

کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی

”مطالعه زنان و مردان شهر تهران“

خدیجه سفیری*^۱

استاد دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهراء(س)

فاطمه منصوریان راوندی

کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه الزهراء(س)

چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناسایی رابطه کلیشه‌های جنسیتی موردپذیرش زنان و مردان و سلامت اجتماعی آن‌ها انجام شد. این پژوهش از نوع پیمایش‌های توصیفی- علی بود. جامعه آماری آن زنان و مردان ۱۸ - ۲۹ ساله شهر تهران بودند که با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه پژوهش ۳۸۴ نفر بود و با شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای پرسشنامه بین آن‌ها توزیع شد. تقویت تعاریفی که مردان از خود بر اساس کلیشه‌های جنسیتی داشته‌اند به ارزش‌گذاری مثبت آن‌ها از کارایی خود در جامعه منجر شده است، چرا که کلیشه‌های جنسیتی مردانه با تعاریف مثبت و تأیید آن‌ها در جامعه همراه بوده است و در مقابل زنان هستند که تقویت کلیشه‌های منفی درباره خودشان، آن‌ها را از حضوری فعال و مثبت در جامعه بازمی‌دارد. در خصوص رابطه کلیشه‌های جنسیتی و ابعاد سلامت اجتماعی باید گفت زنان و مردان نتایج متفاوتی داشته‌اند؛ چرا که بین کلیشه‌های جنسیتی و پذیرش اجتماعی زنان رابطه معنادار و مستقیم وجود داشته است، این در حالی است که درباره مردان، رابطه بین کلیشه‌های جنسیتی و یکپارچگی، انطباق و شکوفایی اجتماعی معنادار و مستقیم بوده است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، تقویت کلیشه‌های جنسیتی مثبت، عمدتاً در مردان، حس مفید بودن در جامعه را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر تقویت کلیشه‌های جنسیتی منفی در زنانی که سطح تحصیلات پایینی دارند، به کاهش خصوصیات مثبتی برای رشد و تعالی فردی و اجتماعی آن‌ها منجر شده است.

واژگان کلیدی

کلیشه‌های جنسیتی؛ کلیشه‌های تحصیلی؛ کلیشه‌های شغلی؛ تفاوت‌های جنسیتی؛ سلامت اجتماعی

* نویسنده مسئول

تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۰۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۹

مقدمه و بیان مسئله

در سراسر جوامع و فرهنگ‌های مختلف هنجارها و ارزش‌های جاافتاده به این منجر شده است که زنان بر امکانات و منابع کم‌تری دسترسی داشته و از قدرت کم‌تری نسبت به مردان بهره‌مند باشند. تعجبی ندارد که این امر مردان را از امتیازاتی در زمینه‌های سیاسی، اقتصادی، آموزشی بهره‌مند کرده است. از جمله این امتیازات سلامت اجتماعی است. تفاوت‌های جنسیتی و نابرابری‌های جنسیتی می‌توانند موجب بی‌عدالتی‌هایی در زمینه وضعیت سلامت زنان و مردان باشند. براین اساس، تصویر جنسیتی در یک مقطع زمانی و مکانی می‌تواند از موانع عمده - و گاه تنها عامل مهم- در دستیابی مردان و زنان به سلامت باشد.

تصویر جنسیتی ناشی از عقاید و افکار قالبی یا کلیشه‌ها^۱ است. کلیشه‌ها یا تصورات قالبی جنسیتی دربرگیرنده اطلاعات درباره ظاهر جسمانی، نگرش‌ها، علایق، صفات روانی، روابط اجتماعی و نوع شغل است. مهم‌ترین نکته آن است که این ابعاد متنوع به هم مربوط هستند؛ صرف شناخت اینکه یک فرد زن است این معنی ضمنی را دارد که آن فرد خصوصیات جسمانی خاص (صدای آرام، ظریف و زیبا) و صفات روانی خاص (مهرورز، وابسته، ضعیف، عاطفی) خواهد داشت و فعالیت‌های خاصی (مراقبت از کودک، آشپزی) انجام خواهد داد (گولومبوک و رابین، ۱۳۸۴: ۲۶). زیرا کلیشه‌های جنسیتی درخواست‌ها و انتظارات اجتماعی متفاوتی ایجاد می‌کند (مثلاً مردان را بالفطره مدیران خوب و زنان را بالفطره موجودات عاطفی و احساساتی تعریف می‌کند). در فرهنگ ما، این‌که مرد نباید گریه کند، زن احساساتی است و نمی‌تواند قضاوت درستی بکند، یا اینکه زن ترسو، خرافاتی و نازک‌دل است، مرد سنگ‌دل، سخت‌گیر و سلطه‌گر و پرخاشگر است، نمونه‌های معدودی از فهرست طولانی کلیشه‌های جنسیتی راجع به ویژگی‌های شخصیتی مردان و زنان است (ریاحی، ۱۳۸۶).

بسیاری از تفاوت‌های مردان و زنان در جایگاه‌های مختلف اجتماعی دارای منشاء زیست‌شناختی نیستند، چراکه محیط اجتماعی و فرهنگی نقش مؤثری در جهت‌دهی به افکار و رفتارهای جنسیتی افراد جامعه دارد (شاه‌آبادی و سلیمانی، ۱۳۸۹: ۳۷۰).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که تفاوت‌های جنسیتی ممکن است یکی از عوامل پیش‌بین سلامت اجتماعی باشد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، جنسیت را به‌عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های

1. Stereotypes



اجتماعی سلامت معرفی کرده و فراسوی تفاوت‌های زیست‌شناختی براین نکته تأکید کرده است که نقش‌های جنسیتی و هنجارها، چگونگی دسترسی زنان و مردان را به خدمات بهداشتی و چگونگی پاسخ‌دهی نظام‌های سلامت به نیازهای متفاوت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (نیکوگفتار، ۱۳۹۳: ۱۱۷).

براین اساس، هدف پژوهش حاضر از یکسو شناسایی کلیشه‌های جنسیتی تحصیلی و شغلی است که در فرایند جامعه‌پذیری از طریق نهادهایی مثل خانواده و رسانه‌ها به زنان و مردان القاء می‌شود و اینکه چگونه کلیشه‌های مذکور، زنان و مردان را در توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی، حضور در محیط‌های جمعی و مشارکت فعال در موقعیت‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ از سوی دیگر با توجه به اهمیت تشکیل و ترویج کلیشه‌های جنسیتی، بررسی تأثیر متغیرهای زمینه‌ای (نظیر جنسیت، پایگاه اقتصادی، تحصیلات و ...) بر کلیشه‌های جنسیتی از دیگر اهداف پژوهش است.

ضرورت و اهمیت شناخت کلیشه‌های جنسیتی و بررسی آن‌ها در جامعه، به دلیل اثرات زیان‌آور کلیشه‌ها است. از جمله مهم‌ترین اثرات زیان‌آور کلیشه‌های جنسیتی می‌توان به این مسئله اشاره کرد که کلیشه‌های جنسیتی به عامل تبعیض میان جنس‌ها بدل می‌شوند. این‌گونه کلیشه‌ها هم بر مردان و هم بر زنان تأثیری منفی می‌گذارند؛ اگرچه تأثیر منفی آن‌ها بر زنان بیش‌تر است، زیرا آن‌ها در این کلیشه‌ها به صورت جنس ضعیف و فرودست مطرح می‌شوند. در واقع این کلیشه‌ها زنان را به عنوان انسان‌هایی برخوردار از حقوق کامل به رسمیت نمی‌شناسند، از برقراری روابط هماهنگ و برابر میان افراد دو جنس و از شرکت کامل زنان در پیشرفت جامعه خود جلوگیری می‌کنند و بدین ترتیب زنان را از شکوفایی تام توانایی‌های انسانی خود باز می‌دارند. از طرفی دیگر کلیشه‌های جنسیتی مردان را از شکوفایی همه‌جانبه احساسات و انسانیت آن‌ها باز می‌دارند و باعث می‌شوند هر چه بیش‌تر به سمت خشونت، رقابت، پرخاشگری، بی‌اعتنایی و بی‌احساسی پیش روند (میشل، ۱۳۷۶، به نقل از حسینی و دشتی، ۱۳۹۱: ۳۰-۳۱). فشارهای اجتماعی و خانوادگی ناشی از کلیشه‌ها بر جسم و روان زنان و مردان اثر می‌گذارد و سلامت آن‌ها را در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به خطر می‌اندازد، در نتیجه فقدان تفکرات اجتماعی صحیح و نگاه جنسیتی به پیوندهایی سست با جامعه و هنجارهای اجتماعی، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و کاهش کارایی زنان و مردان در جامعه منجر خواهد شد.

شواهد حاکی از آن است که زنان در مقایسه با مردان در ابعاد متفاوت سلامت، وضعیت نامطلوب دارند. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

رابین دبلیو سیمون (۱۹۹۵) در پژوهشی تحت عنوان جنسیت، نقش‌های چندگانه، معنای نقش و بهداشت روانی بر این امر تأکید می‌کند که نقش‌های شغلی و خانوادگی برای زنان و مردان معنای متفاوتی داشته و این تفاوت واحدی سبب می‌شود تلفیق نقش‌های چندگانه، برای سلامت روانی در زنان کم‌تر از مردان مفید باشد.

در بررسی رابطه تفاوت‌های جنسیتی و حمایت اجتماعی، فوهر^۱ و همکاران (۱۹۹۹) دریافتند که زنان به شبکه‌های اجتماعی بزرگ‌تری دسترسی داشته، حمایت بیش‌تری نسبت به مردان دریافت می‌کنند، باین‌حال، هرچند حمایت اجتماعی، سلامت روانی را در پی دارد، زنان پریشانی‌های روانی بالاتری نسبت به مردان دارند.

