

ساختارهای اجتماعی و روان‌شناختی زنان شهر تهران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۱

خلاصه

مقدمه: پیوند بین علوم از جمله رشته‌هایی مانند روان‌شناسی و علوم اجتماعی می‌تواند نتایج کاربردی و مفیدی برای سطح اجتماع به بار بیاورد؛ در این راستا پژوهش حاضر به بررسی ساختارهای اجتماعی و روان‌شناختی زنان شهر تهران می‌پردازد.

روش کار: روش تحقیق توصیفی پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش به تفکیک گروه سنی (۱۴-۵۰) در دو منطقه نیاوران و مولوی تهران ۳۷۰۶۲۶ نفر می‌باشد و تعداد ۳۸۴ نفر با توجه به فرمول کوکران به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های t مستقل، یومن ویتنی و ویلکاکسون و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح ۰/۰۵ استفاده شده است.

نتایج: نتایج نشان داد که ساختارهای اجتماعی و مؤلفه‌های آن پیش‌بینی کننده سطح روان‌شناختی افراد آن جامعه می‌باشد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که توجه به وضعیت روان‌شناختی افراد با توجه به سطوح مختلف اجتماع از نکات مهمی می‌باشد که می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها مدنظر قرار بگیرد.

کلمات کلیدی: ساختارهای اجتماعی، روان‌شناختی، زنان.

منیر خاقانی فرد^۱

علی روشنائی*^۲

حسین جمالی^۳

امید علی احمدی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه علوم اجتماعی، واحد آشتیان،

دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

^۲ گروه علوم اجتماعی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی،

آشتیان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ گروه علوم اجتماعی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی،

آشتیان، ایران

^۴ گروه علوم اجتماعی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی،

آشتیان، ایران

Email: a.roshanaei@yahoo.com

مقدمه

در طول زندگی هر فرد نوعی حس رو به گسترش از خودکارآمدی باعث حفظ حرکت روبه‌جلو و انرژی و طراوت در فرد می‌شود. بر اساس نظریه شناختی اجتماعی خودکارآمدی نقش کلیدی و مهم در سلامت و بهداشت روان داشته و بسیاری از کارکردهای روان‌شناختی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۱). بهزیستی روان‌شناختی به ادراک فرد از مقدار هماهنگی بین خود از یک‌سو و پیام‌های عملکردش از سوی دیگر اشاره دارد و به‌عنوان یک ارزیابی مداوم و نسبتاً پایدار از رضایت درونی در طول عمر یک فرد مطرح می‌شود (۲). بهزیستی روان‌شناختی شامل تجربه عواطف خوشایند سطوح پایین خلقی و رضایت بالا از زندگی است. بهزیستی شامل احساس مثبت و احساس رضایتمندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های گوناگون خانواده، شغل و... است (۳).

بهزیستی روان‌شناختی در دو دهه اخیر در ادبیات پژوهشی به‌وفور مورد بررسی قرار می‌گیرد و دامنه مطالعات آن از حوزه زندگی فردی به تعاملات اجتماعی کشیده شده است در این میان عوامل زیاد در شکل‌گیری و تداوم بهزیستی روان‌شناختی نقش دارند که می‌توان بر نقش سرمایه اجتماعی تأکید کرد. سرمایه اجتماعی شبکه‌ای از روابط و پیوندهای مبتنی بر اعتماد اجتماعی بین فردی و بین گروهی و تعاملات افراد بین نهادها، سازمان‌ها و گروه‌های اجتماعی است که به همبستگی و انسجام اجتماعی، برخورداری افراد و گروه‌ها از حمایت اجتماعی و انرژی لازم برای تسهیل کنش‌ها در راستای تحقق اهداف فردی و جمعی منجر می‌شود (۴).

سرمایه اجتماعی در بهداشت روانی، سلامت جسمانی، کارآمدی مشارکت اجتماعی از مهم‌ترین اولویت‌های روانشناسی است. از سوی دیگر، خودکارآمدی، به حس کنترل هر فرد روی محیط و رفتار و وابسته است مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات و عواملی چون حوادث منفی زندگی از جمله جدایی از والدین و از دست دادن کار از عوامل اجتماعی هستند که بر سلامت روانی و بهزیستی افراد تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین، سرمایه اجتماعی تنها از راه عضویت در

نهادها به دست می‌آید و شبکه‌های سرمایه اجتماعی به گونه خاص در فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی و روانی نقشی مؤثر در بهزیستی روان‌شناختی دارند. در این راستا، برخی روانشناسان اجتماعی از جمله شایدر و لویز (۵) بیان می‌دارند که تبیین بهزیستی روان‌شناختی بدون توجه به نقش عوامل اجتماعی، ناقص خواهد ماند زیرا در بسیاری از موقعیت‌های بین فردی، ادراکات فرد از شبکه‌های اجتماعی تحمیلی، انتخابی و ساخته‌شده، قادرند رفتارهای انطباقی و سازگارانه فرد را تحت‌الشعاع قرار دهند و حتی به خنثی کردن نقش و تأثیر عوامل فردی بر بهزیستی روانی منتهی شوند.

در پژوهشی کردان و همکاران (۶) نشان دادند که سرمایه اجتماعی و مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌دار دارد، یعنی زنانی که در زندگی خود اجتماعی بوده و شبکه‌های اجتماعی بیشتری دارند رضایت از زندگی و بهزیستی روانی بالاتری نیز برخوردارند. لوتانز و همکاران (۷) اذعان می‌کنند که خودکارآمدی فرد تحت تأثیر عواملی مانند دانش و مهارت‌های فرد، سلامت جسمی و روانی او و نیز شرایط بیرونی دربرگیرنده فرد است

سولستانانی و همکاران (۸) در پژوهش خود روابط بین خودکارآمدی شایستگی اجتماعی و سرمایه اجتماعی به‌ویژه اثر میانجی شایستگی اجتماعی بر این رابطه را مطالعه کرد یافته‌های پژوهش نشان دادند که خودکارآمدی بر شایستگی اجتماعی زنان تأثیر مثبت مستقیم و معنی‌داری دارد، اما بر روی سرمایه اجتماعی آن‌ها تأثیر مستقیم و معنی‌داری ندارد. افزون بر این نتایج پژوهش نشان دادند که شایستگی اجتماعی می‌تواند رابطه بین خودکارآمدی و سرمایه اجتماعی را کاملاً میانجی‌گری کند. بهادری و همکاران (۹) در پژوهشی به بررسی رابطه اضطراب اجتماعی، خوش‌بینی و خودکارآمدی با بهزیستی روان‌شناختی در زنان پرداختند. نتایج نشان دادند که بین خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی زنان رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. از سویی نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان دادند که متغیرهای

روش کار

در پژوهش حاضر، نوع تحقیق و روش اجرای آن با توجه به اهداف و ماهیت تحقیق و امکانات اجرایی، پیمایشی، گردآوری اطلاعات پرسشنامه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش به تفکیک گروه سنی (۵۰-۱۴) در دو منطقه تهران (۳۷۰۶۲۶) نفر، (۲۵۲۰۴۸) نفر نیاوران و (۱۱۸۵۷۹) نفر مولوی را شامل می‌شود. در این پژوهش به منظور تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود استفاده شده است:

$$\frac{370626 \times 1/96^2 \times 0/5/2 \times 0/5^2}{(370626 - 1)0/05^2 + 1/96^2 \times 0/5/2 \times 0/5^2} = 384/603$$

