

تبیین جامعه‌شناختی تأثیر خشونت اجتماعی (با نقش میانجی اختلال رابطه‌ای) بر سلامت اجتماعی زنان منطقه اورامانات کرمانشاه

چکیده

زمینه و هدف: سلامت یکی از ارکان پایه‌ای در نظام حقوق بشر محسوب می‌شود و تأمین سلامت افراد (فیزیکی، روانی و اجتماعی)، مهم‌ترین رکن پیشرفت جامعه است. این تحقیق با هدف بررسی اثر خشونت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان، با نقش میانجی اختلال رابطه‌ای انجام شده است.

روش: این مطالعه از نوع مطالعات کاربردی و از نظر گردآوری اطلاعات نیز به روش پیمایشی است. جامعه آماری آن همه زنان ۱۵-۴۹ ساله منطقه اورامانات در استان کرمانشاه است. حجم نمونه، ۳۰۰ نفر است که براساس فرمول کوکران و به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه بوده است. برای روایی تحقیق از تکنیک تحلیل عاملی استفاده شده و پایایی تحقیق براساس تکنیک آلفای کرونباخ در حد مطلوب بوده است. یافته‌های پاسخگویان با به کارگیری نرم‌افزار spss و Smrt PLS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر رابطه معنی‌دار و معکوس بین خشونت اجتماعی و اختلال رابطه‌ای با سلامت اجتماعی در جامعه مورد مطالعه است. نتایج رگرسیونی حاکی از آن است که از میان متغیرهای اثرگذار بر سلامت اجتماعی، متغیر قدرت و استقلال زن در خانواده با مقدار بنای ۰/۲۲ به‌طور معکوس بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان جامعه مورد تحقیق داشته است. در مجموع، متغیرهای مستقل این مطالعه توانسته‌اند ۰/۲۹ از تغییرات، متغیر وابسته را تبیین کنند. همچنین، معیار نیکویی برازش (GOF)، برابر با ۰/۳۴۱ است که نشانگر برازش مناسب مدل کلی تحقیق است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که رفع خشونت اجتماعی در درجه اول با جامعه‌پذیری و تغییر روابط قدرت در خانواده مرتبط است؛ بنابراین، نیازمند تغییر در نقش‌های جنسیتی هستیم تا به تبع آن شاهد کاهش میزان اختلال رابطه‌ای زنان باشیم.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، زنان، خشونت اجتماعی، اختلال رابطه‌ای، مردسالاری.

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۲۸

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

صص: ۱۴۹-۱۸۴

شناسه دیجیتال (DOR):

DOR: [20.1001.1.20086024.1400.13.2.6.2](https://doi.org/10.1001.1.20086024.1400.13.2.6.2)

فائزه محمدی

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی و عضو هیئت علمی، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. رایانامه: faezeh.moh91@Gmail.com

منصوره اعظم آزاده

دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران (نویسنده مسئول). رایانامه: m.azadeh@alzahra.ac.ir

شهناز صدقت‌زادگان

دانشیار گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. رایانامه: sedaght@pnu.ac.ir

مریم قاضی نژاد

دانشیار گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران. رایانامه: m.ghazinejad@alzahra.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته جامعه‌شناسی با عنوان «بررسی رابطه خشونت اجتماعی علیه زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها (مورد مطالعه: زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله منطقه هورامانات (پاوه، جوانرود و روانسر) استان کرمانشاه» در مرکز تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام نور است.

مقدمه

امروزه سلامت اجتماعی^۱، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به‌گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری‌بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست؛ بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز، به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌آید (سام‌آرام، ۱۳۸۸، ص ۱۰). آنچه بنیان سلامت اجتماعی را می‌سازد و آن را از انواع دیگر سلامت متمایز می‌کند عنصر رابطه است؛ رابطه فرد با دیگران و با نهادهای اجتماعی (گنجی، آقابزرگی‌زاده و یادگاری، ۱۳۹۸، ص ۱۵۰) که اختلال در آن منجر به آسیب‌های جدی فردی و اجتماعی می‌شود.

با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی، عوامل مختلفی وجود دارند که سلامت اجتماعی زنان را به مخاطره می‌اندازند. یکی از این عوامل، خشونت‌هایی است که به طرق مختلف علیه زنان وارد می‌شود. خشونت علیه زنان به معنای هرگونه اقدام خشونت‌آمیز مبتنی بر جنسیت است. انواع مختلف خشونت، ناشی از تعامل مردسالاری با عوامل ساختاری مانند فرهنگ و فرصت‌های اقتصادی است (سین‌ها، گوپتا، سینگ و سریواستاوا^۲، ۲۰۱۷، ص ۱۳۵)؛ از جمله این خشونت‌ها، خشونت اجتماعی است که به باور بورگوس^۳ (۲۰۰۹) می‌توان گفت: «این نوع خشونت [به‌صورت] نمادین^۴ و طبیعی شده جلوه‌گر است». «خشونت اجتماعی افراد را در یک وضعیت آسیب‌زا قرار می‌دهد و محصول جامعه - ساختار اجتماعی / سیاسی و سازمان‌های اقتصادی جهان اجتماعی ما - است و به ایجاد و حفظ نابرابری داخل و بین گروه‌های اجتماعی مختلف [مثلاً زنان] و همچنین گروه‌های قومی - فرهنگی منجر می‌شود» (مونتسانتی و ثورستن^۵، ۲۰۱۵). بنابراین، خشونت اجتماعی امری نهادی و ناشی از روابط نابرابر یک

-
- 1- Social Health
 - 2- Sinha, Gupta, Singh & Srivastava
 - 3- Bourgeois
 - 4- Symbolic
 - 5- Montesanti & Thurston

گروه بر گروه دیگر یا یک اکثریت بر اقلیت است و «فراتر از تفاوت‌های مربوط به سلامت فردی است و درصدد ارائه درک روشنی از نابرابری‌ها [اجتماعی] و روابط قدرت در ساختار اجتماعی است» (لیزرمن و گودمن^۱، ۲۰۱۱، ص ۳۳) و به شیوه‌های مختلفی مسیر را برای خشونت‌های مستقیم فیزیکی باز می‌کند (بون‌فوی، بورگات و منورت^۲، ۲۰۱۱).

از جمله گروه‌هایی که در معرض خشونت اجتماعی هستند، زنان می‌باشند؛ «خشونت بر تمام جنبه‌های زندگی زنان از جمله سلامتی، امنیت و حتی فرزندان آن‌ها تأثیر می‌گذارد» (سین‌ها و همکاران، ۲۰۱۷، ص ۱۳۵) و امنیت ذهنی و عینی آن‌ها را کاهش می‌دهد؛ اثربخشی اجتماعی، توانمندسازی و قابلیت‌های فردی - اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از همه مهم‌تر، منجر به اختلال رابطه‌ای می‌شود. منطقه هورامانات در استان کرمانشاه، به‌موازات گسترش تجربه مواجهه با مدرنیته و ظهور سبک زندگی جدید، با مسائل اجتماعی نوینی مواجه است که منجر به بهم‌خوردن تعادل اجتماعی آن شده است و خود را از راه‌های مختلفی از جمله خشونت نشان می‌دهد. رشد تحصیلات زنان، درخواست‌های رو به افزایش برای اشتغال، گرایش به فراغت، مصرف فرهنگی و کاهش مولید، نشان از میل زنان منطقه برای دگرگونی و تغییر شرایط اجتماعی - فرهنگی خویش است؛ اما تعدد نقش‌های زنان در کنار دگرگون نشدن هنجارهای نقش آن‌ها و نرمش‌ناپذیری نقش‌های مردان، سبب شده است؛ تا کشمکش‌هایی در روابط خانوادگی و اجتماعی زنان پدید آید که نتایج تحقیقات انجام‌شده در حوزه خشونت خانگی و مشابه آن (محمدی ۱۳۸۶، محمدی و رحمتی ۱۳۹۵، طالب‌پور و کریمی‌فر، ۱۳۹۸)، نمونه‌هایی از این ناهمخوانی و تضاد است.

خشونت‌های اجتماعی در حوزه‌های مختلف زندگی اجتماعی زنان منطقه، از متلک‌ها گرفته تا نقش‌های جنسیتی تبعیض‌آمیز، نابرابری‌های شغلی، خشونت خانوادگی و غیره، پیوستاری از مشکلات برای سلامت اجتماعی زنان

1- Leatherman & Goodman

2- Bonnefoy, Burgat & Menoret

ایجاد کرده‌اند. با توجه به ساختار سنتی و فشارهای ناشی از عوامل مذهبی و نیز تفکیک‌های جنسیتی در منطقه اورامانات، زنان از حیث کیفیت مناسبات اجتماعی خویش و به تبع آن، در سلامت اجتماعی خود، با مشکلاتی روبرو هستند؛ از این‌رو، زنان اقلیت‌های قومی - مذهبی (منطقه اورامانات)، در محیط خانه، کار و اجتماع با تناقضات موجود در جامعه، یعنی؛ از یک‌طرف انسجام قومی و از طرف دیگر، ناسازگاری موقعیتی و طرد اجتماعی مواجه هستند که این وضعیت متناقض می‌تواند بر سلامت اجتماعی آن‌ها تأثیرگذار باشد. 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؛ بنابراین، با توجه به مباحث بالا، پرسش اصلی مطالعه حاضر این است که خشونت اجتماعی تا چه حد بر سلامت اجتماعی زنان منطقه اورامانات تأثیر دارد؟