نتایج پژوهش تسچ رومر^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داد که سلامت ذهنی برحسب جنسیت متفاوت بوده و در این میان زنان میانگین پایین‌تری در سلامت ذهنی داشته‌اند. همچنین دروری^۳ (۲۰۰۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافت که دختران مدارس تک جنسیتی شایستگی اجتماعی و اعتمادبه‌نفس بیش‌تری در مقایسه با دختران مدارس مختلط دارند.

شارما و شارما (۲۰۱۰) در مطالعات خود به این یافته دست یافتند که زنان به دلیل کلیشه‌های درونی منفی و فقدان دسترسی به منابع روانی و اجتماعی، نسبت به مردان آسیب‌پذیرتر هستند. همچنین، در گزارشی که از سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۰ آمده است، دختران دارای سطوح پایین‌تر رضایت از زندگی و سلامتی خود هستند و سطوح بالاتری شکایت از سلامتی را دارند. در همین راستا؛ نتایج پژوهش قائمی‌فر و حمایت خواه جهرمی (۱۳۸۸) نشان‌دهنده آن است که تقسیم‌کار جنسیتی و تبعیض جنسیتی که در خانواده‌های سنتی به زنان القاء می‌شود، مانع مهمی در مشارکت و حضور زنان در فعالیت‌های خارج از محیط خانه به شمار می‌رود، درحالی‌که در خانواده‌های مدرن، زنان کم‌تر با چنین موانعی مواجه هستند.

-
1. Fuhrer
 2. Tesch-Römer
 3. Drury



در رابطه کلیشه‌های جنسیتی و سلامت؛ نتایج تعداد معدودی از پژوهش‌ها بر عدم تأثیر کلیشه‌ها بر سلامت زنان و مردان تأکید داشته است. پژوهش ایگلی و همکاران (۱۹۸۷) نشان می‌دهد زنان در مقایسه با مردان، ارزیابی‌های مطلوب‌تری دریافت می‌کنند؛ اگرچه زنان در برخی شرایط ضعیف‌تر ارزیابی می‌شوند، اما احساسات مثبت درباره ویژگی‌های کلیشه‌ای شده زنان پدید آمده است و این امر نشان‌دهنده تغییرات در کلیشه‌ای کردن و کلیشه‌نگریستن به زنان است.

در پژوهشی دیگر هس و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند درحالی‌که از زنان انتظار می‌رود در موقعیت‌های احساسی منفی عکس‌العمل منفی و منفعلانه نشان دهند، از مردان خواسته می‌شود به صورت مثبت و فعالانه با این موقعیت‌ها مواجه شوند، اما در عمل زنان احساسات منفی بیش از مردان از خود نشان نداده‌اند. نتایج مطالعه ساندرز و کاشوبک (۲۰۰۶) در بررسی نقش‌های جنسیتی و سلامت روان، زنان تا حدودی متفاوت، اما هم‌راستا با پژوهش‌های دیگر بوده است؛ دست یافتن زنان به یک هویت فمینیستی و بدون توجه به کلیشه‌های جنسیتی، تأثیر مهمی در بهبود سلامت روان آن‌ها دارد. شوارتز و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده‌اند که اگرچه بین رفتارهای بشردوستانه و سلامت رابطه مثبت وجود دارد، اما این تأثیر برای دختران و پسران متفاوت است. درگیر شدن در رفتارهای بشردوستانه، بخش ارتباطات اجتماعی سلامت در دختران را بیش‌تر تحت تأثیر قرار می‌داد (خسروی و چراغ ملایی، ۱۳۹۱: ۱۴).

همچنین نتایج پژوهش موسی‌نژاد (۱۳۸۸) همسو با نتایج ساندرز و کاشوبک؛ حاکی از تأثیر اندک کلیشه‌های جنسیتی بر ارتباطات و تعاملات اجتماعی زنان و مردان داشته است. همچنین زنان بیش از مردان به خانواده و دوستان اهمیت می‌دهند، اما ارتباط مردان با خانواده و دوستان بیش از زنان است.

با مرور پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام‌شده در حوزه جنسیت و سلامت، آنچه در بررسی‌ها مغفول مانده، توجه به بعد اجتماعی سلامت در رابطه با کلیشه‌های اجتماعی است. اگرچه در بعضی پژوهش‌ها به صورت محدود تأثیر کلیشه با مشارکت اجتماعی بررسی شده است، پژوهش حاضر سعی دارد کلیشه‌های جنسیتی شغلی و تحصیلی را در رابطه با ابعاد سلامت اجتماعی (مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی)، بررسی کند و به‌طورکلی تأثیر کلیشه‌های مذکور بر عملکرد زنان و

مردان را در جامعه ارزیابی کند.

رویکردهای مربوط به کلیشه‌های جنسیتی: تفاوت‌های تکوینی زن و مرد و آثار گوناگون آن از موضوعاتی است که در حوزه‌های مختلف بررسی شده است. فمینیست‌ها در دهه‌های گذشته بسیار کوشیدند تا ثابت کنند ویژگی‌های روانی و اجتماعی زن و مرد خاستگاه طبیعی ندارد و از تربیت و محیط نشأت می‌گیرد (زیبایی نژاد، ۱۳۸۸: ۲۵).

آن‌ها با به‌کارگیری واژه جنس^۱ و جنسیت^۲ به تفاوت ویژگی‌های طبیعی و فرهنگی اشاره کرده‌اند. تفاوت‌های جنسی به تفاوت‌هایی باخاستگاه بیولوژیک و تفاوت‌های جنسیتی به تفاوت‌هایی با خاستگاه فرهنگی و اجتماعی اشاره می‌کنند (جزنی، ۱۳۸۰: ۹۹-۱۰۰). فمینیست‌های سوسیالیست معتقد هستند که زنان در سرمایه‌داری مردسالارانه، شهروندان درجه دوم محسوب می‌شوند و جنبش اصالت وجود «اگزیستانسیالیست» معتقد است که مرد تلاش می‌کند که «خود» باشد، آزاد و خود تعیین‌کننده، لیکن زن «دیگری» باقی بماند. یعنی تعریفی که زن از خود به دست می‌دهد، عبارت است از آنچه که «او» یعنی مرد نیست (قمری گیوی، ۱۳۸۵: ۵۹-۶۰).

اما هدفی که فمینیست‌های لیبرال/اصلاح‌طلب در جامعه‌شناسی دنبال کرده‌اند، اثبات این نکته بود که تفاوت‌های قابل‌مشاهده میان دو جنس ذاتی نیست. بلکه نتیجه جامعه‌پذیری و «همگون‌سازی جنس و نقش» است. تفاوت رفتار دختران و پسران که کم‌وبیش از بدو تولد آغاز می‌شود و از شکوفایی کامل ظرفیت‌های انسانی زنان جلوگیری می‌کند. تفاوت میان زنان و مردان در جوامع غربی ناشی از تفاوت تربیت دختر و پسر، تفاوت انتظارات جامعه از آن‌ها و وجود قوانین تبعیض‌آمیز است و در مجموع ناشی از کلیشه‌های جنسیتی است (آبوت و والاس، ۱۳۸۰: ۲۸۷ و ۲۸۸).

کلیشه‌های جنسیتی، متأثر از هنجارها، ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های اجتماعی است که ویژگی‌های زنان و مردان را در جامعه مشخص می‌کند. با توجه به ویژگی‌های جوامع امروزی و با توجه به کلیه امکاناتی که برای هر فردی از جامعه وجود دارد، قرار دادن افراد در قالب‌های از پیش ساخته‌شده، مانعی برای رشد و تکامل و پیشرفت فردی در نظر گرفته

1. Sex
2. Gender



می‌شود (جزنی، ۱۳۸۰: ۴۹). این مفهوم در دیدگاه‌های راجع به ایماژهای زنان، جایگاهی بسیار مهم یافت. کلیشه عبارت از تقلیل افراد به مجموعه‌ای از خصیصه‌های اغراق‌شده منفی است. کلیشه‌سازی؛ تفاوت را تقلیل و ذاتی و طبیعی جلوه می‌دهد و ثابت می‌کند؛ و از طریق عملکرد قدرت، کلیشه مرزهای بین امر «بهنجار» و امر «حقیر»، «ما» و «آن‌ها» را مشخص می‌کند (بارکر، ۱۳۸۷: ۵۵۰).

به عقیده فیسک (۱۹۹۵)، فرهنگ و جامعه باهدف پیام‌های سوگیرانه درباره نقش‌های جنسیتی می‌تواند الگوهای رفتاری و نقش‌های جنسیتی مساوات طلبانه را گسترش دهند. ساختار اجتماعی که میزان قدرت متمایز را برای زنان و مردان استمرار می‌بخشند، منجر به نقش‌های جنسیتی و کلیشه‌های جنسیتی انعطاف‌ناپذیر منجر می‌شود. آلن (۱۹۹۵) براین اعتقاد است، کلیشه‌های جنسیتی بازنمایی کننده دقیق تفاوت‌های واقعی زن و مرد نیست و این فرایند قوی، هم کسانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که کلیشه‌ها را تحمیل می‌کنند و هم کسانی که هدف کلیشه‌ها هستند (خمسه‌ای، ۱۳۸۳: ۱۲۱).

