



Developing a model of gender inequality on the social health of women working in the State Welfare Organization of Iran

Hossein Ebrahimzadeh Asmin^{*1}, Saeed Mohammadi Sadegh², Mehdi Moeini³

1. Associate Professor of ,Urban and regional planning, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

2. Assistant Professor Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

3. Assistant Professor of Sociology, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

Received Date: 13 December 2024 Accepted Date: 24 February 2025

Abstract

Background and Objective: Today, considering that social health has different effects both at the individual and family level and at the social level, paying attention to women's social health as the first caregivers of family and community health is of great importance. Thus, this study examines the effect of gender inequality on women's social health.

Methodology: The method used in this research is survey, data were collected using a questionnaire and random sampling method from 138 women working in the Behzisti (Welfare) organization. The validity of the tool was confirmed by content validity method and Cronbach's alpha coefficient was used to measure the reliability and the data were analyzed using SPSS 25 and LISREL 8.8 software. The impact of women's social health (as a dependent variable) has been measured in 5 dimensions of social solidarity, social cohesion, social prosperity, social acceptance and social participation from an independent variable (gender inequality).

Findings and Conclusion: According to the results of inferential statistics tests in this study, it can be claimed with 99% probability that the variable of patriarchal ideology (social factor of inequality), gender stereotypes in textbooks and mass media and religiosity (cultural factors of inequality) have a negative effect. And is significant on all 5 dimensions of women's social health and the variables of job rank, family social status, level of education, age (underlying factors of inequality), personal income and the amount of personal property of women (economic factors of inequality) have a positive and significant effect. It focuses on all 5 dimensions of women's social health but, the variable of marital status (one of the underlying factors of inequality) is not effective in women's social health (for the four dimensions of social prosperity, social participation, social adaptation and social cohesion) and only in the dimension of "social acceptance" which averages four different groups. Therefore, the marital status variable only affects the "social acceptance" dimension of social health.

Keywords: Social Health, Gender Inequality, Women, Welfare Organization, Iran.

* Corresponding Author Email: h.ebrahim@lihu.usb.ac.ir

Cite this article: Ebrahim Zadeh Asmin, H. , Mohammadi Sadegh, S. and Moeini, M. (2025). Developing a model of gender inequality on the social health of women working in the state welfare organization. Journal of Sustainable Urban & Regional Development Studies (JSURDS), 6(3), 65-77.



شاپا: ۰۷۶۴-۲۷۸۳

دوره ۶، شماره ۳، شماره پیاپی ۲۱، پاییز ۱۴۰۴

Journal Homepage <https://www.srds.ir/>
https://www.srds.ir/article_216205.html?lang=fa

تدوین مدل نابرابری جنسیتی بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور

حسین ابراهیم زاده آسمین*، سعید محمدی صادق^۲، مهدی معینی^۳

۱. دانشیار برنامه ریزی شهری و منطقه‌ای، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.
۲. استادیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.
۳. استادیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: امروزه با توجه به اینکه سلامت اجتماعی هم در سطح فردی و خانواده و هم در سطوح اجتماعی اثرات مختلفی بر جای می‌گذارد، توجه به سلامت اجتماعی زنان به عنوان اولین مراقبان سلامت خانواده و رکن مهم توسعه پایدار در جامعه حائز اهمیت فراوان می‌باشد. لذا پژوهش حاضر به بررسی تأثیر نابرابری جنسیتی بر سلامت اجتماعی زنان پرداخته است.

روش بررسی: روش مورد استفاده در این پژوهش از نوع پیمایشی است؛ داده‌ها با ابزار پرسشنامه و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی مطبق از ۱۳۸ نفر از زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور گردآوری شده است. اعتبار ابزار به روش اعتبار محتوا مورد تأیید قرار گرفت و برای سنجش پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و داده‌ها به کمک نرم افزارهای SPSS 25 و LISREL 8.8 مورد تحلیل قرار گرفتند. میزان تأثیرپذیری سلامت اجتماعی زنان (به عنوان متغیر وابسته) در پنج بعد همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی از متغیر مستقل (نابرابری جنسیتی) سنجیده شده است.

یافته‌ها و نتیجه‌گیری: طبق نتایج آزمون‌های آمار استنباطی در این پژوهش، می‌توان با احتمال ۹۹ درصد ادعا کرد که متغیر ایدئولوژی پدرسالارانه (عامل اجتماعی نابرابری)، کلیشه‌های جنسیتی موجود در کتب درسی و رسانه‌های جمعی و دینداری (عوامل فرهنگی نابرابری) دارای تأثیر منفی و معنی‌دار بر هر ۵ بعد سلامت اجتماعی زنان می‌باشد و متغیرهای مرتبه شغلی، پایگاه اجتماعی خانوادگی، میزان تحصیلات، سن (عوامل زمینه‌ای نابرابری)، میزان درآمد شخصی و میزان مالکیت شخصی زنان (عوامل اقتصادی نابرابری) دارای تأثیر مثبت و معنی‌دار بر هر ۵ بعد سلامت اجتماعی زنان می‌باشد ولی متغیر وضعیت تأهل (از عوامل زمینه‌ای نابرابری) در سلامت اجتماعی زنان (برای چهار بعد شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و انسجام اجتماعی) مؤثر نیست و فقط در بعد "پذیرش اجتماعی" است که میانگین چهار گروه با هم متفاوت است. بنابراین متغیر وضعیت تأهل فقط بر بعد "پذیرش اجتماعی" سلامت اجتماعی مؤثر است.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، نابرابری جنسیتی، زنان شاغل، سازمان بهزیستی، ایران.

* نویسنده مسئول: h.abraham@lihu.usb.ac.ir

ارجاع به این مقاله: ابراهیم زاده آسمین، حسین، محمدی صادق، سعید و معینی، مهدی. (۱۴۰۴). ۵. تدوین مدل نابرابری جنسیتی بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور. فصلنامه مطالعات توسعه‌یاب‌در شهری و منطقه‌ای، ۶(۳)، ۶۵-۷۷.

مقدمه و بیان مسأله

سلامت، موضوعی مطرح در هر فرهنگی است و تعریف آن در هر جامعه ای تا اندازه ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنها باز می گردد، ولی معمولاً هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بیشتر، بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، در حالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۱۱). سلامت پدیده ای است که در هر جامعه ای تا اندازه ای به حس مشترک و فرهنگ مردم آن جامعه از آن باز می‌گردد. بنابراین در جوامع و گروه های گوناگون تعاریف متعددی برای سلامت بیان شده است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳: ۲۱۱).

سلامت از مفاهیم بسیار پویایی است که روز به روز بر دامنه و ابعاد آن افزوده می شود. چنانکه تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت نیز به ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اخیراً معنوی بسط یافته است. ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند. به عنوان مثال بعد اجتماعی سلامت، اثرات پیشگیرانه بر دو بعد جسمی و روانی دارد (WHO, 1948). بنابراین سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و روانی یکی از سه رکن تشکیل دهنده سلامت عمومی جامعه می باشد؛ در واقع زمانی شخص واجد سلامت اجتماعی است که بتواند فعالیت ها و نقش های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و ظاهر سازد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند، اتصال و ارتباط نماید (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۸).