پیشینه پژوهش و مبانی نظری

بررسی تحقیقات پیشین نشان می‌دهد در خصوص متغیرهای موردنظر این مطالعه، یعنی خشونت و سلامت، مطالعات زیادی انجام گرفته است؛ ولی در خصوص خشونت اجتماعی و سلامت اجتماعی با نقش میانجی اختلال رابطه‌ای مطالعه‌ای انجام نشده است؛ برای مثال، امینی، حیدری، دانش‌پرور، قرایی و مهران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط ابعاد خشونت خانگی با برخی تعیین‌کننده‌های اجتماعی ساختاری سلامت زنان» که جامعه آماری آن ۱۹۶ زن مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی شهر تهران و روش انجام پژوهش به صورت پیمایش کمی بود، به این نتایج رسیدند که خشونت به صورت اختلال در عملکرد اجتماعی بروز می‌کند و به فلج شدن قدرت تصمیم‌گیری، ناتوانی در حل مسائل و روابط اجتماعی مناسب منجر می‌شود. قاسمی، صداقتی‌فرد و پیرخائفی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت علیه زنان در خانواده (با تأکید بر نظام اقتداری در خانواده)» که جامعه آماری آنان ۱۲۰ نفر از زنان متأهل مراجعه‌کننده به مجتمع قضایی

شهرستان شهریار و روش انجام پژوهش به صورت پیمایش کمی بود، به این نتایج رسیدند که نگرش مردسالارانه، تجربه و مشاهده خشونت، نظام اجتماعی سنتی و فقدان منابع قدرت تأثیر معنی‌داری بر خشونت علیه زنان دارد. تاج‌مزی‌نایی و قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی با عنوان «کنش‌ورزی سیاسی و سلامت اجتماعی زنان (مطالعه زنان منطقه چهار تهران)» که جامعه آماری آن تمام زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله منطقه چهار تهران و روش انجام پژوهش به صورت پیمایشی بود، به این نتایج رسیدند که کنش‌ورزی زنان در عرصه‌های مختلف، از جمله عرصه سیاسی، نشان‌دهنده یک جامعه پویا و دموکراتیک است که توانسته بر فراز تبعیض‌های جنسیتی، انگاره‌های پدرسالارانه، خشونت‌های اجتماعی و کلیشه‌های کلامی شرایط مطلوبی برای فعالیت زنان ایجاد کند. فرمند، خاتمی و محمدحسینی (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و عزت‌نفس در بین زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد» که جامعه آماری آن ۳۸۴ نفر از زنان خانه‌دار و ۱۸۲ نفر زنان شاغل شهر یزد و روش انجام پژوهش به صورت پیمایشی بود، به این نتایج رسیدند که زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. از متغیرهای مورد مطالعه، متغیرهای مهارت‌های ارتباطی، عزت‌نفس و قدرت تصمیم‌گیری با سلامت اجتماعی زنان شاغل و خانه‌دار رابطه‌ای معنادار داشتند.

فیشر، هانت، آدامسام و تورستون^۱ (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان «سلامتی یک مسئله مهم: رابطه متقابل بین خشونت خانوادگی، سلامت زنان و بخش سلامت: مطالعه موردی در استرالیا» که جامعه آماری آن ۳۰ نفر از زنان متأهل و روش انجام پژوهش به صورت کیفی و ابزار مصاحبه نیمه‌ساخت یافته انجام گرفت، به این نتایج رسیدند که خشونت خانوادگی سلامت اجتماعی زنان را با خطر روبه‌رو می‌سازد و خشونت خانگی از هر نوع، بر سلامت روانی زنان تأثیر بسزایی دارد. همچنین، اکثر آن‌ها عوامل مؤثر بر خشونت را اعتقاد به پدرسالاری از سوی مرد و دخالت خویشاوندان شوهر اعلام داشتند. سونگو،

1- Fisher, Hunt, Adamsam & Thurston

گانداریلا، زوریلا، لاشراس، پیرسب، آنس و اردوباس^۱ (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان «خشونت شریک جنسی و سلامت زنان» که جامعه آماری آن ۲۸۳۵ زن بین ۱۸ تا ۷۰ ساله شهر مادرید و روش انجام پژوهش پیمایشی بود، به این نتایج رسیدند 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. مونتسانتی و ثورستن (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «ترسیم نقش خشونت ساختاری و بین فردی در زندگی زنان: پیامدهای آن بر سلامت عمومی زنان» که جامعه آماری آن تحقیقاتی است که در بین سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۷ در خصوص خشونت اجتماعی علیه زنان در مجلات مرتبط نوشته شده و روش پژوهش به صورت تحلیل ثانویه کمی بود، به این نتایج رسیدند که شکل‌های مختلف خشونت (نمادین، ساختاری و بین فردی) با همدیگر در ارتباط هستند و از همدیگر مجزا نیستند. خشونت ساختاری با شدت بیشتری سلامت اجتماعی زنان را با خطر روبه‌رو می‌سازد. لذا، عوامل ساختاری تأثیری منفی بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت دارند و از این طریق خطر ابتلا به خشونت‌های میان فردی در زنان را افزایش می‌دهند. ایک و اکرمون^۲ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان «نابرابری جنسیتی در خانه با سلامت ضعیف‌تری برای زنان در ارتباط است» که جامعه آماری آن ۸۳۷ زن متأهل و روش انجام پژوهش پیمایشی بود، به این نتایج رسیدند زنانی که وظایف خانگی نابرابری دارند، نسبت به زنانی که تقسیم برابر وظایف خانگی دارند، تحت استرس، اضطراب و فشارهای خانگی بیشتری قرار دارند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که در بین این زنان، سلامت اجتماعی کمتر و درگیری خانوادگی بیشتر است و از نظر سلامت روانی و اجتماعی در وضعیت بدتری هستند. همچنین؛ پارک، پارک، جون و کیم^۳ (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان «وقوع خشونت خانوادگی و اثر آن بر روی سلامت روانی زنان کره جنوبی» که جامعه آماری آن ۴۶۵۹ زن متأهل کره‌ای و روش انجام پژوهش پیمایش طولی بود،

1- Sonogo, Gandarillas, Zorrilla, Lasheras, Piresb, Anes & Ordobás

2- Eek & Axmon

3- Park, Park, Jun & Kim

به این نتایج رسیدند که زنانی که خشونت را تجربه کرده‌اند، نقش جنسیتی سنتی دارند و علائم افسردگی بیشتری از خود بروز داده‌اند. همچنین الگوی واضحی از تضاد کار - خانواده برحسب ارتباط بین نقش‌های جنسیتی و سلامت روان زنان وجود دارد.

در خصوص جمع‌بندی پیشینه تحقیق می‌توان گفت که هرچند در بررسی پیشینه تجربی این مطالعه تلاش شده است که مطالعاتی ذکر شود که ارتباط بیشتر و مستقیمی با مطالعه حاضر داشته باشند، اما این تعداد کم هستند؛ از این‌رو، محققان داخلی و خارجی با توجه به دیدگاه‌ها و روش خاص خود بر جنبه‌های خاصی از خشونت و سلامت تأکید کرده‌اند که عمدتاً خشونت جسمی، جنسی و روانی - عاطفی با سلامت جسمی، خانگی و روانی زنان هستند؛ بنابراین، می‌توان گفت تعداد کمی از تحقیقات انجام‌شده زمینه‌های اجتماعی بروز خشونت و سلامت اجتماعی را مورد کاوش قرار داده‌اند. افزون بر این، این مطالعه زمینه‌های اجتماعی بروز خشونت و سلامت اجتماعی را مورد کاوش قرار داده است که روابط اجتماعی خشونت‌آمیز در آن، رشد و توسعه می‌یابند. این مطالعه به واقعیت‌های دیگری مانند، ساختار فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی که در حمایت از نابرابری‌های اجتماعی یا اقتصادی در بین گروه‌ها سهم‌اند، توجه دارند که در مطالعات پیشین مغفول مانده است.

سلامت اجتماعی^۱

از نظر کییز^۲ فردی سالم است که از سطوح بالای سلامت هیجانی، روانی و اجتماعی برخوردار باشد. (زاهدی و پیله‌وری، ۱۳۹۳، ص ۷۵). علاوه بر این، کییز معتقد است؛ سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که باهم نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (افشانی و شیرینی محمدآبادی، ۱۳۹۵، ص ۳۵). وی سلامت اجتماعی را به‌صورت مدل پنج‌بعدی «شکوفایی اجتماعی»^۳،

1- Social Health

2- Keyes

3- Social actualization

«انسجام اجتماعی»^۱، «انطباق اجتماعی»^۲، «پذیرش اجتماعی»^۳ و «مشارکت اجتماعی»^۴ شاخص بندی می‌کند.

بنا بر مدل پنج‌بعدی کیز، شکوفایی اجتماعی: ارزیابی ظرفیت و خط سیر جامعه است، شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد (کیز، ۱۹۹۸، ص ۱۲۳). انسجام اجتماعی: به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق سهم داشتن در آن (سام‌آرام، ۱۳۸۸، ص ۱۸). انطباق اجتماعی: به‌زعم کیز (۱۹۹۸) «منظور از انطباق اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است». پذیرش اجتماعی: فرد، اجتماع و مردم آن را با همهٔ نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد (کیز و شاپیرو،^۵ 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 (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴، ص ۳۵۴).

