



## مطالعه جامعه شناختی سلامت اجتماعی زنان منطقه اورامانات کرمانشاه:

### با تاکید بر نقش خشونت های اجتماعی<sup>۱</sup>

فائزه محمدی<sup>۲\*</sup>، شهناز صداقت زادگان<sup>۳</sup>، منصوره اعظم آزاده<sup>۴</sup> و مریم قاضی نژاد<sup>۵</sup>

۲. دانشجوی دکتری جامعه شناسی و عضو هیئت علمی، گروه جامعه شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران \* (نویسنده مسئول).

faezeh.moh91@gmail.com

۳. استادیار گروه جامعه شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. رایانامه: sedaght@pnu.ac.ir

۴. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران. m.azadeh@alzahra.ac.ir

۵. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران. m.ghazinejad@alzahra.ac.ir

### چکیده

زمینه و هدف: انسان سالم محور توسعه اجتماعی است و فراینده توسعه بدون توجه به سلامت، ناممکن است. سلامت اجتماعی در جامعه متاثر از عوامل بسیاری است که در مطالعات جامعه شناسی قابل مطالعه است. این نوشتار با هدف تحلیل جامعه شناختی سلامت اجتماعی زنان و خشونت های اجتماعی انجام شده است.

روش: پژوهش به صورت پیمایش و کمی در بین زنان ۱۵-۴۹ سال منطقه اورامانات در استان کرمانشاه در سال ۹۷-۹۸ انجام گرفته است. افراد نمونه به تعداد ۳۰۰ نفر بر اساس فرمول کوکران به شیوه نمونه گیری خوشه ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته گردآوری و به روش‌های آماری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر رابطه معنی دار و معکوس بین جامعه‌پذیری، هویت قومی، خشونت کلامی و نگرش جنسیتی با سلامت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه بوده است. نتایج رگرسیونی حاکی از آن است که از میان متغیرهای اثرگذار (جامعه‌پذیری، هویت قومی، خشونت کلامی و نقش جنسیتی) بر سلامت اجتماعی، متغیر خشونت کلامی با مقدار بتای ۰/۱۸۵ به طور معکوس بیشترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی زنان جامعه مورد تحقیق داشته است.

نتایج: نتایج تحقیق نشان می‌دهد که میزان سلامت زنان در حد متوسط بوده است و بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد مشارکت اجتماعی و کمترین مقدار مربوط به بعد پذیرش اجتماعی است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، اورامانات، خشونت اجتماعی، جامعه پذیری، خشونت کلامی.

◀ **استناد ( به شیوه APA ویرایش ۶):** محمدی، فائزه؛ صداقت زادگان، شهناز؛ اعظم آزاده، منصوره؛ قاضی نژاد، مریم (پاییز و زمستان ۱۳۹۸). مطالعه جامعه شناختی سلامت اجتماعی زنان منطقه اورامانات کرمانشاه: با تاکید بر نقش خشونت های اجتماعی. *دوفصلنامه پژوهش‌های انتظامی- اجتماعی زنان و خانواده*، ۷ (۲)، ۲۰۸-۲۲۹.

۱. این مقاله مستخرج از رساله دکتری فائزه محمدی با عنوان: "تبیین جامعه‌شناختی خشونت اجتماعی علیه زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها مورد مطالعه: زنان متاهل ۱۵-۴۹ ساله بخش اورامانات (پاوه، جوانرود و روانسر) استان کرمانشاه" از مرکز تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام نور تهران است.



## مقدمه

سلامت یکی از موضوعات مهم فرهنگ هر جامعه‌ای است که در واقع هر اجتماع مدنی به عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت و ابعاد مختلف آن، نگرش و مفهوم خاصی را در نظر دارد. به گفته ماehler<sup>۱</sup>، رئیس سازمان جهانی بهداشت، «سلامت اگر همه چیز نیست، همه چیز بدون سلامت هیچ است» (خواجهدادی، شریفیان ثانی، شیانی و کریملو، ۱۳۸۷، ص ۳). لارسون<sup>۲</sup> معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان‌دهنده رضایت نسبی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است (لارسون، ۱۹۹۶، ص. ۱۸۳). به نظر برنز<sup>۳</sup>، نیز سلامت اجتماعی مفهومی از حمایتی است که خانواده و دوستان در اختیار فرد قرار می‌دهند و به نوعی فراهم‌کننده حمایت اجتماعی است. برنز معتقد است سلامت اجتماعی درجه‌ای از بهزیستی یا خوشبختی اجتماعی محسوب می‌شود (برنز، ۱۹۹۵؛ به نقل از نجف آبادی، ۱۳۹۰، صص ۱۰۱-۱۰۰).

از نظر کیز<sup>۴</sup> فردی سالم است که از سطوح بالای سلامت هیجانی، روانی و اجتماعی برخوردار باشد. از دیدگاه او افراد سالم، شاد و راضی زندگی می‌کنند، زندگی را هدف‌دار می‌بینند، این افراد فراتر از خودشکوفایی به شکوفایی اجتماع نیز ایمان دارند و همان طور که خود را دارای توانمندی‌های بالقوه می‌دانند، در جامعه نیز بالقوه‌هایی برای رشد، توسعه و تغییر می‌بینند (زاهدی و پیلهوری، ۱۳۹۳، ص. ۷۵). بنابراین، فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است (سام آرام، ۱۳۸۹، ص. ۹۰).

با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی، عوامل مختلفی وجود دارند که سلامت اجتماعی زنان را با مخاطره رو به رو می‌سازند. یکی از این عوامل خشونت‌هایی است که به طرق و در ابعاد مختلف علیه زنان وارد می‌شود. می‌توان اذعان کرد که خشونت اجتماعی علیه زنان در شرایط گوناگون، «ضربان حیات خانواده را از کار می‌اندازد و به مرور، قلب جامعه نیز به تبع آن، آسیب‌های جدی به خود خواهد دید» (مولوردی، ۱۳۸۵، ص. ۹۳). خشونت اجتماعی علیه زنان، یک مساله جدی اجتماعی است که پیامدها و عواقب ناگواری برای زنان قربانی شده در تمامی فرهنگ‌ها و گروه‌های قومی به دنبال می‌آورد. بنابراین، از آن‌جایی که خشونت اجتماعی در بطن روابط اجتماعی و کنش‌های متقابل رخ می‌دهد، بر کیفیت مناسبات اجتماعی زنان تأثیر آشکاری دارد و سلامت اجتماعی زنان در ابعاد مختلف را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو، از دیدگاه لارسون (۱۹۹۶) «زنان در کیفیت روابطشان با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌ها هستند»، دچار

1. Mahler  
3. Bronze

2. Iarson  
4. Keyes



اختلال می‌شوند، طرد می‌شوند، خلاقیت‌های خود را از دست می‌دهند و در نهایت با «کاهش زیست‌پذیری اجتماعی» رو به رو می‌شوند و این قضیه منجر به ایجاد الگوهای رفتاری، ایجاد فرهنگ سلطه‌پذیری، نگرش کوتاه‌مدت به آینده، کاهش تعلق اجتماعی و تعلیق مشارکت‌های برانگیخته، زوال اعتماد و مسئولیت‌پذیری و در نهایت، کم‌رنگ‌شدن امنیت اجتماعی (عینی و ذهنی) آن‌ها خواهد شد. و به تعبیر مک‌الروی، جورنا و ون انگلن<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) «سرمایه انسان»<sup>۲</sup> که شامل قابلیت‌ها و توانایی‌های فردی و اجتماعی زنان به منظور دستیابی به یک زندگی مطلوب است، را از آن‌ها سلب می‌کند و این روند در سطحی دیگر می‌تواند، وضعیت بدتری نسبت به سایر افراد جامعه برای آن‌ها ایجاد کند و مشکلات ناشی از نابرابری قومی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی نامطلوبی به بار آورد.

جامعه ایران با حجم به نسبت انبوه جمعیت و تنوع و گستردگی قومی-فرهنگی که در جغرافیایی به نسبت ناموزون و بسیار متنوع توزیع شده است، با موضوع سلامت در تمام ابعاد آن روبه رو است. از سوی دیگر، شرایط جامعه که نشانگر جامعه‌ای در حال گذار و انتقال از وضعیت به نسبت سنتی به وضعیت به نسبت مدرن است، همراه با خود فرصت‌ها و تهدیدهایی به ارمغان می‌آورد؛ فرصت‌هایی برای یافتن راهکارها و مدل‌های بهبود و گسترش سلامت اجتماعی و تهدیدهایی در از دست رفتن سلامت اجتماعی موجود یا کم‌رنگ شدن آن، به قیمت انتقال به دوره مدرن (موسوی و شیانی، ۱۳۹۴، صص. ۱۵-۱۴). منطقه اورامانات به موازات گسترش تجربه مواجهه با مدرنیته، ظهور سبک زندگی جدید و تحولات ناشی از توسعه، با مسائل اجتماعی نوینی روبرو است که منجر به، به هم خوردن تعادل اجتماعی آن شده است و خود را طرق مختلفی از جمله خشونت نشان می‌دهد. رشد تحصیلات زنان، درخواست‌های رو به افزایش برای اشتغال، گرایش به فراغت و مصرف فرهنگی و کاهش مولاید، نشان از میل زنان منطقه برای دگرگونی و تغییر شرایط اجتماعی-فرهنگی خویش است.

این وضعیت زنان را از انتخاب‌ها و فرصت‌های لازم به منظور رهایی از فقر و دستیابی به حقوق خود محروم می‌سازد و بر سلامت اجتماعی زنان تاثیر می‌گذارد و با پایین آمدن سطح سلامتی، دوباره طرد اجتماعی بازتولید می‌شود (جاریانی، ۱۳۸۵، ص. ۲). از این دیدگاه، می‌توان در حوزه زنان محدودیت‌ها و آسیب‌های جنسیتی را کنکاش کرد و به تبیین بسیاری از مسائل اجتماعی زنان، از جمله سلامت اجتماعی آن‌ها پرداخت. لذا پژوهش حاضر در پی مطالعه و تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی و همچنین تاثیر ساختار کلان جامعه از جمله شیوه جامعه‌پذیری، نقش‌های جنسیتی، خشونت کلامی به عنوان خشونت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان منطقه اورامانات است. بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه خشونت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان منطقه اورامانات است.