سلامت اجتماعی، ظرفیت کامل زندگی کردن به شیوه ای است که ما را قادر به درک ظرفیت های طبیعی خود می کند و به جای جدا کردن ما از سایر انسان هایی که دنیای ما را میسازند، نوعی وحدت بین ما و دیگران به وجود می‌آورد. سلامت اجتماعی نقش محافظت کننده ای در مقابله با فشارهای روانی دارد که از فرد در مقابل وقایع فشارآور منفی زندگی اجتماعی حمایت می کند (صبوری، ۱۳۹۰: ۲۲-۱۳).

سلامت اجتماعی به معنای ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه های اجتماعی ای است که وی عضوی از آنهاست. سلامت اجتماعی دارای پنج بعد انسجام اجتماعی^۱، پذیرش اجتماعی^۲، مشارکت اجتماعی^۳، انطباق اجتماعی^۴ و شکوفایی اجتماعی^۵ می باشد. انسجام اجتماعی به معنای ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود در گروه های اجتماعی است. پذیرش اجتماعی به این معنی است که فرد، اجتماع را به صورت یک مجموعه کلی و عمومی که از افراد مختلف تشکیل شده است، درک کند و به دیگر افراد جامعه اطمینان داشته باشد. مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع احساس می کند؛ در حالی که انطباق اجتماعی به معنای درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی می باشد. در انتها شکوفایی اجتماعی، این باور است که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی های بالقوه ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می شود (Keyes, 2004: 84 به نقل از شیری، ۱۳۹۴: ۲۳).

نابرابری جنسیتی^۶ عبارت است از برخورد یا عملی که براساس جنسیت افراد به تحقیر، طرد، خوار شمردن و کلیشه بندی آنان می پردازد (شادلو، ۱۳۸۲: ۲۱۱) و نشان دهنده یکسان نبودن دسترسی زنان و مردان به فرصت ها و امکاناتی چون آموزش، اشتغال، آزادی فردی و غیره می باشد (آزاده، ۱۳۸۹: ۱۴).

در واقع، جنسیت یکی از ویژگی های طبیعی افراد است که در بیشتر جوامع بر پایه ی معیار فرهنگی- اجتماعی ارزیابی میشود و در سال های اخیر، در کنار قومیت، به یکی از پایه های اساسی نابرابری اجتماعی تبدیل شده است. شکل های گوناگونی از نابرابری

-
- ۱ Social coherence
 - ۲ Social acceptance
 - ۳ Social contribution
 - ۴ Social integration
 - ۵ Social actualization
 - ۶ Gender inequality

جنسیتی در سطح جهان دیده می شود و وضعیت نابسامان بهداشت، تغذیه، آموزش و آگاهی و اشتغال از جمله مصادیق آن هستند. زنان در جامعه، با نابرابری ها مواجهند و در خانواده و جامعه، قربانیان اصلی خشونت فیزیکی، روانی و اقتصادی به شمار می آیند (احمدی، ۱۳۸۳: ۶).

مفهوم جنسیت دارای بار فرهنگی است و در فرهنگ های مختلف نیز متناسب با فرهنگ آن جامعه شکل میگیرد، اما با وجود تفاوت های ویژه، تقریباً در کلیه فرهنگ های آشنا، مردان موجوداتی قدرتمندتر از زنان در نظر گرفته می شوند. حتی در دوران های گذشته نیز، که مفاهیمی که در جامعه ی امروزی مطرح هستند، به خصوص مفاهیمی چون دموکراسی، جامعه مدنی، آزادی های فردی و حقوق فردی، عقلانیت ارتباطی، هنوز مطرح نبودند (شکر بیگی، ۱۳۸۶)، این نابرابری وجود داشته است. چنانکه انگلس در کتاب منشاء خانواده، مالکیت خصوصی و دولت، به برابری زن و مرد در دوره باستان اشاره دارد. در واقع، نابرابری جنسیتی با پیدایش مالکیت خصوصی و کنترل مرد بر توان جنسی و فرزندآوری زن پدید آمده است (جکسون، ۲۰۰۳: ۳ به نقل از شیری، ۱۳۹۴: ۲۷).

یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت زنان، خصوصاً سلامت اجتماعی آنان، نابرابری جنسیتی است. می توان گفت نابرابری جنسیتی با سلامت اجتماعی زنان رابطه عکس دارد. یعنی هرچه در جامعه، میزان نابرابری جنسیتی افزایش یابد، میزان سلامت اجتماعی زنان در آن جامعه، کاهش خواهد یافت. نابرابری جنسیتی دارای مولفه های متعددی است که هر یک می تواند بر شاخص های سلامت اجتماعی زنان تأثیر گذار باشد. مؤلفه هایی چون عوامل اجتماعی، اقتصادی، زمینه ای و فرهنگی، بر کیفیت انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی زنان شاغل مؤثر هستند.

سلامت زنان و به ویژه سلامت مادران از مفاهیم زیربنایی در توسعه پایدار و توسعه رفاه اقتصادی-اجتماعی است. همچنین، زنان، کفیل نسل های بعدی هر جامعه ای می باشند و اهمیت آنان اغلب پشت مدیریت های مردانه جامعه، کم رنگ و مخفی باقی می ماند (شکوه نوایی نژاد، ۱۳۸۵: ۸۸).

با توجه به اهمیت سلامتی در بین مردم، تمام اقشار جامعه با مشکلات و مسائل خاص خود رو به رو بوده و گاهی عوامل خطر سازی آن ها را تهدید می کند. زنان نیز از این امر مستثنی نبوده و در حین فعالیت خود با عواملی دست و پنجه نرم می کنند که بی تردید میتواند برای سلامت آنان مخاطره آمیز باشد و این در حالی است که برخوردار بودن از نعمت سلامتی برای اغلب انسان ها موضوعی فوق العاده مهم می باشد و انسان همواره برای رسیدن به آن تلاش می کند (صفوی و همکاران، ۱۳۸۸: ۱۵). بنابراین سالم بودن زنان نه تنها به خودی خود ارزشمند است، بلکه زنان در صورت احراز سلامتی قادر به ایفای نقش های اجتماعی و فردی خود خواهند بود. در این میان، موضوع سلامتی زنان یک مسأله حیاتی است که امروزه موجب چالش های زیادی شده است. سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی بی تردید از مهمترین ابعاد مسائل حیات انسان است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و همه انسان ها در صورتی می توانند فعالیت کامل تری داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بدانند (ودادهیر و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۳۱).

