

تفاوت‌های جنسیتی در سلامت اجتماعی: نقش فردگرایی-جمع گرایی

منصوره نیکوگفتار*

مقدمه: سلامت اجتماعی یکی از جدی‌ترین محورهای پژوهشی دو دهه‌ی اخیر است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی سلامت اجتماعی در دو جنس زن و مرد و نقش فردگرایی-جمع‌گرایی در آن انجام شده است.

روش: در چارچوب یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی ۳۰۰ دانشجوی (۱۵۹ دختر و ۱۴۱ پسر) به پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی و مقیاس فردگرایی-جمع‌گرایی پاسخ دادند. برای بررسی تفاوت‌های جنسیتی در سلامت اجتماعی و فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نیز برای ارزیابی رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی (زیرمقیاس انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی) و بررسی نقش تعدیل‌گری فردگرایی-جمع‌گرایی اجرا شد.

یافته‌ها: پسران در مقایسه با دختران در متغیر فرد-گرایی افقی و جمع‌گرایی افقی و زیر-مقیاس‌های پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی و شاخص کل سلامت اجتماعی به طور معناداری نمره‌های بالاتری گزارش کردند. همچنین، پس از کنترل عامل فردگرایی-جمع‌گرایی، بین متغیر جنسیت با هیچ یک از ابعاد پنج‌گانه‌ی سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر، تفاوت در دو عامل فردگرایی افقی و جمع‌گرایی عمودی در دو جنس در پیش‌بینی سلامت اجتماعی نقشی کلیدی دارد.

بحث: فردگرایی-جمع‌گرایی در رابطه‌ی بین جنسیت و سلامت اجتماعی دانشجویان نقش واسطه‌ای دارد. به این منظور لازم است در بررسی سلامت اجتماعی بر حسب تفاوت‌های جنسیتی، نقش الگوهای فرهنگی فردگرایی-جمع‌گرایی مورد ملاحظه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، جنسیت، فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۹ تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۱۸

* دکترای روانشناسی، دانشگاه پیام نور <m.nikoogoftar@pnu.ac.ir> (نویسنده مسئول)

مقدمه

سلامت برحسب تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۰۳) عبارت است از بهزیستی ذهنی^۲، خود-کارآمدی ادراک شده^۳، خود-بستگی^۴، شایستگی^۵، وابستگی بین نسلی^۶ و توانایی درک توانایی‌های بالقوه‌ی عقلانی و هیجانی خود؛ همچنین توانایی پشت سر گذاشتن فشارهای معمول زندگی، داشتن کار مولد و بارور و مشارکت در فعالیت‌های جمعی. بر این اساس، مفهوم «سلامت اجتماعی»^۷ به منزله‌ی یکی از ارکان چهارگانه‌ی سلامت، شامل توانایی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران، حضور در محیط‌های جمعی و مشارکت فعال فرد در موقعیت‌های اجتماعی است (همان منبع). چنین مشارکتی در فعالیت‌های شغلی، تحصیلی، انجام تکالیف شهروندی مانند شرکت در انتخابات، تبعیت از قوانین و مقررات و انجام فعالیت‌های داوطلبانه بازتاب می‌یابد. از جمله شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌توان به مواردی چون امید به زندگی، حمایت‌های اجتماعی، پایداری خانواده، وضعیت مسکن، نرخ پایین حوادث رانندگی و خودکشی، عدم اتلاف وقت در ترافیک و فضای سیاسی منقطع اشاره کرد.

به طور کلی سلامت اجتماعی را می‌توان از دو دیدگاه لذت‌جویانه^۸ و کارکردی^۹ مورد توجه قرار داد: دیدگاه لذت‌جویانه که سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه‌های مثبت و منفی در نظر می‌گیرد و از سوی دیگر دیدگاه کارکردگرایانه که سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی‌معدن‌دار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظایف خود می‌نگرد و لذا تأکید این دیدگاه بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی مدت‌تر است (واترمن^{۱۰}، ۱۹۹۳). دیدگاه اخیر توسط نظریه پردازان بسیاری مورد تأکید قرار گرفته است. از جمله لارسن^{۱۱} (۱۹۹۶)، سلامت اجتماعی را به عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابط خود با خانواده،

1.world Health Organization
4.autonomy
7.social health
10.waterman

2.subjective wellbeing
5.competence
8.eudaimonia
11.larson

3.perceived-efficacy
6.intergenerational dependence
9.functionalism

دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشان‌گر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد، احساس، تفکر و رفتار است.

کییز^۱ (۲۰۰۴) همچون لارسون معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی و شامل به‌انجام‌رساندن تکالیف و تعهدات اجتماعی است. از این رو سلامت اجتماعی دلالت بر کارآمدی فرد در چگونگی مماشات او با دیگران، نوع واکنشی که دیگران نسبت به او نشان می‌دهند و کیفیت تعامل او با نهادها و آداب و رسوم اجتماعی و واجد رابطه‌ای نزدیک با مفاهیمی چون، رفاه^۲، سازگاری^۳ و عملکرد اجتماعی^۴ است.

