مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هجدهم، شماره ۹، شهریور ۱۳۹۵، صفحه ۳۱-۲۶

تبیین چگونگی تاثیر همکاری و فعالیت اشتراکی بر سلامت زنان

اعظم بحیرایی (PhD)[۱]، فاطمه باکوئی (PhD)[۲*]، عیسی محمدی (PhD)[۳]

۱- مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

دریافت: ۹۵/۲/۲۳، اصلاح: ۹۵/۳/۱۲، پذیرش: ۹۵/۵/۶

خلاصه

سابقه و هدف: اولویت قراردادن سلامت زنان به رسیدن اهداف چهارم و پنجم برنامه توسعه هزاره کمک خواهد کرد. سرمایه اجتماعی یک فاکتور اجتماعی و زمینه‌ای موثر بر سلامت است. این مطالعه کیفی با هدف تبیین تجربیات زنان از چگونگی ارتباط همکاری و فعالیت اشتراکی (بعدی از سرمایه اجتماعی) با سلامت انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی انجام شده است. نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع بر ۱۰ زن سنین باروری با داشتن نمره بالاتر از ۷۵٪ کل نمره در بعد همکاری و فعالیت اشتراکی با مصاحبه‌های انجام شده از نوع نیمه‌ساختاریافته براساس راهنمای مصاحبه با استفاده از سوالات باز انجام شد. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها با مدیریت نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ ادامه یافت. با پیشرفت مصاحبه‌ها الگوها و معانی اصلی درون مصاحبه‌ها مشخص شد و زیرطبقات، طبقات و درون‌مایه‌ها شکل گرفتند.

یافته‌ها: بر حسب تحلیل داده‌ها دو درون‌مایه "بهبود سلامت" و "تکامل معنوی" استخراج شدند. این درون‌مایه ها و طبقات آنها "احساس سرزندگی و شادابی روحی و روانی، احساس سلامت و شادابی جسمی، کسب رضایت معنوی و یافتن اتکا و حامی مطمئن" بر راه‌های چگونگی تاثیر همکاری و فعالیت اشتراکی بر سلامت تاکید دارند.

نتیجه گیری: همکاری و فعالیت اشتراکی می‌تواند هم بطور مستقیم و هم بطور غیرمستقیم منجر به ارتقای سلامت شود. درون‌مایه بهبود سلامت در مسیر مستقیم و درون‌مایه تکامل معنوی در واقع مسیر غیرمستقیم بر ابعاد سلامت تاثیرگذار است.

واژه‌های کلیدی: همکاری و فعالیت اشتراکی، سلامت زنان، مطالعه کیفی.

