامه ششم توسعه برای سال‌های ۵۶ تا ۶۱ مطرح بود که توجهی به آن نشد و در سال‌های بعد از انقلاب در برنامه اول و دوم بحث پیشگیری مطرح شد. با سیر تحول در مفاهیم سلامت عمومی، پیشگیری‌های اولیه، ثانویه و ثالثیه مطرح گردید که در دوران سلامت نوین، پیشگیری با ارتقاء سلامت هم به آن اضافه شد. (مهرابی، ۱۳۸۵)

انواع سطوح پیشگیری در نظام سلامت عبارتند از:

- ۱- پیشگیری‌های ثالثیه یا برنامه‌های سطح سوم (درمان و توانبخشی)
- ۲- پیشگیری‌های ثانویه یا برنامه‌های سطح دوم (غربالگری)

مطالعه جامعه‌شناختی مفاهیم سلامتی و ... خدیجه سفیری و همکار

۳- پیشگیری‌های اولیه یا برنامه‌های سطح اول (پیشگیری ابتدایی و اولیه) (بیگل هول و همکاران، ۱۳۷۱: ۵۲)

در این مقاله رویکرد به سلامتی با هدف ارتقاء سلامت است.

روش تحقیق

در این مطالعه از روش تحقیق کیفی استفاده شد. تحقیق کیفی در جهت رسیدن به درکی از تجربیات زندگی و توصیف و معنی بخشی به آن، درصدد است تا از طریق ورود به دنیای افراد و آگاهی از فرآیندهای اجتماعی دخیل در مساله به شناختی از ابعاد گوناگون و پیچیده انسانی دست یافته و با آگاهی از انگیزه‌ها، عواطف، احساسات، تجربیات و ارزش‌های آنان به ارائه اطلاعات عمیقی در این زمینه منجر شود (رازقی، ۱۳۸۴). در مطالعه کیفی نیز بدلیل کیفیت بالا و ساختار نظام‌مند نظریه بنیانی، این شیوه را برگزیدیم. در نظریه بنیانی، منطق روش‌شناسی عمیقی نهفته است که آن را از محدوده یک روش‌شناسی سطحی، واقع‌گرایانه و همراه با تقلیل اجمالی، فراتر می‌برد و در نهایت نظریه بنیانی یکی از بهترین روش‌هایی است که همراه با یک دید تحلیلی عمیق، امکان خودآگاهی، خودانتقادی و حساسیت نظری محقق (یعنی استعداد دیدن آن چه که در جلوی اوست) را فراهم می‌کند.

نظریه بنیانی یک روش علمی است و رویه‌های آن به گونه‌ای طراحی شده است که اگر به‌دقت تعقیب شوند، دارای اعتبار، سازگاری، مشاهده نظریه، قدرت تعمیم‌دهندگی، قابلیت بازآفرینی، دقت، قاطعیت و اثبات‌پذیری خواهد بود و در نهایت نیز به ساخته و پرداخته شدن نظریه‌ای خواهد انجامید، که به طور حتم در زمینه پدیده مورد مطالعه عملی و صادق بوده و از معیارهایی چون انطباق، قابلیت فهم، عمومیت و کنترل برخوردار خواهد بود (استراوس و کوربین، ۱۳۸۵: ۵۱).

در ساخت این نظریه دو مرحله کلی (نه به معنای دقیق متوالی بودن) "گردآوری داده‌ها" (شامل طراحی تحقیق و تعیین نمونه تحقیق) و "تحلیل داده‌ها" (شامل مرتب کردن و کدگذاری اطلاعات) را می‌توان تشخیص داد.

گردآوری داده‌ها: این مرحله، مشتمل بر تدوین طرح و نمونه تحقیق است. در تدوین طرح تحقیق، نخستین گام تعریف پرسش‌های اساسی تحقیق است. پرسش‌ها را باید حتی المقدور محدود تعریف کرد، تا تحقیق بر موضوع خود متمرکز شود. اما نه آن چنان محدود که امکان کشف یافته‌های غیر منتظره و انعطاف‌پذیر از میان برود. گام بعدی، انتخاب نخستین نمونه است. در این روش نمی‌توان پیش از ورود به میدان تحقیق برای نمونه‌گیری برنامه‌ریزی نمود و نمونه‌ها را باید مطابق با اصل نمونه‌گیری نظری، انتخاب کرد. نظریه بنیانی برای پژوهش در مقیاس‌های کوچک خوب است، پژوهشگر بهتر است که با یک گروه کوچک شروع به کار کرده و با آنان به عناصر اصلی اطلاعات و یا پدیده برسد و سپس می‌تواند با سایر گروه‌ها ادامه دهد (ذکایی، ۱۳۸۱).

