

## تعیین مؤلفه‌های ارتباطی زنان چندنقشی دارای سلامت روان

مریم نصرتی بیگ زاده<sup>۱\*</sup>، حسین قمری کیوی<sup>۲</sup>، علی رضایی شریف<sup>۳</sup>، علی شیخ الاسلامی<sup>۴</sup>، لیلا رژیسی<sup>۵</sup>

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف کشف مؤلفه‌های ارتباطی زنانی چندنقشی دارای سلامت روان به روش کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. جامعه آماری شامل زنان متأهل و شاغل ساکن تبریز بود که افراد نمونه به تعداد ۲۲ نفر، با روش نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع نظری در مصاحبه و با داشتن سه معیار تأهل، اشتغال با سابقه حداقل سه سال، داشتن حداقل یک فرزند و کسب نمره بالای متوسط از پرسش نامه سلامت روان انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته گردآوری گردید. تحلیل داده‌ها به روش کدگذاری انجام و سه مؤلفه ارتباطی اصلی با یازده مقوله شناسایی شد که عبارتند از: درون مایه سلامت اجتماعی با سه زیرمقوله (ارتباط با همسر، ارتباط با فرزندان، ارتباط با نهادها)؛ درون مایه سلامت شغلی با پنج زیرمقوله (نگرش شغلی، مسئولیت‌های شغلی، خلاقیت و نوآوری در کار، سرزندگی شغلی و روابط شغلی) و درون مایه سلامت معنوی با سه زیرمقوله (ارتباط با خدا، ارتباط با جهان هستی و ارتباط معنوی با افراد). مؤلفه‌های ارتباطی مستخرج از این پژوهش می‌تواند برای تهیه بسته‌ها و برنامه‌های آموزشی - درمانی زنان چندنقشی مفید باشد.

**واژگان کلیدی:** مؤلفه‌های ارتباطی، زنان چندنقشی، سلامت روان، مطالعه کیفی.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۱۲ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۹/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۱  
۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. (نویسنده مسئول)  
Email: m.nosrati.b@gmail.com

۲. استاد تمام مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.  
Email: H.ghamarigivi@yahoo.com

۳. دانشیار روان‌شناسی تربیتی، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.  
Email: rezaeisharif@uma.ac.ir

۴. دانشیار روان‌شناسی تربیتی، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.  
Email: a.sheikholslamy@yahoo.com

۵. استادیار بهداشت و سلامت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.  
Email: Leilareisy@gmail.com

\* این مقاله حاصل رساله دکتری مریم نصرتی بیگ زاده رشته مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی است که با اخذ کد اخلاق به شماره IR. ARUMS. REC. ۱۳۹۸. ۵۵۲ از مرکز کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است.

## Discovering the Communication Components of Multi -Role Women with Mental Health

Maryam Nosrati Beigzadeh<sup>1</sup>, Hussein Ghamari Givi<sup>2</sup>, Ali Rezaei Sharif<sup>3</sup>, Ali Sheikholeslami<sup>4</sup>, Leila Raeisi<sup>5</sup>

This qualitative research was conducted with the aim of discovering the communication components of multi -role women with mental health via the conventional content analysis method. The population included married and employed women living in Tabriz. The sample of 22 was purposefully selected, based on the theoretical saturation of the interview and having three criteria of marriage, at least three years of work experience, and at least one child, and getting a score more than average in the questionnaire of mental health. The data were gathered using the in -depth semi -structured interviews. Coding the data concluded that there were three following main communication components and eleven categories: social health theme and three categories (communication with spouse, communication with children, and communication with institutions); occupational health theme and five categories (work attitude, work responsibilities, innovation at work, work vitality, and work communications); and spiritual health theme and three categories (communication with God, communication with the universe, and spiritual communication with people). The extracted communication components can be useful to produce educational -therapeutic packages and programs for multi -role women

**Keywords:** communication components, multi -role women, mental health, qualitative research.

---

### Paper Type: Research

**Data Received:** 2020 / 10 / 03    **Data Revised:** 2021/ 01 / 29    **Data Accepted:** 2021/ 02 / 09

1. Ph. D. Student in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. (Corresponding Author)

Email: m. nosrati. b@gmail. com

2. Professor of Counseling, Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Email: h\_ghamarigivi@yahoo. com

3. Associate Professor of Educational Psychology, Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Email: rezaeisharif@uma. ac. ir

4. Associate Professor of Educational Psychology, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Email: a\_sheikholeslami@yahoo. com

5. Assistant Professor of Health and Pregnancy Health, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

Email: Leilareisy@gmail. com

همراه با دگرگونی‌هایی که در ساخت و کارکرد خانواده در جامعه مدرن انجام گرفته پایگاه اجتماعی زنان نیز دگرگون شده است. صنعت و شهرنشینی به زنان این فرصت را داده است که در خارج از خانه به اشتغال بپردازند. دستیابی زنان به منابع اقتصادی ناشی از کار در خارج از خانه و تسخیر فضاهای تازه اجتماعی، ساخت چند صد ساله خانواده را دگرگون کرده است و ضرورت پیدایی تعادلی نو را در تعاملات آنها ایجاد می‌کند. (زنجانی، ۲۰۱۰) روی آوردن روزافزون زنان به کار در خارج از مرزهای خانواده باعث شده است تا آنها در طول زندگی خود وظایف متعددی را عهده‌دار شوند و از آنها انتظار می‌رود تا امور گوناگونی را برای حفظ انسجام خانوادگی انجام دهند. اصطلاح زنان چندنقشی اشاره به هویت زنانی دارد که به طور هم‌زمان و تمام‌وقت، چند نقش مهم همسری، مادری، اشتغال و خانه‌داری را انجام می‌دهند (وودز، ۲۰۱۰). ترکیب نقش‌های شغلی و خانوادگی، مستلزم توان بیشتر از سوی زنان شاغل است تا از فشار روانی که ناشی از برخورد نقش هاست، کاسته شود. شمار نقش‌های متفاوت، اثرهای متفاوتی بر این زنان می‌گذارد؛ از سویی ممکن است سبب افزایش تعاملات اجتماعی و آشنایی بیشتر با نقاط ضعف و قوت شود و امکان مقایسه ویژگی‌ها و توانایی‌های ذهنی و جسمی خود با دیگران را به دست آورند که این موضوع سبب می‌شود آنها با واقع‌بینی بیشتری به رفع مشکلات خود اقدام کنند. از سوی دیگر، ممکن است این نقش‌ها در تعارض با هم قرار گیرند و شواهدی از فشار و تنش روانی دیده شود و سلامت و سازگاری اجتماعی آنها را تهدید کند (ترکمن و فتحی، ۱۳۹۵).

تحقیقات در مورد کار و زندگی به دلیل گرایش در تغییر ماهیت نقش‌های جنسیتی، ساختار خانواده‌ها و شغل در طی پنج دهه گذشته گسترش یافته است. (پاول، گرین‌هوز، آلن و جانسون، ۲۰۱۹) برای چندین دهه، محققان موضوعاتی را که مادران در نیروی کار با آنها روبه‌رو هستند، مطالعه کرده‌اند (هیولت، لوک، ۲۰۰۶؛ ویلیامز، سیگال، ۲۰۰۳). با وجود نگرانی فزاینده

1. Zanjani, H.
2. Woods -Giscombé
3. Powell, G. N., Greenhaus, J. H., Allen, T. D., & Johnson, R. E.
4. Hewlett, S. A., & Luce, C. B.
5. Williams, J. C., & Segal, N.



و گمانه‌زنی‌های قابل توجه در مورد پیامدهای افزایش نقش‌های زنان برای تغییر در بهزیستی جسمی و روانی آنها اطلاعات دوسویی در دست است. از سویی، ایده چندنقشی که زنان نقش اول آن را عهده دارند به یک هنجار ارزشمند اجتماعی تبدیل شده است (سامرا، اسچیلای،<sup>۱</sup> ۲۰۱۵). در غرب، مشارکت زنان در نقش‌های متعدد به عنوان ویژگی اصلی هویت زن در نظر گرفته شده است (جاکو،<sup>۲</sup> ۲۰۰۸).

در پژوهش وودز (۲۰۱۰) ویژگی‌های خاصی که برای الگوی زن چندنقشی معرفی شده است شامل تعهد در ایفای نقش‌ها، استرس، الزام در سرکوب برخی عواطف و الزام در کمک به دیگران است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که زنان چندنقشی مزایا و معایبی را تجربه می‌کنند؛ مزایای آن شامل توانایی حفظ و حراست از خود و خانواده یا جامعه و داشتن احساس تأثیرگذاری است و معایب آن شامل فشار روابط، خوردن هیجانی، خواب ناکافی یا بدکیفیت و تجربه میزان قابل توجهی از فشار (اضطراب، افسردگی و سلامت روان ناکافی) می‌باشد. براون، راولینسون و هیلز (۱۹۸۱) در تحقیقات روان پزشکی خود در مورد مادران متأهل و شاغل که از اداره نقش‌های چندگانه خود رضایت نداشتند، دریافته‌اند که این زنان بیشتر در معرض خطر افسردگی هستند (به نقل از هاتر، ملیز و نقیب،<sup>۳</sup> ۲۰۰۳). در پژوهشی، ارتباط معنی‌دار بین فشار چندنقشی زنان شاغل و بیماری‌های جسمی و استرس و افسردگی نشان داده شده داد. به طوری که فشار نقش‌های شغلی باعث بیماری‌های جسمی و فشار نقش‌های خانه باعث افسردگی می‌شود (استوارت و سالت،<sup>۴</sup> ۱۹۸۱).

