

## بررسی سطح سلامت اجتماعی و عزت نفس در خانواده‌های زن سرپرست توانمندشده و توانمندنشده (مطالعه‌ی موردی سازمان بهزیستی)

علی افشاری<sup>۱\*</sup>، زهره هاشمی<sup>۲</sup>، رسول رضایی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۵/۳۰ صص ۱-۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۱۳

### چکیده

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی علی-مقایسه‌ای به روش پس رویدادی است که با هدف مقایسه‌ی عزت نفس و سلامت اجتماعی خانواده‌های زن سرپرست توانمندشده و توانمندنشده تحت پوشش سازمان بهزیستی انجام گرفت. بدین منظور ۱۰۰ زن سرپرست خانوار (۵۰ توانمند شده، و ۵۰ توانمند نشده) به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، از میان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان بناب در بهار ۱۳۹۵، انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این تحقیق، پرسش-نامه‌ی عزت نفس کوپر- اسمیت (1967) و پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی کییز (2004) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. طبق نتایج به‌دست آمده، دو گروه مورد مقایسه، در سلامت اجتماعی، عزت نفس عمومی و در عزت نفس اجتماعی، تفاوت معناداری داشتند. به گونه‌ای که سلامت اجتماعی، عزت نفس عمومی و عزت نفس اجتماعی در زنان توانمندشده بیشتر از زنان توانمندنشده تحت پوشش سازمان بهزیستی بود.

**کلمات کلیدی:** عزت نفس، سلامت اجتماعی، توانمندسازی، خانواده‌ی زن سرپرست، بهزیستی.

<sup>۱</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: [aliafshari.psy@gmail.com](mailto:aliafshari.psy@gmail.com)

## مقدمه

همواره یکی از چالش‌های اصلی ارگان‌های اجرایی کشور این است که فعالیت بخش‌های گوناگون سیستم را به گونه‌ای طراحی کنند که بتوانند در دنیای پرتحول امروز، توانمندسازی و توانبخشی حرفه‌ای و شغلی زنان را افزایش داده، با هماهنگی یکدیگر و با بهره‌مندی از ابزار آموزش و پژوهش، گام‌های مؤثری را در این راستا بردارند. توانمندسازی و توانبخشی حرفه‌ای زنان فرآیندی است که طی آن زنان قادر می‌شوند تا اعتماد به نفس خود را افزایش دهند، به‌طور مستقل حق انتخاب داشته باشند، خود را سازماندهی کنند و منابع در دسترس را کنترل نمایند. این فرایند به زنان سرپرست خانوار کمک می‌کند تا در کاهش فقر، حذف فرودستی، کسب اعتماد به نفس و احساس قدرت فردی در کنار سایرین گام مؤثر برداشته و بر ناهنجاری‌های اجتماعی غلبه نمایند. توانمندسازی از ابعاد مختلف، از جمله اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی فرایندی است مشتمل بر آگاه‌سازی عمومی به منظور شناخت وضعیت موجود، حذف محدودیت‌ها و موانع و رهگیری منابع و ظرفیت‌های موجود در جامعه، در راستای مدیریت مؤثر برای بهبود شرایط زندگی. حمایت از زنان سرپرست خانوار به عنوان یکی از اقشار آسیب‌پذیر و در عین حال یک گروه مهم در بحث توسعه‌ی پایدار، نیازمند اتخاذ رویکرد توانمندسازی است. به عبارت دیگر، آن‌ها را باید یکی از گروه‌های هدف مهم در توانمندسازی به حساب آورد (Sharifi et al, 2010). زنان نقش مهم و بسزایی در خانواده و به‌ویژه در خانواده‌هایی که زنان به هر علتی سرپرست خانوار هستند، دارند. سازمان بهزیستی کشور عمده‌ترین نهاد دولتی در زمینه‌ی خانوارهای زن سرپرست است. زنانی که به دلایلی چون فوت همسر، طلاق و همسر زندانی به تنهایی سرپرستی فرزند یا فرزندان را به عهده دارند. این‌گونه خانواده‌ها با از دست دادن مرد خانواده، نان آور خود را از دست داده و گاه مجبور می‌شوند از دیگر وابستگان نیز سرپرستی کنند. این شرایط، زنان را از آموزش و کسب مهارت باز داشته، هم‌چنین موجب دریافت دستمزد کمتر می‌شود. دشواری ترکیب شغل زن با مراقبت از خانواده موجب تمرکز فعالیت این زنان در بخش غیررسمی بازار کار می‌شود. این عوامل و دیگر عوامل اجتماعی شرایط را برای فقر بیشتر زندگی خانوارهای با سرپرست زن فراهم می‌کند. توانمندسازی و توانبخشی حرفه‌ای زنان، به‌ویژه زنان سرپرست خانوار، به عنوان یک هدف توسعه بر پایه‌ی دو جنبه از یک بحث واحد بنا شده است؛ نخست آن‌که، عدالت اجتماعی یک جنبه‌ی مهم از رفاه انسانی است و به خودی خود موضوع با ارزشی است، دوم این که توانمندسازی زنان سرپرست خانوار وسیله‌ای برای دستیابی به این موضوع ارزش است. به عبارت دیگر اگر عدالت اجتماعی و از جمله، عدالت جنسیتی، عدالت آموزشی و... یک هدف توسعه است، در عین حال وسیله‌ای است برای پیشبرد رشد اقتصادی، کاهش فقر و زمامداری بهتر می‌باشد. زنان، به عنوان یکی از اقشار در معرض آسیب جوامع، بیش از سایرین در معرض تبعیض‌های