1. McElroy et al,

2. human investment



## ادبیات پژوهش

**پیشینه پژوهش:** هر مطالعه‌ای در یک پیوستار قرار دارد. به این معنا که از مطالعات قبلی تاثیر گرفته و در مقابل بر مطالعات آتی تاثیر خواهد گذاشت. این مطالعه نیز از این قاعده مستثنی نیست و در خلاء انجام نمی‌گیرد. اما، آنچه لازم است مورد اشاره قرار بگیرد این است که، در خصوص متغیرهای مورد نظر این مطالعه، یعنی خشونت و سلامت، مطالعات زیادی انجام گرفته است؛ ولی در خصوص خشونت اجتماعی و سلامت اجتماعی به صورت مستقل مطالعه چندانی انجام نگرفته است. لذا، آنچه باید مورد تاکید قرار گیرد این است که، نمی‌توان به طور مستقیم به مطالعات فراوانی در این خصوص اشاره کرد. از این رو، به مطالعاتی که نزدیکی بیشتری با موضوع مورد مطالعه دارند، اشاره می‌شود.

خاقانی (۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان «بررسی نقش خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران» انجام داده است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد زنانی که دسترسی بیشتری به سرمایه‌های اجتماعی و خانوادگی دارند، از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. نتایج رگرسیون نیز نشان می‌دهد که جامعه‌پذیری، حمایت‌ها و سرمایه اجتماعی، سهم تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی سطح سلامت زنان دارد. «بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار» مطالعه‌ای است که توسط حسینی حاجی‌بکنده و تقی‌پور (۱۳۸۹) انجام گرفته است. یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که هر چه زنان سرپرست خانوار، از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن، از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند. همین رابطه بین مولفه‌های سه‌گانه حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی نیز دیده می‌شود.

«خشونت علیه زنان در تهران: نقش جامعه‌پذیری جنسیتی، منابع در دسترس زنان و روابط خانوادگی» توسط آزاده و دهقان‌فر (۱۳۸۵) انجام گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهند نوع روابط در خانواده نقش مهمی در تعیین میزان خشونت علیه زنان دارد. همچنین بین شیوه جامعه‌پذیری نقش‌های جنسیتی، سرمایه‌ها و منابع در دسترس زنان و شکل روابط در خانواده جهت‌یاب با خشونت علیه زنان، رابطه معناداری وجود دارد. در تحلیل چند متغیری، روابط گفتمانی و درآمد ماهانه به ترتیب به عنوان مهمترین تبیین‌کننده‌های خشونت علیه زنان معرفی شده و ضریب تعیینی برابر با ۰/۷۷ را برای توضیح تغییرات خشونت علیه زنان به دست داده‌اند.

رستگار و همکاران (۱۳۹۴) مطالعه‌ای را با هدف شناسایی رابطه امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی با نظارت اجتماعی (طبیعی و غیرطبیعی) در میان زنان ساکن شهر شیراز انجام داده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، بین احساس امنیت اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی آنان رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد احساس امنیت اجتماعی زنان بیش‌ترین تاثیر را بر انسجام و انطباق اجتماعی سلامت اجتماعی آنان دارد.



مطالعه‌ای تحت عنوان «همسرآزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان - استان چهارمحال و بختیاری» توسط معزی و همکاران (۱۳۸۵)، به انجام رسیده است. از دیدگاه نویسنده، جایگاه ضعیف اقتصادی و اجتماعی زنان در اکثر جوامع همراه با باورهای غلط فرهنگی-مذهبی، ترس از آبرو و گاه نبود قوانین محکم موجب گردیده تا رایج‌ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت خانگی باشد که توسط همسران اعمال می‌گردد. این مطالعه با هدف بررسی میزان اختلالات روانی در زنان تحت خشونت همسر انجام گرفته است. نتایج پژوهش، نشانگر پیامدهای روانی همسرآزاری و خشونت علیه زنان بوده و تاییدی بر آسیب به سلامت روان زنان بر اثر خشونت است.

تحقیقی تحت عنوان «وقوع خشونت خانوادگی و اثر آن بر روی سلامت روانی زنان کره جنوبی» توسط جایوب کیم و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، انجام شده است و نتایج حاکی از آن است که میزان وقوع خشونت‌های روانی، فیزیکی و جنسی از جانب شوهر در بین زنان کره جنوبی به ترتیب ۲۶/۴ درصد، ۲۹/۵ درصد و ۳/۷ درصد است. همچنین، رابطه معنی‌داری بین مشاهده و تجربه خشونت در خانواده پدری زن و خشونت خانوادگی علیه زنان به دست آمده است. همچنین، زنانی که از سوی شوهران‌شان مورد خشونت واقع می‌شدند، نسبت به زنانی که چنین تجربه‌ای را نداشتند؛ افسردگی، استرس، اختلال در عملکرد اجتماعی و عزت نفس پایین‌تری داشتند.

«ترسیم نقش خشونت ساختاری و میان فردی در زندگی زنان: پیامدهای آن بر سلامت عمومی زنان» مطالعه‌ای است که در سال ۲۰۱۵ توسط مونتسانی و ثورستن<sup>۲</sup> انجام گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهد که شکل‌های مختلف خشونت (نمادین، ساختاری و بین‌فردی) با همدیگر در ارتباط هستند و از همدیگر مجزا نیستند. خشونت ساختاری با شدت بیشتری سلامت اجتماعی زنان (به طور مثال مسکن، مراقبت بهداشتی باکیفیت، بیکاری) را با خطر روبرو می‌سازد. بنابراین، عوامل ساختاری تأثیری منفی بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت دارند و از این طریق خطر ابتلا به خشونت‌های میان فردی در زنان را افزایش می‌دهند.

سونگو و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به بررسی «خشونت ادراک‌شده علیه زنان و سلامت آن‌ها» می‌پردازند. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۲۴۷ مورد خشونت ادراک‌شده، ۹۶ مورد ادراک نشده داشته‌اند (شیوع ۸/۸ . ۳۴/۳). تحلیل‌های چند متغیره نشان می‌دهد که موارد زیادی مربوط به خشونت ادراک شده است. بیشترین فراوانی نیز مربوط به افسردگی می‌باشد. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که خشونت در هر نوع آن، ادراک زنان از موقعیت خود و محیط اطراف‌شان را تغییر می‌دهد و استرس و افسردگی خفیف تا شدید برای آن‌ها ایجاد می‌کند.

پارک و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) به بررسی «رابطه بین خشونت همسر و سلامت روانی زنان متاهل کره‌ای»

1. Kim et al

2. Montesantiand Thurston

3. Sonego; Gandarillas; Zorrilla; Lasheras; Piresb; Anes &amp; Ordobás

4. Park, Park, Jun &amp; Kim

می‌پردازند. یافته‌ها نشان می‌دهد که خشونت فیزیکی و غیرفیزیکی رابطه معناداری با افسردگی زنان دارد. نتایج حاکی از آن است زنانی که خشونت را تجربه کرده‌اند، نقش جنسیتی سنتی دارند، نشانه‌ها افسردگی بیشتری از خود بروز داده‌اند و افکار خودکشی بیشتری در خود پرورانه‌اند. همچنین نتایج مطالعه نشان می‌دهد که الگوی واضحی‌ایی از تضاد کار- خانواده برحسب ارتباط بین نقش‌های جنسیتی و سلامت روان زنان وجود دارد.

**مبانی نظری:** نظریه سلامت اجتماعی<sup>۱</sup> کبیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روانشناختی نشات می‌گیرد. کبیز معتقد است که مفهوم‌سازی سلامت باید آن‌قدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را در برگیرد (کبیز، ۱۹۹۸، ص. ۱۳۳). از نظر وی فردی سالم است که از سطوح بالای سلامت هیجانی، روانی و اجتماعی برخوردار باشد. از دیدگاه او افراد سالم، شاد و راضی زندگی می‌کنند، زندگی را هدف‌دار می‌بینند، بر زندگی خود تسلط دارند و همه جنبه‌های خودشان را می‌پذیرند، مرتب در حال رشد و تغییر هستند و خود را حاکم بر زندگی خویش می‌دانند نه قربانی آن؛ سطوح بالایی از رضایت اجتماعی را دارا هستند، احساس تعلق به اجتماع اطرافشان را دارند و احساس می‌کنند دیگران برای آن‌چه آن‌ها انجام می‌دهند، ارزش قائل‌ند. آن‌ها از نظر اجتماعی قابل قبول و خود نیز پذیرش بالایی از اجتماع و مردم دارند (زاهدی و پيله وری، ۱۳۹۳، ص. ۷۵). علاوه بر این، کبیز معتقد است سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که باهم نشان می‌دهند، چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش به طور مثال به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (افشانی و شیرینی محمدآبادی، ۱۳۹۵، ص. ۳۵). وی سلامت اجتماعی را به صورت مدل پنج بعدی «شکوفایی اجتماعی»<sup>۲</sup>، «انسجام اجتماعی»<sup>۳</sup>، «همبستگی اجتماعی»<sup>۴</sup>، «پذیرش اجتماعی»<sup>۵</sup> و «مشارکت اجتماعی»<sup>۶</sup> شاخص‌بندی می‌کند و با ارائه مقیاسی با ابعاد اجتماعی فرد، فرض را براین می‌گذارد که افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزشیابی می‌نمایند. به این ترتیب سلامت اجتماعی، در برگزیده اجزا و مولفه‌هایی است که روی هم رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار هست یا خیر؟ و به چه میزانی؟ (کبیز، ۲۰۰۶، ص. ۳۹۵). بنابر مدل پنج بعدی کبیز، شکوفایی اجتماعی، ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است، شامل درک فرد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد (کبیز، ۱۹۹۸، ص. ۱۲۳). انسجام اجتماعی، به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این‌که فرد به جامعه تعلق دارد و احساس حمایت شدن از طریق سهم داشتن در آن (سام آرام، ۱۳۸۸، ص. ۱۸). انطباق اجتماعی، در مقابل، با بی‌معنا بودن زندگی قابل مقایسه است و شامل دیدگاه‌هایی است که جامعه قابل سنجش است. از حیث روانشناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف، ۱۹۸۹، به نقل از بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴، ص. ۳۵). پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و

1. Social Health  
 3. Social integration  
 5. Social acceptance

2. Social actualization  
 4. Social coherence  
 6. Social contribution

می‌پذیرد. افراد باور دارند که مردم می‌توانند ساعی و موثر باشند (کیبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص. ۳۵۵). مشارکت اجتماعی، عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به دنیای خود اضافه می‌کند (کیبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص. ۳۵۴).