پژوهش های اخیر در ایران حاکی از کاهش میزان سلامت در بین ایرانیان است و زنان ایرانی نیز از این مقوله مستثنی نیستند. در حالی که زنان به عنوان نیمی از جمعیت می توانند نقشی سازنده و تأثیرگذار در روند پیشرفت، تکامل و توسعه جامعه داشته باشند. بنابراین بررسی یکی از مؤلفه های اثرگذار همچون سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن که کمتر مورد توجه واقع گردیده، مسأله ای حائز اهمیت است. لذا هدف از این پژوهش، کشف ارتباط مؤلفه های مختلف نابرابری جنسیتی با شاخص های سلامت اجتماعی زنان شاغل و میزان اثرگذاری آنها و در مجموع، یافتن پاسخ به این سوال است که آیا نابرابری جنسیتی بر سلامت اجتماعی زنان مؤثر است؟

موضوع سلامتی بنیانی ترین عنوانی است که حیات انسان بر آن استوار است و امروزه با دگرگونی شرایط زندگی و تغییر ساختار جامعه، ابعاد جدیدی برای سلامتی مطرح شده است که از آن جمله، سلامت اجتماعی است (حسینی، ۱۳۸۷).
 امروزه سلامت اجتماعی^۱ به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به گونه‌ای که دیگر سلامتی، تنها عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۲).

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت که در سال ۱۳۱۸ منتشر شد، سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا معلولیت، در این تعریف بعد اجتماعی سلامت برای اولین بار معرفی شد (WHO^۲, 1948). بنابراین تعریف سازمان ملل و پژوهش‌های انجام شده می‌توان گفت، سلامت اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین پایه‌های توسعه (به ویژه توسعه اجتماعی) در هر جامعه محسوب می‌شود. بعد اجتماعی سلامت در برگزیده سطح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است و به طور کلی از این دید، هر کس عضوی از افراد خانواده و عضو یک جامعه بزرگ‌تر به حساب می‌آید و در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه ارتباط شخص در شبکه اجتماعی نیز توجه می‌شود (نجف آبادی، صادقی و آرین، ۱۳۹۲: ۳۷۱).

نابرابری جنسیتی. جان شیبلی هاید^۳ (۱۹۹۶) معتقد است نابرابری جنسیتی، تبعیض یا سوگیری نسبت به افراد جامعه بر اساس جنسیت آنان است. نابرابری جنسیتی عبارت است از برخورد یا عملی که براساس جنسیت افراد به تحقیر، طرد، خوارشمردن و کلیشه‌بندی آنان می‌پردازد (شادلو، ۱۳۸۲: ۲۱۱) و نشان‌دهنده یکسان نبودن دسترسی زنان و مردان به فرصت‌ها و امکاناتی چون آموزش، اشتغال، آزادی فردی و غیره می‌باشد. علاوه بر تعریف نابرابری جنسیتی ضروری است که ابعاد مورد بررسی آن را در خصوص سلامت اجتماعی زنان مشخص کرده باشیم.

مفهوم نابرابری جنسیتی دارای ابعاد گوناگونی است که در این پژوهش، چهار بعد آن مورد بررسی قرار خواهد گرفت و تأثیر هر یک بر شاخص‌های سلامت روان اندازه‌گیری خواهد شد. بعد فرهنگی^۴: عوامل فرهنگی در واقع کلیشه‌های جنسیتی^۵ حاکم بر هر جامعه‌ای می‌باشند. بعد زمینه‌ای^۶: این بعد از نابرابری، زمینه‌ساز قشربندی جنسیتی ناخودآگاه^۷ می‌گردد و بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد.

بعد اقتصادی^۸: چافتر معتقد است که قشربندی نهایتاً به تقسیم کار در جامعه مربوط می‌شود. اگر این تقسیم کار بر حسب جنس باشد، مردان بیشتر از زنان دریافت می‌کنند، و این مزیت منابع مادی به تفاوت‌هایی در قدرت بین مردان و زنان می‌انجامد. بعد اجتماعی^۹: ایدئولوژی مردسالاری^{۱۰} حاکم بر جامعه از مولفه‌های مهم بعد اجتماعی نابرابری جنسیتی می‌باشد. منظور

۱ Social Health

۲ World Help Organisation

۳ Janet Shibley Hyde

۴ Cultural dimension

۵ Gender stereotypes

۶ Background dimension

۷ Unconscious gender stratification

۸ Economic dimension

۹ Social dimension

۱۰ Patriarchy

از ایدئولوژی، مجموعه منسجمی از عقاید (باورهای عرفی) است، هم مبتنی بر واقعیات و هم ارزش گذار که هدف آن توضیح یا موجه جلوه دادن ساختارهای اجتماعی و فرهنگ یک جامعه یا گروه اجتماعی است.

سلامت اجتماعی. سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می شود که در صورت تحقق آن، شهروندان خصوصاً شهروندان زن، دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم، محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب های فردی از یکسو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر است. گلد اسمیت^۱ سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران می داند و آن را یکی از اساسی ترین شاخص های سلامت هر کشوری معرفی می کند که منجر به کارا بودن فرد در جامعه می گردد (Larson, 1993: 285)، به نقل از شیری، ۱۳۹۴: ۳۵) داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهمترین مرحله از سلامت اجتماعی می باشد.

پیشینه پژوهش

در سال های اخیر پژوهش هایی در داخل و خارج از کشور در زمینه سلامت اجتماعی انجام شده است. در ادامه به برخی از پژوهش هایی که در این زمینه در داخل کشور انجام گرفته است اشاره می گردد:

فرهمند، مهناز و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم گیری مهارتهای ارتباطی و عزت نفس در بین زنان شاغل و خانه دار شهر یزد پرداختند. این پژوهش با استفاده از روش پیمایش و پرسشنامه انجام گرفته است. حجم نمونه را ۸۱۲ نفر زنان شاغل و ۸۱۲ نفر زنان شاغل شهر یزد تشکیل میدهند که زنان شاغل نسبت به زنان خانه دار از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. از متغیرهای مورد مطالعه، متغیرهای ارتباطی، عزت نفس و قدرت تصمیم گیری با سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه دار رابطه ای داشتند. همچنین، متغیرهای وضعیت تحصیل و درآمد با سلامت اجتماعی زنان شاغل رابطه ای معنادار داشت. در تحلیل رگرسیون چند متغیره نیز متغیرهای عزت نفس، تحصیلات، مهارتهای ارتباطی، قدرت تصمیم گیری در کل ۸۲ درصد از واریانس سلامت اجتماعی زنان را در جامعه آماری تبیین کردند.

