

نقش مادران در آموزش سلامت به دختران: تبدیل دانش سلامت به رفتار مرتبط با سلامت

خدیجه سفیری^۱، سارا ایمانیان^۲، فاطمه منصوریان راوندی^۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳۰

چکیده

در این مقاله با تحلیل ثانویه داده‌های طرح پژوهشی «مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجو» نقش مادران را در آموزش سلامت به دختران بررسی کرده‌ایم. تحلیل گفتمان انتقادی یافته‌های این طرح پژوهشی نشان می‌دهد که دختران درباب سلامت آگاه‌تر از مادرانشان هستند، اما رفتارهای مرتبط با سلامت آنها مشابه مادرانشان است؛ آنها تحت تأثیر فرهنگ غالب به سلامتی خود اهمیت نمی‌دهند. این موضوع را می‌توان با نظریه یادگیری اجتماعی بندورا به این شیوه تحلیل کرد که دختران از طریق مشاهده رفتار سلامتی در مادران می‌آموزند که بیماری و درد را تا زمانی که در روند زندگی روزمره آنان اختلال ایجاد نکرده است تحمل کنند، هرچند این شیوه با دانش و باور سلامتی در آنان مغایرت دارد. بنابراین، مادران در آموزش سلامت به دختران نقش محسوسی در تبدیل دانش به رفتار مرتبط با سلامتی دارند.

واژگان کلیدی: آموزش سلامت، مادران، دختران، یادگیری اجتماعی.

مقدمه و بیان مسئله

kh.safiri@alzahra.ac.ir

imanians@gmail.com

fmansoriyan@gmail.com

۱. استاد دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهراء

۲. دانشجوی دکتری علوم اجتماعی، انگلستان

۳. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه الزهراء

آموزش سلامت که از اوایل قرن بیستم رواج یافت بیشتر به منظور توانمندسازی مادران با ترویج بهداشت و راهکارهای درمانی برای نگهداری از نوزادان و فرزندان خردسال آنان پدید آمده بود. در این دوره، زنان اغلب درباب حفظ سلامتی خود و اهمیت آن آموزشی نمی‌دیدند. آنان مسئول سلامت اعضای خانواده شمرده می‌شدند و انتظار می‌رفت که رسیدگی به خانواده و به‌ویژه فرزندان را بر نیازها و اولویتهای خود مقدم شمارند (آبوت و والاس، ۱۳۸۳).

چند دهه بعد و در رویکردی متفاوت، سازمان جهانی بهداشت سلامت را "حالت رفاه کامل روانی، جسمی، اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری" تعریف کرد (ازبورن، ۱۹۶۷). در اثر فراخوان‌های این سازمان، سیاست‌های پیشگیری از ناخوشی شکل گرفت (مور، ۲۰۰۸: ۲۷۲) و پروفیسور پندر الگوی ارتقای سلامت را در ۱۹۸۲ در دانشگاه میشیگان ارائه داد. او سلامتی را نه فقدان بیماری، بلکه خودشکوفایی درجهت سالم‌تر بودن تعریف می‌کند. از نظر او، رفتارهای ارتقادهنده سلامت برپایه سبک زندگی افراد است. اعمالی نظیر ورزش، تغذیه مطلوب، مدیریت استرس، تکامل و پایداری نظام‌های حمایتی اجتماعی، نمونه بارزی از رفتارهای ارتقادهنده سلامتی هستند (مروتی، ۱۳۸۶: ۴۳).

این رویکرد، که بر آموزش سلامتی به زنان و نهادینه‌سازی مسئولیت فردی در آنان در موضوع سلامت تأکید دارد، در جنبش سلامتی زنان در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل دهه ۱۹۷۰ ریشه دارد و برپایه ویژگی‌های زنانه، خودآگاهی و آگاهی درباره بدن بنا شده است (مور، ۲۰۰۸: ۲۷۰). نتلتون (۲۰۰۶) از این مجموعه ایده‌های روبه‌تکوین مربوط به سلامتی با تعبیر "پارادایم جدید" یاد می‌کند و بانتون (۱۹۹۵) به موجی اشاره می‌کند که پارادایمی جدید را در جامعه‌شناسی پزشکی به راه انداخت.

تا پیش از پارادایم جدید سلامتی، درک صحیح مفاهیم سلامتی و بیماری، نشانگان فقدان سلامت کامل خویش و لزوم مشاوره پزشکی بهداشتی کمتر به زنان آموزش داده می‌شد، اما امروزه منابع آموزشی بسیاری در این زمینه موجود است (مور، ۲۰۰۸: ۲۶۸).

پارادایم جدید در کشور ما سابقه طولانی ندارد. مبحث پیشگیری در برنامه اول و دوم توسعه مطرح شد. با سیر تحول در مفاهیم سلامت عمومی، پیش‌گیری‌های اولیه، ثانویه با هدف مبارزه با بیماری‌ها مطرح شد و بعدها، پیشگیری با هدف ارتقای سلامت هم به آن اضافه شد. نخستین منبع آموزشی سلامتی برای دختران خردسال، خانواده و به‌ویژه مادران هستند. رسانه‌ها و نشریات ویژه کودکان، مهدهای کودک، دوره‌های پیش‌دبستانی و مقاطع تحصیلی بالاتر نیز آگاهی دختران را در زمینه سلامتی بالا می‌برند. گروه همسالان و در سال‌های اخیر اینترنت و نیز خانه‌های سلامت محله را نیز باید بر منابع یادگیری سلامتی نزد دختران افزود.

پیشینه عملی تحقیق

در این قسمت، مرور کوتاهی بر تحقیقات انجام شده در ایران و دیگر نقاط جهان خواهیم داشت.

تحقیقات فارسی

شاه‌حسینی و همکاران در سال ۱۳۸۹ به تبیین نیازهای آموزشی و چگونگی ارائه خدمات آموزشی مرتبط با سلامت دختران نوجوان پرداختند. در این تحقیق کیفی، ۶۷ دختر نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله و ۱۱ فرد مهم آگاه با حضور در مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، تجارب خود را درباب نیازهای آموزشی دختران نوجوان بیان کردند. یافته‌های این تحقیق بر نقش خانواده و خصوصاً مادران در آموزش سلامت به دختران نوجوان تأکید کرده است، گرچه مشارکت دیگر نهادهای مدنی مانند مدارس و مراکز بهداشتی-درمانی نیز کانون توجه مشارکت‌کنندگان بود. بنابراین به نظر می‌رسد راهکار آموزش از طریق خانواده، مدرسه و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی-درمانی، با توجه به استمرار ارتباط آنها با نوجوانان، یکی از مهم‌ترین راه‌های اطمینان‌بخش در ارائه آموزش‌های صحیح به نوجوانان محسوب می‌شود.

