

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان
معاونت تحقیقات و فناوری
مدیریت توسعه و ارزیابی تحقیقات

فرم پیش نویس طرح پژوهشی
(PROPOSAL)

عنوان طرح: بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان، ۱۴۰۱

نام و نام خانوادگی طرح دهندگان: سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور، رضا وزیری نژاد، محمدعلی ذاکری، حسن احمدی نیا

دانشکده / مرکز تحقیقاتی: دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

قسمت اول - خلاصه مشخصات طرح

عنوان طرح: بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان، ۱۴۰۱	
مدیر اجرایی طرح: سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور	دانشکده / مرکز تحقیقاتی: دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
محیط پژوهش:	مدت اجرا: ۱۲ ماه

خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردی طرح:

پژوهش ها نشان داده اند که بین ابعاد سلامت اجتماعی (پذیرش اجتماعی، سازگاری اجتماعی، رفاه اجتماعی) و توانمندی زنان رابطه وجود دارد. همچنین سلامت اجتماعی زنان بر افزایش عزت نفس و کاهش اضطراب آنان تأثیر دارد. در صورتی که زنان سرپرست خانواده از حمایت های

اجتماعی مناسب برخوردار باشند، شیوه های مقابله مناسب را بیاموزند و دارای منبع کنترل درونی باشند، کمترین آسیب را متحمل می شوند. به نظر می رسد که عزت نفس در زنان سرپرست خانواده در اثر توانمندسازی بالاتر رود. انجام تحقیقاتی مانند تحقیق حاضر که نتایج توانمندسازی و تلاش های سازمان هایی مانند سازمان بهزیستی است از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است؛ چرا که چنین مطالعاتی می توانند نقاط قوت و ضعف برنامه های توانمندسازی را مشخص کنند و در صورت مفید و مؤثر بودن آثار توانمندسازی و توانبخشی باید این برنامه ها را به طور گسترده تر و جدی تری گسترش داده و اجرایی نمود. با توجه به مطالب ذکر شده، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۱ انجام خواهد شد.

خلاصه روش اجرای طرح:

در این مطالعه توصیفی که جامعه آماری آن کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۱ خواهند بود، روش نمونه گیری، سرشماری خواهد بود. ابزارهای جمع آوری اطلاعات، شامل ۲ نوع پرسشنامه: ۱- پرسشنامه سلامت اجتماعی (Keyes, 2004) و ۲- پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت می باشد. بر این اساس، ابتدا فهرست پرونده کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان در سال ۱۴۰۱ تهیه و سپس جهت جمع آوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه ها، پرسشنامه ها در اختیار شرکت کنندگان در مطالعه قرار داده شده و پس از تکمیل و جمع آوری آنها، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار spss نسخه ۲۲ استفاده خواهد شد. بدین منظور، از آمار توصیفی جهت تعیین شاخص های میانگین، انحراف معیار و غیره ... و در بخش تحلیلی نیز از تحلیل واریانس چند متغیری (MANANOVA) استفاده خواهد شد.

هزینه پرسنلی	۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه مسافرت	۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
هزینه آزمایش ها و خدمات تخصصی	۰ ریال	هزینه های دیگر	۱۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	۰ ریال	جمع کل	۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

قسمت دوم- اطلاعات مربوط به عوامل اجرایی و همکاران طرح

۱- مشخصات مجریان طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	شرح فعالیت	رتبه علمی	محل خدمت	تلفن همراه	رایانامه	آخرین مدرک و رشته تحصیلی	تعداد طرح در حال اجرا
1	سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور	مدیر اجرایی	اول	اجرای طرح	غیر هیئت علمی	دانشکده پزشکی	09137658747	mhosseini622@gmail.com	غیر هیئت علمی - کارشناسی ارشد	0

0	استاد - دکتری تخصصی (PhD)	rezavazirinejad@rums.ac.ir	09132921147	دانشکده بهداشت	استاد	مشاور علمی	دوم	مجری	رضا وزیری نژاد	2
0	غیر هیئت علمی - کارشناسی ارشد	ma.zakeri115@gmail.com	09133902799	بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب(ع)	غیر هیئت علمی	همکاری در اجرای طرح و ارائه مقاله	سوم	مجری	محمدعلی ذاکری	3
0	استادیار - دکتری تخصصی (PhD)	h.ahmadinia@gmail.com	09382887889	دانشکده پزشکی	استادیار	آنالیز آماري	چهارم	مجری	حسن احمدی نیا	4

۲- مشخصات همکاران اصلی طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	شرح فعالیت	رتبه علمی	محل خدمت	تلفن همراه	رایانامه	آخرین مدرک و رشته تحصیلی	تعداد طرح در حال اجرا
------	--------------------	------------	------------	------------	-----------	----------	------------	----------	--------------------------	-----------------------

قسمت سوم - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

۱- عنوان طرح به فارسی:

بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان، ۱۴۰۱

۲- عنوان طرح به انگلیسی:

Investigating the status of social health and self-esteem of women heads of empowered and non-empowered households covered by the welfare of Rafsanjan city, 2022

۳- نوع طرح:

کاربردی بنیادی بنیادی-کاربردی جامع نگر (HSR)

۴- بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح:

سلامت اجتماعی، ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه های اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ های درونی فرد نسبت به محرک ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (۱). سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می رسد. زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می شمیریم که بتواند فعالیت ها و نقش های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (۲). مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص های متعددی است که این ابعاد شامل: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی است. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی

توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش های اجتماعی را نیز در بر می گیرد. مفهوم سلامت اجتماعی به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع می باشد (۳). سهم داشت اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است. کسانی که سطح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، باور دارند که عضوی مهم در اجتماع هستند و چیزهای ارزشمندی برای ارایه به دیگران دارند. سهم داشت اجتماعی نشان دهنده آن است که چگونه و تا چه حد مردم احساس می کنند که آنچه آنها در جهان انجام می دهند برای جامعه مهم و ارزشمند است و به عنوان کمک اجتماعی تلقی می شود. پذیرش اجتماعی: تفسیر فرد از جامعه و ویژگی های دیگران است. افرادی که دارای این بعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه ای از افراد گوناگون درک می کنند و دیگران را با همه نقض ها و جنبه های مثبت و منفی ای که دارند، می پذیرند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. پیوستگی اجتماعی: باور به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش بینی است. افرادی که از نظر اجتماعی سالم اند نه تنها درباره نوع جهانی که در آن زندگی می کنند، بلکه همچنین، درباره آنچه اطرافشان رخ می دهد، علاقه مند بوده و احساس می کنند قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند. این مفهوم در مقابل بی معنایی در زندگی است و در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت، سازماندهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. و شکوفایی اجتماعی: عبارت است از ارزیابی پتانسیل ها و مسیر تکامل جامعه و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی های بالقوه ای برای تحول مثبت دارد. این افراد به آینده جامعه امیدوارند و بر این باورند که خود و دیگران از پتانسیل هایی برای رشد اجتماعی بهره مند هستند و جهان می تواند برای آنها و دیگران بهتر شود. در واقع سلامت اجتماعی را با سه تلقی می توان تعریف کرد: ۱- سلامت اجتماعی به مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت، به رابطه او با جامعه نظر دارد؛ ۲- جامعه سالم به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش؛ ۳- سلامت اجتماعی به مثابه وضعیت اجتماعی بهتر به گونه ای که بسته به اوضاع کنونی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناها عینی متفاوت می یابد (۴).

عزت نفس به منزله بیان تأیید نسبت به خویشتن است و نشان می دهد که تا چه اندازه یک فرد خود را توانا، ارزنده و پراهمیت می داند (۵). عزت نفس از تفاوت بین خود ادراک شده و یا خودپنداره (یک نظر عینی از خود) و از خوددیده آل (آنچه شخص با ارزش می داند و یا می خواهد دوست داشته باشد) نشأت می گیرد. به طوری که فاصله کم منجر به عزت نفس بالا و فاصله زیاد منجر به عزت نفس پایین در فرد می شود (۶). وقتی عزت نفس کم است با ناملایمات زندگی برخورد بی تناسب می کنیم. در برابر ناملایماتی تسلیم می شویم که اگر از عزت نفس بیشتری برخوردار بودیم در برابر آن به خوبی مقاومت می کردیم (۷). از طرفی فریسون می نویسد: امید و عزت نفس به عنوان نمادی از سلامت جسمی و روحی اغلب با نتایج گزارش شده از سلامت جسمی و روحی همراه بوده و باید به این نکته توجه داشت که امید تحت تأثیر عزت نفس می باشد. عزت نفس چهارمین سطح نیازهای مازلو است و این نیاز به انسان اعتماد و استقلال می بخشد (۸). به نظر می رسد عزت نفس با سلامت اجتماعی فرد در ارتباط باشد. عدم رضای نیاز به مورد توجه و احترام بودن و نداشتن وجهه اجتماعی باعث کاهش عزت نفس شده و توان روانی فرد را مخدوش می کند (۹). عزت نفس بالا باعث می شود تا افراد در زمان مواجه شدن با مشکلات زندگی و در زمان رویارویی با حوادث و بحرانها کمتر احساس ناتوانی و دلسردی کنند (۱۰). همچنین پایین بودن عزت نفس می تواند در انواع زیادی از مشکلات رفتاری نقش داشته باشد (۱۱).

