دو فصلنامه مشارکت و توسعه اجتماعی، دوره ۲، شماره ۴، بهار و تابستان ۱۳۹۶، صص ۷۹-۱۱۳

تاثیر ازدواج بر توانمندسازی معلولین جسمی (معلولین جسمی حرکتی، احشایی، حسی) با میانجی‌گری سرمایه اجتماعی

(مطالعه موردی: معلولین جسمی تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد)

حبیب احمدی[۱] وحید دستیار[۲]* لیلا زاده باقری[۳]

چکیده

هدف این تحقیق تاثیر ازدواج بر توانمندسازی معلولین جسمی (معلولین جسمی‌حرکتی، احشایی، حسی) با میانجی-گری سرمایه اجتماعی در استان کهگیلویه و بویراحمد می‌باشد. چارچوب نظری تحقیق بر اساس نظریه ساختاریابی گیدنز، نظریه سرمایه اجتماعی، نظریه درمان‌گروهی، نظریه نیازهای انسانی مزلو، نظریه حمایت پیرلین و نظریه انتخاب گلاسر شکل گرفته است. روش انجام تحقیق به صورت پیمایشی است که از پرسشنامه توأم با مصاحبه حضوری جهت گردآوری داده‌ها استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق شامل تمام معلولین جسمی (جسمی‌حرکتی، احشایی، حسی) تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد (به تفکیک هر شهرستان) می‌باشد که بالغ بر ۱۰۱۸۹ نفر می‌باشند و با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه تحقیق ۳۷۰ نفر می‌باشد و از نمونه‌گیری خوشه‌ای بین هشت شهرستان (هشت خوشه) استان کهگیلویه و بویراحمد استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزارهای SPSS21 و AMOS19 صورت گرفته است. نتایج توصیفی پژوهش، بیانگر آن هستند که میانگین نمره توانمندسازی معلولین جسمی در سطح متوسط به بالا است و نتایج استنباطی پژوهش نشان می‌دهند که بین متغیرهای سن، جنس، وضع‌تاهل، نوع معلولیت و ازدواج با توانمندسازی معلولین جسمی رابطه معناداری وجود ندارد. اما بین متغیر سرمایه اجتماعی و توانمندسازی معلولین جسمی رابطه معناداری وجود دارد. و در آخر نتایج یافته‌های مدل ساختاری نشان داده است که ازدواج به تنهایی هیچ‌گونه تأثیری بر توانمندسازی معلولین جسمی ندارد و تمام تأثیر خود را با واسطه سرمایه اجتماعی گرفته است. بنابراین از آنجائی که اثر مستقیم غیرمعنادار و اثر غیرمستقیم معنادار می‌باشد، مدل میانجی پژوهش ما یک مدل میانجی‌گری کامل می‌باشد.

واژگان کلیدی: *توانمندسازی، معلولین جسمی، ازدواج، ، سرمایه اجتماعی، نوع معلولیت.*

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۲۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۱۲

[۱] استاد جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، ایران. پست الکترونیکی: hahmadi@rose.ac.ir

[۲] دانش‌آموخته کارشناسی ارشد گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان، دهاقان، ایران. پست الکترونیکی: dastyarvahid@yahoo.com (* نویسنده مسئول: ۰۹۰۱۷۰۹۳۱۰۴)

[۳] دانشجوی دکتری بررسی مسائل اجتماعی ایران، دانشگاه شیراز، ایران. پست الکترونیکی: Leila.zadebagheri@gmail.com

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه و طرح مسئله

با تاملی ژرف پیرامون خود، در میان اعضای جامعه به گروهی برخورد می‌کنیم که معلول نامیده می-شوند. معلول، یعنی هر شخصی که در اثر نقص مادرزادی یا سایر ناهنجاری جسمی، ذهنی و حسی از انجام یک یا چند فعالیت اساسی در زندگی روزمره ناتوان باشد (داورمنش،۱۸:۱۳۸۵). و معلولیت عبارت است از محدودیت های دائمی در زمینه های مختلف جسمی، حسی یا ذهنی- روانی که شخص مبتلا به آن را در زندگی روزمره در مقایسه با سایر افراد جامعه دچار مشکل یا محدودیت سازد (جلالی فراهانی،۴:۱۳۹۰). معلولیت جسمی شاید آشکارترین نقصی باشد که فرد مبتلا را در میان جمعی از افراد سالم انگشت نما می کند. آسیب‌های جسمی ممکن است ناشی از بیماری‌های ارثی و اکتسابی یا حوادث و سوانح باشد (حاج بابایی،۱۷۷:۱۳۷۲). در این تحقیق معلولین جسمی[۱] به سه گروه اصلی تقسیم می‌شوند. گروه اول؛ معلول جسمی–حرکتی: معلول جسمی- حرکتی به افرادی اطلاق می‌شود که به هر علت دچار ضعف یا اختلال یا ناتوانی در سیستم حرکتی باشند یا برای تحرک نیاز به پاره‌ای وسایل کمکی نظیر کراچ[۲]، واکر[۳] و ویلچر[۴] داشته باشند (حاج یوسفی،۳۰۰:۱۳۷۳). گروه دوم؛ معلولین احشایی: به مبتلایان آن دسته از بیماری‌های ناشی از اختلالات بیولوژیکی و متابولیسمی[۵] ارگانیسم بدن که سیر مزمن آن‌ها منجر به ناتوانی بیمار می‌شود، معلولان احشایی می‌گویند. از جمله آن‌ها معلولیت‌های قلبی – عروقی، تنفسی، ناشی از نارسایی مزمن کلیه، ناشی از صرع، ناشی از دیابت (قندخون)، ناشی از بیماری‌های ارثی و خونی (هموفیلی، تالاسمی) هستند (کریمی درمنی،۱۲۷:۱۳۹۰) و گروه سوم؛ معلولین حسی: معلولین حسی شامل معلولین نابینا و ناشنوا می‌باشند که دچار فقدان یا نقص در بینایی و یا شنوایی می‌باشند و قادر به رفع نیازهای ارتباطی نمی‌باشند (گنجی،۲۲۱:۱۳۸۸). در زمانی که مسئله معلولیت یکی از حادترین مسائل جوامع بشری می‌باشد، بدیهی است که توانمندسازی معلولان یکی از مهم‌ترین مسئله‌های یک جامعه است که باید به صورت بنیادی به آن پرداخته شود. توانمندسازی افراد به معنی تشویق افراد برای مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌هایی که بر فعالیت آنها موثر است، یعنی اینکه فضایی برای افراد فراهم شود تا بتوانند ایده‌های خوبی را بیافرینند و آنها را به عمل تبدیل کنند (زارعی،۲:۱۳۸۶). اصطلاح توانمندسازی در دو دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در متون مدیریت بسیار رایج شد. توانمند شدن در رشته‌های روانشناسی، جامعه‌شناسی و دین‌شناسی ریشه‌هایی دارد که به دهه-

[۱] physically disabilities
[۲] Crutch
[۳] Walker
[۴] Wheel chair
[۵] Biological and metabolic disorders

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

های گذشته و حتی قرن‌های گذشته بر می‌گردد. آلدر[۱] در سال ۱۹۹۷ در زمینه روانشناسی، مفهوم "انگیزه تسلط" را با تأکید بر تلاشی که افراد برای کسب تسلط در برخورد با جهان خود دارند، مطرح کرد. چندین دهه قبل، مفاهیم مشابهی معرفی شدند. وایت[۲] در سال ۱۹۵۹ بیان نمود"انگیزه اثر گذاری" یک انگیزه درونی است که باعث می‌شود، کارها اتفاق بیفتد. برهم[۳] در سال ۱۹۶۶ توانمندسازی را "واکنش روانشناختی" که برای آزادی از محدودیت‌هاست، می‌داند. وتن و کمرون در سال ۲۰۰۰ از آن به عنوان "انگیزه تبحر" که اشاره به تلاشی که جهت رویایی با چالش‌ها و غلبه بر آنها دارد، نام بردند. در هر یک از این مطالعات، تعریف توانمندسازی به مفاهیمی چون تمایل افراد به تجربه خودکنترلی، به خود اهمیت دادن و برای خود آزادی قائل شدن شباهت دارد. به طور خلاصه در مدیریت سابقه استفاده از اصطلاح توانمندسازی به دموکراسی صنعتی و دخیل نمودن کارکنان در تصمیم‌گیری‌های سازمان تحت عناوین تیم‌سازی مشارکت و مدیریت کیفیت جامع بر می‌گردد. این اصطلاح در سال ۱۹۸۰ به سرعت به عنوان موضوع روز مطرح گردید و توسط نظریه-پردازانی چون کانگر و کانگو[۴] ۱۹۸۵، اسپریتزر[۵] ۱۹۹۵، توماس و ولتهوس، کنت بلانچارد، جان پی کارلوس و راندلف ۲۰۰۰ گسترش یافت (سبزیکاران،۱۳۸۶: ۱۴-۱۱). در این تحقیق به توانمندسازی معلولین جسمی در پنج بُعد پرداخته شده است. در یکی از بهترین بررسی‌های تجربی انجام شده در مورد توانمندسازی تا به امروز اسپریتزر (۱۹۹۲) چهار بعد را برای توانمندسازی شناسایی کرد. «وتن» و «کمرون[۶]» (۱۹۹۸) بر اساس پژوهش میشرا[۷] (۱۹۹۲) یک بعد دیگر به مدل او افزوده‌اند. این پنج بعد عبارت است از: احساس خوداثربخشی[۸] (احساس شایستگی شخصی)؛ احساس خودمختاری[۹] (احساس انتخاب شخصی)؛ پذیرفتن شخصی نتیجه[۱۰] (احساس موثر بودن)؛ احساس معنی‌دار بودن[۱۱] (احساس ارزشمندی کار) و احساس اعتماد به دیگران[۱۲] (احساس امنیت) (مجیدی و محمدی مقدم،۱۳۸۷:۱۴). در هر جامعه‌ای، برخی از افراد دچار ناتوانی‌های خاصی هستند. این ناتوانی‌ها محدودیت‌های ویژه‌ای را برای آنان ایجاد می‌کند و در نتیجه نیازهای منحصر به فردی برای آنان مطرح می‌شود. به طور کلی افراد با نیازهای ویژه، برای توصیف هر کسی به کار

---

۱ Alder
۲ White
۳ Barham
۴ Conger and Kanungo
۵ Spreitzer
۶ Veton & Cameron
۷ Mishra
۸ Self-Determination
۹ Self-Determination
۱۰ Meaning
۱۱ Meaning
۱۲ Trust in other

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

می‌رود که عملکرد جسمی، ذهنی، یا رفتاری وی به قدری با هنجار تفاوت دارد که خدمات بیشتری برای برآورد کردن نیازهای او ضرورت می‌یابد. بر این اساس افراد با نقائص حسی (از لحاظ بینایی ، شنوایی ، جسمی–حرکتی)، جزو افرادی محسوب می‌شوند که از نیازهای ویژه‌ای برخوردارند. در زمینه توانمندسازی اگر چه تلاش‌های ارزشمندی از سوی اندیشمندان و پژوهشگران صورت گرفته و می‌گیرد اما ضرورت هم‌اندیشی در این زمینه بر کسی پوشیده نیست. در واقع تبادل اندیشه و نظر در این زمینه می‌تواند به توسعه دیدگاههای نظری (به عنوان پشتوانه عمل) و راهبردهای عملی در جهت خوداتکایی و توانمندسازی این افراد کمک کند. هر کوشش علمی در جهت توانمندسازی، نه تنها باری از دوش خانواده‌های این افراد برمی‌دارد بلکه در خوداتکایی و توانمندسازی این‌گونه افراد می‌تواند بسیار موثر باشد و از این مسیر پیوند بین مراکز علمی – پژوهشی و جامعه نیز تقویت شود. بنابراین، هدف توانمندسازی کمک به افراد ضعیف است تا تلاش نمایند بر ضعف‌هایشان غلبه؛ جنبه‌های مثبت زندگیشان را بهبود بخشیده، مهارت‌ها و توانایی‌هایشان را برای کنترل عاقلانه بر زندگی افزایش داده و آن را در عمل پیاده نمایند (Mc Whirter, 1994). پس شناخت صحیح از این پدیده و آگاهی از توانمندی افراد دارای ناتوانی و استفاده بهینه از این نیرو گام موثری در جهت توسعه یک کشور خواهد بود. از این رو توانمندسازی معلولان در سرتاسر جهان یکی از مساله‌های مهم و ضروری کشورها می‌باشد که با توانمند ساختن معلولان بتوانند جامعه‌ای بهتر و سالم‌تر را طرح‌ریزی کنند. در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی از سوی کشورهای مختلف از جمله ایران برای توانمندسازی معلولان صورت گرفته است که اگر به مناسب‌سازی محیط شهرها توجه کنید به نتیجه این تلاش‌ها می‌رسید. با توانمندسازی می‌توان معلولان را به ادامه زندگی امیدوارکرد و به آنها گوشزد کرد که با توجه به معلولیتی که دارند هنوز راه زندگی برای آنها باز است و می‌توانند قله-های صعود و ترقی را پشت سرهم طی کنند. در واقع با توانمند کردن قشر معلولین، جامعه مورد مطالعه (استان کهگیلویه و بویراحمد) به سوی جامعه‌ای بهتر، سالم‌تر و با کیفیت‌تر حرکت می‌کند و بستر لازم برای شکوفاسازی استعدادهای این قشر فراهم می‌شود. از آنجائی‌که تعداد قابل توجهی از افراد جامعه و گروههای اجتماعی دچار معلولیت هستند و طبق آمار در گذشته نه چندان دور یعنی سال ۱۹۷۰، میزان افراد معلول در جهان حدود ۱۰ درصد بوده که این نرخ در سال ۲۰۱۱، به ۱۵ درصد رسیده است یعنی ۷۸۵ میلیون نفر که از میان آنها ۱۱۰ میلیون نفر دارای معلولیت سخت می-باشند (سازمان بهداشت جهانی[1]، ۲۰۱۱). در ایران نیز نتایج سرشماریهای مختلف نشان می‌دهد که در سال ۱۳۶۵ جمعیت معلول کشور در حدود ۰/۹۴ درصد کل جمعیت کشور گزارش شده است