یکی از راه‌های استفاده تعداد نمونه، استفاده از فرمول کوکران است؛ که تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه این پژوهش معین گردید. تعداد ۳۸۴ نفر نمونه به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب خواهد شد. در این تحقیق بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده می‌شود. بدین صورت که ابتدا شهر تهران به را به منطقه نیاوران و مولوی تقسیم شده است و از بین موارد موجود، ۳۸۴ نمونه‌گیری صورت خواهد پذیرفت و پرسشنامه‌ها بین آن‌ها تقسیم می‌شوند؛ که به صورت نمونه‌گیری تصادفی با توجه به فرمول فوق ۳۸۴ نفر نمونه برای این پژوهش معین گردید. در این پژوهش فضای تحقیق شامل محله نیاوران و مولوی شهر تهران می‌باشد که با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ابتدا دو خیابان اصلی از هر محله انتخاب شد و سپس از هر خیابان اصلی دو خیابان فرعی به شیوه تصادفی انتخاب شد؛ و به صورت یکی در میان به درب منازل مراجعه و پرسشنامه تکمیل می‌گردد.

خوشبینی، خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی ۳۳ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را تبیین می‌کنند.

یاماوکا (۱۰) طی پژوهشی با عنوان سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و بهزیستی روان‌شناختی در آسیای شرقی (در کشورها ژاپن، کره جنوبی، سنگاپور، چین و تایوان) به این نتیجه رسید که بین سرمایه اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

هزارجریبی و مهری در پژوهشی نشان دادند که ابعاد مشارکت اجتماعی زنان، روابط با دوستان و اقوام و خانواده، اعتماد اجتماعی، روابط همسایگی، انسجام اجتماعی و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی و روانی در زنان شهر همدان همبستگی معناداری دیده می‌شود (۱۱).

همچنین، در پژوهش نشان داده شد که زنان دارای حمایت اجتماعی بالا، کشمکش‌های میان فردی کمتری دارند، در رویارویی با رویدادهای تنش‌زای زندگی، بیشتر ایستادگی می‌کنند و از بهزیستی و سلامت روانی بهتری نیز برخوردارند (۱۲).

در پژوهشی دیگر که به بررسی نقش سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی زنان پرداخته شده بود بیانگر آن بود که درصد بالایی از واریانس توانمندسازی زنان ساری به وسیله سرمایه اجتماعی تبیین می‌شود (۱۳).

از آنجایی که پدیده خودکارآمدی و بهزیستی روانی از نیازهای اساسی افراد قرن بیست و یکم تلقی می‌شوند و سازمان بهداشت جهانی بر مهیا کردن زمینه‌های شکل‌گیری آن به‌وفور تأکید نموده است و عملیاتی کردن این تأثیرات مستلزم شناسایی عوامل دخیل در آن است؛ لذا اجرای این پژوهش در شناسایی این عوامل کمک شایانی خواهد کرد و از این‌روست که ضرورت و اهمیت اجرای این پژوهش احساس می‌شود. از سویی کاربست یافته‌های پژوهش در عرصه‌های بهداشت عمومی اهمیت دوچندان اجرای این پژوهش را تضمین می‌کند. لذا، این مطالعه باهدف تعیین ساختارهای اجتماعی و روان‌شناختی زنان شهر تهران انجام شد.

جدول ۱. نمونه‌گیری

| نام محله | نام خیابان اصلی | نام خیابان فرعی | تعداد حجم نمونه |
|--------------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| محله نیاوران (۲۵۲۰۴۸ نفر) | ۱. هرنندی | ۱. ادیب ۲. رهکوری | ۱۹۲ نفر |
| | ۲. گرجی | ۱. پریسا ۲. نیایش | |
| محله مولوی (۱۱۸۵۷۹ نفر) | ۱. نورافشان | ۱. لاجوردی ۲. گل سنگ | ۱۹۲ نفر |
| | ۲. مختاری | ۱. مهربان ۲. فرج‌اللهی | |
| جمع | | | ۳۸۴ |

تجزیه و تحلیل اطلاعات و داده‌ها از آماره‌های توصیفی (میان، میانگین و مد) و استنباطی (آنوا، رگرسیون و...) استفاده شد.

پس از گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه علاوه بر توصیف جامعه، بر اساس مدل پژوهش و فرضیه‌های مربوطه آزمون‌های آماری مناسب انتخاب و انجام گردید و یافته‌ها در قالب جداولی تهیه و تدوین گردیده است. در این راستا از نرم‌افزار SPSS استفاده می‌شود. همچنین برای

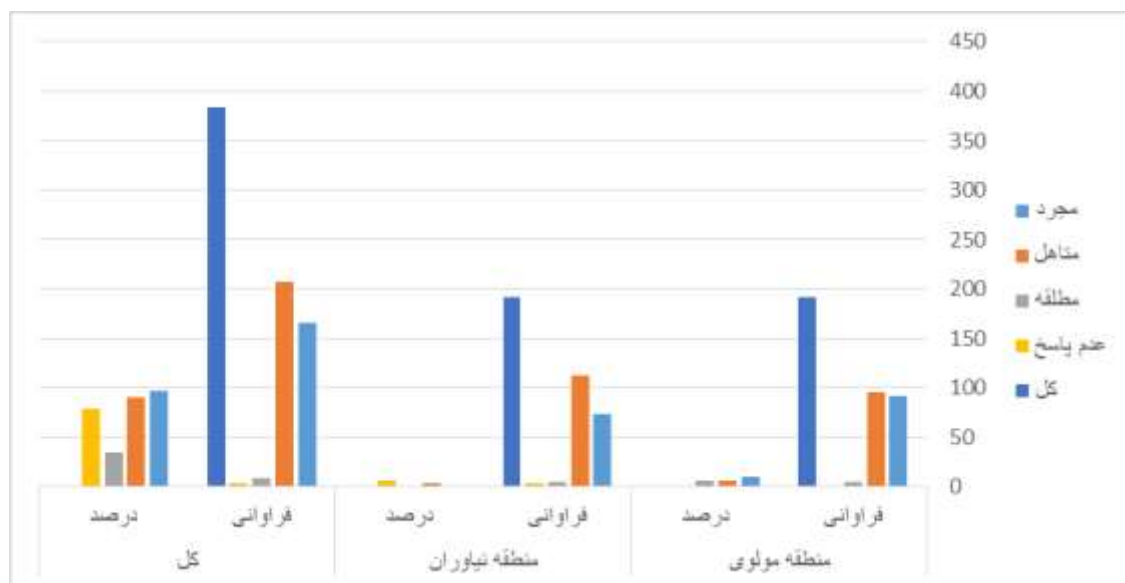
نتایج

جدول ۲. توزیع فراوانی مربوط به متغیر وضعیت تأهل در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه‌ها

| وضعیت تأهل | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|------------|-------------|-------|---------------|-------|---------|-------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| مجرد | ۹۲ | ۴۷/۹ | ۷۳ | ۳۸/۰ | ۱۶۵ | ۴۲/۹۷ |
| متأهل | ۹۵ | ۴۹/۵ | ۱۱۲ | ۵۸/۳ | ۲۰۷ | ۵۳/۹۰ |
| مطلقه | ۵ | ۲/۶ | ۴ | ۲/۱ | ۹ | ۲/۳۴ |
| عدم پاسخ | - | - | ۳ | ۱/۶ | ۳ | ۰/۷۸ |
| کل | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ | ۱۰۰/۰ |