مقدمه

زنان نقش مهمی در شکل‌دهی فرهنگی و آموزشی، حفظ و ارتقای سلامت خانواده و جامعه دارند. بطورکلی سلامت زنان اساس و بنیان سلامت جامعه است (۱). حفظ و ارتقای سلامت زنان نه تنها حق اساسی انسانی است، بلکه همچنین برای سلامت همه ملل بسیار ضروری است (۲). ارتقای سلامت زنان با ارتقای جهان برابر است (۳). سلامت زنان در کشورهای با درآمد کم و متوسط با توجه به ماهیت برخی از تغییرات دموگرافیکی بیشتر پیچیده است. اگرچه زنان طولانی‌تر از مردان زندگی می‌کنند، اما آنها سلامت ضعیف‌تری را تجربه می‌کنند. بنابراین، سیاست‌ها و برنامه‌ها باید بطور کلی سلامت زنان را مورد خطاب قرار دهند و بر مولفه‌های موثر بر آن متمرکز باشند (۴). اولویت قراردادن سلامت زنان به رسیدن اهداف چهارم و پنجم برنامه توسعه هزاره کمک خواهد کرد (۵). علاوه بر اینکه سلامت با متغیرهای ژنتیکی و بیولوژیکی مرتبط است، ساختار اجتماعی نیز یکی از عوامل مرتبط با سلامت است که شامل وضعیت درآمد، تحصیلات و اشتغال می‌باشد که در مطالعات اخیر به ارتباط متغیر سرمایه اجتماعی با وضعیت سلامت نیز اشاره نمودند (۶). شواهدی نشان می دهد که محیط اجتماعی نقش مهمی در شکل‌دهی سلامت افراد دارد. تلاش محققان در این زمینه بطور عمده بر مفهوم سرمایه اجتماعی متمرکز است (۷). سرمایه اجتماعی یک فاکتور اجتماعی و زمینه-ای پیشنهاد شده موثر بر سلامت است(۱۲-۸). سرمایه اجتماعی بطور معمول به عنوان ترکیبی از الگوهای مشارکت اجتماعی و همبستگی اجتماعی ایجاد شده توسط مشارکت، تعریف می‌شود (۱۳). بانک جهانی ابعادی را برای سرمایه اجتماعی معرفی کرده است که در این مطالعه به بعد همکاری و فعالیت اشتراکی و تاثیر آن بر سلامت زنان پرداخته شده است. این بعد توسط بانک جهانی با سوالات: "آیا شما در فعالیت‌های اجتماعی در سال گذشته شرکت کرده‌اید؟ در صورت وجود یک مشکل در محله خود، برای مثال معابر یا دفع زباله، چگونه با آن برخورد می‌کنید؟ در صورت بروز یک بیماری جدی یا مرگ یکی از افراد محله، چگونه شما به آنها کمک می‌کنید؟" مورد مطالعه قرار گرفته است (۱۴). اکثر مطالعات کمّی انجام شده در کشورهای اروپایی و آمریکایی نیز با یافتن وجود ارتباط سرمایه اجتماعی با پیامدهای مختلف سلامت، پیشنهاد تحقیقات بیشتر برای تبیین مکانیسم‌ها و چگونگی چنین ارتباطی را داده‌اند (۱۷-۱۵). مطالعات کیفی در تبیین مفاهیم عمیق و فردی مانند سلامت کارایی مناسب دارند. این تحقیقات به درک پدیده‌های انسانی با تاکید بر بافت اجتماعی آن کمک می‌کنند.

این مقاله حاصل پایان نامه فاطمه باکوئی دانشجوی دکتری بهداشت باروری و طرح تحقیقاتی به شماره۹۱-۰۴-۶۲-۲۰۱۸۴ دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد.

*مسئول مقاله: دکتر فاطمه باکوئی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی. تلفن: ۳۲۳۶۵۳۱۱- ۰۱۱
E-mail: bakouei2004@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.9.4.4]
[DOI: 10.22088/jbums.18.9.26]