یکی از مهم‌ترین نظریه‌های سلامت اجتماعی توسط کییز و ملهم از نظریه‌های جنبش روانشناسی مثبت‌نگر مطرح شد. مطابق این دیدگاه، فرد سالم از نظر اجتماعی جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است (کییز، ۲۰۰۴). در شرایطی که سلامت روانی بیان‌گر وجوه خصوصی و شخصی ارزیابی‌های عملکرد فرد است؛ سلامت اجتماعی بیش‌تر به ابعاد اجتماعی و عمومی که افراد توسط آن عملکردشان را در زندگی ارزیابی می‌کنند توجه می‌کند. مدل چندوجهی کییز (۱۹۹۸ و ۲۰۰۴) از سلامت اجتماعی شامل پنج مؤلفه انسجام اجتماعی^۵، همبستگی اجتماعی^۶، پذیرش اجتماعی^۷، مشارکت اجتماعی^۸ و شکوفایی اجتماعی^۹ است. کییز معتقد است سلامت اجتماعی، پدیده‌ای اساساً عمومی (در مقابل خصوصی) مبتنی بر تکالیف اجتماعی است که انسان در بطن ساختارهای اجتماعی و جوامع با آن‌ها مواجه است (کییز، ۱۹۹۸). از این رو، گرایش‌های فردگرایانه و جمع‌گرایانه به عنوان الگوهای رفتار فرهنگی می‌توانند در شکل‌گیری

1. keys

2. well-being

3. adjustment

4. social function

5. social coherence

6. social integration

7. social acceptance

8. social contribution

9. social actualization

سلامت اجتماعی نقش داشته باشند. چه رفتار آدمی، تحت تأثیر فرهنگی است که در آن رشد می‌کند و فرهنگ شامل قوانین، آداب و ارزش‌های حاکم بر جامعه است. یکی از شناخته شده ترین الگوهای فرهنگی، فردگرایی^۱ و جمع‌گرایی^۲ است که برای توصیف، تبیین و پیش‌بینی تفاوت در نگرش‌ها، ارزش‌ها، رفتارها، شناخت، ارتباطات، جامعه‌پذیری و خود-پنداره^۳ به کار می‌رود (اویسرمن^۴ و دیگران، ۲۰۰۲).

فردگرایی شامل چهار مؤلفه رقابت‌های بین فردی^۵ (مانند اهمیت دادن به انجام بهتر کارها در مقایسه با دیگران)، خود-بسندگی (مانند تنظیم درونی تفکر و رفتار)، برتری اهداف شخصی (مانند تأکید بر نیازها و علایق فردی) و منحصر به فرد بودن (مانند متفاوت بودن از دیگران). همچنین جمع‌گرایی شامل چهار مؤلفه‌ی برتری اهداف گروهی (مانند تمایل به چشم پوشی از علایق شخصی به نفع گروه)، دل‌بستگی روانشناختی به عضویت در گروه (مانند احساس تعلق و داشتن روابط عاطفی با اعضای گروه)، برخورداری از وجوه مشترک با گروه (مانند سهیم شدن در موفقیت، شکست و مسئولیت‌ها به‌ویژه وقتی که گروه مورد تهدید قرار گرفته است) و دغدغه‌های مشترک (مانند تمایل به حفظ روابط بین فردی خوب در گروه) (فنگ چن^۶، ۲۰۱۲).

همچنین، در فراتحلیلی که بر ۸۳ پژوهش در حوزه‌ی فردگرایی-جمع‌گرایی صورت گرفته بود به هفت گستره‌ی اصلی در ارتباط با فردگرایی شامل استقلال خواهی، هدف‌گرایی، رقابت جویی، تمایل به منحصر به فرد بودن، نیاز به حریم خصوصی، خودشناسی و ارتباط مستقیم و هشت گستره‌ی مربوط به جمع‌گرایی شامل احساس نزدیکی با دیگران، تعلق داشتن به گروه و خانواده، وظیفه‌شناسی، هماهنگی با جمع، مشورت با دیگران، متکی بودن به بافت اجتماعی، وجود سلسله مراتب و گروه‌گرایی اشاره شده است (اویسرمان، کوون و کلمیر، ۲۰۰۲).

تحقیقاتی که در زمینه‌ی فردگرایی و جمع‌گرایی انجام شده، مکرراً فرهنگ‌ها و ملیت‌ها را از یکدیگر متمایز کرده‌اند (تریاندیس^۷، ۱۹۹۵؛ هوفستده^۸، ۱۳۸۷؛ فیسک^۹ و یاماموتو^{۱۰}، ۲۰۰۵) به طوری که پژوهش‌گران،

1. Individualism

2. Collectivism

3. self-concept

4. Oyserman

6. Fang Fang Chen

7. Triandis

8. Hofstede

9. Fiske

10. Yamamoto

معمولاً صفات فردگرایی را به کشورهای غربی (اروپای غربی، آمریکای شمالی و استرالیا) و صفات جمع‌گرایی را به کشورهای غیر غربی (آسیا، آمریکای جنوبی و آفریقا) نسبت می‌دهند. ویژگی‌های معمول که با فردگرایی مرتبط هستند شامل استقلال، خود مختاری^۱، خود-اتکایی^۲، منحصر به فرد بودن، جهت‌گیری پیشرفت و رقابت است که در آن فردگراها به عنوان افرادی که مسئولیت و کنترل عملکرد خود را بر عهده دارند به تصویر کشیده شده‌اند؛ افراد در فرهنگ‌های فردگرا اغلب هدف‌های فردی خود را ترجیح می‌دهند، حتی اگر با هدف‌های مهم درون گروهی همچون خانواده، قبیله، گروه و غیره، در تضاد باشد. فردگرایان به لحاظ عاطفی، منفک از هیجان‌ات درون گروهی‌اند و بر خود-اتکایی، استقلال، لذت و تعقیب خوشبختی تأکید می‌کنند (گرین^۳ و دیگران، ۲۰۰۵). در مقابل، صفاتی که به طور معمول به افراد جمع‌گرا نسبت داده می‌شود شامل احساس مسئولیت در قبال گروه خود، وابستگی متقابل^۴ به دیگران، تمایل به هماهنگی با جامعه و هم‌نوایی^۵ با هنجارهای گروهی است. در این دیدگاه رفتارها و نگرش‌های افراد جمع‌گرا، توسط هنجارها و مطالبات درون گروهی خانواده گسترده یا جامعه صمیمی تعیین می‌شود (اویسرمان و دیگران، ۲۰۰۲؛ تریان‌دیس، ۱۹۹۵؛ هوفستده، ۱۳۸۷). هوفستده (۱۳۸۷) بر این باور است که روابط بین افراد و گروه‌ها، همانند سایر عناصر فرهنگ انسانی، ابتدا در خانواده آموخته می‌شوند. فردگرایی با ساختار خانواده هسته‌ای و جمع‌گرایی با ساختار خانواده گسترده هم‌سو است. در خانواده جمع‌گرا فرزندان می‌آموزند که هنگام ابراز عقیده در مقابل دیگران بردباری پیشه کنند. عقاید شخصی وجود ندارد و از قبل توسط گروه تعیین شده است. همچنین وفاداری به گروه و حتی سهم شدن در منابع مالی، عنصری اساسی در خانواده جمع‌گرا است. دو بعد فردگرایی-جمع‌گرایی، دامنه‌ی وسیعی از رفتارها را در چهارچوب فرهنگ‌های گوناگون تحت تأثیر قرار داده است. هیو^۶ و ویلاریل^۷ (۱۹۸۹) در بررسی خود دریافتند افراد بر حسب فردگرایی یا جمع‌گرایی، از نیازهای روانشناختی متفاوتی برخوردارند. در فرهنگ‌های فردگرا، مردم خود-اتکا^۸ و خود-بسند^۹‌اند، در حالی که در

