

## تأثیر خدمات کمیته امداد امام خمینی (ره) بر سلامت اجتماعی مددجویان: زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهر شیراز، ایران

سیدصد بهشتی<sup>۱\*</sup>، حمید صداقت<sup>۲</sup>، خیری حمید پور<sup>۳</sup>

۱- استادیار، گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

۲- دانشجوی دوره دکتری، گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

۳- کارشناس ارشد، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

\*نویسنده رابط: sbeheshty@yu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۳/۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۲۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** سلامت اجتماعی افراد جامعه از پدیده هایی است که می تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند. خدمات کمیته امداد امام خمینی (ره) به عنوان یک نهاد حمایتی که در بدو انقلاب به منظور کمک به فقرا و توانمندسازی آنها برای رهایی از فقر تاسیس شده است تا چه اندازه توانسته بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش اثر گذار باشد؟ برای پاسخگویی به این سوال، این پژوهش با روش کمی و شیوه پیمایشی انجام شده است.

**روش کار:** ۲۲۱ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد شهر شیراز به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای با ابزار پرسشنامه، مورد بررسی قرار گرفتند.

**نتایج:** یافته های این تحقیق نشان داد سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش و تمامی ابعاد آن از سطح متوسط طیف بالاتر هست.

**نتیجه گیری:** خدمات آموزشی، بهداشتی و مالی ارائه شده از سوی این کمیته هرچند ممکن هست در ابعاد مختلفی از زندگی مددجویان اثر گذار بوده باشد اما نتوانسته است بر سلامت اجتماعی مددجویان اثر معناداری بگذارد. از اینرو لازم هست این کمیته در نحوه و نیز محتوای خدمات ارائه شده، در راستای ارتقای سطح سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش تجدید نظر بنماید.

**واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی، زنان سرپرست خانوار، کمیته امداد امام خمینی، شیراز، ایران

### مقدمه

تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت بیانگر حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی است، ولی در اغلب موارد هرگاه سخن از سلامت به میان آمده، عمدتاً ابعاد جسمی و روانی آن مورد توجه بوده و سلامت اجتماعی مورد غفلت واقع شده است. این در حالی است که رشد و تعالی جامعه در گرو جنبه های گوناگون

سلامت در طول سده ها از یک مفهوم انفرادی به یک هدف جهانی مبدل گشته و تحقق آن منوط به تأمین سطح مناسبی از کیفیت زندگی شده است. فقدان یا نقصان سلامت اعضای یک جامعه، از دیدگاه اجتماعی سبب ناتوانی افراد در ایفای نقش های اجتماعی، اختلال در نظم اجتماعی و ناتوانی جامعه در دستیابی به سطح معینی از توسعه می شود. اگرچه

سلامت آن جامعه، به ویژه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد (۱).

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که ارائه تعریف دقیقی از آن، کار آسانی نیست. سلامت اجتماعی به توانایی فرد در برقراری تعامل مؤثر با اجتماع و دیگران، به منظور ایجاد روابط ارضاء‌کننده شخص و محقق‌کننده نقش‌های اجتماعی اطلاق می‌شود. سلامت اجتماعی در واقع شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان‌ها، ایجاد روابط مثبت متکی به دیگر افراد جامعه و داشتن روابط سالم است (۲). به تعبیری دیگر، سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی بر می‌شماریم که بتواند فعالیت و نقش‌های اجتماعی خود را در متعارف، بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی، احساس پیوند و اتصال نماید. در تعریف سلامت اجتماعی گفته می‌شود که کیفیت درگیر شدن و تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه یکی از تعاریف سلامت اجتماعی است و نتیجه نهایی این تعامل ارتقای سرمایهی اجتماعی، کاهش فقر و بی‌عدالتی است که نقطه مقابل آن افزایش آسیب‌های اجتماعی است (۳).

باید در همین جا مشخص کرد که علی‌رغم به کارگیری زیاد واژه سلامت و ابعاد آن هنوز فضای مفهومی این واژه‌ها چندان تفکیک نشده‌اند. برای مثال سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را، حالتی از سلامتی می‌داند که در آن فرد توانایی‌های خود را می‌شناسد، می‌تواند با فشارهای طبیعی زندگی مقابله کند، برای جامعه مثمر ثمر باشد و قادر به تصمیم‌گیری و مشارکت جمعی باشد (۴). چنانکه مشاهده می‌شود این تعاریف علیرغم داشتن نام‌های متفاوت همپوشانی زیادی با هم دارند.

امروزه در کنار خانواده‌های هسته‌ای متداول، شکل دیگری از خانواده وجود دارد: خانواده تک سرپرست، خانواده‌های گسترده و خانواده‌هایی که نقش والدین در آن‌ها

عوض شده است (۵). از آن جمله می‌توان به خانواده‌های زنان سرپرست خانوار اشاره نمود. در مطالعه Horrel و Krishnan طلاق، فوت، اعتیاد همسر، از کار افتادگی او، زندانی شدن همسر، رها شدن توسط مردان مهاجر یا بی‌مبالاتی علل بوجود آورنده پدیده زنان سرپرست خانوار است (۶). آمار این خانواده‌ها در سال‌های اخیر از روند رو به رشدی برخوردار بوده و چنین زنانی باید به تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش بکشند (۷). Marimuthu بیان می‌کند خانوارهایی که زنان سرپرستی آن‌ها را بر عهده دارند یک چهارم جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند (۸). در ایران نیز آمار زنان سرپرست خانوار افزایش یافته و ۱۰٪ خانواده‌های ایرانی زن سرپرست هستند (۹). آمار موجود در مرکز امور زنان از روند فزاینده تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار طی چهار دهه اخیر خبر می‌دهد، به طوری که در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵، ۱۳۹۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۷/۳٪، ۸/۴٪، ۹/۴۵٪، ۱۲/۷٪ از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند (۱۰). این روند رو به رشد توأم با مسائل و مشکلات ناشی از سرپرست بودن زنان در خانواده پدیده سرپرستی زنان را به مسئله در خور توجه تبدیل کرده است که رسیدگی به مسائل این گروه از افراد جامعه بسیاری از آسیب‌های احتمالی که در آینده می‌تواند باعث تهدید سلامت جامعه شود جلوگیری می‌کند.

تعدد نقش‌هایی که زنان سرپرست خانوار در غیاب همسر دارند و مشکلاتی که در زمینه مسائل اقتصادی، اجتماعی، جسمی، روانی، حقوقی و خانوادگی دارند، به عنوان عامل استرس‌زا می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها در تمامی ابعاد تحت تأثیر قرار دهد (۱۱). این گروه به علت این‌که توان اداره امور اقتصادی خود و خانواده خود را ندارند، به سازمان‌های حمایتی روی آورده و به کمک‌های موردی و مستمری‌های ناچیز این نهادها بسنده کرده و با مسائل زندگی در چارچوب خانه دست و پنجه نرم می‌کنند. برخی از این زنان علاوه بر ایفای نقش مادری، وارد عرصه‌ی اقتصادی و بازار

می‌شود (۹)، به طوری که در بسیاری از موارد خانوارهای مذکور پس از یک دوره فعالیت و درآمدزایی مجدداً به چرخه فقر برمی‌گردند تا جایی که کماکان توسط خود دستگاه‌های حمایتی نیازمند تشخیص داده می‌شوند (۱۳). گزارش عملکرد سازمان‌های حمایتی بیان‌کننده آن است که چالش‌ها و موانع زیادی در راه گسترش فعالیت‌های مناسب و پایدار برای زنان سرپرست خانوار وجود دارد. به همین دلیل مشاهده می‌شود که پیشرفت واقعی در این زمینه به کندی رخ داده است.