مطالعات نشان می‌دهد که ارتباط مستقیم بین استرس ناشی از چندنقشی بودن و پیامدهای منفی سلامت جسمی و روانی برای زنان و فرزندان آنها وجود دارد. (هاتر، و همکاران، ۲۰۰۳) همچنین کیفیت نقش‌ها نسبت به تعدد نقش‌ها قدرت اثرگذاری بیشتری بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان دارد (سامرا و اسچیلای،<sup>۵</sup> ۲۰۱۵)؛ به معنای دیگر، چندنقشه بودن نمی‌تواند اثر مثبت یا منفی در سلامت روان افراد داشته باشد. در سال‌های اخیر با

1. Sumra, MK., & Schillaci, MA.
2. Jacques, HAK.
3. Hattar -Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H.
4. Stewart, A. J., & Salt, P.
5. Sumra, MK., & Schillaci, MA.

افزایش حضور زنان در عرصه‌های اقتصادی و اجتماعی، پژوهش‌ها بر پیامدهای مثبت یا منفی چندنقشی بودن زنان بر سلامت روان آنها تمرکز دارد. مطالعات سلامت با استفاده از نمونه‌های زیستی، بیشتر بر وجه کلی سلامت تأکید دارند و کمتر به مفهوم سلامت در ارتباطات پرداخته شده است. به دلیل فقدان ابزارهای معتبر مفهوم سلامت در ارتباطات، این بعد از سلامت در خلأ موضوعات پژوهشی قرار گرفته است (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴).

انسان به کمک ارتباط زنده می‌ماند، رشد و تکامل می‌یابد و سعادت و خوشبختی وی تا حد زیادی به چگونگی رابطه او با دیگران بستگی دارد (شمشیرگران و همایی، ۱۳۹۷) و بخشی از خود انسان از راه ارتباط با دیگران مفهوم می‌یابد (بارنولد، ۲۰۰۸). یکی از عواملی که در رفتار ارتباطی اشخاص اثر انکارناپذیری دارد نیاز آنها به همبستگی یا نیاز بودن با دیگران است. نیاز به همبستگی یعنی، خواست و آرزوی استقرار روابط دوستانه با دیگران و ماندن در این وضعیت تا آنجا که ممکن است. برخی از پژوهشگران در مطالعات خود دریافتند که وقتی انسان‌ها احساس می‌کنند از نعمت رابطه با دیگران محروم شده‌اند با جدیت بیشتر به دنبال آن می‌روند. بنابراین، از جمله عواملی که باعث تسهیل پذیرش نسبت به ایجاد رابطه با دیگران می‌شود، وضعیت تنهایی و انزوای انسان است (اسپیبر و ویلسون، ۲۰۰۷). از آثار مثبت توانایی برقراری ارتباط مناسب می‌توان به موفقیت‌های شغلی و سازمانی (خاتمی و آصف‌زاده، ۱۳۸۶)، کاهش استرس، کاهش فرسودگی شغلی و افزایش بهره‌وری، رضایت شغلی و همچنین سرعت در بهبود و ارتقای سلامت اشاره کرد (زمانی، شمس، فرج‌زادگان و طبیبیان، ۱۳۸۲؛ براتی، افسر و احمدپناه، ۱۳۹۱). حفظ شبکه خانواده، دوستان و سایر نهادها یکی از اساسی‌ترین نقش‌های تعریف شده زن برای خود است. بنابراین، تلاش بیشتر برای ایجاد هماهنگی این نقش‌های حرفه‌ای و خانوادگی می‌تواند رضایت نقشی و سلامت روان زنان را تحت تأثیر بگذارد. نقش‌های اجتماعی زنان متمرکز بر مراقبت و توجه به دیگران است تا خودشان و این خصیصه می‌تواند با نقش‌های حرفه‌ای آنها در تعارض باشد. زنان در بسیاری از مواقع با کار اضافه، سعی در کاهش تعارض نقش دارند که این امر نیز می‌تواند باعث خستگی و

فرسودگی شود (مارکس، هاستون، جانسون و مک درمید، ۲۰۰۱).

با افزایش زنان تحصیل کرده در ایران و درخواست آنها برای اشتغال، مطالعه وضعیت سلامت روان زنان شاغل اهمیت زیادی یافته است. اشتغال زنان و در نتیجه مهارت های اجتماعی آنها رفتارهایی است که فرد را قادر به تعامل مؤثر و اجتناب از پاسخ های نامطلوب می کند و بیانگر سلامت اجتماعی<sup>۲</sup> و رفتاری آنهاست. این مهارت ها ریشه در بسترهای فرهنگی و اجتماعی جامعه زنان دارد و رفتارهایی مانند پیشقدم شدن آنها در برقراری روابط جدید، تقاضای کمک کردن و پیشنهاد کمک به دیگر زنان را شامل می شود. (گرمارودی، وحدانی نیا، ۱۳۸۵) در مطالعه کبیز بر اهمیت تکرر نقش ها و تأثیر مثبت آن در ارتقای سلامت اجتماعی زنان تأکید شده است (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). در مطالعه ای، طبقه اجتماعی، انزوای اجتماعی، داشتن کار، بیکاری و تأثیر منفی آن بر سلامت و برخورداری از حمایت اجتماعی به عنوان تعیین کننده های سلامت اجتماعی در جوامع مدرن معرفی شده است (ویلکنسیون و مارموت، ۱۳۸۴).

باتوجه به اینکه داشتن سه نقش هم زمان همسری، مادری و اشتغال اقتصادی زندگی امروز است، حفظ و بهبود کارکردهای نقشی از ضرورت های زندگی زنان امروزی است. بنابراین، توجه به ابعاد مختلف رفتار زنی که با داشتن چندین نقش، قادر به حفظ سلامت روان خود است، می تواند هدف پژوهش های متعدد قرار گیرد. تحقیقات مختلفی وضعیت سلامت روان زنان چندنقشی را بررسی کرده اند، اما کمتر پژوهشی سبک ارتباطی و رفتارهای اجتماعی زنان چندنقشی برخوردار از سلامت روان را تبیین نموده است. به نظر می رسد یکی از بهترین و واقع گرایانه ترین راه ها برای دستیابی به اطلاعات در زمینه راهکارهای حفظ و ارتقای سلامت روان، استفاده از تلاش ها و تجارب شخصی زنانی است که با مسائل و مشکلات چندنقشی بودن مواجه هستند. هدف از مطالعه کیفی حاضر، دسترسی به مؤلفه های ارتباطی زنانی است که با وجود داشتن چندین نقش، قادر به حفظ و ارتقای سلامت روان خود بودند.

1. Marks, S. R., Huston, T. L., Johnson, E. M., & MacDermid, S. M.  
2. Social Health



## ۲. چارچوب نظری پژوهش

### ۱-۲. سلامت روان

سلامت روانی عبارت است از: رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازندگی با آنها، ارضای نیازهای خویش به طور متعادل و شکوفایی استعدادهای فطری خویش. (گنجی، ۱۳۹۶) سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را در مفهوم کلی سلامت جای می‌دهد و نه فقط نبود بیماری (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). چنین فردی قادر خواهد بود به راحتی در خانواده و محیط کار به شکل سالم به زندگی خود ادامه بدهد. سلامت روان، حالتی از سلامتی است که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مفید باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد (هرمان، ساکسنا و مودی، ۲۰۰۵). سلامت روان یکی از مهمترین ابعاد سلامت است که تأثیر جدی بر سلامت جسمانی، اجتماعی و معنوی دارد (پرینس، و همکاران، ۲۰۰۷). توجه به سلامت روان در تمام عرصه‌های فردی، اجتماعی و شغلی اهمیت فراوان دارد. یکی از مدل‌های سلامت روان، مدل چند بعدی ریف است (ریف، ۱۹۸۹، به نقل از کیز، ۲۰۰۲). ابعاد شش وجهی مدل ریف نشانگر چالش‌هایی است که افراد هنگام تلاش برای عملکرد کامل و تحقق استعدادهای منحصر به فرد خود با آنها روبه‌رو می‌شوند. این ابعاد عبارتند از: پذیرش خود<sup>۵</sup>، رشد شخصی<sup>۶</sup>، هدف‌داری در زندگی<sup>۷</sup>، روابط مثبت با دیگران<sup>۸</sup>، استقلال<sup>۹</sup> و تسلط بر محیط<sup>۱۰</sup>. یکی از مدل‌های دیگر از سلامت روان، مدل چندبعدی کیز (۱۹۹۸) است که از پنج بعد تشکیل شده است و نشان می‌دهد افراد در زندگی اجتماعی خود در زمینه‌های یکپارچگی اجتماعی<sup>۱۱</sup>، مشارکت اجتماعی<sup>۱۲</sup>، انسجام اجتماعی<sup>۱۳</sup>، واقع‌سازی

1. World Health Organization
2. Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R.
3. Prince, M., & et al
4. Keyes, C. L.
5. Self -acceptance
6. personal growth
7. purpose in life
8. positive relations with others
9. Autonomy
10. Environmental mastery
11. social integration
12. social contribution
13. social coherence



اجتماعی<sup>۱</sup> و پذیرش اجتماعی<sup>۲</sup> به چه میزان و چگونه عمل می‌کنند (به نقل از کیز، ۲۰۰۲). با این اشارات می‌توان سلامت روانی را چنین تعریف کرد: «سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که در آن فرد توانایی هایش را بازمی‌شناسد، قادر است با استرس معمولی زندگی سازگاری پیدا کند، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و در نهایت به عنوان بخشی از جامعه مشارکت و همکاری کند» (آزاد، ۱۳۹۵). روان تحلیل‌گران معتقدند که سلامت روان زمانی حاصل می‌شود که «من» با واقعیت سازگار شده و تکانش‌های غریزی نهاد کنترل نشود. نظریه روان تحلیل‌گری، سلامت روان را میانجی‌گری درست و منطقی بین دو قدرت نهاد و من برتر تلقی می‌کند (میلانی فر، ۱۳۹۶). براساس دیدگاه عصب‌شناسی، سلامت روانی عبارت است از: «فیزیولوژیک عصب شناختی متعادلی که خوب کار می‌کند و اگر تعادل به هم بخورد بیماری روانی ظاهر خواهد شد» (گنجی، ۱۳۹۶). مکتب رفتارگرایی معتقد است که سلامت روانی به محرک‌ها و رفتار در محیط وابسته است. رفتار ناسازگار مثل هر رفتار دیگر بر اثر تقویت آموخته می‌شود (میلانی فر، ۱۳۹۶). در مکتب انسان‌گرایی، سلامت روانی عبارتند از: حالات کسی که از نظر نیازهای بنیادی آن قدر ارضا شده است که می‌تواند برای خودشکوفایی انگیزه داشته باشد. هر عاملی که نیروی خودشکوفایی را به حرکت درآورد فرد را در جهت سلامت روانی و خلق نیازهای بالاتر هدایت خواهد کرد و برعکس کسی که تمام تلاش‌های او به ارضای نیازهای زیستی محدود شود، رشد نخواهد یافت و به سلامت روانی کامل نخواهد رسید (گنجی، ۱۳۹۶).