اجتماعی و فشارهای روانی قرار می‌گیرند. در این میان، آن دسته از زنانی که به دلایلی، عهده‌دار مسئولیت‌های خانوادگی هستند در معرض آسیب بیشتری قرار دارند، این گروه عموماً، شامل زنان سرپرست خانوار، دختران و زنان خود سرپرست می‌باشند، که در طی سال‌های اخیر تعداد آن‌ها به علل متعدد مانند بالا رفتن میزان طلاق، کاهش میزان ازدواج، مرگ و میر، مهاجرت‌های داخلی و خارجی و غیره روند افزایشی داشته است. بنابراین بخش عمده‌ای از این زنان با مشکلات اقتصادی همواره دست و پنجه نرم می‌کنند و این امر، سلامت آنان را به خطر می‌اندازد. حمایت از زنان سرپرست خانوار به عنوان یکی از اقشار آسیب‌پذیر و در عین حال یک گروه مهم در بحث توسعه‌ی پایدار، نیازمند اتخاذ رویکرد توانمندسازی است. به عبارت دیگر، آن‌ها را باید یکی از گروه‌های هدف مهم در توانمندسازی به حساب آورد (Sharifi et al, 2010).

سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه‌ی اجتماع به ظهور می‌رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌شمیریم 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 (Samaram, 2009). سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (Larson, 1996).

مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص‌های متعددی است که این ابعاد شامل: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی است. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. مفهوم سلامت اجتماعی به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع می‌باشد (Hakiminia, 2011). هم‌چنین سلامت اجتماعی ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران می‌باشد و آن یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری می‌باشد که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد (Larson, 1993). هم‌چنین سلامت اجتماعی توانمندی است که با آن انسان‌ها قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران را یافته و قادر به تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و متناسب می‌شوند. سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفاء می‌کند. از آنجایی که شرط مهم برای رشد و شکوفایی هر جامعه‌ای وجود افراد آگاه، کارآمد و خلاق است. لذا پرورش و تقویت انگیزه پیشرفت سبب ایجاد انرژی و جهت‌دهی مناسب رفتار و عایق و نیازهای آن‌ها در راستای اهداف ارزشمند و معین شده می‌باشد و از آن‌جا که سلامت اجتماعی نقش عمده‌ای در

کارکرد در تمام زمینه‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی دارد بدیهی است که برنامه‌ریزی صحیح و جامع در تأمین سلامت اجتماعی افراد کاملاً ضروری به نظر می‌رسد.

مارکس در تئوری از خود بیگانگی (Aron, 2003)، و مرتون در بحث آنومی براساس رویکرد بیماری محور، سلامت اجتماعی را عدم حضور عوامل ضداجتماعی مانند از خود بیگانگی و بی‌هنجاری (آنومی) در فرد دانسته‌اند (Rafipoor, 2000). لارسون و کییز با توجه به رویکرد سلامت محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر Larson (1996)، سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است. از نظر کییز، سلامت اجتماعی افراد متشکل از پنج جزء است: یکپارچگی اجتماعی؛ به معنی ارزیابی فرد از کیفیت روابط متقابلش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است، افراد سالم احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند. بنابراین، یکپارچگی اجتماعی گستره‌ای است که مردم احساس می‌کنند با دیگران وجه مشترکی دارند و به جامعه و گروه‌های اجتماعی تعلق دارند. این مفهوم در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمن و آگاهی طبقاتی مارکس قرار می‌گیرد (Lee & keyse, 1998). سهم داشت اجتماعی؛ بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، باور دارند که عضوی مهم در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارائه به دیگران دارند. سهم داشت اجتماعی نشان دهنده‌ی آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می‌کنند که آن‌چه آن‌ها در جهان انجام می‌دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می‌شود. پذیرش اجتماعی؛ تفسیر فرد از جامعه و ویژگی‌های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد گوناگون درک می‌کنند و دیگران را با همه نقض‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی‌ای که دارند، می‌پذیرد و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. پیوستگی اجتماعی؛ باور به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم‌اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می‌کنند، بلکه هم‌چنین، درباره‌ی آنچه اطرافشان رخ می‌دهد، علاقه‌مند بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی‌معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازماندهی و اداره‌ی دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. و شکوفایی اجتماعی؛ عبارت است از ارزیابی پتانسیل‌ها و مسیر تکامل جامعه و باور به این که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به