تو زنده‌جانی و همکاران در سال ۱۳۹۰ تحقیقی درباره نقش والدین در سلامت دانشجویان انجام داده‌اند. این پژوهش توصیفی-تحلیلی درباره ۲۱۰ دانشجوی، ۱۰۵ دختر و ۱۰۵ پسر از بین ۳۷۵۷ دانشجوی رشته‌های علوم انسانی انجام گرفت که به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی دومرحله‌ای انتخاب شدند. نتایج حاکی از اثربخشی شیوه‌های فرزندپروری بر سلامت روانی دانشجویان است.

پایان‌نامه‌ای با عنوان بررسی شیوه‌های فرزندپروری با میزان سلامت اجتماعی فرزندان در دبیرستان‌های شیراز در سال ۱۳۹۰ به کوشش فاطمه کدخدایی انجام شده است. روش این تحقیق پیمایش و روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای و نمونه ۴۰۰ نفری بوده است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد بین سبک دموکراتیک فرزندپروری در خانواده با سلامت اجتماعی فرزندان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

«سلامت دختران نوجوان و پارادوکس آزادی/محدودیت» عنوان مطالعه‌ای است که سرور پرویزی و نیکبخت در سال ۱۳۸۳ انجام دادند. این تحقیق پژوهشی کیفی است که در آن بحث‌های مربوط به مفاهیم آزادی و محدودیت و تأثیر آنها بر سلامت دختران تحلیل شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که والدین و خصوصاً مادران با آموزش رفتار اجتماعی متناسب به دختران نوجوان می‌توانند در تأمین سلامت آنها مؤثر باشند.

نقش سلامت روانی مادران در سلامت روانی دختران نوجوان به کوشش خانجانی و همکاران در ۱۳۸۹ بررسی شده است. هدف این مطالعه، که از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی است، بررسی رابطه سلامت روانی مادر با اختلالات درونی‌سازی در دختران نوجوان بوده است که درباره ۱۰۸ دانش‌آموز دختر از تبریز در دامنه سنی ۱۱ تا ۱۶ سال انجام شده است. به‌منظور تحلیل داده‌ها از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که بین اختلال در سلامت روانی مادر و اختلالات درونی‌سازی دختران نوجوان رابطه علی‌معناداری وجود دارد و درونی‌سازی به دلیل بار اجتماعی- فرهنگی در زنان شایع‌تر است، چون فرهنگ و جامعه معمولاً اختلالات درونی‌سازی (مانند پرخاشگری) را در زنان شایسته نمی‌دانند و دختران از ابتدا توسط خانواده آموزش داده می‌شوند که مشکلات خود را به درون سوق دهند. به نظر می‌رسد آگاهی از عوامل زمینه‌ساز اختلالات درونی‌سازی می‌تواند جامعه را در پیشگیری از این اختلالات توانمند سازد. همچنین بیشتر مشکلات دختران با بافت خانواده و سلامت روانی مادران ارتباط دارد.

«کمال‌گرایی مادران و سلامت روان دختران» عنوان مقاله‌ای است که یآوری و همکاران در سال ۱۳۸۷ به آن پرداختند. این پژوهش به بررسی رابطه بین کمال‌گرایی مادران با سلامت روان دختران پایه سوم دبیرستان منطقه ۳ شهر تهران پرداخته است. برای گردآوری داده‌ها و انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از روش آماری کی‌دو استفاده و مشخص شده است مادرانی که کمال‌گرایی کمتر و سلامت روانی بهتری داشته باشند، دخترانی با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی بالاتر خواهند داشت. درویزه در سال ۱۳۸۴ به بررسی رفتار هم‌دلانه دختران نوجوان دبیرستانی با مادرانشان و رابطه آن با مهارت‌های فراشناختی در شهر تهران پرداخته است. نمونه پژوهش ۱۹۶ دانش‌آموز دختر دبیرستان‌های شهر تهران بوده‌اند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی برگزیده شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه رفتار هم‌دلی دختران و پرسش‌نامه خودگردانی در یادگیری بوده است. آزمون فرضیه‌های پژوهش با روش‌های آماری همبستگی، تحلیل واریانس و رگرسیون انجام شده است. یافته‌های این تحقیق درباره رفتار هم‌دلانه دختران با مادران همبستگی مثبت و معناداری با مهارت خودگردانی در یادگیری دارد.

«بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر الگوپذیری رفتار اجتماعی دختران» عنوان مقاله‌ای است که پوریوسفی و همکاران در سال ۱۳۸۸ منتشر کرده‌اند. هدف این تحقیق شناخت تأثیر عواملی همچون پایگاه طبقاتی والدین، برنامه‌های آموزشی مدارس و رسانه‌های جمعی، گروه همالان و گروه‌های مرجع، گرایش به مد و یک‌پارچگی با دیگران بر الگوپذیری رفتار اجتماعی

دختران است. این پژوهش با شیوه پیمایشی و اسنادی انجام شده است. جامعه آماری شامل ۷۷۱۵ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های مناطق ۳ و ۱۹ شهر تهران است که به روش خوشه‌ای - تصادفی نمونه‌گیری شده‌اند. جمعیت نمونه برابر ۳۷۰ نفر محاسبه شده است. نتایج نشان دادند که از بین ویژگی‌های فردی والدین مثل سن، تحصیلات و شغل، فقط متغیر تحصیلات با نوع الگوهای رفتار اجتماعی دختران رابطه معنادار نشان داده است. رابطه نوع الگوهای رفتار اجتماعی دختران با گروه دوستان و همالان معنادار بوده است و بالاخره در آخرین فرضیه، که گرایش به مد و یک‌پارچگی با دیگران را با الگوهای رفتاری دختران مرتبط دانسته است، رابطه‌ای معنادار به دست آمده است.

پیشینه لاتین

از جمله مطالعات کیفی که در دهه اخیر در زمینه مربوط به پژوهش ما صورت گرفته است می‌توان به این موارد اشاره کرد:

بروکر (۲۰۰۳) دریافت که در دهه‌های اخیر به دلیل پیدایش منابع جدید آموزشی، نقش مادران در آگاه‌سازی دختران درباره سلامت کم‌رنگ شده است، اما بالبی (۲۰۰۳) و نیز هام و همکاران در همان سال و جکسون و همکاران پنج‌سال بعد (۲۰۰۸) ثابت کردند که هنوز والدین بر رفتارهای سلامتی در فرزندان تأثیر چشمگیری دارند و دلیل این موضوع دلبستگی فرزندان به والدین است.

کائو و همکاران (۲۰۰۷) به اثر ارزش‌های فرهنگی مادران بر رفتارهای مرتبط با سلامتی در دختران و قدرت این تأثیر به دلیل رابطه نزدیک دختران و مادران پرداخته‌اند. همچنین جانسون و همکاران (۲۰۰۷) نقش زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و نیز حمایت‌های کلان ساختاری را بر رفتارهای سلامتی در زنان بررسی کردند.