چون در این روش انتخاب نمونه با هدف رسیدن به گزاره‌ها و روابطی صورت می‌گیرد که مستند به داده‌های تجربی باشد، مادام که نمونه‌های اضافی اطلاعات مفید و مرتبطی را در خصوص مساله مورد مطالعه در اختیار محقق قرار می‌دهند، فرآیند نمونه‌گیری ادامه می‌یابد و معیار قضاوت در این زمینه که چه وقت نمونه‌گیری نظری به پایان می‌رسد "اشباع نظری" مقوله یا نظریه به دست آمده است. در این حالت، داده‌های (نمونه‌های) اضافی، دیگر کمکی به تکمیل و مشخص کردن یک مقوله نظری نمی‌کنند و نمونه‌ها از آن پس، مشابه به نظر می‌رسند. به طور کلی روال بر این است که حتی المقدور مقولات محوری تحقیق که بیش‌ترین قدرت تبیینی را دارند، اشباع شوند (استراوس و کوربین، ۱۹۹۰: ۹۰ به نقل از ایمانی، ۱۳۸۴). پس از انتخاب نمونه اول، براساس تحلیلی که از آن نمونه به عمل می‌آید و طبعا نظریه‌ای که به تدریج ظاهر می‌شود، نمونه‌های بعدی انتخاب می‌شوند. (رازقی، ۱۳۸۴).

در این مطالعه، برای تدوین طرح تحقیق ابتدا با یک گروه ۱۰ نفره از دختران دانشجو در دانشگاه الزهرا - که در ابتدا قرار بود تمام مشارکت‌گران ما از آن مرکز باشند - چند جلسه مصاحبه گفتگویی داشتیم که در طی این جلسات، سوالات اصلی مصاحبه مشخص گردید. با توجه به پاسخ‌های دانشجویان بر آن شدیم تا پرسش‌های تحقیق را با دانشجویان دختر از دانشگاهی دو جنسیتی نیز در میان بگذاریم. برای اینکار، دانشگاه تهران را برگزیدیم و در

گروه‌های ۵-۸ نفره مصاحبه گروه متمرکز انجام دادیم که در آغاز جلسه بارش افکار^۱ در مورد مفاهیم: سلامتی، بیماری، بدن، درد و روان اجرا می‌شد و سپس از طریق پرسش‌های اصلی تحقیق می‌کوشیدیم به آگاهی دانشجویان نسبت به سلامتی و عوامل مؤثر بر آن، شیوه‌های ارتقاء سلامتی و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد آنان دست یابیم. تا زمان رسیدن به اشباع نظری با ۱۱۰ دختر دانشجو (۶۲ نفر از دانشگاه الزهرا و ۴۸ نفر از دانشگاه تهران) مصاحبه انجام شد که ویژگی‌های آنان در جدول زیر می‌آید:

جدول ۱ تعداد مشارکت‌گران به تفکیک دانشگاه، مقطع تحصیلی و گروه سنی دانشجویان

	دانشگاه			مقطع تحصیلی دانشجویان			گروه سنی دانشجویان		
	الزهرا	تهران	کل	کارشناسی	ارشد	کل	۲۴ تا ۲۸	۳۱ تا ۳۵	کل
تعداد	۶۲	۴۸	۱۱۰	۸۲	۲۸	۱۱۰	۹۲	۱۸	۱۱۰
درصد	۵۶	۴۴	۱۰۰	۷۵	۲۵	۱۰۰	۸۲	۱۶	۱۰۰

تحلیل داده‌ها

در نظریه بنیانی واحدهای اصلی تحلیل عبارتند از: مفاهیم، مقوله‌ها و قضایا. در آخرین مرحله تحلیل، رسیدن به نظریه، نتیجه مفهوم‌سازی از داده‌ها است. در این روش نمی‌توان با استفاده از رویدادها یا فعالیت‌های واقعی، یعنی براساس داده‌های خام، نظریه‌سازی کرد. بلکه رویدادها، وقایع و اتفاقات به عنوان معرف‌های بالقوه پدیده‌ای در نظر گرفته شده و در مرحله بعد، برچسب مفهومی می‌خورند. در مقایسه با مفاهیم، مقوله‌ها از سطح بالاتری برخوردارند و انتزاعی‌تر هستند. شناختن مقولات نیز، از طریق همان فرآیند تحلیلی مقایسه در نشان دادن تشابهات و تفاوت‌ها صورت می‌گیرد. مقولات در حقیقت حاصل گروه‌بندی مفاهیم و سنگ بنای نظریه‌سازی بوده و وسایلی را فراهم می‌سازد که می‌توان به کمک آن نظریه را ادغام کرد. قضایا نشان‌گر روابط تعمیم یافته بین یک مقوله و مفاهیم آن یا رابط بین مقولات ناپیوسته هستند. قضایا در برگرفته روابط مفهومی اند و تفاوت آنها با فرضیات این است که فرضیه‌ها