از طرفی، توانمندسازی و توانبخشی حرفه ای زنان فرآیندی است که طی آن زنان قادر می شوند تا اعتماد به نفس خود را افزایش دهند، به طور مستقل حق انتخاب داشته باشند، خود را سازماندهی کنند و منابع در دسترس را کنترل نمایند. این فرایند به زنان سرپرست خانوار کمک می کند تا در کاهش فقر، حذف فرودستی، کسب اعتماد به نفس و احساس قدرت فردی در کنار سایرین گام مؤثر برداشته و بر ناهنجاری های اجتماعی غلبه نمایند. توانمندسازی از ابعاد مختلف، از جمله اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی فرآیندی است مشتمل بر آگاه سازی عمومی به منظور شناخت وضعیت موجود، حذف محدودیت ها و موانع و رهگیری منابع و ظرفیت های موجود در جامعه، در راستای مدیریت مؤثر برای بهبود شرایط زندگی. حمایت از زنان سرپرست خانوار به عنوان یکی از اقشار آسیب پذیر و در عین حال یک گروه مهم در بحث توسعه پایدار، نیازمند اتخاذ رویکرد توانمندسازی است. به عبارت دیگر، آنها را باید یکی از گروه های هدف مهم در توانمندسازی به حساب آورد (۱۲). هدف توانمندسازی، کمک به افراد ضعیف است تا تلاش نمایند بر ضعف هایشان غلبه کنند، جنبه های مثبت زندگی شان را بهبود بخشیده، مهارت و توانایی هایشان را برای کنترل عاقلانه بر زندگی افزایش داده و آن را در عمل پیاده نمایند (۱۳). سازمان بهزیستی کشور عمده ترین نهاد دولتی در زمینه خانوارهای زن سرپرست است. زنانی که به دلایلی چون فوت همسر، طلاق و همسر زندانی به تنهایی سرپرستی فرزند یا فرزندان را به عهده دارند. اینگونه خانواده ها با از دست دادن مرد خانواده، نان آور خود را از دست داده و گاه مجبور می شوند از دیگر وابستگان نیز سرپرستی کنند. این شرایط، زنان را از آموزش و کسب مهارت باز داشته، همچنین موجب دریافت دستمزد کمتر می شود. دشواری ترکیب شغل زن با مراقبت از خانواده موجب تمرکز فعالیت این زنان در بخش غیررسمی بازار کار می شود. این عوامل و دیگر عوامل اجتماعی شرایط را برای فقر بیشتر زندگی خانوارهای با سرپرست زن فراهم می کند. توانمندسازی زنان، به ویژه زنان سرپرست خانوار، به عنوان یک هدف توسعه بر پایه دو جنبه از یک بحث واحد بنا شده است. به عبارت دیگر عدالت اجتماعی و از جمله، عدالت جنسیتی، عدالت آموزشی و... یک هدف توسعه است، در عین حال وسیله ای برای پیشبرد رشد اقتصادی، کاهش فقر و زمامداری بهتر می باشد. زنان، به عنوان یکی از اقشار در معرض آسیب جوامع، بیش از سایرین در معرض تبعیض های اجتماعی و فشارهای روانی قرار می گیرند. حمایت از زنان سرپرست خانوار به عنوان یکی از اقشار آسیب پذیر و در عین حال یک گروه مهم در بحث توسعه پایدار، نیازمند اتخاذ رویکرد توانمندسازی است. به عبارت دیگر، آنها را باید یکی از گروه های هدف مهم در توانمندسازی به حساب آورد (۱۲).

پژوهش ها نشان داده اند که بین ابعاد سلامت اجتماعی (پذیرش اجتماعی، سازگاری اجتماعی، رفاه اجتماعی) و توانمندی زنان رابطه وجود دارد (۱۴). همچنین سلامت اجتماعی زنان بر افزایش عزت نفس و کاهش اضطراب آنان تأثیر دارد و زنان شاغل در مقایسه با زنان خانه دار، بهداشت جسمانی و روانی بهتری را گزارش داده اند (۱۵). در صورتی که زنان سرپرست خانواده از حمایت های اجتماعی مناسب برخوردار باشند، شیوه های مقابله مناسب را بیاموزند و دارای منبع کنترل درونی باشند، کمترین آسیب را متحمل می شوند. به نظر می رسد که عزت نفس در زنان سرپرست خانواده در اثر توانمندسازی بالاتر رود. عزت نفس به منزله بیان تأیید نسبت به خوشتن است و نشان می دهد که تا چه اندازه یک فرد خود را توانا، ارزنده و پراهمیت می داند (۵).

انجام تحقیقاتی مانند تحقیق حاضر که نتایج توانمندسازی و تلاش های سازمان هایی مانند سازمان بهزیستی است از اهمیت و ضرورت خاصی برخوردار است؛ چرا که چنین مطالعاتی می توانند نقاط

قوت و ضعف برنامه های توانمندسازی را مشخص کنند و در صورت مفید و مؤثر بودن آثار توانمندسازی و توانبخشی باید این برنامه ها را به طور گسترده تر و جدی تری گسترش داده و اجرایی نمود. با توجه به مطالب ذکر شده، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانواده توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۱ انجام خواهد شد.

۵- سابقه طرح و بررسی متون:

افشاری و همکارانش در مطالعه ای در سال ۱۳۹۸ با بررسی ۱۰۰ زن سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهر اصفهان (۵۰ نفر توانمند شده و ۵۰ نفر توانمند نشده) نشان دادند که دو گروه مورد مقایسه، در سلامت اجتماعی، عزت نفس عمومی و در عزت نفس اجتماعی، تفاوت معناداری داشتند به گونه ای که سلامت اجتماعی، عزت نفس عمومی و عزت نفس اجتماعی در زنان توانمند شده بیشتر از زنان توانمند نشده تحت پوشش سازمان بهزیستی بود (۱۶).

در مطالعه دیگری که توسط جوادیان و همکارانش در سال ۱۳۹۷ بر روی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی یزد انجام شد مشخص شد که موفقیت در اجرای برنامه های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، نیازمند توجه به وضعیت جسمی، روانی، خانوادگی و توانایی های زنان و آموزش آنان برای حضور و مشارکت در این برنامه ها است (۱۷).

اکبری ترکمانی و همکاران در سال ۱۳۹۷ با هدف توانمندسازی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش یکی از مراکز بهزیستی شهر اصفهان، پژوهشی انجام داده اند. نتایج مطالعه نشان داد فقر اقتصادی، مشکلات جسمی و روانی، ناامنی محیط کار و حمایت نکردن اجتماعی اطرافیان، از موانع توانمندسازی این زنان است (۱۸).

کیمیایی (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی با موضوع شیوه های توانمندسازی زنان سرپرست خانوار، نتیجه گرفته که اجرای برنامه توانمندسازی سبب شده است زنان سرپرست خانوار در حوزه های مختلف روانشناختی مانند این موارد، توانمند شود: عزت نفس و خودارزشمندی، خودکارآمدی، کنترل زندگی، قدرت تصمیم گیری و حل مسئله و افزایش سازگاری (۱۹).

