

وجود میارن... لاله: وقتی سن بالا بره و فرد ازدواج نکنه، به سری افراد به یه سری رفتارهایی متوسل میشه که قابل پسند هم نیست، یکی از این رفتارها همین اذیت همکار توی محیط کاره. یا اینکه فردی که از بیرون میاد برای درمان پرستار و کادر درمانی زن رو به چشمی می‌بینه که می‌تونه ازش سو استفاده کنه...

سومین مفهوم متمرکز در تولید مقولهٔ بن‌بست‌های اجتماعی، قدرتمندی مردان و سوءاستفاده از آن در موقعیت‌های مختلف اجتماعی، فیزیکی و اقتصادی است. در محیطی که قدرت برتر به مردان تعلق دارد و در خلال زندگی اجتماعی و شغلی بازتولید می‌شود، سوءاستفاده از آن می‌تواند به ایجاد حس ناامنی برای زنان منجر شود. به عقیدهٔ مصاحبه‌شوندگان مردان به دلیل قدرت اجتماعی و اقتصادی بیشتر تحمل نه شنیدن ندارند. این موضوع با نتایج مقالهٔ چادهوری (۲۰۰۷) همسوست. وی به این نکته اشاره می‌کند که یکی از عوامل مهم آزار جنسی، قدرت نابرابر مجرم و زنان قربانی است. علاوه بر آن، نتایج تحقیق مبنی بر سوءاستفادهٔ مردان از قدرت اقتصادی در ایجاد آزار جنسی، مشابه با نتایج مک‌لالین و همکاران در سال ۲۰۱۲ است. به زعم آنها ستم اقتصادی با آزار و ستم جنسی مساوی است و در عمل تجاوز، قدرت اقتصادی مرد به عنوان نیروی فیزیکی عمل می‌کند. مردان نسبت به زنان احساس برتری، قدرت و کنترل می‌کنند و از امتیاز اجتماعی که جامعه به آن‌ها ارزانی داشته سوءاستفاده کرده، موجب ایجاد رفتارهایی نظیر ایجاد ناامنی برای زنان می‌شوند. مشابه با یافته‌های ما، فیتزجرالد و همکاران (۱۹۹۸) و سگریو (۱۹۹۴) به این نکته اشاره می‌کنند که آزار جنسی بیشتر از اینکه دربرگیرندهٔ روابط جنسی باشد، دربرگیرندهٔ قدرت و کنترل است. از نظر آن‌ها، مردانی که در موضع قدرت اجتماعی قرار گرفته‌اند، برای به‌دست آوردن مطلوبیت‌های جنسی خود از این قدرت سوءاستفاده می‌کنند. نکتهٔ مهم این است که آزار جنسی زنان، بازتاب جامعه‌ای مردسالار است که در آن روابط قدرت نابرابر است. فمینیست‌های رادیکال به مردسالاری و قدرت مردان توجه عمده‌ای دارند و تبعیض علیه زنان را بر اساس برتری قدرت و امتیاز مردان تحلیل می‌کنند.

کیما: پدر یکی از بیمارها که بخاطر بیماری بچش زیاد بیمارستان میبومد، وضع مالی خوبی داشت. چندین بار بهم پیشنهاد داد بیا با هم همکاری کنیم، جا از من کار از تو. آخه من اون موقع آموزش گفتاردرمانی میدادم. منظورش این بود یه دفتر خوب برات بگیرم و تو بیا اونجا کار کن و با هم اینجوری شریک باشیم ولی من میدونستم منظورش چی بود. محلش نداشتم. ی جوری با قدرت مالی و پولی که داشت فکر میکرد هرکاری میتونه بکنه. فلور: خوب قدرت مردها بیشتره نسبت به زن‌ها. از هر بعدی به قدرتشون نگاه کنی، تفاوتشو می‌بینی. هم قدرت مالی مردها بیشتره، هم قدرت اجتماعی‌شون. قدرت اقتصادی مردها بیشتره چون اکثراً زن‌ها شاغل نیستند یا اگر هستن نسبت به مردها شغلهشون پایتیره، یا نیمه‌وقته پس حقوقو

دستمزدشونم کمتره. خوب همین پول و ثروت مالی بیشتر اونها باعث میشه هر کاری میخان انجام بدن. پول عامل مهمیه به نظرم.

چهارمین مفهوم متمرکز در مقوله بن‌بست‌های اجتماعی، بی‌اعتمادی در سطح خرد و کلان است. به عقیده پرستاران و بهیاران، بی‌اعتمادی در سطح خرد، به این معنی است که وقتی درک صحیح و مناسبی از سوی حراست، نگهبانی و ... شکل نمی‌گیرد، پیوسته، قربانی مقصر شناخته می‌شود و پیامدهای گزارش برای قربانیان، آغاز مشکلات جدید و عدیدهای است، زنان به گزارش‌دادن تمایلی ندارند. پیامد این مسئله پوشیده‌ماندن و بازتولید مسئله در جامعه است. عامل مهم دیگر، تاب‌بودن و در نتیجه برچسب خوردن و بی‌حیثیتی افرادی است که با این مسئله درگیرند. با تحلیل روایت‌های مبتنی بر بی‌حیثیتی و بی‌آبرویی به این نکته پی برده شد که داغ ننگ و برچسب‌خوردن و پیامدهای ناشی از آن به عنوان مهم‌ترین عامل عدم اعتماد و گزارش‌ندادن این مسئله در نظر گرفته می‌شود. داغ ننگ ویژگی یا صفتی است شدیداً بدنام‌کننده یا ننگ‌آور که قدرتش نه در ذات خویش، بلکه در بطن روابط اجتماعی نهفته است، صفتی است که می‌تواند ارزش فردی که حامل آن است را از یک شخص کامل و معمولی به یک شخص لکه‌دار شده و بی‌ارزش تبدیل کند (لوئیس^۱ و همکاران، ۲۰۱۱: ۱۳۵۱). بی‌اعتمادی در سطح کلان، بر آن دسته از مفاهیمی متمرکز است که در لایه‌های زیرین و بنیادی جامعه حضور دارد؛ مانند فرهنگ‌سازی نادرست در جامعه که پای آن به همه مسائل کشیده می‌شود. زمانی که فرهنگ‌سازی مسئله‌مند است همه مسائلی که غیر اخلاقی، انحراف‌گونه، گناه و ناپسند شمرده می‌شوند، مجال بروز، هرچند به شکل پوشیده، پیدا می‌کنند. در جامعه ما از جمله معایبی که فرهنگ‌سازی با خود به همراه دارد، رویارویی با چنین مسائلی (احساس ناامنی و آزار جنسی) است. فرهنگ ما با استتار این مسائل و عدم برنامه‌ریزی صحیح برای آن، به گسترش و شیوع مسائلی از این دست کمک می‌کند. زمانی که برنامه‌ریزی بنیادین و اساسی برای شکل‌گیری شخصیت افراد به گونه‌ای صحیح و اجتماعی صورت نگیرد، بی‌اعتمادی در سطح کلان به وجود می‌آید. به این ترتیب عدم اعتماد در سطح خرد و کلان مسبب عدم گزارش این‌گونه مسائل از سوی زنان است که البته نتیجه آن بازتولید احساس ناامنی و آزار از سوی گروهی از مردان می‌شود.