[1] WHO

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

(وزارت کار، ۱۳۹۲) و در سال ۱۳۸۵، ۱/۴ درصد جمعیت کشور بوده (کریمی درمنی،۱۳۹۰:۳۹) که در سال ۱۳۹۰ به ۱/۵ درصد یعنی حدود ۱۰۱۷۶۵۹ نفر رسیده است (وزارت کار، ۱۳۹۲). یعنی در طول یک دوره ۲۵ ساله ۲/۲ برابر شده است. بنابراین تغییرات جمعیتی معلولین بیانگر یک روند افزایشی است و لذا نیازمند توجه هر چه بیشتر در امر سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی است. محقق در این خصوص به این واقعیت رهنمود شده که در حال حاضر تعداد ۱۸۰۶۱ نفر (۲/۶ درصد از کل جمعیت استان که۱۱۰۰۰ نفر در روستا و۷۰۶۱ نفر در شهر می‌باشند) معلول (۱۰۱۸۹ نفر (۱/۴۵ درصد از کل جمعیت استان که۷۰۰۰ نفر (۱ درصد) در روستا و ۳۱۸۹ نفر (۴۵/ درصد) در شهر می‌باشند) معلول جسمی و ۷۸۷۲ نفر (۱/۱۲درصد) معلول ذهنی و اجتماعی) در استان کهگیلویه و بویراحمد وجود دارد (آمار اخذ شده از سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد، ۱۳۹۴) که به دلیل بار سنگین عاطفی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از معلولیت رنج می‌برند و مقتضی است که به توانمندی آنها توجه شود. در بسیاری از موارد مشاهده شده که این قشر در جامعه از توانمندی‌های خاص و قابل تقدیر در فعالیت‌های اقتصادی، فرهنگی، علمی، اجتماعی و ورزشی برخوردار هستند و از آنجا که به توانمندسازی معلولان در استان‌های محروم (از جمله استان کهگیلویه و بویراحمد) کم‌توجهی می‌شود و با توجه به اینکه محقق خود جزء معلولین جسمی می‌باشد و از نزدیک شاهد این کم‌توجهی و کاستی‌ها و نواقص این قشر می‌باشد، بنابراین ضروری می‌داند که باید به توانمندسازی معلولین جسمی نگاهی اساسی و بنیادی کرد. با توجه به اینکه توانمندی معلولین یک پدیده اجتماعی است و پدیده‌های اجتماعی تک علتی نیستند، توانمند شدن معلولین به عوامل درونی و بیرونی متعددی بستگی دارد. از طرفی عواملی درونی چون وضعیت جسمانی، روانی، اقتصادی و فرهنگی بر توانمندی فرد معلول نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. از طرف دیگر ساختارهای موجود اجتماعی در این مورد می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد. از عواملی که می‌تواند در توانمندی افراد نقش داشته باشد، تاثیر ازدواج و سرمایه اجتماعی بر توانمندی آنان است. ازدواج اولین قدم برای یک پیوند خانوادگی و پرورش نسل بعد به حساب می‌آید. از این رو به عنوان مهمترین و اصلی‌ترین عامل ارتباطی میان انسان‌ها معرفی شده است (روزن[1] و گراندن[2]، ۲۰۰۴). و پیوندی است بین زن و مرد که بر پایه روابط پایاپای جنسی شکل می‌گیرد تا بچه‌هایی که آن زن به دنیا می‌آورد فرزندان مشروع والدین شناخته شوند. ازدواج روابط اجتماعی و حقوق و وظایف تازه-ای را میان همسران و خویشاوندان برقرار می‌سازد و حقوق و پایگاه فرزندان را در هنگام تولد نیز

1 Rosen
2 Geranden

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

تعیین می‌کند (رنجبر،۱۲۷:۱۳۸۰). ازدواج یک نیاز شخصی نیست که تنها مربوط به زن و مرد باشد، بلکه علاوه بر آن، یک امر اجتماعی است که مسئولین جامعه نسبت به آن مسئولیت دارند. ازدواج و تاسیس کانون خانوادگی برای سلامت و امنیت و سعادت اجتماع سودمند و ضروری است؛ زیرا جامعه بزرگ از واحدهای کوچک خانواده تشکیل می‌شود و صلاح و فساد و ترقی و انحطاط جوامع از صلاح و فساد و ترقی و انحطاط خانواده‌ها تشکیل می‌شود و اصلاح جامعه را باید از طریق اصلاح خانواده شروع کرد (امینی،۱۳۷۹). به طور کلی، ازدواج موجب تغییر نقش‌های اجتماعی و جابه‌جایی پایگاه اجتماعی افراد می‌شود. از این رو در این مطالعه به تأثیر ازدواج بر توانمندسازی معلولین جسمی با میانجی‌گری سرمایه اجتماعی پرداخته شده است که این هدف اصلی تحقیق می‌باشد.

پرسش‌های تحقیق

الف: پرسش اصلی تحقیق

- تاثیر ازدواج به تنهایی یا با واسطه سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی معلولین جسمی چه میزان است؟

ب: پرسش‌های فرعی تحقیق

- تاثیر ازدواج بر توانمندسازی معلولین جسمی چه میزان است؟
- تاثیر ازدواج بر سرمایه اجتماعی چه میزان است؟
- تاثیر سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی معلولین جسمی چه میزان است؟
- تأثیر ازداوج با میانجی‌گری سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی معلولین جسمی چه میزان است؟
- تأثیر عوامل جمعیتی (سن، جنس، تاهل و نوع معلولیت) بر توانمندسازی معلولین جسمی چه میزان است؟

مبانی نظری

در انتخاب مبانی نظری تحقیق از نظریه ساختاریابی گیدنز، نظریه سرمایه اجتماعی پیر بوردیو، پانتام، کلمن و فوکویاما، نظریه درمان گروهی، نظریه حمایت و نظریه انتخاب ویلیام گلاسر استفاده شده است.

نظریه ساختاریابی گیدنز

گیدنز ساختار را بر حسب قواعد و منابع تعریف می‌کند. او معتقد است جامعه‌شناسی فقط با در نظر گرفتن کردارهای اجتماعی به عنوان موضوع مطالعه می‌تواند بر دوگانگی سنتی کنش و ساختار فائق

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

آید. این دوگانگی در واقع دو وجهی بودن است: یک چیز یا یک موضوع مورد مطالعه با دو وجه وجود دارد، بر اساس نظریه‌ی ساختاربندی، قلمروه پژوهش علوم اجتماعی نه تجربه‌ی کنشگر فردی و نه وجود نوعی کلیت اجتماعی، بلکه کردارهای اجتماعی سامان‌یافته در زمان و مکان است (کرایب،۱۳۸۸: ۱۴۵-۱۴۳). قواعد از نظر گیدنز در جمع و در ارتباط با اجتماع معنی می‌یابند. این قواعد را نمی‌توان جدا از منابع اجتماعی مفهوم‌سازی کرد. قواعد متضمن رویه‌های ارزشمند تعامل اجتماعی است، قواعد از یک‌سو به شکل‌گیری معنا مربوط است و از سویی دیگر منوط به تأیید شیوه‌های رفتار است (Giddens,1984:16). منابع، تسهیلاتی هستند که کنشگران جهت انجام امور از آنها استفاده می‌کنند. گیدنز منابع را شامل چیزهای می‌داند که قدرت را بوجود می‌آورند. وقتی کنشگران تعامل می‌کنند از منابع استفاده می‌کنند، و وقتی از منابع استفاده می‌کنند، کنش دیگران را شکل می‌دهند (Turner,2003:477). فرایند توانمندسازی، بر جنبه مهم پویایی روند توانمندسازی تاکید دارد: پتانسیل توانمندسازی نه تنها از لحاظ منابع و توانایی‌های شخصی مردم، بلکه از نظر قوانین و مقررات ساختار اجتماعی وجود دارد. ارتباط ساخته شده توسط گیدنز میان ساختار اجتماعی و عاملان انسانی تبیین نظری این مورد که توانمندسازی اجتماعات و توانمندسازی فردی که همبخشی دارند را تقویت می‌کند (Giddens,1984). از این رو، توانمندسازی ممکن است به یک فرایند دایره‌ای شکل از تغییرات اجتماعی و فعال‌سازی توانایی‌ها و منابع مقایسه شود، که در آن عوامل انسانی در نیاز به کنش توانمند همراه با سایر عوامل انسانی عمل می‌کند. ساختار اجتماعی که با استفاده از این فعالیت‌ها بوجود آمده شامل حفظ و بازتولید عناصر از ساختار اجتماعی موجود و اخلاقی یک فرایند تحلیل انتقادی اجتماعی است. در حوزه ارتباطی، مردمی که توانمند شده‌اند یاد می‌گیرند که چگونه وضعیت خود را به گونه‌ای متفاوت درک کنند، و در نتیجه تشکیل یک ساختار نمادینی که در آن سهیم هستند را می‌دهد و به آنها معنای اجتماعی جدیدی از وضعیتشان و روابط آنها با دیگران را می‌بخشد. در حوزه هنجاری، مردم درک هنجارهای نو اجتماعی خاصی که بر آنها تاثیر می‌گذارد را می‌آموزند. توانمندسازی ممکن است از نظر توانایی افراد در تاثیرگذاری برای تغییر در نظر گرفته شود، اما نمی‌توان توانایی فردی که در فعالیت اختصاصی‌اش بروز یافته است را بدون ارتباط با ساختارهای موجود کنترلی که این شخص از طریق رفتارش تقویت کرده، تفسیر کرده و تغییر داده درک کرد. کارائی فردی از طریق ساختارهای کنترلی که در سیستم‌های اجتماعی جای دارند استحکام می‌یابد (Clegg,1989). از این رو فرایند توانمندسازی به آنچه از قبل در جامعه وجود داشته بستگی دارد، اما موفقیت این فرایند به اینکه چه و به چه میزان تغییرات در سطح

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

فردی، در سطح اجتماعات و در نظام اجتماعی به این فرایند مرتبط است به وقوع پیوسته است تعریف شده است.

نظریه سرمایه اجتماعی

مفهوم سرمایه اجتماعی تاریخ طولانی در علوم اجتماعی دارد. اما شهرت آن به دهه نود با مطالعات پیر بوردیو، پانتام و فوکویاما[۱] بر می‌گردد. این مفهوم دارای ابعادی نظیر: قابلیت اعتماد، مشارکت و رهبری مدنی، بخشش و روحیه داوطلبی، توانایی برقراری روابط اجتماعی غیررسمی، تنوع در معاشرت‌ها و دوستی‌ها، مشارکت سیاسی، مشارکت مذهبی، عدالت در مشارکت مدنی می‌باشد (امیرخانی و پورعزت،۲۱:۱۳۸۷). سرمایه اجتماعی، شکل و نمونه‌ی ملموس از یک هنجار غیررسمی است که باعث ترویج همکاری بین دو یا چند فرد می شود و موجب توانمندی همدیگر می‌شود، هنجارهای تشکیل‌دهنده سرمایه اجتماعی می‌تواند از هنجار روابط متقابل دو دوست گرفته تا آموزه‌های پیچیده‌ای را در برگیرد، چنین نیست که هر مجموعه‌ای از هنجارهایی با مصداق عینی به تشکیل سرمایه اجتماعی بینجامد در حالیکه این هنجارها باید به ایجاد و افزایش همکاری در گروه منجر شود لذا با فضایل سنتی چون درستکاری، وفای به عهد، قابل اعتماد بودن، روابط متقابل و نظایر اینها مرتبط‌اند (الوانی و شیروانی،۵:۱۳۸۵). سرمایه اجتماعی از نظر بوردیو بر تعهدات و ارتباطات اجتماعی مبتنی است و خود او آن را چنین تعریف می‌کند: «سرمایه اجتماعی انباشت منابع بالفعل و بالقوه‌ای است که مربوط به داشتن شبکه‌ای نسبتاً پایدار از روابط کم و بیش نهادی شده از آشنایی و شناخت متقابل است یا به عبارتی دیگر عضویت در یک گروه برای هر یک از اعضایش از طریق حمایت یک سرمایه جمعی، صلاحیتی فراهم می‌کند که آنان را مستحق «اعتبار» به معانی مختلف کلمه می‌کند» (بوردیو،۵۱:۱۹۹۷). در دهه ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ پیر بوردیو، مفهوم سرمایه اجتماعی را توسعه داد. وی معتقد است که سرمایه اجتماعی، مجموعه‌ای منابع مادی یا معنوی است که به یک فرد یا گروه اجازه می‌دهد تا شبکه‌ای پایداری از روابط کم و بیش نهادینه شده‌ی آشنایی و شناخت متقابل را در اختیار داشته باشد (فیلد،۳۱:۱۳۸۶). کلمن[۲] برخلاف بوردیو معتقد است که سرمایه اجتماعی صرفا محدود به طبقه مرفه نبوده بلکه می‌تواند برای طبقات پایین نیز مفید باشد. از نظر کلمن سرمایه اجتماعی نشان‌دهنده یک منبع است زیرا متضمن شبکه‌های مبتنی بر ارزشهای مشترک و اعتماد می‌باشد (فیلد،۳۸:۱۳۸۸). پاتنام معتقد است سرمایه اجتماعی