آینده‌ی جامعه امیدوارند و بر این باورند که خود و دیگران از پتانسیل‌هایی برای رشد اجتماعی بهره‌مند هستند و جهان می‌تواند برای آن‌ها و دیگران بهتر شود. در واقع سلامت اجتماعی را با سه تلقی می‌توان تعریف کرد: ۱- سلامت اجتماعی به مثابه‌ی بعد اجتماعی سلامت فرد که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت، به رابطه‌ی او با جامعه نظر دارد؛ ۲- جامعه سالم به مثابه‌ی شرایط اجتماعی سلامت بخش؛ ۳- سلامت اجتماعی به مثابه‌ی وضعیت اجتماعی بهتر به گونه‌ای که بسته به اوضاع کنونی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناها عینی متفاوت می‌یابد (Veenstra, 2000).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین ابعاد سلامت اجتماعی (پذیرش اجتماعی، سازگاری اجتماعی، رفاه اجتماعی) و توانمندی زنان رابطه وجود دارد (Keyes, Lee & Shapiro, 2004). هم‌چنین سلامت اجتماعی زنان بر افزایش عزت نفس و کاهش اضطراب آنان تأثیر دارد و زنان شاغل در مقایسه با زنان خانه‌دار، بهداشت جسمانی و روانی بهتری را گزارش داده‌اند (Tabatabaei, Abdi & Hoseinian, 2005). در صورتی که زنان سرپرست خانواده از حمایت‌های اجتماعی مناسب برخوردار باشند، شیوه‌های مقابله مناسب را بیاموزند و دارای منبع کنترل درونی باشند، کمترین آسیب را متحمل می‌شوند.

مطابق با نظر Bata (2005)، به نظر می‌رسد که عزت نفس در زنان سرپرست خانواده در اثر توانمندسازی بالاتر رود. عزت نفس به منزله‌ی بیان تأیید نسبت به خویش است و نشان می‌دهد که تا چه اندازه یک فرد خود را توانا، ارزنده و پراهمیت می‌داند (Cooper Smith, 1964). هم‌چنین عزت نفس اهمیت و ارزشی است که فرد نسبت به خودش و به چیزهایی که برایش ارزشمند است و دوستشان دارد قائل می‌شود (Leen, 2004). می‌توان گفت عزت نفس یک ارزیابی از اطلاعات موجود در خودپنداره است و از همه‌ی احساسات فرد در ارتباط با آنچه هست مشتق شده است. عزت نفس یک فرد بر اساس ترکیب اطلاعات عینی در رابطه با خودش و ارزشیابی ذهنی در مورد این اطلاعات به وجود می‌آید. عزت نفس عامل اصلی و اساسی در سازگاری عاطفی اجتماعی افراد است (Salehi, 1998) و به نظر می‌رسد با سلامت اجتماعی فرد در ارتباط باشد. عدم ارضای نیاز به مورد توجه و احترام بودن و نداشتن وجهه‌ی اجتماعی باعث کاهش عزت نفس شده و توان روانی فرد را مخدوش می‌کند (Richard, 1995). عزت نفس بالا باعث می‌شود تا افراد در زمان مواجه شدن با مشکلات زندگی و در زمان رویارویی با حوادث و بحران‌ها کمتر احساس ناتوانی و دلسردی کنند (Maslow, 2000). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای عزت نفس بالا، از مهارت‌های حل مسأله بالاتری برخوردار بوده و در رویارویی با مشکلات از قدرت تجزیه و تحلیل بالاتری برخوردار می‌باشند (Sarkhosh, 2005). هم‌چنین پایین بودن عزت نفس می‌تواند در انواع زیادی از مشکلات رفتاری نقش داشته باشد (Hasnabadi, 2006).

با توجه به این که زنان سرپرست خانوار در زمره‌ی آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه به شمار می‌روند، حمایت و تلاش در جهت ارتقای توانایی‌های این زنان باعث افزایش اعتماد به نفس و تقویت روحیه‌ی خودباوری در آنان شده و نهایتاً منجر به مدیریت مطلوب و مؤثر آن‌ها در شرایط بحرانی خانواده می‌شود. در زمینه‌ی حمایت اجتماعی و رابطه‌ی آن با عزت نفس تحقیقات زیادی انجام شده و به این نتیجه رسیده‌اند که حمایت اجتماعی با عزت نفس رابطه دارد و در ارتقای آن مؤثر است (Alavi & Jannatifard, 2012) و بین اشتغال زنان و سلامت اجتماعی خانواده رابطه‌ی مثبت و معناداری دیده شده است (Hayati & Jafari, 2015). همچنین پژوهش‌ها مبین آن هستند که اشتغال زنان بر افزایش عزت نفس آنان مؤثر است (Tabatabaei, Abadi & Hosseinian, 2005). انجام تحقیقاتی مانند تحقیق حاضر که نتایج توانمندسازی و تلاش‌های سازمان‌هایی مانند سازمان بهزیستی است از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است؛ چرا که چنین مطالعاتی می‌توانند نقاط قوت و ضعف برنامه‌های توانمندسازی را مشخص کنند و در صورت مفید و مؤثر بودن آثار توانمندسازی و توانبخشی باید این برنامه‌ها را به‌طور گسترده‌تر و جدی‌تری گسترش داده و اجرایی نمود. با توجه به مطالب ذکر شده، این تحقیق با هدف مقایسه عزت نفس و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواده‌های زن- سرپرست توانمندشده و توانمندنشده تحت پوشش سازمان بهزیستی انجام یافت.