- | | | |
|--------------------|------------------|----------|
| 1. autonomy | 2. self-reliance | 3. Green |
| 4. interdependence | 5. conformity | 6. Hui |
| 7. Villareal | 8. Self-reliance | |

فرهنگ‌های جمع‌گرا مهرطلب، یاری‌رسان و حمایت‌گر هستند. ابهام مفهومی فردگرایی موجب ظهور مناقشات و سوء برداشت‌های متفاوتی شده است. به طور کلی، می‌توان برای فردگرایی دوسویه مثبت و منفی در نظر گرفت، سویه مثبت آن متناظر با خود-بسندگی، خود-مرجعی، مسئولیت‌پذیری و سویه منفی آن تداعی‌کننده‌ی انزوا، خودشیفتگی و خودخواهی است که مخل نظم و توسعه‌ی اجتماعی به شمار می‌رود (وثوقی و میرزایی، ۱۳۸۷؛ جوادی یگانه و هاشمی، ۱۳۸۷). از این رو، سینگلیس^۱ و همکاران (۱۹۹۵) برای دقت هر چه بیشتر، مفاهیم افقی و عمودی را به جمع‌گرایی و فردگرایی افزودند و چهار الگوی فرهنگی متفاوت را پدید آوردند. در هر دو حالت، اصطلاح افقی نشان‌دهنده‌ی وضعیتی است که در آن برابری مورد تأکید قرار می‌گیرد و اصطلاح عمودی، سلسله‌مراتب در روابط را نشان می‌دهد. بر این اساس، در جمع‌گرایی عمودی^۲ بر ضرورت وجود یک هرم ساخت یافته‌ی قدرت و تقدم جمع بر فرد و در جمع‌گرایی افقی^۳ بر هویت جمعی و هماهنگی گروهی همراه با تساوی و برابری اعضا تأکید می‌شود. از سوی دیگر، در فردگرایی عمودی^۴ رقابت بین فردی و تلاش برای دستیابی به جایگاه بالاتر در هرم قدرت و در فردگرایی افقی^۵، استقلال فردی، خودشکوفایی، تساهل و احترام به حریم خصوصی تشویق می‌شود (سینگلیس و همکاران، ۱۹۹۵؛ تریاندیس، ۱۹۹۵؛ تریاندیس و گلفند^۶، ۱۹۹۸). چهار الگوی مذکور، نه تنها توصیف‌کننده‌ی فرهنگ‌های متفاوت هستند، بلکه خرده فرهنگ‌ها را نیز در بر می‌گیرند. برای نمونه، سینگلیس و همکاران (۱۹۹۵) دریافته‌اند که جمع‌گرایی عمودی در آمریکایی‌های آسیایی تبار بیش‌تر از آمریکایی‌های اروپایی تبار دیده می‌شود.

اگرچه، فردگرایی-جمع‌گرایی اغلب به عنوان دو مقوله‌ی مجزا مطرح می‌شود، اما بیش‌تر پژوهش‌گران بر این باورند که فردگرایی-جمع‌گرایی قطب‌های متضاد یک پیوستار هستند (تریاندیس، ۱۹۹۵). چنان‌چه تحقیقات

1. Singelis

2. vertical collectivism

3. horizontal collectivism

4. vertical individualism

5. horizontal individualism

6. Gelfand

نشان داده‌اند که نگرش‌های فردگرایانه و جمع‌گرایانه کاملاً انحصاری نیست (مایسونیوی^۱، ۲۰۰۳؛ سینگلیس و همکاران، ۱۹۹۵؛ ریالو^۲ و همکاران، ۲۰۰۲) و افراد ممکن است توسط ترکیب خاصی از نگرش‌های فردگرایانه و جمع‌گرایانه به صورت بیش‌تر یا کم‌تر توصیف شوند. سینگلیس و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که افراد در عین حفظ استقلال (به عنوان شاخصی از فردگرایی) می‌توانند روابطی مبتنی بر وابستگی متقابل (به عنوان شاخصی از جمع‌گرایی) را از خود بروز دهند. علاوه بر این، نگرش فردگرایی و جمع‌گرایی نیز می‌تواند به عنوان یک تابع از زمینه‌های اجتماعی و روابط اجتماعی فعال شود (ماتسومو^۳ و همکاران، ۱۹۹۷). هر یک از این الگوهای فرهنگی فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی به منزله‌ی زوایای خاص برای نگرستن به رویدادها و فراهم ساختن تعبیرها و تفسیرهایی مبتنی بر آن به شمار می‌روند و سطوح متنوعی از سلامت اجتماعی را در افراد رقم می‌زنند. چه، یکی از عواملی که سلامت روانشناختی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد نوع ارتباط او با جامعه و میزان مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی است.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که تفاوت‌های جنسی ممکن است یکی از عوامل پیش بین سلامت اجتماعی باشد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، جنسیت را به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت معرفی کرده و فراسوی تفاوت‌های زیست‌شناختی بر این نکته تأکید کرده است که نقش‌های جنسیتی و هنجارها، چگونگی دسترسی زنان و مردان را به خدمات بهداشتی و چگونگی پاسخ‌دهی نظام‌های سلامت به نیازهای متفاوت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر، برخی از مطالعات دلالت بر وجود تفاوت‌های جنسی در ابعاد مختلف سلامت اجتماعی (فرح‌بخش و همکاران، ۱۳۸۴؛ جمشیدی سلوکلو و همکاران، ۱۳۹۰؛ عبدالله تبار و همکاران، ۱۳۸۶) و بعضی ناظر بر عدم وجود رابطه است (بابا