نیاوران) ۳۸/۰ درصد مجرد، ۵۸/۳ درصد متأهل، ۲/۱ درصد مطلقه بوده‌اند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد در (منطقه مولوی) ۴۷/۹ درصد مجرد، ۴۹/۵ درصد متأهل، ۲/۶ درصد مطلقه و در (منطقه



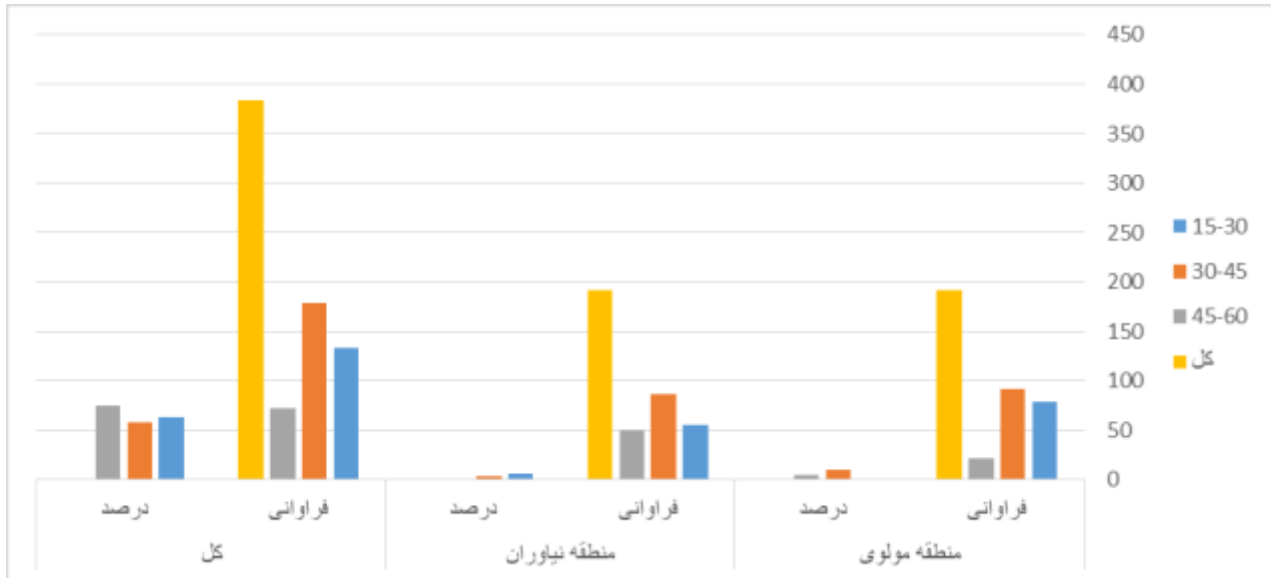
نمودار ۱. فراوانی مربوط به متغیر وضعیت تأهل در منطقه نیاوران و مولوی

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی مربوط به متغیر وضعیت سن در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه

| وضعیت سن | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|----------|-------------|-------|---------------|-------|---------|-------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| ۱۵-۳۰ | ۷۸ | ۴۶/۰ | ۵۵ | ۲۸/۶ | ۱۳۳ | ۳۴/۶۳ |
| ۳۰-۴۵ | ۹۲ | ۴۷/۹ | ۸۷ | ۴۵/۳ | ۱۷۹ | ۲۰/۵۷ |
| ۴۵-۶۰ | ۲۲ | ۱۱/۵ | ۵۰ | ۲۶/۰ | ۷۲ | ۱۸/۷۵ |
| کل | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ | ۱۰۰/۰ |

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در (منطقه مولوی) وضعیت سن زنان ۱۵-۳۰ سال ۴۶/۰ درصد، ۳۰-۴۵ سال ۴۷/۹ درصد، ۴۵-۶۰ سال ۱۱/۵ درصد و در (منطقه نیاوران) سن زنان ۱۵-۳۰ سال

۲۸/۶ درصد، ۳۰-۴۵ سال ۴۵/۳ درصد، ۴۵-۶۰ سال ۲۶/۰ درصد بوده‌اند.



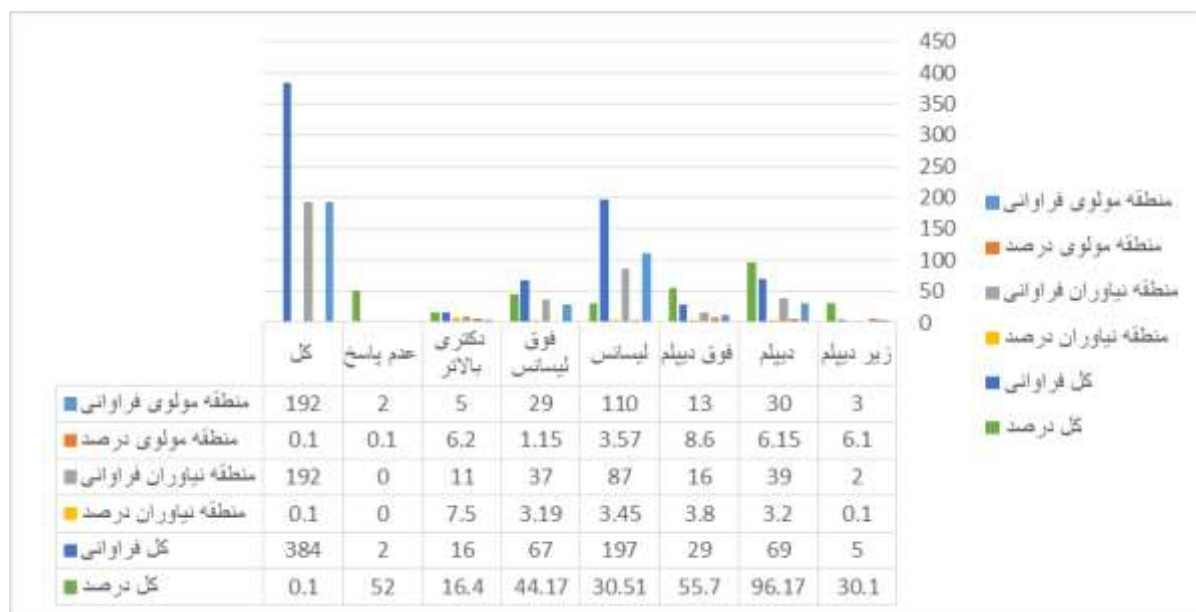
نمودار ۲. فراوانی مربوط به متغیر سن در منطقه نیاوران و مولوی