قاضی نژاد، سنگر (۱۳۹۵) در پژوهشی به رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان پرداختند. جامعه آماری پژوهش، زنان شاغل دانشگاه الزهرا (س) هستند. نمونه گیری به روش خوشه ای احتمالی انجام شد و نمونه ای به حجم ۸۸۸ نفر از دانشجویان در حال تحصیل انتخاب شدند. روش پژوهش پیمایش مقطعی بود و اطلاعات یا استفاده از پرسشنامه محقق ساخته و مقیاس استاندارد سلامت اجتماعی کییز، جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. مطلوبیت شرایط شغلی (حقوق و مزایا، امنیت شغلی، حمایت سازمانی و...) بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان داشته است. نتیجه نهایی اینکه صرف داشتن شغل، تغییری در میزان سلامت اجتماعی زنان ایجاد نمیکند. آنچه مهم است مؤلفه های ماهوی شغلی، شامل نوع شغل، مطلوبیت شرایط شغلی و توانمندی های اجتماعی و روانی (پیامدهای شغلی) است که بر سلامت اجتماعی آنان تأثیرگذار است. زنان شاغل برخوردار از استقلال مالی، روابط اجتماعی قوی و حمایت اجتماعی بالا، سلامت اجتماعی بیشتری دارند.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲) پژوهشی را به منظور بررسی (سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان) انجام دادند. جامعه آماری این پژوهش شهروندان ۵۹-۱۹ ساله شهر اصفهان و حجم نمونه ۳۸۴ نفر بوده است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی و اعتماد اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. بین سلامت اجتماعی و بیگانگی اجتماعی نیز رابطه ی معکوس و معناداری وجود دارد. هر کدام از متغیرهای هفتگانه پژوهش به طور جداگانه (سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، مهاجرت، طبقه اجتماعی، درآمد و حوزه اجتماعی شهر) با سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشتند.

در پژوهشی با هدف بررسی عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی ۳۲۰ نفر از زنان شهر خشت استان فارس با تأکید بر دینداری صورت پذیرفت. سلامت اجتماعی که به عنوان یکی از ابعاد چندگانه سلامت، مورد توجه صاحب نظران بیشتر رشته‌ها است، چه به صورت فردی و یا جمعی از ابعاد اساسی زیستی انسان محسوب می‌گردد؛ و پیش‌نیازی ضروری برای ایفای نقش‌های فردی و اجتماعی مدنظر قرار گرفته است. در این میان، سلامت زنان به ویژه مادران، از مفاهیم زیربنایی در توسعه و رفاه اقتصادی اجتماعی است. همچنین زنان کفیل نسل‌های بعدی هستند؛ درحالی که اهمیت آنان، اغلب پشت‌مدیریت‌های مردانه، کم‌رنگ و مخفی باقی می‌ماند (مک‌کیان، ۲۰۰۸)، از جمله عوامل عمده و مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی افراد، میزان برخورداری ایشان از اقتصادی - اجتماعی و دینداری بال است. اما در تبیین نتایج این مطالعه، می‌توان گفت که بسیاری از یافته‌ها با پیشینه نظری و تجربی پژوهش، هم‌راستا بوده و بیانگر ارتباط معنادار متغیرهای مستقل بر سلامت اجتماعی زنان شهر خشت است. (عابدی و همکاران، ۲۱۹، ۱۳۹۹)

تیوبف و جیوست (۲۰۱۱) مطالعه‌ای تحت عنوان (برخورداری از سلامت اجتماعی نابرابر در بین بزرگسالان اروپایی با توجه به نقش اجتماع و خانواده) انجام دادند، نتایج حاکی از آن بود که میزان ثروت، همبستگی معنادار و مثبتی با سلامتی در هر کشوری داشته است، سن نیز به طور قابل ملاحظه‌ای سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پایگاه اجتماعی - اقتصادی مادر نیز کمتر از پایگاه اجتماعی - اقتصادی پدر سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

ورگالنی در پژوهشی که در سال ۲۰۱۱ با عنوان (انسجام اجتماعی در اروپا تا چه اندازه نابرابری، انسجام اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند؟) انجام داد، به بررسی رابطه بین انسجام اجتماعی و نابرابری در اروپا پرداخته است. از نظر وی نابرابری در سطحی کلی بر انسجام اجتماعی تأثیرگذار است. به طور دقیق‌تر رابطه معنی‌داری بین نابرابری و انسجام اجتماعی وجود دارد. همچنین این رابطه تحت تأثیر جنبه‌های دیگری از نابرابری‌های اجتماعی از قبیل موقعیت افراد در نظام قشربندی و سطح آموزش و پرورش نیز قرار دارد.

کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) به بررسی سلامت اجتماعی در آمریکا پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است. زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند سلامت اجتماعی کمتری را در مقایسه با مردان با همان جایگاه شغلی گزارش کردند.

نوآوری پژوهش

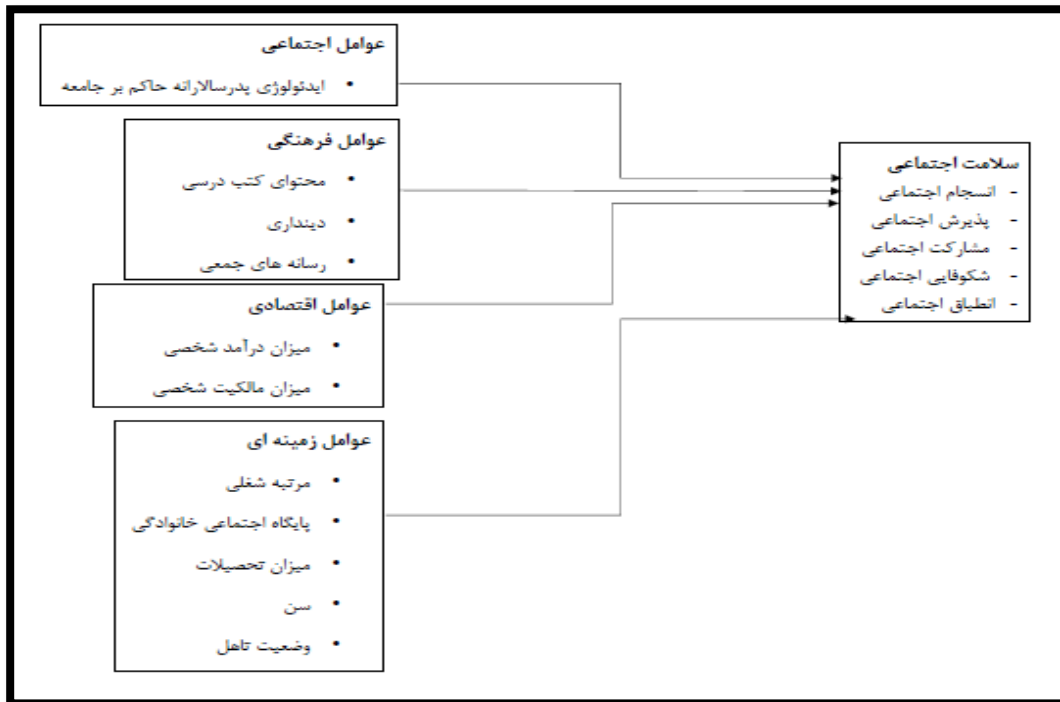
نتایج پژوهش‌ها انجام شده در هر کشوری، برای بهبود وضعیت زندگی مردم همان کشور کاربرد دارد؛ چرا که شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی هر کشوری با کشورهای دیگر متفاوت است و نمی‌توان وضعیت زنان را در کشورهای مختلف، یکسان در نظر گرفت. در بررسی یک واقعیت اجتماعی همچون نابرابری جنسیتی موجود در جامعه و تأثیر آن در دیگر ابعاد زندگی همچون سلامت اجتماعی، باید هم به بررسی ساختارهای عینی موجود در جامعه و هم به علل و عوامل ساختارهای ذهنی و روانشناختی در کنار هم و در رابطه متقابل با هم توجه نمود.