- 1..Maisonneuve
- 2.Realo
- 3.Matsumoto

پور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۸؛ فتحی و همکاران، ۱۳۹۱). فرح‌بخش و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهش خود نشان دادند که دانشجویان پسر نسبت به دانشجویان دختر از سلامت روانی بالاتری برخوردار هستند.

این تفاوت در رشد و بهبود فردی، ظرفیت برقراری ارتباط با دیگران و همچنین توانایی مقابله با مشکلات و فشارهای روزمره زندگی وجود دارد. تجزیه و تحلیل نتایج به دست آمده نشان داد که دانشجویان دختر از زمینه‌های آسیب‌دیدگی بیش‌تری برخوردار هستند.

این امر از یک طرف به ویژگی‌های جنسیتی آنان مربوط می‌شود و از سوی دیگر به وابستگی عاطفی به خانواده و تا حدی به احساس فقدان امنیت محیط اجتماعی و فرهنگی باز می‌گردد. همچنین نتایج بررسی جمشیدی سلوکلو و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که زنان در مقایسه با مردان در بعد هماهنگی اجتماعی که بیان‌گر احساس هماهنگی در رابطه با عناصر اجتماعی نظیر دوستان و آشنایان است نمره‌ی پایین‌تری کسب کردند، نتایج مطالعه‌ی اریکسون^۱ و لیندستورم^۲ (۲۰۰۵) نیز هماهنگ با این یافته بود.

در بررسی دیگری، عبدالله تبار و همکاران (۱۳۸۷) نشان دادند که میانگین نمرات انسجام اجتماعی دانشجویان پسر بیش‌تر از دانشجویان دختر است. مطالعه‌ی فارسی‌نژاد (۱۳۸۱) دلالت بر بالاتر بودن میانگین نمره‌ی کل سلامت اجتماعی پسران در مقایسه با دختران بود.

با توجه به نتایج متناقض پژوهش‌ها، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تفاوت‌های جنسیتی در سلامت اجتماعی و تغییرپذیری فردگرایی - جمع‌گرایی افقی و عمودی انجام شده است.

همچنین تلاش شده که با کنترل هم‌زمان متغیر جنسیت و فردگرایی - جمع‌گرایی افقی و عمودی، به رابطه‌ی تعاملی این دو متغیر با سلامت اجتماعی پرداخته شود.

1.Eriksson

2.Lindstorm

روش

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است که روی دانشجویان رشته‌های مختلف دانشکده‌ی علوم انسانی واحد علوم و تحقیقات تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ پس از اخذ مجوز از دانشگاه اجرا شد با توجه به جامعه‌ی آماری ۲۵۰۰ نفری، حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد که با روش‌های نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی ساده انتخاب شدند و بعد از توصیف اهداف پژوهش و تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنان، به تکمیل پرسش‌نامه‌ها پرداختند. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

۱- پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی (کییز و شاپیرو^۱، ۲۰۰۴): کییز این پرسش‌نامه را بر اساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی تهیه کرد و با استفاده از تحلیل عوامل تاییدی، مدل پنج بعدی نظری خود در پرسش‌نامه را از نظر تجربی تایید کرد. این مقیاس شامل ۳۳ سؤال برای سنجش پنج زیرمقیاس انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی است. نمره‌گذاری سئوال‌ات به صورت پنج گزینه‌ای در طیف لیکرت انجام می‌شود.

نمرات بالاتر در این مقیاس، بیان‌گر سطوح بالاتری از سلامت اجتماعی است. پایایی و روایی این پرسش‌نامه در مطالعات متعدد (برای نمونه جوشن‌لو و همکاران، ۱۳۸۵ و جمعه‌نیا، ۱۳۸۷) تایید شده است. در پژوهش حاضر، به منظور بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده شد که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۹ و برای هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از: ۰/۶۵ برای انسجام اجتماعی، ۰/۶۲ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۶۵ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۵۵ برای شکوفایی اجتماعی و ۰/۵۶ برای انطباق اجتماعی.

۲- برای سنجش میزان فردگرایی-جمع‌گرایی از مقیاس فردگرایی-جمع‌گرایی (ICS^۲، تریاندیس و گلفاند، ۱۹۹۸) استفاده شد. این پرسش‌نامه

1. Shapiro

2. Individualism-Collectivism Scale

شامل ۱۶ سؤال است که برای سنجش هر یک از زیر مقیاس‌های فردگرایی افقی، فردگرایی عمودی، جمع‌گرایی افقی و جمع‌گرایی عمودی چهار سؤال در نظر گرفته شده است.

پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای مرتب شده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی این پرسش‌نامه بر اساس مطالعه سینگلیس و همکاران، (۱۹۹۱) ۰/۸۶، در مطالعه حکیم جوادی و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۶۱ و در پژوهش حاضر ۰/۶۵ محاسبه شد.

پس از انتخاب گروه نمونه، مقیاس‌های سلامت اجتماعی و فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار گرفت.

در راهنمای این پرسش‌نامه‌ها چگونگی پاسخ‌دهی و دقت در پاسخگویی به پرسش‌ها ارائه شد.