جدول ۴. توزیع فراوانی مربوط به متغیر وضعیت تحصیلات در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه‌ها

| تحصیلات | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|--------------|-------------|-------|---------------|-------|---------|-------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| زیر دیپلم | ۳ | ۱/۶ | ۲ | ۱/۰ | ۵ | ۱/۳۰ |
| دیپلم | ۳۰ | ۱۵/۶ | ۳۹ | ۲۰/۳ | ۶۹ | ۱۷/۹۶ |
| فوق دیپلم | ۱۳ | ۶/۸ | ۱۶ | ۸/۳ | ۲۹ | ۷/۵۵ |
| لیسانس | ۱۱۰ | ۵۷/۳ | ۸۷ | ۴۵/۳ | ۱۹۷ | ۵۱/۳۰ |
| فوق لیسانس | ۲۹ | ۱۵/۱ | ۳۷ | ۱۹/۳ | ۶۷ | ۱۷/۴۴ |
| دکتری بالاتر | ۵ | ۲/۶ | ۱۱ | ۵/۷ | ۱۶ | ۴/۱۶ |
| عدم پاسخ | ۲ | ۱/۰ | - | - | ۲ | ۰/۵۲ |
| کل | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ | ۱۰۰/۰ |

۲/۶ درصد بوده‌اند در ادامه به ترتیب در (منطقه نیاوران)، به ترتیب ۱/۰، ۳/۳، ۳/۲۰، ۳/۸، ۳/۸، ۷/۴۵، ۷/۱۹، ۵ درصد بوده‌اند.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در (منطقه مولوی)، تحصیلات زنان زیر دیپلم ۱/۶ درصد، دیپلم ۱۵/۶ درصد، فوق دیپلم ۶/۸ درصد، لیسانس ۵۷/۳ درصد، ۱۵/۱ درصد فوق لیسانس و دکتری بالاتر



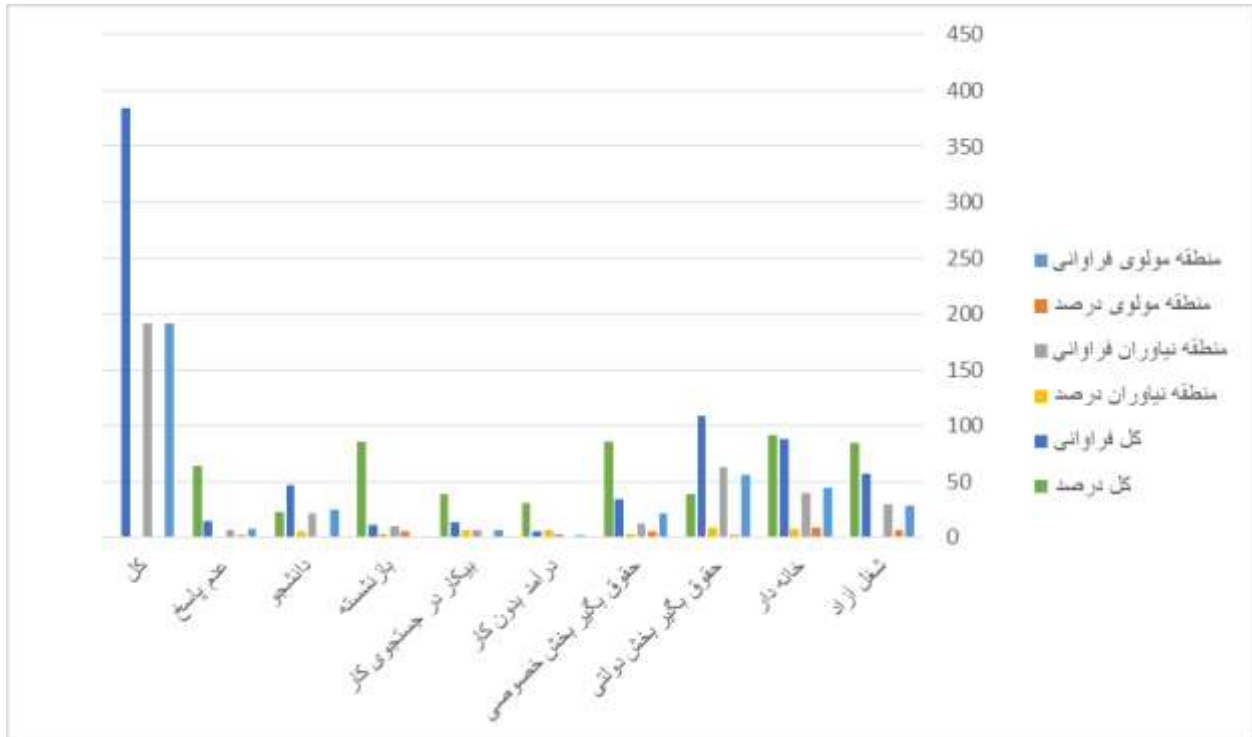
نمودار ۳. فراوانی مربوط به متغیر تحصیلات در منطقه نیاوران و مولوی

جدول ۵. توزیع فراوانی مربوط به متغیر وضعیت اشتغال در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه‌ها

| وضعیت اشتغال | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|---------------------|-------------|-------|---------------|-------|---------|-------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| شغل آزاد | ۲۸ | ۱۴/۶ | ۲۹ | ۱۵/۱ | ۵۷ | ۱۴/۸۴ |
| خانه‌دار | ۴۴ | ۲۲/۹ | ۴۰ | ۲۰/۸ | ۸۸ | ۲۲/۹۱ |
| حقوق‌بگیر بخش دولتی | ۵۶ | ۲۹/۲ | ۶۳ | ۳۲/۸ | ۱۰۹ | ۲۸/۳۸ |
| حقوق‌بگیر بخش خصوصی | ۲۲ | ۱۱/۵ | ۱۲ | ۶/۳ | ۳۴ | ۸/۸۵ |
| درآمد بدون کار | ۲ | ۱/۰ | ۳ | ۱/۶ | ۵ | ۱/۳۰ |
| بیکار در جستجوی کار | ۶ | ۳/۱ | ۷ | ۳/۶ | ۱۳ | ۳/۳۸ |
| بازنشسته | ۱ | ۰/۵ | ۱۰ | ۵/۲ | ۱۱ | ۲/۸۶ |
| دانشجو | ۲۵ | ۱۳/۰ | ۲۲ | ۱۱/۵ | ۴۷ | ۱۲/۲۳ |
| عدم پاسخ | ۸ | ۴/۲ | ۶ | ۳/۱ | ۱۴ | ۳/۶۴ |
| کل | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ | ۱۰۰/۰ |

کار ۱/۰ بوده‌اند و در ادامه به ترتیب ۱۵/۱، ۲۰/۸، ۳۲/۸، ۳۳/۳، ۶/۳، ۱/۶، ۳/۶، ۵/۲، ۱۱/۵، ۳/۱ درصد بوده‌اند.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در منطقه مولوی، شغل آزاد ۱۴/۶ درصد، خانه‌دار ۲۲/۹ درصد، حقوق‌بگیر بخش دولتی ۲۹/۲ درصد، حقوق‌بگیر بخش خصوصی ۱۱/۵ درصد، بیکار در جستجوی کار ۳/۱ درصد، بازنشسته ۰/۵ درصد، درآمد بدون کار ۱/۰ درصد، دانشجو ۱۳/۰ درصد، عدم پاسخ ۴/۲ درصد، کل ۱۹۲ نفر است.



