

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران سال 09

میترا مشعوفی ۱، دکتر امیرمحمود حریرچی ۲، دکتر حبیب الله آقابخشی ۳

چکیده

زنان سرپرست خانوار از جمله اقشار محروم جامعه ما، در دوران معاصر هستند. زنان سرپرست خانوار زانی هستند که به تنهایی بار زندگی را در ابعاد اقتصادی و رفاهی به دوش میکشند و درعین حال باید به مسائل اجتماعی، آموزشی، فرهنگی و پرورشی فرزندان خود نیز، توجه ویژه‌ای داشته باشند. این مقاله از پژوهشی تهیه و تدوین شده است، که با هدف بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی تهران و نیز ارائه راهکارهایی در راستای کاهش و یا حل مشکلات آنها، انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش، زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران بوده است که تعداد آنها در حدود ۰۰۵۵ نفر میباشد. با توجه به محاسبات انجام شده در فرمول کوکران، حجم نمونه پژوهش، تعداد ۲۵۵ نفر برآورد شده است. روش نمونه‌گیری در این تحقیق با توجه به ساختار جمعیتی جامعه آماری پژوهش، به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است. در این پژوهش از دو پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده است. روش این تحقیق کمی و جمع‌آوری داده‌های پژوهش در قالب پرسشنامه و به صورت پیمایشی بوده است. توصیف، تحلیل داده‌ها و بررسی همبستگی متغیرهای پژوهش به کمک نرم‌افزار SPSS، صورت گرفته است. روشهای آماری استفاده شده در این پژوهش، متناسب با مقیاسهای مورد استفاده در ابزار اندازه‌گیری (پرسشنامه) و متناسب با نوع فرضیه‌های مطرح شده، میباشد. ضریب همبستگی پیرسون، جهت سنجش میزان رابطه متغیرها؛ آزمون مقایسه میانگینها برای آزمون فرضیه تفاوتی و نیز رگرسیون و تحلیل مسیر جهت مشخص کردن رابطه مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل و متغیر وابسته، برخی از آماره‌های استفاده شده در این پژوهش میباشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از این است که عواملی چون سن، نوع تواناییها و مهارتها، رضایت از خدمات دریافتی از سازمان بهزیستی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار داشته است.

کلید واژه ها: زنان سرپرست خانوار، سلامت اجتماعی، عوامل اقتصادی و اجتماعی

۱. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده علوم اجتماعی، گروه مطالعات زنان، رودهن، تهران، ایران.

۲. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳. دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده علوم اجتماعی، رودهن، تهران، ایران.

009 فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار 0304

مقدمه

انسان در دنیای امروز به علت پیچیدگی زندگی، وسعت و سرعت تغییرات، با چالشهای فراوانی روبرو شده است. پیشبینی میشود که این چالشها در قرن آینده بارزتر نیز خواهد شد. از چالشها و بحرانهای مطرح شده میتوان به مواردی همچون چالش بین جهانی شدن و بومی ماندن؛ بحران جمعیت؛ بحران سلامتی تغذیه؛ دگرگونیهای فناوری و شرایط حرفهای؛ آثار فناوری نوین ارتباطی بر مهارتهای اجتماعی و اخلاق؛ مشکلات خانوادگی؛ اشتغال والدین در بیرون از (منزل و ... اشاره کرد) (پراواز، ۱۳۳۵؛ یار، ۱۳۳۵)

از سال ۲۵۵۵ که شاخصهای سلامت اجتماعی در دنیا مطرح شده است، دیگر برای بررسی مسائل اجتماعی به سراغ بحث بیماریهای روانی نمیرویم و مسائل اجتماعی را به عنوان نتیجه بیماری اجتماعی بررسی میکنیم؛ مثلاً اعتیاد یک فرد معتاد، به علت این است که سلامت اجتماعی او دچار مشکل شده است، یا اگر طلاق اتفاق میافتد، به دلیل این است که سلامت (اجتماعی زن و شوهر دچار مشکل شده است) (سام آرام، ۱۳۳۳)

افراد به مانند اتمها که اجزاء تشکیل دهنده اشیاء میباشند، تشکیل دهنده جامعه هستند؛ ذرات کوچکی که از هم بیگانهاند ولی برای تأمین منافع شخصی و بهرهکشی از یکدیگر سازشی بین خود برقرار کردهاند. با این حال انسان موجودی است اجتماعی که نیاز عمیقی به مشارکت، یاری و عضویت در گروه دارد. این کششهای اجتماعی دچار چه سرنوشتی شدهاند؟

بر رفتار خصوصی ما با دیگری، خودبینی حکمفرما است. نفع شخصی به جای الفت و عشق به هم‌نوع، محرک فرد است. این دو احساس اخیر، ممکن است در نتیجه انسان دوستی و محبت به وجود آیند، ولی مبنای اصلی روابط اجتماعی نیستند؛ قلمرو زندگی اجتماعی ما در مقام یک جدا از زندگی فردی است. این قلمرو تضمین کننده زندگی اجتماعی ماست. ما به « شهروند» عنوان شهروند یک حس وظیفه‌شناسی و تعهد اجتماعی ابراز می‌داریم؛ این امر از اینجا قابل بررسی است که لباس فرم نمایانگر وضع اجتماعی و لباس عادی مبین خلق و خوی شخصی :

۱۱۶۱. (ماست) فروم، ۱۳۳۰

سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع ظاهر می‌شود. زمانی شخص را دارای سلامت اجتماعی قلمداد می‌کنیم که بتواند فعالیتها و نقشهای اجتماعی خود را در هنجارهای . « حد متعارف به انجام رساند و با جامعه و هنجارهای موجود، احساس پیوند کند عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ۰۰۰ ... همان قواعد شکل یافته بر بنیاد بایدها و نبایدها هستند که چگونگی رفتارها و روابط « اجتماعی ما را در جامعه معین می‌سازند و برای هر کنش و واکنش، حدودی تعیین می‌کنند. متأسفانه در جامعه ما، زندگی زنان پس از ترک شوهر (به دلیل فوت، طلاق و ...) غالباً با ابهامات و مشکلاتی روبرو است. از جمله این مشکلات میتوان به: سرپرستی فرزندان به تنهایی و گاه به سختی، مشکلات اقتصادی، زندگی در تنهایی و همراه با افسردگی و ناامیدی اشاره کرد. علاوه بر این نگرش غلط جامعه نسبت به زنان مطلقه و بیوه در نبود همسرانشان، آنان را در روابط اجتماعی و حضور در اجتماع با مشکلات متعددی روبرو میکند. با توجه به روند رو به افزایش تعداد زنان سرپرست خانوار در سالهای اخیر در نتیجه افزایش میزان طلاق در جامعه، لزوم توجه بیشتر به این قشر از افراد جامعه، ملموستر شده است.

بیان مسئله

سلامت بنیادین موهبتی است که حیات انسان بر آن استوار است و در تاریخ زندگی بشری همواره مورد توجه ویژه بوده است. آرامش و سلامت، گمشده‌های است که بشر به دنبال آن میگردد و هر گاه از آن سخنی به میان آمده، بیشتر بُعد جسمانی آن مورد توجه بوده و جنبه اجتماعی و روانی آن کمتر به بحث گذاشته شده است.

واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماریها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است و به سرعت پیش میرود به نحوی که تا سال ۲۵۲۵ در همه جهان منشاء تضعیف سلامت، اختلالات و بیماریهای روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد بود (. مرندي، ۱۳۳۰

سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی را یکی از مؤلفه‌های کلیدی بهداشت روانی معرفی کرده است.

سلامت اجتماعی عبارت است از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروههای اجتماعی که عضوی از آنهاست. سلامت فرد، پایه و بنیان سلامت جامعه است و این دو چنان به هم وابسته‌اند که نمیتوان بین آنها حد و مرز معینی تعیین کرد. وضعیت سلامت تک تک افراد جامعه به روشهای گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آنها و همچنین بر شاخصهای اقتصادی-اجتماعی جامعه اثر میگذارد. سلامت، یک اولویت اصلی در همه کشورها است. نیازهای سلامت در بستر تحولات

001 فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار 0304

اجتماعی در سطح جهانی و ملی، گویای کاستیهای متعددی است. معمولاً در موضوع سلامت، به ابعاد جسمانی و فیزیکی سلامت بیشتر توجه میشود و ابعاد روانی و اجتماعی سلامت کمتر مورد توجه قرار میگیرد. شیوههای زندگی مرسوم بین انسانها، تأثیر مهمی بر سلامت و تندرستی آنها دارد. زندگی سالمتر، محصول تعامل اجتماعی بین فردی و محیط اجتماعی-اقتصادی افراد است (سرگین و الیتون ۲۵۵۵، ۴۰).

بدیهی است بخش سلامت اجتماعی نسبت به سلامت روانی مشکلتر خواهد بود. در اینجا فقط نداشتن بیماری مطرح نیست، بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی (سازگاری و انطباق) و داشتن عکسالعمل مناسب در برابر حوادث و مشکلات زندگی، جنبه‌های از سلامت اجتماعی است (: ۲۳۱). بابایی، ۱۳۳۲

در کشور ما با وجود کاستیهای موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گامهای مناسبی برداشته شده است، اما آنچه فقدان آن در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، توجه ناکافی به ابعاد روانی، رفتاری و اجتماعی افراد است. این بیتوجهی در عصر ارتباطات و جهانی شدن، موجب آسیبپذیری افراد در ابعاد روانی نظیر خودکشی، مصرف سیگار، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیبهای اجتماعی میشود؛ که باید به صورت ویژه مورد توجه قرار گیرد.

بوینیک و همکارانش (۱۱۳۳) (زنان سرپرست خانواده را زانی میدانند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند. میتوان گفت سرپرست خانواده به کسی اطلاق میشود که مسئولیت اداره اقتصادی خانواده را بر عهده داشته و تصمیم‌گیریهای عمده و حیاتی نیز به عهده وی میباشد.

عوامل متعددی میتواند سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار را به خطر اندازد. در اینجا فقط به عوامل اقتصادی و اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار اشاره میشود.

زنان سرپرست خانوار و فاقد همسر، با مشکلاتی همچون حس تنهایی، انزوا، طرد شدگی و عدم درک از سوی دیگران، تعارضات خانوادگی، ضعف موقعیت اجتماعی و فشار تامین امور اقتصادی خانواده مواجه هستند. فقدان حمایت‌های اجتماعی از مهمترین عوامل ایجاد پیامد های منفی در وضعیت این زنان است.

Sergin & Eliton 4

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت 003 ...

وضعیت اشتغال و درآمد زنان در سرتاسر دنیا مناسب نیست و به همین دلیل مشکلات آنان نسبت به مردان سرپرست خانواده بیشتر است. آمار نشان میدهد درصد فقر مطلق زنان سرپرست خانوار بیشتر از خانواده‌های دارای سرپرست مرد میباشد (فقر مطلق به کسی گفته میشود که درآمدش از حداقل درآمد معیشتی که به وسیله آن نیازهای اولیه تأمین میشود کمتر باشد، به بیانی دیگر، این افراد زیر خط فقر زندگی میکنند).

حدود دو سوم از زنان سرپرست خانوار، بدون وجود فرد شاغل در خانواده، تأمین معاش را بر عهده دارند که با وجود محدودیت فرصتهای شغلی مناسب برای زنان در مقایسه با مردان، درآمد کمتری دریافت کرده و عمدتاً در مشاغل پاره‌وقت مشغول به کار هستند که این موضوع خود از

عمدهترین دلایل وضعیت بد اقتصادی در این خانوارها محسوب میشود. البته در این میان زنانی هستند که به علت فوت همسر و استفاده از مستمری ایشان از درآمدی بدون انجام کار بهرمنند میشوند. تحقیق انجام شده در این زمینه نشان میدهد که در ایران، زنان سرپرست خانواده بیش از گروه کنترل، خود را در معرض فشارهای اقتصادی مربوط به تأمین مسکن، مایحتاج روزانه و نیازهای فرزندان خود میبینند و میزان درآمد آنان به طور معنیداری کمتر از گروه کنترل است. (خسروی، ۱۳۳۳)

اهمیت سلامت اجتماعی تا بدان حد است که اشخاصی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیشتری میتوانند با چالشهای ناشی از ایفای نقشهای اصلی اجتماعی مواجه شوند. از آنجا که خانواده یکی از نهادهای اصلی جامعه و در تعامل با آن میباشد، شکست در خانواده و دگرگونی در ساختار آن، میتواند پیامدهایی داشته باشد که بر نظام اجتماعی تأثیرگذار خواهد بود.

مطالعات گسترده بین المللی، همگی بیانگر آن است که زنان در جوامع سنتی و در کشورهای در حال توسعه از آسیبپذیرترین گروهها به شمار میآیند، در این میان خانوارهایی که تحت سرپرستی زنان اداره میشوند، آسیبپذیرتر از سایر اقشار زنان هستند. با توجه به روند رو به رشد زنان سرپرست خانوار، پرداختن به وضعیت این زنان حائز اهمیت است. نگاهی به آمار ثبت شده ۱ درصد کل خانوارهای دنیا را زنان سرپرست خانوار تشکیل / در منابع رسمی نشان میدهد، ۴۲ میدهند.

