

### تعیین مؤلفه‌های ارتباطی زنان چندنقشی دارای سلامت روان

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

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف کشف مؤلفه‌های ارتباطی زنانی چندنقشی دارای سلامت روان به‌روشنایی 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 پرسش‌نامه سلامت روان انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری گردید. تحلیل داده‌ها به‌روش کدگذاری انجام و سه مؤلفه ارتباطی اصلی با یازده مقوله شناسایی شد که عبارتند از: درون‌مایه سلامت اجتماعی با سه زیرمقوله (ارتباط با همسر، ارتباط با فرزندان، ارتباط با نهادها)؛ درون‌مایه سلامت شغلی با پنج زیرمقوله (نگرش شغلی، مسئولیت‌های شغلی، خلاقیت و نوآوری در کار، سرزندگی شغلی و روابط شغلی) و درون‌مایه 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:Leilareisy@gmail.com)

\* این مقاله حاصل رساله دکتری مریم نصرتی بیگزاده رشته مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی است که با اخذ کد اخلاق به شماره

۱۳۹۸. ۵۵۲ IR. ARUMS. REC. 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>۱</sup>, Hussein Ghamari Givi<sup>۲</sup>,  
Ali Rezaei Sharif<sup>۳</sup>, Ali Sheikholeslami<sup>۴</sup>, Leila Raeisi<sup>۵</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 ۲۲ 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:** ۰۳/۱۰/۲۰۲۰ **Data Revised:** ۲۹/۰۱/۲۰۲۱ **Data Accepted:** ۰۹/۰۲/۲۰۲۱

۱. 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

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

Email: h\_ghamarigivi@yahoo. com

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

Email: rezaeisharif@uma. ac. ir

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

Email: a\_sheikholslami@yahoo. com

۵. 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 ایجاب می‌کند. (زنجانی<sup>۱</sup>، 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 به‌طور هم‌زمان و تمام‌وقت، چند نقش مهم همسری، مادری، اشتغال و خانه‌داری را انجام می‌دهند (وودز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

ترکیب نقش‌های شغلی و خانوادگی، مستلزم توان بیشتر از سوی زنان شاغل است تا از فشار روانی که ناشی از برخورد نقش‌هاست، 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 به‌دست 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 به‌دلیل گرایش در تغییر ماهیت نقش‌های جنسیتی، ساختار خانواده‌ها و شغل در طی پنج‌دهه گذشته گسترش یافته است. (پاول، گرین‌هوز، آلن و جانسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹) برای چندین دهه، محققان موضوعاتی را که مادران در نیروی کار با آنها روبه‌رو هستند، مطالعه کرده‌اند (هیولت، لوک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶؛ ویلیامز، سیگال<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳). با وجود نگرانی فزاینده و گمانه‌زنی‌های قابل توجه در مورد پیامدهای افزایش

۱. Zanjani, H.

۲. Woods -Giscombé

۳. Powell, G. N., Greenhaus, J. H., Allen, T. D., & Johnson, R. E.

۴. Hewlett, S. A., & Luce, C. B.

۵. Williams, J. C., & Segal, N.

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 و اسپچلاکی،<sup>۱</sup> ۲۰۱۵). در غرب، مشارکت زنان در نقش‌های متعدد به‌عنوان ویژگی اصلی هویت زن در نظر گرفته شده است (جاگوز،<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 روان‌پزشکی خود در مورد مادران متأهل و شاغل که از اداره نقش‌های چندگانه خود رضایت نداشتند، دریافتند 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. به‌طوری‌که 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 اسپچلاکی، ۲۰۱۵)؛ به‌معنای دیگر، چندنقشه بودن نمی‌تواند اثر مثبت یا منفی در سلامت روان افراد داشته باشد. در سال‌های اخیر با افزایش حضور زنان در عرصه‌های اقتصادی و اجتماعی، پژوهش‌ها بر پیامدهای مثبت یا منفی چندنقشی بودن زنان بر سلامت روان آنها تمرکز

۱. Sumra, MK., & Schillaci, MA.  
۲. Jacques, HAK.  
۳. Hattar -Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H.  
۴. Stewart, A. J., & Salt, P.

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،<sup>۱</sup> 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<sup>۲</sup>، 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،<sup>۳</sup> 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 طبایان، 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 مک‌درمید،<sup>۴</sup> ۲۰۰۱).

۱. Keyes, C. L., & Shapiro, A. D.

۲. Barnlund, D.

۳. Sperber, D., & Wilson, D.

۴. Marks, S. R., Huston, T. L., Johnson, E. M., & MacDermid, S. M.

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 مهارت‌های اجتماعی آنها رفتارهایی است که فرد را قادر به تعامل مؤثر و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند و بیانگر سلامت اجتماعی<sup>۱</sup> و رفتاری آنهاست. این مهارت‌ها 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 می‌شود. (گرمارودی، وحدانی‌نیا، ۱۳۸۵) در مطالعه کبیز بر اهمیت تکثر نقش‌ها و تأثیر مثبت آن در ارتقای سلامت اجتماعی زنان تأکید شده است (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). در مطالعه‌ای، طبقه اجتماعی، انزوای اجتماعی، داشتن کار، بیکاری و تأثیر منفی آن بر سلامت و برخورداری از حمایت اجتماعی به‌عنوان تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی در جوامع مدرن معرفی شده است (ویلکنسیون و مارموت، ۱۳۸۴).