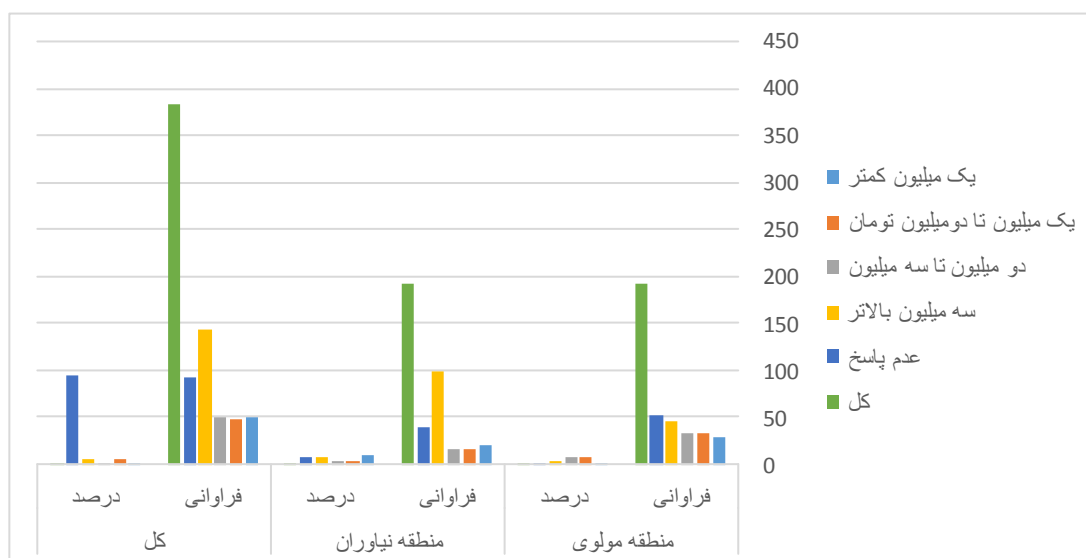
نمودار ۴. فراوانی مربوط به متغیر وضعیت اشتغال در منطقه نیاوران و مولوی

جدول ۶. توزیع فراوانی مربوط به متغیر وضعیت درآمد در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه‌ها

| درآمد | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|------------------------------|-------------|-------|---------------|-------|---------|-------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| یک میلیون کمتر | ۲۹ | ۱۵/۱ | ۲۱ | ۱۰/۹ | ۵۰ | ۱۳/۰۲ |
| یک میلیون تا دو میلیون تومان | ۳۲ | ۱۶/۷ | ۱۶ | ۸/۳ | ۴۸ | ۱۲/۵ |
| دو میلیون تا سه میلیون | ۳۴ | ۱۷/۷ | ۱۶ | ۸/۳ | ۵۰ | ۱۳/۰۲ |
| سه میلیون بالاتر | ۴۵ | ۲۳/۴ | ۹۹ | ۵۱/۶ | ۱۴۴ | ۳۷/۵ |
| عدم پاسخ | ۵۲ | ۲۷/۱ | ۴۰ | ۲۰/۸ | ۹۲ | ۲۳/۹۵ |
| کل | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ | ۱۰۰/۰ |

و بی پاسخ ۲۷/۱ درصد بوده‌اند و در ادامه به ترتیب در منطقه نیاوران ۱۰/۹، ۸/۳، ۸/۳، ۵۱/۶، ۲۰/۸ درصد بوده‌اند.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد در منطقه مولوی، درآمد یک میلیون کمتر ۱۵/۱ درصد، ۱ میلیون تا دو میلیون تومان ۱۶/۷ درصد، دو میلیون تا سه میلیون ۱۷/۷ درصد و سه میلیون بالاتر ۲۳/۴ درصد



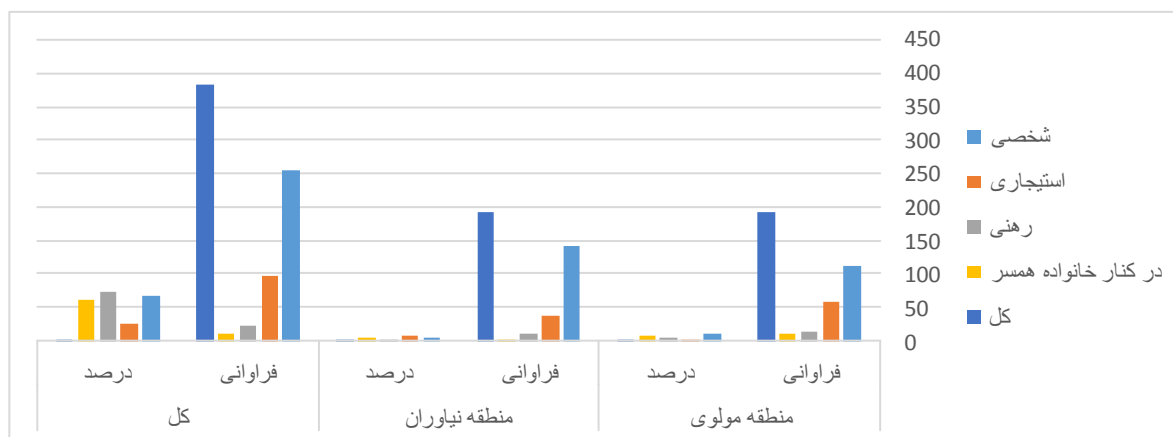
نمودار ۵. فراوانی مربوط به متغیر درآمد در منطقه نیاوران و مولوی

جدول ۲. توزیع فراوانی مربوط به متغیر وضعیت مسکونی در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه‌ها

| وضعیت مسکونی | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|----------------------|-------------|---------|---------------|---------|-------|---------|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی |
| شخصی | ۵۸/۹ | ۱۱۳ | ۷۴/۵ | ۱۴۳ | ۶۶/۶۶ | ۲۵۶ |
| استیجاری | ۳۰/۲ | ۵۸ | ۱۹/۸ | ۳۸ | ۲۵ | ۹۶ |
| رهنی | ۶/۳ | ۱۲ | ۵/۲ | ۱۰ | ۵/۷۲ | ۲۲ |
| در کنار خانواده همسر | ۴/۷ | ۹ | ۰/۵ | ۱ | ۲/۶۰ | ۱۰ |
| کل | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ |

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد در منطقه مولوی، وضعیت مسکونی شخصی ۵۸/۹ درصد، استیجاری ۳۰/۲ درصد، رهنی ۶/۳ درصد، در کنار خانواده همسر ۴/۷ درصد بوده‌اند. در ادامه به ترتیب در منطقه نیاوران ۷۴/۵، ۱۹/۸، ۵/۲، ۰/۵ درصد بوده‌اند.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد در منطقه مولوی، وضعیت مسکونی شخصی ۵۸/۹ درصد، استیجاری ۳۰/۲ درصد، رهنی ۶/۳ درصد، در کنار خانواده همسر ۴/۷ درصد بوده‌اند. در ادامه به ترتیب در منطقه نیاوران ۷۴/۵، ۱۹/۸، ۵/۲، ۰/۵ درصد بوده‌اند.