نتایج تحقیق یویو و هانگبین (۲۰۰۹) نشان داد که اگر آموزش سلامتی به مادران جامع و شامل تمام ابعاد سلامتی باشد، آنان فرزندان سالم‌تری پرورش خواهند داد. آگل و دمه‌ورست (۲۰۰۹) عوامل مؤثر بر تفاوت‌های مادران و دختران را در رفتارهای مرتبط با سلامتی و اهمیت ویژه تحصیلات مادران را در این باره مطالعه کردند.

پیشینه نظری تحقیق

نظریه یادگیری اجتماعی بندورا

نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (۱۹۷۷) بر اهمیت نقش آموزش در امور مرتبط با سلامتی تأکید دارد. طبق این نظریه، رفتارهای مرتبط با سلامتی همانند دیگر رفتارهای انسان بیشتر تحت تأثیر یادگیری مشاهده‌ای شکل می‌گیرد. یادگیری از راه مشاهده یکی از نظریه‌هایی است که نقش مادران را در تبدیل دانش و باور مرتبط با سلامتی به رفتار مرتبط با سلامتی در دختران دانشجوی تبیین می‌کند. به‌طور کلی بندورا معتقد است هم عوامل شناختی بیرونی و هم عوامل شناختی درونی در کنترل رفتار انسان مؤثرند. او بیان می‌کند که شخص، رفتار او و محیط بر هم تأثیر متقابل دارند و هیچ‌کدام از این سه جزء را نمی‌توان جدا از اجزای دیگر تعیین‌کننده رفتار انسان به‌شمار آورد (سیف، ۱۳۷۴: ۲۸۲). برخلاف نظریه "شرطی شدن" که یادگیری را مکانیکی و صرفاً واکنشی درمقابل تجربه مستقیم محرک محیطی می‌پندارد، نظریه یادگیری اجتماعی بر آن است که یادگیری از طریق مشاهده رفتار دیگران و الگوقراردادن نیز امکان‌پذیر است (ثنایی، ۱۳۶۸: ۱۱).

مهم‌ترین سازه‌های این نظریه عبارت‌اند از تقویت، تقلید و همانندسازی. در این نظریه، ساده‌ترین سازوکار یادگیری یک رفتار و نقش عبارت است از پاداش‌دادن یا تقویت فردی که آن رفتار خاص، از جمله رفتار مرتبط با سلامتی، را انجام داده است. درواقع براساس این نظریه ارائه پاداش درمقابل رفتارهای مرتبط با سلامتی باعث تقویت و تکرار آنها می‌شود. پس این نظریه بر اهمیت یادگیری مشاهده‌ای و تقلید تأکید می‌ورزد. این نظریه اهمیت زیادی برای تقلید از الگوها به‌ویژه الگوهای هم‌جنس قائل است (دویل و پاولودی، ۱۹۹۸).

بندورا (۱۹۷۷) انسان را به‌صورتی پویا، پردازش‌کننده و بالاتر از همه ارگانیک اجتماعی توصیف می‌کند. شناخت‌های ما، از جمله عملکرد و قضاوت‌ها، براساس مشاهدات و تعامل‌هایمان با افراد دیگر شکل می‌گیرند. علاوه‌براین، پژوهش‌های بندورا نوعاً منعکس‌کننده موقعیت‌های اجتماعی و مسائل زندگی واقعی هستند. آزمودنی‌های او، انسان‌هایی در تعامل با انسان‌های دیگرند (هرگنهان و السون، ۱۳۷۶: ۴۰۳). به‌طور کلی در نظریه بندورا یادگیری براساس ارتباط فرد با ضابطه‌ها و آداب و رسوم اجتماعی صورت می‌پذیرد. با مشاهده افراد در محیط اجتماعی و تقلید از آنهاست که انسان می‌آموزد چگونه رفتار کند (گلور، ۱۳۶۹: ۱۹۲).

نظریه یادگیری اجتماعی مانند نظریه شناختی مدعی است یادگیری در سطح فکری انجام می‌شود (پارسا، ۱۳۸۱: ۶۰۲). به نظر بندورا رفتار فرد تابعی از یادگیری قبلی و محیط فعلی اوست و این تعامل بین رفتار و یادگیری و محیط را جبرگرایی متقابل می‌نامد. به عقیده بندورا

جبرگرایی متقابل پیش‌بینی می‌کند که قوت نسبی رفتار میان‌فردی با تغییرات عوامل محیطی تغییر می‌کند. بندورا معتقد است انسان از همان کودکی از مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای رفتار آنان درس‌ها می‌گیرد و چیزها می‌آموزد (بیلر، ۱۳۵۳: ۷۶).

یادگیری مشاهده‌ای منحصر به تقلید صرف رفتار "الگو" نیست. نشریات و رسانه‌ها هم "الگوهای نمادین" ارائه می‌کنند. همین‌طور هم توصیف چگونگی انجام یک عمل، به‌طوری‌که الگوی تحت تقلید در ذهن مجسم شود، خود به‌منزله رفتاری است که می‌تواند تحت تقلید قرار گیرد. گرچه انسان خیلی چیزها می‌آموزد، غالباً به کارهایی مبادرت می‌کند که برایش مقبول یا سودمند باشند، که این خود مبین وجود و اهمیت "کنترل درونی" است و مشاهده تنبیه و تشویق در میزان بروز رفتار تقلیدی نقش اساسی دارد (گلاور، ۱۳۶۹).

اما اعمال فقط به‌وسیله پاداش‌ها و تنبیه‌های بیرونی تعیین نمی‌شوند. پس اگر تقویت‌کننده‌ها و تنبیه‌کننده‌های بیرونی رفتار را کنترل نمی‌کنند، چه چیزی آن را کنترل می‌کند؟ پاسخ بندورا به این پرسش این است که انسان از تجربه مستقیم یا غیرمستقیم "معیارهای عملکرد" را فرامی‌گیرد. پس از آنکه این معیارها آموخته شدند، به پایه‌ای برای ارزشیابی شخصی فرد تبدیل می‌شوند. اگر عملکرد شخص در موقعیتی معین با معیارهای او هماهنگ باشد، آن را مثبت و در غیراین‌صورت، منفی ارزیابی می‌کنیم. فرد ممکن است معیارهای خود را از تجربه تقویت رفتارهای او توسط والدین و محیط زندگی کسب کند. همچنین از راه مشاهده رفتارهایی که دیگران برای آنها تشویق می‌شوند، معیارهای شخصی به طور غیرمستقیم ایجاد می‌شوند (هرگنهان و السون، ۱۳۷۶: ۳۸۷).