**خشونت اجتماعی<sup>۱</sup>:** خشونت به یکی از معضلات جدی در بین تمامی اقشار و جوامع تبدیل شده است. بسیاری از افراد به علت خشونت می‌میرند و بسیاری از افراد بر اثر خشونت دچار آسیب و مشکلات مربوط به سلامت روحی و جسمی می‌شوند (سنکر و گیفورد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱؛ به نقل از نوربخش و مولوی، ۱۳۹۴، ص. ۵). در واقع، «خشونت یک پدیده عاطفی، جسمی و جنسی بر علیه دیگری است که در سراسر جهان به یک مسئله مهم تبدیل شده است، و زنان را تهدید می‌کند (گارسیا-مورنو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶، ص. ۳۵۹). علاوه بر این، از دیدگاه پژوهشگران پیامدهای خشونت اجتماعی در سطح جهانی حدود ۱۳۰ برابر بیشتر از خشونت‌های مستقیم فیزیکی است (کولر و الکا<sup>۴</sup>، ۱۹۷۶). یوهان گالتونگ<sup>۵</sup> صلح را نه تنها به فقدان خشونت فیزیکی مستقیم - که شامل خشونت میان فردی و جمعی می‌شود - بلکه به خشونت ساختاری غیرمستقیم ناشی از نیروهایی نظیر فقر، به حاشیه راندن و استثمار تعریف می‌کند (ریلکو-باوئر و فارمر<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶، ص. ۳۶). گالتونگ (۱۹۶۹، ص. ۱۸۳) می‌گوید: «صلح مثبت فقدان خشونت ساختاری است. این مفهوم به مثابه فقدان خشونت اجتماعی و ساختاری و به‌ویژه خشونت‌های مرتبط با قدرت نابرابر، به طور خاص، قدرت تصمیم‌گیری در مورد توزیع منابع است که منجر به شانس نابرابر<sup>۷</sup> برای افراد می‌شود». از نظر نیوتن گارور<sup>۸</sup> (۱۹۷۳، ص. ۲۶۵) خشونت اجتماعی عبارت است از: «خشونت‌های نهادی مخفی که مردم را به طور سیستماتیک از حقوق خود محروم می‌سازد به همان شیوه‌ای که به طور خودکار در معاملات [اقتصادی] انجام می‌گیرد».

پس می‌توان گفت خشونت ساختاری یا اجتماعی ناشی از نابرابری و ناعدالتی است که در ساختارهای اجتماعی نابرابر تعبیه شده است و به‌وسیله نهادهای مستقر و تجربیات مداوم طبیعی و نهادینه شده است (وینتر و لیختون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱، ص. ۹۹). ما از طریق ساختارها روابط و تنظیمات اجتماعی (اقتصادی، سیاسی، قانونی، مذهبی و فرهنگی) را فهم می‌کنیم که به تعاملات افراد و گروه‌ها در نظام اجتماعی شکل می‌دهد. این مساله شامل ساختارهای کلان فرهنگی و سیاسی-اقتصادی مانند، پدرسالاری، قومیتی، جنسیتی، جنسی می‌شود. این ساختارها خشونت‌آمیز هستند، زیرا آن‌ها منتج به مرگ، بیماری و آسیب می‌شوند و از طریق حاشیه‌سازی افراد و گروه‌ها، منجر به بازتولید خشونت شده و ظرفیت‌ها و قدرت عاملیت افراد را محدود و منجر به هتک

1. Social violence  
3. Garcia-Moreno  
5. Johan Galtung  
7. unequal life chances  
9. Winter & Leighton

2. Senker & Gifford  
4. Alcock & Köhler  
6. Rylko-Bauer & Farmer  
8. Newton Garver

حرمت و تثبیت نابرابری‌ها می‌شوند (ریلکو-باوئر و فارمر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶، ص. ۳۶). اما، «خشونت اجتماعی که در ساختارها تعبیه و نهادینه می‌شود تمرکز و توجه خود را از عوامل فردی و زیستی فراتر می‌برد و بر این‌که، چه چیزهایی مردم را در معرض ریسک و خطر قرار می‌دهد» (لینک و پلان<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵، ص. ۸۰)، توجه دارد و فراتر از تفاوت‌های مربوط به سلامت فردی حرکت می‌کند و درصدد درک روشنی از نابرابری‌های [اجتماعی] و روابط قدرت آن ساختار و حفظ آن‌ها دارد (لیزمن و گودمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱، ص. ۳۳). خشونت اجتماعی نوعی سوء استفاده است که منجر به انکار دیگری می‌شود و می‌تواند به صورت مستقیم، کلامی، اهانت، برچسب و زیر پا گذاشتن قانون برای دستیابی به منافع فردی انجام شود. «خشونت اجتماعی به نوبه خود به شیوه‌های مختلف مسیر را برای خشونت‌های فیزیکی مستقیم باز می‌کند» (بون فوی، فرانسوا و پاسکال<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). بهترین تعریف برای واکاوی فضای مفهومی این نوع از خشونت در این پژوهش را از زبان مونتسانتی و ثورستن<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) بیان می‌کنیم: «خشونت ساختاری [اجتماعی] به ترتیبات اجتماعی اشاره می‌کند که افراد را در یک وضعیت آسیب‌زا قرار می‌دهد. خشونت ساختاری یا اجتماعی، محصول جامعه-ساختار اجتماعی/سیاسی و سازمان‌های اقتصادی جهان اجتماعی ما- است و به ایجاد و حفظ نابرابری داخل و بین گروه‌های اجتماعی مختلف [به طور مثال زنان] و همچنین گروه‌های قومی-فرهنگی یا سایر گروه‌های اقلیت منجر می‌شود». در این مطالعه، ابعاد خشونت اجتماعی در زیر به صورت خلاصه ارائه می‌شود.

**جامعه‌پذیری جنسیتی<sup>۶</sup>:** از دیدگاه جنکینز<sup>۷</sup> (۱۳۸۱، ص. ۲۷۴) ساختار اجتماعی و فرهنگی همه جوامع انسانی، تا حد زیادی متأثر از تفاوت‌های جنسیتی است که به طور غالب سعی بر آن است تا علمی یا طبیعی نمایانده شوند؛ لیکن درواقع برساخته‌ی اجتماع‌اند. «جنسیت، سازه‌ای اجتماعی است، زیرا از نظر جامعه‌شناسان، جنسیت به عوامل متعدد مانند، برداشت‌های گوناگون ما در طول زمان و مکان بستگی دارد» (هولمز، ۱۳۹۱، ص. ۶۳). بسیاری از رده‌بندی‌ها و گروه‌بندی‌های نهادی بر اساس جنسیت صورت می‌گیرد. چنین گروه‌بندی‌هایی فرصت‌ها و تجربیات زندگی را تحت الشعاع قرار می‌دهد (جنکینز، ۱۳۸۱، ص. ۱۰۲).

بر اساس تفکر باندورا و نظریه یادگیری اجتماعی پرخاشگری و خشونت؛ رفتار و کنش اجتماعی است که از طریق فرایندهای اجتماعی تولید، بازتولید و فراگرفته می‌شود. وی بر نقش یادگیری مشاهده‌ای در آشنایی با رفتار، تاکید ویژه‌ای می‌کند (سیف ربیعی، رضانی تهرانی و نادیا حتمی، ۱۳۸۱، صص. ۹-۸). بنابراین، می‌توان گفت جامعه‌پذیری جنسیتی با نهادینه کردن نابرابری از یک سو و تداوم بخشیدن به آن در نسل‌های آینده از سوی دیگر، می‌تواند در حکم بستر اصلی نابرابری جنسیتی شناخته شود (هومین فر، ۱۳۸، ص. ۹۰).

1. Rylko-Bauer & Farmer  
3. Leatherman and Goodman  
5. Montesanti and Thurston  
7. Jenkins

2. Link and Phelan  
4. Bonnefoy, Burgat, and Menoret  
6. Gender socialization



**خشونت کلامی**<sup>۱</sup>: خشونت کلامی را می‌توان در یک تعریف کلی، «خشونت غیرفیزیکی نیز نامید که شامل؛ خشونت ذهنی، عاطفی، اقتصادی، استقلال، تکنیک‌ها و تاکتیک‌های سوءاستفاده‌ای می‌شود که فیزیکی نیستند» (بزیل و سالتزمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ سف، بولیور و نیومن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). اما، در معنای اخص، خشونت کلامی مربوط به لفظ و کلماتی است که متوجه یک فرد می‌شود و بیشتر بار تحقیرآمیز و شکننده دارند. این نوع خشونت چون غیرفیزیکی است از این‌رو، «این نوع از خشونت به طور معمول کمتر گزارش می‌شود، زیرا زنان کمتر آن را به‌عنوان خشونت می‌شناسند» (شوالتر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). به گفته رایین لیکاف<sup>۵</sup> سبک رایج سخن گفتن مردان و زنان و حتی سبک سخن گفتن درباره زنان، در حاشیه بودن و ناتوانی زن را باز می‌تاباند. کلیشه‌های کلامی، نوعی خشونت است که در روابط متقابل اجتماعی بین زنان و مردان رخ می‌دهد، که بر اثر آن زنان با القاب و عناوینی زننده و گاهی غیراخلاقی مورد خطاب قرار می‌گیرند. کلیشه‌های کلامی منجر به ننگ و برچسب زنی می‌شود. در واقع، «داغ ننگ برداشتی است که با ویژگی‌هایی از جمله احساس شرمساری و خجل‌بودن، منجر به پایین آمدن احساس منزلت اجتماعی می‌شود» (باومبرگ و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). داغ ننگ، منجر به ایجاد تمایز بین گروه ما و آن‌ها شده و عقاید کلیشه‌ای را تقویت می‌کند. این مسئله ناشی از نابرابری قدرت در روابط اجتماعی است (لینک و پلان<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱).