لذا برای تبیین چگونگی ارتباط همکاری و فعالیت اشتراکی باسلامت زنان از دیدگاه زنان نیاز به تحقیق کیفی است. مطالعه کیفی با این هدف اولین مطالعه در ایران است و در کشورهای دیگر نیز بسیار محدود است و نتایج آن می‌تواند امکان توسعه خدمات و مداخلات سلامت مورد نیاز آنان و عملکرد کارآمدتر سیستم ارایه خدمات سلامت را امکان‌پذیر سازد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی با هدف تبیین تجربیات زنان سنین باروری از مکانیسم و چگونگی ارتباط همکاری و فعالیت اشتراکی با سلامت در تهران انجام شد. مطالعه حاضر مرحله دوم یک مطالعه ترکیبی متوالی توضیحی است که پروتکل آن چاپ شده است (۱۸). مشارکت کنندگان در این مطالعه زنان سنین باروری هستند که در مرحله اول یعنی فاز کمّی مطالعه ترکیبی شرکت کرده بودند. البته از مشارکت کنندگان مرحله کمّی مطالعه، زنانی انتخاب شدند که نمره بالاتر از ۷۵٪ کل نمره در بعد همکاری و فعالیت اشتراکی داشتند، تا بتوانند تجربه و درک خود را از ارتباط همکاری و فعالیت اشتراکی با سلامت در زندگی خود تبیین کنند. در این مطالعه نمونه‌گیری با حداکثر تنوع (جدول ۱) تا اشباع اطلاعات ادامه یافت و در مجموع با ۱۰ زن مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. محقق قبل از شروع مصاحبه از نمونه‌های هدفمند با توضیح در مورد هدف مطالعه، رضایت آگاهانه گرفت و با کسب اجازه از آنها مصاحبه‌ها ضبط شد. طبق راهنمای مصاحبه از زنان خواسته شد که درک و تجارب خود در مورد همکاری و فعالیت اشتراکی را بیان کنند. سوالات کاوشی، مانند "منظور شما چیست" یا "اگر می توانید لطفا بیشتر توضیح دهید"، نیز در جریان مصاحبه‌ها برای چک‌کردن درک محقق از بیانات مشارکت‌کننده‌ها برای تشریح منظور مشارکت‌کننده و توصیف بیشتر موضوعاتی که در حال شکل‌گیری بود، استفاده شد. مدت زمان مصاحبه بسته به شرایط موقعیت مشارکت‌کننده، تمایل آنها برای تداوم مصاحبه و ارایه کامل تجربیات از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود و تمام مصاحبه‌ها در یک جلسه انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها در عرصه واقعی و طبیعی با مصاحبه از شرکت کنندگان شروع شد و همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها ادامه یافت. بر این اساس محقق ابتدا مصاحبه‌های ضبط شده را پیاده سازی و وارد نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ کرد و همزمان کدگذاری اولیه انجام شد. در کدگذاری اولیه، خط به خط داده‌های نسخه‌نویسی یا تایپ شده، به‌عنوان واحدهای تحلیلی بررسی شدند و واحدهای معنایی مرتبط تعیین و سپس به آنها کد داده شد. مطالعه مجدد دست‌نوشته‌ها و یادداشت‌های تفسیری همزمان، به تشخیص ارتباطات اولیه میان مفاهیم استخراج شده از بیانات زنان کمک کرد. در مصاحبه‌های بعدی، کدهای هر مصاحبه با یکدیگر و سایر کدهای مصاحبه قبلی مقایسه شدند تا تشابهات و تفاوت‌های آنها مشخص شود. یادداشت‌ها و کدها، به شکل‌گیری درون‌مایه‌ها کمک می‌کرد و درون‌مایه‌ها و طبقات بر اساس تشابهات کدها شکل گرفتند و با پیشرفت مصاحبه‌ها و مشخص شدن ارتباط میان درون‌مایه‌ها، تشخیص الگوها و معانی اصلی درون مصاحبه‌ها امکانپذیر شد. در نهایت تیم تحقیق، به توافق درباره معنی داده‌ها، درون‌مایه‌ها و طبقات، محتوی و نام آنها رسیدند.

اعتبار و مقبولیت داده‌ها، با استفاده از بازنگری و مرور دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، توسط تیم تحقیق و بازنگری ناظرین انجام شد. همچنین از اقدامات دیگری شامل تماس طولانی با پدیده و بررسی مداوم برای افزایش اعتبار و همچنین اطمینان یا ثبات یافته‌ها و از نمونه‌گیری حداکثر واریانس (پوشش دادن طیف وسیعی از شرکت‌کنندگان از نظر سن، شغل، تحصیلات) برای اعتبار و همچنین قابلیت انتقال داده‌های مطالعه حاضر انجام شد.