مستلزم اندازه گیری اند. ایجاد مفاهیم از طریق فرایند «کدگذاری» ممکن می شود. در این فرایند داده ها تجزیه یا شکسته شده، مفهوم سازی می شوند و به شیوه های جدید در کنار یکدیگر قرار می گیرند. استراوس و کوربین، با تاکید بر تصنعی بودن حد فاصل میان انواع کدگذاری ها و عدم توالی خاصی در میان آن ها در تجزیه و تحلیل داده ها از سه نوع کدگذاری نام می برند: کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی (استراوس و کوربین، ۱۹۹۰: ۹۳ به نقل از ایمانی، ۱۳۸۴). کدگذاری باز در حقیقت روند خرد کردن، مقایسه کردن، مفهوم پردازی کردن و مقوله بندی کردن داده ها است. بخشی از روند تجزیه و تحلیل که از راه بررسی دقیق داده ها، به نامگذاری مفاهیم و پدیده ها می پردازد.

مفاهیم حاصله

سلامتی: بهترین نعمت/ تعادل/ سازش با محیط/ شادی/ خوشبختی/ نداشتن درد/ عدم بیماری/ زندگی با کیفیت مطلوب/ مهمترین امر/ کارکرد طبیعی بدن/ آرامش/ بهبودی

بیماری: امتحان الهی/ مجازات اعمال زشت/ درد/ محدودیت/ اختلال کارکرد جسم و روح/ خستگی و کسالت/ بدترین امر/ زندگی بدون کیفیت

درد: عذاب گناه/ اختلال در تعادل بدن/ رنج/ بدی/ هشدار بیماری/ امر ناخوشایند

بدن: جسم/ زندگی/ مراقبت/ سلامت/ نعمت/ قفس روح

روان: اندیشه/ روح/ پاکی/ ذهنیت/ وابسته به سلامت جسم

اقدامات برای سالم ماندن: تغذیه مناسب/ پیشگیری از بیماری/ ورزش/ رعایت بهداشت/ شادی/ چک آپ/ مطالعه مطالب بهداشتی/ استراحت/ دوری از مخاطرات/ عبادت و آرامش

اقدامات برای رفع بیماری: دعا/ مراجعه به پزشک/ خوددرمانی/ بهبود تغذیه/ ترک عادات غلط/ سازگاری با محیط

دلایل عدم توجه دختران دانشجو به سلامت خود: مشغله درسی/ مشکلات مالی/ بی عملی/ ترس از مسخره شدن توسط دیگران/ نوع تربیت خانوادگی/ ندانستن قدر خود/ مشکلات روحی

دلایل توجه بیشتر به ظاهر زیبا نسبت به سلامتی: بدن ابزار نمایش و مد/ ظاهربینی/ نداشتن

مطالعه جامعه‌شناختی مفاهیم سلامتی و ... خدیجه سفیری و همکار

اعتماد بنفس / خواست جامعه / فرهنگ مردانه / برای رسیدن به هدف / تبلیغات / برای ورود به گروه‌های دوستی / رسیدن به پوچی / تغییر ارزش‌های جامعه

پس از عنوان‌گذاری مفاهیم حاصله، گروه بندی مفاهیم در سطح بالاتر و تجریدی‌تری برای دستیابی به مقوله‌ها آغاز می‌شود. فرایندی که «مقوله‌بندی» نام دارد. مقوله‌بندی براساس دو رویه تحلیلی مقایسه کردن و پرسیدن انجام می‌شود. در جریان این کار می‌توان هر مفهوم را با مفاهیم قبل یا بعد خود یا با کل مشاهده و مفاهیم موجود در آن مقایسه کرد. مقوله‌ها بطور منظم با یکدیگر مقایسه شده تا محقق به مقولات مرکب و جامع دست یابد (استراوس و کوربین، ۱۳۸۵: ۱۰۱).

مقوله‌های حاصل از کدگذاری باز

جدول ۲ مقوله‌های حاصله

پنداشت از خود	درک تهدید بیماری	بدن
رویکرد بیومدیکال	وابستگی متقابل	سلامت جسمی
تبلیغات	نقش دختر مدرن	فرهنگ مردانه
ارتقاء سلامت	رویکرد کل‌نگر	مشغله درسی
بیماری	صرف منابع	جامعه‌پذیری
دیگران مهم	اعمال زیباساز	تحمل درد
ظاهربینی	تنبیه جامعه	انکار هشدار بیماری
زندگی ماشینی	سلامت روانی	پیشگیری
تشویق جامعه	ارزشمند شمردن سلامتی	آموزش
خوددرمانی	تسکین موقت درد	سلامت اجتماعی