خشونت اجتماعی^۶

خشونت اجتماعی ناشی از نابرابری و ناعدالتی است که در ساختارهای اجتماعی نابرابر تعبیه شده است و به‌وسیلهٔ نهادهای مستقر و تجربیات مداوم طبیعی و نهادینه شده است (وینتر و لیختون،^۷ ۲۰۰۱، ص ۹۹). این نوع خشونت که در ساختارها تعبیه شده است تمرکز و توجه خود را از عوامل فردی و زیستی فراتر می‌برد و بر این که «چه چیزهایی مردم را در معرض ریسک و خطر قرار می‌دهد» (لینک و پلان،^۸ ۱۹۹۵، ص ۸۰) توجه دارد؛ بنابراین، در این

-
- 1- Social integration
 - 2- Social coherence
 - 3- Social acceptance
 - 4- Social contribution
 - 5- Keyes & Shapiro
 - 6 - Social violence
 - 7- Winter & Leighton
 - 8- Link & Phelan

پژوهش خشونت اجتماعی و ویژگی‌های ساختاری آن که در ساختارهای مردسالار جامعه مستتر است، بررسی می‌شود که شامل جامعه‌پذیری جنسیتی، نقش جنسیتی، قوم‌محوری و خشونت مذهبی می‌باشد که ذیلاً به صورت اجمالی ارائه می‌شود.

جامعه‌پذیری جنسیتی^۱: جامعه‌پذیری جنسیتی فرایند بازتولید نابرابری‌های جنسیتی است (اسماعیلی، ۱۳۹۳). به زعم جنکینز (۱۳۸۱، ص ۲۷۴) ساختار اجتماعی و فرهنگی همه جوامع انسانی، تا حد زیادی متأثر از تفاوت‌های جنسیتی است که غالباً سعی بر آن است طبیعی نمایانده شوند.

نقش جنسیتی^۲: نقش‌های جنسیتی، چگونگی دسترسی زنان و مردان را به خدمات بهداشتی و چگونگی پاسخ‌دهی نظام‌های سلامت به نیازهای متفاوت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند (سفیری و منصوریان، ۱۳۹۴، ص ۳۹-۳۸). نقش جنسیتی الگوهای 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).

خشونت مذهبی^۳: دیلون^۴ معتقد است؛ مذهب از نظر بورديو، نظام نمادینی است که همزمان، هم ساخت یافته است و هم ساخت‌دهنده است (قیاسی، آهی، برخوردار و هادی‌پور، ۱۳۹۸، ص ۶۷). خشونت مذهبی به رفتارهایی گفته می‌شود که مانع فعالیت‌های آزاد زنان می‌شوند. در اینجا، باورهای برگرفته از مذهب نسبت به زنان، منبع خشونت علیه آنان است.

قوم‌محوری^۵: قوم‌محوری از طریق بسته‌های از پیش تعیین‌شده رفتاری برای زنان، منجر به «محرومیت آن‌ها می‌شود و زمینه‌های شرم، انگ‌زنی، تحقیر، از دست دادن احترام و شأن [زنان] را فراهم کرده و از این طریق سلامت،

-
- 1- Gender socialization
 - 2- Sex role
 - 3- Religious violence
 - 4- Dylun
 - 5- Ethnocentrism

بهبودی و روابط بین فردی آن‌ها را مخدوش می‌سازد. (بنسون^۱، ۲۰۰۸؛ بوفاجی^۲، ۲۰۰۷؛ متز، ماریانو و گارسیا^۳، ۲۰۱۰). قوم‌محوری در اینجا صرفاً به معنای محور قراردادن قوم خویش نیست، بلکه به معنای محوریت قوم و یا طایفه به‌عنوان مبانی عمل و کنش است.

اختلال رابطه‌ای^۴

اختلال رابطه‌ای، عبارت است از مکانیسم‌هایی که مانع تعاملات و کنش‌های اجتماعی روان و سیال افراد (در اینجا زنان) در سطح اجتماع می‌شوند. (چلبی، ۱۳۸۹، ص ۱۴۷). در مطالعه حاضر، اختلال رابطه‌ای با چهار مؤلفه مورد سنجش قرار می‌گیرد. این چهار مؤلفه، میزان و نحوه تعاملات زنان در خانواده و اجتماع را مورد بررسی قرار می‌دهند.

قدرت و استقلال زن در خانواده^۵: نوع نگرش همسران درباره قدرت و این‌که آنان از چگونگی توزیع قدرت چه برداشتی دارند، در چگونگی تصمیم‌گیری‌ها و در نهایت، در کیفیت رابطه همسران نقش مهمی ایفا می‌کنند (محمدی، ۱۳۹۳، ص ۱۲۰).

تبعیض شغلی^۶: تبعیض یا خشونت شغلی به معنای استثمار زنان از حیث جایگاه شغلی و درآمد است که منجر به کیفیت پایین سلامت، مراقبت و افزایش صدمات فیزیکی علیه آنان می‌شود (بانرجی، تامارا، پت، مارتا، هیو و استرلینگ^۷، ۲۰۱۲).

- 1- Benson
- 2- Bufacchi
- 3- Metz, Mariano & García
- 4- Relationship disorder
- 5- Women's power and independence in the family
- 6- Occupational discrimination
- 7- Banerjee, Tamara, Pat, Marta, Hugh & Stirling

محرومیت در فعالیت‌ها و مشارکت سیاسی^۱: میلبرات^۲، سلسه‌مراتبی از مشارکت سیاسی را مطرح کرده است که از عدم درگیری در سیاست تا داشتن مقام سیاسی یا اداری را شامل می‌شود و پایین‌ترین سطح مشارکت واقعی، رأی‌دادن در انتخابات است» (عبداللهی‌نژاد، قاسمی‌نژاد و صادقی، ۱۳۹۵، ص ۳۶).

خشونت کلامی^۳: خشونت کلامی مربوط به لفظ و کلماتی است که متوجه یک فرد می‌شود و عمدتاً بار تحقیرآمیز و شکننده دارند. 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 بعضاً غیراخلاقی مورد خطاب قرار می‌گیرند (باومبرگ، بل و گافنی^۴، ۲۰۱۲).

ارائه یک رهیافت نظری که بتواند به‌تنهایی تبیین‌کننده این سه متغیر باشد، دشوار است؛ بنابراین، در ادامه به‌منظور تحلیل منسجم‌تر این متغیرها از چهار رویکرد سلامت اجتماعی کییز، نقش‌های جنسیتی، تعامل نمادین و روابط قدرت خانواده استفاده شده است که به‌نوعی می‌توانند مناسبات این سه متغیر را به نحوی کامل‌تری تبیین کنند؛ برای مثال، در خصوص خشونت اجتماعی محققان مختلف، خشونت اجتماعی را از دریچه و چارچوب نظری خاصی نگاه می‌کنند. «برخی از آن‌ها، از چارچوب‌های تبیینی کلاسیک استفاده می‌کنند و بر عوامل سطح فردی نظیر، بیولوژی، رفتار، نگرش و ارزش‌های فردی، افراد یا گروه‌های آسیب‌پذیر تأکید دارند» (بانرجی و همکاران، ۲۰۱۲ ص. ۲؛ هافمن و همکاران^۵، ۲۰۱۲؛ سین‌ها^۶، ۱۹۹۹). برخی دیگر نیز، بر «عاملیت، انتخاب، کنترل فردی بر رفتار یا شرایط» تأکید می‌کنند (شانون، کر، آلینوت، چتیار، شولر و تیندال^۷، ۲۰۰۸؛ آدیمورا، شوئنباخ، فلوریس مور^۱، ۲۰۰۹).

1- Deprivation of political activity and participation

2- Milbrat

3- Verbal violence

4- Baumberg, Bell & Gaffney

5- Huffman, Veen, Hennink & McFarland

6- Sinha

7- Shannon, Ker, Allinott, Chettiar, Shoveller & Tyndall

«از نظر کییز، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار و قابل‌فهم برای خودشکوفایی‌اش بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند» (کییز، ۱۹۹۸). در واقع، زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شماریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند. به‌زعم کییز (۱۹۹۸)، از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماع است؛ یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است.

رویکرد دیگر، منابع قدرت است. در اینجا، نابرابری جنسیتی و به‌تبع آن خشونت و عدم سلامت اجتماعی در زمینه روابط خانوادگی در نظر گرفته می‌شود. «بلود و ولف^۱ یک رابطه آشکار بین قدرت و منابع قدرت در خانواده در نظر می‌گیرند و قدرت را به‌عنوان توانایی بالقوه یک عضو برای نفوذ و تسلط بر رفتار دیگری در نظر می‌گیرند. از آنجا که منبع به‌عنوان هر چیزی است که یک عضو را قادر می‌کند که نیازها و اهداف دیگر اعضای خانواده را تأمین کند؛ بنابراین، در یک خانواده به یک همسر (معمولاً مردان) اجازه می‌دهد که منابع بیشتری به دست آورد. میزان قدرت در خانواده‌های پدرسالار و در تمام خانواده‌ها با مقایسه میزان منابع و شرایط زندگی آن‌ها مشخص می‌شود» (بلود و ولف، ۱۹۶۰، ص ۲۹). این تئوری از این منظر در تبیین رابطه بین سلامت اجتماعی و خشونت اجتماعی کاربرد دارد که تبعیض شغلی علیه زنان و سلامت اجتماعی آن‌ها را تبیین می‌کند. منابع قدرت یک‌طرفه، منجر به ایجاد

1- Adimora, Schoenbach & Floris-Moore

2- Blood & wolf

امتیازات متنوع شغلی برای مردان در برابر زنان می‌شود. این امر نابرابری میان دو گروه را تعمیق می‌کند و نوعی خشونت نامرئی علیه آن‌ها، روا می‌دارد و آن‌ها را از جایگاه متناسب دور می‌سازد. این امر قدرت انطباق و مشارکت اجتماعی و اقتصادی زنان را کاهش می‌دهد و آن‌ها را دستخوش طرد می‌کند.