قلی پور و رحیمیان (۱۳۹۰) مطالعه ای با موضوع « رابطه عوامل اقتصادی، فرهنگی و آموزشی با توانمندسازی زنان سرپرست خانوار » انجام دادند. طبق نتایج آنها، بین آموزش های عمومی، مهارت آموزی، درآمدزایی، وام های کم بهره، کمک های غیرنقدی و مالکیت، رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. گذشته از آن، آنها نشان داده اند پرداخت وام، آموزش عمومی، طرح

های درآمدزایی، کمک های غیرنقدی، سهام عدالت و مهارت آموزی به ترتیب از مهم ترین عوامل موثر بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار هستند (۲۰).

مقاله دلا کامپوس (۲۰۱۵) با موضوع «توانمندسازی زنان روستایی از طریق حمایت اجتماعی» به وسیله سازمان خواربار و کشاورزی ملل متحد (فائو) در شهر روم ایتالیا منتشر شده است و براساس نتیجه آن، کاهش فقر و حمایت اجتماعی نیز در ارتقاء توانمندسازی اقتصادی زنان و کاهش نابرابری جنسیتی نقش مهمی دارد. همچنین، طرح های حمایت اجتماعی ممکن است دسترسی زنان را به منابع تسهیل کند (۲۱).

سل و مینوت (۲۰۱۸) پژوهشی با موضوع «عوامل موثر بر توانمندسازی زنان روستایی کشور اوگاندا» انجام داده اند که براساس آن، بین توانمندسازی زنان با عواملی چون سن، تحصیلات و نزدیکی به جاده آسفالت برای فروش محصولات، رابطه معناداری وجود دارد؛ اما در این میان، همبستگی سن و تحصیلات با توانمندسازی قوی تر بوده است (۲۲).

بانرجی و گاش (۲۰۱۲) نیز مطالعه ای را با نام «عواملی که در توانمندسازی موثر است؛ مطالعه اعضای خوداشتغالی هند» با هدف عوامل موثر بر شاخص های مختلف توانمندسازی در میان زنان مبتلا به سل انجام داده اند. نتایج کار آنان نشان می دهد آموزش به طور معناداری بر ابعاد مختلف توانمندسازی تاثیر می گذارد و اعضای گروه آموزش دیده نیز، بیشتر به شکل توانمند و کارآموز در جامعه دیده می شوند (۲۳).

سایگال و ساراوات (۲۰۱۳) در مطالعه ای نشان داده اند توانمندسازی زنان، به متغیرهای مختلفی از جمله موقعیت جغرافیایی، وضعیت تحصیلی، پایگاه اجتماعی، فرصت های اقتصادی و مشارکت وابسته است (۲۴).

اسماعیل و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی با هدف مطالعه نقش میل و انگیزه در موفقیت کارآفرینی مادران سرپرست خانوار انجام داده اند که طبق نتایج آن، بین ریسک پذیری و تحمل ابهام، با میل به کارآفرینی همبستگی زیادی دیده می شود. همچنین، میل به کارآفرینی نیز با موفقیت در کارآفرینی ارتباط معناداری دارد. آنها به این نتیجه نیز رسیده اند که تحمل ابهام و ریسک پذیری مادران باعث می شود آنان برای انجام فعالیت های کارآفرینانه، تمایل داشته باشند (۲۵).

تعیین وضعیت سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۱

۷- اهداف ویژه طرح:

۱. تعیین ارتباط سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با سن
۲. تعیین ارتباط سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با تعداد فرزندان
۳. تعیین ارتباط سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با میزان تحصیلات
۴. تعیین ارتباط سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با میزان درآمد
۵. تعیین ارتباط سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با وضعیت اشتغال
۶. تعیین ارتباط سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با دلایل سرپرستی
۷. مقایسه میانگین نمره سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان
۸. مقایسه میانگین نمره شکوفایی اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان
۹. مقایسه میانگین نمره همبستگی اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان
۱۰. مقایسه میانگین نمره انسجام اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان
۱۱. مقایسه میانگین نمره پذیرش اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان
۱۲. مقایسه میانگین نمره مشارکت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان
۱۳. مقایسه میانگین نمره عزت نفس عمومی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان

۱۴. مقایسه میانگین نمره عزت نفس خانوادگی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان
۱۵. مقایسه میانگین نمره عزت نفس اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان
۱۶. مقایسه میانگین نمره عزت نفس شغلی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان

۸- اهداف کاربردی طرح:

چنین مطالعاتی می توانند نقاط قوت و ضعف برنامه های توانمندسازی را مشخص کنند و در صورت مفید و مؤثر بودن آثار توانمندسازی و توانبخشی باید این برنامه ها را به طور گسترده تر و جدی تر گسترش داده و اجرایی نمود.

۹- فرضیات یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح):

- ۱- آیا بین سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با سن ارتباطی وجود دارد؟
- ۲- آیا بین سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با تعداد فرزندان ارتباطی وجود دارد؟
- ۳- آیا بین سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با میزان تحصیلات ارتباطی وجود دارد؟
- ۴- آیا بین سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با میزان درآمد ارتباطی وجود دارد؟
- ۵- آیا بین سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با وضعیت اشتغال ارتباطی وجود دارد؟
- ۶- آیا بین سلامت اجتماعی و عزت نفس زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان با دلایل سرپرستی ارتباطی وجود دارد؟