جدول ۱. مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان مرحله کیفی

مشارکت‌کننده	سن (سال)	وضعیت تحصیلی	وضعیت تاهل	تعداد فرزند	شغل	منطقه سکونت
۱	۲۷	دانشجوی فوق لیسانس اقتصاد	مجرد	–	خانه‌دار	۱۸
۲	۴۰	دانشجوی فوق لیسانس مدیریت ورزشی	متاهل	۲	شاغل (حق‌التدریس)	۸
۳	۳۷	دیپلمه (بهداشت کودکیاری)	متاهل	۲	خانه‌دار	۱
۴	۴۴	سیکل	متاهل	۲	خانه‌دار	۱۵
۵	۳۸	دیپلم اقتصاد	متاهل	۲	خانه‌دار	۹
۶	۴۵	مقطع راهنمایی	متاهل	۳	خانه‌دار	۹
۷	۴۸	لیسانس زبان ادبیات عرب	مجرد	–	شاغل (مدیریت اجرایی اموزشگاه)	۸
۸	۳۴	دانشجوی فوق لیسانس علوم سیاسی	متاهل	۲	شاغل (کارمند هسته گزینش اداره)	۱۲
۹	۴۲	سیکل	متاهل	۳	خادم حرم حضرت عبدالعظیم	۲۰
۱۰	۳۷	دانشجوی لیسانس علوم قرانی	متاهل	۲	خانه‌دار	۴

یافته ها

این مطالعه کیفی تجارب زنان را در مورد تبیین چگونگی ارتباط همکاری و فعالیت اشتراکی با سلامت زنان در دو درون‌مایه "بهبود سلامت" و "تکامل معنوی" بیان می کنند. درون‌مایه، طبقات و کدها در جدول ۲ نشان داده شده است.

درون‌مایه بهبود سلامت: تمام زنان معتقدند که همکاری و فعالیت اشتراکی بطور مستقیم بر احساس سلامت با ایجاد احساس سرزندگی و شادابی روحی و روانی و احساس سلامت و شادابی جسمی تاثیرگذار است. دو طبقه در قالب درون مایه بهبود سلامت قرار گرفتند.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.9.4.4]
[DOI: 10.22088/jbums.18.9.26]

جدول ۲. مفاهیم استخراج شده از داده ها، کدها، طبقات، درون مایه

درون‌مایه	طبقات	منتخبی از مفاهیم اولیه (کدها)
بهبود سلامت	احساس سرزندگی و شادابی روحی و روانی	احساس پرواز و تو قله بودن لذت بخش بودن ایجاد آرامش فکری احساس فایده داشتن پر جنب و جوش شدن با آرامش روحی
	احساس سلامت و شادابی جسمی	انجام کارهای خودم با روحیه شاد تاثیر آرامش فکری و کاهش تنش بر سلامت جسمی تاثیر انرژی گرفتن بر سلامت جسم
تکامل معنوی	کسب رضایت معنوی	کمک کردن بدون توقع نداشتن انتظار برای تشکر کردن دعا کردن دیگران برای رضای خدا بودن باور به نتیجه گرفتن از خدا توسل به خدا در تنش‌های روانی
	یافتن اتکا و حامی مطمئن	داشتن آرامش در زندگی دیدن محبت خدا در زندگی دیدن معجزه خدا در زندگی

طبقه احساس سرزندگی و شادابی روحی و روانی: بیانات نقل شده زیر از مشارکت‌کنندگان، تاثیر کمک و مشارکت در حل مشکلات دیگران بر احساس سرزندگی و شادابی روحی و روانی آنها را نشان می‌دهد. آنها از تجربیات کمک-کردن خود گفتند که نه تنها منجر به حل مشکلی شده بلکه خود آنها نیز احساس سلامت‌روان کردند که آن را با عبارات متفاوت؛ آرامش گرفتن، شاد شدن، انرژی مثبت گرفتن، احساس پرواز، تو قله بودن، حس قشنگ، رقیق شدن روح، حس فایده داشتن و لذت‌بخش بودن بیان کردند. "ما گروهی بودیم که رفتیم بیمارستانی برای عیادت و حالا یک کمک‌های نقدی، خیلی خوب بود همون نگاهشون، بعضی‌ها اونقدر بیمار بودن، ناراحتی اعصاب داشتن که به هم ریخته بودن ولی همون که شادی رو تو نگاهشون می‌دیدم خیلی لذت بخش بود." (شرکت‌کننده۹). "کمک‌کردن خیلی عالیه، آدم احساس بدرد بخور بودن را می-کنه، خیلی خوبه، احساس آرامش." (شرکت‌کننده۱۰)