با توجه به افزایش جمعیت خانواددهای زن سرپرست نسبت به کل جمعیت در ۳۵ سال گذشته، ضرورت شناخت مسائل و مشکلات اقتصادی و اجتماعی زنان سرپرست خانوار بیشتر از **004 فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار 0304** گذشته به نظر میرسد تا از این طریق دستیابی به راهکارهای لازم برای یافتن موانع و مشکلات آنان و تلاش در جهت ارتقا سطح سلامت اجتماعی آنان صورت پذیرد. بنابراین رسیدن به سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار که به دنبال سلامت خود، سلامت خانواده و جامعه را نیز به دنبال دارد و شناخت فاکتورهای تأثیرگذار بر آن، ضرورت تحقیق حاضر را ایجاب مینماید. اساسیترین پرسشهایی که در اینجا مطرح میشوند عبارتند از:

- زنان سرپرست خانوار، از چه مسائل و مشکلات اقتصادی و اجتماعی رنج میبرند و این مشکلات چه تأثیری بر سلامت اجتماعی آنان دارد؟
- راهکارهای برون رفت از آسیبهایی که زنان سرپرست خانوار را تهدید میکنند کدامند و زنان در مواجهه با این آسیبها چه باید بکنند؟

چارچوب نظری

کییز سلامت اجتماعی را گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف میکند. سلامت اجتماعی در این مفهوم، یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنیدار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی، همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در پیشرفت آن سهیم بداند. از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعهشناسی ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد؛ اما مطابق مدل سلامت، فقدان ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی، دلیلی کافی برای وجود سلامت اجتماعی جامعه نیست. کییز در یک تحلیل

گسترده به این نتیجه رسید که بهداشت روانی دارای ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی است و با توجه به مفهومپردازیهای نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل ۰ بعدی قابل سنجش ارائه کرد. طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی از خود نشان میدهد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای پتانسیلهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروههای اجتماعی است و در پیشرفت آن نقش دارد (کییز و

۲۵۵۴: ۲۳)، شاپیرو ۱

1. Keyes, Shapiro

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت 001 ...

جدول شماره 0: ساختارهای سلامت اجتماعی با توجه به سطوح تحلیل و پیوستار

اندازهگیری

سطوح تحلیل

پیوستار

فردی

بین فردی

اجتماعی

منفی

بیگانگی و

ناهنجاری اجتماعی

پرخاشگری و ناآشنایی

با قوانین مدنی

فقر، خودکشی و جرم

مثبت

ابعاد سلامت

اجتماعی

مبادله انواع اعتماد و

حمایت اجتماعی

سرمایه اجتماعی و

کارآمدی اجتماعی

(: ۲۳) کییز و شاپیرو، ۲۵۵۴

ابعاد پنجگانه مقیاس سلامت اجتماعی، شامل انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی

اجتماعی است.

لارسن، سلامت اجتماعی را تحت عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و

گروههای اجتماعی تعریف میکند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی شامل پاسخهای

درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) میباشد و بخشی از سلامت فرد را میسنجد که نشانگر رضایت

۱۱۱۶: ۱۳۳)، یا عدم رضایت وی از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسن ۱

رز و وو مطرح می کنند که افراد با تحصیلات بالاتر در مقایسه با افراد کم سواد از لحاظ

سلامت روحی و روانی در وضعیت بهتری قرار می گیرند. به عبارت دیگر موقعیت یک فرد در

سلسله مراتب اجتماعی برای وی شرایط و ویژگیهایی را فراهم می کند که می توانند سلامتی

وی را تحت الشعاع خود قرار دهد) (. رز و وو ۲

نظریه های مربوط به زنان سرپرست خانوار

نظریه زنانه شدن فقر

طرفداران این نظریه معتقدند که خانوادههای زن سرپرست، نه تنها در همه کشورهای جهان گسترش یافته‌اند بلکه روز به روز به تعداد خانوادههایی با درآمد اندک که سرپرستی آنها بر عهده

1. Larson

2. Ross & vo

۰۱ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۰۳۰۴

زنان است افزوده میشود. این مسئله حتی در کشورهای که قوانین پیشرفتهتری در حفظ منافع زنان داشته‌اند، دیده شده است و به رغم کمکهای دولتی به این زنان، فرایند فقیر شدن زنان همچنان ادامه دارد. عدم دسترسی زنان به مشاغل با منزلت بالا، از دیگر مشخصات خانوادههای زن سرپرست، است. به عبارتی دیگر زنان سرپرست خانوار یا اغلب بیکارند یا دارای شغل حاشیهای نیمه وقت، غیر رسمی و کم درآمد هستند. مشکل دیگری که زنان سرپرست خانوار حتی با وجود داشتن شغلی مناسب با آن مواجه هستند، تنظیم وقت برای انجام کار خانه و کار بیرون از خانه است که صاحبانظران این دیدگاه، اصطلاحاً به آن فقر زمانی میگویند.

نظریه فقرزدایی

اساس این نظریه بر این فرضیه استوار است که فقر زن و عدم برابری او با مرد نتیجه عدم دسترسی به تملک زمین و سرمایه و تبعیض موجود در بازار کار میباشد و هدف در این نظریه بالا بردن سطح اشتغال و درآمد زنان از طریق ایجاد دسترسی بهینه به منابع تولیدی میباشد.

نظریه توانمندسازی زنها

این نظریه به دنبال یک دگرگونی موثر در زنان است به طوری که در فرآیند توسعه، از عناصر منفعل به بازیگران مستقل و توانا تبدیل شوند. از دیدگاهی دیگر توانمندسازی زنان شامل توانمندسازی اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است به طوریکه اختیار و کنترل زندگی در اختیار : ۱۰۳) خودشان باشد) . مصفا، ۱۳۳۰

هدف نظریه‌های مطرح شده، قدرت دادن به زنان، نه به معنای برتری یک فرد بر فرد دیگر، بلکه به معنای افزایش توان آنها برای اتکای به خود و گسترش حق انتخاب در زندگی است و خواهان رفع نابرابری در جامعه، تأمین احتیاجات اولیه زنان، تقسیم کار در خانواده، امکان بهره‌برداری هر فرد از تواناییهای خود و رفع تبعیضهای قانونی بین زن و مرد هستند.

سلامت اجتماعی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی

طبق نظریه آدلر و همکاران (۱۱۱۴) و اندرسون و آستار (۱۱۱۶) افراد طبقه پایین از سلامت (۳۱۵) و همیشه درجه سلامتی یک دکتر یا : اجتماعی کمتری برخوردارند) کل این اورنز، ۱۳۳۳ : ۲۳۳) استاد دانشگاه از درجه سلامتی یک کارگر معدن بیشتر خواهد بود) . کرایب، ۱۳۳۰

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ۰۰۱ ...

طبق گفته رز و وو، وضعیت سلامت جسمی و روحی افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم سواد بسیار بهتر است و دلایل رابطه تحصیلات با سلامتی جسمی - روانی را در سه مقوله مطرح میکنند:

۱) شرایط اقتصادی و کاری

۲) منابع روانی و اجتماعی

۳) سبکهای زندگی سالم و بهداشتی

بر اساس مقوله اول، افراد تحصیلکرده کمتر احتمال دارد که بیکار بمانند و به احتمال زیاد در شغل‌های تمام وقت با درآمد بالا مشغول به کار میشوند. مبتنی بر مقوله دوم، افراد تحصیل کرده از منابع روانی - اجتماعی متعددی از قبیل احساس بالایی از خود کنترلی و حمایت اجتماعی و همچنین منابع اقتصادی بهره‌مند میشوند و نهایتاً بر اساس مقوله سوم، تحصیلکرده‌ها، سبکهای زندگی سالمتری را در پیش میگیرند. به عبارت دیگر افراد تحصیلکرده در مقایسه با دیگران، در مصرف مشروبات الکلی افراط نمیکنند، کمتر سیگار میکشند، بیشتر ورزش میکنند و در رعایت بهداشت از سایرین پیشی میگیرند که تمامی این موارد، سطح سلامت روانی و : ۳۰) جسمی فرد را ارتقاء میبخشد (خیرالله پور، ۱۳۳۳)