## ۲-۲. زنان چندنقشی

چارچوب‌های نظری چندنقشی بودن زن در غرب با دورویکرد عمده، یکی با دید مثبت و دیگری با دیدگاهی منفی به مسئله رابطه نقش اشتغال و سلامت در مورد زنان پرداخته است. در چارچوب رویکرد منفی، گذشته از نظریه پارسونز در مورد تفکیک کارکردی نقش زنان و مردان و تأکید وی بر لزوم عدم اشتغال زنان خانه‌دار می‌توان از فرضیه‌های تکثر

1. social actualization  
2. social acceptance



نقش<sup>۱</sup>، تضاد نقش<sup>۲</sup>، فشار بار اضافی نقش<sup>۳</sup>، فرضیه کم یابی<sup>۴</sup> و فرضیه فشار نقش<sup>۵</sup> نام برد. هریک از این فرضیه‌ها به نوعی حکایت از این دارند که زنانی که به کار در ازای دستمزد می‌پردازند بیشتر احتمال دارد به دلایلی چون حجم بیشتر کار، افزایش انتظارات و مسئولیت‌های بیشتر و استرس ناشی از ایفای چند نقش هم‌زمان، از نظر سلامت در وضعیت نامطلوب‌تری نسبت به زنانی که فقط به نقش‌های سنتی همسری و مادری می‌پردازند، قرار گیرند. (قاسمی، ابراهیمی و سموعی، ۱۳۹۷) در نظریه قدرت از نظر وبر قدرت عبارت است از: این احتمال که شخص در رابطه‌ای اجتماعی قادر باشد اراده‌اش را در تعقیب اهدافش صرف نظر از هر نوع مقاومتی اعمال کند. زن با قبول مدیریت مصرف خانواده انجام کاری بس مشکل را برعهده می‌گیرد. او علاوه بر این موظف است که در تعیین کمیت مصرف تصمیماتی را اتخاذ کند که از نظر اقتصادی قابل قبول مرد و سایر اعضای خانواده باشد. باید کیفیت کالای مصرفی را با سلیقه و عواطف تک‌تک اعضای خانواده تنظیم کند که البته با انجام این عمل، جهت صرف خانواده نیز به وسیله او تعیین شده و همین خود یک اهرم قدرتی است که به طور نامرئی در دست زن خانواده قرار می‌گیرد. زنان کودکان را به دنیا می‌آورند و پرورش می‌دهند. درماندگی کودک انسان ایجاب می‌کند که تحت مراقبت اولیه شدید و طولانی باشد. زنان به واسطه نقشی که به عنوان مادر و مراقبت‌کننده دارند در فعالیت‌های خانوادگی جذب می‌شوند.

یکی از عوامل عمده‌ای که در زندگی شغلی زنان تأثیر می‌گذارد این ادراک مردانه است که برای کارمند زن، کار در مرتبه دوم بعد از بچه دار شدن قرار می‌گیرد. (خضری و ارجمند سیاهپوش، ۱۳۹۳) از نظر جامعه‌شناسان کارکردگرا، تنها نقش اساسی زنان در جامعه برآوردن نیازهای جنسی مردان و فرزندزایی است و نباید تغییری در این نقش‌ها ایجاد شود. از نظر این گروه، زنان نباید در زندگی شغلی از الگوی مردانه پیروی کنند و در رقابت مستقیم با مردان طبقه خویش برآیند؛ زیرا تغییر در فرصت‌های شغلی و ایجاد برابری، موجب ازهم‌گسیختگی

1. Role Multiple
2. Role Conflict
3. Role Overload
4. Scarcity Hypothesis
5. Role Strain Hypothesis



ساخت خانواده می شود. همچنین هرگونه تغییر در نقش زنان خطرات زیادی در پی دارد و واگذاری نقش به زنان در امور اقتصادی و سیاسی، سبب تخریب کارکردهای کنونی جامعه می شود (موحدی، ۱۳۸۰). در چارچوب مدل های رویکرد مثبت به فرضیه اعتلای نقش<sup>۱</sup>، نظریه بسط نقش<sup>۲</sup> و فرضیه تجمع نقش<sup>۳</sup> می توان استناد کرد که طی آن نقش اشتغال که به عنوان نقش جدیدی به نقش های سنتی زنان اضافه شده است به عنوان امری مثبت و پرفایده در نظر گرفته می شود. در اینجا مکانیزم تأثیرگذاری مثبت نقش اشتغال از طریق عزت نفس افزایش یافته، درآمد بیشتر، کسب حمایت اجتماعی گسترده تر (که با اشتغال در ازای درآمد همبسته است) برای ارتقای سلامت زنان مورد تأکید است (قاسمی، و همکاران، ۱۳۹۷).

آربر<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) یادآور می شود که اشتغال به کار زنان را باید هم به عنوان نقشی دیگر و هم به عنوان متغیری ساختاری در نظر گرفت. اشتغال به عنوان نقشی اضافه شده می تواند در بردارنده تعهدات و مسئولیت های بیشتر باشد، اما از سوی دیگر، زنان با جایگاهی که در بازار کار احراز می کنند، پاداش می گیرند و این امر حکایت بیشتر آنها را بر منابع مالی به دنبال دارد و به آنها این فرصت را می دهد که بتوانند به نحو مثبتی بر شرایط زندگی خود و خانواده خود تأثیرگذار باشند (به نقل از حدادی، کلدی، سجادی و صالحی، ۱۳۹۰). لی (۱۹۹۸) نیز به برخی از تحقیقات در سطح کشورهای مختلف اشاره می کند که در آنها فرضیات بار اضافی نقش و اعتلای نقش با یکدیگر انسجام یافته اند (به نقل از حدادی، و همکاران، ۱۳۹۰). شایان توجه است که بررسی های متأخر در دهه نود میلادی از پرداختن صرف به مسئله احراز نقش فراتر رفته و مسئله کیفیت و تجربه نقش را نیز شامل شده است. اندال و هانت<sup>۵</sup> (۲۰۰۰) با مروری بر تحقیقات دهه مذکور با اهمیت ترکیب نقش های متعدد، اهمیت یافتن کیفیت ایفای هر نقش به تنهایی را، به عنوان عوامل تأییدکننده یا پیش بینی کننده سلامت زنان، مورد تأکید قرار داده اند.

نتایج تحقیقات مرکز امور مشارکت زنان نشان می دهد که زنان در اداره امور خانه و

1. Role Enhancement

2. Role Expansion

3. Role Accumulation

4. Arber

5. Annandale, E., & Hunt, K.

شغلشان استانداردهای شخصی بالایی برای خود قرار می دهند. در واقع این ضروریات را می توان اجبارهای نقش دانست که برای زنان فشارآور است، اما فشار حاضر از تعارض زمانی که شرایط تحت کنترل باشد کمتر از زمانی است که شرایط تحت کنترل نباشد. براین اساس، می توان گفت که تعارض نقش در زنان از دو منبع استانداردهای زنان برای خود و استانداردهایی که فکر می کنند دیگران برای آنها دارند، سرچشمه می گیرد. همچنین زنان استرس بیشتری را در تعارض نقش های خانوادگی و شغلی نسبت به مردان دارند؛ زیرا زنان شاغل گرایش دارند سبک زندگی خود را با نقش مادری و همسری سازگار کنند. بنابراین، این زنان با استفاده از یک طیف راهبردهای خلاق، مبادرت به این سازگاری می کنند و به صورت موازی، تقاضاهای شغلی را نیز پاسخ می گویند. (احمدی و باباشاهی، ۱۳۹۱) اشتغال زنان باعث افزایش شناخت نسبت به خود که یکی از پایه های عمده سلامت روان است، می شود و منابع گوناگونی برای احساس رضایت در خود و دریافت پاداش را ایجاد می کند. بنابراین، زنان شاغل امکان انجام فعالیت های مقبول و ارزشمند اجتماعی را به سبب افزایش عزت نفس پیدا می کنند. از سوی دیگر، ارتباطات کاری سبب حمایت اجتماعی و افزایش قدرت نفوذ در خانواده می شود (ترکمن و فتحی، ۱۳۹۵) که خود سبب بهبود سلامت است. باتوجه به اینکه در کشور ایران، اشتغال زنان روند روبه رشدی را طی می کند سؤالی که مطرح می شود این است که زنان چندنقشی شهر تبریز با توجه به شرایط فرهنگی خاص منطقه به کمک چه ویژگی ها و مؤلفه های ارتباطی می توانند از پس فشار مضاعف نقش های متعدد (شغلی، مادری، همسری و...) برآیند و سلامت روان خود را حفظ کرده و ارتقا دهند.

