

تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران

خدیدجه سفیری، استاد گروه علوم اجتماعی دانشگاه الزهرا*

فاطمه منصوریان راوندی، کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه الزهرا

چکیده

سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است و جنبه اجتماعی آن با محور قرار دادن فرد بررسی می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی جوانان است. روش بررسی در این پژوهش، پیمایش مقطعی است که زنان و مردان ۱۸-۲۹ ساله شهر تهران به عنوان جامعه آماری آن در نظر گرفته شده‌اند. حجم نمونه ۳۸۴ نفر هستند که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای، اطلاعات پاسخگویان با استفاده از پرسشنامه با طیف لیکرت، جمع‌آوری و از طریق نرم افزار spss داده‌ها تحلیل شده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که رابطه بین جنسیت، وضعیت تأهل زنان، سن زنان و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین، بین هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان رابطه معنادار و مستقیم مشاهده شد. تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که شش متغیر (هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی، اعتماد، جنسیت و تحصیلات پاسخگو و سن) در مجموع ۴۳۰/۰٪ از تغییرات متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین کردند. نمودار تحلیل مسیر نشان داد که متغیر اعتماد، در مقایسه با دیگر متغیرها، تأثیر بیشتری بر سلامت اجتماعی داشته است.

واژه‌های کلیدی: هویت جنسیتی، هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی، سلامت اجتماعی.

بیان مسأله

منوط به تک تک افرادی است که آن را تشکیل داده‌اند، در بررسی اجتماع باید بیش از هر چیز افراد جامعه را مطالعه کرد.

در این میان، هویت نیز بخش مهمی از وجود هر انسانی است و زندگی شخصی و اجتماعی هر فردی تحت تأثیر هویت وی قرار می‌گیرد. هویت بخش مهمی از وجود هر انسانی است و زندگی شخصی و اجتماعی هر فردی تحت تأثیر هویت وی قرار می‌گیرد. چنانچه «هویت» را به منزله سازمانی زنده و پویا، تلقی کنیم، می‌توان نتیجه گرفت که عناصر و اجزای این سازمان به طور منطقی در یکدیگر تأثیر و تأثر متقابل خواهند داشت و از جمله این عناصر، جنسیت است؛ به این معنا که پذیرش جنسیت جوان از جانب خود یا دیگران، نقش با معنایی در شکل‌گیری هویت مردانه یا زنانه ایفا می‌نماید (شرفی، ۱۳۸۷: ۴۶-۴۷).

سلامت اجتماعی، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا کرده، یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، محسوب می‌گردد؛ لذا هدف تمامی جوامع این است که شرایطی را فراهم نمایند تا سلامت اعضایشان را حفظ نموده و ارتقا بخشند. جوانی زمانی مناسب برای شکل‌دهی هویت (احساس و مفهومی از خود) است که تاریخچه گذشته فرد و توانمندی‌های مورد نیاز برای سلامت اجتماعی در بزرگسالی را در هم می‌آمیزد.

نسل جوان به عنوان سرمایه انسانی هر جامعه‌ای نقش بارزی در توسعه پایدار و تضمین حیات فرهنگی و ملی آن جامعه ایفا می‌کند و سلامت این قشر تا حد زیادی لازمه سلامت بسیاری از آحاد جامعه را دربردارد. عنصر مهم در این جریان، شناخت واقع بینانه از خود و دیگری است؛ و این امر ضرورت سلامت اجتماعی را برای تمام اقشار جامعه از جمله نسل جوان هر جامعه‌ای، از جمله ایران در حال پیشرفت ایجاب می‌کند؛ چرا که سلامت اجتماعی به نوعی، کارایی فردی است و به سرمایه‌گذاری افراد در روابط اجتماعی و در اختیار گرفتن منابع موجود در این روابط در سطح جامعه

سلامت موضوعی مطرح در همه فرهنگ‌هاست و تعریف آن در هر جامعه‌ای تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنها باز می‌گردد، ولی معمولاً هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده، درحالی که رشد و تعالی جامعه در گرو تندرستی آن جامعه از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است. سازمان جهانی بهداشت در تعریفی سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند (سجادی، ۱۳۸۴: ۲۴۴).

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است، به گونه‌ای که دیگر سلامتی، عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد و در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (سام آرام، ۱۳۸۸: ۳).

داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهمترین مرحله از سلامت اجتماعی است که متأسفانه توجه کافی به آن در جامعه نمی‌شود. بنابراین، با توجه به ماهیت زندگی بشر و چالش‌هایی که این جنبه از زندگی می‌تواند با خود برای فرد به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی و معنوی آن غافل شد.

با توجه به مطالب اخیر روشن است هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی که نیازی فردی و اجتماعی است، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری و نیز یافتن راه‌های ارتقا آن است. در واقع، سلامت اجتماعی مفهومی است که از ارتباط میان دو مفهوم سلامت و اجتماع پدید می‌آید. با توجه به اینکه اجتماع، خود مفهومی اعتباری است و حقیقت خارجی آن

کمک می‌کند.

دستیابی مطلوب به هویت در زنان و مردان جوان، هم درجه امید به آینده و هم ارزیابی آنان را از عملکردشان در جامعه (سلامت اجتماعی) بالا می‌برد. بنابراین، کیفیت و درجه هویت جوانان با تأکید بر جنسیت آنان می‌تواند نقش مؤثری در توسعه سلامت اجتماعی آنان ایفا نماید.

بررسی اهمیت هویت و دامنه تأثیرگذاری آن بر گرایش‌ها و علاقه‌های جوانان به منظور پذیرش نقش و مسؤولیت اجتماعی می‌تواند مانع از گسترش آسیب‌های اجتماعی بیشتر در جامعه شود. تاکنون در مورد وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان و مردان تحقیقات بسیاری صورت گرفته است، اما بعد اجتماعی آن کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین، میزان هویت جنسیتی به عنوان یک عامل تعیین‌کننده سلامت اجتماعی افراد، از مباحثی هستند که در تحقیق حاضر به عنوان موضوع اصلی مورد توجه قرار گرفته اند و سعی بر این است که مشخص شود چگونه رابطه ای بین مؤلفه‌های اساسی این دو مفهوم وجود دارد؟ آیا متغیرهایی واسطه این رابطه هستند؟ و با توجه به پیوند معنایی که بین این دو مفهوم اجتماعی وجود دارد، چه راهکارها و پیشنهادهایی را می‌توان در جامعه برای بسترسازی و نهادینه کردن آن بیان کرد؟

پیشینه داخلی

«رابطه پایگاه هویت و سلامت روانی در دانشجویان پسر دانشگاه شهید بهشتی»، عنوان مقاله‌ای است که سهراب عبدی زرین و همکاران تدوین کرده‌اند. هدف این تحقیق عبارت است از بررسی رابطه پایگاه هویتی دانشجویان با سلامت روانی. در این زمینه، نتایج آماری به دست آمده نشان داد که پایگاه هویتی موفق، بیشترین سلامت روانی و پایگاه هویتی سردرگم کمترین سلامت روانی را دارند و هرچه از پایگاه هویت موفق به سمت پایگاه هویت سردرگم می‌رویم، علاوه بر اینکه وضعیت هویت افراد آشفته‌تر می‌گردد، از سلامت روانی آنها نیز کاسته می‌شود (عبدی زرین و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۱۱).

«باورهای مذهبی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان» عنوان مقاله‌ای است که توسط رجایی و همکاران انجام شده است. نویسندگان در این تحقیق کوشیده‌اند بر اساس نظریات موجود به بررسی رابطه باورهای مذهبی و سلامت عمومی و بحران هویت و سلامت عمومی جوانان بپردازند. نتایج نشان می‌دهد افرادی که نمره‌های بالاتری در باورهای مذهبی اساسی داشته‌اند، در بحران هویت نمره‌های کمتر و در سلامت عمومی نمره‌های بیشتری کسب کرده‌اند. بین بحران هویت و سلامت عمومی نیز همبستگی منفی معناداری به دست آمده است. هر چه میزان باورهای مذهبی اساسی در جوانان بالاتر و قویتر باشد، میزان بحران هویت در آنها کمتر خواهد بود. همچنین، باورهای مذهبی پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای بحران هویت اند و بحران هویت نیز به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای سلامت عمومی جوانان به شمار می‌آید (رجایی و همکاران، ۱۳۸۸: ۹۷).

مقاله‌ای با عنوان «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران» توسط مصطفی امینی رارانی و همکاران در سال ۱۳۹۰ تدوین یافته است. روش این مطالعه از نوع همبستگی اکولوژیک بوده که در آن داده‌های مربوط به سرمایه اجتماعی از طرح ملی بررسی و سنجش سرمایه اجتماعی در ایران و داده‌های مربوط به بیانگرهای سلامت اجتماعی از داده‌های موجود و مربوط به هریک از ۳۰ استان کشور جمع‌آوری شده و توسط نرم افزار spss تحلیل ثانویه شده‌اند. در مجموع، پس از تحلیل عاملی اکتشافی و محاسبه نمره سلامت اجتماعی کل، رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی کل در ایران تأیید شده است (رارانی، ۱۳۹۰: ۲۰۳-۲۲۸).
بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان ۱۸-۲۹ سال شهر نقده آذربایجان غربی) توسط منصور امینی نقده انجام شده است. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که بین متغیرهای مستقل، از قبیل: پایگاه اقتصادی-اجتماعی، میزان مهارت‌های ارتباطی، چگونگی گذران اوقات فراغت با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد (امینی، ۱۳۸۹).

توسط هاسلم و همکاران^۱ تدوین شده است. هاسلم معتقد است اگر گروه، معنا، هدف و تعلق (یک حس مثبت هویت اجتماعی) را داشته باشد، پیامدهای روانی مثبتی برای افراد گروه خواهد داشت. این فرایند هویت، بر سلامت و رفاه افراد تأثیر بسزایی دارد (هاسلم و همکاران، ۲۰۰۹).

مایکل هچت^۲ و همکارانش به بررسی نقش هویت در سلامت روانی دانشجویان پرداخته‌اند. دانشجویان از کشورهای مختلف بوده‌اند. در این تحقیق شکاف در هویت شخصی و هویت اجتماعی و رابطه آن با سلامت بررسی شده است. مطالعه دانشجویان نشان داده است که آمریکایی‌ها به علت تعصبات، ارتباطات خود را محدود می‌کنند و طبق نظر یونگ و هچت (۲۰۰۴) ارزیابی از نتایج ارتباطات با دیگران، سلامت روانی را برجسته می‌کند. نتایج حاکی از آن بوده است که شکاف در هویت شخصی به میزان درخور توجهی بیماری‌های روانی نظیر افسردگی را پیش‌بینی می‌کند، اما شکاف در هویت اجتماعی این قضیه را پیش‌بینی نمی‌کند (هچت، ۲۰۰۷).

پژوهشی با عنوان «هویت جنسیتی و سلامت در اوایل دوره نوجوانی: بررسی نقش گروه همسالان و ترکیب جنسیتی چارچوب مدرسه» توسط کیت میلز دیوری، در سال ۲۰۰۹ در کانادا انجام شده است. هدف از مطالعه حاضر بررسی ارتباط بین هویت جنسیتی و پذیرش گروه همسالان در بین مدارس تک جنسیتی (دختران) و مدارس مختلط بوده است. متغیر واسط (شایستگی اجتماعی) برای هر دو گروه به کار گرفته شده است. نتایج نشان داد که این خصوصیت صلاحیت و شایستگی اجتماعی برای دختران در مدارس بالاتر از دختران در مدارس مختلط بوده است. این موضوع، اهمیت ارتباط بین هویت جنسیتی و شایستگی اجتماعی را نشان می‌دهد که تأثیر قوی بر سلامت دارد (دیوری، ۲۰۰۹).

«تفاوت‌های جنسیتی و سلامت ذهنی (مقایسه جوامع با

پژوهشی با عنوان «بررسی هویت جنسیتی مردان و زنان در کلانشهر تهران» توسط پریسا موسی نژاد در سال ۱۳۸۸، انجام شده است. نویسنده در این مقاله به بررسی نقش ارتباطات فرد (خانواده، دوستان و رسانه‌های عمومی و کلیشه‌های جنسی در هویت جنسیتی بین زنان و مردان پرداخته و درصدد بوده است که به نوعی تحلیل مبتنی بر جنسیت و شناخت تفاوت‌های میان مردان و زنان در این زمینه دست یابد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد زنان بیش از مردان به خانواده و دوستان اهمیت می‌دهند، اما ارتباط مردان با خانواده و دوستان بیش از زنان است. نکته قابل تأمل اینجاست که ارتباط با دوستان بیش از ارتباط با خانواده بر هویت جنسیتی افراد اثر دارد (موسی‌نژاد، ۱۳۸۸).

پیشینه خارجی

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ توسط شارما و شارما با عنوان «خود، هویت اجتماعی و سلامت روانی» انجام شده است، مفاهیم خود، هویت اجتماعی و سلامت روانی بررسی شده‌اند. تجزیه و تحلیل‌ها نشان می‌دهد که مقابله با عواملی که هویت اجتماعی را تهدید می‌کند، از قبیل احساس تبعیض، چالش‌های فرهنگی و مدیریت هویت به عنوان متغیرهایی هستند که به سلامت روانی مدیران انجمن‌ها منجر می‌شوند. داشتن حس تعلق به گروهی که فرد در آن عضویت دارد، سلامت روانی بیشتری را برای فرد و مدیران آن گروه در پی خواهد داشت (شارما و شارما، ۲۰۱۰: ص ۴).

در تحقیقی که ویلت و همکاران انجام داده‌اند، به این نتیجه رسیده‌اند که برخی از صفات شخصیتی، سلامت اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند، زیرا شکل بسیاری از صفات، نگرش‌ها و رفتارها چهار بعد سلامت اجتماعی کبیز را پیش‌بینی می‌کنند. برای مثال، افراد برون‌گرا یکپارچگی اجتماعی بالاتری دارند، به همین ترتیب، افراد سازگار معمولاً سطح بالاتری از پذیرش اجتماعی را دارند (ویلت و همکاران، ۲۰۱۰).

«هویت اجتماعی، سلامت و رفاه» عنوان مقاله‌ای است که

¹ Haslam, S. Alexander, Jolanda Jetten, Tom Postmes, Catherine Haslam

² Michael L. Hecht

فرد و احساس تحول شخصی مداوم، تکیه می‌کنند؛ سلامت روانی در این حوزه قرار می‌گیرد. با کمی دقت در مؤلفه‌های سازنده سلامت که توسط دو سنت فوق در جهان‌شناسی به تصویر کشیده شده‌اند، می‌توان فهمید که به همه جنبه‌های سلامت به نحو کامل و مطلوب پوشش داده نشده است.

کییز (۱۹۹۸) با توجه به این نکته، یادآور می‌شود که در انجام پژوهش‌ها در حوزه سلامت، نباید تقسیم‌بندی زندگی بشر به دو بعد خصوصی و عمومی را فراموش کرد؛ این در حالی است که انسان توسط ساختارهای اجتماعی و جوامع گوناگون احاطه شده و هر روز با تکالیف و چالش‌های اجتماعی بی‌شماری دست به‌گریبان است. بنابراین، در کنار جنبه‌های شخصی سلامت، نمی‌توان از جنبه اجتماعی آن غافل شد (جوشن‌لو، ۱۳۸۵: ۶). کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، بین زندگی نسبتاً خصوصی افراد، 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).

کار کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظریه کییز، حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ کییز در پاسخ به این سؤال، مفهوم سلامت اجتماعی را به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح کرد (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۴: ۷۴). سلامت اجتماعی این‌گونه تعریف شده است: «ارزش‌گذاری شرایط یک فرد و کارایی او در جامعه» که این بازتابی از سلامت اجتماعی مثبت است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

کییز در یک تحلیل عاملی گسترده، یک مدل پنج بعدی قابل سنجش از سلامت اجتماعی، ارائه داد؛ زیرا معتقد است

توجه به برابری جنسیتی» عنوان مقاله‌ای است که توسط تسج رومر و همکاران^۱ در سال ۲۰۰۷ انجام شده است. این تجزیه و تحلیل ارتباط بین نابرابری جنسیتی و سلامت ذهنی را بررسی می‌کند. این فرضیه که آیا نابرابری جنسیتی ناشی از جامعه به تفاوت‌های جنسیتی در سلامت ذهنی در جوامع مختلف منجر شده است، آزمون گردیده است. روش مطالعه تطبیقی بوده است. بدین منظور، از مجموعه داده‌های تطبیقی (بررسی ارزش‌های جهانی، شمال ۵۷ کشور که شامل نروژ، انگلستان، آلمان و اسپانیا و پروژه OASIS) به دست می‌آیند. تجزیه و تحلیل‌ها نشان می‌دهد که از جمله منابع منحصر به فرد که به کاهش تفاوت‌های جنسیتی می‌انجامد، آموزش و پرورش است. همچنین، نشان می‌دهد که زنان کمتر به سلامت ذهنی خود توجه نشان می‌دهند، به جز در کشورهایی که طرفدار یک فرهنگ برابری جنسیتی هستند، رابطه مثبت وجود داشته است (تسج رومر و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج تحقیقاتی که با هدف سلامت اجتماعی جوانان کانادایی توسط فیوش و همکاران^۲ (۲۰۰۳) انجام شده است، نشان می‌دهد که تعریف از خود و داشتن هویت شخصی و هویت اجتماعی، دارای تأثیرات مثبت بر روی درک جوانان از سلامت اجتماعی خود است (ثانی و همکاران، ۲۰۰۸: ۳۶۶).

پیشینه نظری پژوهش

از دیدگاه راین و دسی (۲۰۰۱)، دو رویکرد اصلی در تعریف سلامتی وجود دارد: رویکرد لذت‌گرایی؛ دیدگاه اغلب روان‌شناسان لذت‌گرا آن است که سلامت برابر با شادکامی ذهنی و مرتبط با تجربه لذت در مقابل تجربه ناخشنودی است. می‌توان چنین برداشتی را سلامت ذهنی نامید. دیدگاه دوم؛ رویکرد فضیلت‌گرایی است؛ به طور کلی نظریه‌های فضیلت‌گرا بیش از هر چیز بر وجود معنا (هدف) در زندگی

^۱ Clemens Tesch-Roemer, Andreas Motel-Klingebiel, Martin J. Tomasik

^۲ Fivush, Bohanek, and Duke

^۳ Sani, Bowe, and Herrera

خود و هویت دارد، تجربه اعتماد بنیادی است که ریشه در اعتماد و اطمینان به اشخاص دارد و معمولاً از نخستین تجربیات زندگی حاصل می‌شود. تجربه اعتماد بنیادی سازنده و محافظ خود است. برای رویارویی یا واقعیت‌های روزانه، تجربه اعتماد بنیادین، نوعی امنیت وجودی و خوش‌بینی به دیگران پدید می‌آورد که به فرد امکان می‌دهد در رویارویی با رویدادهای ناگوار زندگی اجتماعی، امیدواری و شهامت خود را حفظ و مقاومت کند (گیدنز، ۱۳۸۷: ۶۳). چنانچه شخص به جامعیت «خود» و ارزش روایتی که از هویت خویشتن ارائه داده، اطمینان قاطع داشته باشد، از غرور برخوردار می‌شود و می‌تواند هویت شخصی خود را حفظ و از آن حمایت کند، این حالت بر اثر کسب امنیت وجودی و یکپارچگی میان «خود» و ارتباط‌های «خود» با دیگران تحقق می‌یابد (گیدنز، ۱۳۸۷: ۱۰۲)

اعتماد به موجودیت لنگر گاه گونه واقعیت، تشکیل‌دهنده رابطه‌ای است که جهت‌گیری عاطفی-شناختی به سوی دیگران، به سوی دنیای عینی و به سوی هویت شخصی از آن سرچشمه می‌گیرد. اعتماد بنیادین، رفته رفته هویت شخصی را به طرز سرنوشت‌ساز به مهربانی‌ها و خوشامد‌های دیگران وابسته می‌سازد و زمینه‌های رضایت فرد از عملکردش در جامعه را فراهم می‌کند (گیدنز، ۱۳۸۷: ۶۳). همچنانکه کییز، سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با دیگران، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی می‌داند که عضو آنهاست (کییز، ۲۰۰۴: ۸۳).

فردی که هویت او تثبیت شده است، احساس مسئولیت شهروندی نموده، خود را در قبال مسائل اجتماعی مسؤول می‌داند و ضمن حفظ مصالح اجتماعی، نسبت به وظایف خود به عنوان عضوی از جامعه مطلع است و با پرهیز از رفتارهای نابهنجار و رعایت حدود و مقررات جامعه در بهبود روابط اجتماعی خود با اعضای جامعه تلاش می‌نماید (پیشگاهی‌فرد، ۱۳۸۸: ۱۴۵-۱۴۶).

تاجفیل و ترنر (۱۹۷۹) در بررسی هویت اجتماعی و احساس تعلق به گروه به این نتیجه رسیدند که حس اینکه ما

هیچ ادبیات پژوهشی روی سلامت اجتماعی در بعد فردی وجود ندارد. طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، خود را متعلق به گروه‌های اجتماعی بداند و در اجتماع و پیشرفت آن شریک باشد. کییز معتقد است که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهد که چگونه و در چه درجه‌ای، افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند؛ مثلاً به عنوان همسایه، همکار و همشهری (کییز و همکارانش، ۲۰۰۴: ۳۵). در سلامت اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۲). او معتقد است افراد سالم، در مورد شرایط آینده جامعه، امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای مهم هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳).

در خصوص هویت جنسیتی؛ رندل و جاسی (۲۰۰۸) معتقدند افراد دو نوع هویت جنسیتی دارند: هویت جنسیتی اجتماعی (شناسایی دیگرانی از همان جنس در گروه) و هویت جنسیتی شخصی (اهمیت به خصوصیات شخصی جنس به عنوان بخشی از مفهوم خود). هویت جنسیتی اجتماعی مستلزم حضور افراد دیگر است (که تصور می‌شود بخشی از مفهوم خود است) (رندل و جاسی، ۲۰۰۸: ۴۷۲).

با توجه به این تعریف در مقاله حاضر، در بررسی هویت جنسیتی شخصی از تئوری گیدنز و در بررسی هویت جنسیتی اجتماعی از تئوری تاجفیل استفاده می‌شود.

از نظر گیدنز هویت عبارت است از: خود شخص آن طوری که شخص از خودش تعریف می‌کند. به نظر او، هویت انسان در کنش متقابل با دیگران ایجاد می‌گردد و در جریان زندگی پیوسته تغییر می‌کند. هیچ کس دارای هویت ثابتی نیست. هویت، سیال و همواره در حال ایجاد شدن و عوض شدن است (گیدنز، ۱۳۸۷: ۱۶). گیدنز معتقد است یکی از تجارب بنیادی دوران اولیه که نقش مهمی در نحوه تشکیل

نامطلوب، به کمک افرادی که به آنها اعتماد دارد، با شرایط نا مطلوب مقابله کند و همین امر باعث می‌شود فشار روانی و اجتماعی برآمده از چنین شرایطی را کاهش دهد. او معتقد است که مشارکت اجتماعی که برآمده از اعتماد است، حس شادی را در فرد تقویت می‌کند و به بهبود سلامت روانی و اجتماعی او کمک می‌کند (ترنر، ۲۰۰۳: ۱۰).

نتایج تحقیقات نشان دادند برداشت از خود و حس تعلق به گروه خود، به ایجاد تجارب مشترک و در نتیجه اعتماد منجر می‌شود که اعتماد را به عنوان پیش شرط تحقق سلامت اجتماعی برمی‌شمارند (لامپین و همکاران^۱، ۲۰۰۴؛ ثانی و همکاران، ۲۰۰۸). براساس بررسی‌ها و پژوهش‌ها با توجه به تئوری گیدنز و تاجفل هویت در پرتو اعتماد، تقویت می‌شود و با اعتمادی که در جامعه مدرن، افراد به یکدیگر دارند، می‌توانند در جامعه مشارکت داشته باشند، دیگران را بپذیرند و با حس یگانگی با جامعه در جهت پیشرفت آن قدم بردارند. بنابراین، در این پژوهش اعتماد به عنوان واسطه هویت و سلامت اجتماعی در نظر گرفته شده است تا سهم تأثیر متغیرهای مستقل بر آن و تأثیر اعتماد بر متغیر وابسته ارزیابی شود.

که هستیم، تنها با تقویت تعلق به گروه خاص مشخص می‌شود (برای مثال، به عنوان یک مسلمان، دانشگاهی، ایرانی)؛ اعضای متفاوت با گروه ما از گروه‌های دیگر هستند (برای مثال، مسیحی، مدیران، انگلستانی). تمایز «ما» در مقابل «آنها» نه تنها به درک خودمان کمک می‌کند، بلکه بر خودارزیابی‌ها و برداشت ما از ارزش‌ها نیز مؤثر است. به طور خاص، برتری گروهی نسبت به گروه‌های دیگر در حوزه‌های مربوط (از طریق مقایسه میان گروهی مثبت) با افزایش اعتماد به نفس سلامت روانی و به همین ترتیب، با افزایش اعتماد میان افراد، سلامت اجتماعی به دست می‌آید (هاسلم، ۲۰۰۹: ۶).

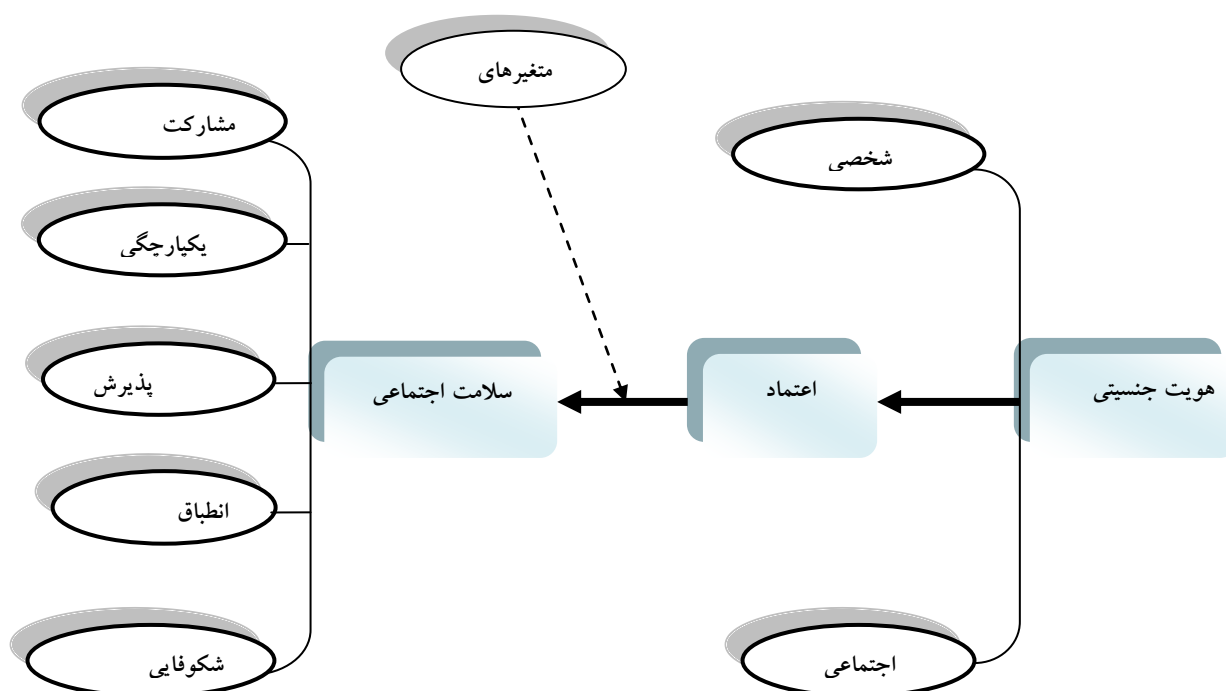
تایلر و اسمیت (۱۹۹۷) نشان دادند که احساسات مثبت نسبت به گروه خود و تعامل مطلوب در درون آن، حس کارایی و اعتماد به نفس به افراد می‌دهد. هر دو این ویژگی‌ها به اعتماد اجتماعی و جهت‌گیری مثبت نسبت به جامعه بزرگتر کمک می‌کنند. این یکی از دلایل مهمی است که نشان می‌دهد هویت گروهی به طور معمول، با افزایش اعتماد اجتماعی، مثبت‌تر می‌شود و بیشتر اعضای جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

چگونگی شکل‌گیری اعتماد به احساسات و عواطف فرد ارتباط دارد و باید فرایند شکل‌گیری اعتماد را درون «ما» یا «اجتماع» تعیین کرد که پایه‌های آن بر احساسات جمعی استوار است. با شکل‌گیری «ما» بعد عاطفی عمده می‌گردد، افراد نسبت به هم نوعی دل‌بستگی عاطفی پیدا می‌کنند و دیگر صرفاً به خاطر رفع نیازهای مادی و شخصی‌شان با دیگران رابطه برقرار نمی‌کنند. اگر فرد میل به وابستگی عاطفی تعمیم یافته را در نظام شخصیتی خود کسب کرده باشد، اعتماد ایجاد می‌گردد، همه انسان‌ها را از خود می‌داند و در قبال همه احساس تعهد و تکلیف می‌کند. همه افراد در تعریف دوستی او جای می‌گیرند (چلبی، ۱۳۷۵: ۱۰۲).

در این زمینه، ترنر (۲۰۰۳) معتقد است که احساس تعلق اجتماعی، به گسترش اعتماد میان افراد و در نتیجه گسترش دامنه روابط اجتماعی منجر می‌شود. فرد می‌تواند در شرایط

¹ Lampinen et al.

مدل نظری پژوهش



فرضیات پژوهش

بین هویت جنسیتی و میزان سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران رابطه وجود دارد.

به نظر می‌رسد بین هویت جنسیتی شخصی زنان و مردان و میزان سلامت اجتماعی آنها رابطه وجود دارد.

به نظر می‌رسد بین هویت جنسیتی اجتماعی زنان و مردان و میزان سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد.

بین هویت جنسیتی (شخصی و اجتماعی) زنان و مردان و میزان اعتماد آنان رابطه وجود دارد.

به نظر می‌رسد بین میزان اعتماد زنان و مردان و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد.

بین متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و...) و سلامت اجتماعی جوانان رابطه وجود دارد.

روش پژوهش

روش تحقیق، پیمایش مقطعی است و جامعه آماری، زنان و مردان جوان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر تهران هستند که مطابق آمار

رسمی سرشماری عمومی نفوس مسکن ۱۳۸۹، ۲۳۷۱۳۴۲ نفر هستند. واحد تحلیل فرد است و ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه است که براساس طیف لیکرت تنظیم شده است. اعتبار ابزارها به وسیله اعتبار صوری، توسط چند تن از اساتید جامعه‌شناسی بررسی و پایایی آنها نیز به وسیله آلفای کرونباخ تعیین شده است. بیانگر روایی مناسب شاخص‌های پژوهش است.

جدول ۱- میزان آلفای کرونباخ متغیر واسط

متغیر	آلفای کرونباخ
اعتماد بنیادین	۰/۷۹۰
اعتماد بین شخصی	۰/۸۳۹
اعتماد	۰/۸۸۹

جدول ۲- میزان آلفای کرونباخ متغیر مستقل

متغیر	آلفای کرونباخ
هویت جنسیتی شخصی	۰/۶۳۳
هویت جنسیتی اجتماعی	۰/۶۰۳
هویت جنسیتی	۰/۶۷۸

جدول ۳- میزان آلفای کرونباخ متغیر وابسته

متغیر	آلفای کرونباخ	متغیر	آلفای کرونباخ	متغیر	آلفای کرونباخ
مشارکت اجتماعی	۰/۶۹۶	پذیرش اجتماعی	۰/۶۶۶	شکوفایی اجتماعی	۰/۷۱۸
یکپارچگی اجتماعی	۰/۷۲۱	انطباق اجتماعی	۰/۶۳۰	سلامت اجتماعی	۰/۷۹۴

پراکندگی مناسب آنها در شهر تهران نیز توجه شده است. در مرحله بعد برای انتخاب سه منطقه، منطقه‌ای که از نظر ویژگی‌های پایگاه اقتصادی- اجتماعی (بالا، متوسط، پایین) برخوردار باشند، انتخاب شد. 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 شده و تمام بلوک‌های موجود در نقشه شماره‌گذاری گردید و به کمک روش نمونه‌گیری تصادفی، تعدادی از بلوک‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس هر یک از مناطق مورد بررسی، محله‌ها و خیابان‌های اصلی و فرعی و کوچه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شده و کار تکمیل پرسشنامه صورت گرفت.

روش تجزیه و تحلیل

برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار Spss استفاده شده است. در بخش یافته‌های توصیفی آماره‌هایی چون میانگین، انحراف معیار به کار رفته‌اند و در بخش یافته‌های تبیینی از آماره‌هایی چون پیرسون، تا و بی‌کندال، همبستگی تفکیکی، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون تی استیودنت، رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شده است.

برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران^۱ برای جامعه آماری مورد نظر استفاده می‌شود. بنابراین در جامعه آماری این تحقیق، (ضریب اطمینان ۹۵ درصد یعنی $t=1/96$)، (احتمال وجود صفت معین در نمونه $P=0/5$)، (دقت احتمالی مطلوب یا نصف فاصله اطمینان $d=0/05$) می‌باشد (رفعی‌پور، ۱۳۸۴: ۳۸۳). حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران به صورت زیر قابل محاسبه می‌باشد:

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2} = 384$$

$$1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 pq}{d^2} - 1 \right)$$

در این تحقیق، از شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای^۲ استفاده شده است. از آنجایی که نمونه انتخابی این تحقیق شهر تهران ۳۸۴ است، این رقم کمتر از تعداد بلوک‌های انتخاب شده در شهر تهران است، لذا، محقق مجبور است برای جلوگیری از پراکندگی زیاد نمونه‌ها در تمام نقاط شهر و تجمع آنان در چند نقطه مشخص، به منظور ایجاد امکان جمع‌بندی منطقه‌ای، مناطق بیست و دو گانه تهران را در سه منطقه کاهش دهد. براساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، ابتدا مناطق بیست و دو گانه شهرداری تهران به سه خوشه تقسیم شدند. مناطق ۱ تا ۵ در گروه اول، مناطق ۶ تا ۱۴ در گروه دوم و مناطق ۱۵ تا ۲۲ در گروه سوم طبقه‌بندی شوند. سپس از هر خوشه یک منطقه به تصادف انتخاب شد. در خوشه اول منطقه‌ای قرار گرفت که از نظر پایگاه اقتصادی- اجتماعی در مرتبه بالاتر قرار دارد. در این گزینش، علاوه بر شاخص اقتصادی، به موقعیت جغرافیایی مناطق و

^۱ Cochran

^۲ cluster Sampling

جدول ۴- تعریف عملیاتی متغیر وابسته، مستقل و واسط

مفهوم	ابعاد	مؤلفه
سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)	یکپارچگی اجتماعی	احساس بخشی از جامعه بودن
	انطباق اجتماعی	قابل فهم و پیش بینی بودن جامعه
	شکوفایی اجتماعی	دانستن و اعتقاد داشتن به رشد جامعه به شکل مثبت
	پذیرش اجتماعی	گرایش مثبت به افراد
هویت جنسیتی (متغیر مستقل)	مشارکت اجتماعی	داشتن چیزهای با ارزش برای ارائه به جامعه
	هویت جنسیتی شخصی	روایت خود روابط ناب آگاهی به باورهای مشترک
اعتماد (متغیر واسط)	اعتماد بنیادین	علاقه به درون گروه (وابستگی عاطفی) درک زمینه رقابت بین گروهی (تعهد) -
	اعتماد بین شخصی	صراحت سهیم کردن حسن ظن

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در دو بخش تنظیم شده است. ابتدا نحوه توزیع متغیرهای تحقیق بررسی شده و سپس رابطه هر یک از آنها با یکدیگر تحلیل شده‌اند.

یافته‌های توصیفی

بیشترین درصد پاسخگویان؛ یعنی ۵۳/۱ درصد را زنان و ۴۶/۹ درصد آنان را نیز مردان تشکیل می‌دهند. اکثریت پاسخگویان؛ یعنی ۶۳/۷ درصد از آنان در رده سنی ۲۵-۲۹ سال، اقلیت پاسخگویان؛ یعنی ۱۱/۲ درصد نیز در سنین ۱۹-

۱۸ سال و ۴۳ درصد نیز بین ۲۴-۲۰ سال هستند. میانگین سنی پاسخگویان ۲۳ سال است. بر اساس وضعیت تأهل؛ ۲۷۵ نفر معادل ۷۱/۶ درصد از پاسخگویان را افراد مجرد تشکیل داده‌اند. ۲۶/۸ درصد از پاسخگویان را متأهلان و ۰/۵ درصد را افراد مطلقه تشکیل داده‌اند. در خصوص پایگاه اقتصادی - اجتماعی، براین اساس، ۴/۹ درصد از پاسخگویان دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین، ۶۴/۱ درصد پایگاه متوسط و ۳۱ درصد نیز از پایگاه اقتصادی - اجتماعی بالایی برخوردار بوده‌اند.

جدول ۵- توصیف، ابعاد و مفهوم هویت جنسیتی (متغیر مستقل) به تفکیک جنسیت

متغیر	جنسیت	کمترین میزان	بیشترین میزان	میانگین	انحراف معیار
بعد هویت جنسیتی شخصی	زن	۰۰	۱۰۰,۰۰	۴۳,۱۱۲۷	۹,۱۱۲۱
	مرد	۱۱,۶۷	۵۷,۵۰	۴۱,۷۳	۶,۶۷۲
بعد هویت جنسیتی اجتماعی	زن	۱۳,۳۳	۱۰۰,۰۰	۶۹,۹۶۷	۱,۵۵۷
	مرد	۰۰	۹۷,۳۳	۶۳,۹۷	۱,۷۲
مفهوم هویت جنسیتی	زن	۲۰,۸۳	۱۰۰,۰۰	۷۴,۳۹	۱,۳۱۹
	مرد	۰۰	۹۷,۹۲	۶۹,۱۵	۱,۴۵۶

مردان بوده، زنان به نسبت مردان تعلق خاطر بیشتری به جنسیت خود داشته‌اند.

همان‌طور که در جدول ۵ نشان می‌دهد، مقایسه میان زنان و مردان با توجه به دامنه تغییرات نشان‌دهنده آن است که هویت جنسیتی شخصی و اجتماعی در میان زنان بالاتر از

جدول ۶- توصیف ابعاد و مفهوم اعتماد (متغیر واسط)

متغیر	جنسیت	کم‌ترین میزان	بیشترین میزان	میانگین	انحراف استاندارد
بعد اعتماد بنیادین	زن	۱۹,۳۵	۱۰۰,۰۰	۶۰,۳۵	۱,۶۰۱
	مرد	۰۰	۸۷,۱۰	۵۳,۲۳	۱,۴۲۵
بعد اعتماد بین شخصی	زن	۴۵,۷۶	۱۰۰,۰۰	۷۰,۱۵	۸,۷۶
	مرد	۰۰	۹۳,۲۲	۶۷,۵۲	۱۳,۲۲
مفهوم اعتماد	زن	۵۴,۰۰	۱۰۰,۰۰	۷۷,۵۲	۸,۴۰
	مرد	۰۰	۹۵,۰۰	۷۲,۷۳	۱۳,۷۷

جدول فوق نشان‌دهنده آن است که، میانگین زنان در اعتماد بنیادین و بین شخصی میانگین بالاتری نسبت به مردان داشته‌اند.

جدول ۷- توصیف ابعاد و مفهوم سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)

متغیر	جنسیت	کمترین میزان	بیشترین میزان	میانگین	انحراف معیار
مشارکت اجتماعی	زن	۵,۲۶	۴۹,۱۲	۳۰,۲۵	۸,۱۶۵
	مرد	۰۰	۱۰۰	۲۸,۲۵	۹,۰۰
یکپارچگی اجتماعی	زن	۱۴,۲۹	۱۰۰,۰۰	۶۴,۴۳	۱۵,۹۹۰
	مرد	۰۰	۹۴,۲۹	۶۰,۳۸	۱۵,۴۰
پذیرش اجتماعی	زن	۰۰	۱۰۰,۰۰	۵۰,۶۵	۱,۵۳۱
	مرد	۱۲,۱۲	۹۱,۲۱	۵۱,۶	۱,۵۲۸
شکوفایی اجتماعی	زن	۰۰	۹۲,۳۱	۵۱,۰۵	۱,۹۷۳
	مرد	۳,۸۵	۱۰۰,۰۰	۴۷,۱۸	۱,۹۳۳
انطباق اجتماعی	زن	۹,۵۲	۹۰,۴۸	۵۶,۵۸	۱۵,۱۷
	مرد	۰۰	۱۰۰,۰۰	۵۸,۲۲	۱۶,۵۳
مفهوم سلامت اجتماعی	زن	۲۴,۴۴	۱۰۰,۰۰	۶۳,۲۶	۱,۲۶۰
	مرد	۱۲,۵۹	۹۱,۸۵	۶۰,۱۲	۱,۲۶

زنان برخوردار بوده؛ همچنین با توجه به دامنه تغییرات مردان در بعد انطباق و پذیرش اجتماعی میانگین بالاتری را دارا بوده‌اند. در مجموع، در مفهوم سلامت اجتماعی، میانگین سلامت اجتماعی زنان بالاتر بوده است.

جدول ۷ توزیع و پراکندگی سلامت اجتماعی و ابعاد آن را در بین زنان و مردان نشان می‌دهد. با توجه به دامنه تغییرات زنان در بعد مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی از میانگین بالاتری نسبت به

یافته‌های تحلیلی

در این بخش، ابتدا رابطه سلامت اجتماعی با متغیرهای زمینه‌ای بررسی و سپس از طریق همبستگی پیرسون به طور جزئی رابطه هر یک از ابعاد هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی سنجیده شده است و در نهایت آزمون تحلیل

رگرسیون نیز ابعادی از هویت جنسیتی را که قادر به تبیین و پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته سلامت اجتماعی هستند، معرفی خواهد کرد.
رابطه متغیرهای زمینه‌ای (جنس، سن، تأهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی) و سلامت اجتماعی

جدول ۸- رابطه بین نوع جنس افراد و سلامت اجتماعی آنها

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
مرد	۱۸۰	۱۲۴/۶۸	۱۸/۰۹	۲/۶۶۱	۳۸۲	۰/۰۰۹
زن	۲۰۴	۱۲۹/۴۰	۱۷/۳۳			

بر اساس نتایج جدول فوق، میانگین نمره سلامت اجتماعی برای مردان ۱۲۴/۶۸ و برای زنان ۱۲۹/۴۰ است. مقدار T به دست آمده (۲/۶۶۱) و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۹ است و بیانگر

آن است که میانگین سلامت اجتماعی در میان زنان و مردان تفاوت معناداری با یکدیگر دارد، زنان دارای سلامت اجتماعی بیشتری نسبت به مردان هستند.

جدول ۹- رابطه سن و سلامت اجتماعی

مفهوم	همبستگی پیرسون	میزان سلامت اجتماعی
سن(زنان)	ضریب پیرسون	۰/۱۳۶
	معنی داری	۰/۰۵
	ضریب پیرسون	۰/۰۲۱
سن(مردان)	معنی داری	۰/۷۷۹

با توجه به نتایج حاصل از آزمون فوق، در خصوص سن زنان و میزان سلامت اجتماعی آنان سطح معنی‌داری (Sig: ۰/۰۵)، است و این میزان از سطح ۰/۰۵ پایین‌تر است. در نتیجه، می‌توان گفت بین سن زنان و میزان سلامت

اجتماعی رابطه وجود دارد. همچنین، در خصوص رابطه سن مردان و میزان سلامت اجتماعی آنان می‌توان گفت که بین آنها رابطه وجود ندارد.

جدول ۱۰- بررسی تفاوت بین وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی

جنسیت	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	کمیت F	سطح معنی‌داری
زن	۲۴۱۵/۱۵۹	۲	۱۲۰۷/۵۸۰	۴/۱۴۴	۰/۰۱
	۵۸۵۷۵/۸۸۰	۲۰۱	۲۹۱/۴۲۲		
	۶۰۹۹۱/۰۳۹	۲۰۳			
مرد	۱۲۶۰/۳۹۱	۳	۴۲۰/۱۳۰	۱/۲۸۹	۰/۲۸۰
	۵۷۳۷۰/۹۲۰	۱۷۶	۳۲۵/۹۷۱		
	۵۸۶۳۱/۳۱۱	۱۷۹			

مقایسه میانگین سلامت اجتماعی برحسب وضعیت تأهل در جدول ۱۰ ارائه شده است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل زنان متفاوت است و با توجه به میانگین‌ها، زنان مجرد از سلامت بالاتری برخوردارند.

جدول ۱۱- رابطه پایگاه اقتصادی- اجتماعی خانواده و سلامت اجتماعی

مفهوم	همبستگی پیرسون	سلامت اجتماعی
پایگاه اقتصادی- اجتماعی (زنان)	ضریب پیرسون	۰/۰۲۴
	معنی داری	۰/۷۳۲
پایگاه اقتصادی- اجتماعی (مردان)	ضریب پیرسون	-۰/۰۲۴
	معنی داری	۰/۷۵۲

با توجه به سطح معنی داری که بالاتر از ۰/۰۵ است، رابطه متغیرهای مستقل و متغیر واسطه (اعتماد) می‌توان گفت بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان و مردان و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد.

جدول ۱۲- بررسی رابطه ابعاد و مفهوم هویت جنسیتی و اعتماد (متغیر واسطه)

مفهوم	همبستگی پیرسون	اعتماد (متغیر واسطه)
هویت جنسیتی شخصی زنان	همبستگی	۰/۳۲۷
	معناداری	۰/۰۰۰
هویت جنسیتی شخصی مردان	همبستگی	۰/۶۹۷
	معناداری	۰/۰۰۰
هویت جنسیتی اجتماعی زنان	همبستگی	۰/۳۲۸
	معناداری	۰/۰۰۰
هویت جنسیتی اجتماعی مردان	همبستگی	۰/۴۷۹
	معناداری	۰/۰۰۰
هویت جنسیتی زنان	همبستگی	۰/۴۰۷
	معناداری	۰/۰۰۰
هویت جنسیتی مردان	همبستگی	۰/۶۸۷
	معناداری	۰/۰۰۰

(۰/۶۹۷) قویتر از سایر ابعاد و مؤلفه‌های هویت جنسیتی است. پس از آن هویت جنسیتی مردان (۰/۶۸۷) و روابط ناب مردان (۰/۵۹۵) دارای تأثیرات قوی و مستقیم با اعتماد بوده‌اند. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، در همه

مهمترین نکاتی که در جدول ۱۲ می‌توان بررسی کرد، عبارتند از: مؤلفه‌ها و ابعاد و مفهوم هویت جنسیتی رابطه مثبت و معناداری با متغیر اعتماد (واسطه) دارند. شایان ذکر است که رابطه هویت جنسیتی شخصی مردان و اعتماد

ابعاد و مؤلفه‌های مفهوم هویت جنسیتی و اعتماد، مردان همبستگی قویتری نسبت به زنان دارند؛ به این معنا که هر چه میزان هویت جنسیتی در مردان افزایش می‌یابد، میزان اعتماد نیز به همان میزان در آنها افزایش می‌یابد.

رابطه متغیر واسطه (اعتماد) و وابسته (سلامت اجتماعی)

جدول ۱۳- رابطه اعتماد و سلامت اجتماعی

مفهوم	همبستگی پیرسون	میزان سلامت اجتماعی
اعتماد زنان	ضریب پیرسون	۰/۵۹۳
	معنی داری	۰/۰۰۰
اعتماد مردان	ضریب پیرسون	۰/۶۴۳
	معنی داری	۰/۰۰۰

بین اعتماد زنان و مردان و سلامت اجتماعی آنان رابطه‌ای معنی دار و مستقیم وجود دارد.

رابطه متغیرهای مستقل (هویت جنسیتی) با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی)

به نظر می‌رسد بین اعتماد زنان و مردان و میزان سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد. یکی دیگر از فرضیات این تحقیق است که این فرضیه با استفاده از آماره پیرسون ارزیابی شده است. با توجه به این که سطح معنی داری (Sig: ۰/۰۰۰)، است و میزان آن از ۰/۰۵ کمتر است. بنابراین، می‌توان گفت

جدول ۱۴- رابطه ابعاد و مفهوم هویت جنسیتی با سلامت اجتماعی و با کنترل اعتماد

متغیر	ضریب همبستگی	سلامت اجتماعی	سلامت اجتماعی با کنترل اعتماد
هویت جنسیتی شخصی زنان	همبستگی	۰/۳۷۰	۰/۲۳۲
	معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
هویت جنسیتی شخصی مردان	همبستگی	۰/۵۷۹	۰/۲۳۹
	معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱
هویت جنسیتی اجتماعی زنان	همبستگی	۰/۲۳۰	۰/۰۴۷
	معناداری	۰/۰۰۱	۰/۵۰۵
هویت جنسیتی اجتماعی مردان	همبستگی	۰/۲۶۰	-۰/۰۷۱
	معناداری	۰/۰۰۰	۰/۳۴۵
هویت جنسیتی زنان	همبستگی	۰/۳۳۱	۰/۱۲۲
	معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۸۳
هویت جنسیتی مردان	همبستگی	۰/۴۸۶	۰/۰۸۰
	معناداری	۰/۰۰۰	۰/۲۸۹

در جدول ۱۴ رابطه ابعاد و مفهوم هویت جنسیتی با سلامت اجتماعی و یک‌بار نیز با کنترل متغیر اعتماد (واسطه) با استفاده از همبستگی تفکیکی مرتبه اول تأثیر یک متغیر مستقل

اعتماد) از روی همبستگی بین متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) و متغیر مستقل مورد نظر (هویت جنسیتی) کنترل و تفکیک شده است تا اثر خالص بر سلامت اجتماعی بررسی

در جدول ۱۴ رابطه ابعاد و مفهوم هویت جنسیتی با سلامت اجتماعی و یک‌بار نیز با کنترل متغیر اعتماد (واسطه) با استفاده از همبستگی تفکیکی مرتبه اول تأثیر یک متغیر مستقل

سلامت اجتماعی همبستگی متوسطی دارند که با حذف اثر اعتماد، این اثر مشاهده نمی‌شود.

تحلیل رگرسیونی ابعاد و مؤلفه‌های هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی

به منظور بررسی میزان تأثیر هر یک از ابعاد هویت جنسیتی بر سلامت اجتماعی از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شده است و دو بعد هویت جنسیتی شخصی و هویت جنسیتی اجتماعی، متغیر اعتماد و تحصیلات پاسخگو و جنسیت و سن در مدل رگرسیونی باقی مانده‌اند.

شود. همان‌طور که مشاهده می‌شود، همبستگی واقعی بین هویت جنسیتی زنان و سلامت اجتماعی پس از تفکیک و کنار گذاشتن تأثیرات اعتماد ۰/۲۳۲ است که در مقایسه با ۰/۳۷۰ اولیه افت متوسطی داشته است. همچنین، همبستگی واقعی بین هویت جنسیتی مردان و سلامت اجتماعی پس از تفکیک و کنار گذاشتن تأثیرات اعتماد ۰/۲۳۹ است که در مقایسه با ۰/۵۷۹ افت نسبتاً زیادی داشته است. درخصوص هویت جنسیتی اجتماعی زنان و مردان و سلامت اجتماعی رابطه ضعیف است که با کنترل متغیر اعتماد این رابطه نیز از بین می‌رود و ارتباط آنها رد می‌شود. هویت جنسیتی زنان و سلامت اجتماعی رابطه نسبتاً ضعیف است که با کنترل متغیر این رابطه نیز از بین می‌رود. همچنین، هویت جنسیتی مردان و

جدول ۱۵- تحلیل رگرسیون چند متغیره میزان سلامت اجتماعی به روش Enter

ضریب همبستگی چندگانه (Multiple R)	ضریب تبیین (R Square)	ضریب تبیین تعدیل شده
۰/۶۵۵	۰/۴۳۰	۰/۴۱۷

پیش‌بینی کرد.

بنابراین، از روی متغیرهای مستقل واقع در مدل می‌توان تا حدود ۴۳ درصد از تغییرات متغیر وابسته سلامت اجتماعی را

جدول ۱۶- نتایج ضریب رگرسیون جزئی هر متغیر مستقل در پیش‌بینی متغیر سلامت اجتماعی

معنی داری Sig	مقدار T	ضرایب استاندارد شده		ضرایب استاندارد نشده	متغیرها
		Beta	Std.Error		
۳۹/۱۷۸	۳/۳۰۰		۱۱/۸۷۴	۳۹/۱۷۸	مقدار ثابت
۰/۴۴۹	۴/۸۰۶	۰/۲۶۳	۰/۰۹۳	۰/۴۴۹	هویت جنسیتی شخصی
۰/۱۴۵	۲/۱۱۱	۰/۱۰۱	۰/۰۶۹	۰/۱۴۵	هویت جنسیتی اجتماعی
۰/۷۶۳	۹/۵۳۲	۰/۴۹۴	۰/۰۸۰	۰/۷۶۳	اعتماد
۰/۵۲۱	۲/۲۱۹	۰/۰۹۸	۰/۲۳۵	۰/۵۲۱	سن
۰/۰۲	۲/۲۲۶	۰/۱۱۹	۱/۹۲۵	۴/۲۸۴	جنسیت
۰/۰۲	۲/۱۹۷	۰/۱۲۸	۰/۷۴۳	۱/۶۳۳	تحصیلات پاسخگو

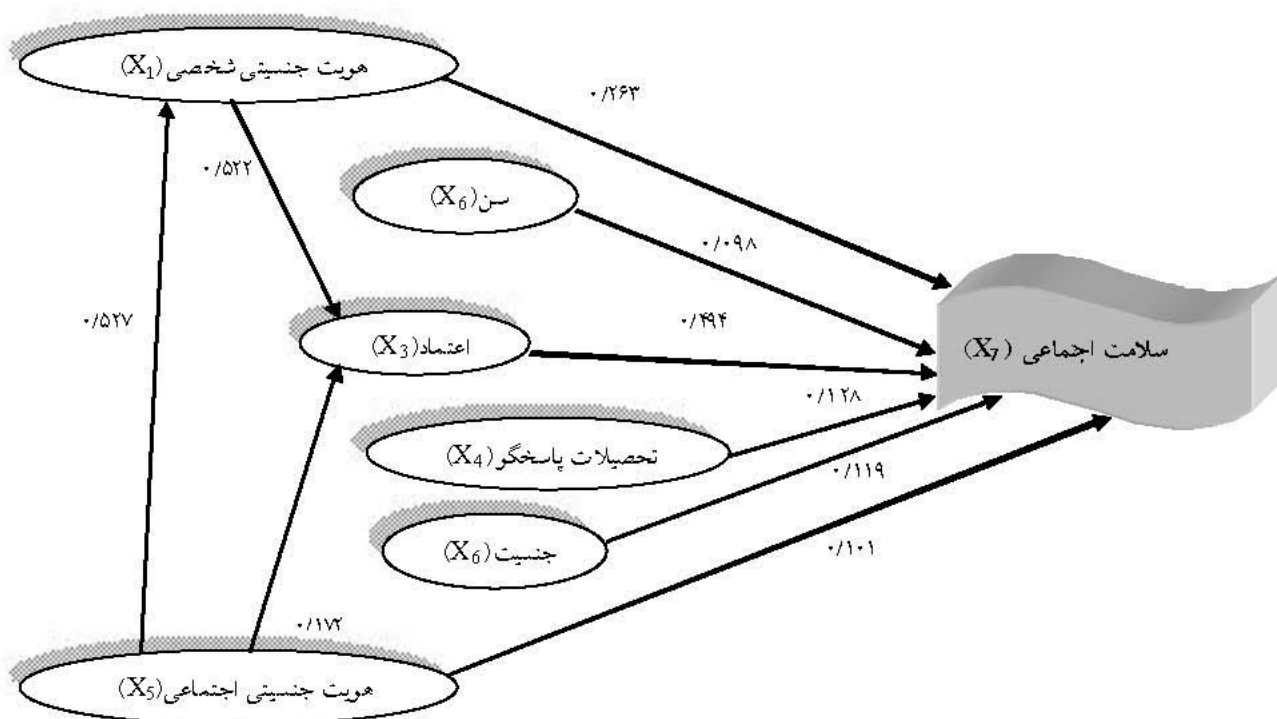
اجتماعی است و متغیرهای اعتماد اجتماعی، هویت جنسیتی شخصی، هویت جنسیتی اجتماعی، جنسیت، تحصیلات

بر اساس جدول فوق می‌توان گفت متغیر اعتماد با ضریب بتای ۰/۴۹۴ مهمترین پیش‌بینی کننده متغیر وابسته سلامت

متغیر واسط میان هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی بیشترین تأثیر را به صورت مستقیم بر سلامت اجتماعی داشته است.

پاسخگو و سن در دوره‌های بعد قرار دارند. بنابراین، مدل رگرسیونی مدل نظری را تأیید می‌کند؛ زیرا اعتماد به عنوان

نمودار ۱- مسیر متغیرها همراه با ضریب‌های مسیر آنها



اجتماعی زنان و مردان بررسی و تجزیه و تحلیل گردد. از این رو، پرداختن به مفاهیم فوق، مورد توجه این پژوهش قرار گرفته است.

هدف اصلی مقاله حاضر آن است به بررسی این امر بپردازد که آیا در دوره جوانی که فرایندهای روند تقویت هویت جنسیتی شدت می‌یابد و انتظارات مربوط به جنسیت افزایش می‌یابد، می‌توان انتظار داشت که افزایش تعلق به جنسیت چه شخصی و چه اجتماعی، به ایجاد اعتماد در بین جوانان و نهایتاً سلامت اجتماعی منجر خواهد شد؟ پس از مطالعه نظری در این زمینه، در شهر تهران پژوهشی تجربی با استفاده از روش پیمایش انجام شده که برخی از نتایج حاصل از پژوهش حاضر بدین شرح است:

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که اشاره شد، سلامت اجتماعی به معنای ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی مطرح شده است. بنابر نظر کیز، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. شکل‌گیری هویت زمینه را برای برخی چالش‌های اساسی در سال‌های جوانی فراهم می‌کند. از سوی دیگر، هویت جنسیتی که خود متشکل از دو بعد هویت جنسیتی شخصی و اجتماعی است، به عنوان عاملی است که تسهیل‌کننده و معنا بخش رابطه انسان‌هاست. در این پژوهش، برای ملاحظه اهمیت مسأله جنسیت در هویت یابی شخصی و اجتماعی افراد، سعی بر این بوده است که تأثیر این متغیر بر اعتماد میان افراد و سپس سلامت

سلامت اجتماعی، باید گفت که بین سن زنان و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. برخی تحقیقات نشان داده است که وقتی سن افزایش می‌یابد، افراد احساس خوشحالی بیشتری کرده، از زندگی خود رضایت بیشتری داشته و سلامت اجتماعی در بین آنها افزایش می‌یابد (کار، ۲۰۰۴؛ به نقل باباپور، ۱۳۸۸: ۱۲).

تحلیل‌ها نشان می‌دهد که بین وضعیت تأهل زنان و سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد؛ در حالی که در خصوص مردان این تفاوت معنادار نیست. میانگین سلامت زنان مجرد بالاتر از زنان متأهل است. ضریب همبستگی نشان‌دهنده آن است که بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی زنان و مردان و سلامت اجتماعی نیز رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر ناهمسو با مطالعاتی است که نشان داده‌اند وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین سبب کاهش سلامتی در تمام ابعاد می‌شود (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۱).

همان‌گونه که در بخش یافته‌های تحقیق اشاره شده، ضریب همبستگی نشان‌دهنده رابطه مثبت و معناداری بین ابعاد هویت جنسیتی زنان و مردان و میزان اعتماد آنان بوده است. براین اساس، با توجه به نتایج فوق، تئوری گیدنز در جامعه آماری این تحقیق تأیید می‌شود. او معتقد است هویت هر فرد را نباید در رفتار او یا در واکنش او با دیگران جستجو کرد، بلکه هویت هر فرد، به حفظ روابط متقابل و منظم با دیگران و همان اعتماد داشتن به سایرین بستگی دارد.

اعتماد به عنوان متغیر واسط در این تحقیق در نظر گرفته شده است. بین اعتماد زنان و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار و مستقیم و با شدت همبستگی متوسط و تا حدی قوی وجود دارد. بنابراین، می‌توان گفت که اگر افراد به هر دلیلی اعتماد خود را از دست بدهند، از مشارکت در امور و فعالیت‌های اجتماعی سرباز خواهند زد و هیچ‌گونه پیوند محکمی بین فرد و اجتماع برقرار نمی‌ماند؛ در نتیجه در چنین شرایطی افراد نمی‌توانند نسبت به جامعه و اجتماع خود نگرش مثبتی داشته باشند.

میانگین هویت جنسیتی زنان بالاتر از مردان است؛ چه در بعد هویت جنسیتی شخصی و چه در بعد هویت جنسیتی اجتماعی. شاید بتوان علت این امر را تحولات فرهنگی، دگرگونی‌های عرصه اقتصاد و مشارکت زنان در درآمدزایی و ازدیاد فرصت‌های آموزشی همراه با آن دانست که موجب تعدد گروه‌ها و گسترش روابط اجتماعی و تعلقات گروهی زنان شده و افزایش تعلق به جنسیت را در پی داشته است.

در خصوص سلامت اجتماعی باید گفت که زنان در بعد مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی از میانگین بالاتری نسبت به زنان برخوردار بوده؛ در واقع همان عواملی که در خصوص تعلق به جنسیت ذکر گردید، باعث می‌شود زنان در جامعه امروز؛ احساس کنند بخشی از جامعه هستند و باورهایی داشته باشند که به زندگی‌شان هدف می‌دهد و آنها را به آینده و تکامل جامعه امیدوارتر می‌کند.

همچنین، با توجه به دامنه تغییرات مردان در بعد انطباق و پذیرش اجتماعی میانگین بالاتری را دارا بوده‌اند؛ بدین معنا که مردان، افراد دیگر را بیشتر می‌پذیرند، نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها دارند و احساس می‌کنند که می‌توانند آنچه در اطرافشان رخ می‌دهد را بفهمند و این بیشتر به این علت است که مردان محدودیت‌های اجتماعی کمتری نسبت به زنان دارند. زنان با توجه به دامنه نمرات در اعتماد اجتماعی میانگین بالاتری نسبت به مردان داشته‌اند. در حقیقت، تلاش زنان برای یافتن نقش اجتماعی و برخورداری کامل از حقوق اجتماعی خویش، حضور بیشتر آنها در مسائل اجتماعی و فعالیت گسترده در سازمان‌های مدنی، عواملی هستند که به افزایش اعتماد آنها به دیگران کمک می‌کند.

یافته‌های تحلیلی نشان می‌دهد که میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان و مردان تفاوت معناداری با یکدیگر دارد و زنان دارای سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به مردان هستند. نتایج تحقیق لاروچ (۱۹۹۸) نشان داد زنان دانشجو به نحو معناداری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسؤلیت‌پذیری رفتار بهتری از مردان داشتند (مامورت، ۱۳۸۷: ۳۹). در خصوص سن زنان و مردان و

دارد و نتایج آن را می‌توان با اطمینان به کل جامعه آماری تعمیم داد. از طرف دیگر، نکته برتری این پژوهش نسبت به سایر پژوهش‌ها، بررسی هویت جنسیتی در دو بعد شخصی و اجتماعی و بیان تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم آن بر سلامت اجتماعی است؛ بدین صورت که اعتماد در رابطه هویت جنسیتی شخصی و اجتماعی و سلامت اجتماعی به عنوان یک متغیر مؤثر شناخته شده که نقش بسزایی در تعلقات گروهی زنان و مردان داشته و به واسطه آن است که افراد، ارزیابی مثبتی از عملکرد خویش در جامعه دارند.

پیشنهاد‌های پژوهشی

با توجه به تأیید رابطه بین هویت جنسیتی و اعتماد و رابطه اعتماد و سلامت اجتماعی؛ پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی به طور جداگانه به بررسی رابطه بین متغیرهای مذکور بپردازد.

در حوزه تحقیقات، پیشنهاد می‌شود که اعتماد به صورتی دقیق‌تر با ابعادی بیشتر در رابطه با سلامت اجتماعی بررسی شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهشی با همین عنوان در بین دانشجویان یک دانشگاه تک جنسیتی و مختلط برای بیان نتایج بهتر در خصوص هویت جنسیتی صورت گیرد.

پیشنهاد‌های کاربردی

سیاست‌های سلامتی نباید فقط منحصر به گسترش فنون جدید پزشکی باشد و به افراد توصیه کند که رفتارهای سالم داشته باشند، بلکه باید به طور گسترده‌تر در بهبود پیوندهای اجتماعی سرمایه‌گذاری کند.

پیشنهاد می‌شود که نهادها و سازمان‌های مرتبط با امور جوانان، برای فهم و رفع شبهات در مورد هویت جنسیتی به منظور افزایش هویت جنسیتی زنان و مردان جوان و در نهایت، رشد سلامت اجتماعی آن، به برنامه‌ریزی دقیق در رابطه با ایجاد

ارتباط بین هویت جنسیتی شخصی و اجتماعی زنان و مردان با سلامت اجتماعی تأیید شد. یافته‌های فوق منطبق با نظریات گیدنز، تاجفل و کیز در این زمینه است. در واقع، توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران به منظور ایجاد روابط ارضا کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی که شامل مشارکت اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و... می‌شود؛ نیازمند تجربه ذهنی یک شخص از جنسیتش و همچنین، شامل پذیرش عضویت یک فرد به عنوان مرد یا زن در گروهی از مردم است. همچنین، نتایج پژوهش سفیری و ایمانیان؛ نشان داد که پنداشت از خود و تعریف از خود به عنوان یک زن بر سلامت زنان تأثیرگذار بوده است (سفیری و ایمانیان، ۱۳۸۸: ۱۶۱).

همبستگی تفکیکی اثر خالص رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. براین اساس، با کنترل و حذف اثر اعتماد، همبستگی هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی در تمامی ابعاد در مقایسه با همبستگی ابتدایی، افت نسبتاً زیادی داشته است. این امر نشان‌دهنده تأثیر قوی متغیر اعتماد بر سلامت اجتماعی است. در تحلیل رگرسیونی سلامت اجتماعی مشاهده شده که ۴۳ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط اعتماد و هویت جنسیتی شخصی و اجتماعی تبیین می‌شوند. تأثیرگذاری متغیر اعتماد از دو متغیر دیگر بالاتر بوده و از این رو به نظر می‌رسد اعتماد داشتن درصد بیشتری از واریانس سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند.

در مجموع، متغیر اعتماد که با توجه مباحث نظری به عنوان واسطه در نظر گرفته شد، در جامعه آماری این پژوهش نیز تأیید شد. فرد با کسب هویت جنسیتی در نتیجه روابط با دیگران به اعتماد اجتماعی دست یافته و این اعتماد سرمنشأ سلامت اجتماعی فرد در جامعه خواهد شد. به این ترتیب، با افزایش هویت جنسیتی، اعتماد اجتماعی افزایش یافته و با افزایش اعتماد، سلامت اجتماعی نیز افزایش خواهد یافت. با توجه به اینکه نتایج تحقیق حاضر با بیشتر یافته‌های تحقیقات پیشین (فیوش، هاسلم، تایلر و اسمیت، ترنر، لامپینن) مطابقت دارد و در واقع از آنها حمایت می‌کند، می‌توان گفت این پژوهش پشتوانه نظری قوی و محکمی

برنامه‌هایی در مورد هویت جنسیتی در رسانه‌ها به منظور آگاهی از هویت جنسیتی و فهم بهتر از آن توسط سازمان‌های مرتبط پرداخته شود. برنامه‌ریزی در حوزه آموزش عالی و آموزش و پرورش در راستای تقویت اعتماد اجتماعی پایدار و مستمر در بین نسل جوان صورت گیرد.

احساس تعلق شخصی و جمعی به جنس به عنوان عوامل تاثیرگذار بر اعتماد، تشخیص داده شد. بنابراین، با ترغیب زنان و مردان جوان به شرکت در انجمن‌های اجتماعی، فرهنگی و هنری، میزان مشارکت آنان را بالا برد، چرا که به نظر می‌رسد عوامل مذکور در تقویت احساس تعلق فردی و جمعی به جنس خود و بالا بردن اعتماد مؤثرند.

توجه بیشتر مسئولان آموزشی در تمام حوزه‌ها؛ در جهت آموزش مهارت‌های زندگی در سنین اولیه جوانی و توجه به رویکرد پیشگیری سطح اول (اطلاع‌رسانی) در زمینه حوزه سلامت با تأکید بر سلامت اجتماعی برای داشتن شهروندانی با سلامت اجتماعی بالا و بالطبع جامعه‌ای سالم‌تر.

با بهره‌گیری از این دستاوردها پیشنهاد می‌شود با تصمیم‌گیری‌های متناسب با مسائل جوانان، آنان را در جهت مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و پیشرفت جامعه سوق دهیم. بنابراین، باید با تأمل در این نتایج و تحقیقاتی از این دست، سعی کنیم هویت جنسیتی جوانان را تقویت و هویت جنسیتی شخصی و اجتماعی جوانان را با هویت جنسیتی همسو کنیم تا به سلامت اجتماعی دست یابیم.

منابع

- رفاه اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پیشگاهی‌فرد، زهرا، مریم امیدواج. (۱۳۸۸). «هویت دختران و زنان جوان ایرانی و نقش آنان در تمدن‌سازی»، پژوهش زنان، دوره ۱، ش ۱، ص ۱۳۷-۱۵۷.
- جوشن‌لو، محسن، رستمی، رضا، نصرت‌آبادی، مسعود. (۱۳۸۵). «بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع»، فصلنامه روان‌شناسی ایران، سال سوم، شماره نهم، پاییز، ص ۱-۲۳.
- چلبی، مسعود. (۱۳۷۵). *جامعه‌شناسی نظم*، تهران، نشرنی.
- سام آرام عزت الله. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، فصلنامه علمی پژوهشی نظام اجتماعی، سال اول، شماره اول، ص ۹-۲۳.
- سجادی، حمیرا، صدر السادات، سید جلال. (۱۳۸۴). «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، فصلنامه سیاسی، اقتصادی، ش ۲۰، ص ۲۰۷.
- سفیری، خدیجه؛ ایمانیان، سارا. (۱۳۸۸). «مطالعه جامعه‌شناختی مفاهیم سلامتی و بیماری و رفتارهای مرتبط با آن نزد دختران دانشجوی»، *دانشنامه علوم اجتماعی*، دوره ۱، شماره اول، ص ۱۴۵-۱۶۶.
- شرفی، محمدرضا. (۱۳۸۷). *جوان و بحران هویت*، تهران: انتشارات سروش، چاپ پنجم.
- راران، مصطفی، میرطاهر موسوی، حسن رفیعی. (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی در ایران»، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال یازدهم، ش ۴۲، ص ۲۰۳-۲۲۸.
- رجایی‌علی‌رضا، محمدحسین بیاضی، حمید حبیبی‌پور. (۱۳۸۸). «باورهای مذهبی اساسی، بحران هویت و سلامت عمومی جوانان»، فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ش ۲۲، ص ۱۱۱-۱۲۱.
- رفیع‌پور، فرامرز. (۱۳۸۴). *کندو کاوها و پنداشته‌ها*، تهران، شرکت سهامی انتشار.

امینی، منصور. (۱۳۸۹). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان ۱۸-۲۹ سال شهر قلعه آذربایجان غربی)*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی

- Larson, James S. (1996) "The Measurement of Social Well-Being," *Social Indicators Research* Volume 28, Number 3, 285-296.
- Randel, Amy E. Jaussi, Kimberly, S. (2008) "Gender Social and Personal Identity, Sex Dissimilarity, Relationship Conflict, and Asymmetrical Effects", *Small Group Research* Volume 39 Number 4: 468-491
- Sani, Fabilo, Bowe, Mhairi and Herrera, Marina (2008). "Perceived Collective Continuity and Social Well-Being: Exploring the Connections", *European Journal of Social Psychology Eur. J. Soc. Psychol.* 38, 365-37.
- Sharma, Sagar, Sharma, Monica (2010). "Self, Social Identity and Psychological Well-being", *National Academy of Psychology (NAOP) India Psychological Studies* 55(2):118-136
- Turner, B. (2003) "Social Capital in Equality and Health: the Durkheim and Rival". *Social Theory and Health*. Vol. 1. No. 1. Pp. 1-20.
- Tesch-Ro`mer, Clemens, Andreas Motel-Klingebiel, Martin J. omasik (2007) "Gender Differences in Subjective Well-Being: Comparing Societies with Respect to Gender Equality". *Soc Indic Res* :85:329-349.
- Tyler, Tom R. (1997)"Why Do People Rely Upon Others?: Social Identity and the Social Aspects of Trust." Paper presented at the Russell-Sage Workshop on Trust (New York, NY).
- Wei, Zhang, QiChen, HamiltonMcCubbin, Laurie McCubbin, Shirley Foley (2011). "Predictors of Mental and Physical Health: Individual and Neighborhood Levels of Education, Social well-being, Andethnicity", *Health & Place* 17: 238-247.
- Wilt, J. Cox, K. S. & McAdams, D. P. (2010) "The Eriksonian Life Story: Developmental Scripts and Psychosocial Adaptation". *Journal of Adult Development*, 17, 156-161.
- عبدی زرین سهراب، فاطمه ممیزی، فاطمه عبدی زرین، محمدهادی شمس الدینی. (۱۳۸۷). «رابطه پایگاه هویت و سلامت روانی در دانشجویان پسر دانشگاه شهید بهشتی»، فصلنامه مطالعات جوانان، ش ۱۵، ص ۹۷-۱۰۷.
- گیدنز، آتونی. (۱۳۸۷). *تجدد و تشخیص (جامعه و هویت شخصی در عصر جدید)*، ترجمه: ناصر موفقیان، تهران: نشر نی.
- مارمورت، مایکل، ویلیکسون، ریچارد. (۱۳۸۷). *مؤلفه‌های اجتماعی سلامت*، ترجمه: علی منتظری، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- موسی‌نژاد، پریسا. (۱۳۸۸). *بررسی هویت جنسیتی زنان و مردان در کلانشهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، گروه مطالعات زنان.
- دادهیر، ابوعلی، ساداتی، سید محمد هانی. (۱۳۹۰). *سلامت در زندگی اجتماعی - فرهنگی - شهر (بازنگری در آرا و مطالعات اجتماعی - فرهنگی مرتبط با سلامت در کلان شهر تهران)*. تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
- 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.*
- Hecht, Michael L. Brooke Chapman (2007) "The Role of Identity in International Students' Psychological Well-Being in the United States:A Model of Depression Level, Identity Gaps, Discrimination, and Acculturation Eura Jung," *Wads International Journal of Intercultural Relations* 31 : 605-624.
- Haslam, S. Alexander, Jolanda Jetten, Tom Postmes, Catherine Haslam (2009) "Social Identity, Health and Well-being". *Applied Psychology: an International Review*, 58(1),1-23.
- Keys, C.M. & Shapiro, A. (2004) "*Social Well-being in the U.S.: Descriptive Epidemiology*". In Orville Brime, Carol D. Ryff & Ronald C.
- Keys, M (1998) "Social Well-Being", *Social Psychology Quarterly*. Vol , 61, No. 2, 121-140.