**نقش جنسیتی**<sup>۸</sup>: تضادهای مربوط به نقش جنسیتی، نقش مهمی در خشونت علیه زنان دارند. زنان دارای نقش سنتی ممکن است واکنش منفعلانه به خشونت علیه خود داشته باشند (زو و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵، ص. ۵). نقش جنسیتی تابع سنت‌ها و ارزش‌هایی است که در یک جمع و گروه نهادینه شده است. یکی از مهمترین این گروه‌ها خانواده است، تصویری که کودکان از خودشان دارند، بستگی به این دارد که اعضای خانواده چه احساسی درباره آن‌ها دارند. بدین‌سان، برداشت آن‌ها از خودشان، جهان و مردم به طور مستقیم تحت تاثیر رویکردها و باورهای خانواده‌هایشان شکل می‌گیرد. ارزش‌هایی که یک فرد می‌پذیرد و نقش‌های گوناگونی که از او انتظار می‌رود، نخست در خانواده آموخته می‌شود (محسنی‌تبریزی، کلدی و جوادیان زاده، ۱۳۹۱، ص. ۱۵). به این اعتبار، «فرایند جامعه‌پذیری گرایش‌ها و هویت جنسیتی را در خانواده درونی کرده و آن را به فرزندان انتقال می‌دهد و باعث دائمی‌شدن خشونت و سلطه مرد بر زنان می‌شود» (شفر و ایمان<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲، ص. ۹۸). نقش جنسیتی نیزالگوهای رفتاری دو جنس است که مورد تأیید و پذیرش اجتماع قرار گرفته و فرد خود را با آن همانندسازی کرده است (بی‌ریا، ۱۳۸۵، ص. ۲۳) و فرهنگی خاص، آن رفتارها، نگرش‌ها و انگیزه‌ها را برای مردان و زنان شایسته و مناسب می‌داند و ایشان را بدان تشویق می‌کند (عضدانلو، ۱۳۸۴، ص. ۶۳۸). بنابراین، «نقش جنسیتی عبارت است از انتظارات غالب در یک جامعه درباره فعالیت‌ها و رفتارهایی که مردان و زنان می‌توانند

1. Verbal violence

3. Seff, Beaulaurier &amp; Newman

5. Robin likaf

7. Link&amp;Phelan

9. Xu, Zhu, O'Campo, Koenig, Mock &amp; Campbell

2. Basile &amp; Saltzman

4. Showalter

6. Baumberg et al.

8. Gender role

10. Schaeffre &amp; Iman

یا نمی‌توانند در آن‌ها درگیر شوند». براساس تحقیقاتی که پیرامون تصورات از نقش جنس زن و مرد درباره شخصیت و توانایی‌ها انجام گرفته، مردان را بیشتر قوی، مغرور، شجاع، مطمئن و زنان را احساسی، عاطفی و حساس توصیف کرده‌اند (کلر، ۱۹۹۴؛ به نقل از دهقان فر، ۱۳۸۴، ص. ۱۲۲).

پارسونز به خاطر مفهوم نقش‌های خانوادگی برحسب جنس شهرت دارد. وی معتقد است تخصص و تفکیک نقش‌ها به حفظ نظام خانوادگی کمک می‌کند و مبنای اجتماعی کردن کودک است. تخصص، تفکیک نقش‌های پدر و مادر را ایجاب می‌کند. مرد، رئیس خانواده و نقش نان‌آور را در رابطه با جامعه برعهده دارد و زن، نقش کدبانوی خانه را ایفا می‌کند. نقش اقتصادی مرد و شغل وی قاطع‌ترین و تعیین‌کننده‌ترین پایگاه حقوقی خانواده و نقش اصلی مرد در جامعه است. خانه‌داری و بچه‌داری اساسی‌ترین فعالیت‌ها و نقش زن است، و زن بیش از پدر به بچه نزدیک است و مدار زندگی عاطفی خانواده اوست (میشل، ۱۳۵۴، صص. ۷۳-۷۲). با توجه به این نظریه، هرگاه زوجین نقش‌هایی که از آن‌ها انتظار می‌رود را به خوبی ایفا نکنند، موجب دگرگونی روابط آن‌ها می‌شود و در نتیجه، درگیری و خشونت بروز می‌کند.

**هویت قومی<sup>۱</sup>:** هویت قومی مجموعه ایده‌های فرد درباره اعضای گروه قومی خود و بازشناسی خود با استفاده از برجسب‌های قومی است. هویت قومی برای همه اعضای یک گروه قومی یکسره مشابه نیست و به عنوان جزء مکمل تولید و درک "مفهوم خود" برای هر فرد مقوله‌ای بی نظیر است. گروه قومی به عنوان هسته اصلی شکل دهنده هویت قومی، دسته‌ای از مردم دارای فرهنگ مشترک است که خود را از افراد دیگر جامعه متمایز می‌یابند و یک جمع انسانی ویژه را تشکیل می‌دهند. هویت قومی به تفکر، ادراک، احساس و رفتار فرد از تعلق به گروه قومی و آگاهی از تمایز و تفاوت گروه خویش مربوط می‌شود (قانع‌ی راد، موسوی و حمیدیان، ۱۳۸۶، ص. ۱۷۱).

## روش

در این پژوهش از روش توصیفی-پیمایشی استفاده شده است. جامعه آماری، شامل همگی زنان متاهل منطقه اورامانات (پاوه، جوانرود و روانسر) استان کرمانشاه است. طبق نتایج و آمار اعلام شده از سوی مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، جمعیت زنان گروه سنی ۴۹-۱۵، برابر با ۳۰۶۵۳ است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، برابر با ۳۰۰ نفر تعیین شده است، و براساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها برای متغیر سلامت اجتماعی، پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز، و برای خشونت اجتماعی پرسشنامه محقق ساخته است. برای بررسی روایی صوری ابزار پژوهش، پرسشنامه در اختیار اساتید و متخصصان علوم اجتماعی قرار گرفته و پس از اعمال نظرات و دیدگاه‌های آن‌ها پرسشنامه نهایی تدوین شد. پایایی گویه‌ها ذیل ابعاد مورد بررسی از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و کاربرد آزمون‌های ضریب پیرسون و رگرسیون، و همچنین مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد.



## یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی: جدول (۱) بیانگر آماره توصیفی متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی افراد نمونه یا پاسخگویان به پرسشنامه‌ی پژوهش است.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخگویان

| متغیر      | طبقات متغیر         | فراوانی | درصد |
|------------|---------------------|---------|------|
| سن         | زیر ۲۵ سال          | ۴۲      | ٪۱۴  |
|            | ۲۶ تا ۳۰ سال        | ۴۸      | ٪۱۶  |
|            | ۳۱ تا ۳۵ سال        | ۷۱      | ٪۲۴  |
|            | ۳۶ تا ۴۰ سال        | ۶۳      | ٪۲۱  |
|            | ۴۱ تا ۴۵ سال        | ۳۷      | ٪۱۲  |
|            | ۴۶ به بالا          | ۳۹      | ٪۱۳  |
|            | جمع کل              | ۳۰۰     | ٪۱۰۰ |
| تحصیلات    | بیسواد              | ۱۸      | ٪۶   |
|            | ابتدایی             | ۴۲      | ٪۱۴  |
|            | متوسطه              | ۶۶      | ٪۲۲  |
|            | دیپلم و فوق دیپلم   | ۸۱      | ٪۲۷  |
|            | لیسانس              | ۸۰      | ٪۲۷  |
|            | فوق لیسانس          | ۱۲      | ٪۴   |
| پاسخ نداده | ۱                   | -       |      |
| جمع کل     | ۲۹۹                 | ٪۱۰۰    |      |
| شغل        | شغل دولتی           | ۴۹      | ٪۱۶  |
|            | شغل آزاد            | ۳۶      | ٪۱۲  |
|            | خانه‌دار            | ۲۰۳     | ٪۶۸  |
|            | دانشجو              | ۱۲      | ٪۴   |
| جمع کل     | ۳۰۰                 | ٪۱۰۰    |      |
| درآمد      | کمتر از ۲ میلیون    | ۹۷      | ٪۳۳  |
|            | ۲۰۰۰۰۰۱ تا ۴ میلیون | ۱۵۹     | ٪۵۵  |
|            | ۴۰۰۰۰۰۱ تا ۵ میلیون | ۲۷      | ٪۹   |
|            | ۵۰۰۰۰۰۱ به بالا     | ۱۰      | ٪۳   |
| جمع کل     | ۳۰۰                 | ٪۱۰۰    |      |
| نوع ازدواج | با فامیل            | ۱۰۳     | ٪۳۵  |
|            | با همشهری           | ۱۲۴     | ٪۴۱  |
|            | با هم استانی        | ۶۳      | ٪۲۱  |
|            | با غیر هم استانی    | ۸       | ٪۳   |
|            | بی‌پاسخ             | ۲       | -    |
| جمع کل     | ۳۰۰                 | ٪۱۰۰    |      |

با توجه به نتایج جدول ۱ می‌توان گفت دامنه سنی پاسخگویان بین ۱۵ تا ۴۹ است که بیشترین پاسخگویان

در گروه سنی ۳۱-۳۵ سال و کمترین پاسخگویان در گروه سنی ۴۱-۴۵ سال قرار دارند. همچنین ۱۴ درصد از

پاسخگویان در گروه سنی زیر ۲۵ سال بودند که به دلیل سن پایین ازدواج در منطقه است. در زمینه تحصیلات ۲۷٪ پاسخگویان دارای تحصیلات لیسانس و ۲۷٪ نیز دارای دیپلم و فوق دیپلم که بیشترین فراوانی را داشت و کمترین تحصیلات پاسخگویان مربوط به فوق لیسانس با ۴٪ است. سطح سواد بقیه پاسخگویان بیسواد ۶٪ و ابتدایی ۱۴٪، که نشان می‌دهد ۲۰ درصد پاسخگویان بیسواد و در حد ابتدایی هستند که درصد بالایی است. و ۲۲٪ هم در سطح متوسطه بوده‌اند. شغل اکثر پاسخگویان خانه‌دار ۶۸٪ و ۳۲٪ شغل آزاد یا اداری داشتند. درآمد ماهیانه خانواده اکثر پاسخگویان ۲ تا ۳ میلیون تومان ۳۲٪ و کمترین درآمد آن‌ها، کمتر از ۵۰۰ هزار تومان ۹٪ بوده است. در مورد نوع ازدواج پاسخگویان می‌توان گفت بیشترین پاسخ‌ها مربوط به ازدواج با همشهری و ازدواج با فامیل به ترتیب ۴۱٪ و ۳۵٪ و کمترین پاسخ‌ها ازدواج با غیر هم‌استانی ۳٪ بوده است که نشان از ازدواج درون‌گروهی جامعه تحقیق دارد (جدول ۲).