فقر، توزیع نادرست درآمد، میزان بالای بیکاری، عدم تأمین اجتماعی و سطح پایین سواد از جمله عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی هستند. اشتغال ثابت نقش عمده‌ای در کسب مهارتهای اجتماعی، کسب تجربه، ایجاد شبکه اجتماعی و در نتیجه سلامت اجتماعی افراد دارد. کسب درآمد بیشتر به دنبال کار در مشاغل با منزلت، نقش مهمی در شکلگیری هویت سالم و عزت نفس بالاتر دارد. هلمن (۱۱۱۴) معتقد است سطح پایین تحصیلات با سلامت اجتماعی ضعیف : ۶۱-۶۳) مرتبط است (مارموت و ویلکینسون، ۱۳۳۶)

۰۰۱ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۰۳۰۴

مدل نظری

فرضیه‌ها

- بین علت سرپرستی و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
- بین مدت زمان سرپرستی و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
- بین سن و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
- بین سطح تحصیلات و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
- بین نوع شغل و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
- بین مقدار درآمد و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
- بین تعداد افراد تحت تکفل و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ...

- بین وضعیت مسکن و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
- بین حمایت‌های خانوادگی و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.

- بین نوع بیمه درمانی و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.
- بین نوع تواناییها و مهارتها و میزان سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.

- بین رضایتمندی از خدمات دریافتی از سازمانهای تحت پوشش و سلامت اجتماعی زنان

سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.

-سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دو منطقه شرق و غرب تهران با هم متفاوت است.

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

سلامت اجتماعی

تعریف نظری: "کییز" سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت روابطش

(با دیگران تعریف میکند). کییز ۲۱:۲۵۵۴

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن، از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی کییز (۱۱۱۳) که ۰ مؤلفه اصلی آن، انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی هستند استفاده شده است.

زنان سرپرست خانوار:

تعریف نظری: زنانی هستند که بدون حضور منظم و یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند و مسئولیت اداره اقتصادی خانواده و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی به

: ۳۳ (عهده ایشان است). فروزان و بیگلریان، ۱۳۳۲

تعریف عملیاتی: در این پژوهش منظور از زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که در سال ۱۳۱۵ تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران بوده‌اند.

متغیر مستقل تحصیلات

تعریف نظری: میزان علم و دانشی که هر فرد در طول زندگی کسب می‌کند.

۱۹۹ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۳۰۴

تعریف عملیاتی: تحصیلات در این پژوهش به هفت طبقه تحصیلی، بی سواد، ابتدایی، زیر دیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر طبقه بندی شده میشود.

متغیر مستقل شغل

تعریف نظری: کار یا مجموعه فعالیتهایی که شخص به منظور کسب سود یا اخذ دستمزد انجام میدهد.

تعریف عملیاتی: در این پژوهش شغل به پنج دسته بیکار، کارگر ساده، کارمند، دستیار-تکنسین و خدماتی -فروشنده‌گی تقسیم میشود.

متغیر مستقل، مهارتها و تواناییها

تعریف نظری: مهارتهای زندگی شامل مجموعه‌های از تواناییهاست که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید را فراهم می‌آورد. این تواناییها فرد را قادر می‌سازد تا مسئولیتهای اجتماعی (خود را بپذیرد). طارمیان، ۲۲:۱۳۳۳

تعریف عملیاتی: در این پژوهش مهارتها شامل: آشنایی با کامپیوتر، صنایع دستی (خیاطی، بافندگی، گلدوزی)، هنرهای تجسمی (خطاطی، نقاشی، سفالگری) و امور ورزشی میشود.

متغیر مستقل مسکن

تعریف نظری: مسکن بر وزن مفعول، اسم مکان است به معنای محل آرامش و سکونت. و در اصطلاح به مکانی میگویند که انسان در آن زندگی میکند.

تعریف عملیاتی: وضعیت مسکن پاسخگوها در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته و بر این

اساس به پنج دسته: ملکی، اجارهای، رهن کامل، رهن و اجاره، زندگی در منزل والدین و بستگان تقسیم میشود.

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ۱۹۰ ...

متغیر مستقل بیمه

تعریف نظری: بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد میکند در ازای پرداخت وجه از طرف دیگر در صورت وقوع حادثه، خسارت وارده بر او را جبران نموده یا وجه معینی بپردازد.

تعریف عملیاتی: این پژوهش به نوع بیمه درمانی اشاره دارد و سه گروه بیمه تامین اجتماعی، خدمات درمانی و سایر بیمهها را در نظر گرفته است.

روششناسی

از لحاظ هدف، تحقیق حاضر از نوع "تحقیقات کاربردی" و از لحاظ ماهیت و روش، از نوع "توصیفی پیمایشی" است.

جامعه پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانواری است که در سال ۱۳۱۵ تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران بودهاند. با عنایت به آمار و ارقام موجود در مراکز بهزیستی، تعداد کل زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان در سطح شهر تهران ۰۰۵۵ نفر بوده است.

حجم نمونه و ویژگی آن

حجم نمونه این تحقیق با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه کوکران برای جامعههای بزرگ ۵به میزان ۲۵۵ نفر برآورد شد و نمونه انتخابی ۵ / و ضریب دقت / ۵۰ با ضریب اطمینان ۱۰ متشکل از کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۱۵ بوده است.

روش نمونهگیری

جامعه مورد مطالعه متشکل از کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش در شهر تهران است. از این جامعه ۲۵۵ نفر ۱۵۵ (نفر در شرق تهران و ۱۵۵ نفر در غرب تهران) به شیوه تصادفی خوشههای انتخاب شده و مورد آزمون قرار گرفتند. در ابتدا از سازمان بهزیستی شهر تهران لیست

۱۹۱ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۳۰۴.

ادارات تحت پوشش این سازمان گرفته و از بین آنها به تصادف ۶ مرکز ۳ (مرکز در شرق تهران و ۳ مرکز در غرب تهران) انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

جهت انجام این تحقیق، پژوهشگر ابتدا با بررسی کتابخانهای، ادبیات مربوط به موضوع مورد نظر را بررسی کرده و بر آن اساس چهارچوب نظری و فرضیههای خود را تدوین نموده و آنگاه با ساخت ابزار در میدان طبیعی به بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی آزمودنیها پرداخته و برای تکمیل تحقیق، پژوهشگر از یک پرسشنامه استاندارد جهت بررسی سلامت اجتماعی استفاده کرده است.

