



The Effect of Economic Empowerment of Women Household Heads on their Social Health

Hosseinali Ghajari*¹, Fatemeh Haghparast²

Received: Oct. 23, 2021; Accepted: Jan. 21, 2022

ABSTRACT

Economic empowerment is one of the variables affecting women's social health in a society. The main purpose of this study is to investigate the relationship between the dimension of economic empowerment and social health of female-headed households, especially among self-help and non-self-help groups as an interdisciplinary subject. Theories of social health and empowerment have been used to study the effect of independent variable on dependent ones. The main question of this article is whether there is a relationship between economic empowerment of women household heads and their social health? The research method is survey-based and through a prepared questionnaire. The statistical population is female-headed household members and those under the auspices of the Tehran Welfare Organization who were selected randomly. The sample size is 200 women. Findings showed that the average score of the five dimensions of social health in female-headed households in the self-help group was significantly higher at 95% confidence level than female-headed households in the non-self-employed group. The average score of four dimensions of economic empowerment in female-headed households in the self-help group was higher than non-self-employed female-headed households. Accordingly, based on the outcome, economic empowerment of women in these two groups found to have a significant effect on their social health.

Keywords: women household heads, empowerment, social health

1. Assistant Professor of Social Sciences, Department of Social Sciences, Payām-e Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

✉ h_ghajari@yahoo.com

2. M.A Student in Sociology, Department of Sociology, Payām-e Noor University, Tehran, Iran



INTRODUCTION

Women's social health depends on the complex interactions of individual biology, health behavior, historical, social, security and political contexts of their lives. Women with sound social health can more successfully cope with challenges encountering in their everyday life. The concept of social health is a concept that goes along with the one's physical and mental dimensions. Its social aspect is examined by focusing on the individual. Block and Breslow were the first to study the concept of social health in 1972. They synchronized the concept with the degree of performance of members of a society and prepared an index.

According to Bata (2005), economic empowerment implies a better quality of material life through maintaining and managing one's own life. Women's economic participation increases their role in decision-making individually or at family and social levels (Kiani Qaleh Sard, Soroush et al., 2014, 65). A systematic analysis can lead to the integration of research outcomes, find gaps, and provide a comprehensive approach to this issue that could highlight the importance of economic empowerment of women household heads and its relationship with social health as well as their attention in developmental policies and planning (Asadi et al. 2014).

The goal of empowerment is to help women overcome their weaknesses, improve positive aspects of their lives, increase their skills and abilities wisely and put them into practice (McWhirter, 1994; Andrews et al. 1397)

As the implementation of micro-financial services plan leads to economic empowerment and reduction of relative poverty in various dimensions (financial, cultural and capability), development and expansion of social justice for vulnerable and low-income groups without guarantors to facilities banking, by creating conditions to increase their access to micro-financial services, promoting social capital, creating and developing small businesses, help reduce unemployment (Robinson, 2001: 126; delivered in 2009).

PURPOSE

The overall purpose of this article is to determine the relationship between economic empowerment of women household heads in self-help and non-self-help groups and their social health. Among the specific objectives, we intend to investigate not only the two aspects but also other variables related to female-headed families such as their ability to repay loan, skilled and non-skilled jobs they are doing, their social participation in self-help and non-self-help groups as well as property ownership as shown in the following diagram.

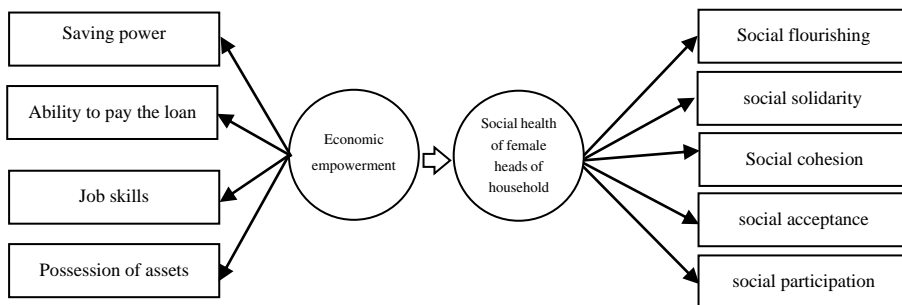


Figure 1. Different indicators showing economic empowerment of women household heads

METHODOLOGY

The present article is a survey-based, with the statistical population being women household heads of self-help and non-self-help groups under the auspices of the Welfare Organization of Tehran Province. The sample size is 200. Since this is comparative research, the sample is divided into two: first, female-headed household members of the self-help group, which accounts for 100 people. Thus, out of every 20 self-help groups, 5 female household heads are selected. Second, 100 people are randomly selected from female household heads who are not from the self-help group.

To calculate the total score of the Economic Empowerment Questionnaire, the sum of the numbers obtained from each subscale is divided by 6, and the obtained numbers are between zero (the lowest) and 100 (the highest). The score of each dimension is determined by the score of the titles in that dimension. The reliability and validity are confirmed by the Persian version of the Keys Social Health Questionnaire.

FINDINGS

Findings are presented under the topics of demographic description of samples, description of independent and dependent variables and testing of hypotheses.

Demographic description of the samples: The highest age group in self-help groups was female-headed households of 55 years and older (35%) and among non-self-employed groups were those between 45 and 54 years (31%). Most female-headed households in the self-help group (32%) had no children. The results showed that about 31% of women heads of self-help households and about 27% of women household head in the non-self-help group had one child.

The average score of economic empowerments of those in the self-help group was higher than the non-self-help group. The same result has found in four other





dimensions (savings power, loan repayment ability, job skills and asset acquisition). This means that the average score of four dimensions of economic empowerment of self-employed women household heads is higher than non-self-employed women, which is a significant difference in 95% confidence level.

CONCLUSION

Findings show that membership in self-help groups led to their economic empowerment and then their social health. Also, out of the total number of participants (200 people) 26% in the self-help group and 30% in the non-self-help group had spouses, 45% in the self-help group and 35% in the self-help group were unmarried due to death of their husbands, 15% in the self-help group and 20% in the non-self-employed group were unmarried due to divorce where as 14% and 15% respectively in the two groups never married.

The results show that out of 20 items on social health, 1.5% is low, 74.5% are medium and 24% are high. According to the Keys questionnaire, considering the average of 55.93%, it can be claimed that the social health of female-headed households in the self-help and non-self-help groups is between 47 and 74. It can be said that the social health in this study is moderate nut growing.

Out of 26 items of economic empowerment, 27% are low, 28% are medium and 45% are high. From the set of 4 dimensions, the highest average in terms of loan repayment ability (59.41%) is related to savings power (55.05%) of female-headed and non-self-employed household heads, while the total scores (average) of empowerment index is economic (53.55%). Higher average dimension of the ability to repay loan and the power of savings is one of the main conditions for the membership in self-help groups.

NOVELTY

The present study, like many studies in the field of women's social issues, had certain limitations. Usually in such researches, access to the statistical community, especially rural women, is not easily possible and researchers face problems. Also, the poor cooperation of some women in collecting data was another limitation of this study due to the low level of literacy of some women and their lack of confidence in providing information on loans and financial questions of the questionnaire. One of the scientific applications of this research is in universities, by policymakers and those in charge of empowering women household heads.