جدول ۲. یافته‌های توصیفی سلامت اجتماعی

| متغیرها            | تعداد | حداقل | حداکثر | میانگین | انحراف معیار | مد | میان |
|--------------------|-------|-------|--------|---------|--------------|----|------|
| سلامت اجتماعی      | ۳۰۰   | ۴۹    | ۱۵۳    | ۹۹/۵۹   | ۱۸/۸۶        | ۹۶ | ۹۹   |
| جامعه‌پذیری جنسیتی | ۳۰۰   | ۱۳    | ۴۸     | ۳۵/۶۴   | ۵/۱۹         | ۲۸ | ۲۵   |
| خشونت کلامی        | ۳۰۰   | ۷     | ۳۵     | ۱۸/۶۸   | ۶/۵۱         | ۱۸ | ۱۸   |
| نقش جنسیتی         | ۳۰۰   | ۶     | ۲۸     | ۱۳/۰۷   | ۴/۴۵         | ۱۲ | ۱۲   |
| هویت قومی          | ۳۰۰   | ۱۸    | ۵۵     | ۴۰/۸۶   | ۶/۵۹         | ۴۱ | ۴۱   |

با توجه به وجود ۳۳ گویه برای سنجش سلامت اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ است. بر اساس جدول بالا، حداقل نمره سلامت اجتماعی پاسخگویان ۴۹ و حداکثر نمره آن‌ها ۱۵۳ است. و میانگین سلامت اجتماعی پاسخگویان ۹۹/۵۹ و انحراف استاندارد آن ۱۸/۸۶ که می‌توان گفت، سلامت اجتماعی آن‌ها در حد متوسط بوده است.

حداکثر نمره جامعه‌پذیری جنسیتی ۱۳ و حداکثر آن ۴۸ است. و میانگین آن ۳۵/۶۴ و انحراف استاندارد آن ۵/۱۹ می‌باشد. همچنین، حداقل نمره خشونت کلامی ۷ و حداکثر آن ۳۵ است و میانگین خشونت کلامی ۱۸/۶۸ و انحراف استاندارد آن ۶/۵۱ است. در مورد نقش‌های جنسیتی هم حداقل نمره ۶ و حداکثر نمره آن ۲۸ است. و میانگین ۱۳/۰۷ انحراف استاندارد آن ۴/۴۵ است. و حداقل نمره هویت قومی پاسخگویان ۱۸ و حداکثر نمره آن‌ها ۵۵ است، میانگین نمره هویت قومی ۴۰/۸۶ و انحراف استاندارد آن ۶/۵۹ که نشان از هویت قومی بالایی دارد. به طور کلی، می‌توان گفت که وضعیت سلامت اجتماعی در حد متوسط، خشونت کلامی در حد متوسط به پایین، جامعه‌پذیری جنسیتی در حد بالا، نقش جنسیتی در حد متوسط رو به پایین و هویت قوی در حد بالایی حد قرار دارد.



یافته‌های استنباطی: از آن جایی که سطح سنجش متغیرهای اصلی مورد بررسی فاصله‌ای بود، لذا از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل (جامعه‌پذیری جنسیتی، خشونت کلامی، نقش جنسیتی و هویت قومی) و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) استفاده گردیده است (جدول ۳).

جدول ۳. ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی تحقیق

| متغیر مستقل        | متغیر وابسته  | شدت رابطه | سطح معنی داری | نوع آزمون | نتیجه آزمون | نوع رابطه |
|--------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|-------------|-----------|
| خشونت اجتماعی      | سلامت اجتماعی | -/۳۸      | ۰/۰۰۰         | پیرسون    | تایید       | معکوس     |
| جامعه‌پذیری جنسیتی | سلامت اجتماعی | -/۲۶      | ۰/۰۰۰         | پیرسون    | تایید       | معکوس     |
| خشونت کلامی        | سلامت اجتماعی | -/۳۱      | ۰/۰۰۰         | پیرسون    | تایید       | معکوس     |
| نگرش به نقش جنسیتی | سلامت اجتماعی | -/۳۰      | ۰/۰۰۰         | پیرسون    | تایید       | معکوس     |
| هویت قومی          | سلامت اجتماعی | -/۲۰      | ۰/۰۰۰         | پیرسون    | تایید       | معکوس     |

یافته‌ها نشان می‌دهد که در تمامی موارد مذکور فرضیات تحقیق تایید شده است. فرضیه اول: (به نظر می‌رسد بین خشونت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد) ضریب همبستگی به دست آمده ( $R = ۰/۳۸$ ) است. در نتیجه، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که بین خشونت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. این رابطه نشان می‌دهد که با افزایش خشونت اجتماعی علیه زنان، سلامت اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد. در این تحقیق، خشونت اجتماعی یا خشونت ساختاری شامل جامعه‌پذیری جنسیتی، نگرش به نقش جنسیتی، هویت قومی و خشونت کلامی سنجیده شده است؛ ساختارهای کلان مردسالاری و خرده فرهنگ قومی در سلامت زنان تاثیر گذارند و سبب زوال سلامت اجتماعی آنان شده اند.

**فرضیه دوم:** همبستگی بین جامعه‌پذیری جنسیتی با سلامت اجتماعی ارزیابی شده است که ضریب همبستگی به دست آمده ( $R = -۰/۲۶$ ) است و جهت رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. این رابطه نشان می‌دهد که شیوه جامعه پذیر شدن زنان، سلامت اجتماعی آن‌ها را کاهش می‌دهد. بنابراین، نتیجه تحقیق نشان می‌دهد هرچه شیوه جامعه‌پذیری و باورها و تصوراتی که در مورد زنان در جامعه وجود دارد، در زنان تقویت شود و آن‌ها را منفعل و مطیع و غیره بارآورد بر زوال سلامت اجتماعی آنان تاثیر گذار خواهد بود؛ اگرچه همبستگی ضعیف است، اما جهت رابطه معکوس است. با توجه نظریه جامعه‌پذیری ساختار اجتماعی و فرهنگی همه جوامع انسانی، تا حد زیادی متأثر از تفاوت‌های جنسیتی است که به طور غالب سعی بر آن است تا علمی یا طبیعی نمایانده شوند، لیکن در واقع برساخته اجتماع‌اند و بسیاری از رده‌بندی‌ها و گروه‌بندی‌های نهادی بر اساس جنسیت صورت می‌گیرد. چنین گروه‌بندی‌هایی فرصت‌ها و تجربیات زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. زنان به دلیل نوع ساختار حاکم بر جامعه، در میان گروه‌های مختلف اجتماعی به‌ویژه در مقایسه با مردان از منابع لازم برای معنابخشی، تعریف و بازاندیشی خود برخوردار نیستند تا از طریق آن جایگاه خود را در جامعه بهبود دهند، چرا که این

منابع تحت تاثیر جنسیت و یا خاستگاه اجتماعی و طبقاتی همسران و پدرانشان قرار گرفته است. از این رو، جامعه‌پذیری جنسیتی فرایند بازتولید نابرابری‌های جنسیتی است. همان‌طور که نتیجه تحقیق نشان می‌دهد، سبب زوال سلامت اجتماعی آنان می‌شود و حضور در اجتماع و مشارکت و پذیرش آنان را پایین نگه می‌دارد.

**فرضیه سوم:** خشونت کلامی علیه زنان و سلامت اجتماعی آنان مورد بررسی قرار گرفته است. نتیجه تحقیق نشان می‌دهد که بین خشونت کلامی با سلامت اجتماعی ( $R = .31$ ) رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. این رابطه نشان می‌دهد که با افزایش خشونت کلامی، سلامت اجتماعی زنان کاهش می‌یابد. براساس نظریه تعامل زمانی که زنان مشترکی بین طرفین وجود نداشته باشد، این امکان فراهم می‌شود که در صورت بروز اختلاف نظر، طرفین به جای اقناع و یا دلیل، به زور یا کلیشه متوسل شوند. فراگردهای ارتباطات انسانی مبتنی بر تطبیق خودآگاهانه و دائمی اعمال کنش‌گران است و جامعه نیز شبکه‌های تعاملی از افراد است که با یکدیگر عمل می‌کنند. بنابراین چون در تعاملات و هم‌کنشی فضای برابر و عاری از خشونت وجود ندارد، لذا ساختار مردانه با کلیشه‌های کلامی و برجسب‌زدن به زنان و یا با پیروی از عناصر هویتی نادرست به خشونت علیه زنان می‌پردازد، انسجام اجتماعی آن‌ها را از هم فرو می‌باشد و سلامت اجتماعی آن‌ها را با خطر روبرو می‌سازد.

**فرضیه چهارم:** بین نقش‌های جنسیتی با سلامت اجتماعی است که ضریب همبستگی ( $R = .30$ ) را نشان می‌دهد و رابطه منفی و معناداری وجود دارد. و این رابطه نشان می‌دهد که با افزایش نقش‌های جنسیتی، سلامت اجتماعی زنان کاهش می‌یابد. یعنی هرچه میزان پذیرش نقش‌های سنتی بیشتر باشد، سلامت اجتماعی آنان کمتر است. زیرا پذیرش نقش‌ها، باورها و قالب‌های نقش‌های سنتی، زنان را از فعالیت و مشارکت اجتماعی باز می‌دارد. کیت میل<sup>۱</sup> استدلال می‌کند کلیشه‌سازی نقش جنسیتی، کنترل اجتماعی بر زنان را تضمین می‌کند، زیرا زنان از دوران کودکی تربیت می‌شوند تا پذیرای نظامی شوند که جامعه را به حوزه‌های مردانه و زنانه تقسیم می‌کند و قدرت عمومی را به مردان وا می‌گذارد. وی استدلال می‌کند نقش‌های جنسیتی شکلی از سرکوب‌اند، زیرا زنان را از فعالیت اجتماعی باز می‌دارند. جسی برنارد<sup>۲</sup> و بتی فریدان<sup>۳</sup>، این بحث را مطرح می‌کنند که سرکوب زنان حاصل تلقین نقش‌های جنسی تعریف‌شده از سوی جامعه است. موقعیت زنان به دلیل ساختاری بودن این نقش‌ها نهادینه شده و مشارکت اجتماعی، اثربخشی، انطباق و پذیرش اجتماعی آن‌ها را تحت تاثیر قرار خواهد داد. بنابراین، سلامت اجتماعی و روانی آنان خدشه‌دار خواهد شد.