یافته‌ها

تفاوت میانگین پاسخ دهندگان دختر و پسر در هر یک از زیر-مقیاس‌های سلامت اجتماعی و فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی با استفاده از آزمون t برای گروه‌های مستقل بررسی شد (جدول ۱) که نتایج نشان داد میانگین نمره‌های دانشجویان پسر در مقایسه با دانشجویان دختر در متغیرهای فرد-گرایی افقی و جمع‌گرایی افقی و زیرمقیاس‌های پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی و سلامت اجتماعی به طور معناداری بیش‌تر است. در عین حال، نتایج بیان‌گر آن است که دو گروه از نظر فردگرایی/جمع‌گرایی عمودی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی فاقد تفاوت هستند.

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی سلامت اجتماعی و فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی بر

حسب جنس

p	t	شاخص‌ها			متغیرها
		کل (n=300)	پسر (n=141)	دختر (n=159)	
		M(SD)	M (SD)	M (SD)	
۰/۰۸۰	۱/۷۵۹	۲۴/۵۹ (۳/۴۸)	۲۴/۹۸ (۳/۵۶)	۲۴/۲۵ (۳/۳۹)	انسجام اجتماعی
۰/۰۴۱	۲/۰۴۹	۲۰/۹۶ (۳/۵۱)	۲۱/۴۳ (۳/۵۵)	۲۰/۵۷ (۳/۴۴)	پذیرش اجتماعی
۰/۳۳۲	۰/۹۷۲	۲۱/۲۱ (۳/۴۱)	۲۱/۴۲ (۳/۲۴)	۲۰/۰۱ (۳/۴۷)	مشارکت اجتماعی
۰/۹۳۶	۰/۰۸۰	۱۸/۴۲ (۳/۲۹)	۱۸/۴۳ (۳/۱)	۱۸/۴ (۳/۴۷)	شکوفایی اجتماعی
۰/۰۰۴	۲/۹۳۷	۲۲/۸ (۳/۵۸)	۲۳/۴۹ (۳/۴۳)	۲۲/۲۳ (۳/۶۲)	انطباق اجتماعی
۰/۰۱۷	۲/۴۰۹	۱۰۷/۹۹ (۱۱/۷۳)	۱۰۹/۷۱ (۱۱/۷۲)	۱۰۶/۴۷ (۱۱/۵۶)	نمره کل سلامت اجتماعی
۰/۰۲۰	۲/۳۴۸	۱۵/۲۵ (۲/۲۳)	۱۵/۶۲ (۲/۱۲)	۱۴/۸۹ (۲/۲۹)	فردگرایی افقی
۰/۲۸۲	-۱/۰۸۱	۱۴(۱/۵۴)	۱۳/۸۷ (۱/۵۵)	۱۴/۱۷ (۱/۵۱)	فردگرایی عمودی
۰/۰۲۶	۲/۲۴۸	۱۵/۴۱ (۲/۲۶)	۱۵/۷۸ (۲/۱۵)	۱۵/۰۵ (۲/۳۲)	جمع‌گرایی افقی
۰/۹۸۸	۰/۰۱۶	۱۶/۱۱ (۲/۰۹)	۱۶/۱۱ (۲/۲۵)	۱۶/۱۱ (۱/۹۳)	جمع‌گرایی عمودی

$p < ۰/۰۰۱$ ***; $p < ۰/۰۱$ ** ; $p < ۰/۰۵$ *

ماتریس همبستگی بین فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی و سلامت اجتماعی در جدول ۲ ارائه شده است که طبق آن، بین فردگرایی و جمع‌گرایی و سلامت اجتماعی در اغلب موارد رابطه‌ای مثبت وجود دارد که بیش‌ترین همبستگی بین مؤلفه‌ی جمع‌گرایی عمودی با زیر مقیاس انسجام اجتماعی و نمره‌ی کل سلامت اجتماعی مشاهده می‌شود.

جدول (۲): ماتریس همبستگی بین فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی و سلامت اجتماعی (n=۳۰۰)

متغیرها	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	انطباق اجتماعی	سلامت اجتماعی
فردگرایی افقی	۰/۳۴۲**	۰/۱۱۴	۰/۲۶۷**	۰/۱۵۹*	۰/۱۴۴*	۰/۳۲۸**
فردگرایی عمودی	۰/۱۶۵	-۰/۰۶۱	۰/۰۷۶	-۰/۱۸۳	-۰/۱۹۴*	-۰/۰۸۴
جمع‌گرایی افقی	۰/۲۶۸**	۰/۲۰۱**	۰/۱۲۱	۰/۱۹۳*	۰/۲۴۳**	۰/۳۳۳**
جمع‌گرایی عمودی	۰/۴۰۰**	۰/۲۴۰**	۰/۱۹۸*	۰/۱۶۲*	۰/۳۳۳**	۰/۴۲۱**

** $p < ۰/۰۵$ * $p < ۰/۰۱$

به منظور انجام تحلیل رگرسیون چندگانه، ابتدا مفروضه‌های آن شامل خطی بودن روابط بین متغیرهای پیش بین بررسی شد و با تأمین مفروضه‌ها، مدل تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد. همچنین با استفاده از روش‌های تعدیل نمرات، مقادیر پرت از فرایند تحلیل پاکسازی شد. سپس به منظور تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای جنسیت و فردگرایی-جمع‌گرایی بر سلامت اجتماعی، در گام اول متغیر جنسیت، در گام دوم فردگرایی افقی و عمودی و در گام سوم جمع‌گرایی افقی/عمودی به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد معادله‌ی رگرسیون شدند.