طبقه احساس سلامتی و شادابی جسمی: این طبقه بیانگر آن است که شرکت-کنندگان احساس سلامت جسمی بیشتری در ارتباط با همکاری و فعالیت اشتراکی بیان کردند که بر حسب تجربیات بیان شده، مکانیسم این تاثیر به واسطه ایجاد شادابی روان بیشتر ناشی از آن می‌باشد. "سلامتی جسم مثلا خب می‌گم وقتی خوشحال میشم بدنم هم خیلی پر جنب و جوش می‌شه، فعالیتم بیشتر میشه." (شرکت‌کننده۱). "می‌دیدم که مثلا کمکی که از دستم بر میاد انجام دادم خودم از لحاظ روحی خیلی خوب بودم، اصلا خسته نمی‌شدم کارهای خودم رو هم بهتر انجام می‌دادم." (شرکت‌کننده۳). "انگار تمام وجودت پر از آرامشه. تو جسمم هم همینطور. مثل اینکه جسمت خسته هست اما با اینکارها انگار یک ورزش و دوش گرفتید بدنت سبک شده." (شرکت‌کننده۶).

درون‌مایه تکامل معنوی: با توجه به اهمیت ویژه دیدگاه‌ها و باورهای مذهبی در کلیه ابعاد زندگی جامعه ایرانی، درک و تجربه شرکت‌کنندگان این پژوهش از بعد همکاری و فعالیت اشتراکی در قالب درون‌مایه تکامل معنوی نمود یافت که شامل دو طبقه کسب رضایت معنوی و یافتن اتکا و حامی مطمئن است. با توجه به تعریف جامع سلامت که همچنین باید در برگیرنده بعد معنوی نیز باشد، شرکت-کنندگان نیز به اهمیت این بعد که آن را ماحصل شرکت و کمک‌کردن به دیگران می‌دانند، اشاره می‌کنند.

طبقه کسب رضایت معنوی: کسب رضایت معنوی یکی از ویژگی‌های تکامل معنوی است که بیانگر آن است که شرکت‌کنندگان کمک‌کردن به دیگران را یک خدمت توام با عشق و ملاطفت و همچنین احساس مقبول و محبوب بودن نزد خدا بیان کردند. یکی از اجزای کسب رضایت معنوی، ارایه خدمت مشتاقانه و بی چشمداشت است که شرکت‌کنندگان با بیان نقل و قول‌های زیر، کمک‌کردن را یک خدمت بدون توقع دانستند:

"کمک من با انتظار نیستش، من وقتی خودم برای یکی یه کاری انجام میدم انتظار ندارم که اون یه کاری برام انجام بده خودم خیلی خوشحال میشم." (شرکت‌کننده۳). "چون آدم‌ها خیلی که یادشون بمونه یه سال. اصلا فکر تشکر نباید بود و اگر کاری از دستم برمیاد فقط برای رضای خدا، اصلا هم برام مهم نیست اون می‌خواد بدونه ندونه." (شرکت‌کننده۴). یکی دیگر از اجزای کسب رضایت معنوی، معامله با خدا نام گرفت؛ زیرا شرکت‌کنندگان با بیانات خود اشاره کردند که همین که دیگران در حق ما دعا می‌کنند، خدا از ما راضی است، نتیجه کارمان را خدا به ما می‌دهد. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که این دعا و رضایت خدا به آنها یک انرژی مثبت و حس خوشایند می‌دهد.