با توجه به ساختار اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی حاکم بر جوامع، زنان سرپرست خانوار با مشکلاتی از قبیل تبعیض-های جنسیتی، فرصت‌های نابرابر اقتصادی، شغلی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی، کم بودن اطلاعات، دانش و آگاهی‌های علمی و کاربردی، پایین بودن دستمزد زنان در مقایسه با مردان روبرو هستند. مجموعه این عوامل سبب شناخته نشدن ارزش واقعی و عدم شکوفایی قابلیت‌های زنان سرپرست خانوار شده است و توانمندسازی آنان را با مشکل روبه‌رو کرده است. لذا با توجه به شرایط خاص این افراد، به نظر می‌رسد تنها اعطای کمک‌های مالی برای این گروه کفایت نمی‌کند و لازم است برنامه‌هایی به منظور توانمندسازی این قشر، در ابعاد و سطوح مختلف، در نظر گرفته شود. یکی از این برنامه‌ها می‌تواند زمینه‌سازی برای افزایش و به فعلیت رساندن سطح پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و در یک کلام سلامت اجتماعی این گروه باشد. در این راستا پژوهش حاضر ضمن بررسی وضعیت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) در نظر دارد تاثیر خدمات این نهاد حمایتی را بر وضعیت سلامت اجتماعی آنها بررسی نماید.

مهاجری امیری و همکاران (۱۴) پژوهشی با هدف «بررسی نقش عوامل اجتماعی و روانشناختی بر توانمندسازی زنان روستایی سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد»

اشتغال شده و امور اقتصادی خانواده را نیز هدایت می‌نمایند و به دلیل عدم دسترسی به مشاغل با منزلت اجتماعی بالا، مجبور به اشتغال در مشاغل حاشیه‌ای، نیمه وقت، غیر رسمی و کم درآمد می‌گردند (۷).

اغلب پژوهش‌های انجام شده روی زنان سرپرست خانوار، مشکلات اقتصادی، فقر مالی و سلامت روانی زنان سرپرست خانوار را مطالعه کرده‌اند. به این فهرست، می‌توان پذیرش اجتماعی توانمندی‌های زنان و فراهم شدن امکانات شایسته برای شکوفا شدن این توانمندی‌ها، افزایش میزان احساس تعلق آنان به جامعه، و بالا رفتن قدرت کنترل و مدیریت زنان بر محیط زندگی و داشتن حق انتخاب را به عنوان شاخص‌های ویژه سلامت اجتماعی نیز افزود. سلامت زنان پایه و اساس سلامت جامعه است و دستیابی به آن تنها در صورت توجه همه جانبه به تمام ابعاد سلامت امکان‌پذیر است.

یکی از مهم‌ترین وظایفی که به سازمان‌های حمایتی واگذار شده است، موضوع توانمندسازی است. شیوه‌نامه‌ی توانمندسازی در کمیته امداد امام خمینی (ره)، نیز شامل دستورالعمل آموزشی در ۳ فصل مشتمل بر خدمات تحصیلی دانش‌آموزان، خدمات دانشجویی، آموزش بزرگسالان، توانمندسازی اقتصادی شامل امکانات، اولویت‌بندی مددجویان، تدوین طرح اشتغال، اعطای تسهیلات، وام خودکفایی، بازپرداخت و نظارت بر اجرای طرح می‌باشد (۹). دولت موظف است با فراهم‌سازی زمینه‌های توانمندسازی زنان به رشد و توسعه اقتصادی مبتنی بر دانش کمک نماید (۱۲).

اگرچه در شرایط فعلی دولت از طریق دستگاه‌های حمایتی از جمله کمیته امداد، بهزیستی و غیره از زنان سرپرست خانوار کشور به طور رسمی حمایت می‌کند اما برنامه‌های حمایتی عمدتاً در قالب پرداخت‌های کمکی دنبال شده‌اند و در بسیاری از موارد صرفاً به ارائه تسهیلات مالی بسنده شده و به سایر جنبه‌های توانمندسازی کمتر بها داده

نتیجه رسیدند که با افزایش حمایت اجتماعی، سلامت روان ادراک شده افراد نیز افزایش می‌یابد.

#### District (۱۹) در رساله دکتری خود بر روی ارزیابی

مشکل سلامت اجتماعی اصلی زنان سرپرست خانوار در مبارزه برای بقا، نحوه تغییر نگرش منفی جامعه نسبت به آنها و عامل تأثیرگذار متمرکز شده است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میزان غالب فقر در خانوارهای سرپرست زن زیاد است، به دلیل فقدان درآمد آنها مجبور شده‌اند در شرایط خطرناک و عدم امنیت درآمد زندگی کنند. در نتیجه اکثریت آنها در معرض فقر هستند. فقدان تحصیلات و تعداد خانواده-های بزرگ از جمله عوامل مؤثر در بروز بیشتر فقر در خانوارهای سرپرست زن است. همچنین زنان سرپرست خانواده در معرض روابط ضعیف با همسایگان خود هستند و این امر بر مشارکت آنها در امور اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد.

#### TushabomweKazooba و Busingye (۲۰)

پژوهشی با عنوان «چالش‌های پیش روی زنان سرپرست خانوار در دسترسی و استفاده از وام‌های خرد در بین شهرداری‌های منتخب جنوب غربی اوگاندا» انجام داده‌اند. سوال اصلی این مقاله این است که آیا افزایش دسترسی به تأمین مالی خرد منجر به کاهش فقر در زنان سرپرست خانوار در شهرداری‌های منتخب جنوب غربی اوگاندا می‌شود؟ داده‌ها از ۲۰۹ پاسخ دهنده با استفاده از پرسشنامه، مصاحبه و بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری شده است. این مطالعه نشان می‌دهد که زنان سرپرست خانوار با چالش‌های دسترسی مانند بوروکراسی، محدودیت امنیت وثیقه، تبعیض، تأخیر در وام و هزینه بالای وام روبرو هستند. چالش‌های مربوط به استفاده از وام شامل تنش گروهی در مورد بازپرداخت وام، شرایط وام، مهلت، نرخ بهره، جریمه و مجازات بود.

هر چند تحقیقات متعددی در زمینه سلامت اجتماعی و نیز وضعیت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد به صورت مجزا انجام شده است ولی برای اولین بار

انجام داده‌اند. جامعه آماری تحقیق ۴۰۰ نفر از زنان روستایی که با روش نمونه‌گیری ۲۰۸ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. نتایج به دست آمده نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین عوامل روانشناختی و اجتماعی با توانمندسازی زنان روستایی سرپرست خانوار وجود دارد.

ولی‌پور (۱۵) پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی ادراک شده و استرس ادراک شده با سلامت روان زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد» انجام داده‌اند. به همین منظور، تعداد ۲۳۷ نفر از زنان سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد شهر باشت با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که میان حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان زنان سرپرست خانواده همبستگی مثبت وجود دارد. میان استرس ادراک شده و ابعاد آن با سلامت روان همبستگی منفی وجود دارد. میان حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد آن با استرس ادراک شده همبستگی منفی وجود دارد.

عابدی و همکاران (۱۶) پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان با تأکید بر دینداری» انجام داده‌اند. نتایج نشان دادند بین متغیرهای مستقل با سلامت اجتماعی زنان، رابطه معناداری وجود دارد. نتیجه مدل معادله ساختاری، این بود که با افزایش پایگاه اقتصادی و اجتماعی، سرمایه اجتماعی زنان، بیشتر شده و با افزایش سطح پایگاه اقتصادی و اجتماعی، سلامت اجتماعی ایشان افزایش می‌یابد.

#### Shapiro و Keyes (۱۷) براساس یافته‌ها وضعیت

شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم‌تر از مردان است. زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری را در مقایسه با مردان با همان جایگاه شغلی گزارش کرده‌اند.