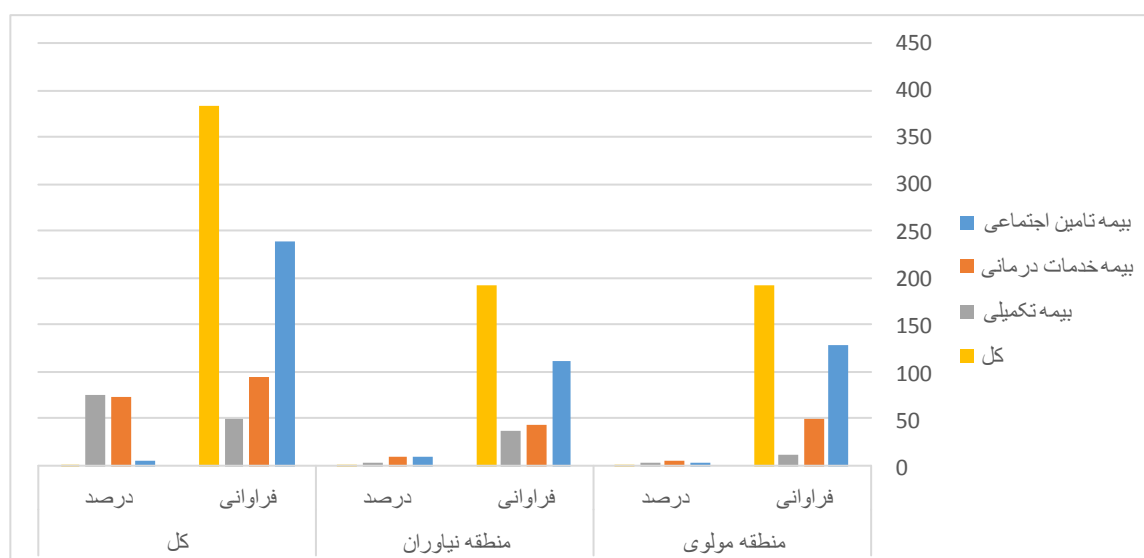


نمودار ۶. فراوانی مربوط به متغیر وضعیت مسکونی در منطقه نیاوران و مولوی

جدول ۸. توزیع فراوانی مربوط به متغیر وضعیت بیمه درمانی در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه‌ها

| بیمه درمانی | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|--------------------|-------------|-------|---------------|-------|---------|-------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| بیمه تأمین اجتماعی | ۱۲۹ | ۶۷/۲ | ۱۱۱ | ۵۷/۸ | ۲۴۰ | ۶۲/۵ |
| بیمه خدمات درمانی | ۵۱ | ۲۶/۶ | ۴۴ | ۲۲/۹ | ۹۵ | ۲۴/۷۳ |
| بیمه تکمیلی | ۱۲ | ۶/۳ | ۳۷ | ۱۹/۳ | ۴۹ | ۱۲/۷۶ |
| کل | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ | ۱۰۰/۰ |

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد در منطقه مولوی، وضعیت بیمه تأمین اجتماعی ۶۷/۲ درصد، بیمه خدمات درمانی ۲۶/۶ درصد، بیمه تکمیلی ۶/۳ و در ادامه به ترتیب ۵۷/۸، ۲۲/۹، ۱۹/۳ درصد بوده‌اند.



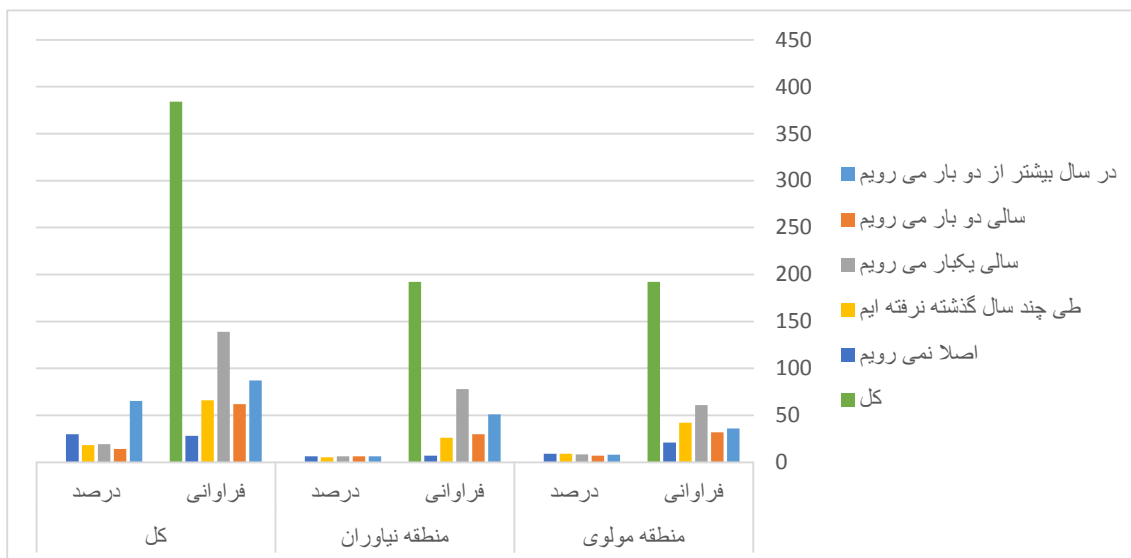
نمودار ۷. فراوانی مربوط به متغیر بیمه درمانی در منطقه نیاوران و مولوی

جدول ۹. توزیع فراوانی مربوط به متغیر مسافرت در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه‌ها

| مسافرت | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|--------------------------------|-------------|-------|---------------|-------|---------|-------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| در سال بیشتر از دو بار می‌رویم | ۳۶ | ۱۸/۸ | ۵۱ | ۲۶/۶ | ۸۷ | ۲۲/۶۵ |
| سالی دو بار می‌رویم | ۳۲ | ۱۶/۷ | ۳۰ | ۱۵/۶ | ۶۲ | ۱۶/۱۴ |
| سالی یک‌بار می‌رویم | ۶۱ | ۳۱/۸ | ۷۸ | ۴۰/۶ | ۱۳۹ | ۳۶/۱۹ |
| طی چند سال گذشته نرفته‌ایم | ۴۲ | ۲۱/۹ | ۲۶ | ۱۳/۵ | ۶۶ | ۱۷/۱۸ |
| اصلاً نمی‌رویم | ۲۱ | ۱۰/۹ | ۷ | ۳/۶ | ۲۸ | ۷/۲۹ |
| کل | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ | ۱۰۰/۰ |

درصد بوده است و در ادامه به ترتیب ۲۶/۶، ۱۵/۶، ۴۰/۶، ۱۳/۵، ۳/۶ بوده‌اند.

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد در منطقه مولوی، وضعیت مسافرت در سال بیشتر از دو بار می‌رویم ۱۸/۸ درصد، سالی دو بار می‌رویم ۱۶/۷ درصد، سالی یکبار می‌رویم ۳۱/۸ درصد، طی چند سال گذشته نرفته‌ایم ۲۱/۹ درصد، اصلاً نمی‌رویم ۱۰/۹