### فرضیه‌های پژوهش

۱. عزت نفس عمومی در بین خانواده‌های زن- سرپرست توانمند شده و توانمند نشده سازمان بهزیستی متفاوت است.
۲. عزت نفس خانوادگی در بین خانواده‌های زن- سرپرست توانمند شده و توانمند نشده سازمان بهزیستی متفاوت است.
۳. عزت نفس اجتماعی در بین خانواده‌های زن- سرپرست توانمند شده و توانمند نشده سازمان بهزیستی متفاوت است.
۴. عزت نفس شغلی در بین خانواده‌های زن- سرپرست توانمند شده و توانمند نشده سازمان بهزیستی متفاوت است.

## روش پژوهش و ابزار پژوهش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی خانواده‌های زن- سرپرست تحت پوشش بهزیستی شهرستان بناب در سال ۹۵ بودند که طبق آماری که از اداره‌ی بهزیستی شهرستان بناب دریافت شده، ۷۰۰ خانواده‌ی زن- سرپرست بوده‌اند. در تحقیقات مقایسه‌ای، انتخاب حداقل ۳۰ نمونه برای هر گروه توصیه شده است. لذا، در این تحقیق، حداقل ۵۰ خانواده‌ی توانمند شده و ۵۰ خانواده‌ی توانمندنشده‌ی تحت پوشش بهزیستی شهرستان بناب، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و اطلاعات بر اساس گزارش زنان سرپرست این خانواده‌ها جمع‌آوری شد. به این صورت که با مراجعه به پرونده‌ی خانواده‌های توانمند شده، تعداد ۵۰ خانوار به صورت تصادفی انتخاب شدند. همچنین تعداد ۵۰ خانوار توانمند نشده نیز به صورت تصادفی ساده از بین پرونده‌های سازمان جهت مقایسه انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش عبارتند از:

۱- پرسش‌نامه‌ی عزت نفس کوپر اسمیت: پرسش‌نامه‌ی عزت نفس (Cooper Smith, 1967). در سال‌های اخیر به طور گسترده‌ای در پژوهش‌های روان‌شناسی به کار رفته است و فرم الف آن، دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج است. شیوه‌ی نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. در مجموع ۵۰ ماده‌ی آن به ۴ مقیاس عزت نفس عمومی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس شغلی- تحصیلی تقسیم می‌شود. در تحقیق پورفرجی (2002) ضرایب پایایی مقیاس کوپراسمیت با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۵۲ به دست آمد که از لحاظ روان‌سنجی ضریبی قابل قبول است.

۲- پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی (Keyes, 2004): پرسش‌نامه‌ی سلامت اجتماعی را کییز در سال 2004 ساخت. وی از طریق تحلیل عاملی به پنج مؤلفه‌ی سلامت اجتماعی دست یافت که شامل شکوفایی اجتماعی (سؤالات ۱ تا ۴)، همبستگی اجتماعی (سؤالات ۵ تا ۷)، پذیرش اجتماعی (سؤالات ۱۱ تا ۱۵)، مشارکت اجتماعی (سؤالات ۱۶ تا ۲۰)، و انسجام اجتماعی (سؤالات ۸ تا ۱۰)، می‌باشند. باباپور و همکاران (2009) برای بررسی پایایی این ابزار، از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به‌دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ می‌باشد که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات گردآوری شده، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، و غیره، و در بخش استنباطی، از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویراش ۱۸، استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

کل شرکت کنندگان این مطالعه، ۱۰۰ زن سرپرست خانوار (۵۰ مددجوی توانمند شده‌ی بهزیستی، و ۵۰ مددجوی توانمند نشده‌ی بهزیستی) بودند. در ادامه، ابتدا توزیع سن در گروه‌ها ارائه شده است:

**جدول ۱-** میانگین و انحراف معیار سن و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین سن در گروه‌ها

متغیر	زنان توانمند شده	زنان توانمند نشده
	M±S	M±S
سن	۳۰/۵۶ ± ۶/۷	۳۳/۰۲ ± ۹/۵

مطابق با جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سن در زنان توانمند شده به ترتیب ( ۳۰/۵۶ و ۶/۷) و در زنان توانمند نشده (۳۳/۰۲ و ۹/۵) می‌باشد.