بر اساس کلیشه‌های جنسیتی، زنان و مردان در جامعه دارای ویژگی‌های خاص، رفتار خاص و حالات روانی خاص هستند و در نهایت قابلیت انجام وظایف و کارهایی را دارند که به صورت معمول با یکدیگر متفاوت‌اند. کلیشه‌سازی از طرفی خصوصیات و توانایی‌هایی را به زنان اختصاص می‌دهد که در مردان از آن‌ها نشانه‌ای نیست و از طرف دیگر توانایی‌ها و خصوصیات را به مردان نسبت می‌دهد که زنان از آن بی‌بهره‌اند (اعزازی، ۱۳۸۰، به نقل از حسین‌زاده و ممبئی، ۱۳۹۰).

سلامت اجتماعی: مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته و جنبه اجتماعی سلامت را با محور قرار دادن فرد بررسی می‌کند. سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه جاهایی، افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند؛ مثلاً به عنوان همسایه، همکار و همشهری. حوزه سلامت اجتماعی از سال‌های ۱۹۹۵ به بعد، علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد؛ در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده‌اند که از طریق عملیاتی کردن مفهوم «ارتقاء سلامت» اهداف کلی شعار «بهداشت

برای همه»، را با زمینه‌های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آن‌ها معتقدند که «ارتقاء سلامت» در حقیقت در برگیرنده زمینه‌های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقاء سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان‌پذیر است که یکی از آن‌ها توسعه شیوه‌های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان‌پذیر کند. موضوع اول در برگیرنده توانمندسازی انسان‌ها از طریق آگاهی‌ها و مهارت‌های ضروری برای یک زندگی سالم است و موضوع دوم تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران به گونه‌ای است که سیاست‌های عمومی و برنامه‌های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری کنند، که پیشگیری از انحرافات اجتماعی از گسترده‌ترین ارکان این بخش است.

ایده اصلی سلامت اجتماعی را دورکیم (۱۹۵۱) مطرح کرد. او در اثر «خودکشی» (۱۹۵۱)، این موضوع را بررسی کرد که چگونه بی‌همتاترین اعمال فردی مانند خودکشی می‌تواند پویایی اجتماعی مانند سطح یکپارچگی اجتماعی را تحت تأثیر خود قرار بدهد. پارسونز (۱۹۵۱) به این مطلب اشاره کرد که انتظارات و هنجارهای اجتماعی جامعه درباره نقش افراد، بر سلامت آن‌ها اثرگذار است. دوپاس (۱۹۵۹) استدلال می‌کند که سلامت نمی‌تواند در انزوای جوامع اجتماعی تعریف شود و باید از توانایی افراد برای عمل در یک شیوه‌ای مقبول برای خود و گروه اجتماعی‌شان استفاده کرد (براون و همکاران، ۲۰۰۴: ۳۵). از طرف دیگر کیز^۱ سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابط او با دیگران، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی می‌داند که فرد عضو آن‌ها است (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۱). کیز (۱۹۹۸) کیز و شاپیرو، (۲۰۰۴) بین زندگی نسبتاً خصوصی افراد، و وجود آن به عنوان یک پدیده اجتماعی تمایز قائل شدند. آن‌ها بر این واقعیت تأکید کردند که افراد در حال اجتماعی شدن هستند و زندگی‌شان در ساختارهای اجتماعی قرار دارد. این مفاهیم و ایده‌ها، به تدریج توسط ساختارهای اجتماعی توسعه یافته است و سلامت اجتماعی همچون سلامت روانی به عنوان بعدی از سلامت بررسی شده است (وی زانگ و همکاران، ۲۰۱۱: ۲۳۹). سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر «فرد» و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) سنجیده شد و



در اندازه‌گیری آن ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود. زندگی و عملکرد شخصی را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی، چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را به صورت یک مجموعه معنادار و فهم‌پذیر و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۹۲).

پژوهش در باب نسبت جنسیت و سلامت، خصوصاً از حیث نابرابری امکانات و فرصت‌ها و دسترسی‌های زنان و مردان به مقتضیات بهداشتی از دهه ۱۹۷۰ آغاز شد. رشد تغییرات اجتماعی از دو دهه آخر قرن ۲۰ میلادی و دو دهه آغاز قرن ۲۱ میلادی، تأثیرات شگرفی بر زندگی زنان و مردان نهاد و مسائل پیچیده‌تری راجع به مناسبات جنسیت و سلامت پدید آورد که محتاج مذاقه و راه‌حلی‌تری بود. در نتیجه، نظریات اجتماعی متنوعی برای هدایت نظری پژوهش‌های تجربی درباره نابرابری‌های جنسیتی در حوزه سلامت پدید آمد تا مگر تجربیات زنان و مردان از سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی در آغاز قرن ۲۱ صورت‌بندی مجددی یابد.

«کلیشه‌های جنسیتی تصویر ذهنی یکنواخت و قالب‌بندی شده‌ای از رفتارهای خاص مربوط به زنان و مردان را ارائه می‌دهد بدون آنکه بررسی و آزمون شده باشند. بر اساس کلیشه‌های جنسیتی، زنان و مردان در جامعه دارای ویژگی‌های خاص، رفتار خاص و حالات روانی خاص هستند و در نهایت، قابلیت انجام‌دادن وظایف و کارهایی را دارند که به صورت معمول با یکدیگر متفاوت هستند. کلیشه‌سازی از طرفی خصوصیات و توانایی‌هایی را به زنان اختصاص می‌دهد که در مردان از آن‌ها نشانه‌ای نیست و از طرف دیگر، توانایی‌ها و خصوصیتی را به مردان نسبت می‌دهد که زنان از آن بی‌بهره هستند» (اعزازی، ۱۳۸۰: ۴۵).

به طور کلی در ادبیات مربوط به تفاوت‌های جنسیتی بر کلیشه‌های جنسیتی تأکید شده و مضمون اصلی آن در تفاوت حیات روحی و اجتماعی زنان و مردان است. زنان از لحاظ ارزش‌ها و منافع بنیادی خود (رودیک^۱، ۱۹۸۰)، داورای‌های ارزشی (گیلیگان^۲، ۱۹۸۲)، ساخت

1. Rudik
2. Gilian

انگیزه‌های دستاوردی (گافمن و ریچاردسون^۱، ۱۹۸۲)، خلاقیت ادبی (گیلبرت و گوبار^۲، ۱۹۷۹)، احساس هویت (لاوز و شوارتز^۳، ۱۹۷۹) و از نظر فراگردهای کلی آگاهی و ادراک خود (بیکر میلر و کاسپر، ۱۹۸۶)، درباره ساخت واقعیت اجتماعی، بینش و برداشتی متفاوت از مردان دارند. مضمون دوم این است که شکل کلی روابط زنان و تجربه‌های زندگی آن‌ها شکل متمایزی نسبت به مردان دارد (ریترز، ۱۳۸۶: ۴۷۰).

به دلیل تفاوت‌های جنسیتی مذکور، فمینیست‌ها معتقد هستند که ایدئولوژی‌های متضمن تفاوت که ما را به صورت زن و مرد تعریف می‌کنند و خود نابرابری نیز، فرآورده‌هایی اجتماعی، روان‌شناختی و فرهنگی هستند و به دست مردمانی تولید می‌شوند که جهان‌های اجتماعی و روان‌شناختی و فرهنگی خود را خلق و در آن زندگی می‌کنند (چودوروف^۴، ۱۹۹۷: ۹۹).

از نظر جنکینز، جنسیت فقط آشکارترین وجه هویت فردی است که در تعامل میان دیگران ساخته می‌شود. تعیین جنسیت اغلب بدون این که نوزاد در آن هنگام به آن معرفت پیدا کند، از همان روز اول آغاز می‌شود. تفکیک جنسی که به طور اجتماعی از تفاوت‌های زیستی ساختار گرفته است، وجه رایج همه جوامع انسانی است. به‌رغم استدلال‌ها بر له فردی بودن جنسیت، همه جوامع انسانی و همه دیدگاه‌های فرهنگی از جهان، به شدت از لحاظ جنسی ساختار یافته هستند و این امر موضوعی جمعی است (عریضی و همکاران، ۱۳۸۵: ۸۴-۸۵).