باتوجه به اینکه داشتن سه نقش هم‌زمان همسری، مادری و اشتغال اقتضای زندگی امروز است، حفظ و بهبود کارکردهای نقشی از ضرورت‌های زندگی زنان امروزی است. بنابراین، توجه به ابعاد مختلف رفتار زنی که با داشتن چندین نقش، قادر به حفظ سلامت روان خود است، می‌تواند هدف پژوهش‌های متعدد قرار گیرد. تحقیقات مختلفی وضعیت سلامت روان زنان چندنقشی را بررسی کرده‌اند، اما کمتر پژوهشی سبک ارتباطی و رفتارهای اجتماعی زنان چندنقشی برخوردار از سلامت روان را تبیین نموده است. به‌نظر می‌رسد یکی از بهترین و واقع‌گرایانه‌ترین راه‌ها برای دستیابی به اطلاعات در زمینه راهکارهای حفظ و ارتقای سلامت روان، استفاده از تلاش‌ها و تجارب شخصی زنانی است که با مسائل و مشکلات چندنقشی بودن مواجه هستند. هدف از مطالعه کیفی حاضر، دسترسی به مؤلفه‌های ارتباطی زنانی است که با وجود داشتن چندین نقش، قادر به حفظ و ارتقای سلامت روان خود بودند.

## 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 به‌طور متعادل

۱. Social Health

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 اجتماعی<sup>۱۴</sup> و پذیرش اجتماعی<sup>۱۵</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 توانایی‌هایش را

- 
۱. World Health Organization
  ۲. Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (
  ۳. Prince, M., & et al
  ۴. Keyes, C. L.
  ۵. Self-acceptance
  ۶. personal growth
  ۷. purpose in life
  ۸. positive relations with others
  ۹. Autonomy
  ۱۰. Environmental mastery
  ۱۱. social integration
  ۱۲. social contribution
  ۱۳. social coherence
  ۱۴. social actualization
  ۱۵. social acceptance

بازمی‌شناسد، قادر است با استرس معمولی زندگی سازگاری پیدا کند، از نظر شغلی مفید و سازنده باشد و در نهایت به‌عنوان بخشی از جامعه مشارکت و همکاری کند» (آزاد، ۱۳۹۵). روان‌تحلیل‌گران معتقدند که سلامت روان زمانی حاصل می‌شود که «من» با واقعیت سازگار شده و تکانش‌های غریزی نهاد کنترل شود. نظریه روان‌تحلیل‌گری، سلامت روان را میانجی‌گری درست و منطقی بین دو قدرت نهاد و من برتر تلقی می‌کند (میلانی‌فر، ۱۳۹۶). براساس دیدگاه عصب‌شناسی، سلامت روانی عبارت است از: «فیزیولوژیک عصب‌شناختی متعادلی که خوب کار می‌کند و اگر تعادل به‌هم 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 (میلانی‌فر، ۱۳۹۶). در مکتب انسان‌گرایی، سلامت روانی عبارتند از: حالات کسی که از نظر نیازهای بنیادی آن‌قدر 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 دو رویکرد 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 تفکیک‌کارکردی نقش زنان و مردان و تأکید وی بر لزوم عدم اشتغال زنان خانه‌دار می‌توان از فرضیه‌های تکثر نقش<sup>۱</sup>، تضاد نقش<sup>۲</sup>، فشار بار اضافی نقش<sup>۳</sup>، فرضیه کم‌یابی<sup>۴</sup> و فرضیه فشار نقش<sup>۵</sup> نام برد. هریک از این فرضیه‌ها به‌نوعی حکایت از این دارند که زنانی که به کار در ازای دستمزد می‌پردازند بیشتر احتمال دارد به دلایلی چون حجم

۱. Role Multiple
۲. Role Conflict
۳. Role Overload
۴. Scarcity Hypothesis
۵. Role Strain Hypothesis



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 صرف‌نظر 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 به‌وسیله او تعیین شده و همین خود یک اهرم قدرتی است که به‌طور 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 به‌واسطه نقشی که به‌عنوان 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 بچه‌دار 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 ساخت خانواده می‌شود. 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 می‌شود (موحدی، ۱۳۸۰). در چارچوب مدل‌های رویکرد مثبت به فرضیه اعتلای نقش<sup>۱</sup>، نظریه بسط نقش<sup>۲</sup> و فرضیه تجمع نقش<sup>۳</sup> می‌توان استناد کرد که طی آن نقش اشتغال که به‌عنوان نقش جدیدی به

---

۱. Role Enhancement  
۲. Role Expension  
۳. Role Accumulation

نقش‌های سنتی زنان اضافه شده است به‌عنوان امری مثبت و پرفایده در نظر گرفته می‌شود. در اینجا مکانیزم تأثیرگذاری مثبت نقش اشتغال از طریق عزت نفس افزایش یافته، درآمد بیشتر، کسب حمایت اجتماعی گسترده‌تر (که با اشتغال در ازای درآمد همبسته است) برای ارتقای سلامت زنان مورد تأکید است (قاسمی، و همکاران، ۱۳۹۷).