**جدول ۲-** میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های عزت نفس و سلامت اجتماعی در دو گروه

متغیر	زنان توانمند شده (N=۵۰)	زنان توانمند نشده (N=۵۰)
	میانگین	انحراف معیار
عزت نفس عمومی	۱۵/۲	۹۵/۵
عزت نفس خانوادگی	۴/۱	۵۵/۳
عزت نفس اجتماعی	۵/۱	۵۲/۱
عزت نفس شغلی	۴/۱	۹۳/۵
سلامت اجتماعی	۶۸/۱۲	۱۰/۵
انسجام اجتماعی	۱۲/۱	۷۸/۹
مشارکت اجتماعی	۱۵/۲	۰۳/۹
پذیرش اجتماعی	۱۶/۱	۷۴/۹
همبستگی اجتماعی	۱۰/۱	۱۴/۹
شکوفایی اجتماعی	۱۳/۱	۴۰/۷

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های عزت نفس و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی را در دو گروه نشان می‌دهد. با توجه به جدول ۲، بالاترین میانگین در زنان توانمند شده در زمینه‌ی مؤلفه‌های عزت نفس مربوط به متغیر عزت نفس عمومی ( ۱۵/۲) و در زنان توانمند نشده نیز مربوط به



متغیر عزت نفس عمومی (۱۴/۲) می‌باشد. هم‌چنین در زمینه‌ی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، بالاترین میانگین در زنان توانمند شده مربوط به متغیر پذیرش اجتماعی (۱۶/۱) و در زنان توانمند نشده نیز مربوط به متغیر پذیرش اجتماعی (۱۷/۲) می‌باشد.

برای بررسی یکسانی میانگین‌ها، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری انجام یافت که نتایج آن در ادامه ارائه شده است. نتایج اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) برای مقایسه‌ی میانگین دو گروه در ترکیب خطی مؤلفه‌های عزت نفس و سلامت اجتماعی، در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است:

**جدول ۳-** نتایج آزمون‌های چندگانه تحلیل واریانس چندمتغیری برای اثرات عضویت گروهی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلاپی	۰/۲۸	۷/۵۴	۵	۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۹
لامبدای ویلکز	۰/۷۱	۷/۵۴	۵	۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۹
رد هنتلینگ	۰/۴۰	۷/۵۴	۵	۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۴۰	۷/۵۴	۵	۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۹

همان‌طوری که نتایج آزمون‌های چندگانه‌ی تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه (زنان توانمند شده و زنان توانمند نشده) در ترکیب خطی مؤلفه‌های عزت نفس و سلامت اجتماعی، معنادار است ( $P < 0/001$ ).

اطلاعات ارائه شده در جدول ۴ و بررسی مقایسه‌های تک متغیری نشان می‌دهد دو گروه مورد مقایسه، در متغیرهای عزت نفس عمومی، عزت نفس اجتماعی و سلامت اجتماعی، تفاوت معناداری دارند. با توجه به جدول ۴ و با در نظر گرفتن میانگین نمرات گروه‌ها، میانگین عزت نفس عمومی، عزت نفس اجتماعی و سلامت اجتماعی در زنان توانمند شده به‌زیستی بیشتر از زنان توانمند نشده به‌دست آمده است.

با توجه به این‌که، برای مؤلفه‌ی عزت نفس عمومی، مقدار F برابر ۹/۸ و مقدار مجذور اتا (یا اندازه‌ی اثر) برابر ۰/۰۹، و برای مؤلفه‌ی عزت نفس اجتماعی، مقدار F برابر ۱۵/۷ و مقدار مجذور اتا (یا اندازه‌ی اثر) برابر ۰/۱۴، و برای متغیر سلامت اجتماعی مقدار F برابر ۴/۰۷ و مقدار مجذور اتا برابر ۰/۰۴، به‌دست آمده است، توانمندسازی ۰/۰۹ واحد بر عزت نفس عمومی، ۰/۱۴ بر عزت نفس اجتماعی، و ۰/۰۴ واحد بر سلامت اجتماعی مؤثر بوده است.

**جدول ۴-** تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمرات گروه‌ها در هر یک از متغیرها

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذورات
عزت نفس عمومی	۶۶/۷۰	۱	۶۶/۷۰	۹/۸۲	۰/۰۰۲	۰/۰۹
عزت نفس خانوادگی	۰/۰۸۱	۱	۰/۰۸۱	۰/۰۴	۰/۸۳۹	۰/۰۰
عزت نفس اجتماعی	۲۳/۹۵	۱	۲۳/۹۵	۱۵/۷	۰/۰۰۱	۰/۱۴
عزت نفس شغلی	۰/۰۷۳	۱	۰/۰۷۳	۰/۰۲۵	۰/۸۷۴	۰/۰۰
سلامت اجتماعی	۱۴۵/۲۷	۱	۱۴۵/۲۷	۴/۰۷	۰/۰۴۶	۰/۰۴

**جدول ۵-** نتایج آزمون‌های چندگانه تحلیل واریانس چندمتغیری برای اثرات عضویت گروهی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذورات
اثر پیلایی	۰/۳۴	۹/۵	۵	۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
لامبدای ویلکز	۰/۶۶	۹/۵	۵	۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
رد هُتلینگ	۰/۵۰	۹/۵	۵	۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۰	۹/۵	۵	۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۴

همان طوری که نتایج آزمون‌های چندگانه تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه (زنان توانمند شده و زنان توانمند نشده) در ترکیب خطی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