BIBLIOGRAPHY

- Afshari, A., Hashemi, Z., & Rezaei, R. (2019). The comparison of self-esteem level and social health of empowered and un-empowered female-headed households covered by Welfare Organization. *Quarterly Journal of Women and Society*, 10(3), 1-16.
- Andrews, M., Pritchett, L., & Volcock, M. (2019). Building state capability: evidence, analysis, action (J. Kheirkhahan, & M. Droudy, Trans.) Tehran, Iran: Rozaneh.
- Asadi Khalili, N., & Haghparast, F. (2014). *Women's empowerment; country's development laws and programs*. Tehran, Iran: State Welfare Organization.
- Keshavarz Shekari, A., & Azarkeshb, A. (1395). Criticism and Restructuration of Sara Longwe's Theory on the Indices of Women Breadwinners' Empowerment. *Journal of Islam and Social Sciences*, 8(16), 5-35. doi: 10.30471/soci.2017.1319.
- Kiani Ghaleh Sard, S., & Arsalan Bod, M. (2015). Economic Empowerment of women at the Japanese experience. University Jihad Scientific Information Center Database, *National Conference on Women and Sustainable Rural Development*, 1-65.
- Malhotra, A., & Schuler, S. (2002). *measuring womens empowerment as a variable in international Development*. World Bank Gender.
- Masti, E., Fakhrayi, S. (2015). The study of the relationship between Women Employment and their social health in Maragheh, *Journal of sociology studies*, 7(24), 117-133.
- McWhirter, E.H. (1994). *Counseling for empowerment*. American Counseling Association.
- Robinson, M. S. (2001). *The Microfinance Revolution: Sustainable Finance for the Poor*. Washington, D.C.: World Bank.
- Saeidi, M., Chaharsoughi Amin, H., Moumenihelali, H., Norouzi, A., & Vahedi, M. (2018). Investigating the Role of Micro-Credit Fund on the Economic Empowerment of Rural Women (The case study: Chardavol Township, Ilam Province). *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(4), 149-175. doi: 10.22051/jwsp.2018.18916.1649
- Shahande, K., Mohammad Beigi, Z., & Jamshidi, E. (2006). Establishing self-help groups of women headed household in zone 17 of Tehran city, a step towards empowering women. *Shahr-e Kord Univ Med Sci*, 8(1), 31-36.
- Shirin, A., Forozandeh, L., Danaeefard, H., Khaefelahi, A. (2017). Exploring the evolution of the empowerment construct in Iran with an interdisciplinary approach. *Quarterly Journal of Interdisciplinary Studies in the Humanities*, 10(1), 27-56. doi: 10.22631/isih.2017.2365.2813
- Tahvildar, M. (2009). *Banlsing with self-help groups how & why?* Tehran, Iran: State Welfare Organization.
- Tajeddin, M. (2018). Determinants of social health of citizens of District 12 of Tehran. *Quarterly Journal of Welfare Planning and Social Development*, 9(32), 61-96. doi: 10.22054/qjsd.2017.8426
- Zahedi Asl, M., Pilevari, A. (2014). A meta-analysis of social health studies. *Quarterly Journal of Welfare Planning and Social Development*, 6(19), 71-106. doi: 10.22054/qjsd.2015.689



Interdisciplinary
Studies in the Humanities

Abstract



مطالعه تأثیر توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار بر سلامت اجتماعی آنان

حسینعلی فجری^{۱*}، فاطمه حق‌پرست^۲

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۲؛ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۵

چکیده

سلامت اجتماعی در حوزه مطالعات زنان بسیار حائز اهمیت است. یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی زنان، متغیر توانمندسازی اقتصادی آنهاست. هدف اصلی این مقاله، بررسی رابطه بین ابعاد توانمندسازی اقتصادی با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار با گروه‌های غیر خودیار به عنوان یک موضوع بین‌رشته‌ای است. جهت مطالعه تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته، از نظریه‌های سلامت اجتماعی و توانمندسازی استفاده شده است. پرسش اصلی این مقاله، این است که آیا بین توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیر خودیار با سلامت اجتماعی آنان رابطه وجود دارد؟ روش تحقیق، از نوع پیمایشی و ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه کیز و محقق‌ساخته است. جامعه آماری، زنان سرپرست خانوار عضو و غیر عضو گروه‌های خودیار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران و روش نمونه‌گیری، تصادفی ساده است. حجم نمونه، ۲۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار بهزیستی استان تهران است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و استنباطی استفاده شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار گروه خودیار، به طور معناداری در سطح اطمینان ۹۵ درصد بیشتر از زنان سرپرست خانوار گروه غیر خودیار است. میانگین نمره چهار بعد توانمندسازی اقتصادی در زنان سرپرست خانوار گروه خودیار بیشتر از زنان سرپرست خانوار غیر خودیار است. همچنین، بین توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار در دو گروه هدف با سلامت اجتماعی آنان در سطح اطمینان ۹۵ درصد، رابطه معناداری وجود دارد. بر اساس یافته‌ها، توانمندسازی اقتصادی زنان در دو گروه مذکور، اثر معنی‌داری بر سلامت اجتماعی آنها دارد.

کلیدواژه‌ها: زنان، پرسشنامه کیز، بهزیستی

۱. استادیار علوم اجتماعی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
h_ghajari@pnu.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۱. مقدمه

سلامت اجتماعی زنان، یکی از پایه‌های اساسی سلامت جامعه است. سلامت اجتماعی زنان به تعاملات پیچیده بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی، زمینه تاریخی، اجتماعی، امنیتی و سیاسی زندگی آنان بستگی دارد. زنانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند. در نتیجه، تطابق آنها با هنجارهای اجتماعی بیشتر خواهد شد. سلامت اجتماعی، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. مفهوم سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته است و جنبه اجتماعی آن با محور قراردادن فرد، مورد بررسی قرار می‌گیرد. بارتونیک و اسپریتزر^۱، در بررسی‌های علمی درباره سازه توانمندسازی، به این نتیجه رسیدند که نخستین مقوله زیربنایی این سازه در دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ «به اشتراک‌گذاری قدرت، شامل قدرت دادن، تقویت قدرت موجود، کنترل سرنوشت و مشارکت سیاسی بوده است.» (به نقل از شیرین، فروزنده، دانایی فرد، و خانف‌الهی، ۱۳۹۶، ۳۰)

متغیرهای گوناگونی بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار است. یکی از متغیرهای بسیار مهم در افزایش سلامت اجتماعی، توانمندسازی اقتصادی است. در دنیای امروز بازشناسی روبه‌رشدی در باب توانمندسازی اقتصادی زنان به وجود آمده و این مسئله به جوامع بشری کمک کرده تا هم حقوق زنان را درک کرده و هم در میزان سلامتی، رفاه، آسایش، رشد اقتصادی و کاهش فقر، تغییراتی مثبت و رو به رشد وجود داشته باشد. مطابق با نظر باتا^۲ (۲۰۰۵)، توانمندسازی اقتصادی دلالت بر کیفیت زندگی مادی بهتر، از طریق حفظ زندگی خود و مدیریت این زندگی توسط زن دارد. مشارکت اقتصادی زنان، نقش آنها را در تصمیم‌گیری در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی افزایش می‌دهد. مهمترین مزیت این نوع توانمندسازی، بهبود وضعیت اقتصادی خانواده و رهایی از فقر است (کیانی قلعه‌سرد، و ارسلان‌بند، ۱۳۹۳، ۶۵).



1. Bartonnic & Spritzer

2. Bata

هدف کلی این مقاله، تعیین رابطه بین توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان بوده است. از جمله اهداف اختصاصی مقاله، بررسی رابطه بین قدرت پس‌انداز زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان، بررسی رابطه بین توانایی بازپرداخت وام، مهارت‌های شغلی، و تملک دارایی زنان در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان است.

توانمندسازی اقتصادی زنان به‌ویژه زنان سرپرست خانوار که آسیب‌پذیری بیشتری دارند یکی از مسائل مهم اجتماعی است. آسیب‌های جدی در کمین خانواده‌هایی است که زنان سرپرست آنها هستند. در صورت عدم حمایت باید منتظر پدیده‌هایی نظیر آسیب‌های روانی و بالا رفتن میزان جرائم باشیم. افزایش چنین خانواده‌هایی به‌ویژه در مناطق محروم و حمایت‌های محدود و مقطعی، ما را بر آن می‌دارد که برای بهبود وضعیت فعلی این خانوارها با مشارکت زنان سرپرست خانوار و سازمان‌ها و نهادهای مرتبط با آنها چاره‌ای بیندیشیم (شاهنده، محمدبیگی، جمشیدی، ۱۳۸۵، ۳۱).

توانمندسازی اقتصادی زنان علاوه بر رسیدن به آرامش و رفاه و حق و حقوق برای زنان، در کاهش فقر، رشد اقتصادی، تولید و افزایش بهره‌وری آنان نیز مؤثر باشند. در سال‌های اخیر، چندین مطالعه در حوزه توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار در سطح آکادمیک صورت گرفته است که در غالب آنها با وجود اختلاف‌نظرهایی که در این حوزه وجود دارد، با یک رویکرد واحد به توانمندسازی اقتصادی نگریسته شده است. تحلیل سیستماتیک و منظم این مباحث می‌تواند موجب یکپارچه‌شدن نتایج تحقیقات انجام‌شده و یافتن شکاف‌های تحقیقاتی در این حوزه و نیز رویکرد دقیق‌تر و همه‌جانبه‌تری به این مبحث گردد؛ به‌گونه‌ای که اهمیت توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار و رابطه آن با سلامت اجتماعی و توجه به آن در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های توسعه را برجسته‌تر نماید (اسعدی خلیلی، و حق‌پرست، ۱۳۹۳، ۵۱).

هدف توانمندسازی، کمک به افراد ضعیف است تا تلاش نمایند بر ضعف‌هایشان غلبه کرده و جنبه‌های مثبت زندگی‌شان را بهبود بخشند و مهارت‌ها و توانایی‌هایشان را





برای کنترل عاقلانه زندگی افزایش داده و آن را در عمل پیاده نمایند (مک‌وایرتر^۱، ۱۹۹۴، ۱۹۰).