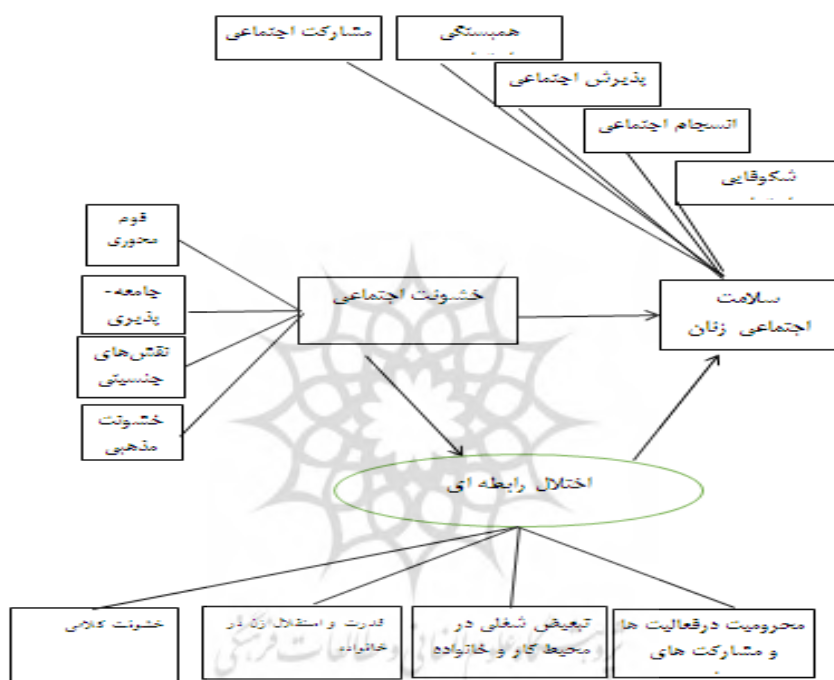
رویکرد دیگر، در تبیین رابطه بین خشونت اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان، نقش جنسیتی است. این رویکرد می‌گوید: «خشونت اجتماعی که در ساختارها تعبیه و نهادینه شده است» (لینک و پلان^۱، ۱۹۹۵، ص ۸۰) منجر به تحمیل نقش‌های نابرابر علیه زنان می‌شود. میل^۲ استدلال می‌کند کلیشه‌سازی نقش جنسیتی، کنترل اجتماعی بر زنان را تضمین می‌کند. برنارد و فریدان^۳ این بحث را مطرح می‌کنند که سرکوب زنان حاصل تلقین نقش‌های جنسی تعریف‌شده از سوی جامعه است (هام و گمبل^۴، ۱۳۸۲، ص ۴۰۱). نگرش‌های نقش جنسیتی و دیدگاه‌های افراد در مورد نقشی که زن و مرد باید در جامعه داشته باشند، یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی قدرتمند در سلامت اجتماعی زنان است (کورلی، گلس، رمی و پرین^۵، ۲۰۲۱).

تعامل نمادین نیز به‌منظور حمایت نظری از اختلال رابطه‌ای مورد استفاده قرار گرفته است؛ «اعتقاد اساسی این رویکرد، این است که واکنش‌های دیگران نسبت به ظاهر، رفتار و اهداف و شخصیت فرد، نقش مهمی در شکل‌گیری و تغییر هویت و اعمال وی ایفا می‌کند. این واکنش‌ها، در کنار برداشت‌های خود شخص از نحوه ارزیابی دیگران، هویتی شایسته یا بر عکس، خودانگاره‌ای منفی و اعمالی ناشایست را در او می‌آفریند (تنهایی، ۱۳۸۳، کوئن^۶، ۱۳۸۲؛ شاملو و محتشمی، ۱۳۹۱). این نظریه می‌گوید که چون در تعاملات و هم‌کنشی فضای برابر و عاری از خشونت وجود ندارد؛ بنابراین، ساختار مردانه با کلیشه‌های کلامی و برجسب‌زدن به زنان (زن قدرت استدلال ندارد، زن ضعیفه است) و یا

- 1- Link & Phelan
- 2- Millett
- 3- Bernard & friedran
- 4- Ham & Gamble
- 5- Corley, Glass, Remy & Perrin
- 6- Coen

با تأسی از مخازن هویتی نادرست (باورهای نادرست مذهبی، مثلاً زنان جنس دوم هستند و غیره) به خشونت علیه زنان می‌پردازد و انسجام اجتماعی آن‌ها را از هم گسلد و با تخریب روابط مثبت و مستمر آن‌ها، سلامت اجتماعی آن‌ها را با خطر روبه‌رو می‌سازد.

مدل مفهومی پژوهش



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش تحقیق

روش تحقیق از نوع مطالعات کاربردی و از نظر گردآوری اطلاعات نیز، روش پیمایشی و از انواع طرح‌های همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام زنان متأهل ۴۹-۱۵ ساله منطقه اورامانات (پاوه، جوانرود و روانسر) استان کرمانشاه بود. حجم نمونه کل با

متغیر	تعداد گویه ها	ضریب آلفای کرونباخ	متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفای کرونباخ
قوم محوری	۱۱	۰/۷۱	انسجام اجتماعی	۶	۰/۷۵
خشونت مذهبی	۹	۰/۷۴	مشارکت اجتماعی	۶	۰/۷۷
اختلال رابطه‌ای	۴۶	۰/۸۴	پذیرش اجتماعی	۷	۰/۷۵
تبعیض شغلی	۱۴	۰/۸۴	همبستگی اجتماعی	۷	۰/۷۶
خشونت کلامی	۷	۰/۸۲	شکوفایی اجتماعی	۷	۰/۷۵

یافته‌ها

الف) یافته‌های توصیفی

جدول (۲) بیانگر آماره توصیفی متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی افراد نمونه یا پاسخگویان به پرسش‌نامه است.

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخگویان براساس متغیرهای زمینه‌ای

سن							
جمع کل	۴۶ به بالا	۴۱ تا ۴۵	۳۶ تا ۴۰	۳۱ تا ۳۵ سال	۲۶ تا ۳۰ سال	زیر ۲۵ سال	
۳۰۰	۳۹	۳۷	۶۳	۷۱	۴۸	۴۲	
%۱۰۰	%۱۳	%۱۲	%۲۱	%۲۴	%۱۶	%۱۴	
تحصیلات							
جمع کل	پاسخ نداده	فوق لیسانس	لیسانس	دیپلم و فوق دیپلم	متوسطه	ابتدایی	بی‌سواد
۳۰۰	۱	۱۲	۸۰	۸۱	۶۶	۴۲	۱۸
%۱۰۰		%۴	%۲۷	%۲۷	%۲۲	%۱۴	%۶
شغل							
جمع کل	دانشجو	خانه‌دار	شغل آزاد	شغل دولتی	شاخص		
۳۰۰	۱۲	۲۰۳	۳۶	۴۹	فراوانی		
%۱۰۰	%۴	%۶۸	%۱۲	%۱۶	درصد فراوانی		
درآمد							
جمع کل	۵۰۰۰۰۰۱ میلیون تومان به بالا	۴۰۰۰۰۰۱ تا ۵ میلیون تومان	۲۰۰۰۰۰۱ تا ۴ میلیون تومان	کمتر از ۲ میلیون تومان	شاخص		
۳۰۰	۱۰	۲۷	۱۵۹	۹۷	فراوانی		
%۱۰۰	%۳	%۹	%۵۵	%۳۳	درصد فراوانی		

ب) یافته‌های استنباطی

سطح سنجش متغیرهای اصلی مورد بررسی فاصله‌ای بوده است؛ لذا از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیر مستقل خشونت اجتماعی و ابعاد آن، متغیر واسط اختلال رابطه‌ای و ابعاد آن، و متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) استفاده شده است.

جدول ۳: ضریب همبستگی بین متغیر خشونت اجتماعی و ابعاد آن با سلامت اجتماعی

متغیر مستقل	متغیر وابسته	شدت رابطه	سطح معنی‌داری	نوع آزمون	نتیجه آزمون	نوع رابطه
خشونت اجتماعی	سلامت اجتماعی	-۰/۳۸	۰/۰۰۱	پیرسون	تأیید	معکوس
جامعه‌پذیری جنسیتی	سلامت اجتماعی	-۰/۲۶	۰/۰۰۲	پیرسون	تأیید	معکوس
نقش جنسیتی	سلامت اجتماعی	-۰/۳۰	۰/۰۰۱	پیرسون	تأیید	معکوس
قوم محوری	سلامت اجتماعی	-۰/۲۰	۰/۰۰۲	پیرسون	تأیید	معکوس
خشونت مذهبی	سلامت اجتماعی	-۰/۲۷	۰/۰۰۲	پیرسون	تأیید	معکوس

با توجه به جدول فوق، نتایج نشان می‌دهد که در تمامی موارد مذکور فرضیات تحقیق، تأیید شده است.

۱- فرضیه اصلی اول: به نظر می‌رسد خشونت اجتماعی بر سلامت اجتماعی مؤثر است.

در فرضیه اول، ضریب همبستگی ($R = -0.38$) است. سطح معنی‌داری برابر با 0.001 و کمتر از 0.05 است در نتیجه، با 99% درصد اطمینان می‌توان گفت که بین خشونت اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد و این رابطه نشان می‌دهد که با افزایش خشونت اجتماعی علیه زنان، میزان سلامت اجتماعی آن‌ها کاهش می‌یابد.