پایایی و اعتبار ابزار

برای اطمینان از کیفیت ابزار پژوهش، لازم است پژوهشگر با دو ملاک پایایی و اعتبار، اقدام به بررسی ابزار سنجش تحقیق خود نماید. به این منظور و برای بررسی روایی پرسشنامه محقق ساخته در این پژوهش، از روایی محتوایی یا صوری استفاده شده است. همچنین برای تأیید محتوایی و صوری پرسشنامه محقق ساخته، که دارای ۱۳ سؤال است، و نیز تأیید پذیرش نمونه آماری، تعداد ۳۵ پرسشنامه به صورت پایلوت برای ۳۵ نفر از افراد جامعه نمونه اجرا شد. در این مرحله مقادیر ضریب پایایی پرسشنامه که از طریق آلفای کرونباخ و به وسیله نرم افزار به دست آمده است $\alpha = .5$ ، استخراج شده است، برابر با ۰.۳۳۰

نحوه تجزیه و تحلیل دادهها

روشهای آماری استفاده شده در این طرح متناسب با مقیاسهای مورد استفاده در ابزار اندازهگیری و نوع فرضیه مطرح شده بوده است. برای سنجش میزان رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و برای آزمون فرضیه تفاوتی از آزمون مقایسه میانگینها استفاده میشود. همچنین رابطه مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل با متغیر وابسته از طریق رگرسیون و تحلیل مسیر نشان داده شده است.

SPSS

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ۱۹۳ ...

یافتهها و نتایج

مطالعه ساختار سنی جمعیت، حاکی از آن است که در مجموع جمعیت ۲۵۵ نفری مورد ۳۲ درصد، معادل ۶۰ نفر بیشترین سهم را در بین ۴۲ / سال با دارا بودن ۰ - مطالعه، گروه سنی ۰۲ گروههای سنی به خود اختصاص داده است و گروه سنی ۳۳ سال و بالاتر از آن با ۱ درصد و فراوانی ۲ نفر کمترین سهم را داشته است.

در بررسی میزان تحصیلات جمعیت مورد مطالعه مشاهده شد، بیشترین آمار با ۶۱ نفر معادل ۳۵/۰ درصد مربوط به زنانی است که تحصیلات زیر دیپلم دارند و در مقابل کمترین فراوانی مربوط به ۲ نفر معادل یک درصد میباشد که مدرک لیسانس داشتهاند.

در بررسی وضعیت مسکن زنان سرپرست خانوار در دو منطقه مذکور دیده شد بیشتر این افراد با فراوانی ۳۵ نفر معادل ۳۰ درصد وضعیت منزل مسکونیشان به صورت رهن و اجاره و کمترین تعداد با فراوانی ۶ نفر معادل ۳ درصد، منزلشان رهن کامل بوده است.

۴۳ درصد بیکار، ۰۵ نفر معادل ۲۰ درصد کارگر / از کل جمعیت تحقیق، ۱۰ نفر معادل ۱۴ / ۱۲ درصد دارای شغل خدماتی - فروشنده هستند ۲۰ نفر معادل / ساده، ۲۱ نفر معادل ۵ درصد کارمند است / درصد در سایر شغلها مشغولند و تنها یک نفر با فراوانی ۰

۴۲ درصد یک نفر را تحت تکفل دارند و / بیشترین تعداد با فراوانی ۳۰ نفر و به میزان کمترین آمار متعلق به ۱۵ نفر معادل ۰ درصد بوده که هر کدام ۴ نفر را تحت تکفل داشتهاند. در بررسی میزان درآمد زنان سرپرست خانوار مشاهده شد بیشترین تعداد با فراوانی ۳۳ نفر ۱۳ درصد، درآمدشان بین ۰۵ تا ۱۵۵ هزار تومان و کمترین تعداد با فراوانی ۶ نفر / معادل معادل ۳ درصد، درآمدی بین ۳۵۱ تا ۳۰۵ هزار تومان داشتهاند.

در مطالعه بر روی علت سرپرستی خانوار توسط زنان به این نتیجه رسیدیم که: بیشترین آمار ۴۳ درصد متعلق به زنانی است که به علت طلاق مسئولیت سرپرستی / با ۱۰ نفر و به میزان

۲۲/ خانوار را بر عهده گرفته‌اند و پس از آن، به ترتیب، فوت شوهر با فراوانی ۴۰ نفر معادل ۰
۱۲ درصد، جدایی بدون طلاق (متارکه /) درصد، از کار افتادگی شوهر با فراوانی ۲۰ نفر معادل ۰
۱۵ درصد، اعتیاد با فراوانی ۱۵ نفر معادل ۰ درصد و غیبت شوهر با / با فراوانی ۲۱ نفر معادل ۰
فراوانی ۴ نفر به میزان ۲ درصد را علت پذیرش مسئولیت سرپرستی خانوار دانسته‌اند.

۱۹۴ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۳۰۴۰

در ارزیابی میزان رضایت از خدمات دریافتی از سازمان بهزیستی، بیشترین تعداد با فراوانی
۱۵ نفر و به میزان ۰۰ درصد، رضایت متوسط و کمترین تعداد با فراوانی ۳۰ نفر و به میزان
۱۳/۰ درصد رضایت زیادی از خدمات دریافتی از سازمان بهزیستی را ابراز داشتند.

۴۶ درصد بوده که مهارت و تواناییشان در زمینه / بیشترین فراوانی مربوط به ۱۳ نفر معادل ۰
/ ۱۰ صنایع دستی است. و پس از آن به ترتیب آشنائی با کامپیوتر با فراوانی ۳۱ نفر معادل ۰
درصد، سایر مهارتها از قبیل (آرایشگری، نگهداری از سالمند، پرستاری از بچه و ...) با فراوانی
۵ درصد قرار داشتند ۳۳ / درصد و امور ورزشی با فراوانی ۱ نفر ۳۰ / ۰ نفر معادل ۰

جدول شماره ۱: توزیع پاسخگویان بر حسب بیشترین و کمترین فراوانی و بیشترین و
کمترین درصد فراوانی، بعضی از متغیرهای مورد بررسی و آماره‌های توصیفی مربوط به آنها

متغیر

بیشترین

فراوانی (نفر)

بیشترین درصد

فراوانی

کمترین

فراوانی (نفر)

کمترین درصد

فراوانی

سن

تحصیلات

وضعیت مسکن

شغل

افراد تحت تکفل

میزان درآمد

علت پذیرش

مسئولیت سرپرستی

رضایتمندی از

خدمات

نوع تواناییها و

مهارتها

۶۰

۶۱

۳۵
۱۰
۳۰
۳۳
۱۰
۱۱۵
۱۳
%۳۲/۰
%۳۵/۰
%۳۰
%۴۳/۰
%۴۲/۰
%۱۳/۰
%۴۳/۰
%۰۰
%۴۶/۰
۲
۲
۶
۱
۱۵
۶
۴
۳۰
۱
%۱
%۱
%۳
%۵/۰
%۰
%۳
%۲
%۱۳/۰
%۵/۰

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ۱۹۱ ...