[۱] Pierre Bourdieu & Putnam & Fukuyama
[۲] James Colman

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

نیز مانند سایر سرمایه‌ها مولّد است و امکان دستیابی به اهداف مشخصی را فراهم می‌کند. برای مثال گروهی که اعضایش به یکدیگر اعتماد زیادی دارند نسبت به گروهی که فاقد این ویژگیها هستند موفق‌ترند و کارایی بیشتری را دارند. او معتقد است که برخلاف سرمایه متعارف که یک کالای خصوصی هستند، سرمایه اجتماعی نوعی کالای عمومی به شمار می‌آید و افرادی که از آن بهره‌مند هستند همانند سرمایه متعارف تمایل به افزایش آن دارند. همچنین پاتنام برای سرمایه اجتماعی سه تا مولفه و شاخص تعریف می‌کند که عبارتند از: شبکه‌ها، اعتماد و هنجارهای همیاری. او اعتماد را به دو نوع اجتماعی و شخصی دسته‌بندی می‌کند و اعتماد اجتماعی را برای جامعه سودمندتر می‌داند (پاتنام،۱۳۷۹: ۲۹۲-۲۸۵). از نظر لین، سرمایه اجتماعی از سه جزء تشکیل شده است: منابع نهفته در ساختار اجتماعی، قابلیت دسترسی افراد به این گونه منابع اجتماعی و استفاده یا گردآوری این گونه منابع اجتماعی در کنش‌های هدفمند. در کنش اظهاری سرمایه اجتماعی ابزاری است برای تحکیم منابع و دفاع در برابر از دست دادن احتمالی منابع. او سه نوع بازدهی را در این رابطه ذکر می‌کند: سلامت جسمانی، سلامت روانی و رضایت از زندگی .سلامت جسمانی مستلزم حفظ توان کارکردی جسمانی و رهایی از بیماری‌ها و آسیب‌دیدگی است. سلامت روانی، توانایی پایدر برابر تنش‌ها و حفظ تعادل عقلی و احساسی را منعکس می-کند. رضایت از زندگی نیز نشانگر خوش‌بینی و رضایت از عرصه‌های مختلف زندگی مانند خانواده، ازدواج، کار، جامعه و محیط‌زیست است. وی معتقد است اغلب اوقات کنش‌های ابزاری و کنش‌های اظهاری یکدیگر را تقویت می‌کنند. (لین،۱۹۹۹: ۱۲-۷). فوکویاما بیان می‌کند که سرمایه اجتماعی را به سادگی می‌توان به عنوان وجود مجموعه‌ی معینی از هنجارها یا ارزش‌های غیررسمی تعریف کرد که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میانشان برقرار است، در آن سهیم هستند. هنجارهایی که تولید سرمایه اجتماعی می‌کنند، اساساً باید شامل سجایایی از قبیل صداقت، ادای تعهدات و ارتباطات دو جانبه باشند» (فوکویاما،۱۳۷۹: ۱۲-۱۱). از دیدگاه فوکویاما، سرمایه اجتماعی، هنجارهای غیررسمی جاافتاده‌ای است که همکاری میان دو یا چند نفر را تشویق می‌کند، سرمایه اجتماعی موجب می‌شود اعضای جامعه به هم اعتماد کنند و با تشکیل گروه‌ها و سازمان-های جدید باهم همکاری نمایند (بوداقی،۵۴:۱۳۸۹). سرانجام سرمایه اجتماعی از راه حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن‌شناختی از سلامتی محافظت می‌کند (ریدپات[1]،۲۰۰۳). و عقیده بر این است که سرمایه اجتماعی، خودیاری اجتماعی را در جامعه تقویت می‌کند و بر اجتماعات امکان می‌دهد تا به آسانی با یکدیگر در جهت حل مسائل جمعی

[1] Ridputh, D.D

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

نظیر سلامت کار کنند (واکفلید و پولاند[۱]،۲۰۰۵). بویژه سرمایه اجتماعی می‌تواند با تـامین حمایـت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل سلامتی و توانمندی افراد را تقویت کند (مسعودنیا،۱۳۸۹: ۱۶۵-۱۶۴).

نظریه درمان گروهی

منظور آن است که خود معلول، چنانچه در جمعی متشکل از معلولان جای گیـرد، بـار معلولیّـت را کاهش می‌دهد؛ می‌بیند و می‌داند که بسیاری همانند او هستند. حتی بعضـی معلولیّـت بیشـتری نیـز دارند و در مقابل به طور مثبتی با آن کنار آمده و توفیق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگـی اخـذ نمـوده اند. از این رو، بار معلولیت را که در جامعه سالم به دوش می‌کشید، کـاهش مـی‌دهـد و معلـول در جمع متشکل معلولان، احساس آرامش می‌کند، بار معلولیّـت را تـرمیم مـی‌نمایـد و در نهایـت بـار کمتری برای او باقی می‌ماند. هر قدر تعداد اعضای باشگاه بیشتر باشد، ترمیم بار بهتر صـورت مـی-گیرد و در نتیجه آرامش بیشتری نصیب فرد می‌شود (جبلی،۱۳۹۱: ۴ به نقل از ساروخانی،۱۳۹۱).

نظریه سلسله‌مراتب نیازهای انسانی آبراهام مزلو[۲]

به نظر مازلو نیازهای انسان با تقدم و تأخر ظاهر می‌شوند. هر نیاز پس از آنکه کلاً یا به طور نسـبی ارضا شد جای خود را به نیاز برآورده نشده سطح بالاتر می‌دهد یا آن که همان نیاز به صورتی دیگر و با شدتی بیش‌تر متجلی می‌شود. این نیازهای جسمانی یا اولیه و نیازهای ثانوی یـا روانـی تقسـیم کرد. طبقه بندی مازلو از نیازهای انسانی به این صورت است:۱) نیازهای فیزیوژیک یا جسـمانی؛ ۲) نیاز به امنیت؛۳) نیازهای گروهی و اجتماعی و نیاز به عشق و محبت؛۴) نیـاز بـه حرمـت و مقـام و موقعیت و ۵) نیاز خودیابی و خویشتن شناسی(مازلو،۱۳۷۲). ازدواج برای انسانها یـک نیـاز طبیعـی است که از آفرینش ویژه آنها سرچشمه می‌گیرد. چنانکه انسـان بـه آب و غـذا نیـاز دارد، در سـنین مخصوصی به ازدواج هم نیاز پیدا می‌کند. هر یک از دختر و پسر در سنین بلوغ احساس می‌کنند که جنس مخالف را دوست دارند و خواستار وصال همدیگر هستند. ازدواج یک خواسته طبیعـی اسـت که همه جوامع بشری و ادیان آسمانی بر آن صحه نهاده‌اند (امینی:۱۳۸۷، ۱۷). بر این اساس، باید بـه این نکته توجه شود که ازدواج چگونه پاسخگوی نیازهایی است که برای شخص جنبـهٔ غالـب دارد. ممکن است برای فردی پاسخگویی به نیاز جنسی یک نیاز باشد، در صورتی که برای شخصی دیگر نیازهای دیگری مانند عشق مطرح باشد. نیازهای فیزیولوژیایی شامل نیاز به غذا، آب، هوا، خواب و جنس مخالف هستند. دیگر نظریه‌پردازان در مورد ازدواج چنـین گفتـه‌انـد: از نظـر لـوی‌اسـتروس[۳]

[۱] Wakefield,S.E.L.,and Poland,B
[۲] Abraham Maslow
[۳] Leo Strauss

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

ازدواج پدیده اصلی در تشکیل ساختهای خویشاوندی است (ریـویر، کلـود ،۱۳۷۹: ۱۰۰) و جسـی-برنارد[۱] نیز ازدواج را مترادف با نظام فرهنگی از آراء و عقاید تربیتی، نهادی از نقش‌ها و هنجارهـا و تجربیات تعاملی پیچیده‌ای برای مردان و زنان تعریف می‌کند (ریتزر،۳۰۶:۱۳۷۴).

نظریه حمایت

نظریه حمایت مبتنی بر این ایده است که ازدواج به شیوه‌هـای مختلفـی از افـراد در مقابـل عوامـل تهدیدکننده سلامتی حمایت و محافظت می‌کند و باعث ایجاد یک نوع توانمنـدی در شـخص مـی-شود. افراد متاهل، بهره‌مندی بیشتری از منابع اقتصادی، حمایت اجتماعی و روانی و نیز حمایـت در زمینه سبک‌های سالم زندگی در مقایسه با افراد مجرد و افرادی که در گذشته ازدواج کرده‌اند دارنـد (مسعودنیا،۱۷۹:۱۳۸۹ به نقل از اسـکونبورن[۲]،۲۰۰۴). بـر اسـاس نظریـه حمایـت، ازدواج از طریـق مسیرهای مختلفی می‌تواند سلامتی بهتر را برای افراد متاهل به ارمغان آورد. برخـی از ایـن مسـیرها عبارتند از: الف) ازدواج، سبب تقویت انسجام اجتماعی مـی‌شـود؛ ب) ازدواج، یـک منبـع حمایـت ابزاری در زمینه وظایفی نظیر خانه‌داری است؛ پ) ازدواج، منابع اقتصادی را افزایش مـی‌دهـد؛ ت) ازدواج، رفتار سلامتی مثبت را تقویت می‌کند. برای مثـال، حضـور همسـر ممکـن اسـت از برخـی رفتارهای سلامتی منفی نظیر مصرف الکل و سوء مصـرف مـواد پیشـگیری کنـد و از سـوی دیگـر رفتارهای سالم مانند پیروی از رژیم‌های پزشکی را تقویت نماید (مسـعودنیا،۱۸۰:۱۳۸۹ بـه نقـل از پیرلین[۳]،۱۹۸۹).

نظریه انتخاب[۴] ویلیام گلاسر

نظریه انتخاب می‌گوید خود ما هستیم که تمام اعمال‌مان از جمله احسـاس بـدبختی‌مـان را انتخـاب می‌کنیم. دیگران نه می‌توانند ما را بدبخت کنند و نه خوشبخت. تمام چیزی که از دیگران می‌تـوانیم بگیریم و تمام چیزی که به دیگران می‌توانیم بدهیم، اطلاعات است. امـا اطلاعـات فـی نفسـه و بـه خودی خود نمی‌تواند ما را وادار به انجام کاری یا داشتن احساسی کند. اطلاعات وارد مغز می‌شـود و مغز آن را پردازش می‌کند. بعد تصمیم می‌گیریم چکار کنیم. آموزش نظریه انتخاب مـی‌توانـد بـه عنوان بخشی از برنامه‌های اصلاحی و توانبخشی انجام شود، چون در این برنامه‌ها معمولاً به خیلـی از آدم‌ها برمی‌خوریم. اگر این نظریه را در گروه‌های کوچک آموزش بدهیم خیلی موثر اسـت چـون

[۱] Jessie Bernard
[۲] Schoenborn,G.A.
[۳] Pearlin,L.I.
[۴] choice theory

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

فرصتی برای ساختن روابط در اختیار اعضای گروه می‌گذارد، یعنی اعضای گروه می‌توانند نظریه را در ضمن یادگرفتن آن تجربه کنند (گلاسر،۱۳۸۴ :۴۲-۱۸). نظریه انتخاب می‌خواهد این را بگوید که بدبختی یا خوشبختی یک فرد معلول به انتخاب‌های خودش بستگی دارد و اگر در زمینه‌های مختلف مثل ازدواج، اشتغال، ورزش، تحصیلات و... انتخاب صحیح و درستی داشته باشد به توانمندی و عزت نفس خود کمک شایانی کرده‌است. استدلال‌های این نظریه ، مشابه نظریه انتخاب اجتماعی است. این نظریه نیز بر علیت معکوس تاکید دارد. در اینجا، ازدواج نه علت بلکه معلول سلامتی روانی و جسمانی تلقی می‌شود. بدین معنا که افراد سالم می‌توانند ازدواج کنند و در نتیجه سلامتی خود را تقویت نمایند. نظریه انتخاب معتقد است که افرادی که سالم‌تر هستند، ازدواج می-کنند و متاهل باقی می‌مانند در حالی که افرادی که کمتر سالم هستند یا ازدواج نمی‌کنند و یا درصورت ازدواج، به احتمال بیشتری در مقایسه با افراد سالم، متارکه کرده یا طلاق می‌گیرند. در واقع هسته اصلی این نظریه این است که افراد برای ازدواج «برگزیده» می‌شوند. معیار انتخاب و برگزیدن همسران، تنها فقدان ناراحتی جسمانی و روانی نیست بلکه هر فرد شاید در زمینه طیفی از ویژگی‌های مرتبط با سلامت از جمله، ثبات هیجانی، شخصیت خطرپذیر، درآمد و سیمای ظاهر، ارزیابی و سپس گزینش می‌شود (مسعودنیا،۱۳۸۹:۱۸۰ به نقل از گُلدمن[1]،۱۹۹۳). بنابراین نظریه انتخاب می‌گوید افرادی که از سلامتی ضعیفی برخوردارند (مثل معلولین جسمی)، شانس کمتری برای ازدواج دارند و لذا کمتر از سایر افراد می‌توانند سلامتی و توانمندی خود را بهبود بخشند. پس می‌توان گفت که ازدواج و متاهل بودن باعث توانمندی معلولان می‌شود.

پیشینه‌ی تجربی

مطالعات انجام شده درباره معلولیت شامل مطالعات داخلی و خارجی می‌باشد. در این قسمت در ابتدا به برخی تحقیقات انجام شده در داخل کشور و سپس به تحقیقات خارجی پرداخته می‌شود.

پیشینه‌ی داخلی

آزادی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان "بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر میزان توانمندی معلولین نابینا تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر اصفهان"، به این نتایج رسید که بین میزان توانمندی اجتماعی معلولین نابینا برحسب وضعیت (جنسیت، تاهل، تحصیلی، شغلی، درآمد، اوقات فراغت، ساعات استفاده از اینترنت و...) تفاوت معناداری وجود دارد و برحسب سن تفاوت معناداری وجود ندارد، و بین تمامی متغیرهای مستقل در فرضیه‌ها و سرمایه اجتماعی و ابعاد آن

[1] Goldman,N.

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

شامل مشارکت، حمایت، اعتماد، رابطه، آگاهی و شبکه‌های مجازی رابطه معناداری مشاهده گردید. صادقی فسایی و فاطمی‌نیا (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان " رویکرد اجتماعی بـه وضـعیت معلـولین در سطح جهان و ایران " بیان کردند که جمعیت معلولان در سرتاسر جهان رو به افـزایش اسـت و بر نیازها و مسائل آنها نیز روز به روز افزوده می‌شود. جامعه معلولین از حیث دسترسی به فضاهای اجتماعی، آموزش، اشتغال، برابری فرصتها، منابع اقتصادی و بسیاری موارد دیگر در رنـج هسـتند و به کمـک و توجـه بیشـتر مسـئولان و سیاسـت‌گـذارن اجتمـاعی نیازمندنـد. ایـن افـراد بـا وجـود محدودیتهای مضاعف و متراکم نسبت به دیگر گروهها و اقلیتهای جامعه، در نظام ساسیت‌گذاری و برنامه‌ریزی کمتر لحاظ شده‌اند و مسائل آنها به خوبی شناسایی نشده است. ابوالحسـنی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان " میزان رضایتمندی معلولین جسمی – حرکتـی تحـت پوشـش بهزیسـتی شـهر اصفهان از خدمات اجتماعی (مـالی، تحصـیلی، مشـاوره‌ای)" کـه بـه بررسـی متغیرهـای اشـتغال، تحصیلات و دیگر متغیرهای زمینه‌ای پرداخت، به این نتیجه رسید که رضایتمندی معلولین جسـمی – حرکتی از خدمات اجتماعی بهزیستی کمتر از حد متوسط می‌باشد. چوبینـه و همکـاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان "بررسی نظرات خانواده معلولین در خصوص معلولیت در شهرهای قـزوین و کرج"، انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که رابطـه نظـر معلـول بـا جـنس او و علـت معلولیـت و تحصیلات عالی والدین معنی‌دار نیست.