بنابراین، طبق نظریه یادگیری اجتماعی، یادگیری مشاهده‌ای یکی از سازوکارهای اجتماعی قدرتمندی است که طی آن، فرد، دیگری را مشاهده و سپس از او تقلید می‌کند و با الگوگیری به رفتار و تفکر خود شکل می‌دهد و با رفتار فرد محبوب خود همانندسازی می‌کند. براساس این اصل، انسان‌ها از اولین تا آخرین لحظه‌های عمرشان درحال یادگیری‌اند و صددرصد رفتارهای غیرغریزی‌شان را می‌توان ناشی از یادگیری دانست. درواقع اساس همه رفتارها، اخلاقیات، اعتقادات، قضاوت‌ها و ارزش‌ها آموختنی است و در هر دوره از زندگی انسان‌ها تلاش می‌کنند از طریق پیروی از رفتار، گفتار و پندار افراد محبوب و مقبول خویش، خود را به صورت بازتاب وجودی او درآورند و در جامعه جایگاهی بیابند (اطیابی، ۱۳۸۷: ۲۶).

روش‌شناسی

تحلیل ثانویه داده‌های کیفی

تحلیل ثانویه شامل استفاده از داده‌های مطالعات قبلی به منظور دنبال کردن اهداف تحقیقاتی است که متمایز از آن کار اصلی باشد. ممکن است مطالعه جدید سؤال تحقیق متفاوت یا رویکردی مجزا از پژوهش قبلی داشته باشد (زابو و استرانگ، ۱۹۹۷).

تحلیل ثانویه با بررسی نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات کیفی که هدف آنها تدوین و ارزیابی شواهد و مدارک در ارتباط با موضوعی ویژه یا تکنیک تحقیق خاصی است متفاوت است (پویی، راجرز و ویلیامز، ۱۹۹۸). تحلیل ثانویه می‌تواند شامل استفاده از یک یا چند مجموعه از داده‌های کیفی یا مجموعه‌ای از داده‌های کمی و کیفی باشد. علاوه‌براین، محققان ممکن است این رویکرد را جهت استفاده مجدد از داده‌های خود به کار بگیرند یا با استفاده از مجموعه‌ای از داده‌های کیفی که از قبل موجود بوده از تحلیل ثانویه استفاده کنند.

با وجود این، تاکنون تحلیل ثانویه داده‌های کیفی در مطالعات به طور گسترده استفاده نشده است. تنها تعداد معدودی تحقیق با این رویکرد وجود دارد (تورن، ۱۹۹۰). طبقه‌بندی انواع مختلف داده‌های تحلیل ثانویه کیفی، به دلیل تنوع روش‌ها ساده نیست (هیندس و همکاران، ۱۹۹۷).

در علوم اجتماعی، توجه فزاینده‌ای به استفاده مجدد از داده‌های کیفی بیشتر جمع‌آوری شده در حال شکل‌گیری است و استدلال‌های متفاوتی در حمایت از توسعه تحلیل ثانویه مطالعات کیفی مطرح شده است (هیندس و همکاران، ۱۹۹۷؛ زابو و استرانگ، ۱۹۹۷). به طور کلی، فرصت‌های محدود برای انجام تحقیقات اولیه و هزینه‌های کار کیفی، پژوهشگران را وامی‌دارد تا استفاده از داده‌های در دسترس را به حداکثر برسانند. ظهور نرم‌افزارها برای کمک به کدگذاری، بازیابی و تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی، پیشرفت دیگری است که به احتمال زیاد به‌منظور تسهیل در تحلیل ثانویه داده‌های کیفی در دسترس است (ساندلوسکی، ۱۹۹۷). انگیزه‌هایی که پس پشت این نوع رویکرد است با تحلیل ثانویه داده‌های کمی تفاوت چشمگیری ندارد. برخی ادعا کرده‌اند که این رویکرد را می‌توان برای ایجاد دانش جدید، فرضیه‌های جدید یا حمایت از نظریه‌های موجود به کار گرفت. این شیوه مسئولیت پاسخ‌دهندگان را کاهش می‌دهد، نیاز به جذب افراد بیشتر را از بین می‌برد و اجازه می‌دهد اطلاعاتی که همگان به آن دسترسی ندارند در دسترس پژوهشگران بیشتری قرار بگیرد (پراکتر، ۱۹۹۳). علاوه‌براین، تحلیل ثانویه روشی آسان‌تر برای محققان خاص، به‌ویژه دانشجویان، است (زابو و استرانگ، ۱۹۹۷).

با این حال، تورن (۱۹۹۰) استدلال می‌کند از آنجاکه محقق بخشی از تیم تحقیقاتی اصلی است، انجام تحلیل ثانویه در این رویکرد بهتر است به دلیل مشکلات خاصی، تنها توسط محققان باتجربه در ظرفیتی مستقل انجام شود. همچنین باید گفت استفاده از این رویکرد، لزوماً مانع امکان جمع‌آوری داده‌های اولیه نیست؛ مثلاً ممکن است برای به دست آوردن اطلاعات اضافی یا پیگیری یافته‌های در حال ظهور، کنترل تحلیل اولیه لازم باشد. همچنین ممکن است به مشورت با محقق اصلی نیاز باشد. همان‌طور که قبلاً گفتیم، تحلیل ثانویه می‌تواند با استفاده از داده‌های موجود - داده‌هایی که برای اهدافی از یک مطالعه قبلی جمع‌آوری شده‌اند - تمام یا بخشی از مجموعه داده‌ها را در جهت شناخت مفاهیمی به کار بگیرد که برای پژوهش اولیه مرکزیت نداشته‌اند.

استراتژی ما در این تحقیق شامل بررسی دوباره داده‌های کیفی مربوط به طرح پژوهشی "مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجو" (سفیری و ایمانیان، ۱۳۸۸) است. ما با تحلیل گفتمان انتقادی، به مطالعه بخشی از مجموعه داده‌ها و یافته‌های خود از این پروژه می‌پردازیم تا نقش مادران را در آموزش سلامت به دختران بررسی کنیم (مفهومی که برای پروژه اصلی محوری نبوده است).

تحلیل گفتمان انتقادی

ریشه لغت گفتمان "به جریان انداختن" است. بنابراین از طریق گفتمان، موضوعی از فردی به فرد دیگری رسانده می‌شود (رنکما، ۲۰۰۴). گفتمان‌ها در محدوده‌ای از معانی درون یک اجتماع یافت می‌شوند و از طریق کنش متقابل و ارائه سخنرانی، نوشته، نقاشی، عکاسی و هر عملی که معناآفرین است یا بازتولید معنایی دارد، به وجود می‌آیند (آستین، ۱۹۶۲ به نقل از ودرال و می‌بین، ۱۹۹۶).

همان‌گونه که جانستون (۲۰۰۲) می‌گوید، گفتمان‌ها از مردم، زبان، مشارکت‌کنندگان و گفتمان‌های پیشین تشکیل شده‌اند و به جهان شکل می‌دهند. قلمروهایی که در گفتمان‌ها خلق می‌شوند، از طریق سکوت، یعنی آنچه به زبان نمی‌آید یا نمی‌توان گفت، پیش می‌روند. فوکو در "مفهوم‌سازی گفتمان" (۱۹۷۲) به توضیح چگونگی نظریه‌پردازی فرهنگی متنی خاص در زمانی مشخص می‌پردازد. پارکر (۱۹۹۴) تلویحاً اظهار می‌کند که واژه "متن"، از واژه‌های یونانی مربوط به فن بافت پارچه از تارهای نخی گرفته شده است. از این رو می‌توان متن را در حکم موضوع معنایی دید که جهان اجتماعی را به هم پیوسته نگاه می‌دارد. متن‌های گفتاری و نوشتاری، توانایی تعریف موقعیت‌ها، هویت‌ها و وظایف و روابط بین مردم را دارند.