راضیه: خبر دادن و گزارش دادن به حراست، نگهبانی و کلا مسئولین مساویه با مقصر شناخته شدن خودت. تازه به خودت گیر میدن. وقتی خبر دادم به حراست به حجابمو ظاهرم گیر دادن. بهم گفتن خوب بخاطر اینکه حجابتو رعایت

نمی‌کنی و کلا صورت مسئله رو پاک کردن. بعدم حرفمو پخش کردنو همه فهمیدن. زهرا: باید بدونیم به کسی که این مسائلو می‌گیم واقعا دلسوز و پیگیره یا نه درکت نمی‌کنه و تازه خرابتم می‌کنه. من به مسئول بخشمون مسئله‌ای رو که برام از جانب پزشک اتاق افتاد رو گفتم ولی اصلا درکم نکرد و گفت خودت باید حواستو به رفتارت و پوششت جمع کنی. حالا هم چند وقت یه بار توی بخشای مختلف مسولیتمو تغییر میده... یه جوری باهام رفتار می‌کنه که انگار من مشکل دارم و من نباید یه جا ثابت بمونم.

جدول ۱۱. مقوله محوری ویژگی‌های محیطی - فردی

مقوله محوری	تقلیل مفاهیم متمرکز
ویژگی‌های محیطی - فردی	خصائص مکانی - زمانی
	ضوابط پوشش و آرایش
	وجود حراست و نگهبانی
	اخلاق کار
	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

خصائص مکانی و زمانی مواردی را در بر می‌گیرد که موجب تسهیل ناامنی می‌شوند. برای مثال محیط دربسته‌ای مانند اتاق عمل، تنهابودن در اتاق دربسته، ارتباطات تنگاتنگ در این محیط، راهروها و محیط خلوت، بستر چنین رفتاری را مهیا می‌کنند. علاوه بر خلوتی محیط، گاهی افراد از شلوغی و پر جمعیتی و گمنامی‌ای که گیدنز مطرح می‌کند سوءاستفاده می‌کنند. به زعم مصاحبه‌شوندگان در بخش‌ها و اورژانس‌ها، به دلیل خدمات درمانی بیشتر و تعداد مراجعان بیشتر، ناامنی برای زنان بسیار بیشتر است تا پاراکلینیک‌ها. در کنار این موارد، خصوصی یا دولتی بودن بیمارستان نیز اهمیت دارد. از نظر پرستاران و بهیاران در بیمارستان‌های دولتی به دلیل وجود حراست و نگهبانی، ضوابط پوششی، قواعد سخت‌گیرانه‌تر در استخدام و گزینش و کنترل ورود و خروج، افراد خود را بیشتر تحت کنترل می‌بینند؛ بنابراین در این شرایط تا حدی آزار ناامنی کمتر می‌شود. از طرف دیگر تعدادی از پرستاران معتقدند در محیط دولتی به علت کثرت خدمات درمانی و بالطبع مراجعه زیاد آزار بیشتری صورت می‌گیرد. از نظر آن‌ها در بیمارستان‌های خصوصی، نگهبانی فقط همراهان بیمار را کنترل می‌کند و قواعد پوششی نیز وجود ندارد. علاوه بر آن در برخی بیمارستان‌ها از پرستاران خواسته می‌شود برای حمایت روحی و روانی بیمار، رفتار و ظاهری آراسته و جذاب داشته باشند. از نظر زمانی بیشتر آزارها در شب اتفاق می‌افتد که به دلیل سوءاستفاده از خلوتی محیط است. اخلاق کار از تقلیل مفاهیم اخلاق پرستاری، اخلاق حرفه‌ای و اخلاق مذهبی تولید

می‌شود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد یعنی سن، تحصیلات، تأهل و جوان بودن پرستاران، بهیاران و کمک‌بہیاران نیز از دیگر مواردی است آزار و احساس ناامنی را مهیا می‌کند. با توجه به نتایج این پژوهش، افرادی که سن کمتری دارند و جوان‌ترند، بیشتر مورد آزار قرار می‌گیرند؛ علاوه بر آن وضعیت تأهل زنان نیز مهم است. به زعم افراد مصاحبه‌شونده، مردان، هر سه گروه زنان مجرد، متأهل و مطلقه را آزار می‌دهند اما بیشتر سراغ زنانی می‌روند که یا مجردند یا مطلقه. مصاحبه‌شوندگان به این نکته اشاره کردند که افراد با تحصیلات بالاتر مثلاً دکترایا کارشناسی ارشد پرستاری به دلیل پایگاه شغلی بالاترشان، کمتر آزار می‌بینند؛ بنابراین تحصیلات، در کنار سایر موارد ذکرشده، در قالب عاملی مداخله‌گر، بر احساس ناامنی اثرگذار است.

سمانه: اخلاق و رعایت اخلاق حرفه‌ای در هر شغلی مهمه. مخصوصاً برای افرادی که توی بیمارستان که همه جور آدمی درش آمدو شد داره؛ و جدا از اون الزامات درمانی یه سری ارتباط‌های خاص رو در رابطه پرستار و بیمار، پرستار و پزشک و... ایجاب می‌کنه. باید تو این زمینه‌ها هوای اخلاق داشته باشیم. اخلاق پرستاری رو خلاصه باید حفظ کرد. باید با بیمار یا پزشک یا پرستار مرد، در حد شخصیتش رفتار کنی، بپذیریش و با رفتار سالم خودت جایگاهشو بهش گوشزد کنی. ندا: بهر حال وجودش (حراست و نگهداری) از نبودش بهتره. گاهی اوقات فرد از ترس اینکه خبر رفتارش به حراست برسه، این کارو انجام نمیده. ولی خوب اگه حراست درست پیگیری می‌کرد خیلی بهتر بود. زهرا: بیشتر نگهداری در رابطه با همراهی بیمار کارایی داره. وقتی رفتارهاشون مزاحمت‌واره و با تذکر ما رفتارشون رو تصحیح نمی‌کنن به حراست یا نگهداری خبر میدیم و همراهی می‌سپاریم به اون‌ها. ولی در مورد پرستاری مرد و پزشک‌ها به خاطر ترس از اون‌ها و اینکه بفهمن ما گزارش دادیم خوب به نگهداری و... نمی‌گیم. فاطمه: بیمارها تو شیفت‌های شب ما اذیت می‌کنن. به محض اینکه شب میشه دائم از اتاقشون بیرونن. یا تقاضاهای الکی دارن. این آقاهه رو ببین دوباره شب شد و راه افتاد توی بخش. نادیا: اینجا کاری به پوشش و آرایشمون ندارن اصلاً گیر نمیدن. هرکسی هرجوری بخواد میاد. البته هرچی تو شاداب‌تر و آراسته‌تر باشی، بیمارت بیشتر ساپورت روانی میشه. راحیل: دخترای جوان و دانشجویامون که جوونتر و کم سنو سال‌ترند بیشتر اذیت میشن. راضیه: خیلی از پرستارها و پزشک‌های مردو دیدم که اگه بفهمند یه خانم دکتر یا پرستار طلاق گرفته خیلی به طرفش میرن.