در مرحله کدگذاری محوری، قضایا که سومین عنصر نظریه بنیانی هستند، شکل می‌گیرند. آنها روابط تعمیم یافته میان یک مقوله و مفاهیم‌اش و میان مقوله‌های جداگانه را نشان می‌دهند. پس کدگذاری محوری به فرایندی اشاره دارد که مقوله‌های اصلی و مقوله‌های فرعی آنها بسط می‌یابند. در این مرحله محقق باید میان یک مقوله و مقوله‌های فرعی‌اش پیوند برقرار کند. این

کار با به کار بردن یک «مدل پارادایمی» شامل «شرایط علی»، «پدیده» «زمینه»، «شرایط مداخله‌گر»، «راهبردهای عمل/تعامل» و «پیامدها» انجام می‌شود. از نظر کوربن و استراوس کاربرد این مدل محقق را قادر خواهد ساخت تا درباره داده‌ها بطور منظم بیان‌دیشد و آنها را به شیوه‌های پیچیده مرتبط کند. آنها هشدار می‌دهند که اگر از این مدل استفاده نشود، تحلیل نظریه بنیانی فاقد ژرفا و دقت خواهد بود (استراوس و کوربین، ۱۹۹۰ به نقل از ایمانی، ۱۳۸۴). شرایط علی به حوادث، رویدادها و اتفاقاتی اشاره دارد که منجر به وقوع یا توسعه یک پدیده می‌شود. پدیده به معنای ایده، حادثه، رویداد و واقعه اصلی است که مجموعه‌ای از کنشها یا واکنشها برای اداره کردن آن هدایت می‌شوند یا مجموعه‌ای از کنشها به آن مربوط است. زمینه مجموعه خاص ویژگی‌های مربوط به پدیده است. یعنی مکان حوادث یا وقایع مربوط به یک پدیده در طول یک محدوده دارای بعد. زمینه بیانگر مجموعه خاص شرایطی است که درون آن راهبردهای کنش/واکنش صورت می‌پذیرد. شرایط مداخله‌گر به شرایط ساختاری مربوط به راهبردهای عمل/تعامل که مربوط به یک پدیده است، اشاره دارد. آنها تسهیل‌گر یا محدود کننده راهبردهایی هستند که درون یک زمینه خاص قرار دارند. راهبردهای عمل/تعامل برای مدیریت، اداره، انتقال دادن یا پاسخ دادن به پدیده تحت مجموعه خاصی از شرایط مشاهده شده، از سوی کنش‌گران تدبیر می‌شوند. پیامدها نیز به برون داده‌ها یا نتایج راهبردها اشاره می‌کنند (استراوس و کوربین، ۱۳۸۵: ۱۰۳).

کدگذاری انتخابی، روند انتخاب مقوله اصلی به شیوه‌ای منظم و ارتباط دادن آن با سایر مقوله‌ها، اعتبار بخشیدن به روابط و پر کردن جاهای خالی با مقولاتی که نیاز به اصلاح و گسترش بیش‌تری داشته است. اساس این مرحله، در کدگذاری محوری ریخته شده است و در این مرحله، مقولات تنظیم شده، با یکدیگر مرتبط شده و نظریه بنیانی ساخته و پرداخته می‌شود (استراوس و کوربین، ۱۳۸۵). مقوله هسته‌ای باید دارای معیارهای زیر باشد:

(الف) مرکزیت یک مقوله نسبت به مقولات دیگر

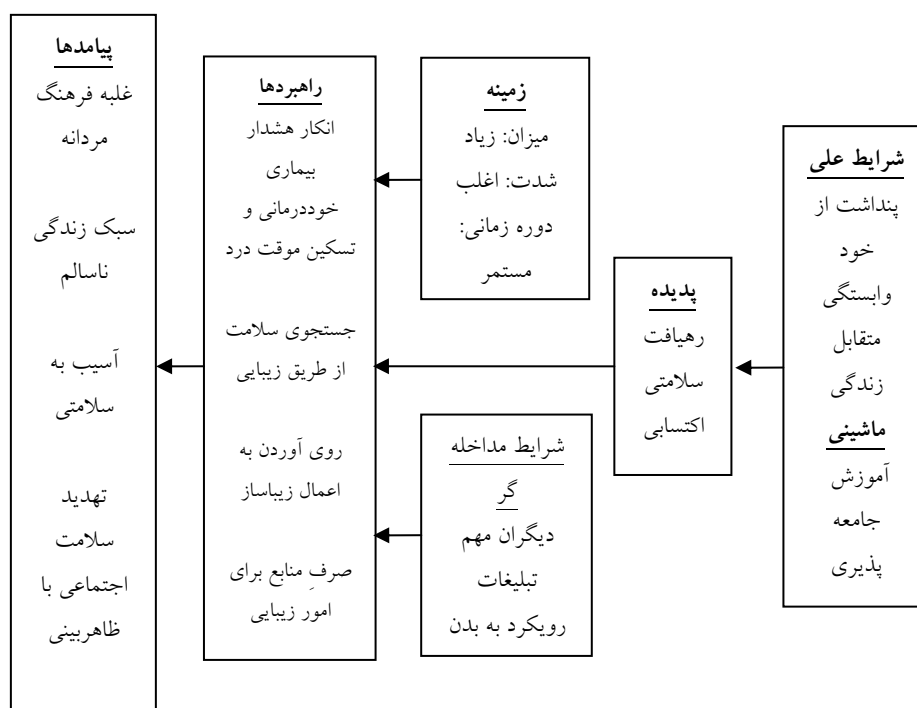
(ب) فراوانی وقوع آن مقوله در داده‌ها

(ج) جامعیت و سهولت ربط آن به دیگر مقوله‌ها

- (د) روشنی دلالت‌های آن برای یک نظریه عام‌تر
- (ه) حرکتش به سمت قدرت نظریه‌ای در هنگامی که جزئیات مقوله آشکار می‌شود
- (و) اجازه برای حداکثر تنوع برحسب ابعاد، ویژگیها، شرایط، پیامدها و استراتژیها.
- مقولات فرعی به مقوله‌های اصلی بر طبق مدل پارادایمی یا مدل نظریه‌ای که در بخش کدگذاری محوری معرفی شد، مرتبط می‌شوند (استراوس و کوربین، ۱۹۹۰ به نقل از ایمانی، ۱۳۸۴).

مدل پارادایمی حاصل از کدگذاری‌های محوری و انتخابی

پس از طی مراحل سه گانه تحلیل داده‌ها، مدل پارادایمی "رفتارهای مرتبط با سلامتی در دختران دانشجو" به صورت زیر بدست آمد:



شکل ۱ مدل پارادایمی "رفتارهای مرتبط با سلامتی در دختران دانشجو"

دیده مشاهده شده را "رهیافت سلامتی اکتسابی" نامیدیم. از ویژگی‌های این رهیافت، آگاهی بالا نسبت به سلامتی (دید کل‌نگر به سلامتی شامل بر سلامت توام روان و جسم، تهدید درک شده بیماری، شناخت منافع رفتار بهداشتی)، رویکرد بیومدیکال به سلامتی، دید مثبت به تلاش در جهت ارتقای سلامتی، توجه ویژه به سلامت روانی، سبک زندگی سالم در عین دوگانگی نظر و عمل (مفهوم مدرن سلامتی و عملکرد سنتی در مواجهه با آن)، ترجیح تحصیل و زیبایی به سلامتی و جنسیت زده‌تر شدن رویکرد سلامتی است. شرایط بوجود آورنده این پدیده عبارتند از: پائین بودن پنداشت از خود در دختران، وابستگی متقابل به خانواده، سبک زندگی ماشینی، آموزش و جامعه‌پذیری.

از آنجا که این رفتار سلامتی در اکثریت مشارکت کنندگان دیده شد و رشته‌های تحصیلی آنان و دانشگاه محل تحصیل آنان تفاوت چندانی در رویکرد آنان به سلامتی ایجاد نکرده بود، میزان این پدیده، زیاد و دامنه آن وسیع و مستمر است.

راهبردهایی که کنش‌گران در قبال این پدیده در پیش می‌گیرند، عبارتند از: انکار هشدار بیماری، خوددرمانی و تسکین موقت درد، جستجوی سلامت از طریق زیبایی، روی آوردن به اعمال زیباساز و صرف منابع برای امور زیبایی. این در حالی است که دیگران مهم، تبلیغات و رویکرد دانشجویان به بدن خویش بعنوان شرایط مداخله‌گر بر اتخاذ راهبرد آنان موثرند. از پیامدهای رفتار سلامتی دختران دانشجو می‌توان به: غلبه فرهنگ مردانه، سبک زندگی ناسالم، سلامت آسیب دیده روح و جسم و تهدید سلامت اجتماعی با ظاهربینی اشاره کرد.

نتیجه گیری

دانشجویان دختر معتقدند سلامتی، مهمترین امر زندگی و بهترین نعمت بوده، مشتمل بر سلامت روحی و نیز جسمی می‌شود. آنها دو نظر کلی درباره بدن دارند: ۱- بدن، امانت خدا و ۲- بدن، قفس روح. در نتیجه دو نوع نگاه به درد وجود دارد: ۱- هشدار بیماری و ۲- برای کاهش گناهان و نهایتاً دو نگاه به بیماری: ۱- کاهنده کیفیت زندگی و ۲- مجازات الهی. اکثریت آنان، سلامت، پاکی و آرامش روان را مهمتر از سلامت جسم می‌دانند. آنها اقداماتی که

باید برای سالم ماندن انجام داد، را بدرستی می‌شناسند: سبک زندگی سالم (تغذیه، استراحت، ورزش و بهداشت فردی مناسب و دوری از مخاطرات)، بالا نگهداشتن روحیه: شادی، عبادت، ریلکسیشن، چک آپ مرتب و افزایش آگاهی در مورد سلامتی. از نظر آنان، اقداماتی که باید برای رفع بیماریها انجام داد، عبارتند از: بهبود سبک زندگی، مراجعه به پزشک و عمل به تجویز متخصصان.