تجارب آنها در ذیل آورده شده است: "بعد اون فرد دعا می‌کنه. خودم هم حس خوبی پیدا می‌کنم که در واقع خدا هم خوشحال میشه واسه همین اینکار را انجام میدم. حالا مهم نیستش این دنیا اثرش باشه." (شرکت‌کننده۱). "حالا که می‌تونم به یکی کمک می‌کنم، اون فرد خیلی دعا می‌کنه ، اون دعا یه انرژی مثبتی بهم میده،" (شرکت‌کننده۳)

طبقه یافتن اتکا و حامی مطمئن: این طبقه مطابق با تجارب مشارکت‌کنندگان به-عنوان یک نتیجه از همکاری و فعالیت اشتراکی پدیدار شد که آنها در مشکلات زندگی به‌خصوص مواردی که دیگر کاری از دستشون بر نمی‌آید به خدا توکل می‌کنند و همچنین بیان‌کردند که معجزه و لطف خدا را در زندگی خود دیده‌اند و آن را نتیجه کمک به دیگران می‌دانند. یکی از اجزای یافتن اتکا و حامی مطمئن، توکل بر خدا در مشکلات است. در راستای این ویژگی، مشارکت‌کنندگان تجارب خود را این‌گونه مطرح کردند که در مواردی که از همه جا ناامید می‌شوند، تنها حامی‌شان خدا است و بر خدا توکل می‌کنند: "من هر کاری از دستم بر بیاد کردم و میکنم. دوست دارم انجام بدم. خودم هم تو مشکلاتم به خدا توکل می‌کنم. دعا می‌کنم." (شرکت‌کننده۶). "خودم هر جا احساس نیاز کنم در حد توانم کمک می‌کنم. از طرفی مثلا در مورد دخترم می‌گم خدایا دخترم را با واسطه ائمه به تو سپردم." (شرکت‌کننده۸).

یکی دیگر از اجزای یافتن اتکا و حامی مطمئن، احساس کمک خدا تو زندگی است که مشارکت‌کنندگان از آن به عنوان لطف خدا، محبت خدا، دست خدا و معجزه اشاره کردند: "خب وقتی به یکی کمک می‌کنم احساس می‌کنم که یه جایی این هستش، یه جایی ثبت شده. خیلی جاها هم خدا کمکم کرده، یعنی من

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.9.4.4]
[DOI: 10.22088/jbums.18.9.26]

واقعا، همیشه می‌گم من یه جاهایی محبت خدا رو، کمک خدارو احساس کردم. دست خدا رو تو زندگیم دیدم." (شرکت‌کننده۳). "اینکه محبت خدارو لمس کردم، هیچ وقت تو تنگنا نبودم یعنی ممکنه گاهی تحت فشار بودم اما حل شده رفته." (شرکت‌کننده۵) مجموعه تجارب توصیف‌شده فوق از شرکت‌کنندگان حاکی است که تمام زنان دستاوردهای معنوی را جزء نتایج همکاری و فعالیت اشتراکی می‌دانند و این معنویت را موثر بر سلامت خود و حتی خانواده یافتند. به عبارتی اکثر زنان تجربه کرده بودند که نتیجه کمک به دیگران به زندگی خودشان برمی‌گردد و آن کمک‌ها در نزد خداوند ثبت خواهد شد.