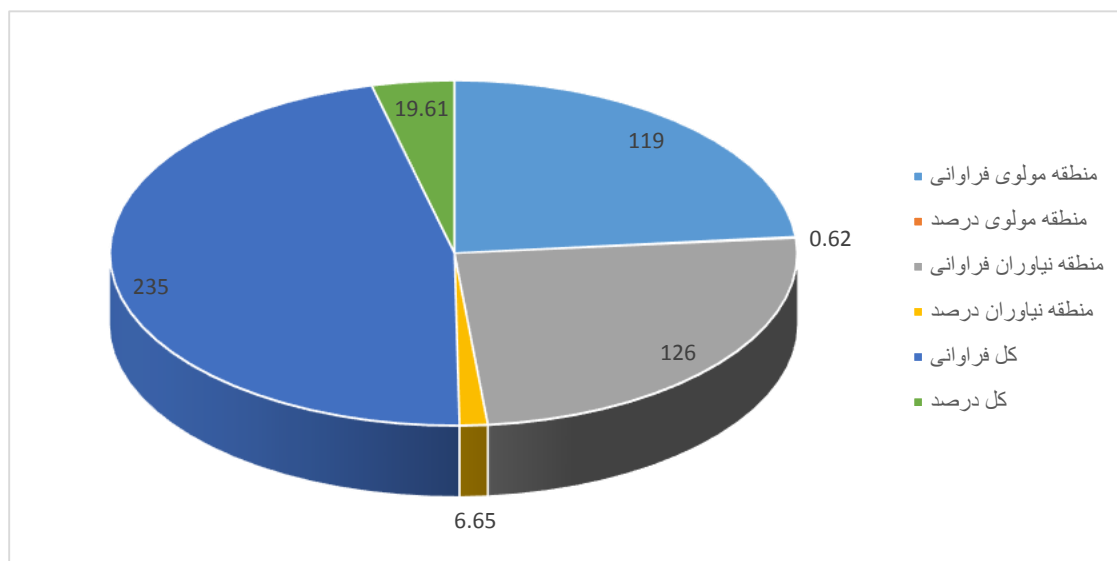


نمودار ۸. فراوانی مربوط به متغیر مسافرت در منطقه نیاوران و مولوی

جدول ۱۰. توزیع فراوانی مربوط به متغیر وسیله نقلیه در مناطق مولوی و نیاوران به تفکیک گروه‌ها

| وسيله نقلیه | منطقه مولوی | | منطقه نیاوران | | کل | |
|-------------|-------------|---------|---------------|---------|-------|---------|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی |
| دارد | ۶۲/۰ | ۱۱۹ | ۶۵/۶ | ۱۲۶ | ۶۱/۱۹ | ۲۳۵ |
| ندارد | ۳۸/۰ | ۷۳ | ۳۴/۴ | ۶۶ | ۳۶/۱۹ | ۱۳۹ |
| کل | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۱۹۲ | ۱۰۰/۰ | ۳۸۴ |

نتایج جدول ۱۰ نشان می‌دهد در منطقه مولوی، وسیله نقلیه دارد ۶۲/۰ درصد، وسیله نقلیه ندارد ۳۸/۰ درصد و در ادامه به ترتیب در منطقه نیاوران ۵۶/۶، ۳۴/۴ درصد بوده‌اند.



نمودار ۹. فراوانی مربوط به متغیر وسیله نقلیه در منطقه نیاوران و مولوی

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش این طور می توان اظهار نظر داشت که بر اساس فرضیات در بررسی تأثیر بهبود مدیریت بدن در بین زنان شهر تهران در مناطق مولوی و نیاوران مشخص شده است که نیازها و ساختارهای روان شناختی زنان سبک زندگی، بهبود مدیریت بدن، رسانه های جمعی بر مصرفی شدن زنان تأثیر داشته است. بدین معنی که با افزایش مقدار سرمایه اجتماعی زنان، مقدار خودکارآمدی آنان افزایش می یابد، اما با مؤلفه اعتماد به خانواده رابطه معناداری مشاهده نشد که این یافته با پژوهش های بابیسکی و همکاران (۱۴) مطابقت دارد. به گونه ای که سرمایه اجتماعی زنان می تواند توانمندی و خودکارآمدی افراد را بهبود بخشد. همچنان که پژوهشگران حوزه سرمایه اجتماعی اذعان داشته اند، سرمایه اجتماعی از راه برقراری ارتباط با دیگران ایجاد می شود و نتیجه و پیامد تعاملات و روابط اجتماعی است و سطح آن تابع کیفیت روابط، نگرش ها و نظام های بین افراد در گروه، سازمان، محله و جامعه است در واقع، سرمایه اجتماعی بازتاب وجود روابط متقابل شخصی نزدیک و صمیمانه در میان افراد و در ماهیت روابط متقابل شخصی بین افراد یافت می شود. پس سرمایه اجتماعی، منبعی است که از روابط در میان افراد، سازمان ها و

اجتماع ها و جوامع پدیدار می گردد. لذا زنان دارای سرمایه اجتماعی از خودکارآمدی بالاتری برخوردارند. یافته های پژوهش، نشان داد که خودکارآمدی زنان با بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش های احمدی سرخوشی و همکاران (۱۵)، اصغری و همکاران (۱۶)، مظاهری و بهرامیان (۱۷)، بهادری خسروشاهی و هاشمی نصرت آباد (۹) هم راستا می باشد که عنوان کردند زنان با خودکارآمدی بالا روابط بهتری برقرار می کنند و احساس رضایتمندی بیشتری از زندگی دارند به آسانی می توانند عواطف منفی را کنترل کنند و از رضایتمندی بالاتری در زندگی برخوردارند.

سرمایه اجتماعی را می توان به عنوان عاملی مهم که می تواند به رضایت از زندگی و بهزیستی روانی افراد کمک کند، دانست. سرمایه اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می کند. همچنین، سرمایه اجتماعی از راه ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین، تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش و افزایش مقدار سلامت روانی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی در

این توانمندی به لحاظ عملی از راه ارزیابی زندگی افراد جامعه مدنظر قرار می‌گیرد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد سیاست‌گذاران و برنامه ریزان باید بر اساس ابزار و امکانات موجود کیفیت زندگی زنان جامعه را ارتقاء دهند، نوعی تعادل و یکپارچگی فعال در جامعه به وجود آورند و با یک نظام تبلیغاتی به تقویت مناسبات و همبستگی‌های اجتماعی بپردازند

وضع بدن در جامعه مصرفی متضمن نوعی علاقه تجاری، نمایشی و آرایشی به آن است. در این جامعه، وضع بدن باید متناسب، لاغر و جوان نگاه داشته شود. در جامعه ما، فراگیر شدن پدیده آرایش دختران و زنان در عرصه زیست اجتماعی و استفاده از لباس‌هایی که در آن‌ها سه خصوصیت چسبان، کوتاه و بدن‌نما بودن به‌وضوح قابل مشاهده است با آموزه‌های دینی و بافت اجتماعی، هنجاری، عرفی و قانونی جامعه که هر نوع کام‌جویی زن و مرد از یکدیگر را در چارچوب تشکیل خانواده تعریف می‌کند در تعارض آشکار است. درحالی‌که در پارادایم امروزی، فخرفروشی مبتنی بر نمایش مصرف و ساخت تصویری پرمزلت از خویش به‌واسطه آن، امکانی است که تقریباً به روی همه گشوده شده است و همگان برای تحقق آن منزلت مذکور از این طریق تلاش می‌کنند. کاترین معتقد است ایده‌آل‌های زیبایی بدن توسط صنعت تبلیغات که به‌طور مداوم از مردان و زنان زیبا برای تبلیغ هر نوع کالا استفاده می‌کند، افزایش می‌یابد. این فشارها در درازمدت موجب پررنگ‌تر شدن استانداردهای زیبایی و اهمیت یافتن دو مؤلفه سرمایه جنسی (جذابیت ظاهری و جاذبه جنسی) به‌ویژه در بازارهای همسریابی می‌شود. در گذشته، جذابیت ظاهری بود و اگر کسی بهره‌ای از آن نداشت، برای بهبودش کار چندانی از دست او برنمی‌آمد؛ اما امروزه در جوامع مدرن، سطح بسیار بالایی از قدرت جنسی می‌تواند از طریق آموزش تناسب‌اندام و تلاش و اقدامات فنی به دست آید. رژیم‌های غذایی، باشگاه‌های بدن‌سازی، اسپری برنزه کردن پوست، لوازم آرایشی، جراحی زیبایی و... همگی برای بهبود ظاهر است. البته این کار می‌تواند نهایتاً مضراتی برای زنان و سلامت جامعه داشته باشد؛ یعنی آن‌ها برای جذب مشتری خدمات خود را با قیمت پایین‌تر عرضه می‌کنند.