توانمندسازی زنان، فرایندی است که به‌وسیله آن زنان برای سازماندهی خودشان توانمند می‌شوند، اعتمادبه‌نفس خود را افزایش داده، و از حقوق خود برای انتخاب مستقل و کنترل بر منابع که منجر به از بین رفتن جایگاه فرودستی ایشان می‌گردد دفاع می‌کنند (مالهاترا^۲، ۲۰۰۲، ۵).

یکی از اقدامات مهم و مؤثر در جهت سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و آسیب‌پذیر، توانمندسازی آنها توسط نهادهای حمایتی است. در این راستا با الگوگیری از تجربیات کشور بنگلادش و هند و... طرح گروه خودیار انجام شد که در اواخر سال ۱۳۸۸ توسط سازمان بهزیستی برای تشکیل تعداد ۱۵۰ گروه خودیار صورت گرفت و به صورت پایلوت به اجرا درآمد و هم اکنون نیز در حال پیگیری و اجرا است. طرح گروه‌های خودیار با رویکرد کاهش فقر و بهبود معیشت زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی، در مناطق شهری و روستایی و توانمندسازی اقتصادی به اجرا درآمده است. محور استراتژیک این طرح شامل ارائه تسهیلات پس‌انداز، اعطای اعتبار (وام)، اشتغال‌زایی از طریق ایجاد و گسترش نهادهای کوچک خودگردان محلی با مالکیت اعضا و پیوند بین بانک و اعضای این نهادها است. اجرای طرح خدمات مالی خرد منجر به توانمندسازی اقتصادی و کاهش فقر نسبی در ابعاد مختلف (مالی، فرهنگی و قابلیت)، توسعه و بسط عدالت اجتماعی از طریق فراهم ساختن زمینه دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر اقتصادی و کم‌درآمد فاقد ضامن و وثیقه به تسهیلات بانکی، مساعدسازی شرایط جهت افزایش دسترسی افراد به خدمات مالی خرد، ارتقای سرمایه اجتماعی در جامعه، ایجاد و توسعه کسب‌وکارهای کوچک، مقاوم‌سازی افراد کم‌درآمد در برابر شوک‌های اقتصادی، کمک به کاهش نرخ بیکاری می‌گردد و این موارد ضرورت اجرای طرح را آشکار می‌کنند (رابینسن^۳، ۲۰۰۱، ۱۲۶؛ تحویلدار، ۱۳۸۸).

1. Mc Whirter
2. Malhatra
3. Robinson

این مقاله در تلاش است تا به بررسی رابطه بین توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار عضو گروه‌های خودیار با سلامت اجتماعی آنان و مقایسه با زنان سرپرست خانوار غیرعضو گروه‌های خودیار تحت پوشش بهزیستی استان تهران بپردازد.

سؤالات اصلی این مقاله عبارت‌اند از: ۱) رابطه توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنها چگونه است؟ ۲) رابطه قدرت پس‌انداز زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان چگونه است؟ ۳) رابطه توانایی بازپرداخت وام زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان چگونه است؟ ۴) رابطه مهارت‌های شغلی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان چگونه است؟ ۵) رابطه تملک دارایی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان چگونه است؟

در پاسخ به سؤال اصلی تحقیق و بر اساس چارچوب نظری، فرضیه‌های این مقاله عبارت‌اند از:

- ۱) بین قدرت پس‌انداز زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان، رابطه معناداری وجود دارد؛
- ۲) بین توانایی بازپرداخت وام زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد؛
- ۳) بین مهارت‌های شغلی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد؛
- ۴) بین تملک دارایی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد.

۲. پیشینه تحقیق

زاهدی‌اصل و پیله‌وری (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی» به این نتیجه رسیدند که عوامل دموگرافیک تأثیر چندانی بر ابعاد



سلامت اجتماعی ندارند. با این وجود در مورد متغیر سن نتیجه حاکی از آن است که سلامت اجتماعی در مجموع در سنین بالاتر، از میزان بیشتری برخوردار است. از میان مؤلفه‌های پایگاه اقتصادی-اجتماعی نیز تحصیلات بیشترین رابطه را با سلامت اجتماعی دارد. سطح درآمد و پایگاه اقتصادی با ابعاد سلامت اجتماعی رابطه مثبتی را نشان می‌دهد. به گونه‌ای که افراد با درآمد بیشتر از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند (زاهدی اصلی، پیلهوری، ۱۳۹۳، ۹۹).

افشاری، هاشمی و رضایی (۱۳۹۸)، در پژوهشی با عنوان «بررسی سطح سلامت اجتماعی و عزت نفس در خانواده‌های زن سرپرست توانمندشده و توانمندنشده؛ مطالعه موردی سازمان بهزیستی» نشان دادند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان، مهم‌تر از مردان است. سلامت اجتماعی در زنان و خانواده‌های توانمندسازی‌شده 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. (افشاری و همکاران، پاییز ۱۳۹۸، ۱۱ و ۱۲)

مستی و فخرایی (۱۳۹۳) در مقاله «بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال با میزان سلامت اجتماعی آنان: مورد مطالعه شهر مراغه» دادند که بر اساس مدل تحلیلی، متغیرهای شغل (وضعیت اشتغال، نوع شغل و شرایط شغلی) بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد. یافته‌های آنها نشان می‌دهد که در سطح همبستگی‌های دو متغیره، داشتن و یا نداشتن شغل و نیز نوع شغل، تفاوتی در میزان سلامت اجتماعی زنان ایجاد کرده است. به عبارتی، شرایط شغلی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی دارد (مستی، و فخرایی، ۱۳۹۳، ۱۳۰).

سعیدی و همکاران (۱۳۹۶) در مقاله «بررسی نقش صندوق اعتبارات خرد بر توانمندسازی اقتصادی زنان روستایی: مورد مطالعه، شهرستان چرداول، استان ایلام» بیان کرده‌اند که از جمله سیاست‌هایی که در بیشتر کشورها توانمندی اقتصادی و اجتماعی زنان



روستایی و فقیر را به همراه داشته است، اجرای برنامه‌های اعتبارات خرد و تأسیس صندوق‌های اعتبارات خرد زنان است. اعتبارات خرد با نفوذ در ابعاد مختلف زندگی زنان و کمک به بهبود زندگی تعداد زیادی از آنها، در دو دهه اخیر جایگاهی ویژه را به خود اختصاص داده و به این دلیل مورد استقبال قرار گرفته که عموماً در قالب گروه‌های داوطلب و بدون نیاز به ضامن یا وثیقه به زنان واگذار می‌شود. کاهش فقر، افزایش سرمایه‌های اجتماعی، افزایش پس‌انداز، کارآفرینی، احساس امیدواری نسبت به زندگی و کنترل زنان بر تصمیم‌گیری‌های اقتصادی از جمله تأثیراتی است که صندوق اعتبارات خرد بر توانمندسازی زنان داشته است (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۶، ۱۵۱).

تاج‌الدین (۱۳۹۶) در مقاله «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی» بر روی نمونه وسیعی از جمعیت امریکا نشان داد که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان، مهمتر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی داشتند. به طور کلی همین که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد، زنان نسبت به مردان به طور فزاینده‌ای سطح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند. (تاج‌الدین، ۱۳۹۶، ۶۶).

نتایج کلی این مقاله نشان می‌دهد، همان‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد، زنان در مقایسه با مردان به طور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام را از خود بروز می‌دهند.

نتایج این مقاله با یافته‌های زاهدی‌اصل و پیلهوری (۱۳۹۳) در پژوهش «فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی» که سلامت اجتماعی در مجموع در سنین بالاتر از میزان بیشتری برخوردار است و تحصیلات بیشترین رابطه را با سلامت اجتماعی دارا بوده است، همخوانی دارد.

نتایج این مقاله با مطالعه افشاری، هاشمی و رضایی (۱۳۹۸) در پژوهش «بررسی سطح سلامت اجتماعی و عزت نفس در خانواده‌های زن سرپرست توانمند شده و توانمند نشده: مطالعه موردی سازمان بهزیستی» که سلامت اجتماعی در زنان و خانواده‌های توانمندسازی شده افزایش یافته است، مطابقت دارد.





نتایج این مقاله با یافته‌های مستی و فخرایی (۱۳۹۳) در مقاله «بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال با میزان سلامت اجتماعی آنان، مورد مطالعه شهر مراغه» که بر اساس مدل تحلیلی متغیرهای شغل (وضعیت اشتغال، نوع شغل و شرایط شغلی) بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد و شرایط شغلی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی دارد. کیزی و شاپیرو (۲۰۰۴) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی» به این نتیجه رسیدند که وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهمتر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند. به‌طور کلی همین که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان به‌طور فزاینده‌ای سطح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند. نتیجه مقاله نگارندگان با این مطالعه نیز همسو است.