بحث و نتیجه گیری

اولین درون مایه این مطالعه با عنوان "بهبود سلامت" نشان می‌دهد که همکاری و فعالیت اشتراکی بطور مستقیم بر سلامت تاثیر می‌گذارند. در این مطالعه، شرکت‌کنندگان از احساس سلامت جسمی بیشتری در ارتباط با همکاری و فعالیت اشتراکی تجربه کرده بودند و دریافت این احساس را به واسطه ایجاد شادابی روان بیشتر ناشی از آن بیان کردند. یافته مطالعه ما در مورد احساس سلامت جسمی به دنبال ایجاد شادابی روان بیشتر، در راستای احتمال مسیر مستقیم روانی جسمی بین همکاری و فعالیت اشتراکی و سلامت است، که به موجب آن، همکاری و فعالیت اشتراکی اثرات تنش مزمن را معتدل می‌کند و از شروع بیماری‌های جسمی متاثر از آن پیشگیری می‌کند (۱۹). مطالعات دیگری نیز دریافتند که سرمایه اجتماعی با کاهش تنش درک شده توسط افراد (۸) و ایجاد شادی منجر به سلامت روان می‌شود(۲۰). از جنبه‌های دیگر تجربه‌شده توسط مشارکت‌کنندگان در ارتباط بین همکاری و فعالیت اشتراکی و سلامت "کسب رضایت معنوی" و "یافتن اتکا و حامی مطمئن" بود که در درون‌مایه تکامل معنوی نمایان شد. با توجه به اهمیت ویژه دیدگاه‌ها و باورهای مذهبی در کلیه ابعاد زندگی جامعه ایرانی، این درون‌مایه فقط در این مطالعه یافت شد و در مطالعات محدودی که با هدف تبیین مکانیسم‌های سرمایه اجتماعی و سلامت انجام شده بود و همچنین در مروری بر متون مطرح نشده بود. سلامت معنوی را می‌توان شناخت خالق، دوست‌داشتن او و تلاش برای قرب به او تبیین کرد که می‌تواند زمینه‌های دیگری نظیر احساسات، دوست‌داشتن و دوست‌داشته شدن، کمک‌کردن به دیگران، تجربه‌کردن لذت، داشتن یک هدف اساسی در زندگی و تجربه کمال و آرامش زندگی را در برگیرد (۲۱). دیدگاهی روانی–اجتماعی برای توجیه رابطه بین مذهب و سلامت روان پیشنهاد شده است (۲۲). یافته‌های مطالعه کیفی در توضیح مکانیسم و چگونگی ارتباط همکاری و فعالیت اشتراکی با سلامت زنان سنین باروری نشان داد که همکاری و فعالیت اشتراکی هم بطور مستقیم و هم بطور غیرمستقیم می‌تواند منجر به ارتقای سلامت شود. درون‌مایه بهبود سلامت در مسیر مستقیم و درون‌مایه تکامل معنوی در واقع مسیر غیرمستقیم بر ابعاد سلامت تاثیرگذار است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مالی از این تحقیق و همچنین از همه زنان شرکت‌کننده در این تحقیق، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.9.4.4]
[DOI: 10.22088/jbums.18.9.26]

Explaining the Effect of Cooperation and Collective Action on Women's Health

A. Baheiraei (PhD)[1], F. Bakouei (PhD)*[2], E. Mohammadi (PhD)[3]

1.Community Based Participatory Research Center, Reduction of High-Risk Behaviors Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
2.Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
3.Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 18(9); Sep 2016; PP: 26-31
Received: Apr 25th 2016, Revised: Jun 1st 2016, Accepted: Jul 27th 2016.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Priority of women's health will help to achieve fourth and fifth Goals of Millennium Development programs. Social capital is a retain and social factor affecting health. This qualitative study aimed to explore experiences of women and to determine the relationship between cooperation and subscription activity (aspect of social capital) and health.

METHODS: This qualitative study was conducted with content analysis approach. Purposive sampling with maximum variation of 10 women of reproductive age with a score higher than 75% of the total score in the cooperation and subscription activity were conducted using Semi-structured interviews based on interview guide by using open-ended questions .At the same time of data collection, data analysis and management was performed with MAXQDA 10 software. Interviews with development patterns and original meaning was clear in interviews and subcategories, categories and themes were formed.

FINDINGS: Based on data analysis two themes: "health" and "spiritual evolution" were extracted. These themes and stories of "psychological feeling of vitality and freshness, a healthy sense of physical and spiritual satisfaction and finding a reliable and pro-know" how the ways of cooperation and joint activities focused on health.

CONCLUSION: The cooperation and subscription activity can be both directly and indirectly contribute to improving health care. In fact health theme directly and spiritual evolution theme indirectly impact on health.

KEY WORDS: *Collaboration and Collective Action, Women's Health, Qualitative Research.*

Please cite this article as follows:

Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E. Explaining the Effect of Cooperation and Collective Action on Women's Health. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(9):26-31.