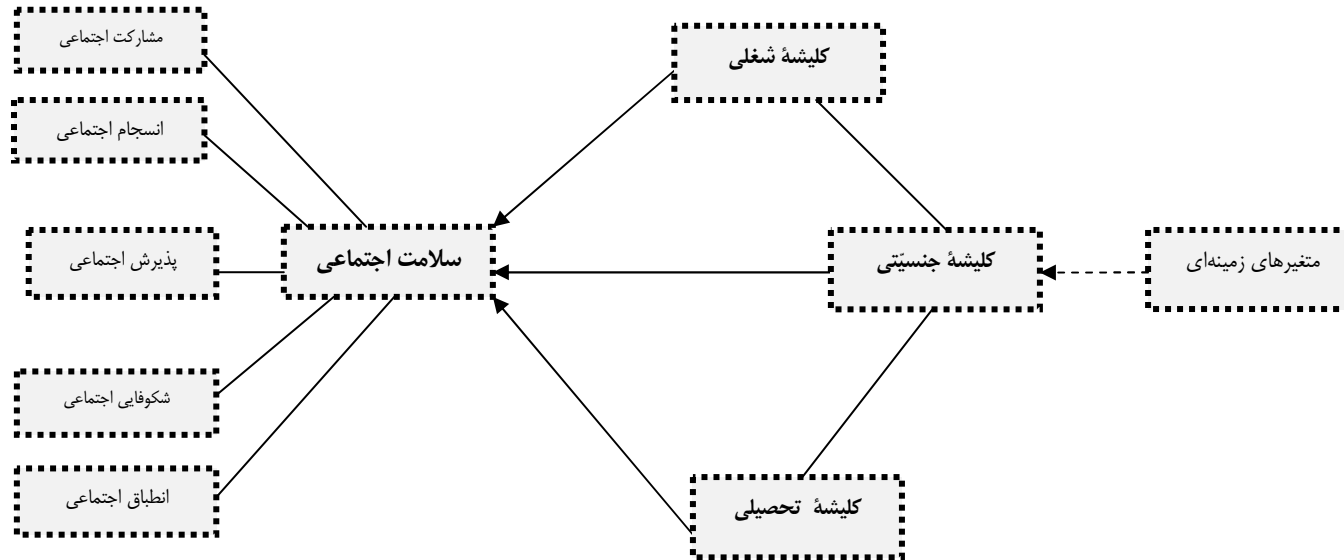
جنکینز معتقد است ساختار اجتماعی و فرهنگی همه جوامع انسانی به شدت متأثر از تفاوت‌های جنسیتی است که اغلب علمی یا طبیعی نمایانده می‌شوند، اما در واقع برساخته اجتماع هستند و به ویژه متأثر از تصورات قالبی و ایدئولوژی‌های جنسیتی هستند (جنکینز، ۱۳۸۱: ۲۷۴). از نظر او دو شاخص اساسی برای کلیشه‌ها وجود دارد که شامل کلیشه‌های جنسیتی شغلی و کلیشه‌های جنسیتی تحصیلی می‌شود. جنکینز معتقد است کلیشه‌ها و اندیشه‌های قالبی، ویژگی معمول تلاش آدمی در ارتقاء درجه پیش‌بینی‌پذیری یا دست کم تعبیری از پیش‌بینی‌پذیری موقعیت‌های پیچیده و نامطمئن روزمره است. بسیاری از کلیشه‌های

-
1. Goffman, Erving & Richardson
 2. Gilbert & Gobare
 3. Lavez and Schwarts
 4. Chodorow



قالبی به حد کفایت عمومیت دارند که در موقعیت‌های بی‌ارتباط عضوگیری از آن‌ها، نتایج الگواری از آن‌ها حاصل می‌شود (همان، ۲۶۵-۲۶۹). بنابراین، کلیشه‌های جنسیتی از هر دو نوع در جامعه ساخته می‌شود. در واقع ساختارهای اجتماعی با کلیشه‌ها و اندیشه‌های قالبی جامعه را سامان می‌دهد و بخش اعظم نقش‌های جنسیتی زنان و مردان به کلیشه‌های جنسیتی شغلی و تحصیلی مرتبط است که با منزلت اجتماعی ارتباط تنگاتنگ دارد. چراکه فرصت‌ها و تجربیات زندگی و ارزیابی فرد و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع نیز از قالب‌های جنسیتی و نوع تعریف آن‌ها تأثیر می‌گیرند (همان، ۱۰۲). همچنین گولومبوگ و فی‌وش معتقد هستند یکی از نکات قطعی دربارهٔ صفات یا خصیصه‌های مربوط به کلیشه‌ها یا تصورات قالبی جنسیتی، آن است که در مقایسه با زنان، صفات منسوب به مردان، اهمیت ویژه‌ای دارد. قدرت، استقلال و تمایل به خطرپذیری در برابر ضعف، زودباری و تأثیرپذیری، اغلب مثبت‌تر تلقی می‌شود (گولومبوگ و فی‌وش، ۱۳۸۴). لذا تفاوت‌های جنسیتی در سپهر عمومی، یعنی اجتماع و بازار کار، زنان را در موقعیت فرودستی قرار می‌دهد و هرکدام در بازتولید این جایگاه نابرابر نقش فعال دارد (شادی‌طلب، ۱۳۸۱، به نقل از حسین‌زاده، ۱۳۹۰). پرواضح است چنین وضعیتی زنان را از مشارکت فعال در فعالیت‌های اجتماعی و ترسیم مختصات مثبت از عملکرد خویش در اجتماع باز می‌دارد.

با توجه به مباحث نظری مدل مفهومی پژوهش به شکل زیر ارائه می شود:





فرضیه‌های پژوهش با استنباط از مدل مفهومی تدوین شده است: به نظر می‌رسد کلیشه‌های جنسیتی با سلامت اجتماعی رابطه دارند. فرضیه‌های جزئی:

بین کلیشه‌های شغلی - تحصیلی و سلامت اجتماعی زنان و مردان رابطه وجود دارد. به نظر می‌رسد بین کلیشه‌های جنسیتی تحصیلی و شغلی و ابعاد سلامت اجتماعی (مشارکت، پذیرش، انطباق، یکپارچگی و شکوفایی اجتماعی) رابطه وجود دارد. بین متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنسیت، قومیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، پایگاه اقتصادی) و پذیرش کلیشه‌های جنسیتی در بین زنان و مردان رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پیمایش‌های توصیفی - علی بود؛ به این معنا که از یک سو با گردآوری اطلاعات و داده‌ها سعی شد خصوصیات هر کدام از داده‌ها توصیف شود و از سوی دیگر، با مقایسه و ویژگی‌های آماری، به یک استنباط علی در خصوص سلامت اجتماعی دست یافت. در این پژوهش از روش پیمایش استفاده شد.

در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن خصوصیات جوانی، متغیرهای مور نظر در پژوهش و چارچوب نظری انتخاب شده، برای مشخص کردن جامعه آماری پژوهش، از تعریف اریکسون برای جوانی استفاده شد. بدیهی است که انتخاب محدوده سنی ۱۹ - ۲۹ سال جمع خصوصیات را پوشش نمی‌دهد، ولی محدوده‌ای را مشخص می‌کند که بهتر از همه با چارچوب نظری تحقیق همخوانی داشته و جامعه آماری را معین می‌کند و انتخاب آن از لحاظ روش شناختی اجتناب‌ناپذیر است.

در پژوهش‌های مبتنی بر نمونه‌گیری، نمونه انتخابی باید مبتنی بر معرف بودن جامعه باشد، یعنی بتواند خواص جامعه خود را در نمونه منعکس کند، به این گونه نمونه‌گیری از نظر علمی نمونه بهینه^۱ می‌گویند. هنگامی که نسبت حجم نمونه به حجم جامعه بیش‌تر از ۵٪ باشد، برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران^۲ برای جامعه آماری مورد نظر استفاده می‌شود. بنابراین، در

1. Optimum
2. Cochran

جامعه آماری این پژوهش، محاسبه تعیین حجم نمونه برای جامعه آماری زنان و مردان شهر تهران با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۴ نفر است.

روش پژوهش نمونه‌گیری خوشه‌ای^۱ است. در نمونه‌گیری خوشه‌ای ابتدا گروه‌های بزرگ‌گزینه‌ش می‌شود که خوشه نام دارند و سپس واحدهای نمونه‌گیری از بین خوشه‌ها گزینش می‌شوند. خوشه‌ها با نمونه‌های تصادفی ساده یا نمونه طبقه‌بندی شده انتخاب می‌شوند. بسته به موضوع پژوهش، همه واحدهای نمونه‌گیری داخل خوشه‌ها را می‌توان برای نمونه‌گزینه‌ش کرد یا از بین خوشه‌ها به صورت تصادفی یا با استفاده از فرایند نمونه‌گیری طبقه‌بندی شده گزینش کرد (فرانکفورت و نچمیاس، ۱۳۸۱: ۲۷۱).

بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای ابتدا مناطق بیست و دوگانه شهرداری تهران به ۳ خوشه تقسیم شدند. مناطق ۱ تا ۵ در گروه ۱، مناطق ۶ تا ۱۴ در گروه ۲ و مناطق ۱۵ تا ۲۲ در گروه ۳ طبقه‌بندی شد. سپس از هر خوشه یک منطقه به تصادف انتخاب شد.

در خوشه اول منطقه‌ای انتخاب شد که از نظر پایگاه اقتصادی-اجتماعی در مرتبه بالاتر قرار داشت. در این گزینش، علاوه بر شاخص اقتصادی، به موقعیت جغرافیایی مناطق و پراکندگی مناسب آن‌ها در شهر تهران نیز توجه شده است. در مرحله بعد برای انتخاب ۳ منطقه، منطقه‌ای انتخاب شد که از ویژگی‌های پایگاه اقتصادی-اجتماعی (بالا، متوسط، پایین) بهره‌مند باشند. به طوری که منطقه ۳ به نمایندگی از طبقه بالا، منطقه ۱۱ به نمایندگی از طبقات متوسط و منطقه ۱۶ به نمایندگی از مناطق پایین انتخاب شدند. پس از اینکه حجم نمونه در هر منطقه مشخص شد، نقشه مناطق تهیه شد و تمام بلوک‌های موجود در نقشه شماره‌گذاری شد و به کمک روش نمونه‌گیری تصادفی، کار تکمیل پرسشنامه انجام شد. واحد تحلیل در این پژوهش زن و مرد جوان بود و با توجه به موضوع مطالعه و فرضیه‌های پژوهش متغیرهایی بررسی می‌شود که در سطح خرد مطرح است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار Sps18 و آزمون‌های پیرسون، اسپیرمن، تی استیودنت، و آنوا انجام شد. در محاسبه اعتبار پژوهش، سؤال اصلی که محقق برای خود مطرح می‌کند، چنین است: آیا شخص در حال اندازه‌گیری درست آن چیزی است که در اندیشه اندازه‌گیری آن است. در این پژوهش از اعتبار صوری استفاده شد. بدین معنا که اعتبار شاخص‌ها و معرف‌ها از طریق مراجعه به داوران