تفاوت این مقاله با مقالات قبلی در این است که در اینجا برای اولین بار رابطه بین توانمندسازی اقتصادی با سلامت اجتماعی سنجیده شده است و از سویی دیگر مقایسه بین دو گروه خودیار و غیرخودیار مورد بررسی قرار گرفته است.

۳. چارچوب نظری

در این مقاله با توجه به بین‌رشته‌ای بودن موضوع توانمندسازی اقتصادی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار (رشته اقتصاد و جامعه‌شناسی)، چارچوب نظری تلفیقی از نظریه‌های مختلف جامعه‌شناختی و اقتصادی در زمینه توانمندسازی اقتصادی و سلامت اجتماعی و شامل نظریه‌هایی چون سلامت اجتماعی کیزی، سارا لانگه و نظریه زنانه‌شدن فقر است که در ذیل به اختصار معرفی می‌گردند:

۳-۱. نظریه سلامت اجتماعی کیزی

نظریه سلامت اجتماعی کیزی از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشئت می‌گیرد. کیزی^۱ پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمرد: طبق نظر کیزی، حلقه مفقوده در تاریخچه

مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ وی در پاسخ به این سؤال می‌گوید: عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد. به نظر وی «سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکرد خود در برابر اجتماع. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد. از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است» (مستی و فخرایی، ۱۳۹۳، ۱۲۱).

۳-۲. نظریه تواناسازی سارا لانگه

یکی از نظریه‌های مهم در رابطه با مسائل زنان، نظریه تواناسازی سارا لانگه است. از نظر طرفداران این نظریه، برآورده ساختن نیازهای اساسی، از حقوق اولیه تمام افراد است و هر فردی باید امکان این را داشته باشد که از تمام توانایی‌ها و خلاقیت‌های خود استفاده کند؛ بنابراین، زنان باید بیاموزند که با خودباوری و اعتمادبه‌نفس، در پذیرش و توزیع مسئولیت‌ها چه در خانواده و چه در جامعه شرکت کنند. برای این چارچوب نظری، پنج مرحله مشخص شده است:

الف) رفاه. در این مرحله به امکانات رفاهی اولیه و کمبودهایی که در این زمینه وجود دارد، توجه می‌شود مانند تأمین آموزش؛

ب) دسترسی. منظور دسترسی به منابع و تسهیلاتی برای بهبود وضعیت زندگی است؛ مانند دسترسی به اعتبارات؛

ج) آگاهی‌سازی. مرحله‌ای است که زنان به مشکلات و به دلایل بروز آن حساس می‌شوند؛

د) مشارکت. مرحله‌ای است که زمینه حضور فعال برای زنان فراهم شده و آمادگی برای مشارکت داوطلبانه وجود دارد؛

ه) کنترل. مرحله‌ای که زنان، قدرت تصمیم‌گیری پیدا می‌کنند و علاوه بر این که در مورد مشکل فکر می‌کنند، بهترین راه‌حل را پیشنهاد می‌کنند و بر اجرای راه‌حل تسلط می‌یابند.

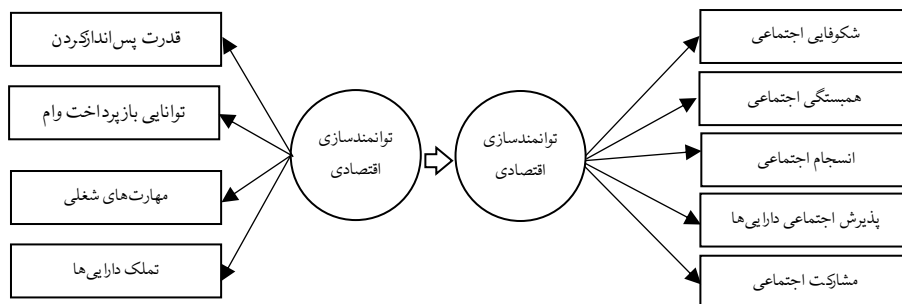




سارا لانگه معتقد است که توانمندسازی زنان عبارت از این است که به زنان، بضاعت و قدرت دفع فشارها و تبعیض‌های بیرونی داده شود تا آنها بتوانند حقوق از دست رفته خود را بازیابند و وضع اجتماعی شان را بهبود و ارتقا دهند (کشاورز شکری، ۱۳۹۵، ۱۶).

۳-۴. نظریه زنانه‌شدن فقر یا آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار

تحولات بینشی و تجربی در دهه اخیر سبب طرح پارادایم جدیدی در بحث فقر شده که فقر زنان را معادل فقر زنان سرپرست خانوار می‌شمارد. به‌گونه‌ای که در اکثر نوشته‌های توسعه، اعلام زنان سرپرست خانوار به عنوان فقیرترین فقرا به چشم می‌خورد. مطابق نظر چانت^۱، پیش‌فرض اینکه زنان سرپرست خانوار با خطر فقر درآمدی بیشتری مواجه هستند، به دلیل جنسیت و در پی آن محرومیت از منابع است. در چنین شرایطی، نقش بازتولیدی زنان آنها را مجبور به کار پاره وقت، انعطاف‌پذیر یا اشتغال خانگی می‌کند. این شرایط درعین حال که زنان سرپرست خانوار را از آموزش و کسب مهارت باز می‌دارد، موجب دریافت دستمزد کمتر نیز می‌شود. بی‌سواد و کم‌سوادی از عوامل دیگری است که موجب عدم دسترسی این زنان به مشاغل دارای منزلت می‌شود. به عبارت دیگر زنان سرپرست خانوار اغلب بیکارند و یا مشاغل حاشیه‌ای نیمه‌وقت، غیررسمی و کم‌درآمد دارند. با توجه به آنچه گفته شد، چارچوب نظری مقاله در شکل شماره (۱) خلاصه می‌گردد.



شکل ۱. مدل نظری تأثیر توانمندسازی اقتصادی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار

همان‌طور که در شکل شماره (۱) مشاهده می‌شود هر یک از ابعاد توانمندسازی اقتصادی به عنوان متغیر مستقل در مقاله حاضر که دارای مؤلفه‌های قدرت پس‌انداز کردن، توانایی بازپرداخت وام، مهارت‌های شغلی و تملک دارایی می‌باشد، بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار به عنوان متغیر مستقل تأثیر می‌گذارد.

۵. روش تحقیق

روش استفاده‌شده در مقاله حاضر، روش پیمایشی است. جامعه آماری مقاله، ۸۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار عضو گروه‌های خودیار و غیر خودیار تحت پوشش سازمان بهزیستی استان تهران است. حجم نمونه ۲۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار هستند. چون کار به صورت مقایسه‌ای انجام شده است، عملاً نمونه مورد مطالعه ما به دو قسمت تقسیم می‌شود: در قسمت اول ۱۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار عضو گروه خودیار هستند. بدین صورت که از هر ۲۰ گروه خودیار ۵ زن سرپرست خانوار انتخاب شده‌اند. در قسمت دوم نیز ۱۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار غیر عضو گروه خودیار هستند که به صورت تصادفی انتخاب شدند.

در این مقاله از ابزار پرسشنامه، برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شده که بر این اساس، پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کییز و پرسشنامه توانمندسازی اقتصادی محقق ساخته استفاده شده است. جهت سنجش روایی ابزار اندازه‌گیری این مقاله از روایی صوری استفاده شده است. برای تعیین میزان پایایی متغیر مستقل بعد از تهیه و تأیید پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتیجه به دست آمده برای متغیر قدرت پس‌انداز کردن ۰/۶۲، برای متغیر توانایی بازپرداخت وام ۰/۶۰، متغیر مهارت‌های شغلی ۰/۸۵ و متغیر تملک دارایی‌ها ۰/۹۱ است.

در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی کییز که مؤلفه اصلی آن انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی هستند، استفاده شده است و جهت اندازه‌گیری توانمندسازی اقتصادی و مؤلفه‌های آن از پرسشنامه محقق ساخته ۲۶ گویه‌ای استفاده شده است.



برای محاسبه نمره کل پرسشنامه سلامت اجتماعی، مجموع اعداد به دست آمده از هر زیرمقیاس، بر ۵ تقسیم شده است که عدد به دست آمده عددی بین صفر تا ۱۰۰ می باشد. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه توانمندسازی اقتصادی، مجموع اعداد به دست آمده از هر زیرمقیاس، بر ۶ تقسیم شده است که عدد به دست آمده عددی بین صفر تا ۱۰۰ می باشد. پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. امتیاز هر بعد با امتیاز عنوان‌ها در آن بعد مشخص می شود. پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز در ایران تأیید شده است.