اما مشارکت‌گران در مصاحبه‌های عمیق اظهار می‌کنند که در عمل، تا زمانی که از پا نیفتند، درد و هشدار بیماری را با خوددرمانی و استفاده از مسکن‌ها، تحمل می‌کنند و در آخرین مراحل به پزشک مراجعه می‌کنند. (البته ناراحتی روحی را کمتر از درد جسمی قابل تحمل می‌شمارند.) و برای اینکه خستگی‌ها و دردهایشان آشکار نشود، از لوازم آرایش استفاده می‌کنند و برای اینکه در جامعه پذیرفته شوند به متناسب بودن اندام خود و رعایت مد در پوشش اهمیت می‌دهند و بدلیل کمبود منابع مالی و زمانی (کلاس‌های دانشگاه و تکالیف درسی وقت بسیار کمی درحد استحمام و خواب در خانه برایشان باقی می‌گذارد و از لحاظ مالی نیز استقلال مالی نداشته و یا منابع محدود مالی دارند) و نیز عدم اطمینان به سواد و مهارت و توجه متخصصان ترجیح می‌دهند که تا زمان بحرانی بیماری مراجعه نکنند و چنانچه با متخصصی مشورت کنند باز هم بصورت سلیقه‌ای از نظرات و تجویزهای وی پیروی می‌کنند.

تمام این موارد در دانشجویان دختر دانشگاه تک جنسیتی الزهرا و نیز دانشگاه دو جنسیتی تهران مشابه بودند و تفاوتی مشاهده نشد. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که برداشت از سلامتی و بیماری و رفتار سلامتی تحت تاثیر نوع دانشگاه محل تحصیل (به لحاظ تفکیک جنسیتی) قرار ندارند.

در کل، دختران دانشجوی امروزه تحصیلات بالا و اطلاعات زیاد و حضور فعالی در جامعه دارند. آنان در معرض آموزش‌های پارادایم جدید سلامتی بوده اند. اما همچنان رفتارهای مرتبط با سلامتی مشابه با زنانی که تحت تاثیر پارادایم سابق سلامتی قرار داشته اند از خود نشان می‌دهند مانند: درد کشیدن (ناشی از فرهنگی مردانه که صبوری و تحمل را از زنان انتظار

دارد) و نیز ترجیح موارد دیگر بر سلامت خود بدلیل پایین بودن پنداشت از خود در زنان تحت سلطه قدرت مردانه. می‌توان گفت که اگر در گذشته در میان زنان مشغله خانه‌داری، خوددرمانی بیشتر، ترجیح خانواده به سلامت خود و نقش مادر فداکار وجود داشته، در دختران امروز این امر تبدیل به مشغله تحصیلی، رویکرد بیومدیکال (مراجعه بیشتر به پزشک)، ترجیح موفقیت تحصیلی و زیبایی ظاهری به سلامت خود و نقش دختر جذاب مدرن شده است.

براساس پارادایم تعریف اجتماعی، فرآیند جامعه پذیری زنان به گونه‌ای است که خود را از چشم دیگران می‌بینند و حتی در مواجهه با دیگر مردان و زنان به نظر مردان بیشتر توجه می‌کنند. در فرهنگ مسلط مردانه، زنان خود را کمتر یا فرومایه‌تر از مردان در نظر می‌گیرند و هرچه این احساس بیشتر باشد، احترام به خود بیشتر از بین می‌رود (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳: ۲۲) که این پنداشت از خود حتی بر تجربه زنان از بیماری و درد هم مؤثر است (مور، ۲۰۰۸: ۲۷۲).

پس، دختران با وجودی که در فضای پارادایم جدید سلامتی قرار داشته‌اند و از آنان توقع می‌رود نسبت به ارتقای سلامتی خود کوشا باشند و نسبت به سلامت خود احساس مسوولیت کنند، چون آموزش‌های این پارادایم را درونی نکرده‌اند و از سوی دیگر از مادران خود و سایر زنان جامعه آموخته‌اند درد را تحمل کنند و دیگران را بر خود ترجیح بدهند، هرچند آگاهی بالایی نسبت به تقویت کننده‌ها و تضعیف کننده‌های سلامتی دارند در زندگی روزمره خود بدان‌ها عمل نمی‌کنند. آنها هم چنین هنوز تحت تاثیر تعالیم سنتی مذهبی قرار دارند که بدن را ناچیز و منشا گناه می‌داند و رسیدگی به آن را مایه شرمساری تلقی می‌کند.