مشخص شده است. فایده این روش این است که پژوهش به همان نسبت به شاخص‌های درست دست می‌یابد که تا حد امکان فارغ از ارزش‌های محقق است و خود واقعیت را آن طور که هست به سنجش و ارزیابی می‌نهد. برای سنجش پایایی متغیرهای پژوهش، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. شاخص پایایی کل آماره‌ای است به نام آلفا که دامنه آن از صفر تا یک است. طبق قاعده تجربی مقدار آلفا باید دست کم ۰/۷ باشد تا بتوان مقیاس را دارای پایایی به شمار آورد (دواس، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر برای به دست آوردن پایایی، تعداد ۳۰ پرسشنامه به صورت تصادفی میان زنان و مردان جوان توزیع شد. با توجه به این روش میزان پایایی برای هر یک از متغیرهای پژوهش، در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱: شاخص‌های اصلی پژوهش و گویه‌های شاخص‌ها

شاخص‌های اصلی پژوهش	گویه‌های شاخص‌ها
متغیرهای زمینه‌ای کلیشه‌های شغلی (مقدار آلفای کرونباخ: ۰/۶۵۲)	جنسیت، تأهل، قومیت، تحصیلات ۱- وظیفه نان‌آوری خانواده به عهده مردان است. ۲- تضعیف خانواده با شرکت زنان در فعالیت‌های خارج خانه. ۳- مردان در مقایسه با زنان در تصمیم‌گیری‌های مالی، عملکرد بهتری دارند. ۴- زنان در شغل‌های خدماتی نسبت به شغل‌های مدیریتی موفق‌تر هستند. ۵- دختر قبل از هرچیز باید مادری فداکار و همسری باگذشت باشد.
کلیشه‌های تحصیلی (مقدار آلفای کرونباخ: ۰/۷۴۳)	۱- اهمیت تحصیلات دانشگاهی برای پسران. ۲- عقل مردان از زنان بیش‌تر است. ۳- مردان هوش و استعداد بیش‌تری نسبت به زنان دارند. ۴- دخترها در دروس حفظی مثل ادبیات و تاریخ موفق‌تر هستند. ۵- موضوعات مورد بحث بین زنان بیش‌تر جنبه خانوادگی و عاطفی دارد. ۶- موضوعات مورد بحث بین مردان بیش‌تر جنبه اجتماعی و سیاسی دارد.
مشارکت اجتماعی (مقدار آلفای کرونباخ: ۰/۶۹۶)	۱- انجام کارهای ارزشمند فرد در جامعه. ۲- نداشتن نتایج ارزنده فعالیت‌های فرد برای دیگران. ۳- نداشتن توان لازم برای انجام فعالیت برای افراد جامعه. ۴- اهمیت کار فرد برای دیگران. ۵- سهم شدن در کارها با افراد جامعه. ۶- داشتن مسئولیت کم در قبال افراد جامعه.

شاخص‌های اصلی پژوهش	گروه‌های شاخص‌ها
متغیرهای زمینه‌ای	جنسیت، تأهل، قومیت، تحصیلات
یکپارچگی اجتماعی (مقدار آلفای کرونباخ: ۰/۷۲۱)	۱- داشتن حس یگانگی با افراد دیگر. ۲- توجه افراد جامعه به خواسته‌ها و ایده‌ها. ۳- مهم بودن برای افراد جامعه. ۴- افراد جامعه منبع آسایش و راحتی. ۵- ارزش قائل شدن سایر افراد جامعه برای فرد. ۶- تغییر شرایط زندگی مثل کشورهای پیشرفته. ۷- احساس نزدیکی با سایر افراد جامعه.
پذیرش اجتماعی (مقدار آلفای کرونباخ: ۰/۶۶۶)	۱- اثرگذاری رفتار فرد بر افراد جامعه. ۲- پذیرش افراد جامعه. ۳- اعتقاد به مهربان بودن مردم. ۴- عدم اطمینان به افراد جامعه. ۵- متقلب‌تر شدن افراد جامعه. ۶- توجه مردم به کارهای سایر افراد. ۷- انتظار نداشتن مردم در مقابل انجام کار برای دیگران.
انطباق اجتماعی (مقدار آلفای کرونباخ: ۰/۶۳۰)	۱- پیچیدگی دیگران برای فرد. ۲- عدم درک رفتار افراد توسط فرد به تنهایی. ۳- درک اوضاع و جامعه. ۴- سردرniaوردن از آداب و رسوم. ۵- معتقد به ارزش داشتن درک دنیا. ۶- دشواری پیش‌بینی آینده.
شکوفایی اجتماعی (مقدار آلفای کرونباخ: ۰/۷۱۸)	۱- مؤثر بودن تشکیلات اجتماعی در زندگی افراد. ۲- عدم برآورده شدن خواسته‌های فرد توسط افراد جامعه. ۳- معتقد به مانع بودن دیگران برای پیشرفت. ۴- تغییر پذیری افراد جامعه. ۵- پربار و مفید بودن جامعه برای افراد آن. ۶- مفهوم نداشتن پیشرفت در جامعه ما. ۷- بهینه بودن امکانات دنیا برای هر فرد.

یافته‌های پژوهش

مشخصات فردی پاسخگویان

بررسی ویژگی‌های فردی جامعه آماری این پژوهش نشان می‌دهد بیش‌ترین درصد پاسخگویان با ۵۳/۱٪ زنان و ۴۶/۹٪ نیز مردان بوده‌اند. پاسخگویان در سنین ۱۸ - ۲۹ سال بودند که بیش‌ترین درصد پاسخگویان یعنی ۶۳/۷٪ از آن‌ها در ۲۹-۲۵ سال، کم‌ترین تعداد پاسخگویان یعنی ۱۱/۲٪ نیز در سنین ۱۹-۱۸ سال و ۴۳٪ نیز بین ۲۴-۲۰ سال بودند. قومیت پاسخگویان یکی دیگر از مشخصات فردی است؛ براین اساس، ۶۱/۲٪ از پاسخگویان، اکثریت آن‌ها، از قوم فارس بودند؛ ۵/۷٪ را جوانان با قومیت کرد؛ ۷/۰٪ قومیت لر؛ ۱۶/۴٪ قومیت ترک؛ ۲/۳٪ قومیت بلوچ؛ ۱/۸٪ قومیت عرب بودند.

توصیف تأهل پاسخگویان حاکی از آن است که ۲۷۵ نفر، معادل ۷۱/۶٪ از پاسخگویان را



افراد مجرد و ۲۶/۸٪ از پاسخگویان را متأهلین تشکیل داده‌اند. بر اساس یافته‌های پژوهش مشخص شد ۵/۵٪ از پاسخگویان دارای تحصیلات ابتدایی، ۷/۳٪ تحصیلات سوم راهنمایی؛ ۲۶/۰٪ دارای مدرک تحصیلی دیپلم؛ ۱۸/۲٪ فوق دیپلم؛ ۲۶/۳٪ لیسانس؛ ۱۵/۱٪ فوق لیسانس و ۰/۸٪ دارای تحصیلات دکترا و بالاتر بوده‌اند. مقایسه زنان و مردان نشان داد که بیش‌تر زنان دارای تحصیلات لیسانس هستند و بیش‌تر مردان تحصیلات دیپلم و لیسانس داشته‌اند.

کلیشه‌های جنسیتی متغیر مستقل پژوهش حاضر بود که برطبق تئوری جنکینز، در دو بعد کلیشه‌های شغلی و تحصیلی بررسی شد. نتایج توصیفی آن به شرح جدول ۲ است:

جدول ۲: توصیف پاسخگویان بر حسب ابعاد متغیر مستقل

متغیرها	میانگین		واریانس		انحراف استاندارد	
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
کلیشه‌های شغلی	۴/۱۹	۳/۹۶	۰/۷۰۲	۱/۳۴	۰/۸۳۷	۱/۰۶۴
کلیشه‌های تحصیلی	۳/۱۱	۳/۵۹	۱/۲۲	۱/۷۸	۱/۱۰	۱/۳۳
کلیشه‌های جنسیتی	۳/۶۹	۳/۷۸	۰/۵۹	۱/۷۹	۰/۷۷۳	۱/۰۸۵

نتایج توصیفی متغیر مستقل نشان می‌دهد که نمره کلیشه‌های جنسیتی برای زنان و مردان حداقل بین ۱ تا ۵ تغییر می‌کند و میانگین آن برای زنان ۳/۶۹ و برای مردان ۳/۷۸ محاسبه شده است. این امر مبین آن است که مردان با میانگین بالاتر، بیش‌تر خود را با کلیشه‌های جنسیتی تعریف می‌کنند. چرا که این کلیشه‌ها تعاریف مطلوب‌تری از مردان ارائه می‌کند. مقایسه زنان و مردان در ابعاد کلیشه‌های جنسیتی حاکی از آن است که در بعد کلیشه‌های شغلی زنان و در بعد کلیشه‌های تحصیلی مردان میانگین بالاتری را دارا بوده‌اند.