### ۳. شیوه اجرای پژوهش

#### ۳-۱. روش پژوهش

پژوهش حاضر به روش غیرآزمایشی از نوع روش کیفی تحلیل محتوا استفاده شد. براساس تحلیل محتوای مرسوم، تجزیه و تحلیل داده ها هم زمان با جمع آوری اطلاعات انجام شد. در این روش، کدها به طور مستقیم و به صورت استقرایی از داده های خام استخراج شد و از طریق فرآیند سیستماتیک و شفاف هشت مرحله ای، کدها و تم ها شناسایی شد.



### ۳-۲. جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری مورد نظر شامل زنان چندنقشی ساکن شهر تبریز بود که با معیارهای اشتغال حداقل سه سال در شغل فعلی، تأهل، داشتن فرزند و اخذ نمره بالای متوسط در پرسش نامه سلامت روان (MHC-SF<sup>۱</sup>) وارد پژوهش شدند. افراد نمونه به تعداد ۲۲ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع نظری در مصاحبه‌ها انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان بایبشترین تنوع در شغل، وضعیت درآمد، تعداد و سن فرزندان انتخاب شدند. مشاغل گروه نمونه در سه دسته آموزشی (دبیر، مدیرآموزشی، معاون مدرسه، مربی کودکان، استاد دانشگاه، مربی و ناجی شنا)، درمانی (پرستار، ماما، روان‌شناس) و خدماتی (آشپز، آرایشگر، کارمند، بازیگر تئاتر، وکیل، گرافیکست، مدیر شرکت، منشی، طراح لباس) قرار داشت. میانگین نمره سلامت روان ۶۳ بود. شرکت‌کنندگان با میانگین سنی ۴۰/۱۸، سابقه تأهل حداقل ۳ و حداکثر ۳۱ سال (میانگین ۱۷/۵ سال)، دارای یک الی سه فرزند با سابقه اشتغال حداقل سه و حداکثر ۲۹ سال (میانگین ۱۱/۴۰ سال) و تحصیلات دیپلم تا دکترای تخصصی وارد مصاحبه شدند. پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق علوم پزشکی اردبیل<sup>۲</sup>، جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری و نیمه ساختاریافته انجام گرفت و رضایت آگاهانه برای شرکت و اجازه ضبط محتوای مصاحبه اخذ شد.

### ۳-۳. ابزار پژوهش

#### ۳-۳-۱. مصاحبه نیمه ساختاریافته

برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته استفاده شد. مصاحبه‌ها با سؤال راهنما شروع شد و از شرکت‌کنندگان درخواست شد از شیوه تعاملات خود برای حفظ و بهتر شدن سلامت روان با وجود داشتن چند نقش مختلف، صحبت کنند. سپس برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر از سؤال‌های کاوشی استفاده شد. برای تشخیص واحدهای معنایی، هر مصاحبه چندین بار مطالعه و مرور شد. برای بررسی اتکاپذیری<sup>۳</sup> (معادل اعتبار) از روش بازبینی توسط همکار<sup>۴</sup> استفاده شد. به طوری که مضامین، مقولات

1. Mental Health Continuum -Short Form  
2. IR. ARUMS. REC. 1398. 552  
3. Credibility  
4. Peer Debriefing

فرعی و طبقات اصلی بین سه متخصص در رشته‌های دکترای تخصصی پرستاری، سلامت باروری و مشاوره که هر سه در حوزه تحقیقات کیفی صاحب تجربه کافی بودند به اشتراک گذاشته شد، تغییرات لازم اعمال و در نهایت توسط آنها تأیید شد. همچنین برای افزایش اعتبار، روش بازمینی توسط شرکت‌کنندگان در حد مقدور انجام شد.

تکنیک‌های مثلث‌سازی<sup>۲</sup> روش دیگری برای سنجش اعتبار پژوهش‌های کیفی است. این روش به استفاده از منابع متعدد داده‌ها برای ترسیم نتایج و غلبه بر سوگیری‌ها اشاره دارد. در پژوهش حاضر برای افزایش اعتبار داده‌ها از طیف متنوعی از مشاغل استفاده شد. تلاش شد شرکت‌کنندگانی وارد پژوهش شوند که شرایط غیرهمسانی از وظایف نقشی (تعداد و سن فرزندان، ساعات حضور در خانه)، جایگاه اجتماعی (رده شغلی و تحصیلی) و وضعیت اقتصادی (میزان درآمد و محل زندگی) داشته باشند. در نهایت، برای تأیید اعتبار بیشتر از روش اعتبار پژوهشگر<sup>۳</sup> استفاده شد. بدین معنا که مصاحبه‌کننده (نویسنده اول) تجربه کافی در زمینه مصاحبه، پرسش‌گری و برگزاری جلسات مشاوره و تجربه انجام طرح پژوهش کیفی را داشت. برای قابلیت تعمیم یا انتقال‌پذیری<sup>۴</sup> تلاش شد جدول کاملی از اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان شامل عنوان شغل، سابقه اشتغال، سطح تحصیلات، سن، سابقه تأهل، تعداد فرزندان و نمره اخذ شده در پرسش‌نامه سلامت روان درج شود که به علت اختصارگویی، میانگین هریک از موارد در این نسخه گزارش شد. برای ایجاد اطمینان‌پذیری یا اعتماد<sup>۵</sup>، تمام اطلاعات خام بدون ذکر مشخصات در اختیار متخصصین خارج از پژوهش قرار گرفت. همچنین برای افزایش اطمینان‌پذیری، گزارش‌های نسخه حاضر با نقل قول مستقیم از شرکت‌کنندگان اراده شد.

### ۳-۲. پرسش‌نامه سلامت روانی

پرسش‌نامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲) از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شده و شامل ۱۴ سؤال و ۳ مؤلفه بر اساس طیف شش درجه‌ای لیکرت است. این پرسش‌نامه

1. Member Checking
2. Traingulation
3. Researcher Credibility
4. Transferability
5. Consistency



شامل ۳ مقیاس (خوشحالی، علاقمندی به زندگی و رضایت) برای نشان دادن احساسات و بهزیستی هیجانی، ۶ مقیاس (پذیرش خود، چیرگی بر مسئولیت‌ها در محیط، روابط مثبت با دیگران، رشد شخصی، خودمختاری، هدمندی در زندگی) برای سنجیدن سلامت روانی و ۵ مقیاس (مشارکت و کمک در اجتماع، انسجام با جامعه، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و توجه و درک اجتماعی) برای نشان دادن سلامت اجتماعی است. روایی و ثبات درونی پرسش‌نامه بیشتر از ۰/۸۰ است و از پایایی ۰/۷۳ با ضریب آلفای کرونباخ برخوردار است (کیژا، ۲۰۰۴). خلیلی ورنکشی (۱۳۹۴) در پژوهش خود ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را مورد سنجش قرار داده و پایایی آن توسط ضریب کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش شده است.

#### ۴. یافته‌های پژوهش

از داده‌ها سه مقوله اصلی سلامت اجتماعی<sup>۲</sup>، سلامت شغلی<sup>۳</sup> و سلامت معنوی<sup>۴</sup> استخراج شد. درون‌مایه سلامت اجتماعی با سه زیرمقوله شامل ارتباط با همسر، ارتباط با فرزندان، ارتباط با نهادها؛ درون‌مایه سلامت شغلی با پنج زیرمقوله شامل نگرش شغلی، مسئولیت‌های شغلی، خلاقیت و نوآوری در کار، سرزندگی شغلی و روابط شغلی و درون‌مایه سلامت معنوی با سه زیرمقوله شامل ارتباط با خدا، ارتباط با جهان هستی و ارتباط معنوی با افراد نام‌گذاری شد که هر درون‌مایه در جدولی مجزا نشان داده شده است.

#### جدول ۱

نمونه واحدهای معنایی و زیرمقوله حاصل از آن در مؤلفه سلامت اجتماعی

درون‌مایه	زیرمقوله	نمونه واحد معنایی
سلامت اجتماعی	ارتباط با همسر	حمایت روانی همسر، ارتباط عاطفی، کلامی و جنسی بزرگ‌ترین منابع آرامش روان هستند.
	ارتباط با فرزندان	یعنی بتونی متناسب با سن رشد فرزند رفتار کنی و توقعاتت را منطقی کنی.
	ارتباط با سایر افراد و نهادها	حفظ مناسبات خانوادگی با وجود رعایت مرزهای درون‌خانه، عامل مهمی در حفظ سلامت روان است.

1. Keyes, Sh.
2. Social Health
3. Occupational health
4. Spiritual Health

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران تعریف می شود. (مستی و فخرایی، ۱۳۹۳) شرکت کنندگان معتقد بودند که میزان و کیفیت ارتباط با همسر، فرزندان، خانواده اصلی، دوستان و سایر نهادها در کیفیت سلامت روان آنها نقش تعیین کننده دارد. به چند نمونه از اظهارات هر زیرمقوله اشاره می شود:

منشی شرکت با سه سال سابقه تأهل: «طی این سال ها نیازها و توقعات اصلی همسر را شناختم و می توانم تشخیص بدم چی بهانه اس و چی خواست اصلیشه. من همیشه نیازهای اصلیشو در الویت قرار می دم تا کار به بهانه گیری و دلخوری الکی کشیده نشه».

مدیر مهدکودک با بیست سال سابقه تأهل: «ما در هر شرایطی، هرچقدرم سرمون شلوغ باشه یا خسته باشیم حتماً هر روز گفت و گوی دوتایی داریم. تو فضای خلوت، بدون حضور بچه ها از اتفاقات روز تعریف می کنیم. این از اول قرار بینمون بود».

یکی از دغدغه های اصلی زنان شاغل، نگرانی های مربوط به فرزندان شان است. این نگرانی ها اگر مورد توجه و واکاوی قرار نگیرد در محیط کار تبدیل به مشغولیت ذهنی مداوم می شود که به نوبه خود بر کیفیت کار و کیفیت حضور در خانه و وضعیت سلامت روان آنها تأثیرات جدی می گذارد.