جدول (۳): نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مربوط به رابطه‌ی متغیرهای پیش بین با سلامت اجتماعی

مراحل	متغیرها	B	Beta	ρ
گام اول	جنس	-۳/۲۴۴	-۰/۱۳۸	۰/۰۱۷
	$\rho < ۰/۰۵$ $F = ۵/۸۰$ $R^2 = ۰/۰۲$			
گام دوم	جنس	-۱/۷۴۴	-۰/۰۷۴	NS
	فردگرایی افقی	۱/۷۱۷	۰/۳۲۸	۰/۰۰۱
	فردگرایی عمودی	-۰/۸۴۵	-۰/۱۱۱	NS
	$\rho < ۰/۰۱$ $F = ۵/۲$ $R^2 = ۰/۱۲۷$			
گام سوم	جنس	-۱/۸۰۳	-۰/۰۷۷	NS
	فردگرایی افقی	۱/۰۷۸	۰/۲۰۶	۰/۰۳۴
	فردگرایی عمودی	-۱/۰۵۲	-۰/۱۳۸	NS
	جمع‌گرایی افقی	۰/۴۵۴	۰/۰۸۸	NS
	جمع‌گرایی عمودی	۱/۷۸۰	۰/۳۱۸	۰/۰۰۶
$\rho < ۰/۰۰۱$ $F = ۶/۴۲$ $R^2 = ۰/۲۵۳$				

نتایج رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که متغیر جنسیت تنها در گام اول پیش از ورود متغیرهای فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی توانست پیش بینی‌کننده‌ی سلامت اجتماعی باشد ($R^2 = ۰/۰۲$). مقادیر بتا با توجه به متغیر جنسیت در پیش بینی سلامت اجتماعی به ترتیب ۰/۱۳۸، ۰/۰۷۴، و ۰/۰۱۷

به دست آمد. کاهش معنادار مقادیر بتا، بیان‌گر نقش واسطه‌گری متغیر مرتبه جدید در ارتباط بین متغیر مرتبه پیش و متغیر ملاک است؛ از این رو، متغیرهای فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی در رابطه‌ی بین جنسیت و سلامت اجتماعی نقش تعدیل‌گری را ایفا می‌کنند. همچنین فردگرایی افقی با سلامت اجتماعی رابطه‌ی مثبت و معنادار ($\beta=0/328, P<0/001$) و جمع‌گرایی عمودی با سلامت اجتماعی رابطه‌ی مثبت و معنادار ($P<0/001, \beta=0/328$) نشان داد. به این ترتیب نتایج تحلیل نشان داد که پس از کنترل متغیر جنسیت، متغیرهای فردگرایی-جمع‌گرایی (فردگرایی افقی و جمع‌گرایی عمودی) پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار سلامت اجتماعی هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، تحقیقات قابل توجهی در زمینه‌ی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نیز سلامت اجتماعی به منزله‌ی یکی از ابعاد چهارگانه‌ی سلامت از زوایای مختلف انجام شده است. بی‌شک، جنسیت یکی از عوامل جمعیت‌شناختی تأثیرگذار در این زمینه است. مطالعات انجام شده نتایج متناقضی را در این خصوص به همراه داشته که حاکی از فقدان اتفاق نظر در نتایج هستند (شوارزر^۱ و همکاران، ۱۹۹۴؛ فرح‌بخش و همکاران، ۱۳۸۴؛ جمشیدی سلوکلو و همکاران، ۱۳۹۰؛ عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۳۸۶؛ باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۸؛ فتحی و همکاران، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو جنس از لحاظ فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی تفاوت معناداری وجود دارد. از این رو، به منظور بررسی نقش تعدیل‌گری فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی در رابطه‌ی بین جنسیت و سلامت اجتماعی از الگوی تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. همان‌طور که نتایج نشان داد متغیر جنسیت پیش از ورود متغیرهای فردگرایی-جمع‌گرایی و به تنهایی رابطه‌ی معناداری را با سلامت اجتماعی برقرار کرد. اما در مرحله‌ی بعد و با کنترل متغیرهای فردگرایی و جمع‌گرایی، نتایج نشان داد که این عوامل در هر یک از مراحل تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی،

1.Schwarzer, Hahn, and Schröder

روابط معناداری را با سلامت اجتماعی دارند و با ورود متغیر جنسیت به تحلیل‌ها و کنترل آن، روابط معنادار پیشین متغیرهای فردگرایی و جمع‌گرایی با سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار نداد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی در رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی نقش تعدیل‌گری دارند.

پژوهش حاضر بر این فرض مبتنی است که تفاوت افراد در ویژگی‌های فردگرایی و جمع‌گرایی به‌خصوص در متغیرهای فردگرایی افقی و جمع‌گرایی عمودی در بررسی رابطه‌ی بین متغیر جنسیت و سلامت اجتماعی از اهمیت برخوردار است. اگرچه، همه‌ی افراد تأثیرپذیری واحدی از فرهنگ ندارند و در این زمینه می‌توان به نقش عوامل جمعیت شناختی اشاره کرد، از جمله جنسیت که می‌تواند موجب تعدیل یا تشدید شاخص‌های مربوط به نظام فرهنگی غالب شود. و در این میان، فرهنگ با تحت تأثیر قرار دادن فرآیند اجتماعی شدن، نقش مهمی در جامعه‌پذیری زنان و مردان جامعه دارد (لمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دانشجویان پسر در مقایسه با دانشجویان دختر در متغیرهای فردگرایی افقی و جمع‌گرایی افقی نمره‌های بالاتری را گزارش کردند. در این راستا، نتایج مطالعات مدسون^۲ و ترافیمو^۳ (۲۰۰۱) و کراس^۴ و مدسون (۱۹۹۷) دلالت بر بالاتر بودن نمرات فردگرایی به‌طور کلی در پسران بود. نتایج بررسی فیشر^۵ و مانستد^۶ (۲۰۰۰) و مورتنسون^۷ (۲۰۰۲) نیز هم‌سو با یافته‌های اخیر بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کلیشه‌های جنسیتی زنانه بر وابستگی متقابل و روابط هماهنگ تأکید می‌کنند در حالی که کلیشه‌های جنسیتی مردانه حتی در کشورهای آسیایی با میزانی از استقلال و خودمختاری مرتبطاند (کاشیما^۸ و دیگران، ۱۹۹۵؛ تریاندیس و گلنند، ۱۹۹۸). افزون بر این، مطالعات نشان می‌دهند که ارزش‌های فرهنگی، در ارتباط با سازش یافتگی هستند؛ به‌ویژه، کیفیت روابط بین فردی به‌عنوان سازه‌ی جمع‌گرایی - پیش‌بینی‌کننده‌ی عواطف مثبت و منفی زنان در مقایسه با مردان است (راید^۹، ۲۰۰۴). همچنین