روش پژوهش

این پژوهش به بررسی تأثیر نابرابری جنسیتی بر سلامت اجتماعی زنان می‌پردازد و در حیطه حوزه‌های جامعه‌شناسی زنان، آسیب‌شناسی اجتماعی، مطالعات زنان، جامعه‌شناسی جنسیت و جامعه‌شناسی سلامت و ... قرار می‌گیرد. بر اساس ماهیت و روش گردآوری داده‌ها در این مطالعه، روش پیمایش (نمونه‌ای که دقیقاً بازتاب جمعیت خود باشد) است و در زمره‌ی پژوهش‌های کاربردی دسته‌بندی می‌گردد. در این روش، نمونه‌ای تصادفی و معرف افراد جامعه‌ی پژوهش انتخاب می‌شود. این روش با استفاده از پرسشنامه (در بین افراد نمونه و پاسخ آن‌ها به یک مجموعه پرسش) به مطالعه وضع موجود، اعم از نگرش‌ها، عقاید، رفتارها و به طور کلی استخراج اطلاعات درباره‌ی موضوع تحقیق می‌پردازد. زمان جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش،

تابستان سال ۱۴۰۰ است. جامعه آماری این تحقیق، زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور می باشد که تعداد آنها ۲۱۶ نفر می باشد. با توجه به اینکه در این مطالعه به دنبال بررسی تأثیرات نابرابری جنسیتی بر سلامت اجتماعی زنان هستیم، واحد تحلیل آن فرد و سطح تحلیل خرد است.

در این پژوهش، برای محاسبه حجم نمونه آماری لازم از فرمول کوکران استفاده شده است. حجم نمونه پس از محاسبه با استفاده از فرمول کوکران، با توجه به خطای نمونه گیری ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵، مقدار $n=135$ به دست آمد. در این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی مطابق استفاده شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه است. پرسشنامه مورد نظر شامل ۸۰ سؤال می باشد که ۵۵ سؤال در خصوص متغیرهای مستقل و ۲۵ سؤال مربوط به سنجش متغیر وابسته است. جهت سنجش این مقیاس از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) استفاده شده است و گویه های آن با شرایط کنونی زنان، منطبق گردیده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها در این پژوهش از روش های آمار توصیفی برای بیان توصیف ویژگی های جمعیت شناختی پاسخ دهندگان همانند فراوانی، درصد فراوانی و نمودار و همچنین میانگین، انحراف معیار، میانه، کمینه، بیشینه متغیر های پژوهش استفاده گردید. همچنین برای آزمون فرضیه های پژوهش از روش مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) نرم افزار LISREL 8.8 استفاده شده است. در رابطه با متغیر وابسته پژوهش یعنی سلامت اجتماعی، نظریه کیز بعنوان چارچوب نظری پژوهش در نظر گرفته شده است. شاخص های سلامت اجتماعی بر اساس نظریه کیز مواردی چون انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی را شامل می شود. براساس مفاهیم و مدل ها و پیشینه مطرح شده مدل مفهومی پژوهش بصورت شکل ۱ تدوین شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش (مستخرج از ادبیات و پژوهش میدانی)

براساس مدل فوق هدف کلی این پژوهش، بررسی میزان تأثیر نابرابری جنسیتی بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور می باشد. از طرفی فرضیه های اصلی و فرعی پژوهش نیز بصورت زیر در نظر گرفته شده است:

فرضیه اصلی: نابرابری جنسیتی بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور تأثیر گذار است.

فرضیه های فرعی

- ۱- فرهنگ جامعه که نشأت گرفته از دین و مذهب، کلیشه سازی های رسانه های جمعی و محتوای کتب درسی باشد، بر هر یک از شاخص های سلامت اجتماعی زنان (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی) تأثیر گذار است.
- ۲- عوامل زمینه ای زندگی شخصی زنان شاغل، مانند پایگاه اجتماعی خانوادگی، میزان تحصیلات، سن و مرتبه شغلی و وضعیت تاهل آنان، بر هر یک از شاخص های سلامت اجتماعی زنان (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی) تأثیر گذار است.
- ۳- عوامل اقتصادی مانند میزان تمکن مالی و درآمد زنان و مالکیت شخصی آنها، بر هر یک از شاخص های سلامت اجتماعی زنان (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی) تأثیر گذار است.
- ۴- ایدئولوژی پدرسالارانه حاکم بر جامعه بر هر یک از شاخص های سلامت اجتماعی زنان (انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی) تأثیر گذار است.

یافته های پژوهش و تجزیه و تحلیل

اطلاعات دموگرافیک نمونه ی پژوهش در پژوهش حاضر شامل ۱۳۸ نفر از زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور می باشند که پرسشنامه های پژوهش در میان آنها توزیع شد. ویژگی های جمعیت شناختی مربوط به نمونه ی آماری پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱- مرتبه ی شغلی (پست سازمانی)، ۲- پایگاه اجتماعی، ۳- میزان تحصیلات، ۴- سن، ۵- وضعیت تاهل، ۶- درآمد شخصی، ۷- مالکیت شخصی. بررسی ویژگی های جمعیت شناختی زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور به تعداد ۱۳۸ نفر بر اساس مرتبه شغلی (پست سازمانی) حاکی بر این بود که بیشترین تعداد زنان در مرتبه شغلی نیروی کارشناسی ۸۲ نفر معادل ۵۹/۴ درصد و کمترین تعداد زنان در مرتبه شغلی مدیر ارشد ۶ نفر معادل ۴/۳ درصد بود؛ بر مبنای پایگاه اجتماعی - تحصیلات پدر، بیشترین تعداد زنان با تحصیلات پدر "زیر دیپلم" ۵۷ نفر معادل ۴۱/۳ درصد بود؛ بر مبنای پایگاه اجتماعی - درآمد ماهیانه همسر/پدر بیشترین تعداد زنان با درآمد ماهیانه همسر/پدر بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان، ۷۲ نفر معادل ۵۲/۲ درصد بود؛ بر اساس نوع منزل مسکونی خانواده (همسر/پدر) بیشترین تعداد زنان دارای نوع منزل مسکونی خانواده " سکونت در منزل شخصی ۸۸ نفر معادل ۶۳/۸ درصد بود؛ بر اساس مالکیت اتومبیل همسر/پدر بیشترین تعداد زنان دارای اتومبیل شخصی ۱۱۵ نفر معادل ۸۳/۱ درصد بود؛ بر اساس وضعیت تحصیلات و اشتغال مادر بیشترین تعداد زنان با تحصیلات و اشتغال مادر " فاقد تحصیلات دانشگاهی و فاقد شغل" ۱۱۰ نفر معادل ۷۹/۶ درصد بود؛ بر اساس تحصیلات بیشترین تعداد زنان دارای تحصیلات فوق لیسانس، ۸۴ نفر معادل ۶۱/۰ درصد بود؛ بر اساس سن بیشترین تعداد زنان بین ۴۰ تا ۵۰ سال، ۸۰ نفر معادل ۵۷/۶ درصد بود؛ بر اساس وضعیت تاهل بیشترین تعداد زنان، متأهل و ۹۸ نفر معادل ۷۱/۲ درصد بود؛ بر اساس درآمد شخصی بیشترین تعداد زنان با درآمد شخصی بین ۵ تا ۱۰ میلیون تومان، ۷۵ نفر معادل ۵۴/۴ درصد بود؛ و در نهایت بر اساس مالکیت شخصی بیشترین تعداد زنان با مالکیت شخصی " دو و یا چند گزینه " ۸۳ نفر معادل ۶۰/۲ درصد بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها در ابتدا از آزمون همبستگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱. نتیجه آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	شکوفایی اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انطباق اجتماعی	انسجام اجتماعی	"سلامت اجتماعی"
همبستگی	۰/۸۸۰	۰/۸۶۵	۰/۸۴۴	۰/۸۳۰	۰/۸۳۵	۰/۸۶۶
پیرسون	**	**	**	**	**	**
Sig. (2-tailed)	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
N	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸

محتوای درسی	کتاب	همبستگی	۰/۷۲۲	۰/۷۲۱	۰/۷۴۵	۰/۷۶۰	۰/۷۴۵	۰/۷۴۵
	پیرسون		**	**	**	**	**	**
	(2- tailed)	Sig.	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	N		۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸
دینداری	کتاب	همبستگی	۰/۷۳۱	۰/۷۴۰	۰/۷۴۲	۰/۶۹۹	۰/۷۵۶	۰/۶۹۹
	پیرسون		**	**	**	**	**	**
	(2- tailed)	Sig.	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	N		۳۸۵	۳۸۵	۳۸۵	۳۸۵	۳۸۵	۳۸۵
رسانه های جمعی	کتاب	همبستگی	۰/۸۶۵	۰/۸۳۱	۰/۸۴۸	۰/۸۴۱	۰/۸۷۱	۰/۸۶۵
	پیرسون		**	**	**	**	**	**
	(2- tailed)	Sig.	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	N		۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸	۱۳۸

منبع: یافته های پژوهش

با توجه به جدول ۱ بیشترین همبستگی معنی دار مربوط به رابطه بین ایدئولوژی پدرسالارانه و بعد شکوفایی اجتماعی از سلامت اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۸۸۰- می باشد (یعنی با افزایش ایدئولوژی پدرسالارانه واحد شکوفایی اجتماعی کاهش می یابد و با توجه به ضریب همبستگی یعنی ۰/۸۸۰- مقدار این کاهش شدید است) و کمترین همبستگی معنی دار مربوط به رابطه بین دینداری و بعد انسجام اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۶۶۹- می باشد (یعنی با افزایش هر واحد دینداری ۰/۶۶۹ واحد انسجام اجتماعی و با توجه به ضریب همبستگی یعنی ۰/۶۶۹- مقدار این کاهش تقریباً متوسط است).

جهت بررسی فرضیه های پژوهش نیز از نرم افزار لیزرل استفاده گردید. نتایج تحلیل داده ها در بخش استنباطی حاصل از خروج نرم افزار لیزرل نشان داد که :

بر مبنای فرضیه اول پژوهش ایدئولوژی پدرسالارانه دارای تأثیر منفی معنی دار بر هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی زنان (شکوفایی اجتماعی $(\beta=-0.88)$ ، پذیرش اجتماعی $(\beta=-0.86)$ ، مشارکت اجتماعی $(\beta=-0.83)$ ، انطباق اجتماعی $(\beta=-0.79)$) و انسجام اجتماعی $(\beta=-0.78)$) است. لذا باید ایدئولوژی پدرسالارانه در جامعه تعدیل و اصلاح شود تا سلامت اجتماعی زنان افزایش یابد؛

بر مبنای فرضیه دوم پژوهش حاضر محتوای کتب درسی دارای تأثیر منفی معنی دار بر هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی زنان (شکوفایی اجتماعی $(r=-0.722)$ ، پذیرش اجتماعی $(r=-0.721)$ ، مشارکت اجتماعی $(r=-0.751)$ ، انطباق اجتماعی $(r=-0.745)$) و انسجام اجتماعی $(r=-0.760)$) است. لذا باید محتوای کتب درسی در جامعه تعدیل و اصلاح شود تا سلامت اجتماعی زنان افزایش یابد؛

بر مبنای فرضیه سوم پژوهش حاضر دینداری (باورها و برداشت های اشتباه درباره موضوعات و مسائل دینی) دارای تأثیر منفی معنی دار بر هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی زنان (شکوفایی اجتماعی $(\beta=-0.64)$ ، پذیرش اجتماعی $(\beta=-0.75)$ ، مشارکت اجتماعی $(\beta=-0.77)$ ، انطباق اجتماعی $(\beta=-0.78)$) و انسجام اجتماعی $(\beta=-0.62)$) و انسجام اجتماعی $(r=-0.760)$) است. لذا باید دینداری در جامعه تعدیل و اصلاح شود تا سلامت اجتماعی زنان افزایش یابد؛

بر مبنای فرضیه چهارم پژوهش حاضر رسانه های جمعی دارای تأثیر منفی معنی دار بر هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی زنان (شکوفایی اجتماعی $(\beta=-0.80)$ ، پذیرش اجتماعی $(\beta=-0.75)$ ، مشارکت اجتماعی $(\beta=-0.78)$ ، انطباق اجتماعی $(\beta=-0.86)$) و انسجام اجتماعی $(\beta=0-.84)$) است. لذا باید رسانه های جمعی در جامعه تعدیل و اصلاح شوند تا سلامت اجتماعی زنان افزایش یابد.