ماما با یک فرزند ۵ ساله:

شاید اندازه یک مادر خانه دار پیش بچه ام نیستم، اما من ساعت ها با بچه ام بازی می کنم. وقتی می رسم خونه سعی می کنم خیلی از کارهامو مثل بازی جلوه بدم تا با پسرم رابطه بگیرم. مثلاً حین ورزش تو خونه با ویدیو، با پسرم با هم پیر پیر می کنیم، هم من به ورزشم می رسم هم اون کلی کیف می کنه، موقع آشپزی یه طوری کار می کنم که انگار دوتایی داریم آشپزی می کنیم، درسته ریخت و پاشش زیاد میشه و شاید بیشتر از حد معمول طول بکشه، اما ارزششو داره. اینکه بگیرم خسته ام و بازی نکنیم به نظرم فقط یک بهانه اس برای سلب مسئولیت.

تماس های اجتماعی به طور قابل توجهی عوارض روانی را برای زنان شاغل و غیر شاغل کاهش می دهد. انزوای اجتماعی، بیش بینی کننده مهم افسردگی است. شرکت کنندگان در مورد تأثیر روابط اجتماعی بر بهزیستی روانی خود توضیحاتی دادند. برای مثال، هیئت

علمی دانشگاه با ۲۷ سال سابقه تأهل گفت:

خیلی خوشحالم از اینکه ارتباط خوبی با خانواده خودم و همسرم دارم. در همکارانم دیدم که وقتی روابط مغشوش میشه چقدر انرژی می‌گیره و چقدر زمان آدم صرف دلخوری‌های بی‌خود میشه. وقتی روابطت خوبه علاوه بر اینکه می‌تونی از حمایت‌هاشون استفاده کنی، حالت‌م خوبه.

مدیر ناحیه‌ای از شهرداری با ۱۸ سال سابقه تأهل نیز گفت: «دوستای خانوادگی خوبی داریم که با همسرم توافقی انتخابشون کردیم، اوقات تفریحی خیلی خوبی با هم داریم، بچه‌هامونم با هم جورن».

## جدول ۲

### نمونه واحد معنایی و زیرمقوله حاصل از آن در مؤلفه سلامت شغلی

نمونه واحد معنایی	زیرمقوله	درون مایه اصلی
از اینکه گره کار مردم به گوشه‌اش به دست من باز میشه خیلی احساس رضایت دارم.	نگرش شغلی	سلامت شغلی
اوایل، وظایف شغلی را خوب نمی‌دونستم و نمی‌تونستم دستورهای نامعقول را تشخیص بدم، هر روز اضطراب داشتم سر کار.	مسئولیت‌های کاری	
قبل اینکه بچه‌ام به دنیا بیاد از فراغتم استفاده کرده و سواد و ذخیره علمیم را بالا بردم، چند جا آموزش ضمن خدمت رفتم و مطالعه زیاد می‌کردم.	خلاقیت و نوآوری در کار	
وقتی با علاقه و اختیار خودت میری سر کار سختی‌های چندنقشه بودن برات آسون می‌شه.	سرزندگی شغلی	
در محل کار بینمان صمیمیت و همکاری دیده میشه، مراقب حال همدیگه هستیم و سعی می‌کنیم بهم انرژی بدیم تا خستگی روزانه کمتر بشه.	روابط شغلی	

یکی از موضوعات مورد توجه در زمینه سلامت روان زنان، پیامدهای روان‌شناختی اشتغال زنان است. سلامت شغلی به موضوعات رضایت شغلی، پیشرفت در کار و ارضای روانی از عملکرد شغلی می‌پردازد. در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان برای نیل به سلامت شغلی به پنج زیرمقوله اشاره کردند (جدول ۲). اعتقاد آنها بر این بود که نوع نگاه به شغل در وضعیت سلامت روان‌شان تأثیر واضحی داشته است. در مجموع ۲۱ واحد معنایی در زیرمقوله نگرش شغلی قرار گرفت. برای نمونه منشی شرکت با با هفت سال سابقه اشتغال بیان کرد: «درسته پست شغلیم پایینه، اما به هیچ وجه ناراحت نیستم، چون هر روز بازخوردهای مثبت از مراجعه‌کنندگان دریافت می‌کنم از اینکه گره کار مردم به گوشه‌اش به دست من باز میشه



خیلی احساس رضایت دارم». مدیر مدرسه با چهار سال سابقه اشتغال: «از اول استخدامم برای خودم رسالت شغلی تعریف کردم و هر روز سعی می‌کنم در اون مسیر باشم».

تعاملات اجتماعی در محیط شغلی می‌تواند از طریق آشنایی بیشتر با نقاط ضعف و قوت، واقع بینی، افزایش آگاهی و تأمین نیاز به صمیمیت گروهی، سبب ارتقای سلامت روان افراد شود. همچنین حمایت‌های اجتماعی، به راحتی در محیط کار در دسترس است؛ شرکنندگان معتقد بودند همکاران می‌توانند مرجع موجه و هنجاری برای تأمین نیاز به عضویت در گروه و دریافت حمایت گروهی باشند. برای نمونه ناجی و مربی شنا با شانزده سال سابقه اشتغال بیان کرد: «رابطه خیلی خوبی با هم داریم طوری که اگر یکی مان غیبت کند حتما همگی پیگیر حالش می‌شیم و علت غیبتش جو یا میشیم».

انتظارات و وظایف شغلی مشخص، یکی از عامل‌های اثرگذار بر وضعیت سلامت روان شاغلین است. این زیرمقوله در قالب ۳۵ عبارت معنایی به توضیح مؤلفه‌هایی می‌پردازد که در تعریف وظایف و مسئولیت‌های شغلی جای گرفته و سبب ارتقای سلامت روان زنان چندنقشی می‌شوند. برای نمونه مدیر داخلی یک شرکت خصوصی با سه سال سابقه در پست فعلی گفت: «وقتی از عملکردم انتقاد میشه منعطفانه در موردش فکر می‌کنم». یک مدیر مدرسه نیز گفت: «با انتخاب کادری آموزش دیده خیلی از مسئولیت‌هامو برون‌سپاری کردم، نتیجه اعتمادم رضایت بخش بود».

شرکت‌کنندگان همچنین تعریفی مشترک از ویژگی‌ها و توانمندی‌هایی که به سبب ایجاد خلاقیت در شغل منجر به ارتقای سلامت روان می‌شود، ارائه داشتند. دبیر با ۲۲ سال سابقه اشتغال گفت: «من همیشه سعی می‌کنم گوش به زنگ باشم و در طرح‌های پژوهشی که اداره تعریف می‌کنه، شرکت کنم». یک منشی بیان کرد: «هیچ وقت فکر نکردم چون رئیس نیستم ایده من در گروه بی‌اثر هست. هر ایده جدیدی که به ذهنم میرسه در مورد پیشرفت شرکت بیان می‌کنم». سرزندگی و نشاط شغلی عامل معرفی مشترک اغلب شرکت‌کنندگان این پژوهش بود. آنها معتقد بودند نشاط در محیط شغلی باعث کاهش فرسودگی شغلی و در نتیجه ارتقای سلامت روان آنهاست. از نظر آنها نشاط، عنصری درونی است و به معنای ایده‌آل بودن شرایط محیطی نیست. وکیل با سیزده سال سابقه اشتغال بیان کرد: «وقتی احساس می‌کنی



در شغل اثرگذار هستی و به درد کسی خوردی این باعث میشه انگیزه و رغبتت دوچندان بشه. این احساس در روحیه ات خودشو نشون می ده». ناجی و مربی شننا نیز گفت: «خودم روحیه خودمو حفظ می کنم. من در قبال شاگردام وظیفه دارم، حتی اگر ذهنم درگیر مسئله ای باشه سر کارم بسیار بشاش و سرحالم، فکر می کنم این روحیه به خودی خود در حل اون مسئله هم تأثیر خودشو بذاره».

### جدول ۳

نمونه واحد معنایی و زیرمقوله حاصل از آن در مؤلفه سلامت معنوی

درون مایه	زیرمقوله	نمونه واحد معنایی
سلامت معنوی	ارتباط با خدا	هیچ چیز از چشم خدا پنهان نیست، می تونی به او واگذار کنی و نگران نتیجه نباشی.
	ارتباط با جهان هستی	هر اتفاقی دلیل رشد دهنده ای دارد. این طوری دیگه از آینده نمی ترسی.
	ارتباط معنوی با افراد	حتی اگه رقیبم ازم کمک بخواد بهش کمک می کنم.

سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است و به عنوان فاکتوری حفاظتی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها معرفی می شود. (امیدواری، ۱۳۸۷) با آنکه می توان از سلامت معنوی به عنوان راهبردی موفق و کمک کننده در همه مراحل و حوزه های زندگی شامل موقعیت های پر از استرس و بیماری ها و حتی مرگ یاد کرد. در پژوهش حاضر تمام شرکت کنندگان اذعان داشتند که معنویت در حل مسائل و چالش های زندگی آنها نقش دارد و در زندگی روزانه خود جایگاهی برای معنویت قائل بودند. افراد به شیوه های مختلفی از معنویت یاد می کردند. این اظهارات در سه دسته ارتباط با خدا، جهان هستی و سایر موجودات مقول بندی شد. برای نمونه مدیر ناحیه ای از شهرداری گفت: «نماز، خلوت من با خداست، بهم آرامش میده و تنش و خستگی از تنم می بره». بازیگر تئاتر بیان کرد: «من از طبیعت هم انرژی می گیرم و معتقدم جهان پر از نشانه برای هدایت منه». مدیر مدرسه اظهار داشت: «با وجود اینکه رقیبم محسوب می شد، اما وقتی ازم مشورت خواست، تمام تجربیم را به عنوان یک مؤسس در اختیارش گذاشتم، معتقدم از هر دستی بدی از دست دیگه پس می گیری».