جدول ۴: ضریب همبستگی بین متغیر اختلال رابطه‌ای با سلامت اجتماعی

نوع رابطه	نتیجه آزمون	نوع آزمون	سطح معنی‌داری	شدت رابطه	متغیر وابسته	متغیر میانجی
معکوس	تأیید	پیرسون	۰/۰۰۱	-۰/۳۹	سلامت اجتماعی	اختلال رابطه‌ای
معکوس	تأیید	پیرسون	۰/۰۰۱	-۰/۳۶	سلامت اجتماعی	خشونت شغلی
معکوس	تأیید	پیرسون	۰/۰۰۱	-۰/۴۶	سلامت اجتماعی	محرومیت در مشارکت سیاسی
معکوس	تأیید	پیرسون	۰/۰۰۱	-۰/۲۳	سلامت اجتماعی	قدرت و استقلال زن در خانواده
معکوس	تأیید	پیرسون	۰/۰۰۱	-۰/۳۱	سلامت اجتماعی	(خشونت کلامی)

با توجه به جدول فوق، نتایج نشان می‌دهد که در تمامی موارد مذکور فرضیات تحقیق تأیید شده است.

۲- فرضیه اصلی دوم؛ (به نظر می‌رسد اختلال رابطه‌ای بر سلامت اجتماعی مؤثر است) ضریب همبستگی به دست آمده ($R = -0.39$) می‌باشد. سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۰۱ و کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین اختلال رابطه‌ای با سلامت اجتماعی رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

جدول ۵: ضریب همبستگی بین متغیر خشونت اجتماعی و ابعاد آن با اختلال رابطه‌ای

نوع رابطه	نتیجه آزمون	نوع آزمون	سطح معنی‌داری	شدت رابطه	متغیر میانجی	متغیر مستقل
مستقیم	تأیید	پیرسون	۰/۰۰۱	۰/۳۰	اختلال رابطه‌ای	خشونت اجتماعی
مستقیم	تأیید	پیرسون	۰/۰۰۱	۰/۳۰	اختلال رابطه‌ای	جامعه‌پذیری جنسیتی
مستقیم	تأیید	پیرسون	۰/۰۱۴	۰/۱۵	اختلال رابطه‌ای	نقش جنسیتی
مستقیم	تأیید	پیرسون	۰/۰۱۱	۰/۱۹	اختلال رابطه‌ای	قوم محوری
مستقیم	تأیید	پیرسون	۰/۰۰۱	۰/۳۸	اختلال رابطه‌ای	خشونت مذهبی

۳- فرضیه اصلی سوم؛ به نظر می‌رسد خشونت اجتماعی و ابعاد آن بر اختلال رابطه‌ای مؤثر است. ضریب همبستگی به دست آمده ($R = 0.30$) است.

سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۰۱ و کمتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت بین خشونت اجتماعی با اختلال رابطه‌ای، رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد؛ یعنی هرچه میزان خشونت اجتماعی بیشتر باشد، میزان خشونت در روابط میان فردی نیز افزایش می‌یابد.

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای جامعه‌پذیری جنسیتی، قوم‌محوری، نقش جنسیتی، خشونت مذهبی، قدرت و استقلال زن در خانواده، خشونت کلامی، خشونت شغلی و محرومیت در مشارکت سیاسی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین با سلامت اجتماعی به‌عنوان متغیر ملاک، تمامی متغیرها در معادله رگرسیون وارد شدند که نتایج آن در جدول (۶) ارائه شده است.

جدول ۶: تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنادار	R	adjusted R ²	SE
رگرسیون	۲۳۷۴۴/۳۷۵	۸	۲۹۶۸/۰۴۷	۱۰/۳۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵	۰/۲۸۳	۲/۹۰
باقیمانده	۸۲۲۴۹/۱۴۰	۲۸۸	۲۸۵/۵۸۷				R ²	
کل	۱۰۵۹۹۳/۵۱۵	۲۹۶					۰/۲۸۶	

براساس نتایج جدول بالا، میزان F مشاهده شده (۱۰/۳۹۳) در سطح $(P \leq ۰/۰۱)$ معنادار است و ۰/۲۸۶ از واریانس مربوط به سلامت اجتماعی به‌وسیله متغیرهای خشونت کلامی، خشونت شغلی، محرومیت در مشارکت سیاسی، جامعه‌پذیری، قوم‌محوری، قدرت و استقلال زن در خانواده و خشونت مذهبی تبیین شده است $(R^2 = ۰/۲۹)$ ، با توجه به معنی‌دار بودن رگرسیون معادله پیش‌بینی در جدول (۷) ارائه شده است.

جدول ۷: ضرایب معادله پیش‌بینی سلامت اجتماعی با استفاده متغیرهای پیش‌بین

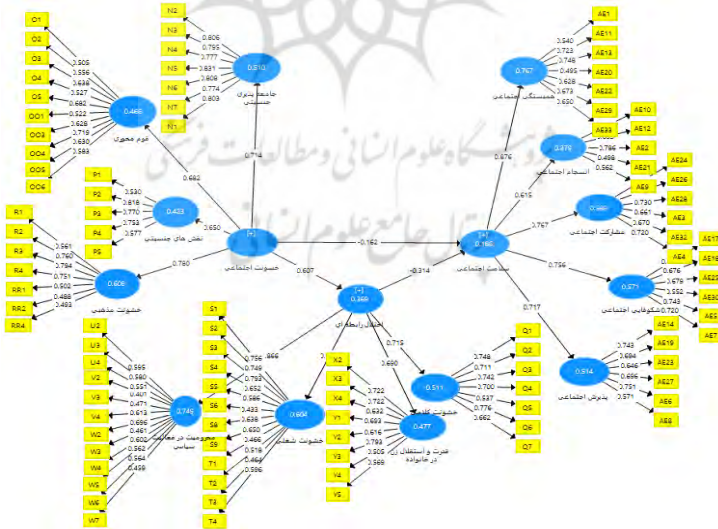
مدل	ضرایب B	خطای معیار	ضرایب معیار بتا	t	معنی‌داری
مقدار ثابت	۱۲۳/۸۴۹	۹/۹۳۷		۱۲/۴۶۳	۰/۰۰۱
خشونت کلامی	-۰/۴۳۶	۰/۱۸۶	-۰/۱۵۱	-۲/۳۴۷	۰/۰۲۰
خشونت شغلی	-۰/۲۰۳	۰/۰۶۸	-۰/۱۸۵	-۲/۹۶۹	۰/۰۰۳
تبعیض مشارکت سیاسی	-۰/۴۵۵	۰/۱۸۶	-۰/۱۷۷	۲/۴۸۸	۰/۰۱۵
جامعه‌پذیری	-۰/۶۷۷	۰/۲۴۷	-۰/۱۶۰	-۲/۷۴۴	۰/۰۰۶
قوم‌محوری	-۰/۳۱۵	۰/۱۷۲	-۰/۱۷۵	-۳/۲۵۲	۰/۰۰۵

معنی‌داری	t	ضرایب معیار بتا	خطای معیار	ضرایب B	مدل
۰/۰۰۳	۳/۳۹۷	-۰/۲۱۶	۰/۱۷۲	-۰/۴۱۷	قدرت و استقلال زن در خانواده
۰/۰۰۱	-۳/۱۰۹	-۰/۱۹۳	۰/۰۷۸	-۰/۲۱۲	نقش جنسیتی
۰/۲۸۹	-۱/۰۶۱	-۰/۰۷۷	۰/۱۸۰	-۰/۱۹۱	خشونت مذهبی

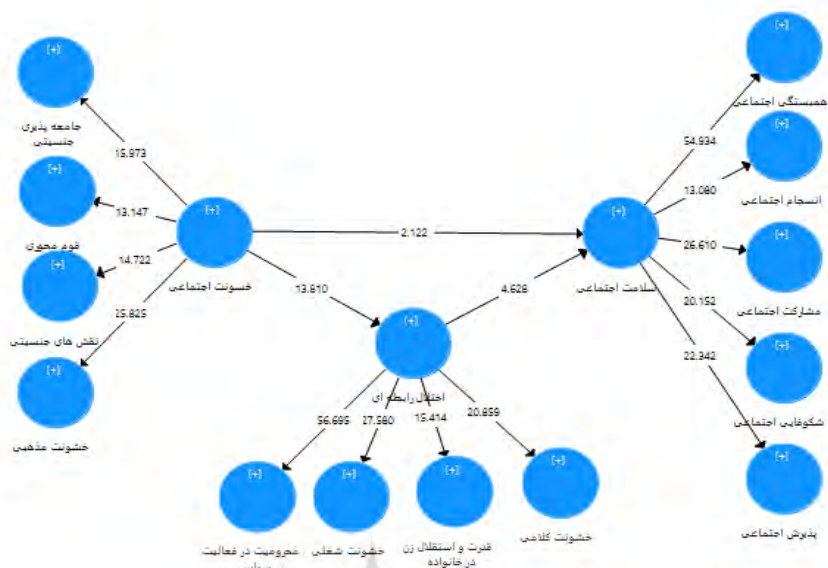
ضرایب رگرسیون هر یک از متغیرهای خشونت کلامی، خشونت شغلی، مشارکت سیاسی، جامعه‌پذیری، قوم‌محوری، نقش جنسیتی، ساختار تصمیم‌گیری در خانواده و خشونت مذهبی به‌عنوان متغیر پیش‌بین نشان می‌دهد که همه متغیرها به‌جز خشونت مذهبی ($P \leq 0/001$)، می‌توانند واریانس متغیر ملاک یعنی سلامت اجتماعی را به‌صورت معنی‌دار تبیین کنند. ضریب تأثیر خشونت کلامی ($\beta = -0/15$) با توجه به آماره t نشان می‌دهد که رشد با اطمینان ۰/۹۵ 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 خشونت کلامی اضافه شود مقدار ۰/۱۵ انحراف استاندارد از نمره فرد در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود. ضریب تأثیر خشونت شغلی ($\beta = -0/18$) است. این ضریب تأثیر منفی است و معنای آن این است که اگر یک انحراف استاندارد به میزان خشونت شغلی اضافه شود مقدار ۰/۱۸ انحراف استاندارد از نمره فرد در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود. ضریب تأثیر محرومیت در مشارکت سیاسی ($\beta = -0/18$) می‌باشد. این ضریب تأثیر منفی است و معنای آن این است که اگر یک انحراف استاندارد به میزان مشارکت سیاسی اضافه شود مقدار ۰/۱۸ انحراف استاندارد از نمره فرد در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود. همچنین ضریب تأثیر جامعه‌پذیری ($\beta = -0/16$) می‌باشد. این ضریب تأثیر منفی است و معنای آن این است که اگر یک انحراف استاندارد به میزان جامعه‌پذیری اضافه شود، مقدار ۰/۱۶ انحراف استاندارد از نمره فرد در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود. ضریب تأثیر نقش جنسیتی ($\beta = -0/19$) است. این ضریب تأثیر منفی است و معنای آن این است که اگر یک انحراف استاندارد به میزان نقش جنسیتی اضافه شود مقدار ۰/۱۹ انحراف استاندارد از نمره فرد در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود. ضریب تأثیر قوم-محوری ($\beta = -0/18$) است. این ضریب تأثیر منفی است و معنای آن این است