پیشینه‌ی خارجی

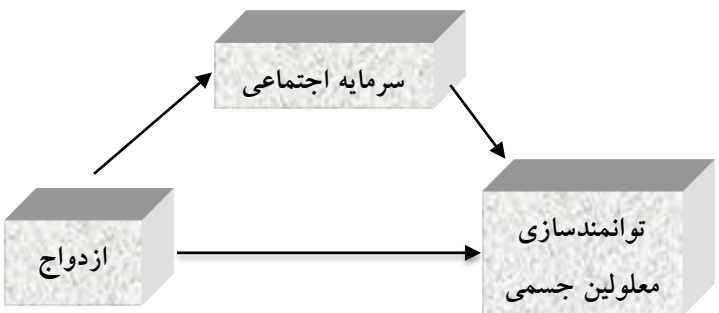
اسچلین گنسیپن[۱] و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان " کمک به معولان با اسـتفاده از حمـل و نقل عمومی شهری " بیان کردند، از آنجائیکه اغلب افراد معلول قادر بـه رانـندگی بـا خـودروی شخصی نیستند، در دسترس قرار دادن حمل و نقل عمومی برای آنها دارای حـائز اهمیـت فراوانـی است. این پژوهش رویکردی را نشان می‌دهد که درون یک پروژه همراه صـورت گرفـت و توسـط وزارت اقتصاد و انرژی فدرال آلمان (BMWi) حمایت مالی می‌شد که این نوع کاربران را در حالی که از طریق حمل و نقل عمومی مسافرت می‌کنند پشـتیبانی مـی‌کنـد. هـدف پـروژه موبایـل قـادر ساختن افراد معلول برای استفاده از وسایلی است که به آنها در طی سـفر در سیسـتم‌هـای حمـل و نقل عمومی کمک می‌کنند. به این منظور، سیستمی طراحی شد که محدودیت‌هـای فـردی آن قـبلاً توسط یک برنامه‌ریزی سفر محاسبه شده و در طی سفر با ارائه اطلاعاتی راجع به آنچـه بعـدها رخ خواهد داد پشتیبانی‌هایی صورت گرفت. سیستم همچنین وسایلی فراهم می‌آورد که به سـوالاتی از قبیل " آیا من درست در ایستگاه قرار دارم؟ " یا " آیا اتوبوس جلوی من درسـت اسـت؟ " پاسـخ

[۱] Schlingensiepen

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

می‌دهند. برای این هدف، ترکیبی از فناوری‌های مختلف و ابزارها به کار گرفته شد کـه از گوشـی-های هوشمند گرفته تا دستگاه‌های خاص قابل پوشیدن که به RFID-reader مجهز هستند تا وسایل نقلیه و ایستگاههای اتوبوس را در فاصله کم شناسایی کنند. این ابزارها در توانمندی معلولین کمک شایانی می‌کنند. اشفورث[۱] در تحقیقات خود به این نتیجه رسید کـه احسـاس مـوثر بـودن ناشـی از توانمندسازی، این احساس را در افراد بوجود می‌آورد که گوش شنوایی برای شنیدن ایده‌هـای‌شـان وجود دارد. به همین دلیل آنها احساس خواهند کرد که می‌توانند در تعیین جهت واحد کـاری‌شـان نقش داشته باشند و باید عملکرد بهتری از خود به نمایش گذارند (ابطحی و عباسـی،۲۰۰۷). نتـایج تحقیق شکسپیر نشان می‌دهد که مردان معلول بیش از زنان معلول احتمال دارد که روابط خود را با جنس مخالف حفظ کنند (۱۹۹۶). همچنین یک چهـارم زنـان ازدواج کـرده بعـد از معلـول شـدن، طلاق می‌گیرند در حالی که این وضعیت برای مردان یک هشـتم مـی‌باشـد (سـیلور،۱۹۹۸). هیلـی (۲۰۰۵) در رساله‌ی دکتری خود به "بررسی ارتبـاط بـین توانـایی‌هـای انسـان کـه آن را در قالـب سرمایه اجتماعی و انسانی دیده است و بهزیستی ذهنی افراد (۶۸۰ نفر) در ایرلند می‌پردازد "، نشان می‌دهد که منابع و توانایی‌ها (سرمایه اجتماعی و انسانی) با بهزیستی ذهنی افراد که براساس نیازهـا و اهداف فرد تعریف می‌شود ارتباطی تنگاتنگ دارد. بطور کلی تحقیقات پیشین هر یک به نوعی به مساله معلولیت و افراد معلول پرداخته‌اند و آنرا مورد بررسی قرار داده‌اند و هر یک با توجه به زمان و مکانی که در آن قرارگرفته بودند از متغیرهای متفاوتی برای سنجش توانمنـدی معلـولین اسـتفاده کردند.

مدل نظری تحقیق



فرضیات پژوهش

[۱] Ashforth

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

- بین ازدواج و سرمایه اجتماعی ارتباط وجود دارد.
- بین ازدواج و توانمندسازی معلولین جسمی ارتباط وجود دارد.
- بین سرمایه اجتماعی و توانمندسازی معلولین جسمی ارتباط وجود دارد.
- بین عوامل جمعیتی (سن، جنس، تاهل و نوع معلولیت) و توانمندسازی معلولین جسمی ارتباط وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش

در این پژوهش، روش تحقیق پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری، شامل کلیه معلولین جسمی (جسمی حرکتی، احشایی، حسی) تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد (به تفکیک هر شهرستان) می‌باشد و طبق آمار سال ۱۳۹۴ بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد بالغ بر ۱۰۱۸۹ نفر می‌باشند و به تفکیک جامعه معلولین جسمی شهرستان دهدشت ۲۰۴۶ نفر (با حجم نمونه (n) ۷۴ نفر معلول واجد شرایط)، یاسوج ۲۳۹۸ نفر (n=۸۷)، دنا ۱۰۰۶ نفر (n=۳۶)، گچساران ۲۴۱۴ نفر (n=۸۸)، لنده ۴۶۱ نفر (n=۱۷)، باشت ۵۲۶ نفر (n=۱۹)، چرام ۷۳۷ نفر (n=۲۷) و بهمئی ۶۰۱ نفر (n=۲۲) می‌باشد. با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه این تحقیق ۳۷۰ نفر معلول جسمی می‌باشد و در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای در بین شهرستان‌های (هشت شهرستان) استان کهگیلویه و بویراحمد استفاده شده است. (مرحله اول: انتخاب ۸ شهرستان؛ مرحله دوم: انتخاب معلولین جسمی واجد شرایط از جمله معلولین ازدواج کرده، در شِرف ازدواج (عقدکرده)، همسرِفوت‌شده و مطلقه و مرحله سوم: انتخاب این گروه از معلولین با روش تصادفی ساده براساس قرعه‌کشی و بعد مراجعه مستقیم به آنها). و ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه محقق‌ساخته توام با مصاحبه حضوری است. از آنجائیکه این تحقیق با سه نوع معلولیت (۱.جسمی – حرکتی (قطع عضو، نخاعی، مفصلی، استخوانی و عضلانی)، ۲.احشایی (قلبی عروقی، کلیوی، تنفسی، دیابت، هموفیلی و تالاسمی)، ۳.حسی (بینایی و شنوایی)) سر و کار دارد، تکمیل پرسشنامه‌ها به شیوه‌های مختلفی صورت گرفته شده است. از معولان نابینا یا بی‌سواد که قادر به خواندن پرسشنامه‌ها نبودند و معلولانی که بخاطر وضعیت بد جسمی توانایی جواب دادن پرسشنامه‌ها را نداشتند، مصاحبه حضوری صورت گرفته شد و پرسشنامه‌ها تکمیل شدند و دیگر معلولان جسمی از جمله معلولان ناشنوا، قطع عضو، نخاعی و هموفیلی که توانایی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها را داشتند، پرسشنامه مستقیم به دست آنها داده شد و به سوالات جواب دادند. متغیرهای جمعیتی این تحقیق شامل سن، جنس، تأهل و نوع معلولیت؛ متغیر مستقل، ازدواج با ۱۶ گویه و

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

چهار بُعد بازگشت به جامعه، تقویت سلامت جسمی، تقویت سلامت روحی و روانی و تقویت وضع مالی (هر بُعد شامل ۴ گویه)؛ متغیر واسطه، سرمایه اجتماعی با ۱۲ گویه و سه بُعد ساختاری، ارتباطی و شناختی (هر بُعد شامل ۴ گویه) و متغیر وابسته، توانمندسازی معلولین جسمی با ۱۵ گویه و پنج بُعد احساس معنی‌داری، احساس موثر بودن، احساس خودمختاری، احساس خوداثربخشی و احساس اعتماد (هر بُعد شامل ۳ گویه) می‌باشد که همه این متغیرها در پرسشنامه محقق‌ساخته مورد سنجش قرار گرفته‌اند. برای آزمون اعتبار روش‌های چندی وجود دارد. در این پژوهش اعتبار پرسشنامه، اعتبار محتوایی و آن هم از نوع اعتبار صوری است، یعنی با مراجعه به عقل سلیم و داوران متخصص و کتب و موضوعات مرتبط آزمون می‌شود. در پرسشنامه این تحقیق نیز علاوه بر نظر صاحب‌نظران و اساتید از تحقیقات داخلی و خارجی استفاده شده است و برای تعیین پایایی از هماهنگی درونی ابزار به روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. به منظور سنجش پایایی پرسشنامه قبل از انجام نهایی تحقیق۳۰ پرسشنامه تکمیل شد و با کمک نرم افزارspss آلفاء کرونباخ محاسبه شد. مقدار بالای آلفاء کل پرسشنامه (۰/۸۹) و عدم ناهماهنگی در بین آیتم‌ها، دلیلی بر مناسب بودن پرسشنامه است.

جدول شماره ۱: سنجش پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ

متغیرها	میزان پایایی	متغیرها	میزان پایایی	متغیرها	میزان پایایی
سرمایه اجتماعی	۰/۸۶۰	ازدواج	۰/۹۰۰	توانمندسازی	۰/۸۸۴
بُعد ساختاری	۰/۸۶۲	بازگشت به جامعه	۰/۹۱۳	احساس معنی-داری	۰/۹۲۳
بُعد ارتباطی	۰/۷۰۰	تقویت سلامت جسمی	۰/۷۲۸	احساس موثر بودن	۰/۷۲۹
بُعد شناختی	۰/۷۲۵	تقویت سلامت روحی	۰/۸۶۳	احساس خودمختاری	۰/۷۷۹
		تقویت وضع مالی	۰/۸۹۴	احساس خوداثربخشی	۰/۶۰۳
				احساس اعتماد	۰/۹۱۹

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

آمار توصیفی و آمار استنباطی تحقیق

الف) آمار توصیفی

بر اساس نتایج توصیفی متغیرهای جمعیتی، از مجموع ۳۷۰ نفر پاسخگو، ۲۳۹ نفر (۶۴/۶ درصد) مرد و ۱۳۱ نفر (۳۵/۴) زن هستند. میانگین **سنی** پاسخگویان، ۳۵ سال است. در این تحقیق،۲۷۰ نفر (۷۳ درصد) از پاسخگویان متأهل (ازدواج کرده)، ۷۱ نفر (۱۹/۲ درصد) در شِرف ازدواج (عقد کرده)، ۱۹ نفر (۵/۱ درصد) مطلقه و ۱۰ نفر (۲/۷ درصد) همسرِفوت شده هستند. همچنین از مجموع ۳۷۰ نفر پاسخگو، ۲۳۷ نفر (۶۴/۱ درصد) دارای معلولیت جسمی–حرکتی (قطع عضو، نخاعی، مفصلی، استخوانی و عضلانی)، ۴۹ نفر (۱۳/۲درصد) دارای معلولیت احشایی (قلبی عروقی، کلیوی، تنفسی، دیابت، هموفیلی و تالاسمی) و ۸۴ نفر (۲۲/۷ درصد) دارای معلولیت حسی (بینایی و شنوایی) هستند. اما بر اساس نتایج توصیفی سازه‌های تحقیق، میانگین توانمندسازی معلولین جسمی بر روی مقیاسی با دامنه‌ی ۷۵–۲۷ برابر با ۶۲، میانگین سرمایه اجتماعی بر روی مقیاسی با دامنه‌ی ۶۰–۱۶ برابر با ۴۳/۲ و میانگین ازدواج بر روی مقیاسی با دامنه‌ی ۸۰–۱۷ برابر با ۶۴/۹ است.

ب) آمار استنباطی

- بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیتی و توانمندسازی معلولین جسمی

رابطه چهار متغیر جمعیتی سن، جنس، وضعیت تاهل و نوع معلولیت با توانمندسازی معلولین جسمی بر اساس جداول زیر سنجش شده است.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین سن و توانمندسازی معلولین جسمی.

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب همبستگی پیرسون	مقدار- P یا sig
سن	توانمندسازی معلولین جسمی	۰/۰۴۲	۰/۴۱۸

$n = ۳۷۰$ و $P > ۰/۰۵$

بر اساس نتایج جدول شماره ۲، مشاهده می‌شود که، بین سن و توانمندسازی معلولین جسمی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد ($P >$ ۰/۰۵ و $r =$ ۰/۰۴۲).

جدول شماره ۳: نتایج آزمون t دو گروه مستقل برای بررسی رابطه بین جنسیت و توانمندسازی معلولین جسمی

متغیر وابسته	گروههای مستقل	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون لون		آزمون تی (t)			میانگین تفاوت ها
				نمره F	سطح معنادار	نمره t	درجه آزادی	سطح معنادار	

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

				ی			ی	
توانمندسازی معلولین جسمی	مرد	۴/۱۳۳	۰/۵۰۳	۴/۰۸	۰/۰۴۴	۰/۳۱۱	۳۶۸ /۶۵۰ ۲۴۰	۰/۷۵۶	۰/۰۱۸
	زن	۴/۱۵۲	۰/۵۷۱						

بر اساس نتایج جدول شماره۳، چون مقدار سطح معناداری (sig) در جدول لون (Levene s) کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد. (یعنی ۰/۰۴۴)، واریانسها نابرابرند و با توجه به مقدار (sig) سطح معناداری در جدول تی T، چون این مقدار (۰/۷۵۶) بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین بین جنسیت و توانمندسازی معلولین جسمی رابطه معناداری وجود ندارد، یعنی زنان و مردان به لحاظ توانمندسازی دارای تفاوت معناداری نمی‌باشند.