آربر<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) یادآور می‌شود که اشتغال به کار زنان را باید هم به‌عنوان نقشی دیگر و هم به‌عنوان متغیری ساختاری در نظر گرفت. اشتغال به‌عنوان نقشی اضافه شده می‌تواند دربردارنده تعهدات و مسئولیت‌های بیشتر باشد، اما از سوی دیگر، زنان با جایگاهی که در بازار کار احراز می‌کنند، پاداش می‌گیرند و این امر حکایت بیشتر آنها را بر منابع مالی به‌دنبال دارد و به آنها این فرصت را می‌دهد که بتوانند به‌نحو 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 می‌کند که در آنها فرضیات بار اضافی نقش و اعتلای نقش با یکدیگر انسجام یافته‌اند (به نقل از حدادی، و همکاران، ۱۳۹۰). شایان توجه است که بررسی‌های 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>۲</sup> (۲۰۰۰) با مروری بر تحقیقات دهه مذکور با اهمیت ترکیب نقش‌های متعدد، اهمیت یافتن کیفیت ایفای هر نقش به‌تنهایی را - به‌عنوان عوامل تأییدکننده یا پیش‌بینی‌کننده سلامت زنان - مورد تأکید قرار داده‌اند.

نتایج تحقیقات مرکز امور مشارکت زنان نشان می‌دهد که زنان در اداره امور خانه و شغلشان استانداردهای شخصی بالایی برای خود قرار می‌دهند. در واقع این ضروریات را می‌توان 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، می‌توان گفت که تعارض نقش در زنان از دو منبع استانداردهای زنان برای خود و استانداردهایی که فکر می‌کنند دیگران برای آنها دارند، سرچشمه می‌گیرد. همچنین زنان استرس بیشتری را در تعارض نقش‌های خانوادگی و شغلی نسبت به مردان دارند؛ زیرا زنان شاغل گرایش دارند سبک زندگی خود را با نقش

۱. Arber

۲. Annandale, E., & Hunt, K.

مادری و همسری سازگار کنند. بنابراین، این زنان با استفاده از یک طیف راهبردهای خلاق، مبادرت به این سازگاری می‌کنند و به‌صورت موازی، تقاضاهای شغلی را نیز پاسخ می‌گویند. (احمدی و باباشاهی، ۱۳۹۱) اشتغال زنان باعث افزایش شناخت نسبت به خود که یکی از پایه‌های عمده سلامت روان است، می‌شود و منابع گوناگونی برای احساس رضایت در خود و دریافت پاداش را ایجاد می‌کند. بنابراین، زنان شاغل امکان انجام فعالیت‌های مقبول و ارزشمند اجتماعی را به‌سبب افزایش عزت نفس پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، ارتباطات کاری سبب حمایت اجتماعی و افزایش قدرت نفوذ در خانواده می‌شود (ترکمن و فتحی، ۱۳۹۵) که خود سبب بهبود سلامت است. با توجه به اینکه در کشور ایران، اشتغال زنان روند روبه‌رشدی را طی می‌کند سؤالی که مطرح می‌شود این است که زنان چندنقشی شهر تبریز با توجه به شرایط فرهنگی خاص منطقه به‌کمک چه ویژگی‌ها و مؤلفه‌های ارتباطی می‌توانند از پس فشار مضاعف نقش‌های 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 به‌روش غیرآزمایشی از نوع روش کیفی تحلیل محتوا استفاده شد. براساس تحلیل محتوای مرسوم، تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات انجام شد. در این روش، کدها به‌طور مستقیم و به‌صورت استقرایی از داده‌های خام استخراج شد و از طریق فرآیند سیستماتیک و شفاف هشت مرحله‌ای، کدها و تم‌ها 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 پرسش‌نامه سلامت روان ( $MHC-SF^1$ ) وارد پژوهش شدند. افراد نمونه به تعداد ۲۲ نفر به‌روش نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به اشباع نظری در مصاحبه‌ها انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان با بیشترین تنوع در شغل، وضعیت درآمد، تعداد و سن فرزندان انتخاب شدند.

۱. Mental Health Continuum -Short Form

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، گرافیسیت، 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>۱</sup> جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری و نیمه‌ساختاریافته انجام گرفت و رضایت آگاهانه برای شرکت و اجازه ضبط محتوای مصاحبه اخذ شد.