۶. تعریف متغیرهای مستقل و وابسته

۱-۶. توانمندسازی اقتصادی

توانمندسازی اقتصادی به معنای حضور زنان در مشاغل درآمدزا است به گونه‌ای که نه تنها توانایی تأمین هزینه‌های زندگی خویش را کسب می کنند بلکه قادر خواهند بود حمایت مالی خانواده را نیز برعهده گیرند. در این بعد از توانمندسازی، زنان علاوه بر آن که به اعتبارات و بازارهای مختلف دسترسی دارند، برخی از اموال و دارایی‌های خانواده نیز متعلق به آنان می باشد. توانمندی اقتصادی به عنوان زیربنای دستیابی به قابلیت‌ها و توانمندی لازم برای بهبود کیفیت زندگی تلقی شده و مفهوم آن «توانایی در تأمین نیازهای اساسی به صورت پایدار است». در تعریف عملیاتی توانمندی اقتصادی، مواردی نظیر توانایی پس انداز، توانایی خرید کالاهای باکیفیت، توانایی بازپرداخت وام و... استفاده شد.

۲-۶. سلامت اجتماعی

کیز سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست تعریف می کند. او معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس تفکر و رفتار که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی اش هستند) است. کیز بیان می کند که سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می کنند؛ مثلاً به عنوان همسایه، همکار و همشهری.



۳-۶. گروه‌های خودیار

گروه‌های خودیار گروه‌های کوچک تشکیل شده از مردم فقیر هستند. اعضای گروه‌های خودیار با مشکلات شبیه به هم روبرو هستند و برای حل مشکلاتشان به یکدیگر کمک می‌کنند. گروه‌های خودیار پس‌اندازهای کمی از بین اعضای خود جمع می‌کنند و این پس‌اندازها در بانک نگه داشته می‌شود که این صندوق مشترک گروه خودیار به حساب می‌آید.

۴-۶. زنان سرپرست خانوار

زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که به دلیل عواملی چون طلاق، فوت و یا اعتیاد همسر، مسئولیت و سرپرستی خانواده بردوش آن‌ها می‌افتد؛ و یا بر اثر مفقودالایر شدن همسر و غیره بی‌سرپرست شده‌اند. یا در تعریف دیگری بیان شده است که سرپرست عضوی از خانوار است که اعضای خانوار، او را به این عنوان معرفی کنند. در صورتی که اعضای خانواده قادر به تعیین سرپرست خانوار نباشند، مسن‌ترین عضو خانوار به‌عنوان سرپرست تلقی می‌شود.



جدول ۱. مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)

متغیر	ابعاد	مؤلفه
متغیر وابسته	سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی
		همبستگی اجتماعی
		انسجام اجتماعی
		پذیرش اجتماعی
		مشارکت اجتماعی

جدول ۲. مؤلفه‌های توانمندسازی اقتصادی (متغیر مستقل)

متغیر	ابعاد	مؤلفه
مستقل	توانمندسازی اقتصادی	قدرت پس‌انداز کردن
		مهارت‌های شغلی
		توانایی بازپرداخت وام
		تملک دارایی
		قدرت پس‌انداز کردن

۲. یافته‌ها

۱-۲. یافته‌های توصیفی

در این مقاله، متغیرهای جمعیتی چون سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، تعداد اعضای خانوار و تعداد فرزندان، مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخگویان برحسب سن

گروه سنی	آماره	گروه		کل (درصد)
		خودیار (درصد)	غیرخودیار (درصد)	
زیر ۲۵ سال	تعداد	۵	۵	۱۰
	درصد برحسب گروه	۵	۵	۱۰
۲۵-۳۴ سال	تعداد	۱۸	۱۹	۳۷
	درصد برحسب گروه	۱۸	۱۹	۳۷
۳۵-۴۴ سال	تعداد	۱۵	۱۵	۳۰
	درصد برحسب گروه	۱۵	۱۵	۳۰
۴۵-۵۴ سال	تعداد	۲۷	۳۱	۵۸
	درصد برحسب گروه	۲۷	۳۱	۵۸
۵۵ سال و بیشتر	تعداد	۳۵	۳۰	۶۵
	درصد برحسب گروه	۳۵	۳۰	۶۵
کل	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰
	درصد برحسب گروه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

همان‌طورکه در جدول فوق مشاهده می‌شود، بیشترین گروه سنی در گروه‌های خودیار، زنان سرپرست خانوار ۵۵ سال و بیشتر با (۳۵ درصد) و در میان گروه‌های غیرخودیار، ۴۵-۵۴ سال با (۳۱ درصد) بوده است.

جدول ۴. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	آماره	گروه		کل
		خودیار	غیرخودیار	
دارای همسر	تعداد	۲۶	۳۰	۵۶
	درصد برحسب گروه	۲۶	۳۰	۵۶
بی‌همسر به علت فوت	تعداد	۴۵	۳۵	۸۰
	درصد برحسب گروه	۴۵	۳۵	۸۰
بی‌همسر به علت طلاق	تعداد	۱۵	۲۰	۳۵
	درصد برحسب گروه	۱۵	۲۰	۳۵
هرگز ازدواج نکرده	تعداد	۱۴	۱۵	۲۹
	درصد برحسب گروه	۱۴	۱۵	۲۹
کل	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰
	درصد برحسب گروه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰



همان طور که در جدول شماره (۴) مشاهده می‌شود، اغلب زنان سرپرست خانوار گروه خودیار با (۴۵ درصد)، بی‌همسر به علت فوت و اغلب زنان سرپرست خانوار گروه غیر خودیار با (۳۵ درصد)، بی‌همسر به علت فوت می‌باشند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که ۲۶ درصد زنان سرپرست خانوار گروه خودیار و ۳۰ درصد زنان سرپرست خانوار گروه غیر خودیار دارای همسر می‌باشند.

جدول ۵. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب میزان تحصیلات

میزان تحصیلات	آماره	گروه		کل
		خودیار	غیر خودیار	
بیسواد	تعداد	۱۶	۱۳	۲۹
	درصد بر حسب گروه	۱۶	۱۳	۲۹
زیر دیپلم	تعداد	۲۲	۲۷	۴۹
	درصد بر حسب گروه	۲۲	۲۷	۴۹
دیپلم	تعداد	۲۴	۲۱	۴۵
	درصد بر حسب گروه	۲۴	۲۱	۴۵
فوق دیپلم	تعداد	۱۴	۱۹	۳۳
	درصد بر حسب گروه	۱۴	۱۹	۳۳
لیسانس	تعداد	۱۹	۱۶	۳۵
	درصد بر حسب گروه	۱۹	۱۶	۳۵
فوق لیسانس	تعداد	۴	۳	۷
	درصد بر حسب گروه	۴	۳	۷
دکتری	تعداد	۱	۱	۲
	درصد بر حسب گروه	۱	۱	۲
کل	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰
	درصد بر حسب گروه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

همان طور که در جدول شماره (۵) مشاهده می‌گردد، اغلب زنان سرپرست خانوار گروه خودیار با (۲۴ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، و اغلب زنان سرپرست گروه غیر خودیار با (۲۷ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم هستند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که ۱۹ درصد زنان سرپرست خانوار گروه خودیار و ۱۶ درصد زنان سرپرست گروه غیر خودیار، دارای تحصیلات لیسانس می‌باشند. به طور کلی سطح تحصیلات زنان سرپرست خانوار گروه خودیار، بالاتر از زنان سرپرست خانوار گروه غیر خودیار است.



جدول ۶. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تعداد اعضای خانوار

تعداد اعضای خانوار	آماره	گروه		کل
		خودیار	غیرخودیار	
۱ نفر	تعداد	۱۶	۱۵	۳۱
	درصد بر حسب گروه	۱۶	۱۵	۳۱
۲ نفر	تعداد	۲۸	۲۶	۵۴
	درصد بر حسب گروه	۲۸	۲۶	۵۴
۳ نفر	تعداد	۲۱	۳۵	۵۶
	درصد بر حسب گروه	۲۱	۳۵	۵۶
۴ نفر	تعداد	۱۶	۱۷	۳۳
	درصد بر حسب گروه	۱۶	۱۷	۳۳
۵ نفر و بیشتر	تعداد	۱۳	۷	۲۰
	درصد بر حسب گروه	۱۳	۷	۲۰
کل	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
	درصد بر حسب گروه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

همان‌طور که در جدول شماره (۶) مشاهده می‌گردد، اغلب زنان سرپرست خانوار گروه خودیار (۲۸ درصد) ۲ عضو، و اغلب زنان سرپرست خانوار گروه غیرخودیار (۳۵ درصد) دارای ۳ نفر عضو خانوار می‌باشند.