- ۷- آیا تفاوتی بین میانگین نمره سلامت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۸- آیا تفاوتی بین میانگین نمره شکوفایی اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۹- آیا تفاوتی بین میانگین نمره همبستگی اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۱۰- آیا تفاوتی بین میانگین نمره انسجام اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۱۱- آیا تفاوتی بین میانگین نمره پذیرش اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۱۲- آیا تفاوتی بین میانگین نمره مشارکت اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۱۳- آیا تفاوتی بین میانگین نمره عزت نفس عمومی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۱۴- آیا تفاوتی بین میانگین نمره عزت نفس خانوادگی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۱۵- آیا تفاوتی بین میانگین نمره عزت نفس اجتماعی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟
- ۱۶- آیا تفاوتی بین میانگین نمره عزت نفس شغلی در بین زنان سرپرست خانوار توانمند شده و توانمند نشده تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان وجود دارد؟

[روش تحقیق و توجیه آن، خصوصیات دقیق نمونه (جامعه آماری، تعداد نمونه، معیارهای ورود و خروج ...) و تجزیه و تحلیل آماری، تعریف گروه شاهد، مکان اجرای تحقیق، معرفی پرسشنامه یا فرم اطلاعاتی* و روایی و پایایی آن**، ابزار با ذکر جزئیات، کیت‌ها و مواد مصرفی کلیدی با ذکر مشخصات، داروها و دارونماها، شرح مداخله و روش انجام کار و ...]

* پرسشنامه یا چک لیست ضمیمه پرسشنامه طرح تحقیقاتی گردد.
** نحوه تعیین روایی و پایایی پرسشنامه قید گردد.

جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۱ می باشد که طبق آماری که از اداره بهزیستی دریافت شده، حدوداً ۳۵۰ نفر می باشد. روش نمونه گیری در این مطالعه، روش سرشماری خواهد بود که سعی می شود تمام جامعه آماری تحت پوشش این مطالعه قرار گیرند. ابزارهای جمع آوری و اندازه گیری اطلاعات در این مطالعه، ۲ پرسشنامه به شرح ذیل می باشند: ۱- پرسشنامه سلامت اجتماعی (Keyes, 2004): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط کیز طراحی شد. وی از طریق تحلیل عاملی به پنج مؤلفه سلامت اجتماعی دست یافت که شامل شکوفایی اجتماعی (سوالات ۱ تا ۴)، همبستگی اجتماعی (سوالات ۵ تا ۷)، انسجام اجتماعی (سوالات ۸ تا ۱۰)، پذیرش اجتماعی (سوالات ۱۱ تا ۱۵)، مشارکت اجتماعی (سوالات ۱۶ تا ۲۰) می باشند. باباپور و همکارانش در سال ۲۰۰۹ برای بررسی پایایی این ابزار، از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ می باشد که نشان می دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. ۲- پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: پرسشنامه عزت نفس (Cooper Smith, 1967) در سال های اخیر به طور گسترده ای در پژوهش های روانشناسی به کار رفته است و فرم الف آن، دارای ۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج است. شیوه نمره گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. در مجموع ۳ ماده آن به ۴ مقیاس عزت نفس عمومی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس شغلی -تحصیلی تقسیم می شود. در تحقیق پورفرجی (۲۰۰۲) ضرایب پایایی مقیاس کوپر اسمیت با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۵۲ به دست آمد که از لحاظ روانسنجی ضریبی قابل قبول است. بر این اساس، ابتدا پس از هماهنگی با اداره بهزیستی شهرستان، ابتدا فهرست پرونده کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش بهزیستی شهرستان در سال ۱۴۰۱ تهیه می گردد. بنا بر هماهنگی صورت گرفته با اداره بهزیستی شهرستان و متناسب با تعریف و برنامه کشوری سازمان بهزیستی (که مطابق با دستورالعمل آن سازمان می بایست زنان سرپرست خانوار تحت پوشش (توانمند شده و توانمند نشده) دارای پرونده باشند، لیست گروه های توانمند شده و توانمند نشده از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش موجود می باشد. سپس جهت جمع آوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه ها، ابتدا توسط پژوهشگر، اهداف مطالعه و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به شرکت کنندگان بیان گردیده و به آنها در خصوص محرمانه نگه داشتن اطلاعات جمع آوری شده اطمینان داده می شود. در مرحله بعد پرسشنامه ها در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شده و نهایتاً پس از تکمیل پرسشنامه ها و جمع آوری آنها، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار spss نسخه ۲۲ استفاده خواهد شد. بدین منظور، از آمار توصیفی جهت تعیین شاخص های میانگین، انحراف معیار و غیره ... و در بخش تحلیلی نیز از تحلیل واریانس چند متغییری (MANANOVA) استفاده خواهد شد.

ابزارهای جمع آوری و اندازه گیری اطلاعات در این مطالعه، ۲ پرسشنامه به شرح ذیل می باشند: ۱- پرسشنامه سلامت اجتماعی (Keyes, 2004): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط کبیز طراحی شد. وی از طریق تحلیل عاملی به پنج مؤلفه سلامت اجتماعی دست یافت که شامل شکوفایی اجتماعی (سوالات ۱ تا ۴)، همبستگی اجتماعی (سوالات ۵ تا ۷)، انسجام اجتماعی (سوالات ۸ تا ۱۰)، پذیرش اجتماعی (سوالات ۱۱ تا ۱۵)، مشارکت اجتماعی (سوالات ۱۶ تا ۲۰) می باشند. باباپور و همکارانش در سال ۲۰۰۹ برای بررسی پایایی این ابزار، از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ می باشد که نشان می دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. ۲- پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: پرسشنامه عزت نفس (Cooper Smith, 1967) در سال های اخیر به طور گسترده ای در پژوهش های روانشناسی به کار رفته است و فرم الف آن، دارای ۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج است. شیوه نمره گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. در مجموع ۳ ماده آن به ۴ مقیاس عزت نفس عمومی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس شغلی -تحصیلی تقسیم می شود. در تحقیق پورفرجی (۲۰۰۲) ضرایب پایایی مقیاس کوپراسمیت با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۵۲ به دست آمد که از لحاظ روانسنجی ضریبی قابل قبول است.