### ۳-۳. ابزار پژوهش

#### ۳-۳-۱. مصاحبه نیمه‌ساختاریافته

برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته 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 تکاپذیری<sup>۲</sup> (معادل اعتبار) از روش بازبینی توسط همکار<sup>۳</sup> استفاده شد. به‌طوری‌که مضامین، مقولات 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 بازبینی توسط شرکت‌کنندگان<sup>۴</sup> در حد مقدور انجام شد.

۱. IR. ARUMS. REC. ۱۳۹۸. ۵۵۲

۲. Credibility

۳. Peer Debriefing

۴. Member Checking

تکنیک‌های مثلث‌سازی<sup>۱</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>۲</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>۳</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>۴</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.

### ۳-۲-۳. 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 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، هدفمندی 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

۱. Traingulation  
۲. Researcher Credibility  
۳. Transferability  
۴. Consistency

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 (کیزا، 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 زیر مقوله 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 توقعات را منطقی کنی.
	ارتباط با سایر افراد و نهادها	حفظ مناسبات خانوادگی با وجود رعایت مرزهای درون خانه، عامل مهمی در حفظ سلامت روان است.

سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران تعریف می‌شود. (مستی و فخرایی، ۱۳۹۳)

۱. Keyes, Sh.  
 ۲. Social Health  
 ۳. Occupational health  
 ۴. Spiritual Health

شرکت‌کنندگان معتقد بودند که میزان و کیفیت ارتباط با همسر، فرزندان، خانواده اصلی، دوستان و سایر نهادها در کیفیت سلامت روان آنها نقش تعیین‌کننده دارد. به چند نمونه از اظهارات هر زیرمقوله اشاره می‌شود:

منشی شرکت با سه سال سابقه تأهل: «طی این سال‌ها نیازها و توقعات اصلی همسر را شناختم و می‌تونم تشخیص بدم چی بهانه‌اس و چی خواست اصلیشه. من همیشه نیازهای اصلیشو در الویت قرار می‌دم تا کار به بهانه‌گیری 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 گفت‌وگوی دوتایی داریم. تو فضای خلوت، بدون حضور بچه‌ها از اتفاقات روز تعریف می‌کنیم. این از اول قرار بینمون بود».

یکی از دغدغه‌های اصلی زنان شاغل، نگرانی‌های مربوط به فرزندانشان است. این نگرانی‌ها اگر مورد توجه و واکاوی قرار نگیرد در محیط کار تبدیل به مشغولیت ذهنی مداوم می‌شود که به نوبه خود بر کیفیت کار و کیفیت حضور در خانه و وضعیت سلامت روان آنها تأثیرات جدی می‌گذارد.

ماما با یک فرزند ۵ ساله:

شاید اندازه یک مادر خانه‌دار پیش بچه‌ام نیستم، اما من ساعت‌ها با بچه‌ام بازی می‌کنم. وقتی می‌رسم خونه سعی می‌کنم 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 می‌کنیم، هم من به ورزشم می‌رسم هم اون کلی کیف می‌کنه، موقع آشپزی یه طوری کار می‌کنم که انگار دوتایی داریم آشپزی می‌کنیم، درسته ریخت‌وپاش زیاد میشه و شاید بیشتر از حد معمول طول بکشه، اما ارزششو داره. اینکه بگیرم خسته‌ام و بازی نکنیم به نظرم فقط یک بهانه‌اس برای سلب مسئولیت.

تماس‌های اجتماعی به‌طور قابل توجهی عوارض روانی را برای زنان شاغل و غیر شاغل کاهش می‌دهد. انزوای اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده مهم افسردگی است. شرکت‌کنندگان 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 زیر مقوله حاصل از آن در مؤلفه سلامت شغلی

درون‌مایه اصلی	زیرمقوله	نمونه واحد معنایی
سلامت شغلی	نگرش شغلی	از اینکه گره کار مردم یه گوشه‌اش به‌دست من باز میشه خیلی احساس رضایت دارم.
	مسئولیت‌های کاری	اوایل، وظایف شغلی را خوب نمی‌دونستم و نمی‌تونستم دستورهای نامعقول را تشخیص بدم، هر روز اضطراب داشتم سر کار.
	خلاقیت و نوآوری در کار	قبل اینکه بچه‌ام به‌دنيا بیاد از فراغتم استفاده کرده و سواد و ذخیره علمیم را بالا بردم، چند جا آموزش ضمن خدمت رفتم و مطالعه زیاد می‌کردم.
	سرزندگی شغلی	وقتی با علاقه و اختیار خودت میری سر کار سختی‌های چندنقشه بودن برات آسون می‌شه.
	روابط 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.

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 استخدام 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، واقع‌بینی، 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 جویا میشیم». انتظارات و وظایف شغلی مشخص، یکی از عوامل‌های 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 رضایت‌بخش 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 گوش‌به‌زنگ 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 شغلت اثرگذار هستی و به درد کسی خوردی این باعث میشه انگیزه و رغبتت دوچندان بشه. این احساس در روحیات خودشو نشون می‌ده». ناجی و مربی شنا نیز گفت: «خودم روحیه خودمو حفظ می‌کنم. من در قبال شاگردام وظیفه دارم، حتی اگر ذهنم درگیر مسئله‌ای باشه سر کارم بسیار بشاش و سرحالم، فکر می‌کنم این روحیه به‌خودی‌خود در حل اون مسئله هم تأثیر خودشو بذاره».