جدول شماره ۳: جدول تقاطعی مربوط به ضریب همبستگی پیرسون در خصوص رابطه

بین عوامل اقتصادی-اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

متغیر

وابسته

متغییر مستغل
ضریب همبستگی
پیرسون
سطح معناداری (دو
دامنه)
تعداد
سلامت
اجتماعی
سن
علت سرپرستی
مدتزمان سرپرستی
سطح تحصیلات
نوع شغل
میزان درآمد
تعداد افراد تحت تکفل
وضعیت مسکن
حمایتهای خانوادگی
نوع تواناییها و مهارتها
رضایتمندی از خدمات
دریافتی
نوع بیمه درمانی
۵/۵۵۱
-۵/۵۱۶
-۵/۵۱۵
-۵/۵۳۱
-۵/۱۵۶
-۵/۵۰۰
-۵/۱۳۱
-۵/۵۵۱
-۵/۵۵۱
۵/۵۲۶
۵/۱۳۴
-۵/۵۲۲
۵/۵۵۴
۵/۳۲۵
۵/۳۱۱
۵/۲۱۴

۵/۱۴۵
 ۵/۴۳۳
 ۵/۵۳۶
 ۵/۳۱۳
 ۵/۱۳۴
 ۵/۵۲۱
 ۵/۵۴۱
 ۵/۳۳۰
 ۱۱۳
 ۱۱۳
 ۱۳۵
 ۱۱۳
 ۱۱۳
 ۱۶۳
 ۱۳۳
 ۱۱۳
 ۱۱۳
 ۱۱۳
 ۱۱۶
 ۱۱۳

همانگونه که در جدول شماره ۳ نشان داده شد، ضریب همبستگی متغیر سن و سلامت
 ۵به دست آمده که نشاندهنده رابطه معنادار و ضعیف بین متغیرهای سن و / اجتماعی، ۵۵۱
 سلامت اجتماعی زنان سرپرست می باشد. در بررسی متغیر سن و سلامت اجتماعی، ضریب
 ۵است که نشان دهنده معنادار بودن ضریب همبستگی این متغیر می باشد / محاسبه شده ۵۵۴
 -۵به دست / در بررسی متغیر مدت علت سرپرستی و سلامت اجتماعی، ضریب همبستگی ۵۱۶
 آمده که این نشانگر عدم رابطه معنادار بین متغیرهای علت سرپرستی و سلامت اجتماعی زنان
 / سرپرست خانوار است. با عنایت به این موضوع که؛ ضریب محاسبه شده در سطح بالای ۵۱
 (sig) ۵/۳۲۵ = معنادار نیست، در متغیر مدت زمان سرپرستی، ضریب همبستگی محاسبه شده
 -۵نشانگر عدم رابطه معنادار بین متغیرهای مدت زمان سرپرستی و سلامت / به میزان ۵۱۵
 / ۵/۳۱۱ اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح بالای ۵۱
 ۱۹۱ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۰۳۰۴
 (sig) = معنادار نیست. در متغیر سطح تحصیلات ضریب همبستگی محاسبه شده به میزان
 ۵/۵۳۱ - نشانگر عدم رابطه معنادار بین متغیرهای سطح تحصیلات و سلامت اجتماعی زنان
 / ۵/۲۱۴ = سرپرست خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح بالای (sig) ۵۱
 -۵نشانگر عدم / معنادار نیست. در متغیر نوع شغل ضریب همبستگی محاسبه شده به میزان ۱۵۶

رابطه معنادار بین متغیرهای شغل و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. همچنین $(\frac{5}{5/145})$ ضریب محاسبه شده در سطح بالای $(\text{sig } 51)$ معنادار نیست. در متغیر میزان درآمد، $5-$ نشانگر عدم رابطه معنادار بین متغیرهای میزان / ضریب همبستگی محاسبه شده به میزان 500 درآمد و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح $(\frac{5}{5/433})$ بالای $(\text{sig } 51)$ معنادار نیست. در متغیر تعداد افراد تحت تکفل، ضریب همبستگی $5-$ نشانگر عدم رابطه معنادار بین متغیرهای تعداد افراد تحت تکفل / محاسبه شده به میزان 131 و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح بالای $(\frac{5}{5/536})$ بالای $(\text{sig } 51)$ معنادار نیست. در متغیر وضعیت مسکن ضریب همبستگی محاسبه شده $5-$ نشانگر عدم رابطه معنادار بین متغیرهای وضعیت مسکن و سلامت اجتماعی / به میزان 551 $(\frac{5}{5/313})$ = زنان سرپرست خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح بالای $(\text{sig } 51)$ $5-$ معنی‌دار نیست. در متغیر حمایت‌های خانوادگی ضریب همبستگی محاسبه شده به میزان 551 نشانگر عدم رابطه معنی‌دار بین متغیرهای حمایت‌های خانوادگی و سلامت اجتماعی زنان $(\frac{5}{5/134})$ = سرپرست خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح بالای $(\text{sig } 51)$ $5-$ معنادار نیست. در متغیر نوع تواناییها و مهارت‌ها ضریب همبستگی محاسبه شده به میزان 526 نشانگر وجود رابطه معنادار و ضعیف بین متغیرهای علت سرپرستی و سلامت اجتماعی زنان $(\frac{5}{5/521})$ = سرپرست خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح بالای $(\text{sig } 51)$ معنادار نیست. در متغیر رضایتمندی از خدمات دریافتی ضریب همبستگی محاسبه شده به میزان $5/134$ نشانگر وجود رابطه معنی‌دار بین متغیرهای رضایتمندی از خدمات دریافتی و سلامت $(\frac{5}{5/541})$ = اجتماعی زنان سرپرست خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح بالای 51 $(\text{sig } 5/)$ = معنادار است. در متغیر نوع بیمه درمانی ضریب همبستگی محاسبه شده به میزان 522 $(\frac{5}{5/303})$ = خانوار است. همچنین ضریب محاسبه شده در سطح بالای $(\text{sig } 51)$ معنادار نیست. عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت 191 ...

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تی مستقل در خصوص تفاوت بین زنان سرپرست خانوار دو منطقه شرق و غرب تهران از نظر سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی

مناطق تعداد میانگین انحراف معیار میانگین خطای انحراف معیار

غرب $13 \ 153/06 \ 6/316 \ 5/615$

شرق $155 \ 153/11 \ 1/333 \ 5/133$

آزمون نمونه‌های مستقل

با توجه به آن چه در جدول شماره ۴ آمده است، با در نظر گرفتن آزمون لون، t محاسبه شده 50 کمتر از 3 / و با درجه آزادی 110 در سطح 50 / در سطح برابری واریانسها به میزان 452 $5/50$ معنادار بوده و بنابراین فرضیه پژوهش، تایید و فرضیه صفر رد می‌گردد، بنابراین میتوان گفت که بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در دو منطقه شرق و غرب تهران تفاوت

معناداری وجود دارد.