جدول ۱۲. مقوله محوری شگردهای مواجهه

مقوله محوری	تقلیل مفاهیم متمرکز
شگردهای مواجهه	رفتار قاطعانه
	مدارا
	تغییر رفتار

مواجهه، همان استراتژی‌های به کار گرفته‌شده زنان پرستار و بهیار در زمینه احساس ناامنی خود در بیمارستان‌هاست. مدارا، تغییر رفتار و رفتار قاطعانه، سه گونه مواجهه زنان با

این مسئله‌اند. رفتار قاطعانه در برگیرنده جواب‌ندادن به تماس‌ها و پیامک‌ها، رفتار برنده و جدی، قطع صحبت فرد مقابل، پاسخ سریع و ... است. تعدادی از پرستاران رفتارهای قاطعانه را بسیار کارآمدتر می‌دانستند. به زعم آنها افرادی که چنین برخوردهایی را انجام می‌دهند، افرادی جسور و جدی و در مواردی مذهبی‌ترند.

ریما: تربیت خانوادگی‌ام بگونه‌ای هست که خیلی جدی جلوی مردها در هر زمینه‌ای می‌ایستم، پدرم همیشه می‌گفت زن باید عین مرد رفتار کنه و قاطع باشه. منم اینجوری تربیت شدم و وقتی اینجور مسائل برام پیش میاد سریع جواب طرفو میدم و باش قاطعانه برخورد می‌کنم. ترسی از هیچکدومشون ندارم... طاهره: من فوق‌العاده جدی‌ام در این زمینه‌ها. سریع واکنش نشون میدم. به سوپروایزر وقتی کارش تموم شد میگم کارت تموم شد دیگه برو؛ برام مهم نیست کی باشه. آخه میدونم وقتی بشینی باهاشون پای صحبت و حرف زدن خوب کار بجاهای باریکم کشیده می‌شه ...

مدارا، کنارآمدن با فرد است؛ یعنی پرستار، بهیار و کمک بهیار، سریعاً واکنش نشان نمی‌دهند و به فرد چندین بار فرصت می‌دهند تا رفتار واقعی‌اش را بروز دهد و بعد در صورت پی‌بردن به رفتار نامناسب، یا آن را نادیده می‌گیرد یا به فرد مقابل با احترام و محترمانه تذکر می‌دهد. رفتار معقولانه و حمایت اجتماعی از دیگر روش‌های مدارا کردن زنان است. نکته اینکه تعداد کمی از پرستاران، به نقش حمایتی همه‌جانبه پرستار اشاره داشتند، به این معنی که پرستار در همه حال باید بیمار و همه کسانی که این گونه رفتار را از خود نشان می‌دهند، به عنوان مددجو و خود را به عنوان مددکار اجتماعی و درمانی در نظر بگیرد و با رفتارهای مناسب و حمایتی خود جایگاه افراد را به آنها یادآوری کند. در کنار آن، استراتژی تعداد زیادی از زنان، کم‌محلّی و بی‌توجهی به مردان است. به نظر آنها تا وقتی رفتار فرد واقعاً اذیت‌کننده و تکرارشونده نباشد، بهترین استراتژی بی‌محلّی کردن است که این رفتار در مقوله مدارا کردن ادغام شده است.

مهناز: من به عنوان پرستار باید بدونم با همه اقشار چه جور رفتار کنم. کسی که اینجا میاد مددجو هست و من باید بلد باشم چه شکلی اونو رو در جایگاه خودش قرار بدم. ما اخلاق پرستاری خوندم. سیما: ما باید پرستار اجتماعی باشیم، باید طرف مقابل رو درک کنیم و اگه مشکل داره سعی کنیم باش کنار بیایم. ممکنه فرد بیمار روحی و روانی باشه. خود پرستار باید مدیریت کنه. پرستار هنرمند باید باشه.

تغییر رفتار پرستار و بهیار نیز از دیگر استراتژی‌های رویارویی با این مسئله است. این دسته از زنان به رفتارهایی از قبیل توجه به گفتار و کلمات خود، صحبت و ارتباطات کمتر با مردان، قفل کردن در دورتر ایستادن از آنها، دستکش پوشیدن به خصوص در زمان تماس با بدن بیمار و ... را به کار می‌گیرند.

کیما: اوائل حواسم به کلماتم نبود. هر کلمه‌ای رو راحت بیان می‌کردم. کم کم متوجه شدم باید توجه کنم به کلماتی که میگم. بی‌منظور یه چیزی رو می‌گی اون یه چیز دیگه برداشت می‌کنه. فرحناز: سعی کردم دیگه خیلی با بیمارها و پزشک و پرستارها صمیمی برخورد نکنم. دیگه زیاد باهاشون سلام و احوالپرسی نمی‌کنم. وقتی هم داریم باهم صحبت می‌کنم دورتر ازشون می‌ایستم که حساب کار بیاد دستشون.

جدول ۱۳. مقوله محوری فرسایش

مقوله محوری	تقلیل مفاهیم متمرکز
فرسایش	حمله‌های روانی
	داغ ننگ
	ضربه به اعتقادات
	ضربه به زندگی خانوادگی
	نارضایتی

یکی از جنبه‌های مهم بررسی آزار و احساس ناامنی، پیامدهای این مسئله بر زنان است. ناامنی بر زنان پیامدهای گوناگونی را نظیر مشکلات روانی، اجتماعی، اعتقادی و خانوادگی تحمیل می‌کند. مشکلات روانی‌ای نظیر ترس، اضطراب و استرس، خودکم‌بینی، کاهش اعتماد به نفس، افسردگی، ضعف در برقراری ارتباط و

مینا: سوپروایزر بخش آخرای شب به من حمله کرد و منو محکم بغل کرده بود با اینکه خیلی زود تونستم از دستش فرار کنم ولی این قضیه خیلی اذیتم کرد، واقعا ترسیده بودم تا یکسال کارم شده بود گریه و بهت و شوک‌زده شدن، بیماری روانی گرفته بودم. نرگس: پیامدهای روحی زیادی داره مثلاً اینکه تو اعصاب خوردی و بهم ریخته می‌شی، اصلاً تا به مدتی تمرکز نداری، اعتماد بنفست از دست میره یا کم میشه... مهناز: روح و روان بهم میریزه، استرس شدید می‌گیری و این استرس روی تمام رفتارها اثر میگذره و تمرکز توی کارات نداری... ریما: افسردگی، ترس، به هم ریختگی روح و روان، فکر کردن مداوم به مسئله پیش اومده و درگیری فکر، خشن شدن، اضطراب و عصبانیت.

داغ ننگ از دیگر مواردی است که موقعیت زنان را تهدید می‌کند. بی‌آبرویی، بی‌حیثیتی، انگشت‌نمایشدن و ... از دیگر پیامدهای این مسئله است. آبرومندی برای همه افراد مهم است؛ مخصوصاً در جوامع سنتی. در چنین جامعه‌ای به مسائل ناموسی و جنسی که گاهی اوقات به ایجاد بلوا، بی‌اعتباری و بی‌حیثیتی فرد مرتکب و قربانی منجر می‌شود، کوچک‌ترین اشاره‌ای نمی‌شود. آزار جنسی و احساس ناامنی، علاوه بر پیامدهای روانی، پیامدهای اجتماعی نظیر ننگ بی‌حیثیتی و بی‌آبرویی فرد را نیز به همراه دارد. آزار جنسی اگرچه پیامد روانی و اجتماعی برای مقصّر نیز به همراه دارد، تأثیر آن بر زنان به عنوان قربانیان این مسئله به نحو عمیق‌تری آزاردهنده است. داغ ننگ یکی از مهم‌ترین پیامدهایی بود که مطلعین کلیدی این

پژوهش آن را عنوان کردند زیرا پیامد اجتماعی و نگاه دیگران در این قضیه برای فرد به سهولت قابل تحمل نیست.