۱۳- روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

روش نمونه گیری در این مطالعه، روش سرشماری خواهد بود که سعی می شود تمام جامعه آماری تحت پوشش این مطالعه قرار گیرند.

۱۴- روش تجزیه و تحلیل آماری:

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده خواهد شد. بدین منظور، از آمار توصیفی جهت تعیین شاخص های میانگین، انحراف معیار و غیره ... و در بخش تحلیلی نیز از تحلیل واریانس چند متغییری (MANANOVA) استفاده خواهد شد.

۱۵- ملاحظات اخلاقی (حتی الامکان به طور مستند و با ذکر منابع بی خطر بودن تحقیق برای موارد انسانی توجیه شود).

۱. دریافت کد اخلاق از شورای اخلاق پزشکی دانشگاه
۲. هماهنگی با اداره بهزیستی شهرستان جهت دریافت اطلاعات
۳. اطمینان دادن به شرکت کنندگان در مطالعه در خصوص محرمانه نگه داشتن اطلاعات افراد
۴. اختیاری بودن حضور شرکت کنندگان در مطالعه و انصراف از آن در هر زمانی از اجرای مطالعه

۱۶- محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آنها:

۱. کم بودن احتمالی نمونه‌ها جهت انجام مطالعه
۲. عدم همکاری یا همکاری محدود شرکت کنندگان در اجرای مطالعه
۳. بی دقتی یا پاسخ غیر واقعی به سوالات توسط شرکت کنندگان در مطالعه

۱۷- جدول متغیرها:

ردیف	عنوان متغیر	نقش متغیر			مقیاس متغیر			تعریف علمی- عملی	نحوه اندازه‌گیری	واحد
		زمینه‌ای	مستقل	وابسته	اسمی	رتبه‌ای	فاصله‌ای			
1	سن	*						سن تقویمی	پرسشنامه	سال
2	میزان تحصیلات	*			*			آخرین مدرک تحصیلی اخذ شده از مدارس، دانشگاه‌ها و سایر موسسات آموزشی	پرسشنامه	بی سواد / زیر دیپلم / دیپلم / فوق دیپلم / لیسانس و بالاتر
3	تعداد فرزندان	*			*			تعداد فرزندان مذکر یا مونث خانواده	پرسشنامه	نفر
4	میزان درآمد ماهیانه	*			*			میزان درآمد ریالی در هر ماه	پرسشنامه	ریال
5	وضعیت اشتغال	*			*			فعالیتی منظم که در ازاء دریافت پول انجام می‌شود یا هر نوع کار با دریافت اجر (دریافت حقوق و دستمزد)	پرسشنامه	بدون شغل / کارگری / خدماتی / فروشنده / آرایشگری / راننده / منشی / سایر موارد
6	نوع منزل مسکونی	*			*			وضعیت یا نوع مالکیت منزل مسکونی	پرسشنامه	شخصی / استیجاری / سایر موارد
7	دلیل سرپرستی	*			*			هر نوع علت یا دلیلی که به منجر به بدوش کشیدن سرپرستی خانواده توسط زن می‌گردد.	پرسشنامه	فوت همسر / طلاق / متارکه / از کار افتادگی همسر / اعتیاد همسر / بزهکاری

همسر												
عدد	پرسشنامه	متوسط نمره کسب شده حاصل از تکمیل پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط شرکت کنندگان در مطالعه	*					*		میانگین نمره سلامت اجتماعی	8	
عدد	پرسشنامه	متوسط نمره کسب شده حاصل از تکمیل پرسشنامه عزت نفس توسط شرکت کنندگان در مطالعه	*					*		میانگین نمره عزت نفس	9	

۱۸- تعریف واژه‌ها (تعریف عملیاتی/علمی):

سلامت اجتماعی:

سلامت اجتماعی، ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه های اجتماعی است و در واقع، شامل پاسخ های درونی فرد نسبت به محرک ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (۱).

عزت نفس:

عزت نفس عبارتست از ادراک یا ارزیابی ذهنی فرد از ارزش خود، احساس احترام به خود و اعتماد به نفس و میزان دیدگاه مثبت یا منفی فرد در مورد خود (۲۶).

۱۹- فهرست منابعی که در متن استفاده شده‌اند: (لطفاً به ترتیب ورود به متن و بر اساس سبک ونکوور درج گردند).

1. Larson JS. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Social indicators research. 1996;38(2):181-92.

2. Samara E. Investigating the relationship between social health and social security with emphasis on community-based policing approach. Journal of Social Security, 1 (1): 9-29 (in

Persian) 2009.

3. Hakiminia B. Investigating the Social and Cultural Factors Affecting Quality of Life with Emphasis on Social Intelligence and Social Health. Graduate Thesis of Islamic Azad University of Dehaghan, Guidance Dr Nasrollah Pourfakari, Summer(Persian) 2011.

4. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Social science & medicine*. 2000;50(5):619-29.

5. Smith CJ, Upton G. *Emotional and behavioural difficulties: Theory to practice*: Taylor & Francis; 1994.

6. Zayed AA, El-Hadidy MA. Sexual satisfaction and self-esteem in women with primary infertility. *Middle East Fertility Society Journal*. 2020;25(1):1-5.