### ۵. بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین مؤلفه های ارتباطی زنان چندنقشی به صورت کیفی و با مصاحبه عمیق از زنانی که با وجود فشار وظایف چندگانه دارای سطحی قابل قبول از

سلامت روان بودند، انجام شد. مؤلفه های ارتباطی اثرگذار بر سلامت روان شرکت کنندگان شامل سه درون مایه اصلی سلامت اجتماعی، سلامت شغلی و سلامت معنوی بود. شرکت کنندگان در این مطالعه در راستای حفظ سلامت روان به سه ارتباط مهم اجتماعی شامل نحوه ارتباط با همسر، ارتباط با فرزندان و ارتباط با سایر افراد مهم و نهادها اشاره کردند که این ارتباطات مهم انسانی در دسته سلامت اجتماعی جای گرفتند. از نظر آدلر (کوپر و پروین،<sup>۱</sup> ۱۹۹۸) فردی دارای سلامت روان است که روابط خانوادگی صمیمی و مطلوب داشته باشد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه های اجتماعی به درستی بشناسد. شرکت کنندگان معتقد بودند که غنی بودن روابط کلامی و عاطفی و جنسی با همسرانشان، نقش مراقبتی در مقابل استرس های روزمره داشته و آرامش روان آنها را به دنبال داشته است. شرکت کنندگان همگی در یک عامل مشترک بودند و الویت اول آنها حول زیرمنظومه زوجی<sup>۲</sup> بود و سایر زیرمنظومه های خانوادگی از جمله زیرمنظومه والدی<sup>۳</sup> با وجود اهمیت نقش آن، در رتبه های بعدی الویتی قرار داشت. بدین معنی که فرزندان این خانواده ها در سنین مختلف، بدین باور رسیده بودند که پدر و مادرشان ارتباطی منحصر با یکدیگر دارند و آنها نمی توانند وارد مرزهای زوجی والدین خود شوند. برای مثال، تمام شرکت کنندگان، ساعاتی مشخص برای گپ و گفت دو نفره بدون حضور فرزندان داشتند.

ارتباط، عامل گسترش روابط صمیمی است و در سطح کاربردی به زوج ها اجازه می دهد که مشکلاتشان را مورد بحث قرار داده و حل کنند. وقتی زوج ها ارتباط نزدیک دارند از یکدیگر برای حمایت از خود و همچنین اظهار نظر و مشورت درباره مسائل شخصی و کاری استفاده می کنند. (نظری، ۱۳۹۲) وقتی زوجین از یکدیگر ادارک حمایتی و مراقبتی دارند از پس بسیاری از فشارهای نقشی و یا حتی بحران های پیش بینی نشده برمی آیند و در نهایت از سلامت روان لازم برخوردار می شوند. از طرفی، مطالعات نشان می دهد که اشتغال زنان موجب افزایش نفوذ آنها در خانواده می شود (جوشیا،<sup>۴</sup> ۱۹۹۶). همسو با این نظرات، پژوهش هایی حاکی از ارتباط بین رضایت زناشویی و سلامت روان زنان شاغل است

1. Cooper, C. L., & Pervin, L. A.

2. Partner Subsystem

3. Parental Subsystem

4. Joshi, h.



(نعیم‌اوی، البوعلی و منصور، ۱۳۹۸؛ میربها و محسنی، ۱۳۹۰). زیر طبقه دیگری از ارتباطات مهم اجتماعی گزارش شده در پژوهش حاضر شامل ارتباط با فرزندان بود. به نظر شرکت‌کنندگان، کیفیت حضور در خانه می‌تواند محدودیت عدم حضور همیشگی مادر را جبران کند. از نظر آنها زنان شاغلی که گرفتار احساس گناه حاصل از عدم حضور دائمی کنار فرزندان خود هستند در نقش مادری و همسری خود دچار چرخه معیوب ارتباطی می‌شوند و این ارتباط مخرب تأثیر سوء بر سلامت روان آنها خواهد داشت. مدل‌های نظری تکثر نقش، تضاد نقش و فشار بار اضافی نقش موافق با تأثیر منفی اشتغال بر نوع ارتباط با فرزندان و در نهایت کاهش یا فقدان سلامت اجتماعی است.

همسو با نظرات پژوهش حاضر، پژوهش دمیر، کاراستین، دمیر و بیسال<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) بیان می‌کند که مادران شاغل به طور کلی شاد هستند، بر فواید اشتغال اصرار دارند و عواطف مثبت خود را به فرزندان نیز منتقل می‌کنند. در مطالعه کیز بر اهمیت تکثر نقش‌ها و تأثیر مثبت آن در ارتقای سلامت اجتماعی زنان تأکید شده است (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). خانواده به عنوان یک مرجع اصلی و مهم در حفظ سلامت روانی و رفتاری اعضا بسیار موثر است و به همین علت فقدان مهارت‌ها و توانایی‌های عاطفی، روانی و اجتماعی، افراد را در مواجهه با مشکلات و مسائل آسیب‌پذیر می‌کند و آنها را در معرض انواع اختلال‌های روانی، اجتماعی و رفتاری قرار می‌دهد. همچنین نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که علاوه بر روابط خانوادگی مثبت، روابط اجتماعی غنی با سایر نهادها نیز باعث حفظ سلامت روان و جبران خستگی حاصل از اشتغال و وظایف مضاعف می‌شود. همسو با این نظر، دورکیم معتقد است که احساس تعلق و وابستگی اجتماعی از مزایای زندگی اجتماعی است که اساس و بنیان تعریف سلامت اجتماعی را ساخته است (به نقل از مستی و فخرایی، ۱۳۹۳). بنابراین، سلامت اجتماعی به جای جدا کردن انسان‌ها از هم، نوعی وحدت بین آنها به وجود می‌آورد. سلامت اجتماعی نقش محافظت‌کننده در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشارآور منفی زندگی حمایت می‌کند (مستی و فخرایی، ۱۳۹۳). همسو با این نظرات، لطیفی و موحدی (۱۳۹۴) در پژوهش خود گزارش کردند که سلامت اجتماعی بر

1. Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O.

کیفیت زندگی کارکنان تأثیر مثبت و معنادار داشت.

سلامت شغلی به عنوان دومین مؤلفه اصلی ارتباطی اثرگذار بر سلامت روان در پژوهش حاضر به موضوعات رضایت شغلی، پیشرفت در کار و ارضای روانی افراد از کار می پردازد. اشتغال زن با ایجاد دگرگونی های بنیادی در ساخت شغلی جامعه، نظام ارزش های سنتی، توزیع نقش ها و پایگاه های زن و مرد، آثاری بر خانواده و سلامت زن برجا گذارده است. (زنجانی، ۲۰۱۰) مطالعات بسیار زیادی در زمینه بررسی پیامدهای مثبت و منفی اشتغال بر سلامت روان زنان انجام گرفته است، نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که نگرش شغلی، مسئولیت های کاری، خلاقیت ها در محیط کار، سرزندگی در شغل و نوع روابط شغلی زیرمؤلفه های تعیین کننده سلامت شغلی بود که بر سلامت روان اثر مستقیم داشت. برخی از شرکت کنندگان بدون هدف قبلی و یا شناخت دقیق از شغل در مسیر انتخاب شغل قرار گرفته و برخی به صورت هدفمند وارد شغل خود شده بودند، اما آنچه بین همه آنها اشتراک داشت رسیدن به یک حالت رضایت و علاقه مندی شغلی بود. همگی معتقد بودند که این اشتیاق، سبب تجدید قوای روزانه آنها می شود. همسو با این نظر، نظریه سرایت در توصیف نگرش شغلی بیان می کند که خوشنودی شغلی می تواند به سایر ابعاد زندگی فرد تسری پیدا کند (کیز، ۱۹۹۸).

از طرفی، بسیاری از اظهارات بیانگر تأثیر حرفه ای بودن و افزایش دامنه اطلاعات و آگاهی در پست شغلی بود به گونه ای که افراد معتقد بودند هرگونه صرف هزینه یا زمان در یادگیری مهارت های شغلی، سبب بهره بری در شغل و افزایش احساسات مثبت روانی از جمله اعتماد به نفس و ریسک پذیری آنها در محیط کار و بیرون از محیط کار شده است. همسو با این عقیده، نتایج پژوهش لورینگ و سلمر<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) نشان داد تصمیم گیری های شغلی باعث احساس اثرمندی و افزایش دامنه نفوذ بر محیط می شود. در تبیین اثر خلاقیت در محیط کار بر سلامت روان، صاحب نظرانی چون راجرز (۱۹۶۱) مزلو (۱۹۶۸) و رولومی (۱۹۷۵) دارد معتقدند که آفرینندگی و خلاقیت به معنای خودشکوفایی و تکامل نفس انسان سالم است (به نقل از پیرخانفی، ۱۳۹۱). تحقیقات بسیاری نیز در تأیید تأثیر مثبت خلاقیت در

1. Keyes, C. L. M.  
2. Lauring, J., & Selmer, J.



سلامت روان انجام شده است (ر.ک.، خسروانی و گیلانی، ۱۳۸۶؛ چاوز ایکل، ۲۰۰۶). سرزندگی و نشاط شغلی که حاصل مهارت‌های ارتباطی مؤثر است به عنوان زیرمقوله اثرگذاری دیگر در حفظ یا ارتقای سلامت روان زنان شاغل پژوهش حاضر معرفی شد. محیط شغلی به عنوان دومین محیط فیزیکی پراهمیت در زندگی اجتماعی افراد است. چنین محیطی اگر سرشار از جو روانی حمایت‌کننده با روابطی سازنده باشد افراد را به سوی ارتقای سلامت روان و کاهش هر نوع تنش و فشار سوق خواهد داد. همسو با این نتیجه، مطالعاتی حاکی از ارتباط بین زیرمؤلفه‌های نگرش مثبت به شغل، شادکامی و نشاط کلی، رضایت از محیط شغلی، رضایت از روابط با همکاران، سلامت روان و امید به زندگی طولانی‌تر است (هاشمی نظری، خسروی، فقیه‌زاده و اعتمادزاده، ۱۳۸۶؛ کاهه و هیودی، ۱۳۹۱).