1. Lehman

2. Madson

3. Trafimow

4. Cross

5. Fischer

6. Manstead

7. Mortenson

8. Kashima

9. Reid

در زنان کیفیت روابط بین فردی و در مردان اکتسابات شخصی پیش بینی کننده‌ی عزت نفس آنان گزارش شده است (جوزف^۱ و همکاران، ۱۹۹۲). نتایج مطالعه‌ی فیو^۲ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که افراد با سطوح بالاتر فردگرایی افقی و جمع‌گرایی افقی و برخورداری از نگرش‌های مثبت و حمایت اجتماعی از سلامت روانشناختی، اجتماعی، جسمانی، و محیطی بیش‌تری برخوردارند؛ در صورتی که فردگرایی عمودی با ویژگی‌های رقابتی منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود. بر حسب تعریف، فردگرایی افقی به نوعی از فردگرایی گفته می‌شود که هویت فردی در آن دارای اهمیت بوده ولی افراد دارای وابستگی متقابل به یکدیگر هستند و خود را دارای پایگاه اجتماعی مشابهی می‌دانند. همچنین احترام به استقلال هویتی و شخصیتی خود و احترام به هم‌نوعان از دیگر ویژگی‌های فردگرایی افقی است و به تعبیر دیگر فردیت افراد در عرض هم و در تعامل با هم معنا می‌یابد. در حالی که، فردگرایی عمودی به نوعی از فردگرایی گفته می‌شود که هویت فردی از نوع متفاوت بودن و برتری یافتن نسبت به دیگران تلقی می‌گردد و استقلال افراد به معنای فردیت تمایز یافته و برجسته به شمار می‌آید (وثوقی و میرزایی، ۱۳۸۷) همچنین در جمع‌گرایی افقی بر هویت جمعی و هماهنگی گروهی همراه با تساوی و برابری (تریاندیس، ۱۹۹۵) و در جمع‌گرایی عمودی، بر تلاش برای کسب برتری‌های اجتماعی به همراه احساس تعهد نسبت به بزرگان و تبعیت از رهبران اجتماعی تأکید می‌شود (آیس آیسچیگی-دینا^۳ و کالدول-هریس^۴، ۲۰۱۱). چنان‌چه تریاندیس و گلفند (۱۹۹۸) بیان کردند که حوادث منفی زندگی در فرهنگ‌های فردگرا بیش‌تر از فرهنگ‌های جمع‌گرا اثر می‌گذارد، جهت‌گیری فردگرایانه به ارزش‌ها یا موضوعات مادی (که درآمد بیش‌تری ایجاد می‌کنند) با ارزش‌های جمع‌محور نظیر ارزش‌های خانوادگی، اجتماعی و ارزش‌های دینی در تعارض است، چنین تعارضی ممکن است به فشارهای روانشناختی بیش‌تر و در نتیجه بهزیستی شخصی و سلامت اجتماعی کم‌تری بینجامد. به طور کلی

1. Josephs, Markus, and Tafariodi
3. Aysc Aycicegi-Dinna

2. Fu
4. Caldwell-Harris

یافته‌های پژوهش حاضر، نشان دهنده وجود تفاوت در الگوهای فرهنگی فردگرایی-جمع‌گرایی افقی و عمودی در دو جنس است. به عبارت دیگر، نتایج پژوهش دلالت بر نقش میانجی الگوی فردگرایی افقی و جمع‌گرایی عمودی در بررسی رابطه‌ی میان سلامت اجتماعی و جنسیت دارد. عدم دسترسی به نمونه‌هایی از فرهنگ‌ها و اقوام مختلف و مقطعی بودن پژوهش از جمله محدودیت‌هایی است که کار تفسیر نتایج به دست آمده را با دشواری مواجه می‌سازد. به رغم حرکت‌های اجتماعی شتابنده به جانب سویه‌ی منفی فردگرایی (فردگرایی عمودی) نشر و ترویج ارزش‌های جمعی در قالب برنامه‌های درسی در همه‌ی سطوح تحصیلی و انجام پژوهش‌هایی به منظور عملیاتی ساختن این اندیشه پیشنهاد می‌شود.