جدول ۳: توصیف پاسخگویان بر حسب ابعاد متغیر وابسته

متغیرها	میانگین		واریانس		انحراف استاندارد	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
مشارکت اجتماعی	۳/۹۵	۴/۱۹	۰/۶۷۴	۰/۵۵۹	۰/۷۴۷	۰/۸۲۱
یکپارچگی اجتماعی	۴/۰۱	۴/۲۲	۰/۶۴۳	۰/۵۹۳	۰/۷۷۰	۰/۸۰۱
پذیرش اجتماعی	۳/۴۹	۳/۵۳	۰/۵۲۱	۰/۵۲۵	۰/۷۲۴	۰/۷۲۲
انطباق اجتماعی	۳/۳۳	۳/۴۹	۰/۴۵۲	۰/۸۶۴	۰/۹۲۹	۰/۶۷۲
شکوفایی اجتماعی	۳/۶۴	۳/۸۹	۰/۵۳۵	۰/۸۸۷	۰/۹۴۱	۰/۷۳۱
سلامت اجتماعی	۳/۷۰	۳/۸۹	۰/۳۲۵	۰/۳۱۵	۰/۵۶۱	۰/۵۷۰

سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته پژوهش در نظر گرفته شده است. چرا که به نظر می‌رسد تعاریفی که زن و مرد ایرانی از خود براساس سنت‌ها و باورهای جامعه داشته باشند بر ارزیابی عملکردشان در جامعه اثرگذار باشد. از این روی متغیر سلامت اجتماعی بر طبق تحلیل عاملی که کیز (۱۹۹۸) انجام داد شامل مشارکت اجتماعی (داشتن چیزهای با ارزش برای ارائه به جامعه)، یکپارچگی (احساس بخشی از جامعه بودن)، پذیرش اجتماعی (گرایش مثبت به افراد)، انطباق اجتماعی (قابل فهم و پیش‌بینی بودن جامعه)، شکوفایی اجتماعی (دانستن و اعتقاد داشتن به رشد جامعه به شکل مثبت) است. براساس جدول ۳ می‌توان گفت که زنان و مردان در تمامی ابعاد سلامت اجتماعی میانگین متوسطی داشته‌اند، به عبارت دیگر در حد متوسطی از سلامت اجتماعی بهره‌مند بوده‌اند.

پس از توصیف توزیع‌های پراکندگی پاسخگویان باید به این امر توجه شود که آیا نتیجه این نمونه آماری را می‌توان به جامعه آماری بزرگ‌تر که کل جوانان ۱۸ - ۲۹ ساله را شامل می‌شوند، ارجاع و تعمیم داد یا خیر؟ لذا از آزمون‌های همبستگی و آزمون‌های تفاوتی استفاده شده است.



جدول ۴: ضرایب همبستگی بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سلامت اجتماعی

متغیر وابسته (سلامت اجتماعی)				متغیرهای مستقل	
مرد		زن			
Sig	P.C	Sig	P.C		
۰/۰۰۱	۰/۲۵۰**	۰/۱۱۵	-۰/۱۱۱	کلیشه‌های جنسیتی شغلی	
۰/۰۰۰	۰/۳۶۴**	۰/۲۲۳	۰/۰۸۶	کلیشه‌های جنسیتی تحصیلی	
۰/۰۰۰	۰/۳۳۰**	۰/۲۶۴	-۰/۰۷۹	کلیشه‌های جنسیتی	

** معنادار در سطح (۰/۰۱) دو دامنه

نتایج جدول ضرایب همبستگی بین متغیرهای کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی نشان‌دهنده آن است که بین کلیشه‌های جنسیتی شغلی، تحصیلی و سلامت اجتماعی زنان رابطه معنادار و مستقیمی وجود ندارد و در واقع شواهدی برای رد فرض H_0 وجود ندارد که نشان‌دهنده نبود رابطه است. بنابراین، فرض صفر درباره زنان پذیرفته می‌شود. رابطه مذکور برای پاسخگویان مرد تأیید شده است. بدین سان بین کلیشه‌های جنسیتی مورد قبول و ابعاد آن (شغلی و تحصیلی) با ۹۹٪ اطمینان رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. چرا که کلیشه‌های جنسیتی مردانه با تعاریف مثبت و تأیید آن‌ها در جامعه همراه بوده است.

جدول ۵: ضرایب همبستگی ابعاد متغیر مستقل و ابعاد متغیر وابسته (سلامت اجتماعی)

کلیشه‌های جنسیتی				کلیشه‌های تحصیلی				کلیشه‌های شغلی				ابعاد متغیر وابسته
مرد		زن		مرد		زن		مرد		زن		
Sig	P.C	Sig	P.C	Sig	P.C	Sig	P.C	Sig	P.C	Sig	P.C	
۰/۴۰۵	۰/۰۶۳	۰/۱۶۲	-۰/۰۹۸	۰/۰۸۹	۰/۱۲۷	۰/۱۶۲	-۰/۰۹۲	۰/۹۳۱	۰/۰۰۷	۰/۳۰۵	۰/۰۷۲	مشارکت اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۲۶۴**	۰/۰۹۸	۰/۱۱۶	۰/۰۰۰	۰/۲۶۹**	۰/۱۳۱	۰/۱۰۶	۰/۰۰۹	۰/۱۹۵**	۰/۰۵	۰/۱۳۵	یکپارچگی اجتماعی
۰/۲۸۵	۰/۰۸۰	۰/۰۴۶	۰/۱۴۰	۰/۰۵	۰/۱۴۶	۰/۰۷۱	۰/۱۲۷	۰/۴۱۵	۰/۰۶۱	۰/۰۴۴	۰/۱۴۱	پذیرش اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۲۶۴**	۰/۵۶۹	-۰/۰۳۱	۰/۰۰۳	۰/۲۲۲**	۰/۸۳۳	-۰/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹**	۰/۷۹۹	۰/۰۱۸	انطباق اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۴۱۳**	۰/۳۵۹	۰/۰۶۴	۰/۰۰۰	۰/۴۲۶**	۰/۶۵۴	۰/۰۳۲	۰/۰۰۰	۰/۳۴۳**	۰/۳۷۲	۰/۰۶۳	شکوفایی اجتماعی

** معنادار در سطح (۰/۰۱) دو دامنه

نکات مهم جدول ۵ به شرح زیر است:

- بین کلیشه‌های شغلی و مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی زنان رابطه معنادار و مثبت وجود ندارد.
- بین کلیشه‌های شغلی و یکپارچگی و پذیرش اجتماعی زنان رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. بنابراین، زنانی که کلیشه‌های شغلی را درباره خودشان بیش‌تر قبول داشته‌اند، احساس می‌کنند از سوی جامعه حمایت مثبت می‌شوند و دید مثبت به جامعه و افراد آن داشته و بهتر آن‌ها را می‌پذیرند.
- بین کلیشه‌های تحصیلی و ابعاد متغیر سلامت اجتماعی زنان رابطه معنادار و مثبت مشاهده نشده است.
- رابطه بین کلیشه‌های جنسیتی و ابعاد سلامت اجتماعی درباره همه ابعاد تأیید نشد و تنها بین کلیشه‌های جنسیتی و پذیرش اجتماعی زنان رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد.
- در خصوص پاسخگویان مرد، رابطه معنادار و مثبت بین کلیشه‌های شغلی و پذیرش اجتماعی، انطباق و شکوفایی اجتماعی وجود دارد. این رابطه در سطح ۹۹٪ اطمینان تأیید می‌شود.
- بین کلیشه‌های تحصیلی و یکپارچگی اجتماعی، پذیرش، انطباق و شکوفایی اجتماعی مردان در سطح ۹۹٪ اطمینان رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر با تقویت کلیشه‌های تحصیلی، مردان چالش‌های اجتماعی را به صورت یک مجموعه معنادار و بالقوه برای رشد و پیشرفت می‌دانند و تعلق به گروه‌های اجتماعی در آن‌ها افزایش می‌یابد.
- رابطه بین کلیشه‌های جنسیتی و یکپارچگی، انطباق و شکوفایی اجتماعی درباره مردان تأیید می‌شود. ضمن آنکه این رابطه در سطح اطمینان ۹۹٪ بود و مثبت و مستقیم است.



جدول ۶: بررسی تفاوت بین جنسیت و کلیشه‌های جنسیتی

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	Df	Sig	تفاوت میانگین
زن	۱۸۰	۳,۷۴۳۷	۰/۶۸۴۹۵	-۳/۵۳۱	۳۷۹/۹۰۲	۰/۰۰۰	-۰/۲۴۰۸۵
مرد	۲۰۴	۳,۹۸۴۵	۰/۶۵۰۷۴				

یکی از فرضیه‌های پژوهش، عبارت بود از اینکه کلیشه‌های جنسیتی بر حسب جنسیت متفاوت است. براساس یافته‌های جدول ۶ بین جنسیت و کلیشه‌های جنسیتی تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین مردان (۳/۹۸۴۵) بالاتر از زنان بوده است و شاید یکی از دلایل این امر آن باشد که کلیشه‌های مردانه نزد جامعه مطلوب‌تر است.

جدول ۷: بررسی تفاوت بین وضعیت تأهل و کلیشه‌های جنسیتی

تأهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	Df	Sig	تفاوت میانگین
متاهل	۱۰۳	۳/۹۹۷۴	۰/۷۱۴۸۷	-۲/۳۱۲	۱۷۰/۴۶۰	۰/۰۲	۰/۱۸۶۸۵
مجرد	۲۷۵	۳/۸۱۰۵	۰/۶۵۷۲۹				

بررسی وضعیت تأهل و کلیشه‌های جنسیتی نشان داد که بین دو متغیر مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد و در این بین متأهلان، میانگین بالاتری را نشان داده‌اند و بنابراین کلیشه‌های جنسیتی مقبولیت بیش‌تری نزد افراد متأهل داشته است.