آخرین درون‌مایه اصلی مستخرج از نظر شرکت‌کنندگان، سلامت معنوی بود. برای اولین بار در منشور سلامت بانکوک، به بعد سلامت معنوی اشاره و تأکید شد. پژوهش‌ها نشانگر آن است که اموری همچون باورهای مثبت، احساس راحتی و قدرت حاصل از مذهب، مراقبه و نیایش می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد (هاوکز، هال، تالمان و ریچینز، ۱۹۹۵). دین از طریق برقراری نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌ها برای به دست آوردن شایستگی‌های یادگرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی نقش مؤثری در بروز پیشگیری از مشکلات اجتماعی، اخلاقی، سلامت جسمانی و بهداشت روانی دارد (عنایت و غفاری، ۱۳۹۷). شرکت‌کنندگان در توصیف اثر معنویت در حفظ سلامت روان خود به ارتباط با خدا، ارتباط با جهان هستی و ارتباط با دیگران اشاره داشتند. در تبیین این دستاورد می‌توان به اثر دین‌داری بر تعهد در روابط اشاره کرد؛ تعهدی که با ارتباط بهتر، شاد بودن و رفتار سازنده‌تر در طی مشکلات تعریف می‌شود (محمدی، زهراکار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۳). همسو با این یافته‌ها راسل معتقد است که معنویت و سلامت معنوی می‌توانند روزانه به شیوه‌های مختلف تظاهر کنند؛ تبادلات با دیگران، تعاملات معنوی مشخص به وسیله عشق، احترام، اعتماد، صداقت و درستکاری، یکپارچگی فداکاری و دلسوزی، تجربیاتی در مورد طبیعت که احساس نزدیکی و اتحاد با دنیای طبیعی را ایجاد کند، ارتباط با ارواح جدا شده از جسم،

1. Chavez -Eakle, RA.

2. Hawks, SR., Hull, ML., Thalman, RL., & Richins, PM.

ارتباط غیر شخصی با برخی نیروهای برتر یا قدرتی که جهان را هدایت می‌کند یا با یک خدایی که فرد را می‌شناسد و از او مراقبت می‌کند (به نقل از امیدواری، ۱۳۸۷).

شرکت‌کنندگان از طریق ارتباط خالص با خدا و انجام فرامین دینی، ارتباط با طبیعت و هوشمند تلقی کردن جهان هستی، خود را عنصری فعال در این جهان دانستند. همچنین از طریق ارتباط با سایر افراد با نگاه فرصتی برای گره‌گشایی از مخلوقات خدا توانسته بودند سلامت روان خود را حفظ کنند و یا ارتقا دهند. همسو با این طرز تلقی ها هاوکس و همکارانش در یک مطالعه مروری نشان دادند که داشتن معنا و هدف در زندگی، خودآگاهی، اتصال به خود، دیگران و یک واقعیت برتر از اجزای سلامت روان است. (هاوکز، هال، تالمان و ریچینز، ۱۹۹۵) افرادی که قالب‌های مذهبی قوی و با ثبات دارند، ممکن است یک منبع فناپذیر معنادهی در هسته زندگی خود داشته باشند. برای چنین افرادی یک منبع قدرت یا تقدس بالا تبدیل به نیرویی سازمان یافته می‌شود که فرد را به سوی سودمندی در زندگی هدایت می‌کند (غفاری، ۱۳۹۹). نقش مذهب در حفظ ارتباطات، دوستی‌ها و ابزارهای روانی برای مقابله و تطابق با موضوع‌های زندگی روزانه بسیار مهم است (حاجی‌زاده، میمندی و برغمندی، ۱۳۸۹). به نقل از غفاری، (۱۳۹۹). امروزه تحقیقات بسیاری بر وجود رابطه معنی‌دار بین سلامت معنوی و سلامت روان گزارش کردند (صفایی‌راد، کریمی، شوموسی و احمدی، ۱۳۸۹؛ محمدی، غلامرضایی و عزیز، ۱۳۹۴). توجه به وضعیت سلامت روان زنان چندنقشی، تبدیل به موضوع تحقیقات چند دهه اخیر شده است. این در شرایطی است که در صدر اسلام، دین مبین با نگاهی کمال خواهانه به هر دو جنس، محدودیتی برای فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و رشدی زنان قائل نشده و زنان را مالک دارایی‌ها و اموال خود معرفی کرده است. (ر.ک.، نساء: ۷ و ۳۲) زنان الگوی مسلمان از جمله حضرت خدیجه و حضرت فاطمه علیها السلام همواره به عنوان مهره‌های مؤثر اجتماعی و اقتصادی در شرایط بحرانی مانند پرستاری زنان مسلمان از مجروحان در جنگ، همراهی در مهاجرت، بیعت مستقیم با پیامبر به عنوان رهبر و حاکم (نوری، ۱۳۹۰) و یا مشارکت و اثرگذاری بر شرایط اقتصادی مانند فعالیت‌های تجاری حضرت خدیجه علیها السلام، وقف فدک و موکول شدن اداره آن به حضرت فاطمه علیها السلام و... (قبادی و آقانوری، ۱۳۹۴) در



نقش های چندگانه خود در تاریخ درخشیدند. یافته های پژوهش حاضر نیز نشان داد که زنان چندنقشی شرکت کننده در پژوهش حاضر برای مقابله با مشکلات متعدد حاصل از چندنقشی بودن، مجهز به راهکارهای مؤثر و عادات ارتباطی موفقی برای دستیابی و ارتقای سلامت روان بودند.

باتوجه به گسترش روزافزون مشکلات جسمی، روانی و ارتباطی حاصل از فشار چندنقشی بودن زنان، شناخت ویژگی ها و خصیصه های رفتاری و روانی زنانی که موفق به اجرای مؤثر و هم زمان سه نقش مهم همسری، مادری و اشتغال خود شده و آسیبی به سلامت روان خود وارد نکردند، ضروری است. پیشنهاد می شود تأثیر هر کدام از این عوامل به صورت کمی یا کیفی بر روی عملکرد سه نقش مهم زنان چندنقشی در سایر اقوام و خرده فرهنگ های ایرانی سنجیده شود. در این مطالعه به اقتضای ماهیت تحقیقات کیفی، نمونه کوچک و هدفمندی از جامعه بررسی شد. از جمله محدودیت های دیگر تحقیق حاضر محدودیت در دسترسی به زنان مورد نظر بود؛ زیرا هماهنگ کردن زمان مصاحبه با شرکت کنندگان از نظر گستردگی در وظایف و نقش آنها با صرف وقت و پیگیری بیشتری انجام شد. امید است که پژوهش حاضر منجر به اولویت قرار دادن وضعیت سلامت روان زنانی شود که عهده دار مهمترین نقش های خرد و کلان جامعه هستند.

### فهرست منابع

- \* قرآن کریم (۱۳۸۰). مترجم: الهی قمشه ای، مهدی. قم: دفتر مطالعات تاریخ و معارف اسلامی.
۱. احمدی، بتول، و باباشاهی، سعیده (۱۳۹۱). مدیریت سلامت زنان: توسعه سیاست ها و تحقیقات و خدمات. نشریه رفاه اجتماعی، ۱۲ (۴۷)، ۲۹-۵۹.
۲. امیدواری، سپیده (۱۳۸۷). سلامت معنوی؛ مفاهیم و چالش ها. نشریه پژوهش های میان رشته ای قرآنی، ۱۱ (۱)، ۵-۱۸.
۳. آزاد، حسین (۱۳۹۵). روان شناسی سلامت. تهران: انتشارات بعثت.
۴. براتی، مجید، افسر، علی، و احمدپناه، محمد (۱۳۹۱). مهارت های ارتباطی شاغلین حرفه های پزشکی شهرستان بهار در سال ۱۳۸۹. نشریه پزشکی بالینی ابن سینا، ۱۹ (۱)، ۶۲-۶۹.
۵. پیرخانفی، علیرضا (۱۳۹۱). ارتباط مؤلفه های فراشناختی خلاقیت با سلامت روان در دانشجویان. نشریه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی، ۱ (۲)، ۱۰۱-۱۱۲.
۶. ترکمن، سولماز، و فتحی، سروش (۱۳۹۵). تحلیل اثرهای اشتغال زنان بر کیفیت زندگی آنان. نشریه علمی-پژوهشی زن و جامعه، ۷ (۲۸)، ۱۳-۲۶.
۷. حدادی، مهدی، کلدی، علیرضا، سجادی، حمیرا، و صالحی، مسعود (۱۳۹۰). ارتباط رده شغلی و سلامت روان در زنان شاغل. نشریه رفاه اجتماعی، ۱۱ (۴۰)، ۱۰۷-۱۲۷.
۸. خاتمی، سارا، و آصف زاده، سعید (۱۳۸۶). مهارت های ارتباطی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی قزوین با بیماران. نشریه علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۱ (۳)، ۷۹-۸۱.