7. Gaddad P, Pemde HK, Basu S, Dhankar M, Rajendran S. Relationship of physical activity with body image, self esteem sedentary lifestyle, body mass index and eating attitude in adolescents: A cross-sectional observational study. *Journal of family medicine and primary care*. 2018;7(4):775.

8. Frieson T, Frieson C, editors. *Relationship between hope and self-esteem in renal transplant recipients*. Transplantation proceedings; 1997.

9. Richard E. Self esteem. *American psychological association Co*. 1995:23-6.

10. Beyond in GFT challenges of Humanistic Maslow A. *Self Actualization and psychology*. New York: Mc Graw. 2000.

11. Hasanabadi H. The effectiveness comparison of three types of group therapy (Rational-Emotive, Existential Humanistic, Spiritual Religious) for self esteem development of prisoners in central prison of Mashhad: PhD Thesis. Tehran: Teacher Training University. male 2006 (Persian); 2006.

12. Sharifi M, Asadi A, Kalantari K, Agahi H. Factors Affecting Self-Sufficiency of Female-Headed Households Case Study of Households in Kurdistn Province. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2010;8(4):121-41.

13. McWhirter EH. Counseling for empowerment: American Counseling Association; 1994.

14. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. How healthy are we. 2004;350-72.

15. Hosseinian S, Sh TY. Empowerment of women heads of families through group counseling, awareness and entrepreneurship. Journal of Family Research. 2005;1(4):361-68.

16. Afshari A, ZH, RR. Investigating the level of social health and self-esteem in female-headed families empowered and non-empowered (case study of welfare organization). Women and society scientific-research quarterly. 2019;10(3):1-16.

17. Javadian SR, Fathabad HM, Afrasiabi H. A Qualitative Study of the Causes and Context of Non-participation in Empowerment Plans among Women-headed Households. Strategic Research on Social Problems in Iran. 2019;8(2):65-86.

18. Turkemany A, Ghasemi V, Babaei A. Empowerment of women heads of households in district 5 of Isfahan city with emphasis on the employment component. Social psychological studies of women. 2018;16(3):7-36.

19. Kimiaee SA. Methods Used for Empowering Head-of-Household Women. refahj 2011;11(40):63-92.

20. Gholipour A, Rahimian A. Economic, Cultural and Educational Factors Related to Empowerment of Head-of-Household Women. refahj 2011;11(40):29-62.

21. APdIO C. Empowering rural women through social protection. Rome: FAO-Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2015.

22. N, editors. What factors explain women's empowerment? decision- Sell M, Minot making among small-scale farmers in Uganda. Women's Studies International Forum; 2018: Elsevier.

23. Banerjee T, Ghosh C. What factors play a role in empowering women? A study of SHG members from India. *Gender, Technology and Development*. 2012;16(3):329-55.

24. Saigal G, Sarawat K. Women's Empowerment in India. *ANVESHAK-International Journal of Management*. 2013;2(2):210-23.

25. Ismail I, Husin N, Rahim NA, Kamal MHM, Mat RC. Entrepreneurial success among single mothers: The role of motivation and passion. *Procedia Economics and Finance*. 2016;37:121-8.

26. Khalek A. Introduction to the psychology of self-esteem. *Self-esteem: Perspectives, Science Publishers, Inc. influences, and improvement strategies Alexandria: Nova*. 2016

۲۰- جدول زمان بندی مراحل اجرای طرح: (در صورت تصویب طرح و تأمین اعتبارات مورد نیاز اقدامات ذیل در چارچوب جدول زمانی صورت خواهد پذیرفت).

ردیف	عنوان فعالیت اجرایی	زمان مدت (ماه)	زمان اجرا برحسب ماه																	
			18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
1	نوشتن پروپوزال، هماهنگی و مکاتبه با اداره بهزیستی شهرستان جهت هماهنگی های لازم به منظور جمع آوری اطلاعات	2																*	*	
2	توزیع و تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها	3												*	*	*				
3	ورود اطلاعات جمع آوری شده به SPSS	2											*	*						
4	آنالیز آماری	2								*	*									
5	ارائه گزارش نهایی	3						*	*	*										
	زمان کل اجرای طرح	12					*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	

توجه:

۱- زمان طراحی پیش نویس طرح و تکمیل این فرم جزو زمان اجرای طرح محسوب نمی شود.

- ۲- دریافت گزارش‌ها با توجه به جدول گانت مصوب صورت می‌پذیرد. بنابراین لازم است مجری طرح، زمان ارائه گزارشات طرح را در این جدول مشخص نماید.
- ۳- زمان شروع طرح بعد از تصویب آن، با هماهنگی مدیر اجرایی طرح و حوزه مدیریت توسعه و ارزیابی تحقیقات و از هنگام تامین اعتبار در نظر گرفته می‌شود.

قسمت چهارم - اطلاعات مربوط به هزینه‌ها

۱- هزینه کارمندی (پرسنلی): (هر فرد فقط در یک فعالیت هزینه دریافت خواهد کرد)

ردیف	نوع فعالیت	نام فرد یا افراد	رتبه علمی	تعداد ساعات کار	حق الزحمه ساعتی	جمع
1	طراحی، نظارت و اجرای طرح	سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور	غیر هیئت علمی	100.0	100,000	10,000,000
2	ارائه مشاوره علمی	رضا وزیری نژاد	استاد	10.0	200,000	2,000,000
3	همکاری در اجرای طرح و نوشتن مقاله	محمدعلی ذاکری	غیر هیئت علمی	60.0	100,000	6,000,000
4	همکاری در آنالیز آماری داده‌ها	حسن احمدی نیا	استادیار	20.0	100,000	2,000,000
جمع هزینه‌های کارمندی						20,000,000