**جدول ۶-** تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در هر یک از مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذورات
انسجام اجتماعی	۱۵۳/۵	۱	۱۵۳/۵	۳۲/۱	۰/۰۰۱	۰/۲۵
مشارکت اجتماعی	۱/۰۰	۱	۱/۰۰	۰/۱۲	۰/۷۳۴	۰/۰۰۱
پذیرش اجتماعی	۱/۶۹	۱	۱/۶۹	۰/۳۹	۰/۵۳۱	۰/۰۰۴
همبستگی اجتماعی	۱۰/۸۹	۱	۱۰/۸۹	۲/۵۵	۰/۱۱۴	۰/۰۲۵
شکوفایی اجتماعی	۱۱/۱۳	۱	۱۱/۱۳	۲/۸۵	۰/۰۹۵	۰/۰۲۸

اطلاعات ارائه شده در جدول ۶ و بررسی مقایسه‌های تک متغیری نشان می‌دهد دو گروه مورد مقایسه، فقط در مؤلفه‌ی انسجام اجتماعی، تفاوت معناداری دارند. با توجه به جدول ۳ و با در نظر گرفتن میانگین نمرات گروه‌ها، میانگین انسجام اجتماعی در زنان توانمند شده بهزیستی بیشتر از زنان توانمند نشده به دست آمده است. با توجه به این که، برای مؤلفه‌ی انسجام اجتماعی، مقدار  $F$  برابر  $۳۲/۱$  و مقدار مجذور اتا (یا اندازه اثر) برابر  $۰/۲۵$ ، به دست آمده است، توانمندسازی،  $۰/۲۵$  واحد بر انسجام اجتماعی در این زنان تأثیر داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق با هدف مقایسه‌ی عزت نفس و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانواده‌های زن-سرپرست توانمندشده و توانمندنشده‌ی تحت پوشش سازمان بهزیستی انجام یافت. طبق یافته‌ها، از بین دو گروه مورد مقایسه، عزت نفس عمومی و اجتماعی و سلامت اجتماعی در خانواده‌های زن-سرپرست توانمند شده بیشتر از خانواده‌های زن-سرپرست توانمند نشده بود؛ اما در عزت نفس خانوادگی و عزت نفس شغلی تفاوت نداشتند.

این یافته با پژوهش‌های Tabatabaei & Abadi, 2005, Keyes, Lee & Shapiro, 2004 و Hosseinian, Alavi & Jannatifard, 2012 همسو می‌باشد. برای نمونه، نتایج پژوهش Hayati (2015) & Jafari در زمینه نقش اشتغال زنان در سلامت اجتماعی خانواده نشان داد که بین اشتغال زنان و سلامت اجتماعی خانواده، رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد. هم چنین، بین ابعاد سلامت اجتماعی (پذیرش اجتماعی، سازگاری اجتماعی، رفاه اجتماعی) و اشتغال زنان رابطه وجود دارد. در زمینه‌ی حمایت اجتماعی و رابطه‌ی آن با عزت نفس نیز تحقیقات زیادی انجام شده و به این نتیجه رسیده اند که حمایت اجتماعی با عزت نفس رابطه داشته و در ارتقاء آن مؤثر است (Alavi & Jannatifard, 2012). همچنین یافته‌های تحقیقات نشان می‌دهد که زنان سرپرست خانواده با فشارهای مزمن و مداوم و نگرش‌های منفی اجتماعی نسبت به خود روبرو بوده و حمایت‌های اجتماعی بسیار کمی را دریافت می‌کنند. افزایش دانش زنان، ورود زنان به اجتماع و داشتن مشارکت و کنترل بر منافع اقتصادی خانواده، از جمله عواملی هستند که الگوهای سنتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Carlson, Spray & Lewis, 2010). در واقع، وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است (Keyes et al, 2004). در این پژوهش مشاهده شد که سلامت اجتماعی در زنان و خانواده‌های توانمندسازی شده، افزایش یافته است. سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر فرد و در رابطه با تعاملات فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و

مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه‌ها) مورد سنجش قرار گرفته و در اندازه‌گیری آنان ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو اهمیت دارند. در حقیقت زمانی فرد را دارای سلامت اجتماعی می‌دانیم 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 نماید. در کل باید گفت که توانمندسازی خانواده‌ها و بخصوص خانواده‌های زن سرپرست، تصمیم و عملی ارزشمند است که می‌تواند از بروز بسیاری از آسیب‌های فردی، خانوادگی، و بخصوص اجتماعی جلوگیری کند (Qaedi, 2009).

هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که زنان توانمند شده از اعتماد به نفس بیشتری نسبت به زنان توانمند نشده دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های Mohajeri و Bata, 2005 (2017) amiri, Mojaradi, Badsar همسو می‌باشد. عزت نفس اجتماعی که در این مطالعه مشاهده شد که در اثر توانمندسازی، افزایش می‌یابد، عقاید فرد در مورد خودش به‌عنوان یک مادر، خواهر، فرزند و دوست است. به طور کلی فردی که نیازهای اجتماعی‌اش برآورده شود، احساس خوبی در این زمینه خواهد داشت.