۹. خسروانی، سولماز، و گیلائی، بیژن (۱۳۸۶). خلاقیت و سلامت روان. *نشریه روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳۷(۲)، ۶۵-۸۳.
۱۰. خضری، سیده خدیجه، و ارجمندسیاهیوش، اسحق (۱۳۹۳). مقایسه میزان رضایت از زندگی زناشویی زنان شاغل و خانه‌دار و عوامل مؤثر بر آن در شهر ایزده. *نشریه مطالعات توسعه اجتماعی ایران*، ۴(۶)، ۹۷-۱۰۵.
۱۱. خلیلی ورنکشی، امیر (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت روانی کبیر (فرم کوتاه - ۱۴ گویه‌ای) و رابطه آن با پرسش‌نامه شادکامی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
۱۲. زمانی، احمد رضا، شمس، بهزاد، فرج‌زادگان، زیبا، و طبیبیان، سیده مریم (۱۳۸۲). اعضای هیئت علمی بالینی درباره آموزش مهارت‌های ارتباطی به دانشجوی چگونه فکر می‌کنند. *نشریه ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۹(۱۴)، ۴۴-۴۹.
۱۳. شمشیرگران، مرضیه، و همایی، رضوان (۱۳۹۷). بررسی رابطه مهارت‌های ارتباطی و مؤلفه‌های آن با دلزدگی زناشویی در کارکنان متأهل شرکت ملی حفاری استان خوزستان. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*، ۱۷(۱)، ۱۱۱-۱۳۴.
۱۴. صفایی راد، ایرج، کریمی، لطف‌اله، شموسی، نعمت‌اله، و احمدی طهور، محسن (۱۳۸۹). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان در دانشجویان. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*، ۱۷(۴)، ۲۷۴-۲۸۰.
۱۵. عنایت، حلیمه، و غفاری، داریوش (۱۳۹۷). کندوکاوی در سیستم معانی ذهنی مدیران و درمانگران زنان مصرف‌کننده مواد مخدر در استان کرمانشاه. *نشریه زن و جامعه*، ۲(۹)، ۲۱۱-۲۲۳.
۱۶. غفاری، داریوش (۱۳۹۹). معنایابی سلامت اجتماعی سالمندان. *نشریه پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده*، ۱(۱)، ۱۵۹-۱۸۶.
۱۷. قاسمی، فرزانه، ابراهیمی، امرله، و سموعی، راحله (۱۳۹۷). مروری بر شاخص‌های سلامت روان در مطالعات داخلی. *نشریه دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۶(۴۷)، ۲۰۹-۲۱۵.
۱۸. قبادی، حسینی، و آقائوری، نعیمه (۱۳۹۴). تحلیل عناصر ادبیات و جلوه‌های فرهنگ‌پایداری در خطبه فدک. دهمین همایش بین‌المللی ترویج زبان و ادب فارسی. دانشگاه محقق اردبیلی.
۱۹. کاهه، داود، و هیودی، طیبه (۱۳۹۱). رضایت شغلی و سلامت روان. *نشریه پایش*، ۱۱(۳)، ۳۹۱-۳۹۷.
۲۰. گرمارودی، غلامرضا، و وحدانی‌نیا، مریم سادات (۱۳۸۵). سلامت اجتماعی؛ بررسی میزان مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان. *نشریه پایش*، ۲(۵)، ۱۴۱-۱۴۷.
۲۱. گنجی، حمزه (۱۳۹۶). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات ارسباران.
۲۲. لطیفی، غلامرضا، و موحدی، امین (۱۳۹۴). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی شهر تهران. *نشریه پژوهش‌نامه مددکاری اجتماعی*، ۲(۵)، ۱۰۹-۱۴۰.
۲۳. محمدی، بهناز، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، و شاکرمی، محمد (۱۳۹۳). بررسی نقش دینداری و ابعاد آن در پیش‌بینی تعهد زناشویی کارکنان سازمان بهزیستی خراسان شمالی. *نشریه دین و سلامت*، ۲(۱)، ۱۵-۲۴.
۲۴. محمدی، جواد، غلامرضایی، سیمین، و عزیزی، امیر (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های دولتی تبریز در سال ۱۳۹۳. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)*، ۲(۶)، ۱۰۸۰-۱۰۸۷.
۲۵. مستی، الهام، و فخرایی، سیروس (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان (مورد مطالعه زنان شهر مراغه). *نشریه مطالعات جامعه‌شناسی*، ۶(۲۴)، ۱۱۷-۱۳۳.
۲۶. موحدی، بهناز (۱۳۸۰). *زنان، توسعه و تعدد نقش‌ها*. مجموعه مقالات، تهیه و تنظیم مرکز امور مشارکت زنان. تهران: انتشارات برگ زیتون.
۲۷. میریها، منیرالسادات، و محسنی، سونا (۱۳۹۰). مقایسه رضایت خانوادگی و سلامت روان زنان شاغل در دو بخش پروازی و غیرپروازی شرکت هواپیمایی جمهوری اسلامی ایران (هما). *نشریه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۲(۹)، ۲۲۵-۲۰۹.
۲۸. میلانی‌فر، بهروز (۱۳۹۶). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات قومس.
۲۹. نظری، علی محمد (۱۳۹۲). *مبانی زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی*. تهران: نشر علم.
۳۰. نعیم‌اوی، مجید، البوعلی، هیام، و منصور، غلامرضا (۱۳۹۸). بررسی و مقایسه رضایت زناشویی و سلامت روان زنان شاغل در کارگاه‌های بسته‌بندی خرما و زنان خانه‌دار شادگان. *نشریه جامعه‌شناسی فرهنگی*، ۱(۱)، ۲۳-۳۲.
۳۱. نوری، اعظم (۱۳۹۰). بررسی اشتغال زنان از دیدگاه اسلام. *نشریه مطالعات قرآنی‌نامه جامعه*، ۸۵، ۱۶-۱۹.
۳۲. ویلکینسون، ریچارد، و مارموت، ام‌جی (۱۳۸۴). *تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت*. مترجم: زارع، محمد، و

زهراوی، فرحناز، تهران: سیمین دخت.

۳۳. هاشمی نظری، سیدسعید، خسروی، جلال،، فقیه‌زاده، سقراط،، و اعتمادزاده، سیدحسین (۱۳۸۶). بررسی سلامت روان کارکنان سازمان آتش‌نشانی با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در سال ۱۳۸۴. نشریه پزشکی حکیم، ۱۰(۲)، ۵۶-۶۴.

34. Annandale, E., & Hunt, K. (2000). *Gender Inequalities in Health: Research at the Crossroads*. In E. Annandale and K. Buckingham: Open University Press.
35. Barnlund, D. (2008). *A transactional model of communication*. New Jersey: Transaction.
36. Chavez -Eakle, RA. (2006). Carmen LM. Cruz FC. Personality: A possible bridge between creativity and psychopathology. *Creative Res J*, 18, 27 -38.
37. Cooper, C. L., & Pervin, L. A. (1998). *Personality: Critical concepts in psychology*. New York: Routledge.
38. Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish Children. *Journal of Affective Disorders*, 134, 176 -168.
39. Hattar -Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H. (2003). Multiple role stress and patterns of coping of Egyptian women in clerical jobs. *Journal of Transcultural nursing*, 14(2), 125 -133.
40. Hawks, SR., Hull, ML., Thalman, RL., & Richins, PM. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 9, 371 -378
41. Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization.
42. Hewlett, S. A., & Luce, C. B. (2006). Extreme jobs: The dangerous allure of the 70 -hour workweek. *Harvard Business Review*, 84, 49-59.
43. Jacques, HAK. (2008). *Young women constructing identities: Multiple subject positions and the superwoman ideal*. University of Calgary: Library and Archives of Canada. Available: [http://www.worldcat.org/title/young-women-constructing-identities-multiple-subject-positions-and-the-superwoman-ideal/oclc/669240946&referer=brief\\_results](http://www.worldcat.org/title/young-women-constructing-identities-multiple-subject-positions-and-the-superwoman-ideal/oclc/669240946&referer=brief_results).
44. Joshi, h. (1996). *combing Employment and child reaning, pursuit of quality of life. Ed Avner offer. In pursuit of the quality of life*. Oxford: Blackwell
45. Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 2(43), 207 -222.
46. Keyes, C. L. M. (1998). Social well -being. *Social psychology quarterly*, 121 -140.
47. Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2004). Social well -being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 15(3), 350 -372.
48. Keyes, Sh. (2004). *Mental hggien*. New Jersey: Englewood chiffs.
49. Lauring, J., & Selmer, J. (2010). The Supportive Expatriate Spouse: An Ethnographic Study of Spouse Involvement in Expatriate Careers. *International Business Rev*. 19(1), 59 -69.
50. Marks, S. R., Huston, T. L., Johnson, E. M., & MacDermid, S. M. (2001). Role balance among white married couples. *Journal of Marriage and Family*, 63(4), 1083 -1098.



51. Powell, G. N., Greenhaus, J. H., Allen, T. D., & Johnson, R. E. (2019) 'Introduction to Special Topic Forum Advancing and Expanding Work -Life Theory from Multiple Perspectives', *Academy of Management Review*, 44(1), 54 -71
52. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). *No health without mental health*. The lancet, 370 (9590), 859- 878.
53. Sperber, D., & Wilson, D. (2007). *Relevance: Communication and Cognition*. Oxford: Blackwell
54. Stewart, A. J., & Salt, P. (1981). Life stress, life -styles, depression and illness in adult women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(6) 1063 -1069.
55. Sumra, MK., & Schillaci, MA. (2015). Stress and the Multiple -Role Woman: Taking a Closer Look at the "Superwoman". *Plops ONE*, 10 (3), e0120952. Doi: 10. 1371/journal.
56. Williams, J. C., & Segal, N. (2003). Beyond the maternal wall: Relief for family caregivers who are discriminated against on the job. *Harvard Women's Law Journal*, 26, 77-162.
57. Woods -Giscombé ( 2010). Superwoman Schema: African American women's views on stress, strength and health. *Qual Health Res*, 20(5), 668-683. Doi: 10. 1177/1049732310361892 PMID: 20154298
58. World Health Organization (2019). *Mental Health: A State of Well -Being*. Available online: www. Who. Int/features/factfiles/mental\_health/en
59. Zanjani, H. (2010). The effect of influencing the employment of women in Mashhad. *Journal of Contemporary Sociology*, 2(2), 49-59.