- باباپور خیرالدین، ج، طوسی، ف. و حکمتی، ع. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *پژوهش‌های نوین روانشناختی* (روانشناسی دانشگاه تبریز ۴). (۱۶): ۱-۱۹.
- جمشیدی سلوکلو، ب.، حقانی، م.، زاهدی، م. و حسینی، م. (۱۳۹۰). ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس جهت‌گیری زندگی آتونوفسکی. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۱(۴).
- جمعه نیا، س. (۱۳۸۷). *بررسی رابطه سلامت اجتماعی با سبک‌های هویت‌یابی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر گنبد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهیدبهشتی.
- جوادی یگانه، م. و هاشمی، ض. (۱۳۸۷). نگاهی جدید به مناقشه فردگرایی در جامعه‌شناسی. *نامه علوم اجتماعی*، شماره ۳۳.
- جوشن لو، م.، رستمی، ر. و نصرت‌آبادی، م. (۱۳۸۵). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، سال ۳ (۹).
- حکیم جوادی، م.، نیکوگفتار، م.، دهباشی، م. و توسلی، ا. (۱۳۹۱). رابطه فردگرایی/جمع‌گرایی افقی و عمودی با هویت‌یابی قومی در زنان و مردان ترکمن. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، س ۲(۶).
- فارسی نژاد، م. (۱۳۸۳). *بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان پایه دوم دبیرستان‌های شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- فتحی، م.، عجم‌نژاد، ر. و خاک‌رنگین، م. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۱۲(۴).
- عبدالله تبار، ه.، کلدی، ع.، محقق‌کی کمال، ح.، فروزان، آ. و صالحی، م. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، س ۸ (۳۰ و ۳۱).
- معیدفر، س و صبوری خسروشاهی، ح. (۱۳۸۹). بررسی میزان فردگرایی فرزندان در خانواده. *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، س ۴ (۴).
- هوفستد، گ. (۱۳۸۷). *فرهنگ‌ها و سازمان‌ها، برنامه‌ریزی ذهن*. ترجمه علی اکبر فرهنگی و اسماعیل کاوسی، تهران: انتشارات پژوهشکده تحقیقات استراتژیک.
- وثوقی، م. و میرزایی، ح. (۱۳۸۷). فردگرایی، تاملی در ابعاد و شاخص‌ها. *فصلنامه نامه علوم اجتماعی*. شماره ۳۴.

- Cross, S. E. and Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122.
- Eriksson, M. and Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of epidemiol community health*, 59.
- Fang, F. C., Yiming J. and Jeong, M. L. (2012). "I" value competence but "we" value social competence: The moderating role of voters' individualistic and collectivistic orientation in political elections, University of Delaware, Department of Psychology, USA, *Journal of Experimental Social Psychology*, 48.
- Fiske, S. T., and Yamamoto, M. (2005). Coping with rejection: Core social motives, across cultures. In K. D. Williams, J. P. Forgas, and W. von Hippel (Eds.), *The social outcast: Ostracism, social exclusion, rejection, and bullying* (pp. 185-198). New York: *Psychology Press*.
- Fischer, A. H., and Manstead, A. S. R. (2000). The relation between gender and emotion in different cultures. In A. H. Fischer (Ed.), *Gender and emotion: Social psychological perspectives* (pp. 71-94). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Fu, S.Y., Anderson, D. J., Courtney, M. D., and Hu, W. (2007). The relationship between culture, attitude, social networks and quality of life in midlife Australian and Taiwanese citizens. *Maturitas*, 58(3).
- Green, E. T., Deschamps, J.C., and Páez, D. (2005). Variation of individualism and collectivism within and between 20 countries: A typological analysis. *Journal of cross-cultural psychology*, 36 (3).
- Hui, C. H., and Villareal, M. J. (1989). Individualism-collectivism and psychological needs. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20.
- Josephs, R. A., Markus, H. R., and Tafarodi, R. W. (1992). *Gender and self-esteem. Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391-402.
- Kashima, Y., Yamaguchi, S., Kim, U., Choi, S.-C., Gelfand, M. J., and Yuki, M. (1995). Culture, gender, and self: A perspective from individualism-collectivism research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 925-937.
- Keyes C.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61.
- Keyes, C.M. and Shapiro, A. (2004). Social well-being in the U.S. : A Descriptive Epidemiology in Orville Brim; Carol D. Ryff and Ronald C. Kessler (Eds.), *Healthing Are You? A National Study of Well-being of Midlife*, University of Chicago Press.
- Larson, J.S. (1996). The World Organization Definition Of Health: Social Versus Spiritual Health. *Social Indicator Research*, 38.
- Lehman, D. R., Chiu, C., and Schaller, M. (2004). Psychology and culture. *Annual Review of Psychology*, 55.

- Madson, L. and Trafimow, D. (2001), Gender Comparisons in the Private, Collective, and Allocentric Selves, *The Journal of Social Psychology*, 141(4).
- Maisonneuve, C. (2003), Studying the relationship between individuals and their culture: A brief overview of the issue, *International Review of Social Psychology*, 16.
- Matsumoto, D., Weissman, M. D., Preston, K., Brown, B. R., and Kupperbusch, C. (1997). Context-specific measurement of individualism-collectivism on the individual level: The individualism-collectivism interpersonal assessment inventory, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 28.
- Mortenson, S. T. (2002). Sex, communication values, and cultural values: Individualism–collectivism as a mediator of sex differences in communication values in two cultures. *Communication Reports*, 15(1), 57–70. doi: 10.1080/08934210209367752
- Oyserman, D., Coon, H.M., and Kemmelmeier, M. (2002), Rethinking individualism and collectivism: Evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses, *Psychological Bulletin*, 128(1).
- Realo, A., Koido, K., Ceulemans, E., and Allik, J. (2002), Three components of individualism. *European Journal of Personality*, 16.
- Reid, A. (2004). *Gender and sources of subjective well-being*. Sex Roles, 51(11/12), 617–629. doi: 10.1007/s11199-004-0714-1
- Singelis, T. M., Triandis, H. C., Bhawuk, D. P. S., and Gelfand, M. J. (1995), Horizontal and vertical dimensions of individualism and collectivism: A theoretical and measurement refinement. *Cross-Cultural Research*, 29.
- Singelis, T., Triandis, H., Bhawuk, D.P. (1999), Horizontal and vertical dimensions of individualism and collectivism: A theoretical and measurement refinement, *cross-cultural research*, 29(3).
- Schwarzer, R., Hahn, A., and Schröder, K. (1994), Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany, *American Journal of Community Psychology*, 22.
- Triandis, H. C. (1995), *Individualism and collectivism*, Boulder, CO: Westview Press.
- Triandis, H. C., and Gelfand, M. J. (1998), Converging measurement of horizontal and vertical individualism and collectivism, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75.
- World Health Organization (2003) Investing in mental health. Geneva, *World Health Organization*.
- World Health Organization (2010) Gender, Women and Primary Health Care Renewal. *Discussion Paper*. Geneva: WHO