* **Corresponding author: F. Bakouei (PhD)**
Address: Medical collage Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
Tel: +98 11 32365311
E-mail: bakouei2004@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.9.4.4]
[DOI: 10.22088/jbums.18.9.26]

References

1.Barooti E, Sadeghi N, Karimi-Zarchi M, Soltani HR. New results regarding trends in Iranian women's health and a comparison with WHO data. Clin Exp Obstet Gynecol 2011; 38(4): 390-3.

2.Hosseinpoor AR, Stewart Williams J, Amin A, et al. Social Determinants of Self-Reported Health in Women and Men: Understanding the Role of Gender in Population Health. PLoS One 2012; 7(4):e34799. Epub 2012 Apr 13.

3.World Health Organization (WHO). Health and Women: Today's Evidence Tomorrow's Agenda. 2009. Available from: http://www.who.int/gender/women_health_report/full_report_20091104_en.pdf.

4.Bustreo F, Knaul FM, Bhadelia A, Beard J, de Carvalho IA. Women's health beyond reproduction: meeting the challenges. Bull World Health Organ 2012; 90:478–478A.

5.World Bank. The Millennium Development Goals; Chapter IV: Gender Equity, and Women's Empowerment, 2012.

6.Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Soc Sci Med 2004; 58(12): 2585-600.

7.Poortinga W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? Prev Med 2006; 43(6): 488-93.

8.Lindstrom M. Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population-based study. Health Policy 2009; 93(2-3): 172-9.

9.Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E, Majdzadeh R, Hosseni M. Association between social capital and health in women of reproductive age: a population-based study. Glob Health Promot 2015; May 26. pii: 1757975915572382. [Epub ahead of print].

10.Pattussi MP, Olinto MT, Canuto R, da Silva Garcez A, Paniz VM, Kawachi I. Workplace social capital, mental health and health behaviors among Brazilian female workers. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016; May 7. [Epub ahead of print].

11.Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. J Epidemiol 2012; 22(3): 179-87.

12.Jo HS, Moon JY, Kim BG, Nam EW. Analysis of Socio-demographics, Self-rated Health, Social Capital, and Happiness in a Medium-Sized Healthy City, Republic of Korea. J Lifestyle Med 2015; 5(2):68-75.

13.Putnam RD. Bowling alone: The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster.2000.

14.Grootaert C, Narayan D, Jones VN, Woolcock M. Measuring social capital: An integrated questionnaire. Washington, DC: World Bank.2004.

15.Aminzadeh K, Denny S, Utter J, Milfont TL, Ameratunga S, Teevale T, Clark T. Neighbourhood social capital and adolescent self-reported wellbeing in New Zealand: A multilevel analysis. Soc Sci Med 2013; 84: 13-21.

16. Giordano GN, Lindstrom M. The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: a longitudinal cohort studies. Social Science & Medicine 2010; 70(5): 700-10.

17.McPherson K, Kerr S, McGee E, Cheater F, Morgan A. The Role and Impact of Social Capital on the Health and Wellbeing of Children and Adolescents: a systematic review. 2013; Available from: http://www.gcph.co.uk/assets/0000/3647/Social_capital_final_2013.pdf.

18.Baheiraei A, Bakouei F, Mohammadi E, Hosseini M. Social capital in association with health status of women in reproductive age: study protocol for a sequential explanatory mixed methods study. Reprod Health 2014; 11:35.

19.Riumallo-Herl CJ, Kawachi I, Avendano M. Social capital, mental health and biomarkers in Chile: assessing the effects of social capital in a middle-income country. Soc Sci Med 2014; 105:47-58.

20.Sundquist K, Yang M. Linking social capital and self-rated health: a multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. Health Place 2007;13(2):324-34.

21.Omidvari S. Spiritual health, concepts and challenges. Interdisciplinary research Quran 1387; 1(1): 17-58.

22.Faghihi AN, Rafiei Moghadam F. Study religious teachings affecting spiritual health wives. Marefat 1390; 20(163): 67-80.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1395.18.9.4.4]
[DOI: 10.22088/jbums.18.9.26]