از سوی دیگر، دختران برای ادامه حضور در اجتماع و رانده نشدن به درون خانه‌ها باید در تحصیل خود موفق باشند تا بتوانند در آینده از طریق آن به شغلی دست یابند و به استقلال مالی برسند. بنابراین، مشغله تحصیلی فراوانی دارند که آنان را به لحاظ روحی خسته و به لحاظ ظاهری، بیمار نشان می‌دهد. پس برای پذیرفته شدن در گروه‌های دوستی و نیز جلب نظر دیگران مهم (مردان) به زیبایی ظاهری روی می‌آورند. بنابراین، رهیافت آنان به سلامتی ترکیبی است از آنچه در پارادایم جدید سلامتی به آنان آموزش داده شده با آنچه در واقعیت

زندگی روزمره آموخته اند و از آنان خواسته شده است.

با توجه به پارادایم رفتار اجتماعی، آسیب‌های سلامتی زنان را باید پیامد کیفیت همزیستی آنان در زندگی اجتماعی دانست که در آن، کنش‌های انسان نتیجه رفتار نااندیشیده‌ای است و با نوعی برداشت بی‌رویه از نظام پاداش و تنبیه در قالب تقسیم جنسیتی کار و ساختار روابط قدرت در خانواده برانگیخته می‌شود. کنش‌هایی که از طریق ویژگی‌های نقش، آموخته شده در زندگی روزمره بکار گرفته می‌شوند (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳: ۲۴).

همچنین هنگامی که نتایج تحقیقات متعدد در ایران اهمیت معیار زیبایی ظاهری را در انتخاب همسر ایده آل از سوی مردان ایرانی تایید می‌کند، جای تعجب نیست که دختران به زیبایی‌های ظاهری اهمیت بیشتری دهند. آنان تجربه می‌کنند که چهره و بدن زیباتر می‌تواند آنها را در دستیابی به اهداف و ایده‌آل‌های اقتصادی و اجتماعی خود یاری رساند. پس، بدن و چهره مطلوب را ابزاری می‌شمارند که فرصت‌های بیشتر و بهتری را در چنین شرایطی برای زنان فراهم می‌سازد تا بتوانند به موفقیت‌های بیشتری در پیشبرد اهداف خود نظیر موفقیت در ازدواج، احراز یا ترقی در شغل یا حفظ و تداوم توجه همسر و نظایر آن دست یابند (احمدنیا، ۱۳۸۴: ۶۲).

بدین صورت، بنظر میرسد سلامتی دختران بیشتر تحت سلطه فرهنگ مردانه قرار می‌گیرد و جنسیتی‌تر می‌شود. برای ارتقای سلامت آنان و ایجاد حس مسوولیت‌پذیری نسبت به سلامت در دختران، باید در کنار افزایش آگاهی و اطلاعات بهداشتی-سلامتی، موانع فرهنگی را از سر راه برداشت و با فرهنگ سازی سلامت در جامعه، وضعیتی بوجود آورد که در آن، زنی که به سلامت خود اهمیت می‌دهد و برای آن منابع مالی و زمانی صرف می‌کند، مورد تشویق قرار گیرد نه مورد ملامت. همچنین تلاش کرد تا پنداشت از خود در زنان بالا رود و خودشان را از دیگران مهم کمتر جلوه ندهند و چیزی را بر سلامت خود مقدم ندانند.

منابع

[۱] آبوت، پاملا و کلر والاس، جامعه‌شناسی زنان، ترجمه منیژه نجم عراقی، نشرنی، تهران،