بحث و نتیجه گیری

پس از طی مراحل مقدماتی و مرور پژوهش‌ها و پژوهشات داخلی و خارجی و همچنین بررسی نظریات در زمینه سلامت اجتماعی، یک چارچوب نظری برای این پژوهش ایجاد شد و سپس جهت بررسی و تحلیل فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تکمیل پرسشنامه در یک نمونه ۱۳۸ نفری از زنان شاغل در سازمان بهزیستی کشور، داده‌های مورد نیاز جمع‌آوری گردید و توسط تکنیک‌ها و آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل واقع شد. به طور کلی با توجه به نظریات مورد بررسی و همچنین پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام گرفته؛ ۱۱ عنصر به عنوان عواملی که بر سلامت اجتماعی زنان تأثیرگذار می‌باشند استخراج شده است. این ۱۱ عنصر شامل: ایدئولوژی پدرسالارانه (عامل اجتماعی نابرابری جنسیتی)، کلیشه‌های جنسیتی موجود در محتوای کتب درسی و رسانه‌های جمعی، دینداری (عوامل فرهنگی نابرابری)، سن، پایگاه اجتماعی خانوادگی، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، مرتبه شغلی (عوامل زمینه‌ای نابرابری) و میزان درآمد و میزان مالکیت شخصی (عوامل اقتصادی نابرابری) می‌باشد که در این قسمت به بررسی و تحلیل رابطه میان این متغیرهای مستقل و متغیر وابسته این پژوهش که سلامت اجتماعی می‌باشد پرداخته می‌شود.

نتایج این پژوهش در مورد آزمون یکی از فرضیه‌های فرعی فرضیه اول مبنی بر رابطه دینداری و میزان سلامت اجتماعی نیز در جهت تأیید این فرضیه عمل نموده است. این یافته‌ها با دیدگاه کارکردگرایی همچون دورکیم که معتقد به وجود رابطه بین دینداری و سلامت هستند، هماهنگ است ولی جهت تأثیر دینداری با یافته‌های آنها دقیقاً بالعکس می‌باشد چراکه بر طبق رویکرد کارکردگرایی دین جامعه را متحد، همبستگی اجتماعی را تقویت و انسجام اجتماعی را حفظ میکند. دین همچنین یگانگی افراد جامعه را با همدیگر تقویت و جدایی آنان را از اعضای دیگر گروه‌ها تشدید میکند. دین با ایجاد یک روح جمعی، شور و شوق مذهبی و گسترش احساسات همگانی از طریق مناسک و مراسم جمعی می‌تواند زمینه‌های لازم را برای پیوند میان اعضاء و انسجام اجتماعی فراهم آورد. یعنی دورکیم معتقد به تأثیر مثبت دینداری بر سلامت اجتماعی است ولی نتایج این پژوهش، بیانگر تأثیر منفی دینداری بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در سازمان بهزیستی می‌باشد.

نتیجه آزمون یکی از فرضیه‌های فرعی فرضیه دوم مبنی بر رابطه پایگاه اجتماعی خانوادگی و میزان سلامت اجتماعی حکایت از تأیید فرضیه مذکور دارد؛ این نشان می‌دهد که با افزایش سطح تحصیلات پدر و مادر، درآمد خانواده، اشتغال مادر، مالکیت اتومبیل و نوع منزل مسکونی که خود باعث ارتقاء پایگاه اجتماعی خانوادگی زنان میشود؛ میزان برخورداری افراد از منابع افزایش می‌یابد و موجب افزایش سلامت اجتماعی آنان می‌گردد. از دیدگاه توماس شف افرادی که دارای برخورداری کمتر از منابع و قدرت هستند به احتمال بیشتری به طور رسمی برچسب بیماری روانی می‌خورند. در واقع، افراد طبقات اجتماعی بالا، بیشتر تمایل دارند تا افراد سالم‌تر را به عضویت خود درآورند و در نتیجه، افراد دارای سلامت کمتر به طبقات پایین رانده می‌شوند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش کدخدایی و لطفی (۱۳۹۲) شیری (۱۳۹۴) و تیوبف و جیوست (۲۰۱۱) نیز هماهنگ است در حالی که با نتیجه حاصل از پژوهش باباپورخیرالدینی (۱۳۸۸) مطابقت ندارد.

طبق فرضیه چهارم، بین ایدئولوژی پدرسالارانه و سلامت اجتماعی زنان شاغل معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از این پژوهش فرضیه چهارم را تأیید کرد و نشان داد که بین ایدئولوژی پدرسالارانه و سلامت اجتماعی زنان رابطه منفی و معناداری وجود دارد. دویوار، یکی از نظریه پردازان فمینیسم رادیکال معتقد است نابرابری جنسیتی یک ساخت اجتماعی و دستاورد فرهنگ مرد سالار است و خانواده با آموزش ارزش‌ها و نقش‌ها جایگاه مهمی در انتقال و درونی کردن ایدئولوژی مرد سالاری دارد، او اعتقاد دارد برای از بین بردن نابرابری جنسیتی باید با مرام و ایدئولوژی مردسالاری مبارزه کنیم. همچنین به اعتقاد بوم، جامعه مرد سالار، زن را مخلوقی ثانوی نسبت به مرد و به لحاظ ویژگی‌های مختلف متضاد و برتر از زن در نظر می‌گیرد. این یافته با تحقیقی که توسط رضایی و آزاده (۱۳۸۸)، احمدی و گروسی (۱۳۸۳)، توکلی والا (۱۳۸۵) انجام شده است، همخوانی دارد.

طبق دو فرضیه فرعی فرضیه اول، بین کلیشه‌های جنسیتی موجود در محتوای کتب درسی و رسانه‌های جمعی و سلامت اجتماعی زنان شاغل، رابطه معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از این پژوهش این دو فرضیه فرعی را تأیید کرد و نشان داد که بین کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان، رابطه منفی و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، هرچه کلیشه‌های جنسیتی

در محتوای کتب درسی و رسانه های جمعی افزایش یابد، سلامت اجتماعی زنان، کاهش می یابد و بالعکس. نقش های جنسیتی با شکل گیری باورهای قالبی جنسیتی و تحول هویت جنسیتی ارتباط دارد. کلیشه ها یا تصورات قالبی جنسیتی اعتقادات و باورهای فرهنگی جامعه را درباره آن چه که باید نقش های جنسیتی باشند منعکس می کنند. این یافته از تحقیق حاضر با نتایج مطالعه زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، شیری محمدآباد (۱۳۹۴)، احمدی و گروسی (۱۳۸۳)، فرهنگ و همکاران (۱۳۹۵) مطابقت دارد.

طبق دو فرضیه فرعی فرضیه سوم، بین عوامل اقتصادی (میزان درآمد و مالکیت شخصی زنان و سلامت اجتماعی آنان، رابطه معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از این پژوهش این دو فرضیه فرعی را تایید کرد و نشان داد که بین میزان درآمد مالکیت شخصی زنان و کلیه ابعاد ۴ گانه سلامت اجتماعی آنان، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، هرچه میزان درآمد و مالکیت شخصی زنان افزایش یابد، سلامت اجتماعی آنان، افزایش می یابد و بالعکس. این نتیجه گیری با نظریه چافتز مطابقت دارد چراکه چافتز معتقد است بدلیل قشریندی جنسیتی موجود در جامعه، مردان بیشتر از زنان دریافت می کنند و این مزیت منابع مادی به تفاوت هایی در قدرت بین مردان و زنان می انجامد. بیشتر مردان یک مزیت قدرت مادی نسبت به همسرانشان دارند و از این قدرت در روابط شان با همسرانشان استفاده می کنند و در نتیجه بیشتر احتمال دارد که همسرانشان بیشتر از آنها اطاعت کنند. بنابراین تقسیم کار، بیشتر به نفع مردان است. این نظام به مردان قدرتی در ارتباط با تقاضاهای بین افراد می دهد و احتمال کمتری دارد، که آنها به خانواده و کار خانگی کمک کنند. هنگامی که مردان امتیازاتی را در نتیجه این تقسیم کار کسب میکنند احتمال زیادی دارد که مناصب مهم را که در آن منابع قدرت وجود دارد بر عهده گیرند، هر چه مردان بیشتر این موقعیت های کاری را به دست آورند، قدرت و نقش شان در بیرون و داخل خانه نسبت به زنان بیشتر می شود. در نتیجه به دست آوردن این قدرت، مردان از امتیازات خاص برخوردار میشوند که به موجب آن مزیت، مردان در رقابت با زنان برای آن موقعیت هایی که منابع مادی و قدرت را بر حسب جنس تقسیم کرده است حفظ می شود. این فرایند ادامه می یابد زیرا مردان موقعیت های برتر را در جامعه در دست دارند و این چرخه، سبب کاهش سلامت اجتماعی زنان می گردد. یعنی هر چه منابع مادی در اختیار زنان افزایش یابد، الزام تبعیت از روی نیاز آنها کمتر می شود و این موضوع به ارتقای سلامت اجتماعی آنان کمک می کند.

منابع و مأخذ

- ابراهیم نجف آبادی، اعظم؛ صادقی، محمد و آربین، عاطفه (۱۳۹۲). «امور روش شناختی؛ عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان شهر اصفهان» (با تاکید بر میزان حمایت اجتماعی)، مجموعه مقالات منتخب و برتر همایش های پنجگانه ارتقاء سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. تهران: انتشارات اداره کل روابط عمومی و اطلاع رسانی.
- احمدی، حبیب و گروسی، سعیده (۱۳۸۳). بررسی تأثیر برخی عوامل اجتماعی و فرهنگی بر نابرابری جنسیتی در خانواده های شهر کرمان و روستاهای پیرامون آن، مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، زمستان، شماره ۶.
- توکلی والا، ژاله (۱۳۸۵). بررسی موانع اجتماعی و فرهنگی اشتغال زنان ایران در دهه های اخیر، گزارشی در نظام جامع اطلاع رسانی اشتغال، سازمان تجاری سازی فناوری و اشتغال دانش آموختگان.
- رضایی، انیس و آزاده، منصوره (۱۳۸۸). نابرابری جنسیتی آموزشی در بخش درود فرامان کرمانشاه، مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان، سال ۸ شماره ۲، پاییز ۱۳۸۹، ص ۲۳-۷.
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم السادات (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان، مطالعات جامعه شناختی شهر، شماره ۸: ۱۰۸-۷۹.
- سام آرام، عزت الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور، فصلنامه علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی، شماره ۱: ۲۹-۹.
- ساروخانی، باقر (۱۳۷۲). دایره المعارف علوم اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

- سجادی، حمیرا و صدرالسادات، سیدجلال (۱۳۸۳). «شاخصهای سلامت اجتماعی»، مجله اطلاعات سیاسی-اقتصادی، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸: ۲۵۳-۲۴۴.
- شادی طلب، ژاله (۱۳۸۱). توسعه و چالش های زنان ایران، تهران؛ نشر قطره.
- شیرینی محمدآباد، حمیده (۱۳۹۴). «بررسی عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد» پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه شناسی دانشگاه علوم اجتماعی یزد، یزد.
- صبوری، سعید (۱۳۹۰). «بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش شهر تهران». پایان نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران.
- صفوی، محبوبه؛ محمود، محمودی و نتاج بیشه کلثوم، اکبر (۱۳۸۸). بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با برخی ویژگی های فردی در همسران جانبازان شیمیایی مبتلا به عوارض ریوی گاز خردل، دانشور پزشکی، شماره ۸۰: ۱۱-۱.
- عابدی، سیده مرضیه، موسایی، میثم، بقایی سرایی علی، قدیمی، بهرام (۱۳۹۹). بررسی عوامل اقتصادی واجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان باتاکید بردین داری، فصلنامه علمی اقتصاد وبانکداری اسلامی، شماره سی ام، بهار ۹۹، ص ۲۱۹-۲۴۳.
- فرهمند، مهناز، سروی خاتمی، خدیجه، رضیه، محمد حسنی (۱۳۹۵). مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم گیری مهارت های ارتباطی و عزت نفس در بین زنان شاغل و خانه دار شهر یزد، فصلنامه علمی پژوهشی زن وجامعه دوره ۷ شماره ۲۶ تابستان ۹۵ صفحه ۱۶۶-۱۴.
- کنگرلو، مریم (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- ودادحیر، ابوعلی؛ ساداتی، سیدمحمد هانی و احمدی، بتول (۱۳۸۷). «سلامت زنان از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران (تحلیل محتوای مجلات منتخب علمی-پژوهشی بهداشت و سلامت)». پژوهش زنان، شماره ۲: ۲۵۵-۱۳۳.
- یزدان پناه، لیلا و نیک و رز، طیبه (۱۳۹۴). «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان». جامعه شناسی کاربردی، شماره ۳: ۱۱۶-۹۹.
- Blanco, A. & Diaz, D. (2017). Social order and mental health, a social well-bing approach, autonomy university of Madrid. Psychology in Spain. V. 11(5).
- Chemaitelly, H.; Kanaan, C.; Beydoun, H.; Chaaya, M.; Kanaan, M. and Sibai, AM. (2013). "The role of gender in the association of social capital, social support, and economic security with self-rated health among older adults in deprived communities in Beirut". Qual Life Res, 6:1371-1379.
- Keyes, C. L. M & Shapiro, A. (2004), Social well-being in the United States, a Descriptive Epidemiology, In Orville Brim, Healthing are you? A national study of wellbeing of Midlife. University of Chicago press, 350-371.
- Keyes, C. L. M (2014). Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the Complet state model of Health. Jornal of consulting and Clinicial psychology.
- Keyes, C. L. M. and Shapiro, A. (2018). "Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?" Science+Business Media, 88:329-346.
- Larson, J. s. (1993). "The measurement of social well-being". Social Indicators Research, 28: 285-296.
- Raphael, D. (2009). Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 2nd edition. Toronto: Canadian Scholars' Press.

-Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (2015). "The structure of psychological well-being revisited". *Journal of personality and psychology*, 69: 716-727.

-Vergolini, L. (2019). "Social cohesion in Europe: how do the different dimensions of inequality affect social cohesion?" *International Journal of comparative sociology*, 3: 197-214.

-WHO. (1948). *Constitution of the World Health Organization*, [Online.] World Health Organization. Available from: [http:// www. Who. Int/governance/eb/who_constitution_en](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en). Pdf {cited on 18 May 2015}.