#### Collins و Chadwick (۱۸) در پژوهشی با عنوان

ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روانی به این

در تعریف سلامت اجتماعی گفته می شود کمیت و کیفیت درگیر شدن و تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه و نتیجه نهایی این تعامل ارتقای سرمایه‌ی اجتماعی، کاهش فقر و بی عدالتی است که نقطه‌ی مقابل آن افزایش آسیب‌های اجتماعی است (۲۲).

از نظر تجربی، مفهوم سلامت اجتماعی در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی ریشه دارد. اما مطابق مدل سلامت محور، نبود احساس ناهنجاری و بیگانگی ممکن است بیانگر حضور سلامت اجتماعی نباشد (۱۷). به نظر بزهر سلامت اجتماعی مفهومی از حمایتی است که خانواده و دوستان در اختیار فرد قرار می دهند و به نوعی فراهم کننده حمایت اجتماعی فرد است. سلامت اجتماعی درجه‌ای از بهزیستی یا خوشبختی اجتماعی محسوب می شود (۲۳).

با توجه به وظیفه حمایتی کمیته امداد شایسته هست به برخی نظریه های پیرامون حمایت اجتماعی نیز پرداخته شود. در بحث مربوط به این پدیده رایج ترین تعریف مربوط به لیدری است که به در دسترس بودن و کیفیت روابط با افرادی که منابع حمایتی را در مواقع مورد نیاز فراهم می کنند تاکید دارد معتقد است که اقوام، خانواده، دوستان و آشنایان، خدماتی عینی را فراهم می کنند که موجب می شود یک فرد احساس مراقبت دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن کند و خود را جزئی از شبکه ارتباطی بداند و اظهار می دارد که حمایت اجتماعی برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می آورد که احساس محبت و نزدیکی از ویژگی های اصلی این ارتباط است و نیازهای افراد از طریق منابع جامعه در اختیارشان می گذارد تامین می شود که این منابع شکل های متفاوت دارند که عبارت اند از ایزاری، اطلاعاتی و عاطفی. افراد براساس روابط اجتماعی و نوع پیوندهایی که دارند از منابع حمایتی برای برطرف کردن نیازهایشان استفاده می کنند به طوری که هر اندازه روابط اجتماعی گسترده تر باشد میزان دسترسی بر منابع حمایتی را بیشتر می کند. در

هست که در این مقاله این دو متغیر در ارتباط با هم مورد مذاقه قرار می گیرند.

مبانی نظری پژوهش: به طور کلی مفهوم سلامت اجتماعی را به عنوان متغیر وابسته این پژوهش می توان از مدل کیز بررسی نمود. از دیدگاه کیز، سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که در کنار یکدیگر نشان می دهند، افراد چگونه و در چه درجه‌ای در زندگی اجتماعی خود، به عنوان همسایه، همکار و همشهری، خوب عمل می کنند. کیز سلامت اجتماعی را این گونه تعریف می کند: چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست. وی مفهوم سلامت اجتماعی را با مقیاسی جامع و با در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم سازی می کند و معتقد است که بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی و محیطی نمی توان عملکرد شخص و سلامت او را ارزیابی کرد. او در نظریه‌ی خود، سلامت اجتماعی را براساس مدلی پنج وجهی تعریف می کند:

۱. انسجام اجتماعی: کیفیت روابط فرد در گروه اجتماعی که به آن تعلق دارد و احساس اینکه بخشی از جامعه است و از طرف آن حمایت می شود.
۲. پذیرش اجتماعی: داشتن گرایش‌های مثبت به افراد، تصدیق کردن دیگران به طور کلی، پذیرش افراد علی‌رغم برخی از رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده آنها.
۳. مشارکت اجتماعی: در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماعی می داند و فکر می کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد.
۴. انطباق اجتماعی: اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است و نیز شناختن و علاقمند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن.
۵. شکوفایی اجتماعی: آگاهی داشتن و اعتقاد به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است و فکر کردن به قابلیت جامعه برای رشد مثبت (۲۱).

خصوص حمایت اجتماعی ثنوری‌های گوناگونی ارائه شده است.

در بحث حمایت اجتماعی نیز از ثنوری هاوس استفاده می‌شود. هاوس حمایت اجتماعی را دارای سه بعد حمایت ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی می‌داند. حمایت عاطفی شامل عشق و محبت و همدلی است. حمایت اطلاعاتی یعنی انتقال اطلاعات یا راهکارها به فرد برای سازگاری و مقابله با مسائل و مشکلاتی که با آن‌ها مواجه شده است. برای مثال، هنگامی که فرد با مشکلی مواجه می‌شود اطرافیانش راهکارهایی را به او پیشنهاد می‌کنند. حمایت ابزاری نیز به انواع کمک‌ها و مساعدت‌های محسوس اشاره دارد، مثل وام دادن به فردی یا قرض گرفتن از کسی (۱).

کوهن به تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأکید دارد و بیان می‌کند که "حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند بر ارتقاء سلامتی و شادابی افراد و در نتیجه بالا رفتن کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد که باید بین این دو فرایند تمایز قائل شد. اولین نوع این فرایند شامل تهیه و مبادله منابع و کمک‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری در پاسخ به این تصور که دیگران نیازمند چنین منابع و کمک‌هایی هستند، می‌باشد؛ چرا که «نیاز» اغلب با تجارب استرس‌زای مزمن یا حاد از قبیل بیماری، حوادث ناگوار زندگی و اعتیاد همراه است. در این مدل مفهوم حمایت اجتماعی برای اشاره به منابع اجتماعی که افراد فکر می‌کنند قابل دسترسی هستند و یا به طور واقعی به وسیله‌ی گروه‌های حمایت‌کننده رسمی و غیررسمی فراهم شده، به کار رفته است. در فرآیند دوم، بر منابع سلامتی حاصل از مشارکت در یک یا چند گروه اجتماعی متمرکز و تأکید می‌شود". به نظر کوهن، حمایت اجتماعی بر سلامتی فیزیکی و روانی از طریق تأثیرش بر رفتارها، شناخت‌ها و عواطف تأثیر می‌گذارد. در زمینه‌ی سلامتی روانی، حمایت اجتماعی، سیستم‌های پاسخ‌دهنده را تنظیم می‌کند و از بروز پاسخ‌های افراطی همراه با اختلالات روانی جلوگیری می‌کند (۲۱)

از نظر برکمن، حمایت اجتماعی از یک بعد به انواع مختلفی از قبیل حمایت عاطفی، ابزاری، اطلاعاتی و ارزیابانه تقسیم می‌شود. حمایت عاطفی با میزان محبت و علاقه، درک و اعتماد و ارزشی که فرد از دیگری دریافت می‌کند مرتبط است. این نوع حمایت در اکثر مواقع به وسیله‌ی فرد مطمئن و مورد اعتماد به فرد ارائه می‌شود. حمایت ابزاری (اقتصادی) به کمک و مساعدت افراد در جهت برطرف کردن نیازهای مادی اطلاق می‌شود که به صورت پرداخت پول یا نیروی کار صورت می‌گیرد. حمایت ارزیابانه که به کمک برای تصمیم‌گیری، ارائه پیشنهادها مناسب اشاره می‌کند و حمایت عاطفی با تهیه‌ی خبر و اطلاعات در مورد برطرف کردن نیازهای خاص مرتبط است (۲۴).