**فرضیه پنجم:** همبستگی بین هویت قومی و سلامت اجتماعی ارزیابی شده است که همبستگی به‌دست آمده ( $R = .20$ ) و جهت رابطه منفی و معناداری وجود دارد. گرچه براساس یافته‌های تحقیق، میزان هویت قومی بالا بود، اما این هویت قومی و فرهنگ حاکم بر جامعه، از طریق شیوه‌های جامعه‌پذیری سبب شده که زنان در همان

1. Kate millett  
3. Betty Friedan

2. Jessie Bernard



قالب فکری و فرهنگی تعیین شده باشند و هویتی مستقل برای خود نداشته باشند. بنابراین چنین زنی هیچ هویت جداگانه‌ای برای خود ندارد تا بتواند خودش را بیابد، استعدادها و شایستگی‌هایش را بیابد و پرورش دهد. برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرهای نقش جنسیتی، خشونت کلامی، جامعه‌پذیری و هویت قومی به عنوان متغیرهای پیش‌بین با سلامت اجتماعی به عنوان متغیر ملاک، تمامی متغیرها در معادله رگرسیون وارد شدند که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل‌های رگرسیون چندگانه همزمان بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک

| SE   | adjusted R <sup>۲</sup> | R     | سطح معناداری | F      | میانگین مجزورات | درجات آزادی | مجموع مجزورات | منبع واریانس |
|------|-------------------------|-------|--------------|--------|-----------------|-------------|---------------|--------------|
| ۲/۴۴ | ۰/۱۴۵                   | ۰/۳۹۶ | ۰/۰۰۱        | ۱۳/۶۷۶ | ۴۱۶۳/۶۲۳        | ۴           | ۱۶۶۵۴/۴۹۱     | رگرسیون      |
|      | R <sup>۲</sup>          |       |              |        | ۳۰۴/۴۴۸         | ۲۹۵         | ۸۹۸۱۲/۰۷۹     | باقیمانده    |
|      | ۰/۱۵۶                   |       |              |        |                 | ۲۹۹         | ۱۰۶۴۶۶/۵۷۰    | کل           |

براساس این نتایج میزان F مشاهده شده (۱۳/۶۷۶) در سطح ( $P \leq ۰/۰۱$ ) معنادار است و ۱۴٪ واریانس مربوط به سلامت اجتماعی به وسیله متغیرهای نقش جنسیتی، خشونت کلامی، جامعه‌پذیری و هویت قومی ( $R^2 = ۰/۱۵۶$ )، با توجه به معنی‌دار بودن رگرسیون معادله پیش‌بینی در جدول ۵ ارائه گردیده است.

جدول ۵. ضرایب معادله پیش‌بینی سلامت اجتماعی با استفاده متغیرهای پیش‌بین

| معنی‌داری | t      | ضرایب معیار بتا | خطای معیار | ضرایب B | مدل         |
|-----------|--------|-----------------|------------|---------|-------------|
| ۰/۰۰۱     | ۲۰/۳۶۷ |                 | ۶/۶۵۵      | ۱۳۵/۵۳۸ | مقدار ثابت  |
| ۰/۰۰۲     | -۳/۱۴۰ | -۰/۱۸۵          | ۰/۲۴۹      | -۰/۷۸۲  | خشونت کلامی |
| ۰/۰۰۴     | -۲/۸۹۱ | -۰/۱۷۸          | ۰/۱۷۹      | -۰/۵۷۱  | جامعه‌پذیری |
| ۰/۰۶۷     | -۱/۸۳۷ | -۰/۱۱۲          | ۰/۱۴۵      | -۰/۲۶۷  | هویت قومی   |
| ۰/۱۴۳     | -۱/۴۷۰ | -۰/۰۸۳          | ۰/۱۶۳      | -۰/۲۳۹  | نقش جنسیتی  |

ضرایب رگرسیون هر یک از متغیرهای خشونت کلامی و جامعه‌پذیری، به عنوان متغیر پیش‌بین، نشان می‌دهد که دو متغیر خشونت کلامی و جامعه‌پذیری ( $P \leq ۰/۰۰۱$ )، می‌توانند واریانس متغیر وابسته سلامت اجتماعی را به صورت معنی‌دار تبیین کنند. ضریب تأثیر خشونت کلامی ( $\beta = -۰/۱۸$ ) با توجه به آماره t، نشان می‌دهد که رشد با اطمینان ۰/۹۵ می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کند. این ضریب تاثیر منفی است و معنای آن این است که اگر یک انحراف استاندارد به میزان خشونت کلامی اضافه شود مقدار ۰/۱۸ انحراف استاندارد، از نمره فرد، در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود. به معنی ساده با افزایش خشونت کلامی، سلامت اجتماعی کاهش می‌یابد.

همچنین ضریب تأثیر جامعه‌پذیری ( $\beta = -0/19$ ) با توجه به آماره  $t$  نشان می‌دهد که رشد با اطمینان  $0/95$  می‌تواند تغییرات مربوط به سلامت اجتماعی را پیش‌بینی کند. این ضریب تأثیر منفی است و معنای آن این است که اگر یک انحراف استاندارد به میزان جامعه‌پذیری اضافه شود مقدار  $0/19$  انحراف استاندارد، از نمره فرد، در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود. سطح معناداری نقش جنسیتی ( $\text{sig} = 0/143$ ) و هویت قومی ( $\text{sig} = 0/067$ ) نیز نشان می‌دهد که قادر به پیش‌بینی سلامت اجتماعی نیستند.

## بحث و نتیجه گیری

این مطالعه حاصل آزمون رابطه بین خشونت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان منطقه اورامانات کرمانشاه است. با رویکردهای نظری متناسب با فرضیات، این فرضیه به محک آزمون گذاشته شد و فرضیه اصلی پژوهش تایید شد؛ به طوری که، با افزایش خشونت اجتماعی سلامت اجتماعی زنان کاهش می‌یابد و برعکس با کاهش خشونت اجتماعی، سلامت اجتماعی زنان بالا می‌رود.

یافته‌های این مطالعه، با مطالعه خاقانی (۱۳۹۰) همسو است. مطالعه خاقانی نشان می‌دهد که هرچه پیروی از الگوهای رایج جامعه‌پذیری جنسیتی و اعمال خشونت علیه زنان کمتر باشد، زنان از سلامت روان بالاتری برخوردارند و همچنین زنانی که دسترسی بیشتری به سرمایه‌های اجتماعی و خانوادگی دارند، از سلامت بالاتری برخوردار هستند. این مطالعه نیز در ابعاد جامعه‌پذیری جنسیتی به خوبی نشان می‌دهد، زنان مورد مطالعه اگر در پیروی از ارزش‌ها و هنجارهای مرسوم تمکین بیشتری داشته باشند، از حمایت خانوادگی مردسالارانه بیشتری برخوردار می‌شوند. حاجی‌بکنده و تقی‌پور (۱۳۸۹) نشان می‌دهند که هرچه زنان از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند، متناسب با آن از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند. همین رابطه بین مولفه‌های سه‌گانه حمایت اجتماعی (عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی) و سلامت اجتماعی نیز دیده می‌شود. این مطالعه نیز گواه بر این ادعا است. زنان در عرصه اجتماعی و نیز درون خانواده، اگر با مکانیسم‌های مشارکت‌پذیری بیشتر و در عین حال با خشونت کلامی و نقش‌پذیری متناسب با توانمندی‌های خود روبرو شوند، از قدرت اثربخشی بالاتری برخوردار خواهند شد.

همچنین این مطالعه با مطالعه آزاده و دهقان‌فر (۱۳۸۵) نیز همسو است. تاکید آزاده و دهقان‌فر بر این که بین شیوه جامعه‌پذیری نقش‌های جنسیتی، سرمایه‌ها و منابع در دسترس زنان و شکل روابط در خانواده جهت‌یاب، با خشونت علیه زنان رابطه معناداری وجود دارد، با فرضیه جامعه‌پذیری و نقش‌پذیری همسویی دارد. آزاده و دهقان‌فر (۱۳۸۵) نشان می‌دهند که پذیرش نقش‌های جنسیتی سنتی و نظم سنتی مستقر در خانواده خشونت علیه زنان را کاهش می‌دهد، زیرا با اطاعت زنان از مردان دیگر دلیلی برای خشونت باقی نمی‌ماند. بنابراین، خشونت در بین خانواده‌هایی بیشتر روی می‌دهد که در نظم مستقر و نقش‌های جنسیتی با اختلال روبرو می‌شوند. نتایج این مطالعه نیز نشان می‌دهد خشونت‌ها در خانواده‌هایی که زنان نقش سنتی و منفعل





دارند کمتر است. همچنین این مطالعه استدلال می‌کند که به دلیل بافت سنتی حاکم بر منطقه از یک سو و کمبود منابع اجتماعی و اقتصادی از سوی دیگر، کنش‌های زنان (کنش‌های اجتماعی آن‌ها به دلیل ساختار سنتی چیزی جز کوشش اجباری در جهت تطبیق با هنجارهای نهادینه شده نیست)، که خود می‌تواند خشونت علیه آن‌ها را بازتولید کند. بنابراین، خشونت در ابعاد مختلف باعث می‌شود که اختلال در نظام تصمیم‌گیری و در خرده نظام خانوادگی سلامت اجتماعی زنان را تحت تاثیر قرار دهد. یکی از دلایل رو آوری زنان به کنش‌های هنجاری و نمایشی که حاصل دستکاری آگاهانه رفتار خود است، به فقدان امنیت اقتصادی و اشتغال ناپایدار آن‌ها برمی‌گردد؛ به طوری که در صورت سرپیچی از ارزش‌های مستقر با طرد و خشونت روبرو می‌شود، که با پژوهش رستگار و همکاران (۱۳۹۴) و آزاده و دهقان‌فر (۱۳۸۵) همسو است. این دو محقق در تحلیل خود نشان می‌دهند که پیروی از کنش‌های مستقر، امنیت و اجتناب از خشونت علیه زنان رابه همراه دارد، و احساس امنیت اجتماعی زنان بیش‌ترین تاثیر را بر انسجام و سازگاری اجتماعی آنان دارد. این یافته با مطالعه سونگو و همکاران (۲۰۱۳) نیز، مبنی بر این که ادراک زنان از موقعیت خود و محیط اطرافشان منجر به کاهش استرس و افسردگی آن‌ها می‌شود همخوانی دارد. زنان با ادراک موقعیت و در ساختار خانوادگی و اجتماعی، وضعیتی عاری از خشونت برای خود ایجاد می‌کنند، که با پیروی از الگوهای رایج به امنیت دست می‌یابند، اما در عین حال، روابط اجتماعی و سلامت اجتماعی خود را محدود می‌سازند.

معزی و همکاران (۱۳۸۵) در چهارمحال بختیاری بر جایگاه ضعیف اقتصادی و اجتماعی زنان، همراه با باورهای غلط فرهنگی - مذهبی، ترس از آبرو و گاه نبود قوانین محکم تاکید دارند. افزون بر نزدیکی‌هایی که به دلیل ساخت سنتی دو منطقه مهم است، از نظر یافته‌ها نیز همسو هستند. توجه به باورهای غلط در نتیجه فهم نادرست مذهبی و جامعه‌پذیری سنتی در هردو مطالعه مورد تاکید است. ترس از آبرو و قوم‌گرایی زنان را در وضعیتی قرار داده است که خودشکوفائی و مشارکت و فعالیت زنان را در جامعه با مخاطره روبرو ساخته است، این وضعیت از دیدگاه فیشر و همکاران (۲۰۰۷) همراه با اعتقاد به مردسالاری از سوی مرد و دخالت خویشاوندان، سلامت زنان را با تهدید روبرو می‌سازد.

از حیث نظری نیز این مطالعه با نظریه‌های مورد استفاده در چارچوب نظری همسو است. ارزیابی زنان از سلامت اجتماعی خویش در بستر اجتماع در حال گذار، متاثر از خشونت‌های هم‌افزای است که همدیگر را تکمیل می‌کنند. نقش‌های جنسیتی نامتناسب در کنار جامعه‌پذیری، شرایطی ایجاد کرده است که منابع قدرت را، در دست ساختار مردسالار نابرابر، قرار داده است. این مساله اجازه نمی‌دهد که زنان در روابط خانوادگی و مشارکت‌های خود، در شرایط برابر به کنش و تقویت سرمایه اجتماعی خود بپردازند. طبق نظریه منابع قدرت، منابع ارزشمند اقتصادی و اجتماعی در دست مردان است. این مساله تحمیل هنجارهای مردانه در قالب نقش‌ها و جامعه‌پذیری را هموار می‌کند. از طرفی با پشتوانه عوامل فرهنگی و دینی و سازه‌های قومی، پشتوانه هنجاری

و ارزشی لازم به منظور بازتولید و توجیه این نوع اعمال فراهم می‌شود. بنابراین، از حیث نظریه، این مطالعه شبکه و منظومه‌ای ترسیم کرد که در کنار اختلال‌های ناشی از روابط مثبت، سلامت را در حالت تعلیق قرار داد. بازتاب نظری این مطالعه در اهمیت شایان توجه روابط اجتماعی در بستر خانواده‌ها است، بدین معنا که خانواده در سپهر هویت بخش خود، با ترسیم ایده‌آل‌های محدود برای زنان، اختیارات و ارزش‌ها و فرصت‌های آن‌ها را محدود ساخته است. این محدودیت تفکری، محدودیت ایده‌ای و محدودیت آرمانی را رقم زده است. دستاورد نظری این مطالعه در قالب «توسعه و رابطه به مثابه هویت اکتسابی» است که در نظریه‌های این حوزه مشاهده نمی‌شود. لذا، تا زمانی که هویت و به رسمت شناختن، تعریف و معنا نشود، گریزی از خشونت‌های فعلی و بازتولید آن‌ها نیست.

### پیشنهادها

- شبکه‌ها و انجمن‌های خاص زنان که بتوانند منابع درون گروهی خاصی برای زنان ایجاد کنند، باید در سرحوله برنامه‌ها قرار بگیرد. این مراکز و انجمن‌ها ظرفیت و قابلیت‌های زنان به منظور مقابله با خشونت‌های همه‌جانبه را کاهش داده و می‌توانند زمینه‌های لازم به منظور ادغام حداکثری آن‌ها در جامعه را فراهم و از این طریق ارتقای سلامت اجتماعی آن‌ها را بهبود بخشند.
- خنثی‌سازی خشونت اجتماعی برخلاف خشونت جسمی، روانی و جنسی موضوعی فرهنگی و زمان‌بر است و آثار آن به وضوح مشخص نیست. به این اعتبار، مراکز فعال در حوزه زنان باید با پیشینه‌سازی منابع قدرت زنان در جامعه، ابتدا منابع در دسترس آن‌ها را قوت بخشیده تا با آگاهی از موقعیت نابرابر خود، توان بازی در میدان و زیست‌جهان خود را داشته باشند و از این طریق بتوانند به حداکثرسازی منافع مشروع خود بپردازند.
- سیاست‌گذاری‌های بلندمدت در ارتباط با سلامت اجتماعی و تدوین طرح درسی در زمینه سلامت اجتماعی برای زنان - تدوین ساز و کارهای منعطف برای اطلاع‌رسانی عمومی از وضعیت سلامت اجتماعی، عوامل موثر و تصمیم‌گیرهای فردی و اجتماعی در تغییر آن‌ها.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش از کلیه شرکت‌کنندگان و صاحب‌نظران که در این مسیر پژوهشگران را یاری نمودند، قدردانی می‌نمایند.

### منابع

- دهقان فرد، راضیه. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر انواع روابط در خانواده برخشونت علیه زنان: مورد شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی. دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی دانشگاه الزهرا (س).
- افشانی، علیرضا؛ شیری محمدآبادی، حمیده. (۱۳۹۴). رابطه اعتماد اجتماعی با سلامت اجتماعی در بین زنان شهر یزد. فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران. دوره ۴، شماره ۲، صص ۲۹۹-۲۷۷. قابل بازیابی از: (DOI): 10.22059/

JISR.2015.55819

- آزاده، منصوره اعظم؛ دهقان فر، راضیه. (۱۳۸۵). خشونت علیه زنان در تهران: نقش جامعه‌پذیری جنسیتی، منابع در دسترس زنان و روابط خانوادگی. زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان). دوره ۴، شماره ۲-۱ (پیاپی ۱۴). صفحه ۱۵۹ - ۱۷۹. قابل بازیابی از: <https://www.sid.ir/Fa/Journal/JournalList.aspx?ID=1146>
- بخارایی، احمد؛ سرتینان، محمدحسن؛ ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۴). مطالعه جامعه شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهارشهری تهران). دو فصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر. سال چهارم. شماره ۷. صص ۲۹-۵۴. قابل بازیابی از: [https://csr.basu.ac.ir/article\\_1560.html](https://csr.basu.ac.ir/article_1560.html)
- بی‌ریا، ناصر. (۱۳۸۵). روان‌شناسی رشد بانگ‌رشی به منابع اسلامی. چاپ چهارم قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. انتشارات سمت. جاریانی، ابوالفضل. (۱۳۸۵). عدالت و برابری در نظام سلامت. مجله فصل نو. سال دوم. شماره ۴۳.
- جنکینز، ریچارد. (۱۳۸۱). هویت اجتماعی. ترجمه: تورج یاراحمدی، تهران: شیرازه.
- حسینی حاجی‌بکنده، سیداحمد؛ تقی‌پور، ملیحه. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه پژوهش اجتماعی. دوره ۳، شماره ۷. صص ۱۳۹-۱۵۸. قابل بازیابی از: <https://www.sid.ir/Fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=215516>
- خاقانی، میترا. (۱۳۹۰). بررسی نقش خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران. مطالعات اجتماعی و روانشناختی زنان. سال ۹، شماره ۲۸. قابل بازیابی از: <https://www.noormags.ir/view/fa/creator/216330/>
- خواجه‌دادی، اشکان؛ شریفیان ثانی، مریم؛ شیانی، ملیحه؛ مسعود، کریملو. (۱۳۸۷). رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت مادران. فصلنامه رفاه اجتماعی. دوره ۸، شماره ۳۰ و ۳۱. صص ۸۳-۱۰۲. قابل بازیابی از: <refahj.uswr.ac.ir/article-1-1919-fa.html>
- رستگار، خدیجه؛ حقیقت، فهیمه؛ زارع، حکیمه؛ حسن‌زاده، کاظم. (۱۳۹۴). بررسی رابطه احساس امنیت اجتماعی و نظارت (طبیعی و غیرطبیعی) با سلامت اجتماعی در میان زنان ۱۸ سال به بالای ساکن شهر شیراز. فصلنامه زن و جامعه. سال ششم. شماره ۳، صص ۷۹-۱۰۴. قابل بازیابی از: <https://www.sid.ir/Fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=256092>
- زاهدی‌اصل، محمد؛ پله‌وری، اعظم. (۱۳۹۳). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی. فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. شماره ۱۹. قابل بازیابی از: [qjssd.atu.ac.ir/article\\_689\\_362.html](qjssd.atu.ac.ir/article_689_362.html)
- سام‌آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. فصلنامه علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی. سال اول، شماره ۱: ۲۹-۹. قابل بازیابی از: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=144055>
- سیف ربیعی، محمد علی؛ رضانی تهرانی، فهیمه؛ نادیا حتمی، زینت. (۱۳۸۱). همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن. فصلنامه پژوهش زنان. دوره ۱، شماره ۴. قابل بازیابی از: [https://jwdp.ut.ac.ir/article\\_26988\\_4282](https://jwdp.ut.ac.ir/article_26988_4282)
- صادقی، رویا؛ زارعی‌پور، مرادعلی؛ اکبری، حسین؛ خان‌بیگی، محمد. (۱۳۹۰). وضعیت سلامت روان و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی. مجله سلامت و مراقبت. سال ۱۳، شماره ۴. قابل بازیابی از: [http://hcjournal.arums.ac.ir/browse.php?a\\_id=106&sid=1&slc\\_lang=fa](http://hcjournal.arums.ac.ir/browse.php?a_id=106&sid=1&slc_lang=fa)
- عضدانلو، حمید. (۱۳۸۴). آشنایی با مفاهیم اساسی جامعه‌شناسی. تهران: نشرنی.
- علی‌بیگی، امیرحسین؛ افشار، نسرین؛ شاه‌مرادی، مهنا. (۱۳۹۶). مطالعه کیفی مسائل و مشکلات دختران روستائی دهستان بالادربند شهرستان کرمانشاه. فصلنامه زن در توسعه و سیاست. دوره ۱۵، شماره ۱. صص ۶۳-۸۴. قابل بازیابی از: (DOI): 10.22059/JWDP.2017.61987
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا؛ خاک‌رنگین، مریم. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. فصلنامه رفاه