جدول ۸: بررسی تفاوت بین قومیت و کلیشه‌های جنسیتی

جنسیت	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	کمیت F	سطح معناداری
زن	بین گروه‌ها	۷	۰/۳۸۶	۰/۸۱۸	۰/۵۷۳
	درون گروه‌ها	۱۹۶	۰/۴۷۲		
	مجموع	۲۰۳			
مرد	بین گروه‌ها	۷	۰/۵۱۶	۱/۲۲۹	۰/۲۸۹
	درون گروه‌ها	۱۷۲	۰/۴۲۰		
	مجموع	۱۷۹			

یکی دیگر از فرضیاتی که در این بخش، آزمون شده است بررسی تفاوت بین قومیت کلیشه‌های جنسیتی است. متغیر قومیت از چند مقوله (فارس، ترک، لر، کرد، بلوچ) تشکیل شده و براین اساس از آزمون F برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. نتایج حاکی از آن است که بین قومیت و کلیشه‌های جنسیتی تفاوت معنادار وجود ندارد. و گروه‌های قومی بر حسب تعلق به کلیشه‌های جنسیتی از یکدیگر متفاوت نیستند.

جدول ۹: رابطه تحصیلات و کلیشه‌های جنسیتی

کلیشه‌های جنسیتی	همبستگی پیرسون	متغیر
-۰/۱۳۶	ضریب اسپیرمن	تحصیلات (زنان)
۰/۰۵	Sig	
۰/۰۱۱	ضریب اسپیرمن	تحصیلات (مردان)
۰/۸۷۹	Sig	

رابطه بین تحصیلات و کلیشه‌های جنسیتی توسط آزمون اسپیرمن بررسی شده است. باتوجه به یافته‌های جدول، بین سطح تحصیلات زنان و کلیشه‌های جنسیتی رابطه معنادار و معکوس وجود دارد. بدین معنا که با افزایش سطح تحصیلات، میزان پذیرش کلیشه‌های جنسیتی از سوی زنان کاهش می‌یابد.

جدول ۱۰: رابطه پایگاه اقتصادی و کلیشه‌های جنسیتی

کلیشه‌های جنسیتی	همبستگی پیرسون	مفهوم
۰/۰۰۸	ضریب پیرسون	
۰/۹۱۳	معناداری	پایگاه اقتصادی (زنان)
۰/۰۰۴	ضریب پیرسون	
۰/۲۱۳	معناداری	پایگاه اقتصادی (مردان)

همان‌طور که در جدول ۱۰ ملاحظه می‌شود پایگاه اقتصادی بالا در مردان موجب پذیرش کلیشه‌های جنسیتی در بین آنها شده و در نتیجه به عنوان زمینه‌سازی برای ارزیابی مثبت آنها از عملکرد خویش محسوب می‌شود. مردان با پایگاه اقتصادی بالا کلیشه‌ای تر فکر می‌کنند؛ از سوی دیگر رابطه معنادار بین پایگاه اقتصادی و پذیرش کلیشه‌های جنسیتی در میان زنان مشاهده نشد.



بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی براساس کلیشه‌ها افراد جامعه به دو گروه تقسیم می‌شوند: افرادی که دارای ویژگی‌های مثبت و مقبول آن جامعه هستند و افرادی که خصوصیات دقیقاً خلاف این ویژگی‌ها دارند. رفتارهایی که با افراد جامعه براساس کلیشه‌ها می‌شود و انتظاراتی که از آنها می‌رود، مطابق با پیش‌داوری‌هاست. کلیشه‌سازی باعث می‌شود تفاوت‌های فردی نادیده انگاشته شوند. همچنین تفاوت میان زنان و مردان را در میزان این استعدادها در نظر نمی‌گیرد. با وجود آنکه رفتارهای زنان و مردان در جوامع در طی زمان تغییر کرده‌اند، کلیشه‌ها ثابت مانده‌اند. کلیشه‌سازی در حقیقت نوعی برجسب‌زنی اجتماعی است. براساس کلیشه‌ها، رفتارهای منفی یک فرد از یک گروه به کل افراد گروه نسبت داده می‌شود. در واقع کلیشه‌ها، رفتارها، احساسات، نگرش‌ها و تمایلات افراد را بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های فردی از پیش تعیین می‌کنند، اما بزرگ‌ترین آسیب اجتماعی ناشی از کلیشه‌سازی تعریف سلسله‌مراتب اجتماعی است. کلیشه‌ها یک گروه را در اوج قدرت و اقتدار قرار می‌دهند و گروه دیگر را در جایگاه ضعف. با بهره‌گیری از کلیشه‌ها گروهی قدرت را به دست می‌گیرند و از کلیشه‌ها برای اعمال قدرت بر گروه دیگر استفاده می‌کنند. در کلیشه‌های جنسیتی قدرت در دست مردان است و بر زنان اعمال می‌شود. یعنی مردان زنان را از قدرت دور نگه می‌دارند تا بتوانند بر آنها سلطه پیدا کنند. زنان گاه به‌دلیل ویژگی‌های مربوط به جنس از امکانات اجتماعی دور می‌مانند.

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر بیان‌کننده نگرش مثبت مردان به کلیشه‌های جنسیتی است. این یافته همسو با پژوهش حسین‌زاده و ممبئی (۱۳۹۰)، ریاحی (۱۳۸۶) ذکایی و میرزایی (۱۳۸۴) بوده و براین نکته تاکید می‌کند که مردان کلیشه‌ای تر از زنان فکر و رفتار می‌کنند.

آنچه از یافته‌های تجربی در این پژوهش دریافت شد، نشان‌دهنده آن است که تقویت کلیشه‌های جنسیتی شغلی و تحصیلی در مردان در ارزیابی مثبت آنها از عملکرد خویش در اجتماع نقش به‌سزایی را داشته است و تعاریف مثبت جنسیتی، با تأیید آنها در جامعه همراه بوده است و در مقابل زنان هستند که تقویت کلیشه‌های منفی درباره خودشان، آنها را از حضوری فعال و مثبت در جامعه باز می‌دارد. این نتیجه همسو با یافته‌های سیمون (۱۹۹۵)،

فوهر و همکاران (۱۹۹۹)، تسچ رومر و همکاران (۲۰۰۷)، دروری (۲۰۰۹)، شارما و شارما (۲۰۱۰) و قائمی فر و حمایت خواه جهرمی (۱۳۸۸) است. البته شایان ذکر است یافته مذکور درباره زانی که سطح تحصیلات پایین تری دارند، بیش تر صدق می کند، چراکه طبق نتایج تبیینی، هرچه سطح تحصیلات زنان بالاتر باشد، میزان پذیرش کلیشه های منفی جنسیتی در آنها کم تر و در نتیجه سلامت اجتماعی بالاتری خواهند داشت. در این خصوص کاستلز بر این عقیده است که ساختار سنتی خانواده، یعنی پدر سالاری، که وجه مشخصه آن اقتدار نهادی شده مردان در واحد خانواده است، در دهه های اخیر، با افزایش اشتغال، آموزش و آگاهی زنان دگرگون شد و زمینه های افزایش مشارکت زنان در عرصه های اقتصادی و سیاسی فراهم شد (کاستلز، ۱۳۸۰: ۱۷۷). یافته حاضر همسو با نتایج ساندرز و کاشوبک (۲۰۰۶) بود که بر آگاهی زنان از هویت خود و تأثیر مثبت آن بر سلامت تأکید کرده است.

در خصوص رابطه کلیشه های جنسیتی و ابعاد سلامت اجتماعی باید گفت که رابطه بین کلیشه های جنسیتی و ابعاد سلامت اجتماعی درباره همه ابعاد تأیید نشد و تنها بین کلیشه های جنسیتی و پذیرش اجتماعی زنان رابطه معنادر و مستقیم وجود داشته است. اما درباره مردان، رابطه بین کلیشه های جنسیتی و یکپارچگی، انطباق و شکوفایی اجتماعی درباره آنها تأیید شده است. تفاوت معناداری بین زنان و مردان بر حسب کلیشه های جنسیتی وجود داشته است و در این میان میانگین مردان بالاتر بوده است. شاید یکی از دلایل این امر آن بوده که کلیشه های مردانه نزد جامعه مطلوب تر است. بررسی وضعیت تأهل و کلیشه های جنسیتی حاکی از آن بود که بین دو متغیر مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد و در این بین متأهلان، میانگین بالاتری را نشان داده اند و بنابراین، میزان پذیرش کلیشه های جنسیتی در میان متأهلان بیش تر بوده است.

بر اساس نتایج این پژوهش، عمدتاً مردان هستند که تقویت کلیشه های مثبت در آنها دیده می شود؛ نظیر آن که تصور می شود مدیر، رهبر، قوی و توانا، فعال و پرانرژی و مستقل و متکی به خود هستند، ویژگی هایی که جملگی افزایش دهنده این حس در آنها هست که می توانند فرد مفیدی برای جامعه باشند و خودشان را در پیشرفت و شکوفایی جامعه مؤثر بدانند و باور داشته باشند به گروه های اجتماعی تعلق دارند که توسط آنها پذیرفته می شوند. از سوی دیگر زنان عمدتاً موجوداتی حساس و عاطفی، آرام و صبور، وابسته و متکی به دیگران تعریف