۱۳۸۳

- [۲] احمدنیا، شیرین، جامعه‌شناسی بدن و بدن زن، فصل زنان، شماره ۵، چاپ اول، ۱۳۸۴.
- [۳] آرمسترانگ، دیوید، جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه محمد توکل و احمد خزاعی، انتشارات دانشگاه صنعتی شریف، تهران، ۱۳۷۲.
- [۴] استراوس، آ. و کوربین، جی. راهنمای انجام تحقیقات کیفی، ترجمه بیوک محمدی، پژوهشگاه علوم انسانی، تهران، ۱۳۸۵.
- [۵] ایمانی جاجرمی، حسین، بررسی جامعه‌شناختی عوامل کارایی شوراهای اسلامی شهر، پایان نامه دکترای جامعه‌شناسی توسعه به راهنمایی دکتر مصطفی ازکیا، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- [۶] بیگل هول، آر.، بونیتا، آر.، کجلستروم، تی. (۱۳۷۱)، مبانی اپیدمیولوژی، ترجمه محسن جانقربانی و مطهره ژیانپور. معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و پزشکی، تهران، ۱۳۸۴.
- [۷] ذکایی، محمد سعید، نظریه و روش در تحقیقات کیفی، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۱۷، ۱۳۸۱.
- [۸] رازقی نصرآباد، حاجیه بی بی، بررسی جنبه‌های اجتماعی-فرهنگی و جمعیتی نابابری: مطالعه موردی تهران، کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۸۴.
- [۹] زواره، انسیه، رابطه‌ی میان سبک زندگی و وضعیت سلامت زنان خانه‌دار شهر تهران در منطقه‌ی شمال و جنوب شهر تهران - همراه با سنجش میزان آگاهی از حق سلامت، رساله کارشناسی ارشد، پژوهشگری اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ۱۳۸۶.
- [۱۰] سارافینو، ادوارد پ. روان شناسی سلامت، ترجمه الهه میرزایی، انتشارات رشد، تهران، ۱۳۸۴.
- [۱۱] شاهرخی، اکرم، وضعیت سلامت زنان کارگر کارخانه‌های قزوین در سال ۱۳۸۰، مجله دانشکاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی قزوین شماره ۲۸، پاییز ۱۳۸۲.
- [۱۲] لست، جان. فرهنگ اپیدمیولوژی، ترجمه کیومرث ناصری، مؤسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، تهران، ۱۳۶۷.

مطالعه جامعه‌شناختی مفاهیم سلامتی و ... خدیجه سفیری و همکار

[۱۳] محسنی تبریزی، علیرضا و فریبا سیدان، منشا اجتماعی بیماری افسردگی زنان، پژوهش زنان، دوره ۲، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۳

[۱۴] محسنی، منوچهر، جامعه‌شناسی پزشکی، انتشارات طهموری، تهران، ۱۳۸۲

[۱۵] مروتی، محمدعلی، بهینه‌سازی الگوی ارتقای سلامت و ارزیابی به‌کارگیری آن همراه با تئوری آموزش بزرگسالان در تغییر رفتارهای ارتقای سلامتی در سالمندان شهر یزد، رساله‌ی دکترای آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ۱۳۸۴.

[۱۶] معینی، بابک، بررسی تاثیر آموزش شیوه‌های مدیریت استرس بر سلامت روان نوجوانان شهر تهران بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی، رساله‌ی دکترای آموزش بهداشت، دانشگاه همدان، همدان، ۱۳۸۵.

[۱۷] مگی هام، سارا، فرهنگ نظریه‌های فمینیستی، ترجمه فیروزه مهاجر، فرخ قره داغی، نوشین احمدی خراسانی، انتشارات توسعه، تهران، ۱۳۸۲.

[۱۸] مهرابی، طیبه و زهره قضاوی، بررسی وضعیت سلامت عمومی زنان پرستار، مجله بهداشت و سلامت، سال اول، شماره دوم ۱۳۸۵.

[۱۹] همتی مقدم، احمدرضا، عوامل بیماری زای فصلنامه ذهن، شماره ۱۹، ۱۳۸۶.

[20] Cornwell, J. Hard- Earned Lires, London: Tavistock, 1984.

[21] Mooney, L., D. Knox, and C. Schart Understanding social problems , United States of America: Wardsworth, 2002.

[22] Moore, S.E.H. "Gender and the 'New Paradigm 'of Health", Sociology Compass 2(1): 268-280, 2008.

[23] Nettleton, S. Sociology of Health and Illness, London: Polity Press, 2006.

[24] Osborn, B.M. Introduction to Community Health. Boston: Allyn and Bacon Inc, 1967.

[25] Pill, D. and Stott, N Concepts of Illness Causation and Responsibility: Some Preliminary Data From A Sample of Working Class Mothers" in

- C. Currur and M. Stancey (eds) Concepts of Health, Illness and Disease: A Comparative Prespective, Leaninto Spa: Berg, 1986.
- [26] Scrambler, G. and Scambler, A. "The Illness Iceberg and Aspects of Consulting Behavior" in R.FitzPatrick,T. Hinton ,S.Newman ,G. Scrambler and T. Thampson (eds) The Experience of Illness ,London: Tavistock, 1984.
- [27] Spring-Rice, M. Working Class Wives: Their Health and Conditions, London: Virago, 1939.
- [28] Strauss, A., and Corbin, J. Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques, Newbury Park, CA: Sage, 1990.
- [29] Wang ,Wei "Chinese Students Concepts of Mental Health", Western Journal of Nursing Research ,Vol 23 , No. 3: 255-268, 2001.
- [30] Williams ,R.G "Concepts of Health: an Analysis of Lay Logic", Sociology 17: 185-205, 1983.