### جدول ۳

نمونه واحد معنایی و زیر مقوله حاصل از آن در مؤلفه سلامت معنوی

درون‌مایه	زیر مقوله	نمونه واحد معنایی
سلامت معنوی	ارتباط با خدا	هیچ چیز از چشم خدا پنهان نیست، می‌تونی به او واگذار کنی و نگران نتیجه نباشی.
	ارتباط با جهان هستی	هر اتفاقی دلیل رشد دهنده‌ای دارد. این‌طوری دیگه از آینده نمی‌ترسی.
	ارتباط معنوی با افراد	حتی اگه رقیبم ازم کمک بخواد بهش کمک می‌کنم.

سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است و به‌عنوان فاکتوری حفاظتی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها معرفی می‌شود. (امیدواری، ۱۳۸۷) با آنکه می‌توان از سلامت معنوی به‌عنوان راهبردی موفق و کمک‌کننده در همه مراحل و حوزه‌های زندگی شامل موقعیت‌های پر از استرس و بیماری‌ها و حتی مرگ یاد کرد. در پژوهش حاضر تمام شرکت‌کنندگان اذعان داشتند که معنویت در حل مسائل و چالش‌های زندگی آنها نقش دارد و در زندگی روزانه خود جایگاهی برای معنویت قائل بودند. افراد به شیوه‌های مختلفی از معنویت یاد می‌کردند. این اظهارات در سه دسته ارتباط با خدا، جهان هستی و سایر موجودات مقول‌بندی شد. برای نمونه مدیر ناحیه‌ای از شهرداری گفت: «نماز، خلوت من با خداست، بهم آرامش میده و تنش و خستگی از تنم می‌بره».

بازیگر تئاتر بیان کرد: «من از طبیعت هم انرژی می‌گیرم و معتقدم جهان پر از نشانه برای هدایت منه». مدیر مدرسه اظهار داشت: «با وجود اینکه رقیب محسوب می‌شد، اما وقتی ازم مشورت خواست، تمام تجاربم را به‌عنوان یک مؤسس در اختیارش گذاشتم، معتقدم از هر دستی بدی از دست دیگه پس می‌گیری».

## ۵. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین مؤلفه‌های ارتباطی زنان چندنقشی به‌صورت کیفی و با مصاحبه عمیق از زنانی که با وجود فشار وظایف چندگانه دارای سطحی قابل قبول از سلامت روان بودند، انجام شد. مؤلفه‌های ارتباطی اثرگذار بر سلامت روان شرکت‌کنندگان شامل سه درون‌مایه اصلی سلامت اجتماعی، سلامت شغلی و سلامت معنوی بود. شرکت‌کنندگان 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 گروه‌های اجتماعی به‌درستی بشناسد. شرکت‌کنندگان معتقد بودند که غنی بودن روابط کلامی و عاطفی و جنسی با همسرانشان، نقش مراقبتی در مقابل استرس‌های روزمره داشته و آرامش روان آنها را به‌دنبال داشته است. شرکت‌کنندگان همگی در یک عامل مشترک بودند و الویت اول آنها حول زیرمنظومه زوجی<sup>۲</sup> بود و سایر زیرمنظومه‌های خانوادگی از جمله زیرمنظومه والدی<sup>۳</sup> باوجود اهمیت نقش آن، در رتبه‌های بعدی الویتی قرار داشت. بدین معنی که فرزندان این خانواده‌ها در سنین مختلف، بدین باور رسیده بودند که پدر و مادرشان ارتباطی منحصر با یکدیگر دارند و آنها نمی‌توانند وارد مرزهای زوجی والدین خود شوند. برای مثال، تمام شرکت‌کنندگان، ساعاتی مشخص برای گپ و گفت دو نفره بدون حضور فرزندان داشتند.

۱. Cooper, C. L., & Pervin, L. A.

۲. Partner Subsystem

۳. Parental Subsystem

ارتباط، عامل گسترش روابط صمیمی است و در سطح کاربردی به زوجها اجازه می‌دهد که مشکلاتشان را مورد بحث قرار داده و حل کنند. وقتی زوجها ارتباط نزدیک دارند از یکدیگر برای حمایت از خود و همچنین اظهار نظر و مشورت درباره مسائل شخصی و کاری استفاده می‌کنند. (نظری، ۱۳۹۲) وقتی زوجین از یکدیگر ادارک حمایتی و مراقبتی دارند از پس بسیاری از فشارهای نقشی و یا حتی بحران‌های پیش‌بینی نشده برمی‌آیند و در نهایت از سلامت روان لازم برخوردار می‌شوند. از طرفی، مطالعات نشان می‌دهد که اشتغال زنان موجب افزایش نفوذ آنها در خانواده می‌شود (جوشیا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶). همسو با این نظرات، پژوهش‌هایی حاکی از ارتباط بین رضایت زناشویی و سلامت روان زنان شاغل است (نعیموای، 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 ییسال<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) بیان می‌کند که مادران شاغل به‌طور 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 به‌عنوان یک مرجع اصلی و مهم در حفظ سلامت روانی و رفتاری اعضا بسیار موثر است و به‌همین 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