فوکو (۱۹۷۲) نشان می‌دهد که گفتمان چگونه مجموعه‌ای از واقعیات را در پی دارد که با فرضیات ویژه‌ای به مثابه بدیهیات برخورد و تعیین می‌کند که چه چیزی را می‌توان گفت یا به عمل درآورد. در جامعه گفتمان‌های غالب، بسته‌های از پیش‌آماده‌ای از معانی با قدرت پنهان و اثرگذارند که در لحظه پیشامدها را وصف و فرد را برساخت می‌کنند (بر، ۱۹۹۵).

اصطلاح گفتمان ممکن است مسئله‌آفرین باشد. میلز (۱۹۹۷) تکوین تاریخی استفاده از اصطلاح گفتمان برای توصیف زبان را پیگیری کرده است. او معتقد است دو برداشت کلی از گفتمان وجود دارد: یکی اینکه بین متون گفتاری و نوشتاری تمایز قائل شویم؛ دیگر اینکه از اصطلاح گفتمان در معنای گسترده‌تری استفاده کنیم که بر حوزه کلی تولید و جریان تحت کنترل متن دلالت دارد. به باور گی (۱۹۹۶) برداشت دوم از گفتمان، "چیزی بسیار فراتر از زبان است". در رویکرد او، تحلیل این گفتمان، منعکس‌کننده اوضاع و احوال اجتماعی به‌شمار می‌آید. یعنی معنا به گروهی از واژه‌ها محدود نیست، بلکه قابل توسعه است و به وضعیتی که در آن تولید شده و اینکه چگونه مخاطب آن را دریافت و تفسیر می‌کند بستگی دارد. گفتمان‌ها، شیوه‌های رفتار، کنش‌های متقابل، ارزش‌گذاری، اندیشیدن، باورداشتن، حرف‌زدن و خواندن و نوشتن هستند که در حکم ضرورت‌های نقش‌های اجتماعی برای گروه‌های ویژه‌ای از مردم پذیرفته شده‌اند و زبان، خارج از گفتمان هیچ مفهومی ندارد (گی، ۱۹۹۹).

تحلیل گفتمان روشی برای آزمودن داده‌هایی است که پژوهشگران در دامنه گسترده‌ای از رشته‌ها می‌توانند از آن استفاده کنند. به گفته پالتریچ (۲۰۰۶) بسیاری از داده‌های جمع‌آوری شده از مشارکت‌کنندگان، که به شکل مصاحبه جمع‌آوری شده‌اند، از نوع واژه‌ها هستند. تحلیل گفتمان یکی از شیوه‌هایی است که پژوهشگر برای نزدیک شدن به تحلیل داده‌ها برمی‌گزیند. جانستون (۲۰۰۲) خاطرنشان می‌کند که تحلیلگران گفتمان با چندین گونه از موضوعات کار می‌کنند؛ از جمله نسخه‌هایی از گفت‌وگو به صورت صوتی یا صوتی-تصویری، اسناد کتبی و متون شفاهی. رهیافت‌های موجود برای پژوهشگران علاقه‌مند به تحلیل گفتمان به شرح زیر هستند: تحلیل محاوره‌ای، قوم‌نگاری ارتباطات اجتماعی، نشانه‌شناسی اجتماعی و تحلیل گفتمان انتقادی.

تحلیل محاوره‌ای عبارت است از جست‌وجو و نظریه‌پردازی درباره زبانی که در وضعیت خاصی به کار رفته است (ساکس و همکاران، ۱۹۷۴). در تحلیل محاوره‌ای، نیازی به اطلاعات مشروح درباره مشارکت‌کنندگان، امور روزمره یا عقایدشان نیست، بلکه نمونه‌هایی از گفت‌وگو بررسی می‌شود (کامرون، ۲۰۰۱). هایمز (۱۹۷۲) اظهار می‌کند که در قوم‌نگاری ارتباط، صحنه و محل وقوع و مشارکت‌کنندگان در گفتمان محور توجه هستند. این نوع گفتمان هم در حکم

"درونی" و هم در حکم "بیرونی" است و در عین حال سعی می‌کند چگونگی و چرایی رفتار مردم را درک و آن را منعکس کند. نشانه‌شناسی اجتماعی به گفتمان مرتبط با شیوه استفاده از زبان به مثابه بخشی از فرآیند ارتباطی و شیوه‌های دیگر گفت‌وگو مانند حرکات سر و دست، لباس، موسیقی یا فیلم، معماری یا طراحی داخلی، رویکردی چندوجهی دارد (کرس و ون لیوون، ۲۰۰۱).

استادان تحلیل گفتمان انتقادی همچون فرکلاف (۱۹۹۲) و ون‌دایک (۲۰۰۳)، نه تنها زبان را ابزاری خنثی نمی‌دانند، بلکه آن را وسیله‌ای معنادار و انباشته از بار سنت‌های اجتماعی و فرهنگی و مضامین تاریخی می‌دانند. این تحلیلگران تحت لوای مطالعه واقع‌گرا از زبان کار نمی‌کنند. آنها در پارادایمی ذهن‌گرا، تفسیرکننده و ساختارگرای اجتماعی قرار گرفته‌اند و معتقدند گفتمان، ذاتاً تحت تأثیر ساختار اجتماعی است و در برهم‌کنش اجتماعی ساخته می‌شود. کامرون (۲۰۰۱) اظهار می‌کند که دغدغه اصلی تحلیلگران گفتمان انتقادی بیشتر گفت‌وگوی نهادی است تا گفت‌وگوی عادی؛ و بسیاری به‌خصوص به رسانه‌ها کشش دارند، مانند ون‌دایک (۱۹۹۶) در ساختار شکنی زبان نژادپرستانه متن‌های روزنامه‌ای.