که اگر یک انحراف استاندارد به میزان قوم‌محوری اضافه شود مقدار ۰/۱۸ انحراف استاندارد از نمره فرد در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود. ضریب تأثیر ساختار تصمیم‌گیری خانواده ($\beta = ۰-/۲۲$) می‌باشد. این ضریب تأثیر منفی است و معنای آن این است که اگر یک انحراف استاندارد به میزان تبعیض و نابرابری در ساختار تصمیم‌گیری خانواده اضافه شود مقدار ۰/۲۲ انحراف استاندارد از نمره فرد در سلامت اجتماعی کاسته می‌شود.

در ادامه با استفاده از روش معادلات ساختاری به بررسی رابطه خشونت اجتماعی و مؤلفه‌های آن، اختلال رابطه‌ای و مؤلفه‌های آن با سلامت اجتماعی و همچنین خشونت اجتماعی و اختلال رابطه‌ای پرداخته شده است. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای وابسته و مستقل، PLS متغیرهای تبیینی یا مستقل جدیدی ایجاد می‌کند که غالباً عامل یا متغیر مکنون نامیده می‌شوند در این مدل یک متغیر مکنون وابسته (سلامت اجتماعی) و دو متغیر مکنون مستقل (خشونت اجتماعی و اختلال رابطه‌ای) وجود دارند (به دلیل بار عاملی پایین ۰/۰۴)، بعضی از گویه‌ها در معادله ساختاری حذف شده‌اند؛ از قوم‌محوری ۱ گویه، نقش‌های جنسیتی ۱ گویه و خشونت شغلی ۲ گویه).



شکل ۲- مدل معادله ساختاری: نمودار مسیر به همراه ضرایب استاندارد



شکل ۳- نمودار مسیر به همراه ضرایب T

در ادامه مدل درونی (ساختاری)، پژوهش بررسی شده است.

جدول ۸: شاخص‌های هم‌خطی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم و اندازه اثر مدل درونی پژوهش

اندازه اثر (f^2)	اثر مستقیم					هم خطی (VIF)	مسیر
	فاصله اطمینان		مقادیر				
۰/۰۴۷	۰/۰۱۸	۰/۳۱۵	۰/۰۰۱	۲/۱۲۲	-۰/۱۶۲	۱	خسونت اجتماعی سلامت اجتماعی
۰/۱۶۸۳	۰/۷۲۰	۰/۵۴۷	۰/۰۰۱	۱۳/۹۱۰	۰/۶۰۷	۱	خسونت اجتماعی اختلال رابطه‌ای
۰/۰۷۰	-۰/۱۶۰	-۰/۴۴۷	۰/۰۰۱	۴/۶۲۸	-۰/۳۱۴	۱	اختلال رابطه‌ای سلامت اجتماعی
اثرات غیرمستقیم							
-	-۰/۱۱۰	-۰/۲۸۸	۰/۰۰۱	۴/۱۷۲	-۰/۱۹۱		خسونت اجتماعی اختلال رابطه‌ای سلامت اجتماعی
اثرات کل							
-	-	-	۰/۰۰۱	-	-۰/۳۵۳		خسونت اجتماعی سلامت اجتماعی

در بخش مدل درونی، ارتباط بین متغیرهای مکنون تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرد. اولین معیار برای بررسی مدل درونی، بررسی هم‌خطی بودن

متغیرها است، که به این منظور از شاخص تحمل و عامل تورم واریانس^۱ (VIF)، استفاده می‌شود. سطح تحمل کمتر از $0.2 \times (VIF)$ بالاتر از ۵، نشان‌دهنده هم‌خطی بین متغیرها است. همان‌طور که نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد، شرط عدم هم‌خطی بودن رعایت شده است. دومین معیار ارزیابی مدل درونی، ضرایب مسیر می‌باشند که به منظور بررسی معناداری آن‌ها از رویه خودگردان‌سازی استفاده شده، این ضرایب به همراه مقادیر T ، سطح معنی‌داری و همچنین فاصله اطمینان برای اثرات مستقیم و غیرمستقیم در جدول (۸) ارائه شده است.

نتایج به دست آمده از ضریب مسیر و t -value نشان می‌دهد که:

فرضیه اول: خشونت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد. نتایج حاکی از آن است که خشونت اجتماعی بر سلامت اجتماعی اثر مستقیم منفی و معناداری ($\gamma_{11} = -0.16, t = 2.12, p < 0.05$) دارد. t بزرگ‌تر از ۱/۹۶ است؛ بنابراین، می‌توان گفت فرض اول محقق در سطح معناداری ۹۵ درصد تأیید شده است. ضریب مسیر -0.16 می‌باشد به این معنی است که هر زمان متغیر خشونت اجتماعی به اندازه یک واحد تغییر کند، متغیر سلامت اجتماعی به اندازه -0.16 واحد تغییر می‌کند. ضرایب t و مقادیر t مورد قبول و نشان از تأیید فرضیه‌های تحقیق می‌باشند.

فرضیه دوم: اختلال رابطهای بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد. نتایج حاکی از آن است که اختلال رابطهای بر سلامت اجتماعی تأثیر منفی و معناداری ($\gamma_{31} = -0.31, t = 4.63, p < 0.05$) دارد. t بزرگ‌تر از ۱/۹۶ است؛ بنابراین، می‌توان بیان نمود فرض دوم محقق در سطح معناداری ۹۵ درصد تأیید شده است. ضریب مسیر -0.31 می‌باشد به این معنی است که هر زمان متغیر اختلال رابطهای به اندازه یک واحد تغییر کند، متغیر سلامت اجتماعی به اندازه -0.31 واحد تغییر می‌کند.

فرضیه سوم: خشونت اجتماعی بر اختلال رابطه‌ای تأثیر دارد. نتایج حاکی از آن است که خشونت اجتماعی بر اختلال رابطه‌ای تأثیر مثبت و معناداری ($\chi_{21} = .61, t = 13.91, p < .05$) دارد. t بزرگ‌تر از $1/96$ است؛ بنابراین، می‌توان گفت فرض سوم محقق در سطح معناداری ۹۵ درصد تأیید شده است. ضریب مسیر $0/61-$ می‌باشد به این معنی است که هر زمان متغیر خشونت اجتماعی به اندازه یک واحد تغییر کند، متغیر اختلال رابطه‌ای به اندازه $0/61-$ واحد تغییر می‌کند.

فرضیه چهارم (فرعی): اختلال رابطه‌ای در تأثیر خشونت اجتماعی بر سلامت اجتماعی نقش واسطه‌ای دارد.

نتایج جدول (۷) حاکی از آن است که اثر میانجی اختلال رابطه‌ای در تأثیر خشونت اجتماعی بر سلامت اجتماعی ($\chi_{22} = -.19, t = 4.17, p < .05$) معنی‌دار می‌باشد. t بزرگ‌تر از $1/96$ است؛ بنابراین، می‌توان بیان کرد فرض محقق در سطح معناداری ۹۵ درصد تأیید شده است.

ارزیابی برازش کلی مدل

پس از بررسی برازش مدل‌های بیرونی و درونی، مدل کلی معادلات ساختاری پژوهش با استفاده از معیار نیکویی برازش (GOF)، ارزیابی شد. این شاخص هر دو مدل درونی و بیرونی را مدنظر قرار می‌دهد و به‌عنوان معیاری برای سنجش عملکرد کلی مدل به‌کار می‌رود. این شاخص برابر با میانگین هندسی متوسط مقادیر اشتراکی و متوسط ضریب تعیین R^2 متغیرهای مکنون درون‌زا است.