جدول ۷. توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تعداد فرزندان

تعداد فرزند	آماره	گروه		کل
		خودیار	غیرخودیار	
بدون فرزند	تعداد	۳۲	۳۵	۶۷
	درصد بر حسب گروه	۳۲	۳۵	۶۷
۱ فرزند	تعداد	۳۱	۲۷	۵۸
	درصد بر حسب گروه	۳۱	۲۷	۵۸
۲ فرزند	تعداد	۱۵	۲۶	۴۱
	درصد بر حسب گروه	۱۵	۲۶	۴۱
۳ فرزند	تعداد	۱۴	۶	۲۰
	درصد بر حسب گروه	۱۴	۶	۲۰
۴ فرزند و بیشتر	تعداد	۸	۶	۱۴
	درصد بر حسب گروه	۸	۶	۱۴
کل	تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
	درصد بر حسب گروه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰



همان طور که در جدول شماره (۷) مشاهده می‌شود اغلب زنان سرپرست خانوار گروه خودیار (۳۲ درصد) بدون فرزند و اغلب زنان سرپرست خانوار گروه غیر خودیار (۳۵ درصد) بدون فرزند هستند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که حدود ۳۱ درصد زنان سرپرست خانوار خودیار و حدود ۲۷ درصد زنان سرپرست خانوار گروه غیر خودیار، دارای یک فرزند می‌باشند.

متغیر مستقل «توانمندسازی اقتصادی» با کمک ابعاد چهارگانه «قدرت پس انداز، توانایی بازپرداخت وام، مهارت‌های شغلی و تملک دارایی» مورد سنجش قرار گرفته است. نتایج این بررسی در قالب جداول زیر منعکس شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه ابعاد توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار گروه خودیار و غیر خودیار

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار آماره t	Df	سطح معناداری
قدرت پس انداز	خودیار	۷۱/۹۶	۸/۰۷	۲۵/۷۵	۱۹۸	۰/۰۲۴
	غیر خودیار	۳۸/۱۴	۱۰/۳۶			
توانایی بازپرداخت وام	خودیار	۷۹/۹۶	۷/۷۰	۱۱/۷۰	۱۹۸	۰/۰۰۳
	غیر خودیار	۳۸/۸۷	۳۴/۲۴			
مهارت‌های شغلی	خودیار	۶۸/۸۲	۸/۸۳۶	۲۲/۶۵	۱۹۸	۰/۰۰۰
	غیر خودیار	۳۴/۱۱	۱۲/۳۸			
تملك دارایی	خودیار	۷۸/۳۶	۹/۴۳	۳۱/۹۸	۱۹۸	۰/۰۰۰
	غیر خودیار	۲۳/۳۲	۱۴/۳۹			
توانمندسازی اقتصادی	خودیار	۷۳/۷۶	۵/۴۰	۳۰/۳۹	۱۹۸	۰/۰۰۰
	غیر خودیار	۳۳/۳۴	۱۲/۱			

در جدول شماره (۸)، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیر توانمندسازی اقتصادی و ابعاد آن به تفکیک گروه خودیار و غیر خودیار نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می‌شود میانگین نمره توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار گروه خودیار بیشتر از گروه غیر خودیار است. با توجه به سطح معناداری آزمون t مستقل ($\text{sig } 0/000$) تفاوت میانگین مشاهده شده در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است. همچنین در چهار بعد (قدرت پس انداز، توانایی بازپرداخت وام، مهارت‌های شغلی و تملک دارایی) نیز نتیجه مشابه فوق به دست آمده است؛ بدین معنی که میانگین نمره چهار



بعد توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار خودیار بیشتر از از زنان سرپرست خانوار غیر خودیار است که این تفاوت در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است.

متغیر سلامت اجتماعی با کمک ابعاد پنج‌گانه «شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی» مورد سنجش قرار گرفته است. جدول شماره (۹) ابعاد سلامت اجتماعی در هر یک از دو گروه خودیار و غیر خودیار را نشان می‌دهد.

جدول ۹. نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه ابعاد سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه خودیار و غیر خودیار

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار آماره t	درجه آزادی	سطح معناداری
شکوفایی اجتماعی	خودیار	۵۷/۶۸	۱۳/۰۸	۱۰/۶۲	۱۹۸	۰/۰۲۲
	غیر خودیار	۴۴/۸۷	۱۴/۲۵			
همبستگی اجتماعی	خودیار	۵۸/۴۱	۱۳/۹۳	۱۳/۱۴	۱۹۸	۰/۰۰۲
	غیر خودیار	۴۹/۹۱	۱۵/۰۵			
انسجام اجتماعی	خودیار	۷۵/۵۰	۲۰/۱۲	۱۱/۷۹	۱۹۸	۰/۰۲۱
	غیر خودیار	۳۸/۰۰	۲۴/۵۹			
پذیرش اجتماعی	خودیار	۶۳/۷۵	۱۸/۰۸	۸/۱۴	۱۹۸	۰/۲۴۶
	غیر خودیار	۴۳/۹۸	۱۵/۹۸			
مشارکت اجتماعی	خودیار	۶۶/۲۵	۱۵/۰۴	۱۴/۷	۱۹۸	۰/۰۵
	غیر خودیار	۵۸/۳۰	۱۵/۱۲			
سلامت اجتماعی (کل)	خودیار	۶۴/۱۲	۸/۷۵	۲۱/۶۷	۱۹۸	۰/۰۰۵
	غیر خودیار	۴۷/۷۴	۸/۱۸			

در جدول فوق، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار گروه خودیار و غیر خودیار و ابعاد پنج‌گانه نشان داده شده است. طبق این جدول، میانگین نمره سلامت اجتماعی در زنان سرپرست خانوار گروه خودیار بیشتر از زنان سرپرست خانوار گروه غیر خودیار است. از آنجا که سطح معناداری آزمون t مستقل کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، تفاوت میانگین مشاهده شده در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است. این در حالی است که در پنج بُعد متغیر سلامت اجتماعی، تنها در پذیرش اجتماعی تفاوت مشاهده شده معنادار نیست و در چهار بُعد دیگر تفاوت معنادار مشاهده شد. نتایج حاصل به شرح ذیل می‌باشد:



میانگین نمره پنج بعد سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) در زنان سرپرست خانوار گروه خودیار به طور معناداری در سطح اطمینان ۹۵ درصد بیشتر از زنان سرپرست خانوار گروه غیرخودیار است. همچنین، اگر عدد سطح معناداری (Sig) بیشتر از ۰/۰۵ باشد، این بدین معناست که بین شکوفایی، همبستگی، انسجام اجتماعی و مشارکت با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار، اختلاف معناداری وجود دارد. فقط در بعد پذیرش اجتماعی است که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد.

۲-۲. آماره‌های استنباطی

پیش از انجام آزمون فرضیه‌ها باید به آزمون نرمال بودن توزیع داده‌ها پرداخت. این امر کمک می‌کند که محقق بتواند آزمون آماری مناسب را جهت آزمون فرضیه‌ها انتخاب کند. بدین منظور از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف جهت تشخیص نوع توزیع داده‌ها استفاده شد. توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در سطح معناداری ۰/۰۵، مورد بررسی قرار گرفته‌اند که نتایج آن در جدول شماره (۱۰) آمده است. سپس فرضیه‌ها و مقایسه بین دو گروه و آزمون آنها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

جدول ۱۰. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر اصلی	ابعاد متغیر اصلی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	Z کالموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	۲۰۰	۵۱/۲۸۱	۱۵/۰۸۱	۱/۴۳۰	۰/۰۸۳
	همبستگی اجتماعی	۲۰۰	۵۴/۱۶۷	۱۵/۰۸۴	۱/۷۵۱	۰/۰۶۴
	انسجام اجتماعی	۲۰۰	۵۶/۷۵۰	۲۹/۲۵۶	۲/۳۸۵	۰/۰۵۵
	پذیرش اجتماعی	۲۰۰	۵۳/۸۶۹	۱۹/۶۹۶	۱/۴۷۱	۰/۰۷۶
	مشارکت اجتماعی	۲۰۰	۶۲/۲۷۵	۱۵/۵۷۰	۱/۶۲۸	۰/۰۶۰
توانمندسازی اقتصادی	قدرت پس انداز	۲۰۰	۵۵/۰۵۰	۱۹/۳۱۸	۲/۲۴۴	۰/۰۶۲
	توانایی بازپرداخت وام	۲۰۰	۵۹/۴۱۵	۳۲/۲۰۴	۱/۸۷۲	۰/۰۷۱
	مهارت‌های شغلی	۲۰۰	۵۱/۴۶۷	۲۰/۴۷۹	۱/۶۹۳	۰/۰۵۶
	تملک دارایی	۲۰۰	۵۰/۸۴۷	۳۰/۱۴۱	۲/۵۷۶	۰/۰۵۳

بر اساس نتایج مندرج در جدول فوق، سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای تحقیق پذیرفته می‌شود.