ون‌دایک (۲۰۰۳) بر این باور است که تحلیل گفتمان انتقادی در کنار بسیاری "رهیافت‌های" مطالعات گفتمان، آن‌قدرها هم دستورالعمل تخصصی به‌شمار نمی‌آید، بلکه هدفش نشان دادن سبک‌های متفاوت نگرش نظریه‌پردازی، تحلیل و کار بست از اول تا آخر کل رشته است. واژگان شاخص بسیاری از دانشمندان در تحلیل گفتمان انتقادی مفاهیمی چون قدرت، سلطه، برتری، ایدئولوژی، طبقه، جنس، نژاد، تبعیض و علائق، بازآفرینی، نهادها، ساختارهای اجتماعی و نظم اجتماعی را نشان می‌دهد. فرکلاف (۱۹۸۹) عقیده دارد که ایدئولوژی‌ها و مناسبات قدرتی که زیر چتر آنها قرار دارند، تأثیر عمیق و فراگیری بر تفسیر و ارائه گفتمان می‌گذارند، زیرا در رویه‌های تفسیرگری ریشه دارند. در این رویه‌های تفسیرگر، نظم‌های اجتماعی زیر سلطه بالاترین سطح تصمیم‌گیری واقع شده‌اند که دیگران بدان وابسته‌اند. در اینجا، در مناسبات قدرتی، تلویحاً از قدرت اجتماعی بحث می‌شود نه قدرت فردی. مناسبات قدرتی بر حسب کنترلی که گروه یا سازمانی بر کنش‌ها و/یا افکار گروهی دیگر دارد، تعریف می‌شود؛ از این رو آزادی عمل دیگران را محدود می‌کنند یا بر شناخت، آگاهی، نگرش‌ها و ایدئولوژی‌های آنان تأثیر می‌گذارند. مناسبات قدرتی بر اساس دسترسی طبقه مرفه به منابعی استوارند که در جامعه ارزشمند محسوب می‌شوند، مانند ثروت، پست و مقام، منزلت یا گفتمان عمومی. قدرت اجتماعی برای مجاز شمردن هر چه بیشتر کنترل پرنفوذ و میسر ساختن اشکال روزمره بازآفرینی قدرت، سازماندهی و نهادینه شده است (فرکلاف و داک، ۱۹۹۷).

همان‌گونه که فرکلاف (۱۹۸۹) تأکید دارد، تحلیل گفتمان انتقادی الزاماً کاری درونی است. تحلیلگر خودآگاه گفتمان انتقادی باید از طریق توسعه همه‌جانبه درک عقلایی از نظریه‌های اجتماعی، فاصله بین خود و موضوع تحت مطالعه را پرکند. ممکن است این تحلیل‌ها تا حد ساختارشکنی و به‌چالش‌کشیدن متن‌ها، دنبال کردن ایدئولوژی‌ها و فرضیاتی که در کاربست گفتمان نهفته است، و ربط‌دادن آنها به نگرش‌های گوناگون مردم، تجارب و باورها، ادامه یابد (کلارک، ۱۹۹۳).

ویداوسون (۲۰۰۴) اظهار می‌کند که تحلیل گفتمانی باید دربرگیرنده مباحثی با دستور عمل و کاربران متن باشد، و نباید تنها به نظر تحلیلگر درباره اینکه معنای متن چه باشد بسنده کند. متخصصان پیشنهاد کرده‌اند که تحلیلگران گفتمان انتقادی گاه نقش مخاطب متن را در مصرف و تفسیر متن در نظر نمی‌گیرند. آنها گاهی خود را با مخاطب متن اشتباه می‌گیرند (ون‌نوپن، ۲۰۰۴). همچنین از تحلیل گفتمان انتقادی بدین لحاظ که همواره تحلیل‌هایش در تحلیل متون مشروح، مکفی و نظام‌مند نبوده‌اند انتقاد شده است (شگلوب، ۱۹۹۷). تولان (۱۹۹۷)، از تحلیلگران گفتمان انتقادی خواسته است که بیشتر تفکر انتقادی داشته باشند و درباره ابزار تحلیلی خود محتاط‌تر باشند.

سه بعد تحلیل گفتمان انتقادی که به‌کوشش فرکلاف (۱۹۸۹) شناسایی شده‌اند توصیف، تفسیر و تبیین هستند. توصیف، با کیفیت خواص رسمی متن سروکار دارد. تفسیر، دربرگیرنده روابط بین متن و کنش متقابل است. تبیین با روابط گفتمان‌های مبارزه‌ای و مناسبات قدرتی سروکار دارد. هدف این مرحله بیان گفتمان در حکم بخشی از عملکرد اجتماعی است که نشان می‌دهد چگونه گفتمان از طریق ساختارهای اجتماعی تعیین می‌شود. روش به‌کارگرفته‌شده در این تحقیق، تحلیل گفتمان انتقادی به روش فرکلاف و واحد تحلیل متن بوده است.

تحلیل داده‌ها

با توجه به نظریه فرکلاف، ابتدا نظریه‌های موجود در باب یادگیری رفتار مرتبط با سلامت را به طور گسترده بررسی کردیم. پس از آن به توصیف داده‌ها در جهت "بررسی مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجو" (سفیری و ایمانیان، ۱۳۸۸) پرداختیم و مصاحبه ۱۱۰ دختر دانشجو در شهر تهران را مجدداً تحت بررسی قرار دادیم. مشخصات آنان در جدول زیر آمده است:

جدول ۱. مشخصات پاسخگویان براساس نوع دانشگاه، مقطع تحصیلی و گروه سنی

نقش مادران در آموزش سلامت به دختران: تبدیل دانش سلامت به رفتار مرتبط با سلامت

گروه سنی		مقطع تحصیلی						دانشگاه					
۲۵-۳۱		۱۸-۲۴		کارشناسی ارشد			کارشناسی			تهران		الزهر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱۶	۱۸	۸۲	۹۲	۲۵	۲۸	۷۵	۸۲	۴۴	۴۸	۵۶	۶۲		

دانشجویان کارشناسی و کارشناسی‌ارشد در گروه‌های سنی ۱۸-۲۴ و ۲۵-۳۱ در دانشگاه‌های الزهراء و تهران در جدول ۱ توصیف شده‌اند. درباب یافته‌های توصیفی باید گفت در نظر مشارکت‌کنندگان، سلامتی معادل است با بهترین نعمت، تعادل، شادی، نداشتن درد، و بیمار نبودن. مشارکت‌کنندگان بیماری را درد، بدترین امر، محدودیت و اختلال کارکرد جسم و روح تعریف کرده‌اند.

آنها می‌دانند که برای حفظ سلامتی جسم باید سبک زندگی سالم داشت که شامل استراحت کافی، ورزش و بهداشت فردی مناسب، تغذیه سالم، دوری از رفتارهای مخاطره‌آمیز و چک‌آپ مرتب می‌شود. دانشجویان دختر معتقدند سلامتی مهم‌ترین موضوع در زندگی و بهترین نعمت است که شامل سلامت روحی و نیز جسمی می‌شود. آنها سلامت روان را شامل شاد نگاه‌داشتن روحیه، تفریحات شادی‌بخش و تمرین‌های آرامش‌بخش می‌دانند. نیز آموخته‌اند که افراد جامعه باید دانش سلامتی به‌روزی داشته باشند و از منابع آموزشی و خبری جدیدترین راهکارهای حفظ و بهبود سلامتی را جست‌وجو کنند.