جدول شماره ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس (آزمون یک طرفه آنووا) بین وضعیت تأهل و نوع معلولیت با توانمندسازی معلولین جسمی.

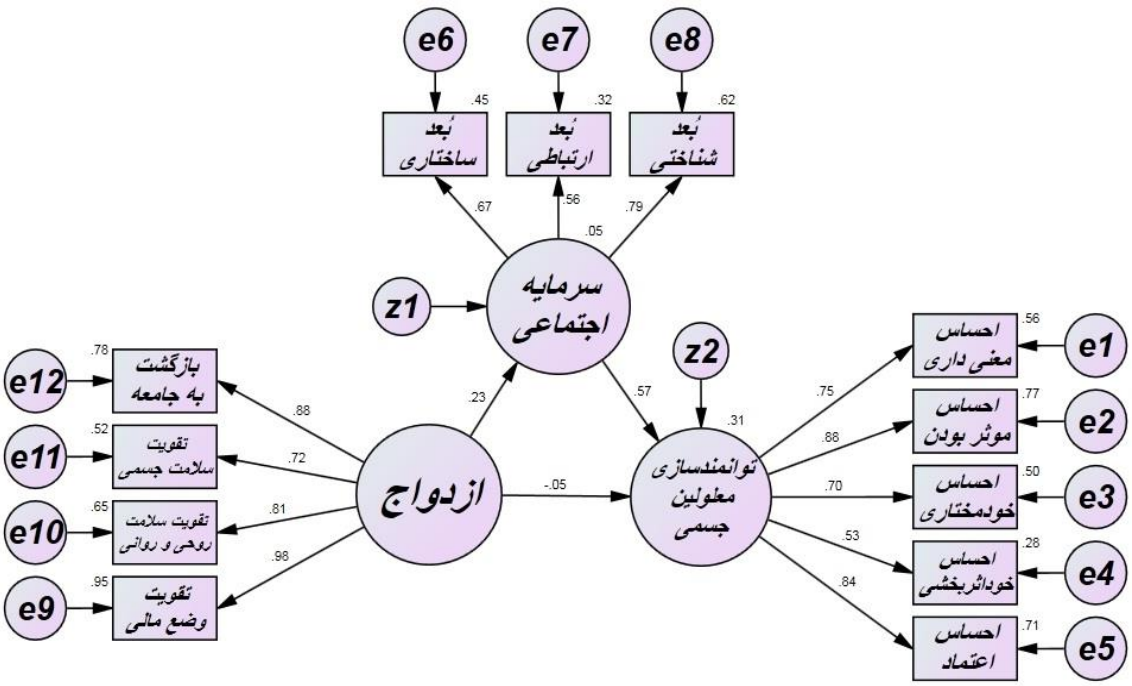
متغیر ملاک	گروههای مستقل	میانگین	نمره F	sig	اتا	مربعات اتا
توانمندسازی معلولین جسمی	متأهل (ازدواج کرده) در شرف ازدواج (عقد کرده) مطلقه همسر فوت شده	۴/۱۲ ۴/۲۱ ۴/۱۶ ۴/۰۴	۰/۶۳۲	۰/۵۹۵	۰/۰۷۲	۰/۰۰۵
توانمندسازی معلولین جسمی	جسمی حرکتی احشایی حسی	۴/۱۷ ۴/۰۲ ۴/۱۱	۱/۷۵۵	۰/۱۷۴	۰/۰۹۷	۰/۰۰۹

بر اساس نتایج جدول شماره ۴، چون مقادیر سطوح معناداری (sig) متغیرهای وضعیت تأهل و نوع معلولیت در جدول ANOVA، به ترتیب برابر با ۰/۵۹۵ و ۰/۱۷۴ می‌باشد و این مقادیر از ۰/۰۵ بزرگتر می‌باشند، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین وضعیت تأهل و نوع معلولیت با توانمندسازی معلولین جسمی رابطه معناداری وجود ندارد. در متغیر وضعیت تأهل، میزان ضریب اتا (Eta) در جدول اتا برابر با ۰/۰۷۲ است و میزان مربعات اتا (Eta squared) نیز بیانگر این است که تنها ۰/۰۰۵ (پنج هزارم) از واریانس متغیر ملاک (توانمندسازی معلولین جسمی) توسط واریانس متغیر پیشبین (وضعیت تأهل) تبیین می‌شود.

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

- مدل معادلات ساختاری

مدل معادله ساختاری ترکیبی از مدل‌های مسیر (روابط ساختاری) و مدل‌های عاملی تاییدی (روابط اندازه گیری) است. در یک مدل معادله ساختاری به معنای عام، پژوهشگر از یک طرف به دنبال آن است که مجموعه‌ای از متغیرهای پنهان را با مجموعه‌ای از معرف‌ها اندازه گیری کرده و از طرف دیگر رابطه ساختاری میان متغیرها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد. هنگامی که داده‌های به دست آمده از نمونه مورد بررسی به صورت ماتریس همبستگی یا کواریانس درآید و توسط مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون تعریف شود، مدل را می‌توان با استفاده از نرم افزار Amos تحلیل کرد و برازش آن را برای جامعه‌ای که نمونه از آن استخراج شده آزمود. این تحلیل، برآوردهایی از پارمترهای مدل و همچنین چند شاخص برای نیکویی برازش فراهم می‌آورد. برآورد پارامترها و اطلاعات مربوط به نیکویی برازش را می‌توان برای تغییرات احتمالی مدل و آزمون مجدد مدل نظری مورد بررسی قرار داد. به منظور بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش یک مدل فرضی طراحی شد و فرضیه کلی و فرضیه‌های مستقیم و غیرمستقیم آن بررسی شد. در ابتدا یک مدل مفروض رابطه ازدواج با توانمندسازی معلولین جسمی با میانجی‌گیری سرمایه اجتماعی آورده شده است.



شکل (۱): ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی رابطه بین ازدواج و توانمندسازی معلولین جسمی با میانجی‌گری سرمایه اجتماعی (مدل اصلی)

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

پس از اجرای برنامه و انجام برآوردها در نرم افزار Amos لازم است که در وهله اول کلیت مدل با استفاده از شاخص‌های برازش کلی و در وهله دوم جزئیات مدل (با استفاده از مقادیر گزارش شده برای پارامترها و معناداری تفاوت آنها با صفر به ویژه برای ضرایب تاثیر) تحلیل شوند. بدین منظور در ابتدا مهمترین جداول مربوط به شاخص‌های کلی برازش مورد بررسی قرار داده می‌شود و اصلاحات مدل رفع می‌گردد که در جدول زیر اصلاحات مدل ذکر شده است.

جدول شماره ۵: اصلاح مدل

Index	Hypothesized Model	Correction(1)	Correction(2)	Correction(2)
		Description		
		Fix a Parameter to Zero F3--> F1	Free Parameter,s e3 <--> e4	Free Parameter,s e3 <--> e5
CMIN	۲۸۰/۹۲۲	۲۸۱/۸۵۵	۲۲۹/۴۹۰	۱۵۳/۰۵۸
DF	۵۱	۵۲	۵۱	۵۰
P	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
CMIN/DF	۵/۵۰۸	۵/۴۲۰	۴/۵۰۰	۳/۰۶۱
RMR	۰/۰۳۴	۰/۰۳۶	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵
GFI	۰/۹۰۲	۰/۹۰۳	۰/۹۱۳	۰/۹۴۰
AGFI	۰/۸۵۱	۰/۸۵۴	۰/۸۶۷	۰/۹۰۷
PGFI	۰/۵۹۰	۰/۶۰۲	۰/۵۹۷	۰/۶۰۳
NFI	۰/۸۹۱	۰/۸۹۰	۰/۹۱۱	۰/۹۴۰
RFI	۰/۸۵۸	۰/۸۶۱	۰/۸۸۴	۰/۹۲۱
PNFI	۰/۶۸۸	۰/۷۰۱	۰/۷۰۴	۰/۷۱۲
CFI	۰/۹۰۸	۰/۹۰۸	۰/۹۲۹	۰/۹۵۹
IFI	۰/۹۰۹	۰/۹۰۹	۰/۹۲۹	۰/۹۵۹
NNFI	۰/۸۸۱	۰/۸۸۳	۰/۹۰۸	۰/۹۴۶
RMSEA	۰/۱۱۱	۰/۱۰۹	۰/۰۹۷	۰/۰۷۵
PCFI	۰/۷۰۲	۰/۷۱۵	۰/۷۱۸	۰/۷۲۶
PRATIO	۰/۷۷۳	۰/۷۸۸	۰/۷۷۳	۰/۷۵۸

اصلاح اول: با توجه به اینکه رابطه ازدواج (F3) و توانمندسازی معلولین جسمی (F1) معنادار نیست و سطح معناداری (۰/۳۳۱) این دو متغیر بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد و دارای نقطه بحرانی ۰/۹۷۲- و سطح بتا ۰/۰۵- می‌باشد بنابراین با ثابت کردن این پارامتر زیر صفر (یعنی حذف این

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

پارامتر) مدل اصلاح می‌شود. یعنی پارامتر ازدواج به سمت توانمندسازی معلولین جسمی حذف شد (در مدل اصلاح شده نشان داده شده است). در چنین حالتی مدل میانجی کامل تایید می‌شود نه مدل میانجی جزئی.

اصلاح دوم: آزاد کردن پارامترها (آزاد کردن دو پارامتر e3 و e4 و آزاد کردن دو پارامتر e3 و e5) با دو روش همبسته کردن بین متغیرها (به جدول شماره ۶ توجه شود). در این حالت درجه آزادی کم می‌شود و کای اسکوار مدل هم کم می‌شود. این روش اصلاح راه می‌گویند اضافه کردن پارامترها (آزاد کردن پارامترهایی که آنها را برابر با صفر ثابت فرض‌کردیم) – اگر پارامتری را رسم نکنیم یعنی آنرا برابر با صفر ثابت کردیم. این نوع اصلاح نشان می‌دهد که اگر چه نوع پارامترهایی را به مدل اضافه کنیم کای‌اسکوار مدل بیشتر از ۴ نمره کم خواهد شد، منظور از ۴ ، آستانه شاخص‌های اصلاح همان ۳/۸۴ است که روند شود، می‌شود ۴ و اگر کمتر از ۴ باشد چندان نمی‌تواند برای اصلاح مدل مطلوب باشد. افزودن چنین پارامترهایی به مدل تدوین شده منجر به بهبود کلیه شاخص‌های مطلق، مقتصد و تطبیقی شده و از آنجا که افزودن چنین پارامترهایی به لحاظ روشی (نه نظری) قابل توجیه است، آنها را اضافه می‌کنیم. با افزودن این پارامترها شاخص‌های برازش اصلاح می‌شوند. در این مدل با اضافه کردن پارامترهایی بین متغیرها، کای‌اسکوار مدل کاهش یافته است، که این به بهبود مدل کمک کرد و مدل اصلاح شد.

جدول شماره ۶: شاخص‌های اصلاح پیشنهاد شده برای کوواریانس‌ها

			M.I.	Par Change
e7	<-->	e11	۴/۱۳۴	-۰/۰۳۵
e6	<-->	z2	۶/۹۱۲	۰/۰۵۹
e5	<-->	z1	۶/۹۵۲	-۰/۰۳۵
e5	<-->	e6	۴/۸۵۱	-۰/۰۳۲
e4	<-->	F3	۱۱/۸۹۲	۰/۰۵۴
e4	<-->	e7	۴	۰/۰۳۰
e4	<-->	e6	۴/۳۵۶	-۰/۰۳۷
e4	<-->	e5	۱۵/۹۲۹	۰/۰۳۲
e3	<-->	z1	۷/۱۹۲	۰/۰۴۵
e3	<-->	e8	۷/۷۰۴	۰/۰۴۵
e3	<-->	e7	۱۲/۷۲۷	-۰/۰۵۶

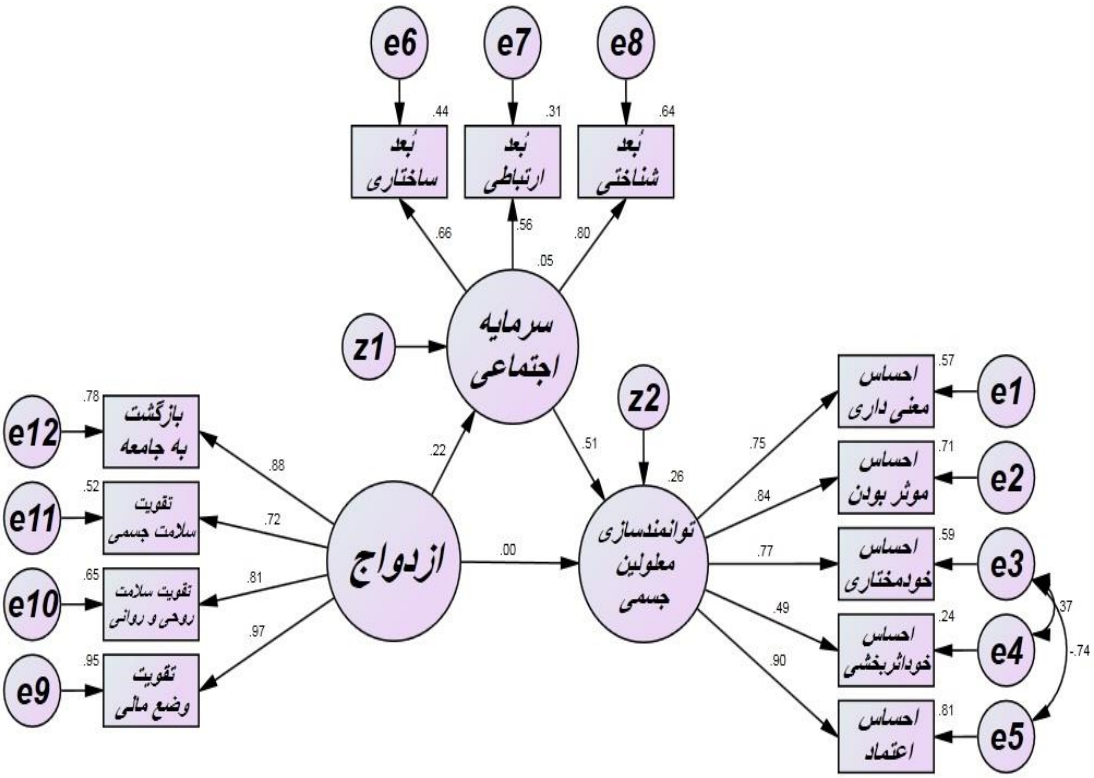
			M.I.	Par Change
e7	<-->	e11	۴/۱۶۶	-۰/۰۳۵
e6	<-->	z2	۶/۹۶۴	۰/۰۵۹
e5	<-->	z1	۶/۶۲۲	-۰/۰۳۵
e5	<-->	e6	۴/۵۱۸	-۰/۰۳۱
e4	<-->	F3	۹/۰۲۴	۰/۰۵۰
e3	<-->	z1	۵/۳۲۰	۰/۰۴۲
e3	<-->	e8	۷/۵۱۰	۰/۰۴۷
e3	<-->	e7	۹/۹۵۰	-۰/۰۵۳
e3	<-->	e6	۶/۶۷۰	۰/۰۵۱
e3	<-->	e5	۴۴/۷۸۲	-۰/۰۶۰
e3	<-->	e4	۴۹/۰۳۸	۰/۰۸۲