۱. Joshi, h.

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

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 به‌جای جدا کردن انسان‌ها از هم، نوعی وحدت بین آنها به‌وجود 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 کیفیت زندگی کارکنان تأثیر مثبت و معنادار داشت.

سلامت شغلی به‌عنوان دومین مؤلفه اصلی ارتباطی اثرگذار بر سلامت روان در پژوهش حاضر به موضوعات رضایت شغلی، پیشرفت در کار و ارضای روانی افراد از کار می‌پردازد. اشتغال زن با ایجاد دگرگونی‌های بنیادی در ساخت شغلی جامعه، نظام ارزش‌های سنتی، توزیع نقش‌ها و پایگاه‌های 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، مسئولیت‌های کاری، خلاقیت‌ها در محیط کار، سرزندگی در شغل و نوع روابط شغلی زیرمؤلفه‌های تعیین‌کننده سلامت شغلی بود که بر سلامت روان اثر مستقیم داشت. برخی از شرکت‌کنندگان بدون هدف قبلی و یا شناخت دقیق از شغل در مسیر انتخاب شغل قرار گرفته و برخی به‌صورت هدفمند وارد شغل خود شده بودند، اما آنچه بین همه آنها اشتراک داشت رسیدن به یک حالت رضایت و علاقه‌مندی شغلی بود. همگی معتقد بودند که این اشتیاق، سبب تجدید قوای روزانه آنها می‌شود. همسو با این نظر، نظریه سرایت در توصیف نگرش شغلی بیان می‌کند که خوشنودی شغلی می‌تواند به سایر ابعاد زندگی فرد تسری پیدا کند (کیز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸).

از طرفی، بسیاری از اظهارات بیانگر تأثیر حرفه‌ای بودن و افزایش دامنه اطلاعات و آگاهی در پست شغلی بود به‌گونه‌ای که افراد معتقد بودند هرگونه صرف هزینه یا زمان در یادگیری مهارت‌های شغلی، سبب بهره‌بری در شغل و افزایش احساسات مثبت

۱. Keyes, C. L. M.

روانی از جمله اعتماد به نفس و ریسک‌پذیری آنها در محیط کار و بیرون از محیط کار شده است. همسو با این عقیده، نتایج پژوهش لورینگ و سلمر<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) نشان داد تصمیم‌گیری‌های شغلی باعث احساس اثرمندی و افزایش دامنه نفوذ بر محیط می‌شود. در تبیین اثر خلاقیت در محیط کار بر سلامت روان، صاحب‌نظرانی 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 پیرخائفی، ۱۳۹۱). تحقیقات بسیاری نیز در تأیید تأثیر مثبت خلاقیت در سلامت روان انجام شده است (ر.ک.، خسروانی و گیلانی، ۱۳۸۶؛ چاوز ایکل،<sup>۲</sup> ۲۰۰۶). سرزندگی و نشاط شغلی که حاصل مهارت‌های ارتباطی مؤثر است به‌عنوان زیرمقوله اثرگذاری دیگر در حفظ یا ارتقای سلامت روان زنان شاغل پژوهش حاضر معرفی شد. محیط شغلی به‌عنوان دومین محیط فیزیکی پراهمیت در زندگی اجتماعی افراد است. چنین محیطی اگر سرشار از جو روانی حمایت‌کننده با روابطی سازنده باشد افراد را به‌سوی 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 بانکوگ، 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 سهمیم باشد (هاوکز، هال، تالمان و ریچینز،<sup>۳</sup> ۱۹۹۵). دین از طریق برقراری نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌ها برای به‌دست آوردن شایستگی‌های یادگرفته‌شده 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

۱. Luring, J., & Selmer, J.

۲. Chavez -Eakle, RA.

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

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 می‌تواند 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، 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 تلقی‌ها 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،<sup>۱</sup> 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 سازمان‌یافته 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 عزیزی، ۱۳۹۴).