عزت نفس انعطاف‌پذیری در مقابل تغییرات را افزایش می‌دهد و نگرش‌های مثبت در جهت افزایش احساس خودکفایی را تقویت می‌کند. هم‌چنین عزت نفس بالا با راهبردهای مقابله‌ای مثبت و سازنده، انگیزش بالا و حالات عاطفی مثبت رابطه دارد و انعطاف‌پذیری در مقابل تغییرات را افزایش داده و نگرش‌های مثبت در جهت پیشرفت احساس خودکفایی را تقویت می‌کند. در زنان تقویت شده عزت نفس بالا باعث افزایش تلاش، پشتکار و انگیزش فرد می‌شود و یکی از مؤثرترین عوامل تعیین‌کننده عملکرد افراد می‌باشد (Verdi, 2004). وقتی زنی عزت نفس اجتماعی بالایی داشته باشد، بی‌شک از بسیاری از تهدیدها دوری می‌کند. بنابراین، توانمندسازی همه‌ی اقشار جامعه، و بالخصوص زنان، از بروز بسیاری از آسیب‌ها که پیشتر به آن‌ها اشاره شد، پیشگیری می‌کند و در واقع هم برای ارتقای سلامت و هم در کاهش آسیب بسیار مؤثر است. بنابراین، سیاست سازمان بهزیستی در جهت توانمندسازی خانواده‌های زن - سرپرست، حرکتی مفید و مؤثر است.

## نتیجه‌گیری

این مطالعه، آثار مثبت توانمندسازی خانواده‌های زن سرپرست را نشان داد. به‌گونه‌ای که نتایج پژوهش نشان داد توانمندسازی زنان موجب افزایش سلامت اجتماعی و عزت نفس عمومی و اجتماعی در آنان می‌شود. بنابراین، نتایج این پژوهش از توانمندسازی و توانبخشی حرفه‌ای زنان، به ویژه زنان سرپرست خانوار حمایت می‌کند.

### References:

- Abdollah Tabar H, Kaldi A, Mohagheghi Kamal H, setare forouzan A, Salehi M. A. (2008). Study of Social Well-being among Students. *Social Welfare*. 8 (30 and 31):171-190. (Persian)
- Aghajanzadeh, N (2010). Effect of social skills training on self-esteem and explanatory style of female students of third grade high school students in Tabriz. Master's Degree in General Psychology, Islamic Azad University of Tabriz. (Persian)
- Alavi S, Jannatifard F. (2012). Relationships between perceived social support and self-esteem in the Carpet Knitter of Naeen's Villages . *ioh*. 9 (1):1-8. (Persian)
- Andrade, E.R., de Sousa, E.R., & Minayo, M.C. (2009). Self-esteem and quality of life: essential for the mental health of police. *Cien Saude Colet*; 14(1): 275-285.
- Babapur Khairiddin, J., Tusi, F., Hekmati, I (2009). The study of the role of demographic factors in social health of students of Tabriz University. *Journal of Psychology, Tabriz University*, 4(16) 19-28. (Persian)
- Behpajoh, A., Khanjani, M., Heydari, M and Shokoohi Yekta, M. (2007). Effectiveness of social skills training on self-esteem of blind students. *Research journals in psychological health, Tarbiat Moalem University of Tehran: The Scientific Pole of Psychology of Stress*, 1(3), 19-31. (Persian)
- Biabangard, E. (2006). Methods of reinforcing self-esteem in child & adolescent. [In Persian]. Tehran, *OlivaVa Moravian*. 77. (Persian)
- Biabangard, I (2005). Methods of increasing self-esteem in children and adolescents. Tehran: Publications and Coaches. (Persian)
- Blanco, A & Diaz. D. (2007), social order and mental health: a social well-being approach, *Autonomy University of Madrid, psychology in Spain*, vol.11 (5).
- Bovier, P, A., chamote, perneger, TV. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quall life res*; 13(1):161-70.
- Carlson, J. Spray, L. & Lewis, J. (2010). family therapy (treatment ensures efficient). (Navabinejad), Tehran: parent-teacher organizations, printing. (Persian)
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985), *Social Support and Health*, Academic Press, London.
- Cooper, P. Smith, C and Upton, G. (1994), *Emotional and behavioral difficulties: theory to practice*, London, Routledge
- Garrido, M. & Azpiazo.S. (2002), using the SF-36 with Older Adults: Across-Sectional, Community- based Survey, Age & Aging, and British Geriatrics Society.
- Hakiminia, Behzad (2011). Investigating the Social and Cultural Factors Affecting Quality of Life with Emphasis on Social Intelligence and Social Health. Graduate Thesis of Islamic Azad University of Dehaghan, Guidance Dr. Nasrollah Pourfakari, Summer. (Persian)
- Hasanabadi, H. (2006). The effectiveness comparison of three types of group therapy (Rational- Emotive, Existential Humanistic, Spiritual Religious) for self-esteem development of male prisoners in central prison of Mashhad. PhD Thesis. Tehran: Teacher Training University. (Persian)