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

e3	<-->	e6	۱۰/۹۱۰	۰/۰۶۱	e2	<-->	e5	۱۴/۰۰۴	۰/۰۲۷
e3	<-->	e5	۴۴/۵۷۷	-۰/۰۵۶	e2	<-->	e4	۸/۰۷۹	-۰/۰۲۹
e2	<-->	e5	۵/۴۹۷	۰/۰۱۶	e1	<-->	F3	۱۰/۶۶۴	-۰/۰۶۶
e1	<-->	F3	۹/۶۹۷	-۰/۰۶۳	e1	<-->	e9	۵/۶۵۳	-۰/۰۲۰
e1	<-->	e9	۵/۹۷۹	-۰/۰۲۱	e1	<-->	e7	۹/۶۱۲	-۰/۰۶۰
e1	<-->	e7	۹/۹۸۰	-۰/۰۶۱	e1	<-->	e6	۲۱/۵۲۲	۰/۱۰۶
e1	<-->	e6	۲۱/۹۹۵	۰/۱۰۸	e1	<-->	e4	۶/۶۹۹	-۰/۰۳۵
e1	<-->	e4	۱۰/۲۷۷	-۰/۰۴۱	e1	<-->	e3	۱۳/۲۶۰	۰/۰۵۱
e1	<-->	e3	۲۸/۱۰۸	۰/۰۷۰	e1	<-->	e2	۹/۴۲۱	-۰/۰۳۶
e1	<-->	e2	۱۳/۸۳۱	-۰/۰۴۳					

در جدول مربوط به شاخص‌های اصلاح برای کوواریانس‌ها پیشنهاد شده است که می‌توان با قرار دادن یک پیکان دو سویه بین دو متغیر خطای e4 و e3 مقدار کای اسکوآر را تا حد قابل توجهی کاهش داد. این کاهش به مقدار ۴۹/۰۳ برآورد شده است. و همچنین با قرار دادن یک پیکان دوسویه بین دو متغیر خطای e5 و e3 می‌توان مقدار کای اسکوآر را تا حد ۴۴/۵۷ کاهش داد. توضیح آنکه، معمولاً به سه دلیل روش‌شناختی می‌توان متغیرهای خطا را با یکدیگر همبسته کرد. اول اینکه مقیاس‌های اندازه‌گیری دو متغیر یکسان باشند. دیگر اینکه دو متغیر در واقع متغیری است که در دو زمان مختلف اندازه‌گیری شده است. سوم اینکه دو متغیر اصلی دارای همبستگی بالایی با یکدیگر باشند، به نحوی که انتظار می‌رود عوامل تاثیرگذار بر آنها که در مدل لحاظ نشده است تا حد زیادی مشابه باشند. (در اینجا شرط اول و سوم صادق است) با افزودن این پارامترها شاخص-های برازش اصلاح شدند.

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]



شکل (۲): ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی رابطه بین ازدواج و توانمندسازی معلولین جسمی با میانجی‌گری سرمایه اجتماعی (مدل اصلاح شده)

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود شاخص‌های برازش مدل وضعیت مطلوبی را نشان می‌دهند. شاخص RMSEAنیز برابر با ۰/۰۷ در دامنه مورد قبول قرار دارد، لذا مدل دارای خطای کمی است. نسبت مقدار کای- دو بر درجه آزادی که برابر ۳/۰۶ است و مقداری کمتر از ۵ دارد و نیز نشان‌دهنده‌ی مناسب بودن برازش مدل می‌باشد. شاخص برازندگی (GFI) نیز مقدار ۰/۹۴۰ محاسبه شده و به یک نزدیک است. شاخص‌های NFI ,NNFI، RFI، IFI, CFI, AGFI نیز مقادیر مطلوبی داشته و نزدیک به یک هستند و در مجموع نشان‌دهنده مطلوبیت مدل اندازه‌گیری می‌باشند. شاخص برازش مقتصد، PCFI نیز بالاتر از ۰/۶۰، که نشان می‌دهد در تعریف پارامترهای آزاد امساک نشان داده شده است و پژوهشگر تلاش نکرده است تا با تعریف بیش از حد پارامترهای آزاد، کای اسکوار مدل را بیشتر از مقدار فعلی کاهش دهد و مقدار بالاتر از ۰/۹۰ برای شاخص CFI نیز حاکی از قابل قبول بودن مدل است. در شکل بالا (۲)، مدل معادله ساختاری به همراه مجموعه برآوردهای استاندارد برای بارهای عاملی و ضرایب تاثیر دیده می‌شود. بارهای عاملی یا ضرایب لامدا (این

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

ضرایب که روی فلش‌هایی نوشته شده‌اند که از متغیر پنهان به سمت متغیرهای آشکار رفته است؛ به عنوان مثال ضریب ۰/۷۵روی فلشی که از متغیر توانمندسازی معلولین جسمی به سمت شاخص احساس معنی‌داری رفته است، نشان دهنده ضریب همبستگی بین هر متغیر آشکار با متغیر پنهانی که بر آن بار شده است. اعدادی نیز که بالای مستطیل‌ها (متغیرهای آشکار) نوشته شده‌اند، مربع پارامتر لامدا (بارهای عاملی) هستند. این اعداد که نوعی ضریب تعیین می‌باشند، در جدول مربوط نیز گزارش شده‌اند. به عنوان مثال بالای اولین متغیر آشکار (یک متغیر مشاهده شده و یکی از ابعاد توانمندسازی معلولین جسمی است) در سمت راست مدل (متغیر یا مقیاس احساس معنی‌داری) عدد ۰/۵۷ آمده است. به بیان دیگر می‌توان گفت ۰/۵۷ از واریانس «متغیر احساس معنی‌داری» توسط «توانمندسازی معلولین جسمی» تبیین می‌شود. دسته دوم ضرایب، ضرایب تاثیر هستند که بر روی فلش‌هایی دیده می‌شود که از سمت متغیر یا متغیرهای پنهان (به شکل بیضی) به سمت توانمندسازی معلولین جسمی رفته‌اند.

جدول شماره ۷: وزن‌های رگرسیونی (ضرایب تاثیر و بارهای عاملی) غیراستاندارد، استاندارد، نسبت‌های بحرانی و سطح معناداری

مسیرها			برآورد غیراستاندارد	خطای معیار	C.R.	P	برآورد استاندارد(بتا)
ازدواج	<---	سرمایه اجتماعی	۰/۲۰۴	۰/۰۵۷	۳/۵۴۹	***	۰/۲۱۸
ازدواج	<---	توانمندسازی معلولین	۰/۰۰۰				۰/۰۰۰
سرمایه اجتماعی	<---	توانمندسازی معلولین	۰/۴۷۸	۰/۰۶۵	۷/۳۱۸	***	۰/۵۱۲
توانمندسازی معلولین	<---	احساس معنی‌داری	۱/۰۰۰				۰/۷۵۴
توانمندسازی معلولین	<---	احساس موثر بودن	۱/۰۱۴	۰/۰۵۸	۱۷/۴۴۵	***	۰/۸۴۳
توانمندسازی معلولین	<---	احساس خودمختاری	۰/۸۴۱	۰/۰۵۹	۱۴/۱۷۰	***	۰/۷۶۷
توانمندسازی معلولین	<---	احساس خوداثربخشی	۰/۴۵۰	۰/۰۴۹	۹/۲۴۴	***	۰/۴۹۴
توانمندسازی معلولین	<---	احساس اعتماد	۰/۸۸۶	۰/۰۵۲	۱۷/۱۲۷	***	۰/۸۹۹
سرمایه اجتماعی	<---	بُعد ساختاری	۱/۰۰۰				۰/۶۶۳
سرمایه اجتماعی	<---	بُعد ارتباطی	۰/۶۷۵	۰/۰۷۹	۸/۵۷۰	***	۰/۵۶۰
سرمایه اجتماعی	<---	بُعد شناختی	۱/۱۱۵	۰/۱۱۵	۹/۷۰۹	***	۰/۸۰۲
ازدواج	<---	تقویت وضع مالی	۱/۰۰۰				۰/۹۷۵
ازدواج	<---	تقویت سلامت روحی	۱/۰۴۸	۰/۰۴۵	۲۳/۱۵۰	***	۰/۸۰۷

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

ازدواج	<---	تقویت سلامت جسمی	۰/۷۵۷	۰/۰۴۱	۱۸/۵۵۷	***	۰/۷۲۴
ازدواج	<---	بازگشت به جامعه	۱/۱۱۰	۰/۰۳۸	۲۹/۱۹۵	***	۰/۸۸۴
e4	<-->	e3	۰/۰۷۲	۰/۰۱۴	۵/۲۸۴	***	۰/۳۶۹
e5	<-->	e3	-۰/۰۷۹	۰/۰۰۹	-۸/۶۷۳	***	-۰/۷۴۳

در جداول مربوط (جدول ۷) ضمن گزارش مقادیر استاندارد و غیراستاندارد ضرایب تاثیر و بارهای عاملی و خطاهای مرتبط با هر مقدار، نسبت‌های بحرانی و سطوح معناداری آنها گزارش شده است. به طور خلاصه می‌توان کوچکتر بودن مقدار P از ۰/۰۵را معیاری برای تفاوت معنادار مقدار محاسبه شده با صفر در سطح اطمینان ۹۵٪ دانست. (نماد *** نشان می‌دهد که P < ۰/۰۰۱ است). مقدار C.R. نیز مقداری است که به نام نسبت بحرانی خوانده می‌شود. این مقدار نشان می‌دهد که در صورت رد فرضیه صفری که مقدار این پارامتر را برابر با صفر قرار می‌دهد، تا چه حد احتمال خطا وجود دارد. (در صورتی که قدر مطلق مقدار این نسبت کوچکتر از ۱/۹۶ باشد، پارامتر محاسبه شده فاقد تفاوت معنادار با صفر است) شاخص‌ای جزئی و سطح معناداری (P) آنها نشان می‌دهد که اکثر بارهای عاملی دارای تفاوت معناداری با صفر هستند و بین اکثر متغیرها رابطه معناداری وجود دارد. **بین متغیرهای اصلی پژوهش یعنی، بین ازدواج و توانمندسازی معلولین جسمی هیچ رابطه‌ای وجود ندارد** (با توجه به اصلاح اول پارامتر بین این دو متغیر حذف شد)، در چنین حالتی مدل میانجی **کامل** تایید می‌شود نه مدل میانجی جزئی، یعنی ازدواج به تنهایی هیچ‌گونه تاثیری بر توانمندسازی معلولین جسمی ندارد و **همه** تاثیر خود را از طریق سرمایه اجتماعی می‌گیرد. پس **بین ازدواج و سرمایه اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. همچنین بین سرمایه اجتماعی و توانمندسازی معلولین جسمی رابطه معناداری وجود دارد.** (نسبت‌های بحرانی به دلیل ثابت کردن وزن‌های رگرسیونی متغیرهای مرجع گزارش نمی‌شود). بنابراین، **فقط اثر غیرمستقیم معنادار می‌باشد،** پس در مدل ما **میانجی‌گری کامل** است (میانجی‌گری متغیر سرمایه اجتماعی) در جدول فوق، اکثر ضرایب ساختاری دارای تفاوت معنادار با صفر هستند و دو پارامتر e3 و e4 و دو پارامتر e3 و e5 آزاد شده‌اند (به اصلاح دوم رجوع شود). **برای تعیین معناداری برآورد غیراستاندارد و برآورد استاندارد (ضرایب بتا) وزن‌های رگرسیونی از روش Bootstrap** استفاده شد و با توجه به اینکه صفر در بازه حد بالا و پایین قرار نگرفت و سطح معناداری همه پارامترها زیر ۰/۰۵ بود، می‌توان نتیجه گرفت که این ضرایب از لحاظ آماری معنی‌دار هستند.