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

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 (س) همواره به‌عنوان مهره‌های مؤثر اجتماعی و اقتصادی در شرایط بحرانی مانند پرستاری زنان مسلمان از مجروحان در جنگ، همراهی در مهاجرت، بیعت مستقیم با پیامبر به‌عنوان رهبر و حاکم (نوری، ۱۳۹۰) و یا مشارکت و اثرگذاری بر شرایط اقتصادی مانند فعالیت‌های تجاری حضرت خدیجه (س)، وقف فدک و موکول شدن اداره آن به حضرت فاطمه (س) و... (قبادی و آقانوری، ۱۳۹۴) در نقش‌های چندگانه خود در تاریخ درخشیدند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان داد که زنان چندنقشی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر برای مقابله با مشکلات متعدد حاصل از چندنقشی بودن، مجهز به راهکارهای مؤثر و عادات ارتباطی موفق برای دستیابی و ارتقای سلامت روان بودند. باتوجه به گسترش روزافزون مشکلات جسمی، روانی و ارتباطی حاصل از فشار چندنقشی بودن زنان، شناخت ویژگی‌ها و خصیصه‌های رفتاری و روانی زنانی که موفق به اجرای مؤثر و هم‌زمان سه نقش مهم همسری، مادری و اشتغال خود شده و آسیبی به سلامت روان خود وارد نکردند، ضروری است. پیشنهاد می‌شود تأثیر هر کدام از این عوامل به‌صورت کمی یا کیفی بر روی عملکرد سه نقش مهم زنان چندنقشی در سایر اقوام و خرده‌فرهنگ‌های ایرانی سنجیده شود. در این مطالعه به اقتضای ماهیت تحقیقات کیفی، نمونه کوچک و هدفمندی از جامعه بررسی شد. از جمله محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر محدودیت در دسترسی به زنان مورد نظر بود؛ زیرا هماهنگ کردن زمان مصاحبه با شرکت‌کنندگان 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 عهده‌دار مهمترین نقش‌های خرد و کلان جامعه هستند.



- \* قرآن کریم (۱۳۸۰). مترجم: الهی قمشه‌ای، مهدی. قم: دفتر مطالعات تاریخ و معارف اسلامی.
۱. احمدی، بتول، و باباشاهی، سعیده (۱۳۹۱). مدیریت سلامت زنان: توسعه سیاست‌ها و تحقیقات و خدمات. نشریه رفاه اجتماعی، ۱۲(۴۷)، ۲۹-۵۹.
  ۲. امیدواری، سپیده (۱۳۸۷). سلامت معنوی: مفاهیم و چالش‌ها. نشریه پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآنی، ۱(۱)، ۵-۱۸.
  ۳. آزاد، حسین (۱۳۹۵). روان‌شناسی سلامت. تهران: انتشارات بعثت.
  ۴. براتی، مجید، افسر، علی، و احمدپناه، محمد (۱۳۹۱). مهارت‌های ارتباطی شاغلین حرفه‌های پزشکی شهرستان بهار در سال ۱۳۸۹. نشریه پزشکی بالینی ابن سینا، ۱۹(۱)، ۶۲-۶۹.
  ۵. پیرخائفی، علیرضا (۱۳۹۱). ارتباط مؤلفه‌های 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 آصف‌زاده، سعید (۱۳۸۶). مهارت‌های ارتباطی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی قزوین با بیماران. نشریه علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۱(۳)، ۷۹-۸۱.
  ۹. خسروانی، سولماز، و گیلانی، بیژن (۱۳۸۶). خلاقیت و سلامت روان. نشریه روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۲(۳۷)، ۶۵-۸۳.
  ۱۰. خضری، سیده خدیجه، و ارجمندسیاهپوش، اسحق (۱۳۹۳). مقایسه میزان رضایت از زندگی زنانوشویی زنان شاغل و خانه‌دار و عوامل مؤثر بر آن در شهر ایذه. نشریه مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۶(۴)، ۹۷-۱۰۵.
  ۱۱. خلیلی ورنکشی، امیر (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت روانی کیز (فرم کوتاه - ۱۴ گویه‌ای) و رابطه آن با پرسش‌نامه شادکامی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
  ۱۲. زمانی، احمدرضا، 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 زنانوشویی در کارکنان متأهل شرکت ملی حفاری استان خوزستان. نشریه علمی رویش روان‌شناسی، ۷(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، ۹(۲)، ۲۱۱-۲۲۳.
۱۶. غفاری، داریوش (۱۳۹۹). معنایابی سلامت اجتماعی سالمندان. نشریه پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، ۸(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، حسینعلی، و آقانوری، نعیمه (۱۳۹۴). تحلیل عناصر ادبیات و جلوه‌های فرهنگ پایداری 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، ۱(۲)، 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. میربها، 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، ۳(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. نعیم‌ماوی، 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 قرآنی نامه‌جامعه، ۸۵، ۱۹-۱۶.
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، سیدحسن (۱۳۸۶). بررسی سلامت روان کارکنان سازمان آتش‌نشانی با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در سال ۱۳۸۴. نشریه پزشکی حکیم، (۲)۱۰، ۵۶-۶۴.
۳۴. Annandale, E., & Hunt, K. (۲۰۰۰). Gender Inequalities in Health: Research at the Crossroads. In E. Annandale and K. Buckingham: Open University Press.
۳۵. Barnlund, D. (۲۰۰۸). A transactional model of communication. New Jersey: Transaction.
۳۶. Chavez -Eakle, RA. (۲۰۰۶). Carmen LM. Cruz FC. Personality: A possible bridge between creativity and psychopathology. Creative Res J, ۱۸, ۲۷-۳۸.
۳۷. Cooper, C. L., & Pervin, L. A. (۱۹۹۸). Personality: Critical concepts in psychology. New York: Routledge.
۳۸. Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (۲۰۱۱). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish Children. Journal of Affective Disorders, ۱۳۴, ۱۷۶-۱۶۸.
۳۹. Hattar -Pollara, M., Meleis, A. I., & Nagib, H. (۲۰۰۳). Multiple role stress and patterns of coping of Egyptian women in clerical jobs. Journal of Transcultural nursing, ۱۴(۲), ۱۲۵-۱۳۳.
۴۰. Hawks, SR., Hull, ML., Thalman, RL., & Richins, PM. (۱۹۹۵). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. American Journal of Health Promotion, ۹, ۳۷۱-۳۷۸.
۴۱. Herrman, H., Saxena, S., & Moodie, R. (۲۰۰۵). 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.