جدول ۹: نتایج برازش کلی مدل با معیار GOF

$\overline{R^2}$	<i>Communalities</i>	$GOF = \sqrt{\text{Communalities} \times \overline{R^2}}$
.۱۵۵۵	.۱۶۱۶	.۰۳۴۱

وتزلس، اودکرکن و وان-آپن^۱ (۲۰۰۹)، سه مقدار ۰/۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی کرده‌اند. همان‌طور که در جدول ۴-۱۴ مشاهده می‌شود، مقدار میانگین مقادیر اشتراکی (Communalities) مقدار ۰/۶۱۶ و میانگین مقادیر R^2 برابر ۰/۵۵۵ بوده که طبق فرمول مقدار معیار GOF معادل ۰/۳۴۱ به‌دست آمد که برآزش مناسب مدل کلی تحقیق تایید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نگرش‌ها، باورها و الگوهای فرهنگی مردسالار از مهم‌ترین عوامل ساختاری زمینه‌ساز برای چرخه خشونت بین فردی و ساختاری علیه زنان است که با اختلال در روابط بین فردی و اجتماعی زنان، سلامت اجتماعی آن‌ها را مخدوش ساخته است. بدون توجه به این ساختارهای مردسالار که خشونت را در روابط بین فردی بازتولید می‌کند و انسداد یا اختلال در روابط خانوادگی، شغلی و فعالیت‌های دیگر زنان را ایجاد می‌کنند، نمی‌توان پاسخ قانع‌کننده‌ای به چگونگی ایجاد روابط اجتماعی سالم زنان داد. در منطقه اورامانات به دلیل ساختار سنتی نیز فقدان توسعه موزون، غلبه کنش‌های مبتنی بر زور یا قهر و یا قانع کردن زنان در جهت هنجارهای نهادینه‌شده، باعث شده است که زنان در منطقه عمدتاً کنش‌های هنجاری داشته باشند که مبتنی بر ارزش‌های مشترک گروهی است که اساساً ظرفیت‌های فردی و قابلیت‌های اجتماعی زنان را مدنظر قرار نمی‌دهند. از آنجاکه اساساً کنش هنجاری به‌سوی پیروی از توقعات هنجاری (که به‌طور جمعی توسط گروه‌بندی مردسالار سازماندهی شده است) جهت‌دهی می‌شود، نوعی خشونت بر علیه زنان است و آن‌ها نیز مجبورند به اقتضای شرایط یا به کنش نمایشی رو بیاورند که حاصل دستکاری آگاهانه رفتار خود است یا این‌که سرکوب و طرد شوند. شکل فعالانه اعتراض به وضعیت نابرابر خانوادگی و اجتماعی زنان و تجربه تضادهای نقشی و منزلتی در قالب

مشاجرات خانوادگی، خشونت‌های فیزیکی و کلامی و درنهایت طلاق زوجین ظهور می‌کند.

نتایج روابط بین متغیرهای تحقیق بیانگر این است که وجود خشونت علیه زنان، ریشه خشونت‌های اجتماعی و بین فردی علیه زنان است که نمود آن در دسترسی نابرابر به منابع و ناسازگاری پایگاهی خود را نشان می‌دهد. از حیث مقایسه یافته‌ها با تحقیقات پیشین می‌توان گفت که یافته‌های این پژوهش با مطالعه امینی و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. این مطالعه استدلال می‌کند که پیامدهای خشونت خود به صورت اختلال در عملکرد اجتماعی بروز می‌یابد، در مطالعه حاضر نیز نشان دادیم که اختلال و انسداد در روابط اجتماعی محصول مستقیم خشونت علیه زنان است. این یافته در خصوص اختلال رابطه‌ای با مطالعه تاج‌زینانی و قاسمی‌نژاد (۱۳۹۵) نیز همسویی بالایی دارد. این مطالعه اثبات می‌کند که کنش‌ورزی زنان بر فراز تبعیض‌های جنسیتی، انگاره‌های پدرسالارانه، خشونت‌های اجتماعی و کلیشه‌های کلامی، شرایط مطلوبی برای فعالیت زنان ایجاد کند. ترس از آبرو زنان را در وضعیتی قرار داده است که خودشکوفایی آنان در جامعه با مخاطره روبه‌رو شده است که به‌زعم فیشر و همکاران (۲۰۰۷) همراه با اعتقاد به پدرسالاری و دخالت خویشاوندان، سلامت زنان را با تهدید روبرو می‌سازد. فرهمند و همکاران (۱۳۹۵) با توجه به اشتغال به بررسی سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری و مهارت‌های ارتباطی می‌پردازند. این یافته مؤید این فرضیه تحقیق ما است که تبعیض شغلی به‌عنوان بعدی از اختلال رابطه‌ای با سلامت اجتماعی زنان رابطه منفی و معناداری دارد. همچنین، براساس یافته‌های مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۹۳)، هر قدر روابط نابرابر قدرت، نظام سلطه مردسالارانه و ستم بر زنان در جامعه بیشتر باشد، میزان خشونت علیه زنان در خانواده نیز بیشتر می‌شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر نیز ساختار مردسالار با اقتدار و حاکمیتی که به مرد در خانواده داده است، مانع تصمیم‌گیری زنان در بطن خانواده شده است. این یافته با فرضیه اختلال رابطه‌ای و سلامت اجتماعی همسو است. درنهایت این مطالعه با پژوهش مونسانتی و ثورستن (۲۰۱۵) همسو است. این

مطالعه استدلال می‌کند که اشکال مختلف خشونت - نمادین، ساختاری و بین فردی - منحصربه‌فرد نیستند، مطالعه حاضر نیز اثر ویژگی‌های ساختار مردسالارانه بر خشونت بین فردی و سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد.

در مجموع، ارزیابی زنان از سلامت اجتماعی خویش در بستر اجتماع در حال گذار، متأثر 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 امر اجازه نمی‌دهد که زنان در روابط خانوادگی و مشارکت‌های خود در شرایط برابری به کنش پردازند. طبق این ساختار، مردمحوری یک ارزش محسوب می‌شود و زنان موجوداتی تابع تلقی می‌شوند و این نگرش در شکل‌گیری شخصیت و رفتار زنان اثرات منفی برجا گذاشته است و خود نوعی همدستی پنهانی و ناخودآگاه در تحمل خشونت و کاهش سلامت اجتماعی زنان است. از حیث محدودیت‌های پیش‌رو، علاوه بر حساسیت‌های زنان در ارائه اطلاعات مناسب، عدم همکاری سازمان‌های ذی‌ربط در ارائه اطلاعات آماری در خصوص تعداد و حجم این گروه از زنان و نیز ترس زنان از همسران خود و افشای اطلاعات، با بی‌سوادی برخی از زنان نیز روبه‌رو بودیم که روند گردآوری داده‌ها را کند می‌ساخت.

پیشنهادها

- با ایجاد رویه‌های که سرمایه فرهنگی زنان را افزایش دهد و قدرت تصمیم‌گیری زنان را مضاعف کند، مسیر نیل به خودشکوفایی آن‌ها فراهم شود.
- کارگاه‌های آموزشی در خصوص روابط / کار / خانه به زنان و مردان به‌منظور هموارسازی سرمایه فرهنگی و اقتصادی زنان، با ایجاد کاهش وابستگی زنان به مردان برگزار تا در عین همگرایی، حوزه عمومی و خصوصی آن‌ها تفکیک شود.

- با برگزاری کارگاه‌های دینی و تغییر در کج‌فهمی دینی، نسبت به برقراری تعادل در نقش‌های زنان اقدام شود.
- در خصوص پذیرش خانه‌داری به‌عنوان شغل و بیمه کردن زنان و همچنین تلاش برای افزایش مشارکت و حضور اجتماعی زنان از طریق ایجاد فرصت‌های شغلی و کاهش بیکاری زنان به‌منظور تعادل در ساختار تصمیم‌گیری خانواده اقدام شود.
- با ایجاد کارگروه‌ها و سامانه‌هایی از ارزش‌های حوزه عمومی و خصوصی زنان (برای مثال، ایجاد تشکل‌های غیردولتی زنانه در خصوص مدیریت خانه / کار و آگاهی بخشی در خصوص تمایز بین سبک‌های مدیریت خانه)، تفکیک نقشی و در نتیجه استحکام روابط اجتماعی آن‌ها فراهم شود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از همهٔ زنان شرکت‌کننده و استادان و صاحب‌نظرانی که در این مسیر، پژوهشگران را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- افشانی، علیرضا و شیرینی محمدآبادی، حمیده. (۱۳۹۵). بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد. *دو ماهنامه علمی پژوهشی یزد*، ۱۵(۲)، صص ۳۴-۴۴. قابل بازیابی از:
<http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-2193-fa.html>
- امینی، لیلیا؛ حیدری، مریم؛ دانش‌پرور، حمیدرضا؛ قرایی، بنفشه و عباس، مهران. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط ابعاد خشونت خانگی با برخی تعیین‌کننده‌های اجتماعی ساختاری سلامت زنان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*، ۲۴ (۱۴۴)، صص ۱۳۰-۱۳۴. قابل بازیابی از:
<https://www.sid.ir/fa/journal/JournalListPaper.aspx?ID=48956>
- اسمعیلی، وحید. (۱۳۹۳). *جامعه‌پذیری جنسیتی و نگرش به خشونت علیه زنان (مطالعه موردی: شهر بیجار)*. دومین کنفرانس ملی جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی، تهران. قابل بازیابی از:
<https://civilica.com/doc/348884>
- بی‌ریا، ناصر و همکاران (۱۳۸۵). *روان‌شناسی رشد با نگرشی به منابع اسلامی*. چاپ چهارم قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. انتشارات سمت.
- تاج‌مزی‌نانی، علی‌اکبر و قاسمی‌نژاد، ابودر. (۱۳۹۵). کنش‌ورزی سیاسی و سلامت اجتماعی زنان (مطالعه زنان منطقه چهار تهران). *دو فصلنامه مطالعات انتخابات*، ۹ (۱۲ و ۱۳)، صص ۱۴۱-۱۶۶. قابل بازیابی از:
http://iribresearch.ir/fasl_entekhabat/default_en2.aspx?id=12-13
- تنهایی، حسین ابوالحسن. (۱۳۸۳). *بازشناسی تحلیلی نظریه‌های مدرن جامعه‌شناسی در مدرنیته میانی: بنیان‌گذاران جامعه‌شناسی*. تهران: نشر علم
- جنکینز، ریچارد. (۱۳۸۱). *هویت اجتماعی*. ترجمه تورج یاراحمدی، تهران: شیرازه.