آزمون لون برای

برابری

واریانسها

آزمون t برای برابری میانگینها

F Sig. T

Df Sig

(دو)

دامنه)

تفاوت

میانگین

تفاوت

خطای

انحراف

معیار

سلامت

اجتماعی

با فرض

برابری

واریانسها

۱/۴۹۱۹/۹۹۱ - ۹/۳۹۱۰۰۱۹/۱۱۳ - ۹/۳۱۳۰/۰۱۰

با فرض عدم

برابری واریانسها

- ۹/۳۹۴۰۱۹/۱۱۱۹/۱۱۱ - ۹/۳۱۳۰/۰۱۴

۱۹۱ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۳۰۴

جدول شماره ۱: خلاصه مدل

مدل ضریب همبستگی چندگانه ضریب تعدیل خطای استاندارد برآورد ضریب تعیین تعدیل

۱ ۵/۴۱۰a ۵/۲۴۰ ۵/۱۲۶ ۶/۳۱۴

۵/ = همانطور که در جدول شماره ۰ دیده میشود، ضریب همبستگی چندگانه (R ۴۱۰)

بیانگر وجود رابطه بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی است. ضریب تعدیل (R 2) در این

۵ گزارش شده است و این یافته بدین معناست که متغیرهای وارد شده در / مطالعه برابر ۲۴۰

۲۴ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند. در مجموع مطابق این / معادله توانستهاند تقریباً

جدول متغیرهای مستقل میتوانند به طور معناداری سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار را

۵/ پیشبینی کنند. (P < ۵۰)

بحث و نتیجهگیری

مسائل اجتماعی، فرهنگی و آموزشی زنان سرپرست خانوار به لحاظ اهمیت موضوع در صدر

تمامی مسائل و مشکلات این زنان قرار گرفته‌اند. بنابراین برای رسیدن به جامعه‌های سالم و متعالی میبایست به مسائل اجتماعی، فرهنگی و آموزشی این قشر از جامعه توجه بیشتری شود. در بررسی پرونده‌ها و نیز از مصاحبه‌های آزاد صورت گرفته میتوان به این حقیقت تلخ اما معنادار پی برد که، در طول زندگی زنانی که به ناچار مسئولیت خانواده بر دوش آنها قرار گرفته، نابرابری در فرصتها بیش از پیش خود را نشان میدهد. نابرابری در دسترسی به آموزش، مشارکت در جریان تصمیمگیریهای خانواده، عدم امکان کسب مهارت، اتکا به مرد خانواده برای تأمین زندگی، نادیده گرفتن حتی نیازهای اولیه خود در قبال خوشنودی دیگران به ویژه فرزندان، زنان را از قابلیت لازم برای کاهش فقر محروم نموده است. زنان سرپرست خانوار به خاطر تداوم زندگی فرزندان، خود را فراموش کرده‌اند. به نظر میرسد وضعیت کنونی این تصور را تقویت میکند که زنان سرپرست خانوار به این دلیل فقیر هستند که آموزش و مهارت کسب نکرده‌اند، شاغل نیستند و درآمدی ندارند. اما یافته‌های پژوهشها نشان میدهد که این زنان علاوه بر فقر درآمدی، از فقر در توانمندی روانی و اجتماعی قابل توجهی نیز رنج میبرند.

با توجه به دستاوردهای این پژوهش سه عامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی وجود دارد که شامل سن رضایت از خدمات دریافتی، نوع تواناییها و مهارتها، میباشد.

عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ۱۹۰ ...

در مبحث نوع تواناییها و مهارتها، زنان سرپرست خانواری که مهارتی کسب نکرده‌اند، درآمد کمتری دارند؛ به این دلیل که با پیشرفته شدن جامعه و پیچیدگیهای خاص اجتماع، با نداشتن مهارت لازم ناچار به انتخاب مشاغل ساده هستند و به همان میزان درآمد کمتری کسب میکنند، حتی در مواردی کارهای ساده هم مثل (پرستاری سالمند و کودک) که جزء مشاغل خدماتی است، مهارتی همچون خواندن و نوشتن نیاز دارد و این در حالی است که تقریباً ۳۵ درصد این زنان بی سواد و کم سواد هستند و به همین دلیل حضورشان در اجتماع کمرنگ شده و سلامت اجتماعی این قشر به خطر میافتد. براساس نتایج تحقیق حاضر حدود ۰۵ درصد این زنان در زمینه صنایع دستی (خیاطی، گلدوزی، قالببافی) مهارت و توانایی دارند، اما به دلیل نبود بازار کار، محدودیت راهیابی به این بازارها، عدم توجه مسئولان به اشتغالزایی در این حرفه و وجود مشکلات مالی برای فراهم کردن وسایل جهت بهره‌برداری از این مهارت در منزل، حدود ۳۵ درصد آنها بیکار و یا کارگر ساده هستند. در این میان حدود ۰۵ درصد زنان سرپرست خانوار مورد مطالعه، عدم اعتماد به نفس را مانعی برای اشتغال خود دانسته‌اند. طلاق، بیشترین عاملی است که با حدود ۰۵ درصد منجر به قبول مسئولیت خانواده توسط زنان شده است. این عامل، آسیبهای زیادی به جامعه و فرزندان خانواده وارد میکند به طوری که عدم پذیرش اجتماعی زن بدون همسر، به محدود شدن دامنه روابط اجتماعی وی و حذف نقش اجتماعی آن میانجامد و این محرومیت اجتماعی آنها را از کسب اخبار و فرصتهای احتمالی اشتغال محروم میکند. ادامه این چرخه محرومیت، به ماندگاری اصل انتقال بین نسلی فقر کمک شایان توجهی میکند. (۴۲ سال قرار دارند که قشر میانسال - حدود ۰۵ درصد زنان سرپرست خانوار در محدوده سنی ۰۲) را تشکیل میدهند. یافته‌های پژوهشها نشان میدهد، سن افراد با اعتماد به نفس ایشان رابطه

معکوس دارد و هر چه سن افراد بالاتر می‌رود اعتماد به نفس آنها کمتر می‌شود، به خصوص اگر مهارت خاصی نداشته باشند احساس کارآمدی آنها کاهش می‌یابد و حضورشان در جامعه کم‌رنگ می‌شود، ارتباطات اجتماعی آنها کمتر شده و منزوی‌تر می‌شوند. به مرور زمان و با وارد شدن به دوره میانسالی، مشکلات و دردهای جسمانی بروز می‌کنند و این خود عاملی است برای محدودیت شغلی این زنان، که منجر به محدود شدن آنها خواهد شد.

رضایت از خدمات دریافتی یکی دیگر از مولفه‌های موثر بر سلامت اجتماعی است. با فراهم آوردن زمینه اشتغال، پرداخت وام‌های بلاعوض و کارآفرینی، برگزاری کلاس‌های مهارت‌آموزی و تحت پوشش بیمه درمانی قرار دادن این قشر از زنان، تأمین معاش، که بخش مهمی از نگرانی‌های ۱۰۹ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۱۳۰۴.

زنان سرپرست خانوار است، مرتفع خواهد شد. با ورود این زنان به عرصه اجتماع و برقراری تعاملات اجتماعی، حس انزوا و سرخوردگی در آنها کمتر شده و در مقابل، امید به زندگی، اعتماد به نفس و رضایتمندی از زندگی در آنها زیاد می‌شود.