هانیه: مهم‌ترین پیامد رفتن آبرو هستش، آخه این مسائل جنسی و اخلاقی و ناموسی اینجاها یعنی توی کشور ما و یه شهر سنتی مذهبی خیلی مهمه و جایی که همه بشناسنت و همچنین اتفاقی برات بیفته بجای اینکه حمایت بشی تازه خوار و بی حیثیت می‌شی، خیره خیره نگات بن نگاه میکنن و انگشت‌نما میشی... مونا: احساس می‌کنم شخصیتم خدشه‌دار شده و یه جورایی لکه‌دار شده. برات بامبول ساخته میشه از یه مسئله اینجوری و گاهی اوقات طوری بت نگاه میشه از طرف بقیه که انگار تو خودت هم مقصر بودی و اینجوری تو زیر سوال میری...

افراد مذهبی‌تر معتقد بودند این رفتارها به اعتقادات مذهبی ضربه می‌زند و ممکن است فرد را تحریک کند و در دام گناه بی‌اندازد ...

مرضیه: خیلی اصرار می‌کرد که من باش در رابطه باشم و حتی چندین بار بهم پیشنهاد خواستگاری داد؛ ولی من متأهل بودم، اونم متأهل بود. وقتی به این قضیه فکر می‌کردم حس بدی بهم دست می‌داد چون متأهل بودم و اون متأهل بود حس می‌کردم زمینه گناه داره برام فراهم میشه. زهرا: خیلی خودم را کنترل کردم و فقط از خدا کمک خواستم. رفتارش طوری بود که هر فرد دیگه‌ای جای من بود تحریک می‌شد و تن به همچین گناهی می‌داد؛ چون رفتارهاش خیلی عاشقانه و احساسی بود ولی من این مسئله رو گناه می‌دونستم چون متأهل بودم و از خدا می‌خواستم یه موقع وابسته به اون نشم. هیچ وقت به پیشنهادش روی خوش نشون ندادم.

ضربه‌زدن به تعهدات خانوادگی در قالب تخریب رابطه با همسر، ترس از آگاهی همسر یا خانواده و ایجاد مانع برای رفتن به محل کار، به وجود آمدن بی‌اعتمادی و ... نیز از سوی مصاحبه‌شوندگان بیان شد. به نظر هنگامی که زن شاغل در محیط خانوادگی و کاری، شرایط مناسب و مساعدی داشته باشد در هر دو حوزه به راحتی به وظایف خود عمل می‌کند؛ اما زمانی که در یکی از آن دو اختلال پیش آید فعالیت در حوزه دیگر هم با مشکل روبرو می‌شود. زمانی که آرامش روحی فرد در محیط بیمارستان تخریب می‌شود و محیط تقاضاهای نامطلوبی بر فرد وارد می‌کند، به نوعی تعهدات خانوادگی او آسیب می‌بیند. به نحوی که همسر فرد از بودن او در چنین محیطی نگران است و ممکن است به او بدبین و بی‌اعتماد شده و یا حتی مانع از کار کردن او شود.

زیبا: یکی از پیامدها به نظرم از دست رفتن اعتماد، اعتماد آدم اینجوری به بقیه مخصوصا مردا کم میشه و جریان اعتماد کردن به آدم‌ها و روابطشون و نیت‌هاشون سخت میشه. اصلا یه جورایی به شوهر خودت هم شک می‌کنی با خوت میگی نکنه شوهر منم با زنای محیط کارش این جور رفتارهایی رو داشته باشه و به شوهرت بدبین می‌شی و اینجوری زندگی تون هم خراب میشه... ندا: وقتی همسرت متوجه چنین مسائلی توی محیط بیمارستان میشه، نمی‌ذاره دیگه توی اون محیط کار کنی و تو مجبور میشی بین زندگی و کارت یکی رو انتخاب کنی. من یازده سال از زندگیم بخاطر بدبینی شوهرم به پرستاری و مسائلی که برای پرستارا پیش می‌یاد از دست رفت. با اینکه برای خودم مشکل خاصی اتفاق نیفتاده بود، از من می‌خواست نرم سر کار، منم نتونستم تحمل‌اش کنم و از هم جدا شدیم...

مورد آخر نارضایتی زنان از شغل، محیط بیمارستان، جامعه، تنفر از مردان، خشونت و پست نگرفتن، ترک شغل و ... است. به عقیده پرستاران وقتی محیط کاری ناامن باشد، زن شاغل نسبت به شغل و محیط کار ناراضی است و نسبت به این محیط و افرادش احساس تنفر می‌کند. در سطحی بالاتر نسبت به جامعه‌ای که چنین محیط کار و افرادی را پرورش داده احساس نارضایتی می‌کند؛ این حس نارضایتی موجب تنفر او از شغل، محیط و مردان می‌شود و برخلاف میل واقعی زنان، خشونت و رفتارهای خشک و خشن او را موجب می‌شود که در نتیجه آن خود زنان پرستار و بهیار نیز از خشونت و رفتار خشونت‌آمیز خود احساس نارضایتی می‌کنند. درجا زدن، عدم ارتقای شغلی، پست نگرفتن و عدم تثبیت موقعیت شغلی زنان در بیمارستان از دیگر پیامدهای این مسئله است.

ریحانه: این مسائل باعث می‌شود توی موقعیت شغلی مون و فضای کارمون بی‌ثبات باشیم و بخاطر این مسائل جایجا می‌شیم. جایجا شدن تغییر وضعیت همیشه مفید نیست، به جورایی انگار کارت بی‌ثبات میشه. من بخاطر این قضایا توی بیشتر از چهار تا بیمارستان جایجا شدم؛ و این هم بخاطر اینه که هر اتفاقی می‌افتاد به حراست، سرپرستار یا مسئول بخش خبر می‌دادم و این به ضررم تموم میشد. الان اینجا که هستم از این مسائل بازم برام پیش اومده ولی سعی کردم تا جاییکه می‌تونم خودم حلش کنم و یا برای موندنم سر کار و دوباره بی‌آبرو نشدنم، این مسئله رو تو خودم ریختم ... نوشین: یه نکته مهم هم اینه که وقتی صدای این مسائل جنسی و ناامنی این جور مسائل بالا بره، تازه جدا از اینکه تو قربانی شدی و مقصر نبودی، برچسب هم توی موقعیت شغلیت میخوری و بهت پست نمی‌دن و تو یه پرستار ساده می‌مونی...

به این ترتیب، این پنج مفهوم برای زنان فرسایش روانی، اجتماعی، اعتقادی و خانوادگی را به همراه دارد و در ابعادی گوناگون زنان پرستار و بهیار در بیمارستان را دچار فرسودگی‌های متعددی می‌کند. در ادامه به ترسیم مدل پارادایمی حاصل‌شده از روایت‌های مصاحبه‌شوندگان پرداخته می‌شود. مدل پارادایمی این پژوهش در قالب شرایط (علی، مداخله‌ای و زمینه‌ای)، استراتژی‌ها، تعاملات و پیامدها ترسیم شد.