در کنش متقابلی که بین پاسخگو و محقق بوده است، سعی بر این بوده که به "تفسیری" از دیدگاه دختران دانشجویان از سلامت و رفتار مرتبط با سلامت پرداخته شود؛ از نظر دختران جوان، افرادی که دچار بیماری می‌شوند باید در جهت تغییر سبک زندگی خود کوشش کنند، در اولین فرصت به پزشک مراجعه کنند و طبق توصیه و تجویز متخصصان عمل کنند.

اما در مصاحبه‌های عمیق اظهار می‌کنند که در عمل، تا زمانی که از پا نیفتند، درد و هشدار بیماری را با خوددرمانی و استفاده از مسکن‌ها تحمل می‌کنند و در آخرین مراحل به پزشک مراجعه می‌کنند. براین اساس، می‌توان تفسیر کرد که آنها برای جلوگیری از آشکار شدن خستگی‌ها و دردهایشان از لوازم آرایشی استفاده می‌کنند. برای اینکه در جامعه پذیرفته شوند، به متناسب بودن اندام خود و رعایت مد در پوشش اهمیت می‌دهند و به دلیل کمبود منابع مالی و زمانی و نیز عدم اطمینان به سواد و توجه متخصصان ترجیح می‌دهند که تا زمان بحران بیماری به پزشک مراجعه نکنند و چنانچه با متخصصی مشورت کنند باز هم به صورت سلیقه‌ای از نظرات و تجویزهای او پیروی می‌کنند.

در تبیین یادگیری رفتار مرتبط با سلامت، عملکرد اجتماعی نشان می‌دهد دختران دانشجوی سلامتی را از دیدگاه مادرانشان بیشتر به معنای فقدان درد می‌دانند و چندان به سلامت روان توجهی ندارند.

مادران در اثر کمبود وقت به دلیل خانه‌داری و -در صورتی که شاغل باشند، به دلیل کار بیرون از خانه، چندان به سلامت خود اهمیت نمی‌دهند و اغلب وضعیت سلامتی مطلوبی ندارند؛ به‌ویژه در گروه‌های سنی بالاتر. اقدامات مادران در جهت حفظ سلامت و رفع بیماری بیشتر به صورت روش‌های سنتی و خوددرمانی است و تا هنگامی که بیماری آنان در حدی نباشد که انجام امور روزمره‌شان را مختل سازد، درد را تحمل می‌کنند و به پزشک مراجعه نمی‌کنند.

رفتارهای مرتبط با سلامت دختران دانشجوی، با وجود تحصیلات بالا، اطلاعات زیاد، حضور فعال در جامعه و قرارگرفتن تحت آموزش‌های پارادایم جدید سلامت، مشابه مادرانشان است؛ مانند دردکشیدن (ناشی از فرهنگ مردانه که صبوری و تحمل را از زنان انتظار دارد) و نیز ترجیح موارد دیگر بر سلامت خود به دلیل پایین‌بودن پنداشت از خود (تحت سلطه قدرت مردانه) در زنان؛ چراکه در متن فرهنگی جامعه این‌گونه به آنان القا شده است. فرایند جامعه‌پذیری زنان به‌گونه‌ای است که خود را از چشم دیگران می‌بینند و حتی در مواجهه با دیگر مردان و زنان، تحت تأثیر یادگیری اجتماعی، به نظر مردان بیشتر توجه می‌کنند. در فرهنگ مسلط مردانه، زنان خود را کمتر یا فروتر از مردان در نظر می‌گیرند و هرچه این احساس بیشتر باشد، احترام به خود بیشتر از بین می‌رود. بنابراین، به نظر می‌رسد سلامتی دختران بیشتر تحت سلطه فرهنگ مردانه قرار می‌گیرد و جنسیتی‌تر می‌شود.

آسیب‌های سلامتی زنان را باید پیامد کیفیت هم‌زیستی آنان در زندگی اجتماعی دانست که در آن، کنش‌های انسان نتیجه رفتار ناندیشیده است و با نوعی برداشت بی‌رویه از نظام پاداش و تنبیه در قالب تقسیم جنسیتی کار و ساختار روابط قدرت در خانواده برانگیخته می‌شود؛ کنش‌هایی که از طریق ویژگی‌های نقش آموخته می‌شوند و در زندگی روزمره به کار می‌روند.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که اشاره کردیم، دانش و باور مرتبط با سلامت در دختران بیشتر از مادران است. اما آنچه مشترک است دردکشیدن است؛ پس دختران و مادران رفتار سلامتی نسبتاً مشابهی با هم دارند. دردکشیدن زنان ناشی از فرهنگ غالبی است که از زنان توقع دارد صبور باشند و آستانه تحمل بالایی داشته باشند. زنان تحت سلطه این جو فرهنگی نیز خودپنداره پایینی دارند و سلامتی خود را در آخرین اولویت‌ها قرار می‌دهند.

بنابراین، دخترانی که تحت آموزش پارادایم جدید سلامتی بوده‌اند، بین دو رویکرد سنتی و مدرن به سلامت زنان قرار گرفته‌اند. آنان دانش و باور سلامتی مدرن، اما رفتار سلامتی سنتی دارند و از مادران خود آموخته‌اند درد را تحمل کنند و امور دیگر را بر خود ترجیح دهند.

در اینجا بهترین نظریه‌ای که توصیف‌کننده این حالت است، نظریه یادگیری اجتماعی است که به متغیرهای اجتماعی و تأثیر آنها بر پاسخ‌های اجتماعی می‌پردازد. "یادگیری اجتماعی" که شاخص‌ترین نظریه پرداز آن باندورا است، تأکید می‌کند که رفتارها به تدریج در پاسخ به پیامدهای مثبت و منفی‌شان شکل می‌گیرند. این نظریه بر آن است که رفتارهای نقش جنسیتی از طریق یادگیری مشاهده‌ای و نیز تقویت‌کننده‌ها (پاداش‌ها و تنبیه‌ها) آموخته می‌شوند (ریاحی، ۲۰۰۸). پس، در آموزش رفتار اجتماعی، تقلید نقش مهمی دارد. خواه رفتار بهنجار باشد خواه نابهنجار. باندورا معتقد است پاسخ‌ها، که همان تقلید از رفتار دیگران‌اند، از راه مشاهده فراگرفته می‌شوند (مورتون و کراوس، ۱۳۸۶).

می‌توان گفت مادران در اثر تشویق جامعه، سلامتی دیگران را بر خود ترجیح می‌دهند و نگران‌اند که در صورت اهمیت‌دادن به سلامت خود، دیگر مادری فداکار و همسری زحمت‌کش تلقی نشوند. دختران در اثر یادگیری مشاهده‌ای از مادران خویش می‌آموزند به سبک زندگی سالم بی‌اعتنا باشند و نشانگان بیماری در خود را کم‌اهمیت تلقی کنند؛ هرچند این با آنچه منابع آموزشی سلامتی به دختران می‌آموزند مغایرت دارد.