می‌شوند که به نظر نمی‌رسد خصوصیات مثبتی برای رشد و تعالی فردی و اجتماعی زنان جامعه محسوب شود و زنان جامعه ما نمی‌توانند ارزیابی مثبت و مطلوبی از عملکرد خود در جامعه داشته باشند. البته با افزایش سطح تحصیلات زنان، می‌توان انتظار داشت که میزان پذیرش کلیشه‌ای جنسیتی در آن‌ها کاهش و در نتیجه با تعریف مثبت از خود، زمینه افزایش میزان سلامت اجتماعی خود را افزایش دهند. بی‌شک تلاش در جهت تغییر سنن، قوانین و متغیرهای فرهنگی که باعث تقویت کلیشه‌های جنسیتی آسیب‌رسان به زنان می‌شود، برای بهبود و ارتقاء سلامت اجتماعی و روانی زنان ضروری است. بنابراین، بهبود سلامت زنان و مردان خصوصاً در بعد اجتماعی مستلزم رویکردی جامع‌نگر، منسجم و نظام‌مند است، ارتباط بین بخش‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی و سیاست‌گذاری در راستای تحقق اهداف سلامت جامعه ضروری به نظر می‌رسد. براین اساس برای جلوگیری از بازتولید و زدودن این کلیشه‌های جنسیتی لازم است قبل از اینکه زنان و مردان با عنوان جنس‌های مختلف یاد شوند، آن‌ها را به عنوان موجودات انسانی معرفی کرد که هیچ یک از آن‌ها فراتر و فروتر از جنس دیگر نیست. همچنین با تقویت الگوهای رفتار فراجنسیتی، کلیشه‌های جنسیتی انعطاف‌پذیرتری را ایجاد کرد. در مجموع می‌توان گفت با افزایش سطح آگاهی، اقتدار و مشارکت زنان در عرصه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی جامعه، ساختار سنتی که مبتنی بر کلیشه‌های جنسیتی بوده را برهم خواهد زد و زنان با کسب هویت جنسیتی جدید، زمینه‌های سلامت اجتماعی یعنی کارایی فردی و سرمایه‌گذاری در روابط اجتماعی و در اختیار گرفتن منابع موجود در این روابط در سطح جامعه را برای خود فراهم خواهند کرد.

منابع

- اعزازی، شهلا (۱۳۸۰). تحلیل ساختاری جنسیت: نگرشی بر تحلیل جنسیتی در ایران، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- آبوت، پاملا و کلر، والاس (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی زنان، ترجمه منیژه نجم عراقی، تهران: نی. بارکر، کریس (۱۳۸۷). مطالعات فرهنگی؛ نظریه و عملکرد، ترجمه مهدی فرجی و نفیسه حمیدی، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
- جزنی، نسرين (۱۳۸۰). نگرشی بر تحلیل جنسیتی در ایران، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- جنکینز، ریچارد (۱۳۸۱). هویت اجتماعی، ترجمه تورج یار احمدی، تهران: شیرازه.
- چودوروف، نانسی جولیا (۱۹۹۷). جنسیت و تفاوت در نگرش روان کاوی، ترجمه منیژه نجم عراقی، مجموعه مقالات فمینیسم و دیدگاه‌ها، انجمن جامعه‌شناسی ایران - گروه مطالعات زنان.
- حسین زاده، علی حسین و ممبئی، ایمان (۱۳۹۰). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان باورپذیری کلیشه‌های جنسیتی در دو سپهر عمومی و خصوصی، جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، شماره ۳: ۶۷-۸۴.
- حسینی، سیدحسن و دشتی، منصوره (۱۳۹۱). بازنمایی کلیشه‌های جنسیتی در رسانه: مطالعه ادبیات داستانی آل احمد، مجله جهانی رسانه، دوره ۷، شماره پیاپی ۱۳: ۶۴-۲۷.
- خسروی، زهره و چراغ ملایی، لیلیا (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای تعهد اجتماعی، شادکامی و سلامت روان در دانش آموزان و دانشجویان با تأکید بر عامل جنسیت، مطالعات اجتماعی - روان‌شناختی زنان، سال ۱۰ شماره ۱، بهار.
- خمسهای، اکرم (۱۳۸۵). بررسی ارتباط میان رفتار جنسی و طرحواره‌های نقش جنسیتی در دو گروه از دانشجویان متاهل، مقایسه رفتار جنسی زنان و مردان در خانواده، مطالعات اجتماعی - روان‌شناختی زنان، سال دوم، شماره ۶، از ۱۱۵ تا ۱۳۴.
- دواس، دی. ای (۱۳۸۲). پیمایش در تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ نایی، تهران: نی.
- ذکایی، محمدسعید و میرزایی، آیت‌الله (۱۳۸۴). پسرهای جوان و ارزش‌های مردانگی، پژوهشی در بین دانش‌آموزان متوسطه شهر تهران. مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره ۶، شماره



۳: ۷۰-۹۶.

- ریاحی، محمداسماعیل (۱۳۸۶). عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان پذیرش کلیشه‌های جنسیتی، *پژوهش زنان*، دوره ۵، شماره ۱: ۱۰۹-۱۳۶.
- ریتزر، جورج (۱۳۸۶). *نظریه جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، ترجمه محسن ثلاثی، چاپ دوازدهم، تهران: انتشارات علمی.
- زارع شاه آبادی، سلیمانی، زکیه (۱۳۹۰). تبیین دوگانگی تصورات قالبی جنسیتی از نظر دانشمندان دانشگاه یزد، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، شماره ۴۱: ۳۶۹-۳۹۸.
- زیبایی نژاد، محمدرضا (۱۳۸۸). هویت و نقش‌های جنسیتی (مجموعه مقالات)، تهران: مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری.
- عریضی، فروغ السادات و همکاران (۱۳۸۵). ماهواره و هویت جنسیتی، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، دوره هفتم، شماره ۲: ۷۶-۱۰۰.
- فرانکفورد، چاوا و نجمیاس، دیوید (۱۳۸۱). *روش‌های پژوهش در علوم اجتماعی*، ترجمه فاضل لارجانی و رضا فاضلی، تهران: سروش.
- قائم‌فر، حسن و حمایت خواه جهرمی، مجتبی (۱۳۸۸). بررسی تأثیر خانواده بر شکل‌گیری هویت جنسیتی دختران، *پژوهش جوانان، فرهنگ و جامعه*، شماره ۳: ۸۳-۱۰۲.
- قمری گیوی، حسین (۱۳۸۵). بررسی میزان نگرش فمینیستی در زنان مجرم و غیر مجرم، *فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی*، سال سوم، شماره هشتم و نهم: ۱-۲۵.
- کاستلز، مانوئل (۱۳۸۰). *عصر اطلاعات: اقتصاد، جامعه و فرهنگ (قدرت هویت)*، ترجمه حسن چاوشیان. ج ۲ تهران: طرح نو.
- گولومبوک، سوزان و رابین فی وش (۱۳۸۴). *رشد جنسیت*، ترجمه مهرناز آرای، تهران: ققنوس.
- موسی نژاد، پریسا (۱۳۸۸). *بررسی هویت جنسیتی زنان و مردان در کلان شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س)، گروه مطالعات زنان.
- نیکوگفتار، منصوره (۱۳۹۳). تفاوت‌های جنسیتی در سلامت اجتماعی: نقش فردگرایی - جمع‌گرایی، *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال چهاردهم، شماره ۵۳: ۱۱۱-۱۲۹.
- Brown, Jackie, Bowling, Ann & Flynn, Terry. (2004). *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*, European Forum

- on Population Ageing Research 43.
- Drury, Kate-Mills (2009). Gender Identity and Well-Being in Early Adolescence: Exploring the Roles of the Peer Group and the Gender Composition of the School Context. Presented in Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Master of Arts (Psychology) at Concordia University Montreal, Quebec, Canada.
- Eagly, A.H. (1987). *Sex Difference in Social Behavior: A Social Role Interpretation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fuhrer, S.A., Stansfeld, J., Chemali & M.J. Shipley (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort, *Social Science & Medicine* 48 (1999) 77±87.
- Global recommendations on physical activity for health. Geneva, World Health Organization, (2010).
- Hess, V & et al (2000), Emotional expressivity in men and woman stereotypes and self perceptions, *Cognition and Emotion*, Vol, 5, No, 14, pp: 609-642.
- Keyes, C.M. & Shapiro, A. (2004). *Social Well-being in the U.S. Descriptive Epidemiology*. In Orville Brime, Carol D. Ryff & Ronald C.
- Keyes, M (1998). Social Well-Being, *Social Psychology Quarterly*. Vol , 61, No. 2, 121-140.
- Saunders, Kendra J., Kashubeck-West, Susan (2006). The Relations Among Feminist Identity Development, Gender-Role Orientation and Psychological Well-Being in Women, *Psychology of Women Quarterly*; vol. 30, 2: pp. 199-211.
- Sharma, Sagar & Sharma, Monica (2010). Self, Social Identity and Psychological Well-being, *National Academy of Psychology (NAOP) India Psychological Studies* (June 2010) 55(2) :118-136
- Simon, Rubin W (1995). Gender, Multiple Roles, Role Meaning and Mental Health, *The Journal of Hygiene and social behavior*, vol 36: 182-194.
- Tesch-Römer, Clemens, Andreas Motel-Klingebiel, Martin J. Tomasik (2007). Gender Differences in Subjective Well-Being: *Comparing Societies with Respect to Gender Equality*. 85:329-349.
- Wei Zhang, Qi Chen, Hamilton McCubbin, Laurie McCubbin, Shirley Foley (2011). Predictors of mental and physical health: Individual And Neighborhood level of education, social well-being, and ethnicity, *Health & Place* 17(2011)238-



نویسندگان

m_safiri@yahoo.com

دکتر خدیجه سفیری

استاد تمام جامعه‌شناسی دانشگاه الزهراء، صاحب آثار متعدد، ۵۰ مقاله علمی - پژوهشی و تعدادی کتاب در حوزه خانواده و زنان و جنسیت و کارهای اخیرتر ایشان در حوزه ارزش‌ها و هویت است.

فاطمه منصوریان راوندی

حوزه مطالعاتی مورد علاقه او جامعه‌شناسی پزشکی، جامعه‌شناسی جنسیت و روش تحقیق کمی است.