۲-۳. آزمون فرضیه‌ها

فرضیه ۱. بین قدرت پس انداز کردن زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۱۱. نتایج آزمون مقایسه آزمون قدرت پس انداز زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار

گروه		آمارها	متغیرها
غیرخودیار	خودیار		
۰/۲۳۵	۰/۱۹۹	مقدار آزمون R پیرسون	قدرت پس انداز (متغیر مستقل)
۰/۰۱۹	۰/۰۴۷	سطح معناداری (sig)	سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)

جدول فوق، قدرت پس انداز زنان سرپرست خانوار در دو گروه خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که مقدار R پیرسون در گروه خودیار با ۰/۱۹۹ درصد و در گروه غیرخودیار با ۰/۲۳۵ درصد است. سطح معناداری در سطح اطمینان ۹۵ درصد در گروه خودیار با ۰/۰۴۷ و در گروه غیرخودیار با ۰/۰۱۹ به دست آمد. در نتیجه می‌توان گفت قدرت پس انداز زنان سرپرست خانوار، در هر دو گروه خودیار و گروه غیرخودیار با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد و فرضیه فوق مورد تأیید قرار می‌گیرد.

فرضیه ۲. بین توانایی بازپرداخت وام زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۱۲. نتایج آزمون مقایسه توانایی بازپرداخت وام زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان

گروه		آمارها	متغیرها
غیرخودیار	خودیار		
۰/۲۵۳	۰/۰۴۰	مقدار آزمون R پیرسون	توانایی بازپرداخت وام (متغیر مستقل)
۰/۰۱۱	۰/۲۹۳	سطح معناداری (sig)	سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)

جدول شماره (۱۲) توانایی بازپرداخت وام زنان سرپرست خانوار در دو گروه خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که مقدار R پیرسون در گروه خودیار با ۰/۰۴۰ درصد و در گروه غیرخودیار با ۰/۲۵۳ درصد می‌باشد و سطح معناداری با در سطح اطمینان ۹۵ درصد در گروه خودیار با ۰/۲۹۳ و در گروه غیرخودیار با



۰/۰۱۱ به دست آمد. در نتیجه می توان گفت توانایی بازپرداخت وام زنان سرپرست خانوار در گروه غیرخودیار با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد اما در توانایی بازپرداخت وام زنان سرپرست خانوار در گروه خودیار با سلامت اجتماعی رابطه معناداری (۰/۲۹۳) مشاهده نگردید. از جمله دلایلی که نشان می دهد توانایی بازپرداخت وام زنان سرپرست خانوار گروه های خودیار، رابطه معناداری با سلامت اجتماعی نداشته است، عدم کفایت وام ها و وابستگی زنان سرپرست خانوار به مبلغ اندک وام، هزینه های خانوار، مبلغ پایین مستمری برای بازپرداخت و... را می توان نام برد.

فرضیه ۳. بین مهارت های شغلی زنان سرپرست خانوار در گروه های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۱۳. نتایج آزمون مقایسه مهارت های شغلی زنان سرپرست خانوار در گروه های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان

متغیرها	آمارها	گروه	
		خودیار	غیرخودیار
مهارت های شغلی (متغیر مستقل)	مقدار آزمون R پیرسون	۰/۱۴۱	۰/۰۴۹
سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)	سطح معناداری (sig)	۰/۰۱۱	۰/۰۲۱

جدول شماره (۱۴) مهارت های شغلی زنان سرپرست خانوار در دو گروه خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی را نشان می دهد. نتایج نشان داد که مقدار R پیرسون در گروه خودیار (۰/۱۴۱ درصد) و در گروه غیرخودیار (۰/۰۴۹ درصد) است. سطح معناداری با در سطح اطمینان ۹۵ درصد در گروه خودیار با رقم ۰/۰۱۱ و در گروه غیرخودیار ۰/۰۲۱ به دست آمد. در نتیجه می توان گفت مهارت های شغلی زنان سرپرست خانوار در هر دو گروه خودیار و گروه غیرخودیار با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد و فرضیه فوق مورد تأیید قرار می گیرد. علت بالاتر بودن مهارت های شغلی زنان سرپرست خانوار عضو گروه های خودیار، ارائه آموزش های شغلی به زنان سرپرست خانوار عضو این گروه ها می باشد.

فرضیه ۴. بین تملک دارایی زنان سرپرست خانوار در گروه های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان رابطه معناداری وجود دارد.



جدول ۱۴. آزمون مقایسه تملک دارایی زنان سرپرست خانوار در گروه‌های خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی آنان

گروه		آمارها	متغیرها
غیرخودیار	خودیار		
۰/۰۷۱	۰/۱۹۷	مقدار آزمون R پیرسون	تملك دارایی (متغیر مستقل)
۰/۱۸۳	۰/۰۴۵	سطح معناداری (sig)	سلامت اجتماعی (متغیر وابسته)

جدول شماره (۱۴)، تملک دارایی زنان سرپرست خانوار در دو گروه خودیار و غیرخودیار با سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که مقدار R پیرسون در گروه خودیار با ۰/۱۹۷ درصد و در گروه غیرخودیار با ۰/۰۷۱ درصد می‌باشد و سطح معناداری با سطح اطمینان ۹۵ درصد در گروه خودیار با ۰/۰۴۵ و در گروه غیرخودیار با ۰/۱۹ به دست آمد. در نتیجه می‌توان گفت تملک دارایی زنان سرپرست خانوار در گروه خودیار با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارد اما تملک دارایی زنان سرپرست خانوار در گروه غیرخودیار با سلامت اجتماعی رابطه معناداری (۰/۱۸۳) مشاهده نگردید. بالا بودن متغیر تملک دارایی در زنان سرپرست خانوار عضو گروه‌های خودیار نسبت به زنان سرپرست خانوار غیرخودیار، دلیلی بر توانمندی اقتصادی این زنان می‌باشد. به طوری که این نشان دهنده اثربخشی و مفید بودن وام‌های دریافتی زنان عضو گروه‌های خودیار است.

۸. نتیجه‌گیری

یافته‌های این مقاله، نشان می‌دهد، عضویت در گروه‌های خودیار، موجب توانمندسازی اقتصادی و سپس سلامت اجتماعی آنان شده است. چنانچه نتایج تحقیق با مطالعه رحمانی (۱۳۸۷) که عضویت در گروه‌های خودیار و شبکه خرده‌اعتبارات نقش مؤثری در توانمندسازی اقتصادی زنان و نقش آن در سلامت اجتماعی داشته همسو می‌باشد.

در این مطالعه هر یک از ابعاد توانمندسازی اقتصادی بر ابعاد سلامت اجتماعی بین دو گروه خودیار زنان سرپرست خانوار و غیرخودیار مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد بیشترین گروه سنی در گروه‌های خودیار، زنان سرپرست خانوار ۵۵ سال و بیشتر با (۳۵



درصد) و در میان گروه‌های غیرخودیار ۴۴-۴۵ سال با (۳۱ درصد) بوده است که این با یافته‌های زاهدی اصل و پيله‌وری (۱۳۹۳) که با افزایش سن میزان سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد، همسو می‌باشد.

همچنین از مجموع کل شرکت کنندگان پژوهش (۲۰۰ نفر) دارای همسر، ۲۶ درصد در گروه خودیار و ۳۰ درصد در گروه غیرخودیار، بی همسر به علت فوت ۴۵ درصد در گروه خودیار و ۳۵ درصد در گروه غیرخودیار، بی همسر به علت طلاق ۱۵ درصد در گروه خودیار و ۲۰ درصد در گروه غیرخودیار، هرگز ازدواج نکرده ۱۴ درصد در گروه خودیار و ۱۵ درصد گروه غیرخودیار می‌باشند.

نتایج و یافته‌های مقاله نشان می‌دهد که از مجموع ۲۰ گویه سلامت اجتماعی ۱/۵ درصد کم، ۷۴/۵ درصد متوسط و ۲۴ درصد زیاد می‌باشد. با توجه به پرسشنامه کیز با عنایت به میانگین ۵۵/۹۳ درصدی می‌توان ادعا کرد سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار عضو گروه خودیار و غیرخودیار بین ۴۷ تا ۷۴ قرار گرفته است می‌توان گفت سلامت اجتماعی افراد در این مقاله، در حد متوسط و روبه رشد بوده و باید تقویت شود.