۲- هزینه آزمایش‌ها و خدمات تخصصی: (که توسط دانشگاه و یا دیگر مؤسسات صورت می‌گیرد)

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات آزمایش	هزینه برای هر دفعه آزمایش	جمع (ریال)
جمع هزینه‌های آزمایش‌ها				0

فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:
۳- وسایل غیرمصرفی:

نام دستگاه	کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل (ریال)
جمع هزینه‌های وسایل غیرمصرفی						
						0

۴- مواد مصرفی:

نام دستگاه	کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل (ریال)
جمع هزینه‌های وسایل غیرمصرفی						
						0

۵- هزینه مسافرت:

مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور از آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
دبیرستان های سطح شهر	40	سواری	4	5,000,000
جمع هزینه‌های مسافرت				5,000,000

۶- هزینه‌های دیگر

هزینه‌های تکثیر اوراق ۰ ریال

۷- جمع هزینه‌های طرح

هزینه پرسنلی	20,000,000 ریال	هزینه مسافرت	5,000,000 ریال
هزینه آزمایش‌ها و خدمات تخصصی	0 ریال	هزینه‌های دیگر	15,000,000 ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	0 ریال	جمع کل 40,000,000 ریال	
هزینه وسایل غیر مصرفی	0 ریال		

مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن: ۰ ریال
 باقیمانده هزینه‌های طرح که تامین آن درخواست می‌شود: ۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
 با مطالعه قسمت اول این فرم و رعایت مفاد آن، بدین وسیله صحت مطالب مندرج در پیش‌نویس را تأیید می‌نماید و اعلام می‌دارم که این تحقیق صرفاً به صورت:

یک طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

به صورت مشترک با

در قالب پایان‌نامه در دانشکده معاونت تحقیقات و فناوری ارائه شده است.

این طرح در راستای کدامیک از اولویت‌های پژوهشی نه‌گانه زیر است؟

مطالعات کارآزمایی بالینی

مطالعات کوهورت جمعیتی در حوزه‌های مختلف مربوط به سلامت در شهرستان‌های رفسنجان و انار

مطالعات پایه و بالینی در خصوص اثرات زیست‌محیطی معادن و کارخانه‌های موجود، به‌ویژه شرکت مس سرچشمه، در شهرستان‌های رفسنجان و انار

مطالعات پایه و بالینی در خصوص اثرات مصرف پسته بر جنبه‌های مختلف عملکرد بدن انسان و موجودات زنده

طرح‌های تحقیقاتی در زمینه تولید محصولات دانش‌بنیان مرتبط با سلامت

مطالعاتی که در زمینه‌های سلامت عمومی در قالب تفاهم‌نامه‌های این دانشگاه با مؤسسات دیگر مانند صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران کشور [وابسته به معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری] و شرکت سرمایه‌گذاری مس سرچشمه انجام می‌شوند.

بررسی میزان سموم باقی‌مانده کشاورزی در پسته، مغز پسته و اثرات احتمالی آن در افزایش‌های سرطان‌های گوارشی شهرستان رفسنجان

بررسی اثرات سموم کشاورزی بر سلامت انسان و محیط زیست منطقه

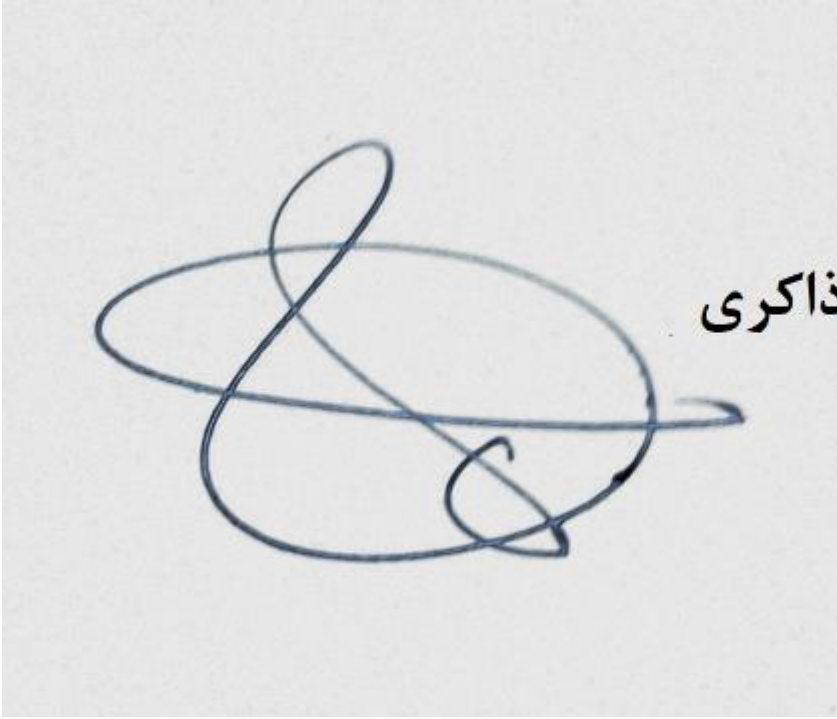
مطالعات در رابطه با بیماری‌های شایع (قلبی- عروقی، سرطان‌ها)

نام و نام خانوادگی و امضای مجری اول

نام و نام خانوادگی
 رضا وزیری نژاد

نام و نام خانوادگی
حسن احمدی نیا

نام و نام خانوادگی و امضای مجری سوم
محمدعلی ذاکری



محمدعلی ذاکری