شرایط علی اثرگذار در احساس ناامنی زنان در بیمارستان‌ها عبارتند از چرخه معیوب اجتماعی‌شدن، منش اجتماعی، ویژگی‌های حاکم بر کادر درمانی و دست‌های ناتوان قانون. این چهار مقوله مهم‌ترین دلایلی‌اند که به ایجاد ناامنی زنان در بیمارستان‌ها منجر می‌شوند. شرایط زمینه‌ای یا بستر عبارت است از بن‌بست‌های اجتماعی. ویژگی‌های محیطی و فردی مربوط به آن از شرایط مداخله‌گری است که در این پژوهش به دست آمد.

استراتژی‌های زنان در زمینه احساس ناامنی در یک مقوله محوری با عنوان شگردهای مواجهه بیان شد. پیامدهای چنین مسئله‌ای برای این دسته از زنان در مدل پارادایمی با مقوله

محوری فرسایش، به تصویر کشیده شد. با دقت و بررسی‌های مکرر و با حرکت رفت و برگشتی در اطلاعات، کدبندی و تحلیل آن‌ها و با بررسی دقیق مدل پارادایمی بیان شده، به مقوله هسته، ضعف در بسترهای اجتماعی، قانونی و سازمانی دست یافته شد. مقوله هسته تمامی اجزای این مدل پارادایمی را در بر گرفته و آن‌ها را به روشنی به تصویر کشیده است. شرایط اجتماعی، قانونی و سازمانی نامناسب و غیر کافی، زمینه شکل‌گیری مقوله هسته را ایجاد کردند.



شکل ۱. مدل پارادایمی برای بررسی جامعه‌شناختی آزار جنسی زنان در بیمارستان‌ها

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، نوعی از بی‌عدالتی و تبعیض‌های جنسیتی مرتبط با زنان در قالب آزار جنسی و احساس ناامنی در یکی از محیط‌های کاری، یعنی بیمارستان‌ها بررسی شد. عده‌ای از مردان که هنوز هم درگیر قالب‌ها و باورهای جنسیتی‌اند، زن را در همه حال و در هر صورتی ابژه جنسی فرض کرده و قصد سوءاستفاده از آن‌ها را دارند. گیدنز در این باره می‌گوید: در جهانی

که هنوز زنان در معرض زلزله‌های دیگران قرار دارند و قضاوت درباره آن‌ها بر اساس ظاهرشان، بسیار بیش از مردان است، زنان جوان باید موازنه قدرت را در ارتباط با هویت بدنی‌شان تغییر دهند. آن‌ها باید همه این مسائل را در محیط شخصی و اجتماعی چالش‌انگیز، دشوار و متغیر مدیریت کنند. اگر نتوانند از عهده آن برآیند، باید بر الگوهای خشک رفتاری منطبق شوند که همانند گذشته بر زندگی‌شان چیره خواهد شد (گیدنز، ۱۳۸۸: ۱۳۰).

بیمارستان‌های خصوصی و دولتی یکی از محیط‌های است که زنان زیادی در آن مشغول به کارند و بالطبع درگیر مسائل ناامنی و آزار جنسی‌اند؛ بنابراین، میدان تحقیق در این پژوهش بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شهر اصفهان و مطلعان کلیدی یا افراد نمونه، زنان پرستار، بهیار و کمک‌بہیار شاغل در این بیمارستان‌ها در نظر گرفته شدند.

در این پژوهش طی مصاحبه با ۳۷ نفر از زنان پرستار و بهیار و کمک‌بہیار دلایل ایجاد ناامنی، عاملان آن، استراتژی‌های به‌کارگرفته‌شده از سوی زنان و پیامدهای چنین مسئله‌ای استنباط و در نهایت، نتایج در قالب الگوی پارادایمی بیان شد. با توجه به دلایل مطرح‌شده از سوی مصاحبه‌شوندگان، چرخه معیوب اجتماعی‌شدن، منش اجتماعی، دست‌های ناتوان قانون و ویژگی‌های حاکم بر کادر درمانی از مهم‌ترین دلایل و شرایط علی ایجاد احساس ناامنی زنان از سوی مردان است. ویژگی‌های محیطی- فردی و بن‌بست‌های اجتماعی، به عنوان شرایط مداخله‌گر و شرایط زمینه‌ای در این پژوهش محسوب شدند. شگردهای مواجهه و فرسایش (روانی، اجتماعی، شغلی، اعتقادی و خانوادگی) نیز در قالب استراتژی‌ها و پیامدهای چنین مسئله‌ای کشف شدند. به این ترتیب، سیر داستان احساس ناامنی زنان در بیمارستان با استفاده از نظریه داده‌بنیاد و با در نظر گرفتن مفاهیم اولیه و مقولات محوری در قالب مقوله هسته‌ای **ضعف بسترهای اجتماعی، قانونی و سازمانی** کشف شد. کنش‌ها و تعاملات زنان مذکور در بیمارستان در ارتباط با بیماران، همراهان بیمار، پرستاران، پزشک‌ها و خدمه‌های مذکر، آزار و در پرتو آن احساس ناامنی را برای زنان به همراه می‌آورد. از نظر مصاحبه‌شوندگان، چرخه معیوب اجتماعی‌شدن، منش اجتماعی، دست‌های ناتوان قانون و ویژگی‌های حاکم بر کادر درمانی سبب ایجاد چنین مسئله‌ای می‌شوند. با تحلیل مصاحبه‌های آن‌ها به این نکته پی برده شد که چرخه معیوب اجتماعی‌شدن افراد، مهم‌ترین دلیلی است که باعث ایجاد احساس ناامنی زنان می‌شود. این چرخه معیوب ناشی از شکاف فرهنگی، جامعه‌پذیری جنسی و ابژه جنسی دانستن زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی متفاوت (و تبعیض‌آمیز) زن و مرد، آموزش‌های نامناسب (خانواده، مدرسه و رسانه) و عدم خودسازی است. تا وقتی فرایند اجتماعی‌شدن ما دارای

چنین نقایصی باشد، احساس ناامنی زنان، آزار جنسی و مسائلی از این دست نهادینه می‌شوند و در بین نسل‌های مختلف ادامه و گسترش می‌یابند. همان‌طور که ذکر شد، چرخه‌ی یا فرایند معیوب اجتماعی شدن یکی از مقولات مهم و محوری کشف‌شده در این پژوهش است.

یافته‌های تحقیق با تئوری نقش اجتماعی، نظریه‌ی برچسب‌زنی، طرح‌واره‌ی جنسیتی، جامعه‌پذیری جنسیتی، یادگیری اجتماعی و مدل‌های مختلف آزار جنسی نظیر مدل چهار عاملی آزار جنسی، مدل یکپارچه‌ی آزار جنسی، مدل روانشناسی آزار جنسی و مدل اجتماعی فرهنگی آزار جنسی مشابه است؛ بنابراین همان‌طور که در نظریات و تئوری‌های ذکر شد، نگرش فرهنگی اجتماعی مبتنی بر جنس و جنسیت به زن، نقش‌های متفاوت اجتماعی، قدرت و ساختار سلسله‌مراتبی و سوءاستفاده از آن، عنصر مهمی قلمداد شدند، در یافته‌های این پژوهش نیز چنین عواملی در قالب مقوله‌ی چرخه‌ی معیوب اجتماعی شدن کشف و ظاهر شدند.

دومین مفهوم محوری در شرایط علی اثرگذار بر این مسئله، منش اجتماعی افراد است. نگاه و نشانگان رفتاری، تنوع‌طلبی، نمای ظاهری و رفتار زنان پرستار، توهم و سوء برداشت، عدم فرهنگ استفاده صحیح از فناوری، شکستن حریم‌ها، رابطه‌ی نامناسب با همسر، بی‌تجربگی، بیانگر منشی اجتماعی است که می‌تواند به رفتار نامناسبی نظیر ایجاد احساس ناامنی منجر شود. سومین مقوله‌ی محوری در شرایط علی اثرگذار بر ناامنی زنان، مقوله‌ی دست‌های ناتوان قانون است که بیانگر ضعف قانون و بی‌توجهی به قانونگذاری در این موارد شده است. گاهی اوقات قانون و خصلت بازدارندگی آن تا حدی می‌تواند پیشروی این گونه رفتارها را سرکوب کند. چان و همکاران (۱۹۹۷) نیز سهل‌گیری و عدم وضع قانون و مقررات در این زمینه را سبب گسترش و شیوع آزار جنسی می‌دانند. همان‌طور که ذکر شد، از نظر آن‌ها تساهل نسبت به آزار جنسی با احترام به آن و مهیاکردن شرایط و بسترهای ظهور آن برابر است. چهارمین مقوله عبارت است از ویژگی‌های حاکم بر کادر درمانی که مشکلات سازمانی پرستاری، جو درمانی، فریبی اهمیت پزشکی و سوپروایزر را شامل می‌شود. چادهوری (۲۰۰۷) نیز اهمیت زیاد پزشکان و سوءاستفاده‌ی پزشکان و متخصصان از این قدرت سازمانی و اجتماعی را در ایجاد ناامنی زنان مهم قلمداد می‌کند. این چهار دسته شرایط علی به همراه شرایط مداخله‌گر (نظیر ویژگی‌های محیطی-فردی؛ یعنی خصائص زمانی و مکانی آن به همراه وجود حراست و نگرهبانی، ضوابط پوشش و آرایش، اخلاق کار و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی) و شرایط زمینه‌ای یا بستری در قالب بن‌بست‌های اجتماعی (نظیر مرزبندی، مسائل ازدواج، نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی و بی‌اعتمادی) مجموعه شرایطی را برای بروز آزار جنسی در محیط

بیمارستان حاصل کرد. در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی باید گفت زنان مورد مصاحبه را می‌توان در دو گروه جای داد: زنان ۲۲ تا ۴۰ سال و ۴۰ سال به بالا. پرستاران، بهیاران و کمک‌بهبیاری که در سن ۲۲ تا ۴۰ سال قرار داشتند، بیشتر درگیر احساس ناامنی و تبعات و پیامدهای آن بودند؛ دلیل آن به سن و جوان‌تر بودن آن‌ها ارجاع داده می‌شود؛ آن‌ها نسبت به گروه دوم بیشتر مورد آزار بودند و در تعامل با افراد در بیمارستان مشکلات بیشتری داشتند. در مصاحبه‌ای با سوپروایزر کل یکی از بیمارستان‌های دولتی این نکته تأیید شد:

شیرین: متأسفانه پرستارای جوون ما در ارتباط با بیمارها و همراهاشون مشکلات زیادی دارند. مثلاً طرف یعنی بیمار، دید خیلی پایینی داره، موقعی که پرستار جوونمون دستشو برای تست نبض میگیره و... فکر می‌کنه تعدی در کاره، عکس‌العمل‌های زشتی از خودش نشون میده و یا حرفای نامناسبی میزنه... خوب بچه‌ها (پرستارای جوون) خیلی شکایت دارن از این رفتار؛ ولی ما هم تنها کاری که می‌تونیم انجام بدیم سعی می‌کنیم در مواقع خیلی نامناسب پرستار جوونمون با به بهیار مرد برای درمان اون بیمار بره. ولی خوب امکانش همیشه نیست؛ چون پرسنل مردمون کمه؛ و این واقعا مشکل ایجاد می‌کنه.

گروه دوم زنان، با سن و سابقه کاری بالاتر، کمتر از گروه اول از آزار و ناامنی گله‌مند بودند و بیشتر خاطرات جوانی خودشان را به زبان می‌آوردند. آن‌ها به دلیل مقتضیات سنی، تحصیلات و پست‌های بالاتر و آشنایی با شرایط کاری در محیط بیمارستان، نسبت به گروه اول مشکلات کمتری داشتند. نکته اینکه با افزایش سن، زنان در زمینه احساس ناامنی و آزار متساهل‌تر می‌شوند. همسو با این یافته سوزان استون (۲۰۰۱) عنوان می‌کند در زمینه تأثیر سن بر نگرش به آزار می‌توان گفت، زنان با افزایش سن متساهل‌تر می‌شوند و مردان برعکس. همچنین چهار دسته شرایط علی دخیل در احساس ناامنی زنان، در بستر بن‌بست‌های اجتماعی، ویژگی‌های محیطی-فردی مربوط به آن اتفاق افتاده است.

نکته دیگر، دولتی یا خصوصی بودن بیمارستان است؛ درک عامه و حتی نگرش تعدادی از زنان مورد مصاحبه در این پژوهش بر این است که این گونه مسائل در بیمارستان‌های خصوصی به علت نبود حراست، قوانین ملزم‌کننده پوششی و رفتاری، بسیار بیشتر از بیمارستان‌های دولتی اتفاق می‌افتد. البته این نکته تا حدی صحیح است و از نظر تعدادی از مصاحبه‌شوندگان، در برخی مواقع بیمارستان‌های دولتی با شرایط رفتاری و پوششی و قواعد سخت‌گیرانه‌تر در استخدام و گزینش، مانع از رفتارهای نامناسب افراد می‌شوند؛ اما با مصاحبه با تعدادی از پرستاران بیمارستان‌های خصوصی، این نتیجه حاصل شد که در بیمارستان‌های خصوصی احساس ناامنی بیشتری حس نمی‌شود و آن‌ها با سابقه کاری بین ۵ تا ۱۲ سال، بیمارستان خصوصی را نسبت به بیمارستان دولتی ناامن‌تر تصور نمی‌کنند. معمولاً افراد

مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های خصوصی سطح فرهنگی متوسط رو به بالایی دارند، بنابراین احساس ناامنی در این گونه بیمارستان‌ها بیشتر از بیمارستان‌های دولتی نیست.

دومین بعد مدل پارادایمی، استراتژی‌ها و تعاملات به کار گرفته‌شده در ارتباط با موضوع پژوهش است. زنان مورد مصاحبه استراتژی‌های مختلفی را در رویارویی با این مسئله اتخاذ می‌کنند که در سه مفهوم محوری رفتارهای قاطعانه، مدارا و تغییر رفتار بیان شد. از بین سه گونه شگردهای مواجهه، مدارا از سوی مصاحبه‌شوندگان بیشتر به کار گرفته می‌شود.

سومین بعد مدل پارادایمی، پیامد این مسئله بر افراد درگیر است. پیامد احساس ناامنی بر زنان در مقوله محوری فرسایش در ابعاد گوناگون روانی، اجتماعی، اعتقادی، شغلی و خانوادگی عنوان شد. پیامد چنین مسئله‌ای، در کوتاه مدت و بلندمدت آثار سوئی بر زنان مبتلا به خواهد داشت. فیتزجرالد (۱۹۹۶)، مکینان و همکاران (۲۰۰۰)، دنیز ویلبرن (۲۰۰۰)، لی (۲۰۰۱)، چپمن (۲۰۰۹) و ... به آثار روحی و روانی احساس ناامنی، آثار اجتماعی، پیامدهای شغلی و سازمانی و اختلال در روابط خانوادگی اشاره کرده‌اند. با در نظر گرفتن سه بعد شرایط، استراتژی‌ها و پیامدها به مقوله هسته، ضعف بسترهای اجتماعی، قانونی و سازمانی به دست آمد. بنابراین مسئله احساس ناامنی زنان در بیمارستان‌ها به دلیل سه گونه ضعف ساختاری حاصل شده است و این به معنای ضعف ساختارهای اجتماعی، قانونی و سازمانی است. تا وقتی ساختارهای اجتماعی ما مبتنی بر چرخه معیوب اجتماعی شدن و بن‌بست‌های اجتماعی نظیر مرزبندی، تفکیک‌های جنسیتی، جامعه‌پذیری جنسیت‌زده، بی‌اعتمادی و مشکلات مرتبط با ازدواج و ... بوده؛ و بسترهای قانونی ما نسبت به این مسئله بی‌توجه باشند و برای آن قانونگذاری نکنند (به تبع آن سازمان‌هایی که زنان در آن مشغول به کارند خود را به ایجاد قانون و مقرراتی در این مسئله ملزم نکنند) مشکلات و مسائل مهمی از قبیل آزار جنسی و ناامنی زنان نه تنها حل نمی‌شود، بلکه به راحتی گسترش می‌یابد. نکته مهم دیگر، عدم درک زنان از سوی مسئولان، نگرهبانی، حراست و ... است که نتیجه آن، علاوه بر بی‌توجهی به زنان و مسائل آنها، به دلیل ترس داغ ننگ و بی‌آبرویی، مقصر شدن و برجسب خوردن موجب سکوت زنان می‌شود؛ بنابراین آنها عطای گزارش‌دادن را به لقای آن واگذار می‌کنند؛ زیرا در جامعه ما هنوز چنین مسائلی زشت تصور می‌شوند، غالباً زنان قربانی، مقصر شناخته می‌شوند و همراه با زدن برجسب بی‌حیثیتی بر پیکره اجتماعی فرد، وی را به فردی داغ‌خورده تبدیل کرده و پیامدهای گوناگونی را بر او تحمیل می‌کنند؛ بنابراین بی‌اعتمادی نسبت به گزارش‌دادن مسائل مبتنی بر آزار، در کنار سایر عوامل باعث وجود و گسترش احساس ناامنی زنان می‌شود.

نکته اینکه در جامعه ما احساس ناامنی یک واقعیت اجتماعی در پس پرده مانده است. با توجه به موارد مطرح شده، لازم است به مسئله احساس ناامنی زنان در محیط کار توجه زیادی شود و مسئولان ما در قالب برنامه‌ریزی‌های اجتماعی، قانونی و سازمانی به این مهم توجه کنند.

منابع

- اباذری، یوسف؛ صادق فسایی، سهیلا؛ حمیدی، نفیسه (۱۳۸۷). احساس ناامنی از تجربه زنانه از زندگی روزمره. *پژوهش زنان*، دوره ۶، شماره ۱، صص ۷۵-۱۰۳.
- استربرگ، کریستین جی (۱۳۸۴). *روش تحقیق کیفی در علوم اجتماعی*. ترجمه احمد پور احمد و علی شمعی. دانشگاه یزد.
- اشتراوس، انسلم؛ کوربین، جولیت (۱۳۹۰). *مبانی پژوهش‌های کیفی؛ فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*. ترجمه ابراهیم افشار، تهران: نشر نی.
- اعزاز، شهلا (۱۳۸۱). ساختار جامعه و خشونت علیه زنان. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، شماره ۱۴، صص ۸۴،۴۷.
- ایمان، محمد تقی؛ کیدقان، طاهره (۱۳۸۲). بررسی عوامل مؤثر بر هویت اجتماعی زنان (مطالعه موردی زنان شهر شیراز). *فصلنامه علوم انسانی دانشگاه الزهر*. زمستان ۱۳۸۱ - شماره ۴۴ و ۴۵.
- آبوت، پاملا؛ والاس، کلر (۱۳۸۰). *جامعه‌شناسی زنان*. ترجمه منیژه نجم عراقی. نشر نی.
- بهزادفر، فاطمه (۱۳۹۰). *بررسی عوامل فردی- اجتماعی در میزان بروز آزار جنسی زنان شاغل شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پشندی، نازی (۱۳۸۹). *تبیین زمینه‌های پیشگیری از آزار جنسی در محیط کار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه مدیریت، دانشگاه شهید بهشتی.
- تانگ، رزمی (۱۳۸۷). *نقد و نظر، درآمدهای بر نظریه‌های فمینیستی*. ترجمه منیژه نجم عراقی. نشر نی.
- خسروی، زهره (۱۳۸۲). *مبانی روانشناختی جنسیت*. تهران: دفتر برنامه‌ریزی اجتماعی و مطالعات فرهنگی.
- دانایی‌فرد، حسن (۱۳۹۰). *کاربرد استراتژی پژوهشی نظریه داده بنیاد در عمل: ساخت نظریه بی‌تفاوتی سازمانی*. انتشارات دانشگاه امام صادق.
- دوبوار، سیمون (۱۳۸۰). *جنس دوم*. ترجمه قاسم صنعوی. جلد اول و دوم. تهران: نشر توس.
- دوستی، علی؛ صیادی‌فر، معصومه (۱۳۸۵). *آزار جنسی در محیط کار؛ یک واقعیت سیاه*. روزنامه اعتماد.
- رضوان، علی؛ فتحی، منصور (۱۳۹۱). *بررسی عوامل مرتبط با احساس ناامنی در محلات شهری در ناحیه ۳ منطقه ۱۷ شهرداری تهران*. *فصلنامه رفاه اجتماعی*. سال ۱۲، شماره ۴۵: ۳۸۷-۴۱۰.
- ریترز، جورج (۱۳۸۹). *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*. ترجمه محسن ثلاثی. انتشارات علمی

- سلیمی، علی؛ داوری، محمد (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی کجروی*. پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، چاپ دوم. شویره، کریستین؛ فونتن، اولویه (۱۳۸۵). *واژگان برردیو*. مرتضی کتبی، تهران: نشر نی.
- صادق فسایی، سهیلا؛ رجب لاریجانی، مهسا (۱۳۸۹). *مطالعه جامعه‌شناختی آزار جنسی زنان در محیط کار*. زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان). دوره ۸، شماره ۳، صص ۱۱۱، ۱۳۴.
- فی وش، رابین؛ گولومبوک، سوزان (۱۳۸۴). *رشد جنسیت*. ترجمه مهرناز شهر آرای. نشر ققنوس.
- گروسی، سعید؛ میرزایی، جلال (۱۳۸۶). *بررسی رابطه اعتماد اجتماعی و احساس امنیت*. فصلنامه دانش انتظامی، سال نهم، شماره دوم، صص: ۲۹-۳۵.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۵). *مبانی جامعه‌شناسی*. ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۸۸). *چشم‌اندازهای جهانی شدن*. ترجمه محمدرضا جلالی پور، تهران: طرح نو.
- محمود مولایی کرمانی، بتول (۱۳۸۹). *احساس ناامنی از زندگی روزمره*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه اصفهان.
- مطهری، مرتضی (۱۳۸۸). *مسئله حجاب*. تهران: انتشارات صدرا، چاپ هشتم و چهارم.
- معین، محمد (۱۳۸۱). *فرهنگ دو جلدی*. انتشارات آدنا.
- مگی، هام؛ گمبل، سارا (۱۳۸۲). *فرهنگ نظریه‌های فمینیستی*. ترجمه نوشین احمدی، فیروزه مهاجر، فرخ قره داغی. تهران: توسعه.

- Alcoff, L (1995). *Cultural feminism versus post structuralism*, west view press, Inc, London.
- Anderson, M (1998). *Thinking about Women, Sociological Perspective on Sex and Gender*, Allyn and Bacon.
- Barnett, F.F. C (1932). *Remembering, A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University press.
- Bem, S.L. *Gender Schema Theory: Cognitive Account of Sex Typing*. American Psychological Review. 88 (1981): 354-364
- Brown Miller, S. (1975). *Against Our Will: Men, Women and Rape*. London: Secker and Warburg.
- Chan, Darius K.S. Tang C. So. k, & Chan, W. (1999). *Sexual Harassment: A Preliminary Analysis of Its Effects on Hong Kong Chinese Women in the Workplace and Academia*. Psychology of Women Quarterly, United States of America. 23 (1999):661-672.
- Chapman Bilingsley, S. (2009). *Inmate-Perpetrated Harassment: Exploring the Gender-Specific Experience of Female Correction Officer*. A dissertation Graduate Faculty in Criminal Justice. University of New York.
- Chaudhuri, P. (2007). *Experiences of Sexual Harassment of Women Health Workers in Four Hospitals in Kolkata*. India, Reproductive Health Matter 2007; 1 (30):229-221.
- Cleveland, J. & Kerst, M. (1993). *Sexual Harassment and Perceptions of Power: An Under-articulated Relationship*. Journal of Vocational Behavior. Vol 42: 67-49.
- Denise Wilborne, H. (2000). *Sexual Assault, Coercion, and Harassment: Implication for Subjective Well-being and Relationship Satisfaction*. A Dissertation in Psychology. Texas Tech University
- Einarsen, S. Hoel, H. Zapf, D. & Cooper, C. L. (2003). The concept of bullying at work: The European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives on research and practice* (pp. 3-30). London, UK: Taylor Francis.

- Elkin, F. G. Handel (1972). *The Child and Society: The Process of Socialization*. New York: Random House.
- Fitzgerald, L. F. Swan, S. & Magley, V. J. (1997). *But Was It Really Sexual Harassment? Legal, Behavioral, and Psychological Definitions of the Workplace of women*. In W. O'Donohue (Ed.), *Sexual Harassment: Theory, Research and Therapy* 5- 28. Boston: Allyn & Bacon.
- Flax, J. (2000). *Thinking fragments: psychoanalysis, feminism & postmodernism in the contemporary west*. Berkley. University of CA press. New York.
- Grandman, E.O, O Donohue, W & Peterson, S.H. (1997). *The Prevention of Sexual Harassment*. In W. O Donohue(Ed), *Sexual Harassment: Theory, Research, and*
- Gruber, J. E. & Bjorn, L. (1986). *Women's Responses to Sexual Harassment: An Analysis of Sociocultural, Organizational, and Personal Resource Models*. *Social Science Quarterly*, 67, 814–826.
- Gutek, B. A. & Morash, B. (1982). *Sex-Ratios, Sex Role Spillover, and Sexual Harassment of Women at Work*. *Journal of Social Issues*, 38, 55–74.
- Haslett, B. Geis, F. H. & Carter, M. R. (1992). *The organizational woman: Power and paradox*. Norwood, NJ: Ablex.
- Heather, Mc.L, Uggem, Ch. and Blackstone, A. (2012). *Sexual Harassment, Workplace Authority, and the Paradox of Power*. *American Sociological Review* 77(4) 625 –647.
- Hoffman, M. (1991). *Sexual Harassment: Case Studies on Campus*. Thesis in Social Science Ball State University.
- Hunter, W.J, Fitzgerald, L.F. & Drasgow, F. (1999). *The Effects of Organizational Practices on Sexual Harassment and Individual Outcomes in the Military*. *Military Psychology*. Vol 11:314
- Kumar MP. *No End to Harassment*. Women's Feature Service. Ref. IND C 505. At: www.wfsnews.org N. Accessed 31 July 2007.
- Lenhart, Sh. A. (2004). *Clinical Aspects of Sexual Harassment and Gender Discrimination*. New York & Hove: Brunner-Routledge.
- Lewis, S. (2011). *How do Obese Individuals Perceive and Respond to the Different Types of Obesity Stigma that They Encounter in Their Daily Lives? A Qualitative Study*. *Journal of Social Science & Medicine*, 73:1349-1356.
- Myers, L. (2004). *Study Shows Link between Drinking and Gender Harassment in Workplace*. *Cronell News*. Retrived October 7, 2004.
- Noah, Y. (2008). *Experience of Sexual Harassment at Work by Female Employee in Nigerian Work Environment*. University of Ilorin, publisher: international NGO journal, vol.3 (7):127-122.
- Rettner, R. (2011). *6 Ways Sexual Harassment Damages Women's Health*. *Science Newsletter*.
- Saal, F.J. & Weber, N.(1989). *Friendly or Sexy? It Depends on Whom You Ask*. *Psychology of Women Quarterly*. Vol 13.
- Samuels ,Harriet. (2003). *Sexual Harassment in the Work Placement: A Feminist Analysis of Recent Developments in the UK* ,Women's Studies International Forum, Vol. 26, No. 5.
- Sanhita (2001). *Politics of Silence*. Kolkata: Sanhita.
- Shannon, C. Rospenda, K M. Richman, J.A (2006). *Workplace harassment patterning, gender, and utilization of professional services: Findings from a US national study*. *Social Science & Medicine* 64 (2007) 1178–1191.
- Silverman, D. (2005). *Doing Qualitative Research* ,London: Sage Publications.
- Terpstra, D. E. & Baker, D. D. (1991). *Sexual Harassment at Work: The psychosocial Issues*. In M. J. Davidson & J. Earnshaw (Eds.), *Vulnerable workers: Psychosocial and legal issues*: 179–201. New York: John Wiley & Sons.
- Treatment: 175-184. Boston: Allyn & Bacon.
- Whitaker, L. (1999). *Women in Politics, Outsiders or Insiders?* Washington DC: Prentice Hall.