## Archive of SID

۴۲. Hewlett, S. A., & Luce, C. B. (۲۰۰۶). Extreme jobs: The dangerous allure of the ۷۰ -hour workweek. *Harvard Business Review*, ۸۴, ۴۹-۵۹.
۴۳. Jacques, HAK. (۲۰۰۸). 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/۶۶۹۲۴۰۹۴۶&referer=brief\\_results](http://www.worldcat.org/title/young-women-constructing-identities-multiple-subject-positions-and-the-superwoman-ideal/oclc/۶۶۹۲۴۰۹۴۶&referer=brief_results).
۴۴. Joshi, h. (۱۹۹۶). *Combining Employment and child rearing, pursuit of quality of life*. Ed Avner offer. In *pursuit of the quality of life*. Oxford: Blackwell
۴۵. Keyes, C. L. (۲۰۰۲). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, ۲(۴۳), ۲۰۷-۲۲۲.
۴۶. Keyes, C. L. M. (۱۹۹۸). Social well-being. *Social psychology quarterly*, ۶۱-۱۴۰.
۴۷. Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (۲۰۰۴). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, ۱۵(۳), ۳۵۰-۳۷۲.
۴۸. Keyes, Sh. (۲۰۰۴). *Mental health*. New Jersey: Englewood cliffs.
۴۹. Luring, J., & Selmer, J. (۲۰۱۰). *The Supportive Expatriate Spouse: An Ethnographic Study of Spouse Involvement in Expatriate Careers*. *International Business Rev.* ۱۹(۱), ۵۹-۶۹.
۵۰. Marks, S. R., Huston, T. L., Johnson, E. M., & MacDermid, S. M. (۲۰۰۱). Role balance among white married couples. *Journal of Marriage and Family*, ۶۳(۴), ۱۰۸۳-۱۰۹۸.
۵۱. Powell, G. N., Greenhaus, J. H., Allen, T. D., & Johnson, R. E. (۲۰۱۹). 'Introduction to Special Topic Forum Advancing and Expanding Work - Life Theory from Multiple Perspectives', *Academy of Management Review*, ۴۴(۱), ۵۴-۷۱
۵۲. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (۲۰۰۷). No health without mental health. *The lancet*, ۳۷۰(۹۵۹۰), ۸۵۹-۸۷۸.
۵۳. Sperber, D., & Wilson, D. (۲۰۰۷). *Relevance: Communication and Cognition*. Oxford: Blackwell
۵۴. Stewart, A. J., & Salt, P. (۱۹۸۱). Life stress, life -styles, depression and illness in adult women. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۴۰(۶) ۱۰۶۳-۱۰۶۹.

## Archive of SID

۵۵. Sumra, MK., & Schillaci, MA. (۲۰۱۵). Stress and the Multiple -Role Woman: Taking a Closer Look at the “Superwoman”. *Plops ONE*, ۱۰ (۳), e۰۱۲۰۹۵۲. Doi: ۱۰. ۱۳۷۱/journal.
۵۶. Williams, J. C., & Segal, N. (۲۰۰۳). Beyond the maternal wall: Relief for family caregivers who are discriminated against on the job. *Harvard Women’s Law Journal*, ۲۶, ۷۷-۱۶۲.
۵۷. Woods -Giscombé ( ۲۰۱۰). Superwoman Schema: African American women's views on stress, strength and health. *Quall Health Res*, ۲۰(۵), ۶۶۸-۶۸۳. Doi: ۱۰. ۱۱۷۷/۱۰۴۹۷۳۲۳۱۰۳۶۱۸۹۲ PMID: ۲۰۱۵۴۲۹۸
۵۸. World Health Organization (۲۰۱۹). Mental Health: A State of Well - Being. Available online: [www. Who. Int/features/factfiles/mental\\_health/en](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en)
۵۹. Zanjani, H. (۲۰۱۰). The effect of influencing the employment of women in Mashhad. *Journal of Contemporary Sociology*, ۲(۲), ۴۹-۵۹.