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۸: ضریب همبستگی چندگانه بین هر متغیر درونی و سایر متغیرهای که آن را تحت تاثیر قرار داده‌اند (ضرایب تعیین)

	ضرایب تعیین
سرمایه اجتماعی	۰/۰۴۷
توانمندسازی معلولین جسمی	۰/۲۶۲
بازگشت به جامعه	۰/۷۸۱
تقویت سلامت جسمی	۰/۵۲۴
تقویت سلامت روحی و روانی	۰/۶۵۱
تقویت وضع مالی	۰/۹۵۰
بُعد شناختی	۰/۶۴۳
بُعد ارتباطی	۰/۳۱۴
بُعد ساختاری	۰/۴۳۹
احساس اعتماد	۰/۸۰۸
احساس خوداثربخشی	۰/۲۴۴
احساس خودمختاری	۰/۵۸۸
احساس موثر بودن	۰/۷۱۰
احساس معنی‌داری	۰/۵۶۹

مقادیر ذکر شده در این جدول، همان اعدادی هستند که بالای مستطیل‌ها (متغیرهای آشکار) و دو متغیر سرمایه اجتماعی و توانمندسازی معلولین جسمی نوشته شده‌اند. این اعداد که نوعی ضریب تعیین می‌باشند، در جدول (۸) گزارش شده‌اند. بنابراین می‌توان گفت ۰/۲۶۲ (۲۶ درصد) از واریانس متغیر «توانمندسازی معلولین جسمی»، توسط سایر متغیرهای (ازدواج و سرمایه اجتماعی) که در این مدل آن را تحت تاثیر قرار داده‌اند، تبیین و پیش‌بینی می‌شود. بنابراین می‌توان استنباط نمود که متغیرهای ازدواج و سرمایه اجتماعی همراه با ابعاد خود بر توانمندسازی معلولین جسمی تاثیر دارند. ضریب تعیین ۰/۲۶ گزارش شده است که نشان می‌دهد متغیرهای ازدواج و سرمایه اجتماعی همراه با ابعاد خود در مدل، توانسته‌اند ۲۶ درصد از تغییرات توانمندسازی معلولین جسمی را تبیین و پیش‌بینی کنند، بنابراین، ترکیب خطی متغیرهای ازدواج و سرمایه اجتماعی به شیوه معناداری قادر به تبیین و پیش‌بینی تغییرات توانمندسازی معلولین جسمی هستند. برای تعیین معناداری ضرایب تعیین از روش Bootstrap استفاده شد

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

و با توجه به اینکه صفر در بازه حد بالا و پایین قرار نگرفت و سطح معناداری همه پارامترها زیر ۰/۰۵ بود، می‌توان نتیجه گرفت که این ضرایب از لحاظ آماری معنی‌دار هستند.

جدول شماره ۹: تأثیرات مستقیم، غیرمستقیم و کلی استاندارد شده متغیرهای پنهان برهم و متغیرهای پنهان بر متغیرهای آشکار (ابعاد خود)

	تأثیر مستقیم	تأثیر غیرمستقیم	تأثیر کلی
تأثیر ازدواج بر سرمایه اجتماعی	۰/۲۱۸	۰/۰۰۰	۰/۲۱۸
تأثیر ازدواج بر توانمندسازی معلولین جسمی	۰/۰۰۰	۰/۱۱۱	۰/۱۱۱
تأثیر ازدواج بر بازگشت به جامعه	۰/۸۸۴	۰/۰۰۰	۰/۸۸۴
تأثیر ازدواج بر تقویت سلامت جسمی	۰/۷۲۴	۰/۰۰۰	۰/۷۲۴
تأثیر ازدواج بر تقویت سلامت روحی و روانی	۰/۸۰۷	۰/۰۰۰	۰/۸۰۷
تأثیر ازدواج بر تقویت وضع مالی	۰/۹۷۵	۰/۰۰۰	۰/۹۷۵
تأثیر ازدواج بر بُعد شناختی	۰/۰۰۰	۰/۱۷۵	۰/۱۷۵
تأثیر ازدواج بر بُعد ارتباطی	۰/۰۰۰	۰/۱۲۲	۰/۱۲۲
تأثیر ازدواج بر بُعد ساختاری	۰/۰۰۰	۰/۱۴۴	۰/۱۴۴
تأثیر ازدواج بر احساس اعتماد	۰/۰۰۰	۰/۱۰۰	۰/۱۰۰
تأثیر ازدواج بر احساس خوداثربخشی	۰/۰۰۰	۰/۰۵۵	۰/۰۵۵
تأثیر ازدواج بر احساس خودمختاری	۰/۰۰۰	۰/۰۸۵	۰/۰۸۵
تأثیر ازدواج بر احساس موثر بودن	۰/۰۰۰	۰/۰۹۴	۰/۰۹۴
تأثیر ازدواج بر احساس معنی‌داری	۰/۰۰۰	۰/۰۸۴	۰/۰۸۴
تأثیر سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی معلولین جسمی	۰/۵۱۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۲
تأثیر سرمایه اجتماعی بر بُعد شناختی	۰/۸۰۲	۰/۰۰۰	۰/۸۰۲
تأثیر سرمایه اجتماعی بر بُعد ارتباطی	۰/۵۶۰	۰/۰۰۰	۰/۵۶۰
تأثیر سرمایه اجتماعی بر بُعد ساختاری	۰/۶۶۳	۰/۰۰۰	۰/۶۶۳
تأثیر سرمایه اجتماعی بر احساس اعتماد	۰/۰۰۰	۰/۴۶۰	۰/۴۶۰
تأثیر سرمایه اجتماعی بر احساس خوداثربخشی	۰/۰۰۰	۰/۲۵۳	۰/۲۵۳
تأثیر سرمایه اجتماعی بر احساس خودمختاری	۰/۰۰۰	۰/۳۹۲	۰/۳۹۲

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

تأثیر سرمایه اجتماعی بر احساس موثر بودن	۰/۰۰۰	۰/۴۳۱	۰/۴۳۱
تأثیر سرمایه اجتماعی بر احساس معنی‌داری	۰/۰۰۰	۰/۳۸۶	۰/۳۸۶
تأثیر توانمندسازی معلولین احساس اعتماد جسمی بر	۰/۸۹۹	۰/۰۰۰	۰/۸۹۹
تأثیر توانمندسازی احساس خوداثربخشی معلولین جسمی بر	۰/۴۹۴	۰/۰۰۰	۰/۴۹۴
تأثیر توانمندسازی احساس خودمختاری معلولین جسمی بر	۰/۷۶۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۷
تأثیر توانمندسازی معلولین احساس موثر بودن جسمی بر	۰/۸۴۳	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳
تأثیر توانمندسازی معلولین احساس معنی‌داری جسمی بر	۰/۷۵۴	۰/۰۰۰	۰/۷۵۴

در جدول بالا (جدول ۹)، تاثیر مستقیم ازدواج بر سرمایه اجتماعی ۲۲ صدم می‌باشد، ولی هیچگونه تاثیر مستقیمی بر توانمندسازی معلولین جسمی ندارد و تاثیر آن بر ابعاد خود هر یک مشخص شده است (مثلاً تأثیر ازدواج بر بازگشت به جامعه ۸۸ صدم می‌باشد). تاثیر مستقیم سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی معلولین جسمی ۵۱ صدم می‌باشد و تاثیر آن بر ابعاد خود نیز مشخص شده است (مثلاً تأثیر سرمایه اجتماعی بر بُعد ساختاری ۶۶ صدم می‌باشد). و تاثیر مستقیم متغیر پنهان توانمندسازی معلولین جسمی بر ابعاد خود (بر احساس خوداثربخشی، ۴۹ صدم) مشخص شده است. و در آخر نتایج یافته‌های مدل ساختاری نشان داده است که ازدواج به تنهایی هیچ‌گونه تأثیری بر توانمندسازی معلولین جسمی ندارد و تمام تأثیر خود را با واسطه و کمک متغیر سرمایه اجتماعی گرفته است و با واسطه سرمایه اجتماعی حدود ۱۱ صدم بر توانمندسازی معلولین جسمی تأثیر دارد. بنابراین از آنجائی که اثر مستقیم غیرمعنادار و اثر غیرمستقیم معنادار می‌باشد، میانجی‌گری سرمایه اجتماعی کامل می‌باشد، یعنی مدل میانجی پژوهش ما یک مدل میانجی‌گری کامل می‌باشد.

تاثیر غیرمستقیم ازدواج بر توانمندسازی معلولین جسمی =۰/۲۲ ×۰/۵۱ = ۰/۱۱

تاثیر غیرمستقیم سرمایه اجتماعی بر احساس اعتماد = ۰/۵۱ ×۰/۹۰ = ۰/۴۶

تاثیر غیرمستقیم ازدواج بر بُعد ساختاری =۰/۲۲ ×۰/۶۶ = ۰/۱۴

نتیجه‌گیری

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

معلولیت بیشتر از آنکه مسئله‌ای فردی باشد یک مسئله اجتماعی است. زمانی که معلولیت به عنوان یک مسئله اجتماعی شناسایی و ابعاد آن به خوبی معرفی شد آن‌وقت می‌توان امیدوار بود که نظام اجتماعی آمادگی آن را پیدا کرده است که برای حل این مسئله قدمهای مهمی را بردارد. لازم به ذکر است که شناسایی مسئله تنها بخشی از این راه پرفراز و نشیب است. بخش مهم را اصلاح نگرشها در حوزه‌های مختلف اجتماعی فرهنگی، اقتصادی و نظام سیاسی است. نظام تصمیم‌گیری جامعه نیازمند سیاستها و برنامه‌هایی است که از یکسو با رویکردی پیشگیرانه سطح سلامت جامعه را ارتقاء دهد و مانع از رشد معلولیت شود و از سوی دیگر با فراهم نمودن و مناسب‌سازی فرصتهای اجتماعی شرایط عادلانه‌ای را برای حضور و مشارکت فعال و پررنگ معلولان فراهم سازد. در واقع بازگشت به سطح جامعه، نمایان شدن نیمه پنهان هیأت و شمایل زیبای نظام اجتماعی انسانهاست. توانمندسازی، اصطلاحی است برای توصیف هموار کردن راه خود یا دیگران برای تلاش در جهت دست یابی به اهداف شخصی است. و بر اساس یافته‌های تحقیق، میانگین توانمندسازی معلولین جسمی ۶۴ است. این امر نشان می‌دهد توانمندسازی معلولین جسمی در سطح متوسط به بالا است. در این پژوهش، یافته‌ها نشان داده‌اند که ازدواج بر سرمایه اجتماعی تاثیر دارد. از آنجا که ازدواج سبب تقویت انسجام اجتماعی می‌شود و به عنوان مهمترین و اصلی‌ترین عامل ارتباطی میان انسان‌ها است و روابط اجتماعی و حقوق و وظایف تازه‌ای را میان همسران و خویشاوندان برقرار می‌سازد، یک نیاز شخصی نیست که تنها مربوط به زن و مرد باشد، بلکه، یک امر اجتماعی است که مسئولین جامعه نسبت به آن مسئولیت دارند. لذا برای سلامت، امنیت و سعادت اجتماع سودمند و ضروری است؛ زیرا جامعه بزرگ از واحدهای کوچک خانواده تشکیل می‌شود و صلاح و فساد و ترقی و انحطاط جوامع از صلاح و فساد و ترقی و انحطاط خانواده‌ها تشکیل می‌شود و اصلاح جامعه را باید از طریق اصلاح خانواده شروع کرد. و به طور کلی، ازدواج موجب تغییر نقش‌های اجتماعی و جابه‌جایی پایگاه اجتماعی افراد می‌شود. پس یکی از مولفه‌هایی است که بر سرمایه اجتماعی تأثیر مثبت دارد و باعث بالا رفتن سرمایه اجتماعی افراد معلول می‌شود و زمینه را برای مشارکت اجتماعی، سیاسی، مذهبی و... آنها فراهم می‌کند. نظریه مزلو در این مورد می‌گوید، ازدواج برای انسانها یک نیاز طبیعی است که از آفرینش ویژه آنها سرچشمه می‌گیرد. چنانکه انسان به آب و غذا نیاز دارد، در سنین مخصوصی به ازدواج هم نیاز پیدا می‌کند. و جسی‌برنارد نیز ازدواج را مترادف با نظام فرهنگی از آراء و عقاید تربیتی، نهادی از نقش‌ها و هنجارها و تجربیات تعاملی پیچیده‌ای برای مردان و زنان تعریف می‌کند.

در فرضیه دیگری از پژوهش رابطه بین سرمایه اجتماعی و توانمندسازی معلولین جسمی مورد

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

تایید قرار گرفت. سرمایه اجتماعی به طور کلی و نیز سازه‌های آن به شیوه‌های مختلفی بر سلامت و توانمندی اثر می‌گذارند. نخست، روابط اجتماعی صمیمانه و ارتباطات هدفمند آثار سودمندی بر سلامتی دارند؛ دوم، سرمایه اجتماعی از راه حفظ انسجام اجتماعی در مواجهه با تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فن‌شناختی از سلامتی محافظت می‌کند؛ سوم، عقیده بر این است که سرمایه اجتماعی، خودیاری اجتماعی را در جامعه تقویت می‌کند و بر اجتماعات امکان می‌دهد تا به آسانی با یکدیگر در جهت حل مسائل جمعی نظیر سلامت کار کنند و سرانجام سرمایه اجتماعی می‌تواند از راههای روانی– اجتماعی بر سلامت اثر بگذارد، بویژه سرمایه اجتماعی می‌تواند با تامین حمایت اجتماعی و نیز عزت نفس و احترام متقابل سلامتی و توانمندی افراد را تقویت کند. این یافته تحقیق با نتایج پژوهش آزادی (۱۳۹۳) که نشان داد سرمایه اجتماعی بر میزان توانمندی معلولین نابینا تاثیر دارد، انطباق دارد و همین‌طور با نتایج پژوهش هیلی (۲۰۰۵) که نشان داد منابع و توانایی‌ها (سرمایه اجتماعی و انسانی) با بهزیستی ذهنی افراد که براساس نیازها و اهداف فرد تعریف می‌شود ارتباطی تنگاتنگ دارد، انطباق دارد.

در این پژوهش، همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند که ازدواج به تنهایی بر توانمندسازی معلولین جسمی تاثیر ندارد و تمام تأثیر خود را با واسطه سرمایه اجتماعی گرفته است و تنها با واسطه سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی معلولین جسمی تأثیر دارد. نظریه انتخاب در این مورد می‌گوید، افرادی که از سلامتی ضعیفی برخوردارند (مثل معلولین جسمی)، شانس کمتری برای ازدواج دارند و لذا کمتر از سایر افراد می‌توانند سلامتی و توانمندی خود را بهبود بخشند. پس می‌توان گفت که ازدواج و متاهل بودن باعث توانمندی معلولان می‌شود به شرط دارا بودن سرمایه اجتماعی. با این اوصاف معلولینی که ازدواج کرده‌اند توانمند نشده‌اند بلکه معلولینی توانمند هستند که همراه با ازدواج در جامعه مشارکت (مشارکت اجتماعی، مذهبی، سیاسی و ...) و ارتباط اجتماعی داشته‌اند، یعنی دارای سرمایه اجتماعی بوده‌اند. و طبق مصاحبه‌هایی که از معلولین گرفته شد، آنها اظهار کردند که ازدواج به تنهایی باعث توانمندی آنها نمی‌شود و با ازدواج استقلال آنها کاسته شده است و بیان نمودند همراه با ازدواج، معلول باید در جامعه جضور پررنگ داشته باشد تا توانمند و دارای استقلال شود. بنابراین می‌توان استنباط نمود که دو متغیر ازدواج و سرمایه اجتماعی همراه با ابعاد خود بر توانمندسازی معلولین جسمی تاثیر دارند و توانسته‌اند ۲۶ درصد از تغییرات توانمندسازی معلولین جسمی را تبیین کنند.