به طور کلی مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته از مدل کبیز بررسی شده است که ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی که توسط کبیز مطرح گردیده زیربنای متغیر ما را تشکیل می‌دهد شامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی. همچنین در مورد حمایت اجتماعی، نیازهای افراد از طریقی که جامعه در اختیارشان می‌گذارد تامین می‌شود که این منابع شکل‌های متفاوتی دارند که عبارت‌اند از ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی که موجب ارتقاء سطح سلامت اجتماعی افراد می‌شود. حمایت اجتماعی می‌تواند از منابع مختلفی ناشی شود. دوستان، همکاران، همکلاسیان و غیره. فقدان حمایت یکی از این منابع می‌تواند از سوی سایر منابع جبران شود. در اینجا بایستی تمایز مهمی بین حمایت‌های غیررسمی دوستان و خانواده و حمایت‌های رسمی سیستم‌های خدماتی قائل گردید. این تمایز با میزانی که حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت خودجوش صورت گرفته یا سیستم‌های ارائه خدمات اجتماعی ایجاد شده مرتبط است. حمایت غیررسمی ساختاریافتگی کمتری داشته و به صورت آزادانه انجام می‌گیرد، این نوع حمایت از روابط با خانواده، دوستان و یا در هنگام وقوع بحران یا نیازها ناشی می‌شود اما حمایت رسمی

مقادیر ضریب  $KMO$  و نیز مقادیر ضریب آلفای کرونباخ ارایه شده در جدول ۱ نشان می دهد تمامی متغیرهای تحقیق از اعتبار و پایایی مناسب جهت استفاده در تحلیل ها برخوردارند.

برای تحلیل توصیفی داده ها از نرم افزار  $SPSS$  و برای تحلیل استنباطی آنها از مدل سازی معادلات ساختاری واریانس محور و نرم افزار  $Smart pls$  استفاده شده است.

## نتایج

یافته‌های پژوهش حاضر در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند که در ادامه نتیجه این دو دسته تحلیل بیان می شود.

در این پژوهش متغیر سلامت اجتماعی شامل چندین مولفه بود که توسط ۲۳ گویه در طیف لیکرت سنجیده شد. و پاسخگویان می توانستند نظر خود را با گزینه‌های کاملاً مخالف، مخالف، بی نظر، موافق و کاملاً موافق بیان کنند. پاسخ‌ها نیز از یک تا پنج نمره گذاری شد.

در مجموع در سطح جامعه آماری میانگین سلامت اجتماعی و ابعادش از سطح میانگین طیف بالاتر هستند. میانگین به دست آمده از این متغیر ۷۹,۶۸ هست در حالیکه میانگین طیف برابر با ۶۹ بوده است. یافته های توصیفی در جداول نمایش داده شده اند. برای قضاوت در مورد این متغیر و ابعادش و نیز متغیرهای خدمات کمیته امداد در سطح جامعه آماری از آزمون تی تک نمونه ای استفاده شده است. نتایج این آزمون (سطح معناداری) نشان می دهد میانگین سلامت اجتماعی و ابعادش در بین جامعه آماری با اطمینان ۹۹٪ بالاتر از سطح متوسط هست. در حالی که در مورد خدمات کمیته امداد نتیجه کاملاً برعکس بوده و میانگین کسب شده در سطح جامعه آماری به وضوح پایین تر از سطح میانگین طیف هست (با فاصله اطمینان ۹۹٪). همچنین توزیع آماری متغیرها حدوداً نرمال هست. جدول ۱ ویژگی های متغیرهای بررسی شده در این تحقیق را نشان می دهد.

غالباً از سوی مؤسسات و نهادهای خصوصی و دولتی انجام می گیرد. مؤسسات رسمی فراوانی به شیوه‌های متفاوت به حمایت از قشر کم درآمد به ویژه زنان سرپرست خانوار پرداخته‌اند، که کمیته امداد امام خمینی (ره) از جمله نهادها و سازمان‌هایی می باشد و به عنوان بزرگترین نهاد حمایتی کشور مطرح بوده که به امور این افراد پرداخته و در جهت توانمندسازی آنان اقداماتی را انجام می دهد.

فرضیه‌های پژوهش، فرضیه اول: به نظر می رسد خدمات آموزشی و فرهنگی کمیته امداد امام خمینی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار اثر معناداری دارد. فرضیه دوم: به نظر می رسد خدمات بهداشتی کمیته امداد امام خمینی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار اثر معناداری دارد. فرضیه سوم: به نظر می رسد خدمات مالی کمیته امداد امام خمینی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار اثر معناداری دارد. فرضیه چهارم: به نظر می رسد سلامت اجتماعی اجتماعی زنان سرپرست خانوار بر حسب متغیرهای زمینه ای (سطح درآمد، محل تولد، محل سکونت، سالهای سرپرستی و وضع تاهل) تفاوت معناداری دارد.

## روش کار

رویکرد مورد استفاده در این پژوهش کمی و روش مورد استفاده از نوع پیمایشی می باشد. ابزار جمع آوری داده ها متشکل از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز و گویه های محقق ساخته است. جامعه آماری در این تحقیق شامل زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر شیراز است. حجم نمونه نیز ۲۲۱ نفر برآورد شده است. با توجه به ماهیت موضوع و جامعه آماری مورد مطالعه، از روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای استفاده شده است. اعتبار پرسشنامه این تحقیق با استفاده از اعتبار صوری و سازه (با استفاده از تکنیک تحلیل عاملی) به دست آمده و برای سنجش پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است.

در واقع آمار تحلیلی شامل تمامی آماره‌ها و آزمون‌هایی می‌گردد که به آزمون فرضیه‌های تحقیق و به عبارتی برآورد پارامترهای جامعه از آماره‌های نمونه می‌پردازد.

برای اندازه‌گیری و بررسی تاثیر خدمات اختصاص یافته کمیته امداد بر سلامت اجتماعی مددجویان از مدل سازی معادلات ساختاری واریانس محور استفاده شده است. در این مدل، عامل پنهان سلامت اجتماعی به عنوان متغیر وابسته، به صورت یک مدل اندازه‌گیری انعکاسی سلسله مراتبی شش عاملی، اندازه‌گیری شده است. بارهای عاملی در این مدل به خوبی نشان دهنده اندازه‌گیری مناسب این سازه هست.

متغیرهای مستقل تحقیق نیز خدماتی هستند که از سوی کمیته امداد به این دسته از زنان ارایه می‌شود و در سه مدل اندازه‌گیری انعکاسی مجزا تحت عناوین خدمات آموزشی و فرهنگی، خدمات بهداشتی و نهایتاً خدمات مالی اندازه‌گیری شده و در مدل کلی قرار داده شده اند تا اثرشان روی سلامت اجتماعی جامعه آماری بررسی شود. در مجموع مدل معادله ساختاری متغیرهای تحقیق در شکل ۱ نشان داده شده اند.

نتیجه خودگردان سازی داده‌ها با ۵۰۰۰ نمونه جایگزین نشان می‌دهد اثر هیچکدام از خدمات ارایه شده روی سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار معنادار نیست. بنابر این فرضیه‌های مربوط به اثر گذاری خدمات آموزشی، بهداشتی و مالی کمیته امداد بر وضعیت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار رد می‌شود.

همچنین مقایسه مدل‌ها بر حسب متغیرهای مداخله‌گر نیز نتایج زیر را به همراه داشت:

هم پوشانی ضرایب مدل با فاصله اطمینان ۹۵٪ نشان می‌دهد محل تولد پاسخگو(شهر یا روستا) هیچ تفاوت معناداری روی ضرایب دیده شده در مدل ایجاد نمی‌کند. همچنین هیچ یک از پارامترهای برآورد شده مدل بر حسب محل سکونت پاسخگویان نیز معنادار نیست و این امر به این

معناست که محل سکونت پاسخگویان به عنوان متغیر مداخله‌گر در مدل اثر گذار نیست.