- Hayati Kadijani S, Jafari M.(2015). The Role of Women's Employment on Family Social Health Case study –Tehran, Districts 1, 2, 19 & 20. JCHR. 4 (1):11-18. (Persian)
- Jomenia, S. (2008). The Relationship between Social Health and Identity Styles of Governmental High School Students in Gonbad, Ph.D., Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University. (Persian)
- Kaplan, G. A., Wilson, T.W., Cohen, R.D., Kauhanen, J., Wu, M. & Salonen, J.T. (1994). Social functioning and overall mortality: prospective evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Epidemiology* 5, 495-500
- Kennelleau, M. (2008). The study of social health of witnessed and non-witnessed students of Allameh Tabatabaee University, Master's thesis, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University. (Persian)
- Keyes, C. & Lee, M. (1998). Social Well-being. *Journal of Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-190.
- Keyes, C., Lee, M., & Shapiro, A. (2004). social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology.
- Lee, M. (1994). Change in personality. Translated by: Mansour M. Tehran: Tehran University Press.
- Maslow. AH. (2000). Self-Actualization and Beyond in G.F.T. challenges of Humanistic psychology. New York: Mc Graw press.
- Mirzaghi, A. (1992). The Role of Psychological Needs in Mental Health and Education. Tehran: Etelaat publication. (Persian)
- Mohajeri amiri, SH., Mojaradi GH., Badsar, M. (2017). Investigating the Role of Social and Psychological Factors on Empowerment of Rural Women Head of Household Covered by the Relief Committee (Case study: Abbas Abad city). *Journal of Agricultural Economics and Research*, 47(1), 211-225(Persian)
- Moradi, N. (1998). Self-concept, self-esteem, anxiety and depression in high and high intelligence adolescents in Tehran and their relationship with academic achievement. Thesis Master of Psychology, Islamic Azad University of Tabriz. (Persian)
- OECD (2012). Women's economic empowerment: 1-39.
- Pour Faraji, F (2002). Comparison of the educational and physical performance of male and female non-father's son with the role of moderating social support with control of intelligence, self-esteem, duration of absence and their social and economic status in their first grade in Ahvaz high school. Master's thesis, Shahid Chamran Educational College, Ahvaz. (Persian)
- Qaedi, GH. Yaghoobi, H. (2009). The Relationship between Perceived Social Support Dimensions and Social Students' Social Welfare. *Armaghan Danesh Journal*, 13 (2) 69-81. (Persian)
- Richard, Etel. (1995). Self-esteem. American psychological association. Co. 23-26.
- Sadeghi, A. (2009). Female-headed households and the social and individual harm before it. Second Congress synergies and empowerment of female- headed households, 225-251. (Persian)
- Saffirnia, M. (2015). Social components of health psychology in Iran. *Health Psychology. Quarterly Journal of Research*, 3(3); 187-97. (Persian)

-Samaram, Ezatollah (2009). Investigating the relationship between social health and social security, with an emphasis on community-based policing. *Quarterly Journal of Social Psychology*, 1(1) 29-9 (Persian)

-SeyedMirzaee, S., Abdollahi, Z., & KamarBeygi, K. (2011). Investigation of the Relationship between Social Factors and Social Security Among Female-Headed Households (case Study: Women, Ilam city). *Quarterly Social Security Studies*, 79-108. (Persian)

-Sharifi, M., Asadi, A., Kalantari, K., & Agahi, H. (2010). Factors Affecting Self-Sufficiency of Female-Headed Households Case Study of Households in Kurdistan Province, *women s studies*, (4): 121-141.

-Shahandeh, k., Mohammad Beigi, Z., Jamshidi, E. (2005). Formation of self-help groups of women headed by households in the 17th district of Tehran. A step towards empowerment of women. *Shahrekord University of Medical Sciences, Specialty Population Research Papers*: 31-32. (Persian)

-Sheehan, E. (2005). *I attributed myself*. Translated by Mehdi Ganji, Tehran, Publishing Wiraish Foundation.

-Tabatabaei, Y., Abadi Sh., Hosseinian, S. (2005). Empowerment of female head of household through group counseling, awareness raising and entrepreneurship, *Journal of Research Family Research*, 1(4), 359-368. (Persian)

-Technical and vocational training organization of the country (2011). *Role of technical and vocational skills training in empowerment of female head of household as a social hazard*. Office for the Reduction of Social Damage.

-Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: an individual- level analysis. *Journal of Social science & medicine*, 50(5), 619-629.

-Vejdanprast, H (2000). *The Relationship between Self-Esteem and Academic Achievement of Basic Sciences Students and Humanities Teacher Training Centers*. Master's Degree in Educational Psychology. Tabriz University. (Persian)

-Verdi M. (2004). Effect of assertiveness training on assertiveness, self-esteem and responsibility first year of high school student's education an Ahwaz area. *Education Res Council Khuzestan province*. (Persian)

-Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy Societies: From Inequality to well-being* Routledge, London.