بعد از بررسی اطلاعات در این تحقیق مشاهده شد میان وضعیت زنان سرپرست خانوار در دو منطقه شرق و غرب تهران تفاوت‌هایی وجود دارد، به طوری که وضعیت این زنان در منطقه غرب به مراتب از وضعیت زنان سرپرست خانواری که در شرق تهران زندگی می‌کنند بهتر است. علت این تفاوت کیفیت زندگی در دو منطقه مذکور، وجود وضعیت آب و هوایی بهتر، وسعت جغرافیایی بیشتر، رفاه بالاتر، تعدد اماکن رفاهی - فرهنگی و دسترسی بیشتر افراد به مراکز تجمعی مثل پارک، سینما و مراکز خرید که باعث بالا بردن سطح تعاملات اجتماعی این زنان می‌شود در منطقه غرب تهران است.

نگاه جامعه به زنان سرپرست خانوار، ریشه اصلی بسیاری از مسائل و مشکلاتی است که گروه مورد مطالعه را تهدید می‌کند. چنین نگاهی نه تنها مانع پیشرفت زنان در عرصه‌های مختلف جامعه می‌شود بلکه تأثیرات بسیار عمیق و منفی در روند جامعه‌پذیری فرزندان که در این خانواده‌ها زندگی می‌کنند خواهد گذاشت.

پیشنهادات کاربردی

با توجه به دستاوردهای این پژوهش به نظر می‌رسد زنان سالمند و زنانی که سطح سواد پایینتری دارند و به همین دلیل شرایط مناسب جهت حضور در مشاغل پردرآمد را پیدا نمی‌کنند و بدون داشتن مهارت در تأمین اساسی‌ترین نیازهای خود و خانواده با مشکل مواجه هستند باید مورد حمایت بیشتری قرار گیرند.

با وجود رابطه مستقیم میان سطح سواد و کیفیت زندگی، میتوان نتیجه گرفت؛ ارتقای سطح سواد زنان سرپرست خانوار با هدف خودکفایی و توانمندسازی ایشان، جهت پاسخگویی به نیازهای بازار کار در شرایط کنونی و آینده، از جمله مسائلی است که باید برای فقرزدایی دنبال شود. معرفی به آموزشگاه‌های فنی و حرفه‌ای جهت آموزش و ارتقای سطح مهارت‌های تجربی و جذب این زنان در کارگاه‌های تحت نظارت سازمان‌های حمایت‌کننده از دیگر کارهایی است که میتوان برای زنان سرپرست خانوار انجام داد. برای امنیت شغلی بیشتر و به دلیل دغدغ‌های که

مادران برای نگهداری از فرزندان خود دارند، مشاغل این زنان باید به محل زندگی آنها نزدیک عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ۱۰۰... باشد. در واقع به دلیل هزینه‌های مهدکودک و عدم امکان نگهداری کودک توسط اقوام، با نزدیکی محل کار به منزل، مادران از فرزندان خود مراقبت کرده و بخش مهمی از نگرانیهای این زنان رفع خواهد شد.

ارائه خدمات فرهنگی، آموزشی و اجتماعی به زنان، از طریق مراکز مشاوره و مددکاری با هدف بالا بردن اعتماد به نفس آنها ضروری به نظر می‌رسد چرا که زنان سرپرست خانوار نیاز به شناختن تواناییها و قابلیت‌های نهفته خود و رسیدن به خودباوری دارند.

لزوم ایجاد برنامه‌های "اشتغالزایی" بدلیل بیکاری اکثریت زنان سرپرست خانوار، نداشتن درآمد، عدم تغذیه مناسب و وضعیت بهداشتی نامناسب این قشر از جامعه، در اولویت همه برنامه‌ها قرار دارد. از دیگر راهکارهای حمایتی زنان سرپرست خانوار، میتوان به افزایش مستمری آنها برای تأمین مایحتاج زندگی بر اساس نرخ تورم، افزایش وام‌های بلند مدت با اقساط کم بازده جهت حل مشکل مسکن، کاریابی، تحصیل فرزندان و ارائه خدمات تأمین اجتماعی در زمینه بیمه درمانی این زنان و اعضای خانواده‌های زن سرپرست که از هیچ بیمه‌ای برخوردار نیستند اشاره کرد.

منابع

فارسی

- الیارد، پ. (. ۱۳۳۵). آموزش و پرورش در قرن بیست و یکم، گزارش کنفرانس آموزش و پرورش برای آینده، ترجمه امان الله صفوی، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، چاپ اول.
- بابایی، ن. (. ۱۳۳۲). نیازهای سلامت نوجوانان در بستر تحولات اجتماعی، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳، بهار.
- پراواز، و. (. ۱۳۳۵). آموزش برای آینده، گزارش کنفرانس آموزش برای آینده، ترجمه داور شیخاوندی، سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، چاپ اول.
- جوشن لو، م. و نصرت آبادی، م. و رستمی، ر. (. ۱۳۳۰). بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی جامع، فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال سوم، شماره ۱، پاییز.
- خسروی، ز. (. ۱۳۳۳). بررسی مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی زنان سرپرست خانواده، مرکز امور مشارکت زنان نهاد ریاست جمهوری.
- ۱۰۱ فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و ششم، بهار ۳۰۴.
- خیرالله پور، ا. (. ۱۳۳۳). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی با تاکید بر سرمایه اجتماعی، مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جامعه‌شناسی.
- سام آرام، ع. (. ۱۳۳۳). نظریه‌ها در مددکاری اجتماعی، جزوه درسی دانشگاه علامه طباطبایی.

- فروزان، س؛ بیگلریان، ا. (۱۳۳۲). زنان سرپرست خانوار، فرصتها و چالشها، فصلنامه پژوهش زنان، بهار، ش ۰.
- فروم، ا. (۱۳۳۰). جامعه سالم، ترجمه اکبر تبریزی، تهران: نشر بهجت.
- کرایب، ی. (۱۳۳۰). نظریه اجتماعی مدرن، ترجمه عباس مخبر، تهران: نشر آگاه
- کلاین، ا. (۱۳۳۳). روانشناسی سلامت مردان، ترجمه جعفر نجفی زند، تهران: نشر آگاه.
- مارموت، م. و ریچارد، و. (۱۳۳۶). مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، ترجمه علی منتظری، تهران: سازمان جهاد دانشگاهی، پژوهشکده علوم بهداشتی.
- مصفا، ن. (۱۳۳۰). مشارکت سیاسی زنان در ایران، تهران: موسسه چاپ و نشر وزارت امور خارجه.
- مطیع، ن. (۱۳۳۳). فرصتهای کودکان در خانوادههای زن سرپرست یونیسف، مجله زنان، ش ۰۳ و ۰۴.
- مرندی، س. ع. (۱۳۳۰). عوامل اجتماعی سلامت، در کتاب جامع بهداشت عمومی، تهران: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن آوری، چاپ دوم.
- انگلیسی

- Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004), Social Well-being in the U.S. : A Descriptive Epidemiology, In orville Brim; Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds), *Healthing Are You? A National Study of Well-being of Medlife*, University of Chicago Press.
- عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت ۱۰۳ ...
- Larson, J. S. (1996), *The World Health Organization Definition of Health: Social versus Spiritual Health*, *Social Indicators Reserch*, 38.
- Sergin, C. & Eliton, SN. (2000), *Social Skills Rating; Poor Social Skills Are a Vulnerability Factor in the Development of Psychosocial, Human Communication Research*, 26__