جدول ۲ نتایج فرضیه‌هایی که معناداری تفاوت سلامت اجتماعی بر حسب برخی متغیرها را آزمون کرده است نمایش می‌دهد. برای این آزمون با توجه به تعدد طبقات متغیرها از آزمون‌های تی و تحلیل واریانس یک طرفه (F) استفاده شد. نتایج به دست آمده از این آزمون‌ها به شرح زیر هست:

مقایسه سطح سلامت اجتماعی براساس وضعیت تاهل نشان از نبود تفاوت معنی‌دار در بین طبقه‌های مختلف می‌باشد (F ۰/۴۴۷, p= ۰/۷۷۴). مقایسه میانگین این متغیر بر حسب محل تولد نشان می‌دهد زنانی که در شهر متولد شده‌اند سطح سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به زنانی که در روستا متولد شده‌اند دارند (T=۲/۲۰۶, p= ۰/۰۲۸). اما میزان سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تحصیلات تفاوت معنی‌دار در بین طبقه‌های مختلف ندارد (F ۰/۴۴۷, p= ۰/۷۷۴). همچنین میانگین شاخص "سلامت اجتماعی" براساس سال‌های سرپرستی نشان از وجود اختلاف معنی‌دار در بین گروه‌های مختلف دارد (F ۳/۹۵۹, p= ۰/۰۰۹).

## بحث

امروزه تعداد خانوارهای تک‌والد در اغلب جوامع، از جمله ایران، افزایش یافته است. در این میان، رشد خانوارهای زن سرپرست خانوار بی‌سابقه و چشمگیر است. مشکلات زندگی مشترک از جمله اعتیاد همسر، فوت همسر یا از کار افتادگی او یا متواری شدن و غیره همگی، از دلایلی است که سرپرستی خانوار را بر عهده زن می‌گذارند و توازن موجود در خانواده به هم می‌خورد. پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار با خدمات کمیته امداد امام خمینی شهر شیراز انجام گرفت.

در رابطه با وضعیت سلامت اجتماعی پاسخگویان بر حسب متغیرهای مختلف نتایج زیر حاصل شد:



در مورد رابطه بین سلامت اجتماعی و میزان درآمد مالی این نتیجه کسب شد که سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار بر حسب سطح درآمد تفاوت معناداری دارد و با افزایش درآمد مالی افراد وضعیت سلامت اجتماعی آنها بهبود می‌یابد. حسن‌پور و همکاران (۳۱)؛ سازمان بهزیستی کشور (۳۲)؛ خسروی (۳۳)؛ معیدفر و حمیدی (۳۴)؛ Mokomane (۳۵). این نتیجه با پژوهش Marimuthu (۸) همخوانی دارد. به باور ماریموتو در جامعه‌ای که محرومیت نسبی ناشی از درآمد و حقوق وجود داشته باشد، توانمندی افراد کاهش می‌یابد، به دلیل آن که زنان سرپرست خانوار یا خود سرپرست یکی از قشرهای واقعا آسیب‌پذیر جامعه هستند محرومیت نسبی از درآمد موجب کاهش سلامت اجتماعی افراد می‌گردد.

نتایج نشان داد میزان تحصیلات تفاوت معناداری در سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار ایجاد نمی‌کند. نتیجه بدست آمده با یافته‌های بلداجی و همکاران (۷) همخوانی دارد. همچنین یافته‌ها گویای این هست که مدت زمان سال-های سرپرستی بر سلامت اجتماعی اثر معناداری دارد. از جمله دلایل این امر می‌توان به این مورد اشاره کرد که زنانی که مدت بیشتری است که سرپرستی خانوار را بر عهده گرفته‌اند برای مقابله با بحران‌های زندگی تجارب بیشتری پیدا کرده‌اند و در زمینه‌های اقتصادی، عاطفی و روانی تجربه بیشتری نسبت به سایرین دارند (۳۶) که نشان دهنده‌ی این مطلب است که هر چه از سالهای سرپرستی زنان کمتر باشد سلامت اجتماعی آنها با مخاطرات بیشتری همراه هست.

زنان سرپرست خانوار از زمانی که سرپرستی را بر عهده می‌گیرند با آسیب‌ها و تجربه‌هایی روبه‌رو هستند که بیانگر تضعیف حریم زندگی آنان است. در همین زمان، جامعه دست به کار می‌شود و به بهانه‌ی مراقبت از آنان شروع به فعالیت می‌کند. همچنان که مطرح است هدف اصلی و نهایی کمیته امداد در بحث زنان سرپرست خانوار توانمندسازی افراد و خانواده‌ها در جهت کسب استقلال و خودکفایی می‌باشد.

وجود تفاوت معنادار سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، بیوه، مطلقه، متارکه) مورد تأیید قرار نگرفت. نتیجه به دست آمده با یافته‌های نجف‌آبادی (۲۵)، خدایپناهی و همکاران (۲۶)، شریفی و همکاران (۲۷)، ناهماهنگ است در حالی که با نتیجه حاصل از پژوهش Shapiro و Keyes (۱۷) هم‌خوانی دارد. در ارتباط با این فرضیه باید گفت که بین میانگین میزان سلامت اجتماعی و ابعاد آن در بین زنان متأهل و مجرد شهر شیراز تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. بنابراین مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان متأهل و مجرد متفاوت نیست. این نتیجه با نظر مارکس و لمبرت که معتقدند اگرچه ازدواج به طور کلی سلامت اجتماعی زنان را افزایش می‌دهد اما افراد مجرد نیز برخی جنبه‌های ویژه از سلامت را تجربه می‌کنند که از همه مهم‌تر حس استقلال و رشد فردی بیشتر از افراد متأهل است مطابقت دارد (۱۳). زیرا وضعیت تأهل به واسطه موقعیتی که برای زنان متأهل (تأمین حمایت عاطفی و اخلاقی در لحظات اضطراب آفرین) و مجرد (حس استقلال و عدم ایفای نقش‌های چندگانه مادری، همسری و فرزندی) ایجاد می‌کند بر سلامت اجتماعی هر دو گروه تأثیر مثبتی خواهد داشت.

در مورد اثر تفاوت گذار محل تولد با سلامت اجتماعی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد میانگین نمرات افرادی که محل تولدشان شهر است از میانگین نمرات پاسخگویی که در روستا به دنیا آمده‌اند بیشتر است. به عبارت دیگر زنانی که در شهر به دنیا آمده‌اند از سطح سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. شاید بتوان دلیل این امر را وجود امکانات رفاهی بیشتر و بالا بودن سطح زندگی برای افراد بومی نسبت به مهاجرین عنوان نمود. نتیجه بدست آمده با نتایج ساعی ارسی و همکاران (۲۸)، دماری و همکاران (۲۹) و زمانی مقدم و افشانی (۳۰) مبنی بر عامل محل تولد بر سلامت اجتماعی مطابقتی نشان نداد. درحالی که با نتایج حاصل از نتایج کیمیایی (۹) نیز مطابقت نشان داد.

چنانکه مدل معادله ساختاری تاثیر خدمات کمیته امداد بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار نشان داد، خدمات این کمیته عملاً سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار را تحت تاثیر قرار نمی دهد و نمی تواند در راستای انطباق، شکوفایی، مشارکت، انسجام و پذیرش اجتماعی این زنان تغییری ایجاد کند. در واقع این خدمات به ظاهر توانمندساز در راستای ارتقای سلامت اجتماعی بیشتر سراب توانمندی را تداعی می کند.