از مجموع ۲۶ گویه توانمندسازی اقتصادی ۲۷ درصد کم، ۲۸ درصد متوسط و ۴۵ درصد زیاد می‌باشد. از مجموعه ۴ بعد شاخص توانمندسازی اقتصادی، بیشترین میانگین به بعد توانایی بازپرداخت وام با (۵۹/۴۱ درصد) بعد از آن به قدرت پس انداز با (۵۵/۰۵ درصد) زنان سرپرست خانوار گروه خودیار و غیرخودیار مربوط می‌شود در حالی که مجموع نمرات (میانگین) شاخص توانمندسازی اقتصادی (۵۳/۵۵ درصد) می‌باشد.

چنانچه در نظریه توانمندسازی سارا لانگه اشاره شده است، به دلیل اینکه زنان سرپرست خانوار عضو گروه‌های خودیار از دسترسی لازم به مهارت‌های شغلی، تسهیلات (اعتبارات خرد)، مشارکت در فرایند پس انداز و داشتن کنترل در توانایی بازپرداخت وام برخوردارند، در ۴ بعد توانمندسازی اقتصادی، بهتر از زنان سرپرست خانوار غیرعضو گروه‌های خودیار بوده‌اند. همچنین زنان سرپرست خانوار عضو گروه‌های خودیار در این مقاله، براساس چهارمین مرحله نظریه توانمندسازی سارا لانگه، مشارکت اجتماعی بیشتری نسبت به زنان سرپرست خانوار غیرعضو گروه خودیار داشته‌اند.



نتایج این مقاله نشان می‌دهد که زنان سرپرست خانوار عضو گروه‌های خودیار از مهارت‌های شغلی بیشتری نسبت به زنان سرپرست خانوار غیرعضو گروه‌های خودیار برخوردار بوده و توانمندسازی اقتصادی بیشتری را نشان می‌دهند. بنابراین، نتایج این مقاله با نظریه زنانه شدن فقر یا آسیب‌پذیری زنان سرپرست خانوار که بر اساس آن زنان سرپرست خانوار از مهارت‌های شغلی باز می‌مانند و به مشاغل حاشیه‌ای و غیر رسمی روی می‌آورند، مطابقت ندارد.

طبق نتایج این مقاله، عضویت در گروه‌های خودیار زنان سرپرست خانوار منجر به توانمندسازی اقتصادی و سلامت اجتماعی آنان شده است. بیشترین میانگین مربوط به متغیر «توانایی بازپرداخت وام» زنان سرپرست خانوار عضو گروه‌های خودیار بوده است که نشان می‌دهد عضویت در گروه‌های خودیار این توانایی را در این گروه از زنان ایجاد کرده است.

این مقاله با محدودیت‌هایی در منابع مطالعاتی مواجه بود. یکی از این محدودیت‌ها، یافتن نظریه‌هایی بود که بتواند به طور کامل رابطه بین دو متغیر را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به تحقیق انجام شده و با عنایت به این نکته که شناسایی راهکارهای توانمندسازی اقتصادی زنان، نقش مهمی در سلامت اجتماعی آنان دارد، پیشنهاد می‌شود تا محققان دیگر تحقیقاتی را در زمینه راهکارهای مؤثر بر توانمندسازی اقتصادی و رابطه آن با سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار دریافت‌کننده اعتبارات خرد انجام دهند.

۹. پیشنهادات

از آنجا که نمره سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار عضو گروه‌های خودیار و غیرخودیار در این مقاله، متوسط رو به رشد بوده، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های سیاست‌گذار متولی توانمندسازی زنان سرپرست خانوار با طراحی شاخص‌های دقیق جهت تقویت سلامت اجتماعی این زنان اقدام نمایند.

با توجه به متوسط بودن متغیرهای توانمندسازی اقتصادی و سلامت اجتماعی پیشنهاد می‌گردد به منظور تقویت برنامه گروه‌های خودیار زنان سرپرست خانوار، ارزیابی فرایند این



برنامه توسط سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه توانمندسازی زنان سرپرست خانوار صورت پذیرد.

از سوی دیگر، پایین‌تر بودن میانگین متغیر مهارت‌های شغلی نسبت به سایر متغیرهای توانمندسازی اقتصادی در گروه‌های خودیار زنان سرپرست خانوار، نشانه این است که دستگاه‌های اجرایی از جمله سازمان بهزیستی، که این برنامه را هدایت می‌نمایند، می‌بایست زمینه‌های لازم را برای آموزش‌های شغلی در گروه‌های خودیار زنان سرپرست خانوار فراهم نمایند. آموزش‌های شغلی چون بازاریابی و فروش محصولات، مدیریت حساب‌های مالی، آموزش‌های مربوط به کسب‌وکار، قدرت چانه‌زنی، مهارت‌های تأمین مواد اولیه، برندسازی و... در جهت توانمندسازی اقتصادی زنان سرپرست خانوار این گروه‌ها مؤثر می‌باشد.



اسعدی خلیلی، نرجس خاتون؛ و حق پرست، فاطمه (۱۳۹۳). توانمندسازی زنان؛ قوانین و برنامه‌های توسعه کشوری. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی.

افشاری، علی؛ هاشمی، زهره؛ و رضایی، رسول (۱۳۹۸). بررسی سطح سلامت اجتماعی و عزت نفس در خانواده‌های زن سرپرست توانمند شده و توانمند نشده: مطالعه موردی سازمان بهزیستی. زن و جامعه، ۱۰(۳)، ۱-۱۶.

اندروز، مت؛ پریجت، لنت؛ و وولکاک، مایکل (۱۳۹۹). توسعه به مثابه توانمندسازی حکومت. (مترجم: جعفر خیرخواهان، مسعود، درودی). تهران: انتشارات روزنه.

تاج‌الدین، محمدباقر (۱۳۹۶). تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران. فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۹(۳۲)، ۶۱-۹۶.

تحویلدار، مریم (۱۳۸۸). بانکداری با گروه‌های همیار چگونه و چرا؟: کتاب مرجع برای شعب بانکی/ بانک ملی کشاورزی و توسعه روستایی هندوستان. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی.

زاهدی اصل، محمد؛ پيله وری، اعظم (۱۳۹۳). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی. فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۶(۱۹)، ۷۱-۱۰۶.

سعیدی، معصومه؛ چهارسوقی امین، حامد؛ واحدی، مرجان؛ مومنی هلالی، هادی؛ و نوروزی، علیرضا (۱۳۹۶). بررسی نقش صندوق اعتبارات خرد بر توانمندسازی اقتصادی زنان روستایی. مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۵(۴)، ۱۷۵-۱۴۹.

شاهنده، خندان؛ محمدیگی، زهره؛ و جمشیدی، انسیه (۱۳۸۵). تشکیل گروه‌های خویار زنان سرپرست خانوار در منطقه ۱۷ شهرداری تهران، گامی در جهت توانمندسازی زنان. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۸(۱)، ۳۱-۳۶.

شیرین، علی؛ فروزنده، لطف اله؛ دانایی فرد، حسن؛ و خانف الهی، احمدعلی (۱۳۹۶). واکاوی تصور سازه توانمندسازی در ایران با رویکرد میان رشته‌ای. فصلنامه مطالعات میان رشته‌ای در علوم انسانی، ۱۰(۱)، ۲۷-۵۶. doi: 10.22631/isih.2017.2365.2813

کشاورز شکری، عباس؛ و آذرکشب، عاطفه (۱۳۹۵). نقادی و بازسازی نظریه سارا لانگه درباره شاخص‌های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار. دوفصلنامه اسلام و علوم اجتماعی، ۱۶، ۳-۳۵.

کیانی قلعه سرد، سروش؛ ارسلان بد، محمدرضا (۱۳۹۳). توانمندسازی اقتصادی زنان با نگاهی به تجربه ژاپن، پایگاه مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، همایش ملی زن و توسعه پایدار روستایی، ۱، ۶۵.



مستی، الهام؛ فخرایی، سیروس (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان (مورد مطالعه زنان شهر مراغه). مطالعات جامعه‌شناسی، ۷(۲۴)، ۱۳۳-۱۱۷.

McWhirter, E.H. (1994). *Counseling for empowerment*. American Counseling Association.

Robinson, M. S. (2001). *The Microfinance Revolution: Sustainable Finance for the Poor*. Washington, D.C.: World Bank.

Malhotra, A., & Schuler, S. (2002). *measuring womens empowerment as a variable in international Development*. World Bank Gender.



مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی

۱۷۷

مطالعه تأثیر توانمندسازی
اقتصادی زنان...