این تحلیل نشان می‌دهد که مادران همچنان نقش پررنگی در آموزش بهداشت و ارتقای سلامتی در دختران خود دارند، ولو اینکه آگاهی‌های بهداشتی دختران بیشتر از مادران باشد. نکته ظریف این است که مادران در تبدیل دانش و باور مرتبط با سلامت به رفتار مرتبط با سلامت نقشی ویژه دارند.

بنابراین، در جهت ارتقای سلامت زنان باید هم به مادران و هم به دختران آموخت که خود و سلامت خود را مهم بدانند و چیزی را بر آن ترجیح ندهند. نیز می‌توان با فرهنگ‌سازی سلامت

در جامعه، وضعیتی به وجود آورد که در آن، زنی که به سلامت خود اهمیت می‌دهد و برای آن منابع مالی و زمانی صرف می‌کند، به جای ملامت، تشویق شود. در این صورت، دختران، که در آینده نقش مادری را برعهده خواهند گرفت، خواهند توانست رفتار سلامتی را به دختران خود بیاموزند و با دانش و باور سلامتی که در عرصه عمومی به آنان آموخته شده، به حفظ و بهبود سلامت جامعه کمک کنند.

منابع

- آبوت، پاملا و کلر والاس (۱۳۸۳) *جامعه‌شناسی زنان*، ترجمه منیژه نجم عراقی، تهران: نی.
- اطیابی، سیده فریبا (۱۳۸۷) «الگوپذیری و نقش آن در اجتماعی شدن فرزندان»، *نشریه آموزشی-تربیتی* پیوند، شماره ۲۸: ۲۵-۲۷.
- بیلر، رابرت (۱۳۵۳) *کاربرد روان‌شناسی در آموزش*، ترجمه پروین کدیور، تهران: دانشگاه تهران.
- پارسا، محمد (۱۳۸۱) *روان‌شناسی یادگیری*، تهران: سخن.
- پوریوسفی، حمید و همکاران (۱۳۸۸) «بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر الگوپذیری رفتار اجتماعی دختران»، *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، سال سوم، شماره ۱: ۱-۳۷.
- توزنده‌جانی، حسن و همکاران (۱۳۹۰) «اثربخشی شیوه فرزندپروری بر خودکارآمدی و سلامت روان دانشجویان علوم انسانی دانشگاه پیام نور و آزاد نیشابور»، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی گناباد*، دوره ۱۷، شماره ۲: ۵۶-۶۴.
- ثنایی، باقر (۱۳۶۸) «نظریه یادگیری اجتماعی»، *مجله تعلیم و تربیت (آموزش و پرورش)*، شماره ۲۰: ۱۱-۲۱.
- خانجانی، زینب و همکاران (۱۳۸۹) «نقش اضطراب و افسردگی مادران در سلامت روانی دختران نوجوان»، *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال دوم، شماره ۴: ۱-۱۲.
- درویزه، زهرا (۱۳۸۴) «بررسی رفتار همدلانه دختران نوجوان دبیرستانی با مادرانشان و رابطه آن با مهارت فراشناخت و پیشرفت تحصیلی در شهر تهران»، *مجله مطالعات زنان*، شماره ۸: ۳۱-۵۷.
- پرویزی، سرور و علیرضا نیکبخت (۱۳۸۳) «سلامت دختران نوجوان و پارادوکس آزادی/محدودیت»، *پژوهش زنان*، دوره ۲، شماره ۲: ۶-۱۵.
- سفیری، خدیجه و سارا ایمانیان (۱۳۸۸) «بررسی مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با سلامتی نزد دختران دانشجوی»، *دانشنامه علوم اجتماعی*، دوره ۱، شماره ۱: ۱۴۵-۱۶۶.
- سیف، علی‌اکبر (۱۳۷۴) «تغییر رفتار و رفتاردرمانی»، *نظریه‌ها و روش‌ها*، تهران: دانا.
- شاه‌حسینی، زهره و همکاران (۱۳۸۹) «تبیین نیازهای آموزشی و چگونگی ارائه خدمات آموزشی مرتبط با سلامت دختران نوجوان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، دوره بیستم، شماره ۸۰: ۸۲-۸۵.

- کدخدایی، فاطمه (۱۳۹۰) بررسی شیوه‌های فرزندپروری با میزان سلامت اجتماعی فرزندان در دبیرستان‌های شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- گلاور، جان (۱۳۶۹) روان‌شناسی تربیتی، ترجمه علی‌نقی فرازی، تهران: نشر دانشگاهی.
- مروتی، محمدعلی (۱۳۸۴) بهینه‌سازی الگوی ارتقای سلامت و ارزیابی به‌کارگیری آن همراه با تئوری آموزش بزرگسالان در تغییر رفتارهای ارتقای سلامتی در سالمندان شهر یزد، رساله دکتری آموزش بهداشت، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- مورتون، دوچ و روبرت کراوس (۱۳۸۶) نظریه‌ها در روان‌شناسی اجتماعی، ترجمه مرتضی کتبی، تهران: دانشگاه تهران.
- هرگنهن، پی‌آر و تیواج السون (۱۳۷۶) مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری، ترجمه علی‌اکبر سیف، چاپ سوم، تهران: دوران.
- یاوری کرمانی، و همکاران (۱۳۸۷) «کمال‌گرایی مادران و سلامت روان دختران»، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، سال هفدهم، شماره ۵۹ و ۶۰: ۹۶-۱۰۷.
- Austin, J. L. (1962) *How to Do Things With Words?*, Oxford: Oxford University Press.
- Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Brookes, B. (2003) 'Hygiene, Health And Bodily Knowledge 1880-1940: A New Zealand Case Study', *Journal of Family History*, 28: 297-325.
- Bowlby, J. (2003) 'Mothers and Daughters: Interpersonal Approaches to Body and Dieting', *Journal of Family Issues*, Vol. 24, No. 2: 448-487.
- Bunton, R. (1995) *The Sociology of Health Promotion*, London: Routledge.
- Burr, V. (1995) *An Introduction to Social Constructionism*, London: Routledge.
- Cameron, R. (2001) *Working with Spoken Language*, London: Sage.
- Clark, R.J. (1995) 'Developing Critical Reading Practices', *Prospect*, 10. 65-80.
- Doyle, J.A. & M.A Paludy (1998) *Sex and gender: The human experience*, Boston: MC Grow Hill.
- Fairclough, N. (1989) *Language and Power*, Harlow: Longman.
- Fairclough, N. (1992) *Discourse and Social Change*, London: Polity Press.
- Fairclough, N. & R. Wodak (1997) *Critical discourse analysis*, in T.A. Van Dijk (ed) *Discourse as Social Interaction*, *Discourse Studies: a Multidisciplinary Introduction*, London: Sage.
- Foucault, M. (1972) *the Archeology of Knowledge*, London: Tavistock Publications.
- Gee, J.P. (1996) *Social Linguistics and Literacies: Ideology in Discourses*, London: Taylor Francis.