از آنجا که تفاوت معنادار سطح درآمد بر سلامت اجتماعی در این تحقیق تایید شد به نظر می رسد کمیته امداد باید سیاست های کمک رسانی مالی خود را هم به لحاظ حجم و هم به لحاظ نوع کمک رسانی تغییر دهد. توانمندی اقتصادی به عنوان زیربنای دستیابی به قابلیت ها و توانمندی های لازم برای بهبود سلامت اجتماعی تلقی می شود. فردی که دغدغه معیشت داشته باشد طبیعی است که در نیازهای ابتدایی خویش غوطه ور هست و امکان اندیشیدن به نیازهای سطح بالاتر را ندارد. پس برای رسیدن به سلامت اجتماعی بالاتر باید مشکلات زنان سرپرست خانوار از لحاظ عوامل اقتصادی رفع شود چرا که عامل فقر اقتصادی تأثیر مستقیم و غیر مستقیم خود را بر وضعیت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار برجای می گذارد. همواره مشکل فقر در خانواده های زن سرپرست، بیشتر از خانوارهای با سرپرست مرد است. بسیاری از این زنان از فقدان یک چتر حمایتی و تأمین مالی رنج می برند. بنابراین توجه به این مشکل بزرگ زنان سرپرست خانوار به عنوان مشکلی که بسیاری از مشکلات آنان از آن سرچشمه می گیرد حائز اهمیت است. مطابق با نظریه فقرزدایی، مهمترین مسأله تقلیل فقر و ترغیب توازن رشد اقتصادی است که سطح تولیدی زنان در خانواده های کم درآمد را بالا می برد و با ارتقای سطح درآمد و اشتغال مناسب زنان سرپرست خانوار است که می توان به آنها یاری رساند (۳۷).

از جمله اقداماتی که می تواند منجر به ارتقای سلامت اجتماعی شود، آموزش به زنان در مورد عزت نفس، آگاهی جنسیتی، کسب شایستگی و اطمینان، بکار بستن دانش و مهارت مناسب است. در جامعه امروز آگاهی جنسیتی، منجر

به فعالیت هایی می شود که به زنان قدرت بیشتری می دهد. تحصیلات بالا و آگاهی کامل از حقوق به عنوان وسیله توانمندسازی، از جانب زنان و حتی مردان پذیرفته شده است. شاید بتوان آموزش را از محوری ترین و اساسی ترین راهکارهای توانمندسازی زنان دانست؛ زیرا بی سواد و تحصیلات کم، لطمات زیان آوری را به دنبال خواهد داشت و باعث آسیب پذیری بیشتری در مقابل شرایط اجتماعی، اقتصادی و بدبختی زنان می گردد که خود عامل وابستگی بیشتر زنان است. یافته های پژوهش گویای این واقعیت است که کمیته امداد در اجرای برنامه های مربوط به خدمات آموزشی موفق عمل نکرده است که با یافته های پژوهش (۱) همخوانی دارد. از جمله دلایل این ضعف عملکرد را می توان کم توجهی مسئولین به این بعد از خدمات نسبت داد. این یافته نشان می دهد هرچند کمیته خدمات آموزشی ارایه می دهد. اما این آموزش ها در راستای افزایش سلامت اجتماعی زنان نیست و حداقل در این زمینه ناکارآمد هستند. خدمات کمیته امداد باید در جهت آموزش و آگاه سازی و ایجاد افزایش میزان عزت نفس زنان سرپرست خانوار باشد و مشاوره، آموزش های فنی و حرفه ای، کارهای هنری و کارآفرینی به توانمندی زنان سرپرست خانوار کمک می کند. در مورد رابطه متغیر خدمات بهداشتی با سلامت اجتماعی نتایج این پژوهش نشان می دهد رابطه خدمات بهداشتی با میزان سلامت اجتماعی معنی دار نبوده است.

در خصوص میزان اثر گذاری خدمات کمیته امداد یافته های این تحقیق با دیگر تحقیقات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد. چنانکه آمارها نشان می دهند بر خلاف رسالت اصلی کمیته امداد مبنی بر کمک به فقرا برای خروج آنها از فقر در مجموع این نهاد موفق نبوده است. نتایج به دست آمده از مطالعه بهشتی و زاهدی (۳۸) نیز تایید کننده یافته های این تحقیق است. در مجموع آنچه از این تحقیق بر می آید نیاز کمیته امداد به بازنگری جدی در سیاست های فقرزدایی خویش هست.

## نتیجه گیری

زنان نیمی از منابع انسانی هر جامعه را تشکیل می‌دهند، بنابراین برنامه‌ریزی اصولی برای آن‌ها باید از بنیادهای مهم هر جامعه‌ای باشد. در سال‌های اخیر شاهد روند روبه رشد زنانی هستیم که به تنهایی مسئولیت زندگی خود را به دوش می‌کشند و به عنوان زنان سرپرست خانواده در جامعه معرفی می‌شوند. اغلب این خانواده‌ها دارای مشکلات فراوان هستند، به گونه‌ای که فزونی این گروه از زنان به صورت یک مشکل اجتماعی مطرح می‌شود. پدیده‌ای به نام زنان سرپرست خانوار، یک واقعیت اجتماعی است که امروزه در تمام جوامع به چشم می‌خورد و به دلایل مختلف به وجود می‌آید، زنان سرپرست خانوار از آسیب‌پذیرترین افراد جامعه هستند. این زنان بدلیل ایفای نقش‌های چندگانه (نقش مادری، عاطفی، تأمین معاش خانواده، فرزندپروری) نسبت به سایر افراد اجتماع بیشتر در معرض آسیب و سلامتی آن‌ها بیشتر در خطر است.

توانمندسازی زنان، به ویژه زنان سرپرست خانوار، به عنوان یک هدف توسعه، بر دو جنبه کلی استوار است؛ نخست آن‌که عدالت اجتماعی یک جنبه مهم از رفاه انسانی است و به خودی خود موضوع باارزشی است و دوم اینکه توانمندسازی زنان وسیله‌ای برای دستیابی به این موضوع باارزش است. بنابراین می‌توان به عنوان ابزاری برای پیشبرد رشد اقتصادی، کاهش فقر و زمامداری بهتر امور مطرح باشد. بنابراین تأکید بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار از لحاظ اقتصادی، اجتماعی، روانی و سیاسی بسیار ضروری است و این امر موجب می‌شود که نه تنها به این زنان و فرزندان آنان کمک شود بلکه جامعه هم دچار آسیب کمتری شده و خانواده‌های سالم‌تری در جامعه خواهیم داشت. همچنین با توانمند شدن زنان و به خصوص زنان سرپرست خانوار در جهت پیشبرد اهداف توسعه هم، کمک شایانی می‌شود.

دولت موظف است با فراهم سازی زمینه‌های توانمندسازی زنان به رشد و توسعه اقتصادی مبتنی بر دانش کمک نماید. عملکرد سازمان‌های حمایتی بیان‌کننده آن است که چالش‌ها و موانع زیادی در راه گسترش فعالیت‌های مناسب و پایدار برای زنان سرپرست خانوار وجود دارد. به

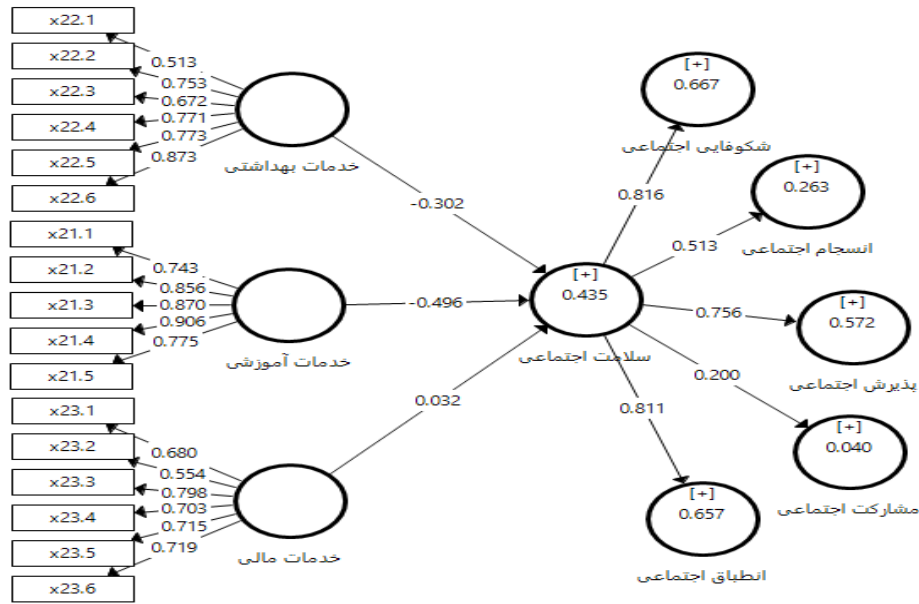
همین دلیل مشاهده می‌شود که پیشرفت واقعی در این زمینه به کندی رخ داده است. بنابراین تحقق خودکفایی و توانمندسازی زنان سرپرست خانوار عملاً با موانعی روبرو است و به مرور زمان توسعه ملی را هم درگیر خود خواهد کرد که این عامل خطر بزرگی در راستای توسعه و پیشرفت کشور است. در حالی که برنامه‌های توسعه برای موفقیت بیشتر باید بر فرآیندهای توانمندسازی تمرکز کنند و بدون مشارکت فعال زنان این برنامه‌ها به توسعه همه‌جانبه، متوازن و پایدار دست نمی‌یابد.

پیشنهادات:

- برگزاری کارگاه‌های آموزشی کارآفرینی و مشاغل خانگی
- پرداخت اعتبار متناسب با فعالیت‌های تولیدی و نیاز دواطلب
- ایجاد و گسترش بازارهای فروشو عرضه تولیدات زنان سرپرست خانوار
- بازاریابی محصولات مددجو و خرید تضمینی محصولات
- اختصاص بیمه درمانی به این گروه از زنان
- ایجاد مراکز آموزشی و تفریحی ویژه زنان سرپرست خانوار و فرزندان آنان جهت بهبود کیفیت و رفاه خانواده
- فرهنگ‌سازی در خانواده‌ها جهت حمایت از زنان سرپرست خانوار و ارزشی شدن این عنوان و مسئولیت برای زنان در کنار حمایت‌های پدرشوهر، قیم قانونی و ...
- برگزاری دوره‌هایی برای آموزش مهارت‌های زندگی برای انطباق بیشتر زنان سرپرست خانوار با محیط اجتماعی زندگی خود

## تشکر و قدردانی

نویسندگان کمال تشکر و سپاسگزاری از زنان سرپرست خانوار مشارکت کننده در این پژوهش را دارند.



شکل ۱- مدل معادله ساختاری متغیرهای تحقیق تاثیر خدمات کمیته امداد امام خمینی (ره) بر سلامت اجتماعی مددجویان: زنان سرپرست خانوار تحت پوشش شهر شیراز

جدول ۱- ضرایب اعتبار و پایایی متغیرهای تحقیق و سطح معنی داری آنها در نمونه آماری زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر شیراز

متغیر	تعداد گویه ها	مقدار KMO	میزان آلفای کرانباخ	میانگین میانگین	میانگین طیف	انحراف معیار	کجی	حداقل	حداکثر	سطح معنی داری
انسجام	۷	۰/۸۱۷	۰/۸۰۳	۲۲/۹۰	۲۱	۵/۰۹۰	۰/۱۲۳	۷	۳۵	۰/۰۰۰
پذیرش	۵	۰/۸۱۰	۰/۸۲	۱۷/۸۷	۱۵	۳/۶۹۸	-۰/۱۰۹	۹	۲۵	۰/۰۰۰
مشارکت	۳	۰/۶۷۵	۰/۷۱۵	۱۰/۵۶	۹	۲/۱۳۳	-۰/۱۲۰	۴	۱۵	۰/۰۰۰
انطباق	۵	۰/۷۶۶	۰/۷۴۴	۱۷/۷۸	۱۵	۳/۵۳۶	-۰/۳۶۲	۵	۲۵	۰/۰۰۰
شکوفایی	۳	۰/۵۵۱	۰/۶۰۱	۱۰/۶۰	۹	۲/۱۰۹	۰/۱۸۹	۶	۱۵	۰/۰۰۰
سلامت	۲۳	۰/۷۷۷	۰/۷۱۵	۷۹/۶۸	۶۹	۶/۴۰۶	۱	۵۲	۱۰۵	۰/۰۰۰
خدمات	۵	۰/۷۳۸	۰/۸۱۵	۶/۵۷	۱۵	۲/۴۸	۲/۱۷	۵	۱۶	۰/۰۰۰
خدمات	۶	۰/۷۱۷	۰/۷۸۱	۸/۲۷	۱۸	۲/۵۳	۱/۰۸	۶	۱۶	۰/۰۰۰
خدمات مالی	۶	۰/۷۸۶	۰/۷۳۸	۱۰/۵۵	۱۸	۲/۹۶	۰/۸۵	۶	۲۴	۰/۰۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۲ - مقایسه وضعیت سلامت اجتماعی در نمونه آماری زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر شیراز بر حسب برخی متغیرها و سطح معناداری

سطح معناداری	مقدار F	میانگین	تعداد	وضعیت تاهل
		۵۶/۰۰	۳	مجرد
		۵۶/۸۶	۳۵	متاهل
۰/۷۷۴	۰/۴۴۷	۵۶/۰۳	۷۵	بیوه
		۵۷/۲۳	۹۱	مطلقه
		۵۷/۵۹	۱۷	متارکه
سطح معناداری	مقدار F	میانگین	تعداد	وضعیت تحصیلات
		۵۷/۳۵	۴۶	بی سواد
		۵۵/۳۲	۷۲	ابتدایی
۰/۱۳۸	۱/۸۵۵	۵۷/۷۳	۵۳	راهنمایی و دبیرستان
		۵۷/۲۹	۵۱	دیپلم و بالاتر
سطح معناداری	مقدار T	میانگین	تعداد	محل تولد
		۵۷/۳۳	۱۶۴	شهر
۰/۰۲۸	۲/۲۰۶	۵۵/۱۸	۵۷	روستا
سطح معناداری	مقدار F	میانگین	تعداد	سال‌های سرپرستی
		۵۴/۸۱	۳۷	زیر ۲ سال
		۵۵/۶۰	۵۷	۲ تا ۵ سال
۰/۰۰۹	۳/۹۵۹	۵۸/۸۷	۵۴	۵ تا ۱۰ سال
		۵۷/۱۴	۷۳	بالای ۱۰ سال

## References

1. Firouzbakht M, Riahi ME, Tirgar A. A study of the effective factors on the women's Social health: A review study in Persian scientific journals. *Community health*. 2017; 4(3):190-200.

2. Hosseini F. Investigating the level of social health and the factors affecting it in the students of the Faculty of social sciences of Allameh Tabatabai university in the academic year 2008-2009, master's thesis, department of Social work 2009, Allameh Tabatabai University.

3. Beheshti SS, Moradi R, Khalili Dare Bang R. Sociological explanation of the relationship between social security sense and social health. *Sjsph*. 2020; 18(2):173-188.

4. Beheshti SS, Norian Najafabadi M. An analysis of the effect of job satisfaction on teachers' mental health. *Sjsph*. 2021; 18(4):389-402.

5. Castells M. *Information Age, the power of identity*, translated by H Chavoshian, Tehran: 2006.

6. Horrel S, Krishnan P. *Poverty and Productivity in Female Headed Households*

- in Zimbabwe, *Journal of Development Studies*. 2006; 27(4):216-230.
7. Boldaji LT, Foruzan A, Rafiey H. Quality of life of head-of-household women: A comparison between those supported by welfare organization and those with service jobs. *Social Welfare*. 2011; 11(40): 9-28.
  8. Marimuthu S. Gender discrimination and women's development in India. *Munich Personal RePEc Archive*. 2008; 1-15.
  9. Kimiaee SA. Methods used for empowering head-of-household women. *Social Welfare*. 2011; 11(40):63-92.
  10. Iran Statistics Center. General population and housing Census, 2005.
  11. Simmons S. Quality of life in community mental health care, *Journal of nurse student* 1994; 31:679-683.
  12. Tofighianfar AH, Azizi J, Seifouri B, Behjati Asl F, Ghaed Givi F. The relationship Between self-sufficiency plans of Imam Khomeini relief committee (Ra) and the empowerment of women heads of household (Case study: The province of Kohgiluyeh Va Boyerahmad). *Sociology of women (Journal of woman and society)*. 2016; 7(2(26)):89-114.
  13. Sharifi MA, Hosseini SM, Alibeigi AH. Factors contributing to economic empowerment of women heads of rural households: A case study of Kordestan province of Iran. *Village and development*. 2011; 13(4):75-95.
  14. Mohajeri Sh, Mojarradi Gh, Badsar M. Investigating the role of social and psychological factors on empowerment of rural female-headed households, supported by the Imam Khomeini relief foundation (Case study: Abas Abad township). *Iranian Journal of Agricultural Economics and Development Research*. 2016; 47(1): 211-225.
  15. Valipour SA, Azadi Sh. Investigating the relationship between perceived social support and perceived stress with the mental health of female heads of households covered by the Baset City Relief Committee. Master's Thesis in Psychology, General Studies, Islamic Azad University, Gachsaran Branch, Faculty of Human Sciences, Department of Psychology, 2016.
  16. Abedi SM, Musai M, Baghaei Sarabi A, Ghadimi B. Investigating economic and social factors affecting women's social health with emphasis on poverty abstract. *Mieaoi*. 2020; 9(30):219-243.
  17. Keyes CM, Shapiro A. Social well-being iN the US: A descriptive epidemiology, orville brim: Carol D. Ruff and Ronald C. Kessler (Ads), *Healthing are you? A national study of well-being of midlife*, 2004.
  18. Chadwick KA, Collins PA. Examining the relationship between social support availability, urban center size, and self-perceived mental health of recent immigrants to Canada: a mixed-methods analysis. *SocSci Med*. 2015; 128: 220-230.
  19. District HOGSI. The problems of female-headed households of Gulele subcity in district 01 of Addis Ababa city administration. Doctoral dissertation, Indira Gandhi National Open University, 2016.
  20. Busingye J, Tushabomwe Kazooba C, Tumuhimbise M. Challenges Facing Female Headed Households in Accessing and Utilizing Microfinance Lending among Selected Municipalities of South West Uganda, 2018.
  21. Kodkhodaei F, Lotfi Sh. Measuring the level of social health of female high school students in Shiraz city and investigating the factors affecting it. *Social research* 2012; 6(20):183-207.
  22. Mousavi MT, Maarefvand M, Rafiey H, Omidnia S, Joghataei F, Zabihipour Saadati M. Systematic review of social health promotion with social capital approach. *Quarterly Journal of Social Work*. 2020; 9(1(31)):13-23.
  23. Bezner JR. The exploration of physical health as component of wellness. In partial fulfillment of the requirements of

philosophy, the faculty graduate school of the University of the Texas at Austin, 1995.

24. Horrel S, Krishnan P. Poverty and Productivity in Female Headed Households in Zimbabwe, *Journal of Development Studies*. 2006; 27(4):216-230.

25. Ebrahim Najaf Abadi A. Factors Influencing the social health rate of 15 to 24 year old fe- males in Isfahan (focusing on social support rate). *Journal of health psychology*. 2011; 1(2):99-113.

26. Khodapanahi MK, Sediqpour S, Asghari A, Harirchi I, Katibaei J. Structural relationships between social support and hope in cancer patients, *Journal of psychology*. 2010; 14(3), 298-284.

27. Sharifi MA, Asadi A, Kalantari K, Agahi H. Factors affecting self-sufficiency of female-headed households case study of households in Kurdistn province. *Women's studies sociological and psychological*. 2010; 8(4): 121-141.

28. Saie Arasi I, Valipoor S. Identification of the effective enabling factors on women's tendency to social participation towards development. *Journal of behavioral sciences*. 2010; 1(2):67-101.

29. Demari B, Nash AA, Moghadam A. What Should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. *Journal of school of public health and institute of public health research*. 2013; 11(1):45-58.

30. Zamani Moghadam M, Afshani SA. Empowerment of female heads of households in Iran: A systematic review. *Social Welfare*. 2021; 21(80 ):45-80.

31. Hasanpour A, Abtahi SA, Azizpour Lindi A, Dadashi Amir M. Identifying and prioritizing the ways of empowering female heads of households. *Refahj*. 2021; 21(80), 81-115.

32. National Welfare Organization. Report of the specialized working group of women headed households in 2016. Surveying the social, economic and health characteristics of female headed households, 2016.

33. Khosravi Z. A study on psycho-social pathology of head house hold women. *Journal of Humanities*. 2001; 11(39):71-94.

34. Moeidfard S, Hamidi N. Single Parent Mothers: Untold stories and social pathologies. *Nameh-Ye Olum-E Ejtemai*. 2008; 15(32):131-158.

35. Mokomane Z. Role of Families in Social and Economic Empowerment”, of Individuals United Nations Expert Group Meeting on “Promoting Empowerment of People in Achieving Poverty Eradication, Social Integration and Full Employment and Decent Work for All. 2012; 1-15.

36. Taylor S E, Sherman D, Kim HS, Jarcho J, Takagi K, Dunagan MS. Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*. 2004; 28(6): 3-83.

37. Ghulam Nyarami A. Studying the problems of female heads of the household and their empowerment components, *social welfare quarterly*. 2019; 11(40):35-31.

38. Zahedi H. Sociological evaluation of the poverty alleviation policies of Imam Khomeini's (RA) relief committee in rural areas (Case study: Covered beneficiaries in Tangistan city) master's thesis in sociology, Yasouj University, 2021.

## The Impact of the Imam Khomeini Relief Committee Services on the Social Health of the Client: Household Female Heads in Shiraz City, Iran

Seyed Samad Beheshty<sup>\*1</sup>, Hamid Sedaghat<sup>2</sup>, Khirey Hamidpor<sup>3</sup>

- 1- Ph.D. Assistant Professor, Department of Social Science, Faculty of Humanities, Yasouj University, Yasouj, Iran
  - 2- Ph.D. Student, Department of Social Science, Faculty of Humanities, Yasouj University, Yasouj, Iran
  - 3- MA. Yasouj University, Yasouj, Iran
- \*Corresponding Author: sbheshty@yu.ac.ir

Received: May 26, 2023

Accepted: Jun 11, 2023

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The social health of people is a phenomenon that can play an essential role in the development of the society. A question is: to what extent has the Imam Khomeini Relief Committee (IKRC), an organization established at the beginning of the Iranian Islamic revolution to deliver services and help and empower the poor people to get them out of poverty, been successful in affecting the social health of the household female heads? This study aimed to answer this question.

**Materials and Methods:** This research was conducted with a quantitative and survey approach, including 221 female heads of households under coverage of IKRC in Shiraz, Iran selected by the multi-stage cluster sampling method. The data collection tool was a questionnaire.

**Results:** The findings showed that the social health of the household female heads under coverage of IKRC and all its components were higher than the average level.

**Conclusion:** Based on the findings it can be concluded that the educational, health and financial services provided by the Imam Khomeini Relief Committee could not have influenced significantly the social health of the service-seekers, although they could have affected some aspects of their lives. It is, thus, essential that the Committee revise the contents and the form of services delivered to female heads of households to promote their social health.

**Keywords:** Social Health, Female Household Heads, Imam Khomeini Relief Committee, Shiraz, Iran

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.