جنسیت بر توانمندسازی معلولین جسمی تاثیر ندارد و مردان (۶۴/۶ درصد) و زنان (۳۵/۴ درصد) به لحاظ توانمندی مانند هم هستند و دارای تفاوت معناداری نیستند، این یافته تحقیق با

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

نتایج پژوهش چوبینه و همکاران (۱۳۸۹) که نشان می‌دهند نظر معلول با جنس او معنی‌دار نیست، انطباق دارد، اما با نتایج پژوهش آزادی (۱۳۹۳) که نشان می‌دهد بین میزان توانمندی اجتماعی معلولین نابینا و جنسیت تفاوت معناداری وجود دارد (زنان و مردان از لحاظ توانمندی با یکدیگر فرق دارند)، انطباق ندارد.

سن بر توانمندسازی معلولین جسمی تاثیر ندارد. این یافته تحقیق با نتایج پژوهش آزادی (۱۳۹۳) که نشان می‌دهد بین میزان توانمندی اجتماعی معلولین نابینا و سن تفاوت معناداری وجود ندارد، انطباق دارد و سن نمی‌تواند توانمندی معلولین را تبیین کند.

وضعیت تاهل بر توانمندسازی معلولین جسمی تاثیر ندارد و وضعیت تاهل قادر به تبیین تغییرات توانمندسازی معلولین جسمی نیست. اما با نتایج پژوهش آزادی (۱۳۹۳) که نشان می‌دهد بین میزان توانمندی اجتماعی معلولین نابینا و تاهل تفاوت معناداری وجود دارد، انطباق ندارد.

نوع معلولیت (جسمی – حرکتی، احشایی و حسی) بر توانمندسازی معلولین جسمی تاثیر ندارد و توانمندی معلولین رابطی به نوع معلولیت آنها ندارد، و میزان توانمندی در بین انواع معلولیت های جسمی – حرکتی، احشایی و حسی دارای تفاوت معناداری نیست. این یافته تحقیق با نتایج پژوهش چوبینه و همکاران (۱۳۸۹) که نشان دادند معلولین ناشنوا و خانواده‌هایشان نسبت به سایر معلولین (نابینا و حرکتی) نظر مثبت‌تری به معلولیت دارند، انطباق ندارد.

پیشنهادها

با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهادهای چندی در راستای ارتقاء توانمندسازی معلولین جسمی ارائه می‌شود:

– آگاه‌سازی و تغییر نگرش افراد و جامعه به توانایی‌های افراد دارای معلولیت از مهمترین اقدامات است. به‌طور کلی ارتقاء سطح آگاهی‌ها باید در دو عرصه مهم صورت پذیرد: نخست افزایش سطح آگاهی خود اشخاص دارای معلولیت در خصوص حقوق و قابلیت‌های آنها و دوم، افزایش آگاهی عموم مردم به معلولیت و نیازها و توانمندی‌های این افراد و میزان مشارکت آنها در ابعاد گوناگون زندگی.

– از آنجا که ازدواج باعث تقویت انسجام اجتماعی می‌شود و به عنوان مهمترین و اصلی‌ترین عامل ارتباطی میان انسان‌ها است و روابط اجتماعی را قوی می‌کند باید معلولین را به ازدواج کردن تشویق کرد تا هرچه زودتر به جامعه بازگردند.

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

– با توجه به این واقعیت که تمامی افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی در برابر امکانات و شرایط موجود، فرصت مساوی ندارند، توصیه می‌شود تا حد ممکن ضوابط و تدابیر قانونی لازم در جهت رفع تبعیض از آنان اتخاذ شود.

– افراد دارای معلولیت آگاهی بسیار اندکی ار قوانین و مقررات مربوط به خود دارند، بنابراین از طریق وسایل ارتباط جمعی مانند صداوسیما و جراید این اطلاعات در اختیار همگان، به خصوص افراد دارای معلولیت قرار گیرد.

– از آنجایی که آمار معلولین استان کهگیلویه و بویراحمد ۲/۶ درصد از کل جمعیت گزارش شده و این آمار از آمار معلولین کشور (۱/۴ درصد) بیشتر می‌باشد و حدود ۱/۴۵ درصد از کل جمعیت استان کهگیلویه و بویراحمد را معلولین جسمی تشکیل داده است، بر این اساس پیشنهاد می‌شود تحقیقات مربوط به توانمندسازی معلولین جسمی، در راستای شناخت بهتر عوامل و موانع توانمندسازی معلولین جسمی، تداوم یابد.

– و پیشنهاد دیگر به تصویر کشیدن زندگی واقعی معلولین توسط سینما و تلویزیون برای شناساندن و فهماندن توانمندی‌های آنها به عموم مردم است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در راستای تبیین دقیق‌تر توانمندسازی معلولین جسمی از چارچوب‌های نظری دیگری استفاده شود و پژوهشگران و محققان تحقیقاتی شبیه به این تحقیق انجام دهند تا مولفه توانمندسازی معلولین جسمی بهتر شناخته شود.

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

منابع

۱. ابوالحسنی، مرتضی (۱۳۸۶)،" بررسی میزان رضایتمندی معلولین جسمی – حرکتی تحت پوشش بهزیستی شهر اصفهان از خدمات اجتماعی (مالی، تحصیلی، مشاوره‌ای)، پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد گرایش مدیریت مالی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان.

۲. الوانی، سیدمهدی؛ شیروانی، علیرضا (۱۳۸۵)، سرمایه اجتماعی (مفاهیم، نظریه ها و کاربردها)، اصفهان، انتشارات مانی.

۳. امیرخانی، طیبه؛ پورعزت، علی اصغر.(۱۳۸۷)، «تاملی برامکان توسعه سرمایه اجتماعی در سازمان های دولتی»، نشریه مدیریت دولتی، دوره یک، شماره۸۸.

۴. امینی، ابراهیم (۱۳۸۷)، انتخاب همسر، تهران: سازمان تبلیغات اسلامی.

۵. امینی، امیر (۱۳۷۹)، انتخاب همسر، سازمان تبلیغات اسلامی، شرکت چاپ و نشر بین‌الملل، چاپ دوم.

۶. آزادی، رویا (۱۳۹۳)، "بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر میزان توانمندی معلولین نابینا تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر اصفهان"، پایان‌نامه برای اخذ درجه کارشناسی ارشد گرایش جامعه‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهاقان، استاد راهنما: دکتر اسماعیل جهانبخش.

۷. بوداقی،علی(۱۳۸۹)، بررسی جامعه‌شناسی رابطه سرمایه اجتماعی و رفتار شهروند سازمانی، پایان‌نامه گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه تبریز.

۸. پاتنام.ر(۱۳۷۹)، دموکراسی و سنت‌های مدنی، ترجمه: محمد تقی دلفروز، تهران، نشر سلام.

۹. جبلی، خدیجه (۱۳۹۱). جامعه‌شناسی معلولیت «تبیین جامعه‌شناختی تبعیض علیه معلولین»، تهران، نشرعلمی.

۱۰. جلالی فراهانی، مجید (۱۳۹۰). اصول، مبانی و اهداف ورزش معلولان، تهران، نشرعلوم ورزشی.

۱۱. چوبینه، حمید؛ قاسمی برقی، رضا؛ حسین زاده، غلامرضا (۱۳۸۹)، بررسی نظرات معلولین و خانواده آنها در خصوص معلولیت در شهرهای کرج و قزوین، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، شماره ۲، تابستان۷۷، ۱۳۹۰-۷۱.

۱۲. حاج بابایی، مرتضی؛ دهقانی، یاور (۱۳۷۲). آشنایی با ویژگی‌ها و مسائل کودکان استثنایی، تهران، وزارت آموزش و پرورش، شرکت چاپ و نشر ایران.

۱۳. حاج یوسفی، علی؛ کریمی درمنی، حمیدرضا (۱۳۷۳). فرهنگ بهزیستی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، معاونت پژوهشی.

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

۱۴. داورمنش، عباس و براتی سده، فرید (۱۳۸۵)، مقدمه‌ای بر اصول توانبخشی معلولان، تهران، انتشارات رشد.
۱۵. رنجبر، محمد، هدایتا...، ستوده (۱۳۸۰)، مردمشناسی با تکیه بر فرهنگ مردم ایران، تهران: دانش‌آفرین.
۱۶. ریویر، کلود (۱۳۷۹)، درآمدی بر انساشناسی، ترجمه ناصر فکوهی، تهران: نشر نی.
۱۷. ریتزر، جورج (۱۳۷۴)، نظریه‌های جامعه‌شناسی، ترجمه مهدوی و همکاران، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.
۱۸. زارعی، مهرداد (۱۳۸۶)، مبانی و مفاهیم فرهنگ سازمانی، قابل دسترسی در سایت www.mgtsolution.com.
۱۹. سازمان بهزیستی استان کهگیلویه و بویراحمد (۱۳۹۴).
۲۰. سبزیکاران، اسماعیل (۱۳۸۶)، بررسی رابطه ساختار سازمانی و توانمندسازی کارکنان در شرکت پخش فرآورده‌های نفتی ایران، پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، راهنما دکتر رضا واعظی، دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی.
۲۱. صادقی فسایی، سهیلا و فاطمی‌نیا، محمدعلی (۱۳۹۲)، معلولیت؛ نیمه پنهان جامعه: رویکرد اجتماعی به وضعیت معلولین در سطح جهان و ایران، فصلنامه علمی و پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پانزدهم، شماره ۵۸.
۲۲. فوکویاما، فرانسیس (۱۳۷۹)، پایان نظم (بررسی سرمایه اجتماعی و حفظ آن)، ترجمه، غلامعباس توسلی، تهران: جامعه ایرانیان، چاپ اول.
۲۳. فیلد،جان (۱۳۸۸)، سرمایه اجتماعی، ترجمه غلامرضا غفاری، حسین رمضان، تهران، نشر کویر.
۲۴. فیلد،جان(۱۳۸۶)، «سرمایه اجتماعی»، ترجمه: غلامرضا غفاری، حسین رمضانی، تهران، نشر کویر.
۲۵. کرایب، یان (۱۳۸۸)، نظریه اجتماعی مدرن از پارسونز تا هابرماس، ترجمه عباس مخبر، تهران، نشر آگ.
۲۶. کریمی درمنی، حمیدرضا (۱۳۹۰)، توانبخشی گروه‌های خاص با تاکید بر خدمات مددکاری اجتماعی، تهران، نشر رشد.
۲۷. گلاسر، ویلیام (۱۳۸۴)، نظریه انتخاب «روانشناسی نوین آزادی شخصی»، مترجم: مهرداد فیروزبخت، تهران، موسسه خدمات فرهنگی رسا.
۲۸. گنجی، مهدی (۱۳۸۸)، آموزش و پرورش استثنایی، تهران، نشر ساوالان.
۲۹. مجیدی، عبدا...؛ محمدی مقدم، یوسف (۱۳۸۷). تاثیر توانمندسازی بر خلاقیت کارکنان ناجا، فصلنامه دانش انتظامی.

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]

۳۰. مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، جامعه‌شناسی پزشکی، تهران، موسسه انتشارات دانشگاه تهران.

۳۱. وزارت کار (۱۳۹۲)، بررسی آماری وضعیت معلولان کشور بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۹۰. تهران: مرکز آمار و اطلاعات راهبردی.

32. Abtahi, H., & Abesi, A. (2007). Empowerment employees. Management Researches and Education Institution.
33. Bourdieu, Pierre,(1997)[(1983)]"the forms of capital"in A.H.Halsey,Philip, Brown, lauder weus, Amy stuart(eds) Education, culture,economy society, London, oxford university press.
34. Clegg, S.R… .(1989) Frameworks of Power. London: Sage Publications.
35. Conger, J, A. and Kanungo, R. N.(1988). "The empowerment process: Integratine Theory and Practice", The academy of Management Review 13/ 3: 471-482.
36. Giddens, A, (1984) the Constitution of Society, London, Polity.
37. Lin, N. (2001). Building a Network Theory of Social Capital.In Social Capital : Theory and Research. N. Lin, R. S. Burtand K. S. Cook (eds). New York, Aldine de Gruyter: 29-3 .
38. Mc Whirter, E. (1994). Counseling for empowerment. Alexandria, VA: American Counseling Association.
39. Ridputh, D. D. (2003). Love by neighbor, Its good for your health: a study of racial homogeneity, mortality, and social cohesion in united state, Journal of Social Science and Medicine, 57: 253-261.
40. Roen, N. B& Graden, B. T. (2004). Relationship and MarriageAmerica.Journal of psychology Assessment Resources. p. 154-167
41. Schlingensiepen, E. Naroska, T. Bolten, O. Christen, S. Schmitz, C. Ressel. (2015). Empowering people with disabilities using urban public transport (Project mobile). 6th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics (AHFE 2015) and the Affiliated Conferences, AHFE 2015, Procedia Manufacturing 3 (2015) 2349 – 2356.
42. Shakespeare, T. (1996). Power and Prejudice: Issues of Gender, Sexuality, and Disability. In; Barton, L. (Ed). Disability and Society: Emerging Issues and Insights. New York: Longman, 191 – 214.
43. Silvers, A. (1998). Formal Justice. In: Silvers, A., Wasserman, D. & Mahowald, M. B. (Eds.). Disability, Difference, Discrimination. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 13 – 145.
44. Spreitzer, G.M. (1995), "Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation", Academy of Management
45. Spreitzer, Gretcehn. M, (1996), "Social structural characteristics of psychological empowerment", Academy of Management journal, 2, pg. 483-504.
46. Turner, Jonathan H. (2003) The Strucre of Sociological Theory, United States, Wadswort.
47. Wakefield, S. E. L., and Poland, B. (2005). Family, friend or foe? Critical reflection on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. Journal of Social Science and Medicine, 60: 2819-2832.
48. Whetten, David. S & Cameron, Kim, (1995), "*Developing Management skills*", 3th edition, New York, NY: Hapercollins publishers.
49. World Health Organization and World Bank (2011). World Report on Disability. Geneva: World Health Organization

[Downloaded from jpsd.hormozgan.ac.ir on 2026-11-10]