- اجتماعی. سال دوازدهم، شماره ۴۷. قابل بازیابی از:  
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1042758/>
- قادرزاده، امید؛ غلامی، فاطمه؛ غلامی، الهه. (۱۳۹۶). بازسازی معنایی تجربه زیسته دختران از تجرد. فصلنامه زن در توسعه و سیاست. دوره ۱۵، شماره ۳، صص ۴۰۳-۴۲۶. قابل بازیابی از: DOI: 10.22059/JWDP.2017.223685.1007116
- قانع راد، محمد امین؛ موسوی، سید یعقوب؛ حمیدیان، اکرم. (۱۳۸۶). جنسیت و هویت قومی (نمونه شهر خرم آباد). مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ۱۵، شماره ۵۸-۵۹. قابل بازیابی از:  
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1172994/>
- محسنی تبریزی، علیرضا؛ کلدی، علیرضا؛ جوادیانزاده، مهدیه. (۱۳۹۱). بررسی وضعیت خشونت خانگی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی و بهزیستی شهرستان یزد در سال ۱۳۸۹. فصلنامه علمی-پژوهشی طلوع بهداشت یزد. سال یازدهم، شماره سوم، مسلسل ۳۶. قابل بازیابی از: <https://www.virascience.com/article/367877>
- محمدی، فائزه؛ میرزایی، رحمت. (۱۳۹۱). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت علیه زنان: مطالعه شهرستان روانسر. مطالعات اجتماعی. دوره ۵، شماره ۱. قابل بازیابی از: [http://www.jss-isa.ir/article\\_22384\\_00.html](http://www.jss-isa.ir/article_22384_00.html)
- محمدی، فائزه. (۱۳۸۴). بررسی همسرآزاری در شهر روانسر (کرمانشاه). پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا. دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی.
- معزی، معصومه؛ اعظمی، مهران؛ شاکری، مصطفی؛ پورحیدر، بهروز. (۱۳۸۷). همسرآزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان استان چهار محال و بختیاری. مجله علمی دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. دوره ۱۶، شماره ۱، صص ۲۵-۲۰. قابل بازیابی از: <https://www.sid.ir/Fa/Journal/JournalList.aspx?ID=1382>
- موسوی، میرطاهر؛ شیانی، ملیحه. (۱۳۹۴). سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها. چاپ اول. تهران: انتشارات آگاه.
- مولاوردی، شهیندخت. (۱۳۸۵). کالبد شکافی خشونت علیه زنان. تهران: انتشارات دانش نگار.
- میشل، آندره. (۱۳۵۴). جامعه شناسی خانواده و ازدواج. ترجمه: فرنگیس اردلان. تهران: انتشارات دانشکده علوم اجتماعی و تعاون دانشگاه تهران.
- نجفآبادی، اعظم. (۱۳۹۰). عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله شهر اصفهان. فصلنامه سلامت و روان شناسی. دوره ۱، شماره ۲. قابل بازیابی از: <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=212564>
- نوربخش، امین؛ مولوی، حسین. (۱۳۹۴). رابطه هوش معنوی و باورهای مذهبی با احساس حقارت و خشونت در دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. سال شانزدهم، شماره ۱. (پیاپی ۵۹). صص ۱۲-۴. قابل بازیابی از:  
[http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article\\_533949.html](http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533949.html)
- هولمز، ماری. (۱۳۹۱). جنسیت و زندگی روزمره. ترجمه: محمد مهدی لیبی. تهران: نشر افکار.
- هومین فر، الهام. (۱۳۸۲). تحول جامعه پذیری جنسیتی. فصلنامه پژوهش زنان. مرکز مطالعات و تحقیقات زنان. دوره ۱، شماره ۷. تهران: دانشگاه تهران. صص ۱۱۵-۸۹. قابل بازیابی از:  
<https://www.sid.ir/Fa/Journal/ViewPaper.aspx?ID=4922>

### منابع خارجی

- Basile, K. C., & Saltzman, L. E. (2002). Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6545>
- Baumberg, B. Bell, K., & Gaffney, D. (2012). Benefits Stigma in Britain. By. Retrieved from: [www.SID.ir](http://www.SID.ir)

turn2us.org.

- Bonnefoy, L., François B., & Pascal M. (2011). Introduction." Special issue, "From Structural Violence to Violent Activism around the Persian Gulf." *The Muslim World*, 101:125-29. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1478-1913.2011.01350.x>
- Fisher C., Hunt L., Adamsam R., Thurston WE. (2007). "Health a difficult beast: The interrelationships between domestic violence, women health and health sector an Australian case study", *Social Science & Medicine*. 65 (8):1742-1750. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.047>
- Galtung, J. (1969). "Violence, Peace, and Peace Research". *Journal of Peace Research*. 6(3):167-91. Retrieved from: <https://www.jstor.org/stable/422690>
- Garcia-Moreno, C., Jansen, HA. Ellsberg, M., Heise, L., Watts, CH. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006, 368(9543):1260-9. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- Garver, N. (1973). "What Violence Is." Pp. 256-66 in *Philosophy for a New Generation*. 2nd ed., edited by A. K. Bierman and James A. Gould. New York: Macmillan
- Keyes Corey L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American journal of orthopsychiatry*, vol. 76, n3, pp. 395-402. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.3.395>
- Keyes, C. L. M. (1998). "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly*. 61(2), 121-140. Retrieved from: <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C.M., & Shapiro, A. (2004). *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. Retrieved from: <https://psycnet.apa.org › record>
- Kim, J., et al.(2009). The Incidence and Impact of Family Violence on Mental Health among South Korean Women. *Korean Journal of Social Welfare*, 24:193-202. Retrieved from: DOI: 10.1007/s10896-008-9220-5
- Köhler, G., & Alcock, N.(1976). "An Empirical Table of Structural Violence." *Journal of Peace Research* 13(4):343-56. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/002234337601300405>
- Larson, J.S. (1996). The world organization Definition of Health: Social Versus Spiritual Health. *Social Indicator Research*, 38(2), 181-192. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/BF00300458>
- Leatherman, T., & Goodman, A. H. (2011). "Critical Biocultural Approaches in Medical Anthropology." Pp. 29-47 in *A Companion to Medical Anthropology*, edited by Merrill Singer and Pamela I. Erickson. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Link, Bruce G., & Phelan, J. (1995). "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease." *Journal of Health and Social Behavior*. Extra Issue: 80-94. Retrieved from: DOI: 10.2307/2626958
- Link. B. & Phelan, J. (2001). On stigma and its public health implications. *Stigma and global health developing a research agenda*. Washington. D.C.: National Institutes of Health.
- McElroy, M., Jorna, RJ., van Engelen, J. (2007). *Sustainability Quotients and the Social Footprint*. John Wiley and Sons Ltd and the European Research Press Ltd.
- Montesanti, S. R., & Thurston, W. E. (2015). "Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy". *Women'*

- Health 15:100, pp 2 -13. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26554358>
- Park, Gum Ryeong; Eun-Ja, Park; Jina, Jun; Nam-Soon, Kim (2017), Association between intimate partner violence and mental health among Korean married women, *public health*, vol. 152 (2017) 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.023>
  - Porter, F. (2000). "Social Exclusion: What's in a Name?" .*development in practice*, Vol 10, No 1. <https://www.jstor.org › stable>
  - Rylko-Bauer, B., &Farmer, P. (2016). Structural Violence, Poverty, and Social Suffering. *The Oxford Handbook of the Social Science of Poverty*. Retrieved from: DOI:10.1093/oxfordhb/9780199914050.013.4.
  - Schaeffre F. T., & Iman R.P. ( 1992). *Socology* . New york :MC Graw Hill.
  - Seff, L. R., Beaulaurier, R. L., & Newman, F. L. (2008). Nonphysical abuse: Findings indomestic violence against older women study. *Journal of Emotional Abuse*, 8(3), pp. 355–374. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/10926790802278933>
  - Showalter, K. (2016). Women's employment and domestic violence: A review of the literature, *Aggression and Violent Behavior* 31 (2016) 37–47. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.017>
  - Sonogo, M. ; Gandarillas, A; Belén Zorrilla, Luisa Lasherasb, Marisa Piresb, Ana Anesb, María Ordobás (2013), Unperceived intimate partner violence and women's health, *Gac Sanit*. 2013;27(5):440–446. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.009>
  - Winter, D. D. N., & Leighton, D.C. (2001). "Structural Violence: Introduction." Pp. 99–101, in *Peace, Conflict, and Violence: Peace Psychology for the 21st Century*, edited by Daniel J. Christie, Richard V. Wagner, and Deborah Du Nann Winter. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
  - Xu X, Zhu F, O'Campo P, Koenig MA, Mock V, Campbell, J.(2005), Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China. *Am J Public Health*, 95: pp. 78-85. Retrieved from: doi: 10.2105/AJPH.2003.023978