افراد می‌شود. زنان قشر عظیم جامعه هستند و سلامتی روان‌شناختی آن‌ها برای جامعه ارزشی بالا دارد؛ از سوی دیگر، سرمایه اجتماعی به‌عنوان عاملی مهم، می‌تواند به خودکارآمدی زنان و سرمایه روان‌شناختی آنان کمک کند. سرمایه اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان زنان در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای افراد تسهیل می‌کند. از سویی، سرمایه اجتماعی با نقشی که در سلامتی دارد می‌تواند عوامل استرس‌زا را در زندگی کاهش داده و خطر این عوامل را کم کند؛ همچنین، سرمایه اجتماعی می‌تواند حوادث منفی زندگی چون از دست دادن شغل را کاهش دهد و باعث سازگاری افراد در زندگی‌شان شود. این یافته بیانگر آن است، زنانی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار است، رابطه‌ای مناسب‌تر با دیگران برقرار می‌سازد و متقابلاً حمایت‌های آن‌ها را فراخوانده و احساس کارآمدی بیشتری می‌کند. زنانی که نسبت به توانایی‌های خود اطمینان ندارند، سازگاری اجتماعی ضعیفی دارند که این امر به‌نوبه خود موجب کاهش حمایت‌های اجتماعی و احساس کارآمدی می‌شود؛ چراکه بر اساس نظر بندورا (۱۹۷۷) یکی از عوامل افزایش خودکارآمدی، تشویق و تأیید دیگران است. به بیانی دیگر، زنانی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار بوده، اطمینان دارند که می‌توانند کارهای خود را انجام دهند، می‌توانند از این راه‌ها با دیگران ارتباط اجتماعی برقرار کرده، شبکه‌های حمایت اجتماعی محکم‌تری بنا کنند و به طبع آن احساس توانمندی بیشتری کنند.

شواهد حاکی از آن است زنانی که به توانایی‌های خود اعتماد ندارند، در موقعیت‌های مخاطره‌دچار یأس و ناامیدی شده، احتمال اینکه به‌گونه‌ای مؤثر عمل کنند، کاهش می‌یابد. این امر به‌نوبه خود منجر به احساس ناکارآمدی بیشتر می‌شود و همین امر باعث می‌شود که برقراری تعاملات اجتماعی فرد با دیگران کاهش یابد و کمتر به‌سوی گروه‌های اجتماعی تمایل داشته باشد.

ارتقای بهزیستی روان‌شناختی زنان در جامعه، شاخص توانمندی نظام اجتماعی بشمار می‌رود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات و همکاری مسئولان دانشگاه خوارزمی که جهت اجرای این پژوهش همکاری لازم را مبذول داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌کنند.

References

1. Karademas EC, Kalantzi-Azizi A. The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and individual differences*. 2004;37(5):1033-43.
2. Kim HS, Plester BA. Harmony and distress: humor, culture, and psychological well-being in south Korean organizations. *Frontiers in psychology*. 2019;9:2643.
3. Smith JL, Hollinger-Smith L. Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & mental health*. 2015;19(3):192-200.
4. Wagner CL, Fernandez-Gimenez ME. Does community-based collaborative resource management increase social capital? *Society and Natural Resources*. 2008;21(4):324-44.
5. Snyder CR, Lopez SJ. *Handbook of positive psychology*: Oxford university press; 2001.
6. Kordan Z, Lolaty HA, Mousavinasab SN, Fard JH. Relationship between psychological well-being and social capital and resilience among cancer patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2019;6(3):131.
7. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*. 2007;60(3):541-72.
8. Sulistyani NW, Suhariadi F. Self-efficacy as a mediator of the impact of social capital on entrepreneurial orientation: A case of dayak ethnic entrepreneurship. *Sustainability*. 2022;14(9):5620.
9. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosrat Abad T T. The relationship between social anxiety, optimism and self-efficacy with psychological well-being in students. *Studies in Medical Sciences*. 2012;23(2):115-22.
10. Yamaoka K. Social capital and health and well-being in East Asia: a population-based study. *Social science & medicine*. 2008;66(4):885-99.
11. Hezar Jaribi J, Mehri A. Analysis of the relationship between social capital and mental and social health. *Journal of social sciences*. 2012;19:59.
12. Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health, Volume IV*: Routledge; 2020. p. 253-67.
13. Widiyanti E, Pudjihardjo P, Saputra PMA. Tackling poverty through women empowerment: The role of social capital in Indonesian women's cooperative. *Jurnal Ekonomi dan Studi Pembangunan*. 2018;10(1):44-55.
14. Babcicky P, Seebauer S. The two faces of social capital in private flood mitigation: Opposing effects on risk perception, self-efficacy and coping capacity. *Journal of Risk Research*. 2017;20(8):1017-37.
15. Ahmadi Sarkhouni T, Sa'adat-zadeh S, Zeinalipour PD. The Role of Self-Efficacy and Life Skills in Predicting Psychological Well-Being of High School Students in Hormozgan Province. *Quarterly Journal of Family and Research*. 2014;10(4):67-82.
16. Asghari F, Saadat S, Atefi Karajvandani S, Janalizadeh Kokaneh S. The relationship between academic self-efficacy and psychological well-being, family cohesion, and spiritual health among students of Kharazmi University. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014;14(7):581-93.
17. Mazaheri M, Bahramian SH. Prediction of psychological well-being based on the positive and negative affection and coping self-efficacy. *Positive psychology research*. 2016;1(4):1-14.

*Original Article***Social and psychological structures of women in Tehran**

Received: 11/12/2022 - Accepted: 31/01/2023

Monir Khaghanifard¹
Ali Roshanayi^{2*}
Hosein Jamali³
Omid Aliahmadi³

¹ PhD Student, Department of Sociology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.

² Department of Sociology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran. (Corresponding Author)

³ Department of Sociology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.

⁴ Department of Sociology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran

Email: a.roshanaei@yahoo.com

Abstract

Introduction: The link between sciences, including disciplines such as psychology and social sciences, can bring practical and useful results for the society. In this regard, the current research examines the social and psychological structures of women in Tehran.

Methods: The descriptive research method is a survey. The statistical population of the research by age group (14-50) in Niavaran and Molavi areas of Tehran is 370626 people and 384 people were selected as the research sample according to Cochran's formula. Independent t, Yeoman-Whitney and Wilcoxon tests and SPSS version 25 software at the level of 0.05 were used to analyze the data.

Results: The results showed that social structures and its components predict the psychological level of people in that society ($P < 0.05$).

Conclusion: It seems that paying attention to the psychological status of people according to different levels of society is one of the important points that can be considered in planning.

Keywords: social structures, psychological, women.