- چلبی، مسعود. (۱۳۸۹). تحلیل نظری و تطبیقی در جامعه‌شناسی. تهران: نشر نی.
- زاهدی‌اصل، محمد و پیله‌وری، اعظم. (۱۳۹۳). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی. فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۶ (۱۹)، صص ۷۱-۱۰۷. قابل‌بازیابی از:
https://qjسد.atu.ac.ir/article_689.html
- سام‌آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. فصلنامه علمی - پژوهشی انتظام اجتماعی، (۱)، صص ۹-۲۹. قابل‌بازیابی از:
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=144055>
- سفیری، خدیجه و منصوریان راوندی، فاطمه. (۱۳۹۴). کلیشه‌های جنسیتی و سلامت اجتماعی «مطالعه زنان و مردان شهر تهران». فصلنامه علمی مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۳(۲)، صص ۳۷-۶۶. قابل‌بازیابی از:
https://jwspس.alzahra.ac.ir/article_2049.html
- شاملو، باقر و محتشمی، ندا. (۱۳۹۱). مطالعه تطبیقی دو نظریه تعاملی-گرایی و پنجره‌های شکسته و آثار آنها بر سیاست جنایی. فصلنامه پژوهش حقوق کیفری، ۱۳(۲)، صص ۱۲۳-۱۵۸. قابل‌بازیابی از:
https://jclr.atu.ac.ir/article_2198.html
- صادقی، رؤیا؛ زارعی‌پور، مرادعلی؛ اکبری، حسین و خان‌بیگی، محمد. (۱۳۹۰). وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی. مجله سلامت و مراقبت، ۱۳(۴)، صص ۱-۹. قابل‌بازیابی از:
<http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-106-fa.pdf>
- صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۴). روان‌شناسی سلامت اجتماعی. تهران: انتشارات آوای نور

— طالب‌پور، اکبر و کریمی‌فر، نرمین. (۱۳۹۸). مطالعه تطبیقی خشونت علیه زنان در مناطق کردنشین ایران و عراق. *فصلنامه علمی مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۷(۴)، ۱۳۱-۱۶۲. قابل بازیابی از:

[doi: 10.22051/jwsp.2020.31392.2220](https://doi.org/10.22051/jwsp.2020.31392.2220)

— عبدالهی‌نژاد، علیرضا؛ قاسمی‌نژاد، ابوذر و صادقی، جواد. (۱۳۹۵). رسانه‌های اجتماعی و مشارکت سیاسی در انتخابات (رابطه استفاده از فیس‌بوک، تلگرام و اینستاگرام و مشارکت سیاسی دانشجویان در انتخابات اسفند ۱۳۹۴). *فصلنامه مطالعات رسانه‌های نوین*، ۲(۵)، صص ۳۴-۷۵. قابل بازیابی از:

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=334483>

— فرهمند، مهناز؛ خاتمی، خدیجه و محمدحسینی، رضیه. (۱۳۹۵). مقایسه سلامت اجتماعی، قدرت تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و عزت‌نفس در بین زنان شاغل و خانه‌دار شهر یزد. *فصلنامه زن و جامعه*، ۷(۲)، صص ۱۴۷-۱۶۶. قابل بازیابی از:

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=274785>

— قاسمی، منا؛ صداقتی‌فرد، مجتبی و پیر خائفی، علیرضا. (۱۳۹۳). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت علیه زنان در خانواده (با تأکید بر نظام اقتداری در خانواده). *فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی ایران*، ۴(۱۵)، صص ۷۳-۵۹. قابل بازیابی از:

<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=275411>

— قیاسی، رضا؛ آهی، پرویز؛ برخوردار، شهرزاد و هادی‌پور، بهزاد. (۱۳۹۸). بررسی جامعه‌شناختی رابطه هویت دینی و سبک زندگی (مورد مطالعه زنان دختران شهر کرمان). *دو فصلنامه پژوهش‌های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده*، ۷(۱)، صص ۶۲-۸۰. قابل بازیابی از:

http://pssw.jrl.police.ir/article_91403.html

- گنجی، محمد؛ آقابزرگی زاده، شیوا و یادگاری، فائزه. (۱۳۹۸). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی در میان شهروندان شهر کاشان. *فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۱۰(۴۰)، صص ۱۴۵-۱۷۵. قابل بازیابی از:
https://qjstd.atu.ac.ir/article_11189.html
- محمدی، سید بیوک. (۱۳۹۳). الگوی ساختار قدرت در برخی خانواده‌های ایرانی. *پژوهش‌نامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۵(۲)، صص ۱۱۱-۱۲۷. قابل بازیابی از:
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=234025>
- محمدی، فائزه. (۱۳۸۴). بررسی همسرآزاری در شهر روانسر (کرمانشاه). پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی. دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی.
- محمدی، فائزه و میرزایی، رحمت. (۱۳۹۱). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خشونت علیه زنان: مطالعه موردی: شهرستان روانسر. *مطالعات اجتماعی*، ۱۶(۱)، صص ۱۰۱-۱۲۹. قابل بازیابی از:
http://www.jss-isa.ir/article_22384_00.html
- هام، مگی؛ سارا، گمبل. (۱۳۸۲). فرهنگ نظریه‌های فمینیستی. ترجمه فیروزه مهاجر و همکاران. تهران: نشر توسعه.
- Adimora, A. A., Schoenbach, V. J., & Floris-Moore, M. A. (2009). Ending the epidemic of heterosexual HIV transmission among African Americans. *American journal of preventive medicine*, 37(5), 468-471. Retrieved from:
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.020>
- Baumberg, B. Bell, K., & Gaffney, D. (2012). Benefits Stigma in Britain. Retrieved from:
<https://orcid.org/0000-0003-0341-3532>
- Bonnefoy, L., Burgat, F., & Menoret, P. (2011). From Structural Violence to Violent Activism around the Persian Gulf. *The Muslim world (Hartford)*, 101(2), 125-129. Retrieved from:
<https://doi.org/10.1111/j.1478-1913.2011.01350.x>

- Benson, P. (2008). El campo: faciality and structural violence in farm labor camps. *Cultural Anthropology*, 23(4), 589-629. Retrieved from:
<https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2008.00020.x>
- Blood Jr, R. O., & Wolfe, D. M. (1960). Husbands and wives: The dynamics of family living. Glencoe. IL: Free press. Retrieved from:
<https://psycnet.apa.org/record/1963-01527-000>
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, P., Szebehely, M., Armstrong, H., & Lafrance, S. (2012). Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada and Scandinavia. *Social Science & Medicine*, 74(3), 390-398. Retrieved from:
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.037>
- Bourgois, P. (2009). Recognizing Invisible Violence: A Thirty-Year Ethnographic Retrospective. Pp. 17–40, in *Global Health in Times of Violence*, edited by Barbara Rylko-Bauer, Linda Whiteford, and Paul Farmer. Santa Fe: School for Advanced Research Press.
- Bufacchi, V. (2007). *Violence and Social Justice*. New York: Palgrave Macmillan.
- Corley, A., Glass, N., Remy, M. M., & Perrin, N. (2021). A latent class analysis of gender attitudes and their associations with intimate partner violence and mental health in the Democratic Republic of Congo. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4063. Retrieved from:
<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/4063>
- Eek, F., & Axmon, A. (2015). Gender inequality at home is associated with poorer health for women. *Scandinavian journal of public health*, 43(2), 176-182. Retrieved from:
<https://doi.org/10.1177/1403494814562598>
- Fisher, C., Hunt, L., Adamsam, R., & Thurston, W. E. (2007). 'Health's a difficult beast': The interrelationships between domestic violence, women's health and the 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>

- Huffman, S. A., Veen, J., Hennink, M. M., & McFarland, D. A. (2012). Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan. *Social science & medicine*, 74(6), 864-872. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.019>
- 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. L. M. & Shapiro, A. (2004). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we?: A national study of well-being a midlife*. University of Chicago Press, pp 350-372. Retrieved from: <https://b2n.ir/s81785>
- Leatherman, T., & Goodman, A. H. (2011). Critical biocultural approaches in medical anthropology. *A companion to medical anthropology*, 29-48. Retrieved from: <https://b2n.ir/j17604>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, 80-94. Retrieved from: <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Metz, B., Mariano, L., & García, J. L. (2010). The Violence After “La Violencia” in the Ch'orti Region of Eastern Guatemala. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 15(1), 16-41. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1935-4940.2010.01061.x>
- 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. *BMC women's health*, 15(1), 1-13. Retrieved from: <https://b2n.ir/j84980>

- Park, G. R., Park, E. J., Jun, J., & Kim, N. S. (2017). Association between intimate partner violence and mental health among Korean married women. *Public Health*, 152, 86-94. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.023>
- Shannon, K., Kerr, T., Allinott, S., Chettiar, J., Shoveller, J., & Tyndall, M. W. (2008). Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social science & medicine*, 66(4), 911-921. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.008>
- Sinha, M. M. (1999). Sex, structural violence, and AIDS: Case studies of Indian prostitutes. *Women's Studies Quarterly*, 27(1/2), 65-72. Retrieved from: <https://www.jstor.org/stable/40003399>
- Sinha, P., Gupta, U., Singh, J., & Srivastava, A. (2017). Structural violence on women: An impediment to women empowerment. *Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 42(3), 134-137. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561688/>
- Sonego, M., Gandarillas, A., Zorrilla, B., Lasheras, L., Pires, M., Anes, A., & Ordobás, M. (2013). Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gaceta sanitaria*, 27(5), 440-446. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.009>
- Vives-Cases, C., Parra-Casado, D. L., Estévez, J. F., Torrubiano-Domínguez, J., & Sanz-Barbero, B. (2021). Intimate partner violence against women during the CoViD-19 lockdown in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4698. Retrieved from: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094698>
- Winter DuNann, D., & Leighton, D. (2001). Structural violence: introduction. *Peace, conflict and violence: peace psychology for the 21st century*. New Jersey: Prentice Hall.



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی