



Original Research

Sociological Investigation of Factors Related to the Social Health of Working Women in Hospital

Saeid Goudarzi *¹  Asma Sabzevar² 

¹. Assistant Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author) sgoudarzi1355@yahoo.com

². Master of Sociology, Employee of Khorramabad Shohada-ye Ashayer hospital, Khorramabad, Iran

Background & Purpose

While having social health is important for all groups of society, it is even more important for women, especially working women, because it ensures women, family, and consequently community health. Women with social health are more successful in solving the challenges posed by playing key social roles and are more likely to participate in group activities (Fathi et al, 2013: 227-228). Health means having the physical, mental and social ability to establish healthy social relationships with others through empathy and moral cooperation (Safari et al, 2018: 1-2).

The concept of social health was first proposed by Belloc and Breslow (1972). According to them, health is more than just reporting the symptoms of a disease and a person's functional abilities. They believed that individual well-being and comfort is a distinct thing from physical and mental health (Mohseni, 2000: 1-2). Keyes is one of the leading sociologists in the field of conceptualizing and measuring social health at the micro level (Omidi et al., 2017: 164). Nowadays, social health has become very important and health is not only the absence of physical and mental illnesses, but also the way a person acts in social relations and the way he thinks about society as criteria for assessing the health of the individual at the macro level of society (Sam Aram, 2012: 29). The social dimension of health is perhaps the most complex and at the same time the most controversial aspect of health. Currently, a large part of the forms of health, especially social and organizational health of office workers, is related to social factors and has become very important (Khosravi et al.,

2019: 112). Therefore, the present study aims to sociologically investigate the factors associated with the social health of working women in hospital.

Method

This is a descriptive survey study. The statistical sample of this study was women working in Khorramabad Shohada-ye Ashayer hospital, including administrative staff, radiology, anesthesia technician, operating room technician, laboratory, nurse, general practitioner and specialist, 237 of whom were selected by simple random sampling. The instrument for data collection was questionnaire. To ensure the validity of the research from the content validity and to ensure the external validity of the research, we tried to fit the sample size to the volume of society.

Cronbach's alpha coefficient was also used to assess the reliability of the questionnaire. To ensure the validity of the research from the content validity and to ensure the external validity of the research, we tried to fit the sample size to the volume of society. In the present study, Keyes theory of social health was used. Keyes has proposed five dimensions and basic indicators for social health, which are: social integration, social acceptance, social contribution, social coherence and social actualization (Keyes and Shapiro, 2004: 46; Keyes, 1998: 122).

Findings

Findings indicated that respondents' social health differed according to their job position, level of education, and their amount of income. Bivariate regression analysis also showed that there is a relationship between social trust, social alienation, feelings of social security, feelings of anomie, quality of life, and job satisfaction with social health.

Table 1. Regression coefficients between the variables of social trust, social alienation, feeling of social security, feeling of anomie, quality of life and job satisfaction with social health

	B	r	p	R ² _{adj}	F	p
Social trust	.224	.224	.00	.05	12.41	.00
Social alienation	-.22	-.22	.00	.05	11.5	.01
Sense of social security	.32	.32	.00	.1	27.5	.00
Feeling of anomie	-.354	-.354	.00	.13	33.8	.00
Quality of life	.18	.18	.03	.03	7.7	.01
Job satisfaction	.27	.27	.00	.07	18.52	.00

The results of multiple regression also showed that the entered variables in the multiple regression equation explained a total of .306 of the social health variance variable. Findings show that the most important independent variable in explaining the dependent variable variance is the anomie feeling.

Discussion & Conclusion

The results indicated a positive relationship between social trust and social health. Social trust directly relates to women's social health because trust reduces anxiety in women, and women with high trust have higher knowledge and skills and, thus, better health. Also, with the increase of trust among women, women's social relations and participation increase, and trust help them to feel refreshed and happy under discomfort conditions.

The results showed a relationship between social alienation and social health. Alienation is a factor influencing the process of social and cultural participation, which is considered a barrier to cultural, social, and political participation. It can be argued that a person who becomes alienated from society can't adapt to social norms and standards and consider himself an important member of the community, and ultimately his social health will be reduced.

The results showed that there is a relationship between quality of life and social health. People live within social structures and communications. They evaluate their quality of life and individual performance by their social criteria. Thus, social health comprises the components that clarify whether or not a person has a good quality of life.

The results showed that there is a relationship between feelings of anomie and social health. Social anomie is a factor influencing social health that examines social disorders, actions, and behaviors that are viewed abnormal in society and also examines the conditions in which valuable social principles are neglected and violated. Today, social anomie in our society affects all groups, including women. Meanwhile, in this social group, the women's vulnerability is more important for various reasons since it is related to women's role and function in educational, social, cultural, and economic practices.

The results showed that there is a positive relationship between social security feeling and social health. There is an interrelationship between subjective and objective dimensions of social security and social health. Achieving a healthy society requires social security in its objective and mental dimensions. A sense of security is formed in social interactions and other relationships. In this way, the feeling of security or insecurity is shared by the community, and when this feeling is adequately shared, people in the society enjoy social health.



According to the results, there is a positive relationship between job satisfaction and social health. Job satisfaction is achieved when employees are satisfied with the nature of their work, salary and benefits, a good opportunity, co-workers, and supervisors.

There is a positive relationship between job position and social health. The physicians' level of social health is different from other job positions and is higher than from other careers. Those who have a high job position have more social health than those with a low job position. Because they are more financially secure and affluent than other people, so they have a higher social health.

The results showed that there was a difference in respondents' social health based on their level of education

The results showed that there was a difference in respondents' social health based on their level of education, and the higher the education is, the higher the social health will be. There is a relationship between marital status and social health, and the social health of single people is higher than married people. In explaining this finding, it can be said that single people have fewer responsibilities, conflicts, and problems in their life, and this in itself can be effective in increasing their social health.

There is a difference between respondents' social health based on income. The higher the level of education is, the better the employment situation and income will be. Thus, people with higher income and social status have higher social health.

In summary, it can be concluded that in the past few decades, the number of educated women in the country has increased, and a large number of them have been working with men in various jobs. But in Lorestan province, their presence in society and labor market is low because of unequal opportunities. The dominant culture in this province is a masculine attitude, and the patriarchal culture demands women to marry and raise children and does not consider economic activity for women and girls. This culture adversely affects the social health of women seeking work. What threatens the social health of working women in the workplace is not the work itself but the social and psychological factors such as feelings of insecurity, lack of trust, job dissatisfaction, etc.

Ethical considerations

Compliance with the research ethics: This study was conducted under the human research ethics

Funding: The present study resulted from research by the current authors and was not sponsored by any organization or individual.

Authors' contribution: The first author contributed to the presentation of the research idea, data analysis, article writing and review, and the second author contributed to the data collection and research.

Conflict of interest:The authors declared that there is no conflict of interest with any person or organization

References

- Fathi, M., Ajamnejad, R., & Khakrangin, M. (2013). Factors contributing to social health among teachers of maraghe city. *Social welfare quarterly*, 12 (47), 225-243. (Text in Persian) [Link]
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. M., Shapiro. A. (2004). Social well-being in the U.S: A Descriptive Epidemiology in Orville Brim, Carol D. Ryff, Ronald C. Kessler (Eds.), *Heating Are You? A National Study of Well-being of Midlife*. University of Chicago: Press.
- Khosravi, P., Choobin, M., & Haji Esfandiari, A. (2019). The relationship between social capital and social health and organizational health of personnel working in a military hospital, *Journal of Marine Medicine*, 1 (2), 110-117. (Text in Persian) DOI: 10.30491/1.2.110 [Link]
- Mohseni, M. (2000). *Medical sociology*, Tehran: Tahoori publications. (Text in Persian)
- Omidi, M., Haghghatian, M., & Hashemianfar, A. (2017). Social well-being and its functions in urban areas(Case of study: metropolis of Esfahan), *Urban Sociological Studies*, 7 (24). 157-188. (Text in Persian) [Link]
- Safari, H. R., Zar, A., & Sepehri, Z. (2018). Comparison of social health dimensions in sport science university students with other university student from the Jahrom university. *Journal of rehabilitation research in nursing (IJRN)*. 5 (1) :1-7. (Text in Persian) DOI: 10.21859/ijrn-05011 [Link]
- Sam Aram, E. (2012). *Social work theories*, Tehran: Allameh Tabatabai university press. (Text in Persian)



وب سایت نشریه: <https://jwfs.alzahra.ac.ir>

10.22051/jwfs.2022.32253.2479

20.1001.1.23452692.1401.10.2.5.6

بررسی جامعه‌شناختی عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی زنان شاغل در بیمارستان

سعید گودرزی*^۱ اسماء سبزواری^۲

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۱

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

واژگان کلیدی

سلامت اجتماعی،
 احساس امنیت اجتماعی،
 احساس آنومی، کیفیت
 زندگی.

چکیده

سلامت دارای ابعاد مختلفی از جمله روانی، جسمی و اجتماعی است. سلامت اجتماعی در جامعه، متأثر از عوامل بسیاری از جمله عوامل اجتماعی است. این پژوهش با هدف بررسی جامعه‌شناختی میزان سلامت اجتماعی زنان شاغل در بیمارستان و عوامل مرتبط با آن با استفاده از روش پیمایشی انجام شده است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۲۳۷ نفر تعیین و نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه استاندارد کیز برای سنجش سلامت اجتماعی و پرسشنامه محقق ساخته برای سنجش متغیرهای مستقل استفاده شد. یافته‌های تحلیل دومتغیری نشان داد بین متغیرهای احساس آنومی، رضایت شغلی، احساس بیگانگی اجتماعی، احساس امنیت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و کیفیت زندگی با سلامت اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. همچنین بین سلامت اجتماعی زنان بر حسب سمت شغلی، میزان تحصیلات و میزان درآمد آن‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد، اما بین سلامت اجتماعی زنان بر حسب وضعیت تأهل آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد. در تحلیل چندمتغیری با استفاده از تحلیل رگرسیون چندمتغیری، یافته‌ها نیز نشان داد بین متغیرهای احساس آنومی، اعتماد اجتماعی، احساس امنیت اجتماعی، احساس بیگانگی اجتماعی و رضایت شغلی با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود دارد. متغیرهای پژوهش توانسته‌اند ۳۰ درصد واریانس متغیر وابسته سلامت اجتماعی را تبیین کنند.

^۱ استادیار گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

sgoodarzi1355@yahoo.com

^۲ استادیار دانشکده مهندسی پیشرفت دانشگاه علم و صنعت ایران، تهران، ایران. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، کارمند بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد، خرم آباد، ایران

مقدمه

سلامت^۱ دارای ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است. تمرکز سازمان بهداشت جهانی^۲ نیز در تعریف از سلامت بر هر سه بعد است و هیچ کدام از این ابعاد را برتر از دیگری نمی‌داند. بنابراین منظور از سلامت، داشتن توانمندی جسمانی برای اداره کارهای روزمره با رفاه کامل، توان روانی کافی برای اتخاذ تصمیم‌های درست در موقعیت‌های مختلف و داشتن توان اجتماعی کافی برای برقراری روابط اجتماعی سالم با دیگران توأم با هم‌دلی و همکاری اخلاقی است (صفری و همکاران، ۱۳۹۷: ۱-۲) به نقل از حائری و همکاران، ۱۳۹۴). امروزه سلامت اجتماعی^۳، نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است و سلامتی فقط نداشتن بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه نحوه عملکرد انسان در روابط اجتماعی و نحوه تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به‌شمار می‌رود (سام آرام، ۱۳۸۸: ۲۹).

مفهوم سلامت اجتماعی نخستین بار توسط بلوک و برسلو^۴ (۱۹۷۲) و چند سال بعد توسط دونالد^۵ و همکارانش (۱۹۸۷) مطرح شد. به اعتقاد آن‌ها سلامت امری گسترده‌تر از گزارش علائم بیماری و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آن‌ها معتقد بودند رفاه و آسایش فردی، امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است (محسنی، ۱۳۷۹: ۱-۲). کبیز از جامعه‌شناسان پیشنهاد در زمینه مفهوم‌سازی و سنجش سلامت اجتماعی در سطح خرد است (امیدی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۶۴). به اعتقاد او سلامت اجتماعی، چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع است. اگرچه برخورداری از سلامت اجتماعی برای همهٔ اقشار جامعه دارای اهمیت است، اما برای زنان به‌ویژه زنان شاغل در جامعه، از اهمیت بیشتری برخوردار است. زیرا سلامت زنان، سلامت خانواده و متعاقباً سلامت جامعه را تضمین می‌کند. از این رو، زمانی که این بحث در میان گروه زنان تحصیل‌کرده مطرح می‌شود، اهمیت پرداختن به مسائل سلامت زنان دوچندان می‌شود. سلامت زنان به تعاملات پیچیده زیست‌شناسی فردی، رفتار بهداشتی، زمینه‌های تاریخی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی زندگی آن‌ها بستگی دارد (کولاندر^۶، ۲۰۱۲: ۱۲۲).

زنانی برخوردار از سلامت اجتماعی، در حل چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی موفق‌تر هستند و با احتمال بیشتری می‌توانند در فعالیت‌های جمعی مشارکت داشته‌باشند. وضعیتی که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحرافات، داشته‌باشند (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۲۸-۲۲۷).

زنان شاغل در بیمارستان در کادر اداری و به‌ویژه کادر درمان، تحت تأثیر عوامل فیزیکی (سر و صدا)، شیمیایی، بیولوژیکی، ویروس ایدز، هیپاتیت‌های B و C، مخاطرات روحی و روانی (استرس و خشونت در محیط کار)، شیوه و الگوهای کار (شب‌کاری) و عوامل محیطی و سازمانی هستند که هرکدام به نحوی می‌توانند تعادل و سلامت جسمی، روحی و روانی و سلامت اجتماعی آنان را به

¹. health

². organization health world: WHO

³. social health

⁴. Belloc & Breslow

⁵. Donald

⁶. Kolander



مخاطره بیندازد. این قشر زحمت‌کش که با تمامی اقشار جامعه به‌ویژه بیماران صعب‌العلاج، بیماران خاص، نیازمند و ... در ارتباط هستند، قطعاً با مسائل و مشکلاتی روبرو هستند که سلامت آنان را در تمامی ابعاد تهدید می‌کند. از جمله این مسائل می‌توان به استرس شغلی، تعدی‌های کلامی و فیزیکی، دستمزد پایین، چند شیفته کار کردن به علت دستمزد پایین جهت تأمین معیشت، ساعات کاری زیاد، اضافه‌کاری اجباری به علت کمبود پرسنل، حجم کار زیاد، عدم رعایت شرح وظایف شغلی، نبودن در جایگاه شغلی مرتبط با تخصص، عدم تمایل به تحصیل، نبود حمایت‌های قانونی و ... اشاره کرد که هرکدام از این موارد بر سلامت اجتماعی زنان تأثیر خواهد داشت. البته در اینجا نباید نقش عوامل هویتی یعنی مجموعه نگرش‌ها، ویژگی‌ها و روحیات فردی (روانی، فرهنگی و زیستی) و آنچه وی را از دیگران متمایز می‌کند، را نادیده گرفت.

شاید بعد اجتماعی سلامت، پیچیده‌ترین و در عین حال بحث‌انگیزترین جنبه سلامت باشد. در حال حاضر بخش عظیمی از اشکال سلامت بویژه سلامت اجتماعی و سازمانی کارکنان ادارات، مرتبط با عوامل اجتماعی است و اهمیت زیادی پیدا کرده است (خسروی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۱۲). هدف از مقاله حاضر، بررسی میزان ارتباط برخی عوامل اجتماعی مانند اعتماد اجتماعی، احساس امنیت اجتماعی، احساس بیگانگی اجتماعی، احساس انومی اجتماعی، رضایت شغلی و کیفیت زندگی و برخی متغیرهای زمینه‌ای چون وضعیت تأهل، تحصیلات، درآمد و سمت شغلی (به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های هویت شغلی) بر سلامت اجتماعی زنان شاغل در بیمارستان است. همچنین شرایط زیست محیطی مرتبط با سلامت اجتماعی زنان شاغل در بیمارستان خرم‌آباد، چه وجه تمایزی با سایر نقاط کشور دارد. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که، کدام عوامل جامعه‌شناختی با سلامت اجتماعی زنان شاغل در بیمارستان رابطه دارند؟

مرور ادبیات موضوع

در مطالعه فتحی و همکاران (۱۳۹۱) بین متغیری رضایت شغلی، سن و طبقه اجتماعی با سلامت اجتماعی پاسخگویان رابطه معنی‌داری وجود داشته؛ اما بین جنس با سلامت اجتماعی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است. پژوهش شربتیان (۱۳۹۱) نشان داده است سرمایه اجتماعی عامل مؤثری بر سلامت اجتماعی بوده و بر اساس الگوی رگرسیون مشخص شده، ابعاد اعتماد و مشارکت اجتماعی در تعیین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان بیشترین اهمیت را داشته‌اند.

زکی و خشوعی (۱۳۹۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیده‌اند که بین متغیرهای اعتماد اجتماعی، تعهد اجتماعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، سن، تحصیلات و درآمد با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود داشته است، اما بین متغیرهای وضعیت تأهل و جنس با سلامت اجتماعی رابطه معنی‌دار وجود نداشته است. در پژوهش رضایی (۱۳۹۲) میزان سلامت اجتماعی شهروندان بالاتر از حد متوسط بوده است. همچنین در این پژوهش رابطه بین متغیرهای مستقل وضعیت تأهل، سن، دینداری، شبکه اجتماعی، حمایت اجتماعی، احساس امنیت اجتماعی و اعتماد اجتماعی با متغیر

وابسته سلامت اجتماعی تأییدگر دیده است. خوش فر و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با تکیه بر نظریه سلامت اجتماعی کبیز به این نتایج رسیدند که سلامت اجتماعی پاسخگویان در حد متوسط بوده است و رابطه معنی داری بین متغیر مستقل امنیت اجتماعی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی وجود داشته است. میزان سلامت اجتماعی زنان در پژوهش بخارایی و همکاران (۱۳۹۴) متوسط روبه بالا بوده است و بیشترین مقدار میانگین مربوط به بعد پذیرش اجتماعی و کمترین مقدار مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی بوده است. یافته‌های پژوهش نشان داد متغیرهای گرایش مذهبی، وضعیت تأهل و احساس امنیت اجتماعی با سلامت اجتماعی دارای همبستگی معنی دار بوده‌اند.

حائری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین سلامت اجتماعی با جنسیت، تحصیلات و محل سکونت رابطه معنی داری وجود داشته است، اما بین گروه سنی، وضعیت تأهل و سمت شغلی با سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود ندارد. نتایج پژوهش فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد متغیرهای پایگاه اقتصادی- اجتماعی، تحصیلات، درآمد، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی، ارتباط معناداری با سلامت اجتماعی داشته‌اند. یافته‌های شربتیان (۱۳۹۷) نشان داد که متغیرهای رضایت از زندگی، کیفیت زندگی، سرمایه اجتماعی، نشاط اجتماعی، امنیت اجتماعی با سلامت اجتماعی جوانان رابطه داشته است. نتایج به دست آمده از پژوهش نیک ورز (۱۳۹۷) حاکی از آن است که میانگین سلامت اجتماعی زنان مطالعه، متوسط رو به پایین بوده است. همچنین نتایج حاکی از وجود رابطه بین وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، احساس امنیت و ابعاد آن، با سلامت اجتماعی زنان بوده است.

کبیز^۱ (۱۹۹۸) در پژوهشی که در ایالات متحده انجام داده، رابطه بین متغیرهای از خودبیگانگی و ناهنجاری‌های اجتماعی را با سلامت اجتماعی بررسی کرده است. وی به این نتیجه رسیده است که مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی و رفتارهای اجتماع‌پسند رابطه مثبتی با سلامت اجتماعی دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان داده ابعاد سلامت اجتماعی به‌ویژه مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی، در افرادی که برای حل مسائل و مشکلات، با اطرافیان خود همکاری و همفکری می‌کرده‌اند، بالاتر بوده است. کبیز و شاپیرو^۲ (۲۰۰۴) در پژوهش خود گزارش کردند که جنس با سلامت اجتماعی رابطه دارد و زنانی که دارای وضعیت شغلی پایین‌تری بوده‌اند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی داشته‌اند. در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، پایین‌ترین مقدار انسجام اجتماعی در بین افراد با تجربه ازدواج شکست‌خورده، افراد مجرد دارای جایگاه پایین شغلی و جوان‌ترها بوده است. کمترین مقدار بعد مشارکت اجتماعی، در مردان مسن دارای جایگاه اجتماعی پایین و بیشترین مقدار در زنان مجرد دارای جایگاه شغلی بالا بوده است. در ضمن کمترین میزان شکوفایی اجتماعی، در جوان‌ترها و افراد با جایگاه اجتماعی پایین و بیشترین مقدار در افراد ۴۵-۵۴ ساله و افراد دارای جایگاه شغلی بالا بوده است. کمترین مقدار انطباق اجتماعی در زنان متأهل و مسن دارای وضعیت شغلی پایین و بیشترین

1. Keyes

2. Keyes & Shapiro



مقدار در مردان متأهل دارای جایگاه اجتماعی بالا بوده است. کمترین میزان بعد پذیرش اجتماعی در مردان جوان‌تر با پایگاه اجتماعی پایین و بیشترین میزان در زنان مسن با پایگاه شغلی بالا بوده است. در مجموع نتایج نشان داده که بیشتر جمعیت بزرگسال آمریکا، از سلامت اجتماعی خوبی برخوردار بوده‌اند.

پاول^۱ (۲۰۱۲) در پژوهشی ارتباط بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی و معنوی بر کیفیت زندگی بیماران را بررسی کرده است. نتایج به دست آمده نشان داد، همبستگی مثبت بالایی بین سلامت اجتماعی و معنوی، عملکردهای ارتباطی و کیفیت زندگی وجود دارد.

چارچوب نظری پژوهش

در مورد سلامت اجتماعی نظریه‌های مختلفی از سوی صاحب‌نظرانی همچون، کیز، راسل، برکمن، دالگرن، ویت هید^۲، دورکیم و کنت نول^۳ ارائه شده است. در پژوهش حاضر، برای مدل و فرضیات پژوهش، از نظریه سلامت اجتماعی کیز استفاده گردید. طبق نظر کیز حلقه گمشده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سؤال است که آیا امکان دارد بدون توجه به معیارهای اجتماعی، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را ارزیابی کرد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵). کیز پنج بعد و شاخص اساسی برای سلامت اجتماعی مطرح کرده است که عبارتند از:

الف) انسجام اجتماعی^۴

درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که فصل مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازند، وجود دارد (کیفیت روابط افراد در رابطه با جامعه). همچنین آن درجه‌ای است که مردم احساس می‌کنند که متعلق به جامعه و اجتماعشان هستند (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۴۶).

ب) پذیرش اجتماعی^۵

پذیرش اجتماعی یعنی اینکه فرد اجتماع و مردم آن را با همه نواقص و جنبه‌های مثبت و منفی اش باور دارد و می‌پذیرد (زاهدی اصل، ۱۳۹۳: ۱۹۳). اشخاصی که دارای پذیرش اجتماعی هستند به دیگران اعتماد می‌کنند و تصور می‌کنند که دیگران لایق مهربانی و محبت هستند و باور دارند که مردم می‌توانند ماهر باشند (همان: ۴۷).

پ) مشارکت (یا سهم داشت) اجتماعی^۶

مشارکت اجتماعی یعنی ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود. افرادی که دارای سطح مناسبی از سهم-داشت اجتماعی هستند معتقدند آنچه آن‌ها در جامعه انجام می‌دهند ارزشمند است.

1. Paul

2. Dalgren Whithead

3. Kenneth Noll

4. social integration

5. social acceptance

6. social contribution

ت) انطباق اجتماعی^۱

ارزیابی فرد از این است که جامعه قابل فهم، قابل پیش بینی و محسوس است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد (میروسکی و روس^۲، ۱۹۸۹). کیز معتقد است که انطباق اجتماعی عبارت از: درک این موضوع است که جامعه را می توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش بینی است (کیز، ۱۹۹۸: ۱۲۲).

ث) شکوفایی اجتماعی^۳

شکوفایی اجتماعی عبارت است از: ارزیابی پتانسیل و مسیر تکاملی اجتماع و باور به اینکه اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی های بالقوه ای برای تحول مثبت دارد. بعبارت دیگر یعنی باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه اش مسیر تکاملی خود را کنترل می کند (زاهدی اصل، ۱۳۹۲: ۱۹۰).

مدل تحلیلی

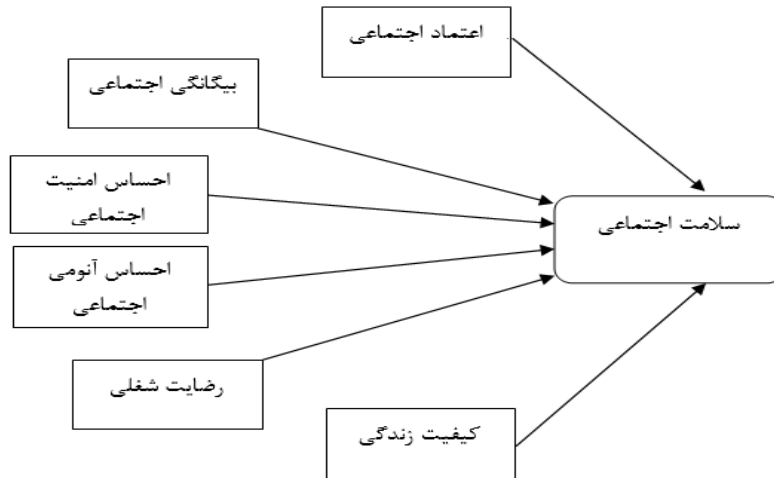
براساس چارچوب نظری و نظریه کیز فرضیه های پژوهش عبارتند از:

- ۱) بین اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معنی دار وجود دارد.
- ۲) بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی رابطه معنی دار وجود دارد.
- ۳) بین احساس بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معنی دار وجود دارد.
- ۴) بین احساس انومی اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معنی دار وجود دارد.
- ۵) بین احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معنی دار وجود دارد.
- ۶) بین رضایت شغلی و سلامت اجتماعی رابطه معنی دار وجود دارد.
- ۷) بین متغیرهای زمینه ای (سمت شغلی، تحصیلات، وضعیت تأهل، درآمد) و سلامت اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد.

^۱. social coherence

^۲. Mirowsky & Ross

^۳. social actualization



نمودار ۱. مدل تحلیلی پژوهش

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

سلامت اجتماعی

از نظر کیبیز سلامت اجتماعی عبارت است از: چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آن‌هاست. برای عملیاتی کردن این متغیر از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیبیز استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۵ مؤلفه انسجام، پذیرش، مشارکت، انطباق، شکوفایی اجتماعی است که توسط گویه‌های زیر سنجیده شد: در حال تغییر دائمی بودن جامعه، مفید و پربار بودن جامعه برای افراد، مفهوم نداشتن پیشرفت اجتماعی، مکان بهتری شدن امروزه دنیا برای زندگی افراد، دشوار بودن درک اینکه در دنیا چه چیزی پیش خواهد آمد، بی‌تأثیر بودن تشکیلات اجتماعی نظیر قانون و دولت در زندگی افراد، دشوار بودن پیش‌بینی آنچه در آینده اتفاق می‌افتد، احساس تعلق به جامعه، ارزش قائل شدن افراد جامعه برای فرد، قابل اعتماد بودن افراد، مهربان بودن مردم، عجیب و بیگانه دانستن اغلب فرهنگ‌ها، خودمحمور دانستن مردم، متقلب‌تر شدن مردم در این روزها، توانایی عرضه کارهای ارزشمند به دنیا، منحصر دانستن درک دنیای اطراف فقط توسط محققین، اعتقاد به عدم ارزنده بودن فعالیت‌های روزمره فرد برای جامعه، اعتقاد به عدم ارائه محصول ارزشمند توسط فرد در جامعه، داشتن زمان و توان لازم برای ارائه محصولی ارزنده به جامعه.

رضایت شغلی^۱

رضایت شغلی به نوع نگرش فرد نسبت به شغل خویش و به مجموع تمایات یا احساسات مثبت افراد نسبت به شغل خود، گفته می‌شود (آرمسترانگ^۲، ۲۰۰۶: ۲۶۴). این متغیر با رضایت از نوع کار، محل کار، همکاران، ارتقاء و ترفیع شغلی و میزان حقوق و مزایا سنجیده شد.

احساس امنیت اجتماعی^۳

میزان آرامش خاطر روانی و ذهنی افراد در مورد اینکه در زندگی خود چقدر در برابر خطرهای احتمالی و مزاحمت دیگر افراد جامعه مصونیت دارند، احساس امنیت اجتماعی نامیده می‌شود (مظلوم خراسانی و اسمعیلی، ۱۳۸۹: ۲۲۵). این متغیر با گویه‌های اعتقاد به زیاد شدن درگیری‌های خیابانی، افزایش ناهنجاری‌های اخلاقی، افزایش مزاحمت اراذل و اوباش، خطرناک بودن تردد بانوان و کودکان در ساعات پایانی شب، ترس از تهایی بیرون رفتن در شب، نگرانی از خالی گذاشتن منزل مسکونی، عدم ترک کردن اتومبیل در خیابان بدون اقدامات امنیتی، ترس از کمک کردن به سرنشینان ماشینی که شب کنار جاده خراب شده، ترس از سوار کردن افراد غریبه و ناآشنا عملیاتی شد.

احساس بیگانگی اجتماعی^۴

احساس بیگانگی اجتماعی به معنای احساس بیزاری از جامعه و فرهنگ اجتماع یا عدم پذیرش و تعلق کنشگر به ارزش‌های هنجاری و اخلاقی نظام اجتماعی است (ادهمی، ۱۳۹۷: ۱۵). ملوین سیمن^۵ (۱۹۵۷) برای بیگانگی اجتماعی ابعادی چون احساس بی‌قدرتی، احساس بی‌هنجاری، احساس انزوای اجتماعی، احساس بی‌معنایی و احساس تنفر از خویشان قائل است. این متغیر با استفاده از گویه‌های احساس عدم تسلط بر زندگی، احساس ناتوانی در برخورد با معضلات زندگی، گرایش به تهایی و دوری از دوستان، احساس بی‌ارزش بودن خود در زندگی، مبهم و غیرواضح دیدن آینده شغلی زنان، احساس بی‌معنایی دنیا، بدبینی نسبت به آینده جامعه، تنفر داشتن از شرایط حاکم در زندگی خود عملیاتی گردید.

احساس آنومی^۶

احساس آنومی حالتی ذهنی است که به بی‌هنجاری اشاره دارد. برای فرد بی‌هنجار، هنجارهای تنظیم کننده رفتار ضعیف و مبهم هستند. در این حالت فرد احساس می‌کند که از دیگران فاصله داشته و به دیگران تعلق ندارد. آنومی سه مؤلفه دارد: تشویش یا اضطرابی درآورد، احساس جدایی از استانداردهای گروهی و احساس بی‌هدفی (طالبی و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۶-۵۵). این متغیر با گویه‌های امیدنداشتن به مسئولین و سایر افراد جامعه، رسیدن به هدف از هر وسیله‌ای بدون توجه به درست یا غلط

^۱. job satisfaction

^۲. Armstrong

^۳. societal security feeling

^۴. feeling of social alienation

^۵. Seeman

^۶. anomie feeling



بودن آن، اعتقاد به بی‌توجهی مردم و مسئولین به ارزش‌های جامعه، اعتقاد به عدم رعایت قانون، رعایت قانون به خاطر ترس از مجازات و امیدوار نبودن به آینده عملیاتی گردید.

اعتماد اجتماعی^۱

اعتماد اجتماعی شامل اطمینان نسبت به مقاصد و انگیزه‌های دیگران و یکرنگی و صمیمیت در اعمال و گفتار آن‌هاست. اعتماد به دو دسته نهادی و عمومی تقسیم می‌شود. اعتماد نهادی از طریق میزان اعتماد به نیروی انتظامی، شهرداری، بانک‌های دولتی، پلیس ۱۱۰، دادگاه‌ها، اداره دارایی، حوزه علمیه، فرمانداری، راهنمایی و رانندگی سنجیده شد. اعتماد عمومی نیز از طریق میزان اعتماد به دوستان، آشنایان، همسایه‌ها، همشهری‌ها و مردم سنجیده شد.

کیفیت زندگی^۲

کاتر^۳ کیفیت زندگی را به مثابه رضایت فرد از زندگی و محیط پیرامون تعریف می‌کند که نیازها، خواست‌ها، ترجیحات، سبک زندگی و سایر عوامل ملموس و غیرملموس را که بر بهزیستی همه جانبه فرد تأثیر دارند، در برمی‌گیرد (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸: ۴). پرل^۴ و همکاران (۲۰۱۱) کیفیت زندگی را اندازه‌گیری و ویژگی‌های عینی و ذهنی از زندگی "تعریف کرده‌اند. این متغیر با گویه‌های رضایت از وضعیت سلامتی خود، میزان امکان مسافرت و تفریح، رضایت از توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره، رضایت از حمایت دوستان و فامیل، رضایت از شرایط محل سکونت، رضایت از زندگی، رضایت از مسکن و کیفیت مسکن، رضایت از دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی، میزان درآمد و رضایت از درآمد، دارا بودن بیمه، سطح تحصیلات، احساس عمومی خوشبختی، میزان دچار شدن به حالاتی مانند غمگینی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی عملیاتی گردید.

روش‌شناسی پژوهش

واحد تحلیل پژوهش، فرد و سطح تحلیل پژوهش، سطح خرد است. این پژوهش به روش توصیفی از نوع پیمایشی انجام شده است. نمونه آماری در این پژوهش، زنان شاغل در بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد است که تعداد ۲۳۷ نفر از آن‌ها با استفاده از فرمول کوکران انتخاب گردید. در این پژوهش برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها نیز پرسشنامه بوده است. برای تأمین روایی درونی در پژوهش حاضر از روایی محتوایی^۵ استفاده شد. برای تأمین روایی محتوایی پرسشنامه، سؤال‌های پرسشنامه محقق ساخته بر اساس اهداف و فرضیات طرح شدند. همچنین سؤال‌های پرسشنامه پس از تدوین در اختیار اساتید و متخصصان سنجش و اندازه‌گیری قرار گرفت و از نظرات آن‌ها استفاده شد. برای تأمین روایی بیرونی تحقیق هم سعی گردید نسبت حجم نمونه به حجم جامعه متناسب باشد.

1. social trust

2. quality of life

3. Cutter

4. Pearl

5. construct validity

در این پژوهش برای سنجش میزان پایایی^۱ پرسشنامه با یک آزمون مقدماتی^۲ تعداد ۳۰ پرسشنامه با تعدادی از نمونه‌ها به‌طور تصادفی تکمیل گردید. پس از اتمام کار به بررسی پایایی سؤال‌های پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ^۳ پرداخته شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است:

جدول ۱. مقدار آلفای کرونباخ متغیرهای تحقیق

متغیر	مقدار آلفای کرونباخ
سلامت اجتماعی	۰/۷۱۸
احساس آنومی	۰/۷۴۹
رضایت شغلی	۰/۸۱۲
بیگانگی اجتماعی	۰/۷۷۸
احساس امنیت اجتماعی	۰/۸۲۶
اعتماد اجتماعی	۰/۷۸۱
کیفیت زندگی	۰/۸۸۴

یافته‌ها

الف. توصیف داده‌ها

۳۶/۷ درصد پاسخگویان مجرد و ۶۳/۳ درصد متأهل بوده‌اند. میزان تحصیلات ۰/۵ درصد راهنمایی، ۲/۱ درصد دیپلم، ۸ درصد فوق‌دیپلم، ۷۹/۳ درصد لیسانس، ۵/۵ درصد فوق‌لیسانس و ۴/۶ درصد دکترا بوده است. میزان درآمد ۱۳/۵ درصد ۲ میلیون تومان، ۱۲/۷ درصد ۳ میلیون تومان، ۱۹/۴ درصد ۴ میلیون تومان، ۴۷/۳ درصد ۵ میلیون تومان، ۲/۵ درصد ۶ میلیون تومان و ۴/۶ درصد ۷ میلیون تومان بوده است. میانگین درآمد پاسخگویان نیز ۳/۳۰۰/۰۰۰ تومان بوده است. جایگاه شغلی ۲/۱ درصد پاسخگویان رادیولوژی، ۱۹/۴ درصد اداری، ۴۸/۵ درصد پرستار، ۱۳/۲ درصد تکنسین بیهوشی، ۲/۵ درصد آزمایشگاه، ۹/۷ درصد تکنسین اتاق عمل و ۴/۶ درصد پزشک عمومی و متخصص بوده است. سایر اطلاعات در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۲. توزیع درصد فراوانی و میانگین متغیرهای مستقل پژوهش

متغیر	خیلی کم	کم	تاحدودی	زیاد	خیلی زیاد	میانگین
اعتماد اجتماعی	۱۰	۱۸	۳۳	۲۸	۱۲	۲۰/۲۷
بیگانگی اجتماعی	۱۲	۳۳	۱۵	۲۳	۱۷	۳۲/۴۳
کیفیت زندگی	۹	۲۱	۱۵	۴۱	۱۴	۳۲/۶۳
احساس آنومی	۲۵	۳۸	۱۸	۱۴	۵	۱۵/۶۵
احساس امنیت اجتماعی	۷	۱۷	۳۴	۲۹	۱۳	۳۰/۳۵
رضایت شغلی	۵	۱۸	۴۰	۲۵	۱۲	۲۸/۱۷

^۱ reliability

^۲ pretest

^۳ cronbachs coefficient alpha



۲۹ درصد پاسخگویان تاحدودی سلامت اجتماعی داشته‌اند. این در حالی است که سلامت اجتماعی ۸ درصد پاسخگویان خیلی کم، ۱۵ درصد کم، ۳۶ درصد زیاد و ۱۲ درصد بوده است. سایر اطلاعات در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۳. توزیع درصد فراوانی سلامت اجتماعی پاسخگویان

متغیر	خیلی کم	کم	تاحدودی	زیاد	خیلی زیاد	میانگین
سلامت اجتماعی	۸	۱۵	۲۹	۳۶	۱۲	۳۳/۶۶
شکوفایی اجتماعی	۱۲	۱۳	۲۵	۳۳	۱۷	۱۲/۵۸
همبستگی اجتماعی	۶	۱۴	۲۸	۳۹	۱۳	۹/۶۳
انسجام اجتماعی	۸	۱۶	۲۴	۳۷	۱۵	۹/۷۴
پذیرش اجتماعی	۵	۱۰	۲۳	۴۱	۲۱	۱۵/۵۱
مشارکت اجتماعی	۸	۱۴	۲۲	۳۸	۱۸	۱۶/۲۵

ب. تحلیل داده‌ها (آزمون فرضیه‌ها)

یافته‌ها نشان می‌دهند که ضریب همبستگی بین دو متغیر اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی معادل $0/224$ است. نسبت F هم برابر با $12/408$ می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. بنابراین فرضیه مورد نظر پذیرفته می‌شود. ضریب تعیین بین این دو متغیر هم معادل $0/050$ است. یعنی تقریباً پنج صدم از واریانس متغیر سلامت اجتماعی ناشی از اعتماد اجتماعی پاسخگویان است. ضریب همبستگی بین دو متغیر بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی معادل $0/216$ - و ضریب تعیین بین این دو متغیر هم معادل $0/047$ است. یعنی تقریباً چهار صدم از واریانس متغیر سلامت اجتماعی ناشی از بیگانگی اجتماعی پاسخگویان است. نسبت F هم برابر با $11/547$ می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد.

یافته‌ها نشان می‌دهند که ضریب همبستگی بین دو متغیر احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی معادل $0/324$ است. نسبت F نیز برابر با $27/493$ می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. ضریب تعیین بین این دو متغیر هم معادل $0/101$ است. یعنی تقریباً ده صدم از واریانس متغیر سلامت اجتماعی ناشی از احساس امنیت اجتماعی پاسخگویان است.

ضریب همبستگی بین دو متغیر احساس انومی و سلامت اجتماعی معادل $0/354$ - و ضریب تعیین بین این دو متغیر هم معادل $0/126$ است. یعنی تقریباً دوازده صدم از واریانس متغیر سلامت اجتماعی، ناشی از احساس انومی پاسخگویان است. نسبت F هم برابر با $33/768$ می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد. یافته‌ها نشان می‌دهند که ضریب همبستگی بین دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی معادل $0/178$ است. ضریب تعیین بین این دو متغیر هم معادل $0/031$ است، یعنی تقریباً سه صدم از واریانس متغیر سلامت اجتماعی ناشی از کیفیت زندگی پاسخگویان است. نسبت F هم برابر با $7/688$ می‌باشد که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد.

یافته‌ها نشان می‌دهند که ضریب همبستگی بین دو متغیر رضایت شغلی و سلامت اجتماعی معادل ۰/۲۷۰ است. ضریب تعیین بین این دو متغیر هم معادل ۰/۰۶۹ است، یعنی تقریباً شش صدم از واریانس متغیر سلامت اجتماعی ناشی از رضایت شغلی پاسخگویان است. نسبت F نیز برابر با ۱۸/۵۱۶ است که از نظر آماری معنی‌دار است.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون بین متغیرهای اعتماد اجتماعی، بیگانگی اجتماعی، احساس امنیت اجتماعی، احساس انومی و کیفیت زندگی با سلامت اجتماعی

متغیر	β	r	p	ضریب تعیین تعدیل شده	F	p
اعتماد اجتماعی	۰/۲۲۴	۰/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰	۱۲/۴۰۸	۰/۰۰۱
بیگانگی اجتماعی	-۰/۲۱۶	-۰/۲۱۶	۰/۰۰۱	۰/۰۴۷	۱۱/۵۴۷	۰/۰۰۱
احساس امنیت اجتماعی	۰/۳۲۴	۰/۳۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۱۰۱	۲۷/۴۹۳	۰/۰۰۰
احساس انومی	-۰/۳۵۴	-۰/۳۵۴	۰/۰۰۰	۰/۱۲۶	۳۳/۷۶۸	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی	۰/۱۷۸	۰/۱۷۸	۰/۰۳۲	۰/۰۳۱	۷/۶۸۸	۰/۰۰۶
رضایت شغلی	۰/۲۷۰	۰/۲۷۰	۰/۰۰۰	۰/۰۶۹	۱۸/۵۱۶	۰/۰۰۰

سطح معنی‌داری آزمون F ($F=۴/۵۲۳$; $p=۰/۰۰۰$) نشان داد بین سلامت اجتماعی پاسخگویان بر اساس سمت شغلی آن‌ها تفاوت وجود دارد. آزمون شفه جهت مقایسه سلامت اجتماعی بر حسب سمت شغلی، نشان می‌دهد میزان سلامت اجتماعی پزشکان با سایر سمت‌های شغلی متفاوت است و از سایر سمت‌های شغلی بیشتر است، اما میزان سلامت اجتماعی در سایر سمت‌های شغلی تفاوتی ندارند. با توجه به مقدار F و سطح معنی‌داری آن ($F=۷/۸۰۲$; $p=۰/۰۰۰$) می‌توان گفت سلامت اجتماعی پاسخ‌دهندگان بر اساس میزان تحصیلات آن‌ها تفاوت دارد. همچنین چون سطح معنی‌داری F بین متغیرهای سلامت اجتماعی و میزان درآمد برابر با ۰/۰۴۵ و کوچکتر از مقدار خطا ۰/۰۵ است ($F=۳/۹۶۲$; $p=۰/۰۴۵$)، لذا بین سلامت اجتماعی پاسخ‌دهندگان بر حسب میزان درآمد آن‌ها تفاوت وجود دارد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند میانگین سلامت اجتماعی مجردها ۳/۲۲ و میانگین سلامت اجتماعی متأهلین ۳/۱۵ (از دامنه ۱-۵) بوده است، اما سطح معنی‌داری و مقادیر t ($t=۱/۲۱۳$; $p=۰/۲۲۶$) بیانگر آن است که تفاوت سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل پاسخگویان از لحاظ آماری معنی‌دار نیست. نتایج رگرسیون چندگانه هم نشان می‌دهد که متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیون چندگانه، مجموعاً ۰/۳۰۶ از واریانس متغیر سلامت اجتماعی را تبیین نمودند. یافته‌ها نشان می‌دهد که مهم‌ترین متغیر مستقل در تبیین متغیر وابسته، متغیر احساس انومی است.

جدول ۵. خلاصه مدل متغیرهای پژوهش

آماره	خطای	ضریب تعیین تعدیل شده	R^2	r
دوربین- واتسون	استاندارد برآورد			
۲/۳۱۵	۷/۰۲۲۵۹	۰/۳۰۶	۰/۳۲۰	۰/۵۵۶



جدول ۶. جدول تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش

p	F	میانگین مجزورات	df	مجموع مجزورات	
		۱۰۷۴/۲۲۹	۵	۵۳۷۱/۱۴۶	رگرسیون
۰/۰۰۱	۲۱/۷۸۲	۴۹/۳۱۷	۲۳۱	۱۱۳۹۲/۱۷۱	باقیمانده
			۲۳۶	۱۶۷۶۳/۳۱۶	کل

جدول ۷. خروجی تحلیل رگرسیون چندگانه بین متغیرهای مستقل و متغیر وابسته سلامت اجتماعی

p	t	β	خطای استاندارد	ضریب b	سلامت اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۱۰/۸۶۲	-	۵/۱۲۶	۵۵/۶۶۹	عرض از مبدأ
۰/۰۰۰۱	-۴/۸۴۷	-۰/۲۹۲	۰/۱۶۵	-۰/۸۰۰	احساس آثومی (x_1)
۰/۰۰۰۱	۴/۴۴۴	۰/۲۵۰	۰/۰۹۴	۰/۴۱۸	احساس امنیت (x_2)
۰/۰۰۰۱	۴/۱۷۸	۰/۲۴۵	۰/۱۰۳	۰/۴۲۹	اعتماد اجتماعی (x_3)
۰/۰۰۳	-۲/۹۹۰	-۰/۱۷۶	۰/۱۰۲	-۰/۳۰۴	بیگانگی اجتماعی (x_4)
۰/۰۰۶	۲/۷۷۲	۰/۱۶۰	۰/۱۱۵	۰/۳۱۹	رضایت شغلی (x_5)

معادله رگرسیون برای متغیرهای پژوهش عبارت است از:

$$y' = -0.292x_1 + 0.250x_2 + 0.245x_3 - 0.176x_4 + 0.160x_5$$

بحث و نتیجه‌گیری

در چند دهه اخیر زنان تحصیلکرده در کشور افزایش یافته و شمار زیادی از آنان همگام با مردان در بخش‌ها و حوزه‌های مختلف مشغول به کار شده‌اند، اما در استان لرستان با وجود اینکه زنان از تمام جنبه‌ها در سطحی برابر با مردان قرار دارند، اما به علت فرصت نابرابر، حضور آنها در جامعه و اشتغال کم رنگ است. فرهنگ غالب در این استان، نگرش مردانه است و فرهنگ مردسالارانه از زنان، همسرمداری و فرزند پروری می‌خواهد و دید فعالیت اقتصادی به زنان و دختران ندارد. این فرهنگ بر سلامت اجتماعی زنانی که می‌خواهند شاغل باشند، تأثیرات نامطلوبی می‌گذارد. آنچه سلامت اجتماعی زنان شاغل را در محیط کار تهدید می‌کند، کار نیست، بلکه عوامل اجتماعی و روانی مانند احساس ناامنی، عدم اعتماد، عدم رضایت شغلی و ... است. بنابراین، در پژوهش حاضر سعی گردید به بررسی برخی متغیرهای جامعه‌شناختی مرتبط با سلامت اجتماعی زنان پرداخته شود.

نتایج پژوهش نشان داد بین دو متغیر اعتماد اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های شربتیان (۱۳۹۱)، زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، رضایی (۱۳۹۲)، فیرزیخت و همکاران (۱۳۹۶) و شربتیان (۱۳۹۷) همسو است. سلامت اجتماعی بازتاب شرایط جامعه است و از عوامل اجتماعی متعددی ریشه می‌گیرد، یکی از این عوامل، اعتماد اجتماعی است. در عصر حاضر، اعتماد به موضوعی حیاتی برای جوامع انسانی تبدیل شده است، اعتماد شالوده زندگی و بی‌اعتمادی سرچشمه نارضایتی، بی‌ثباتی، بی‌تفاوتی و رواج دروغ و نادرستی در جامعه است. اعتماد اجتماعی، رابطه مستقیمی با سلامت اجتماعی زنان دارد، زیرا اعتماد، اضطراب را در زنان کاهش می‌دهد و زنان دارای اعتماد بالا، از دانش و مهارت بالاتر و در نتیجه، از سلامت مطلوب‌تری برخوردارند. همچنین، با

افزایش اعتماد در بین زنان، روابط اجتماعی و مشارکت زنان بیشتر می‌شود و اعتماد به آن‌ها کمک می‌کند تا در شرایط نامطلوب و ناراحتی، احساس شادابی و نشاط داشته باشند.

نتایج پژوهش بیانگر ارتباط بین دو متغیر بیگانگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بود. این نتیجه با یافته‌های کیز (۱۹۹۸)، زکی و خشوعی (۱۳۹۲) همسو است. بیگانگی اجتماعی در جامعه امروز همه جانبه است و شامل رابطه انسان با کار، کشور، همکار، دیگران و یا خود شخص می‌شود. بیگانگی یکی از عوامل تأثیرگذار بر فرآیند مشارکت اجتماعی و فرهنگی بوده که به مثابه مانعی در راه مشارکت فرهنگی، اجتماعی و سیاسی تلقی می‌شود. می‌توان استدلال کرد فردی که از اجتماع بیگانه شود، نمی‌تواند با هنجارها و معیارهای اجتماعی سازگاری یابد و خود را عضو مهمی از اجتماع بداند و در نهایت سلامت اجتماعی او کاهش می‌یابد.

نتایج نشان داد بین دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پاول (۲۰۱۰ و ۲۰۱۲) و شربتیان و ایمنی (۱۳۹۷) مطابقت دارد. افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و تأثیر کیفیت زندگی در زندگی، بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی نیز تعیین‌کننده هستند. افراد کیفیت زندگی و عملکرد شخصی‌شان را با معیارهای اجتماعی‌شان ارزشیابی می‌نمایند. به این ترتیب سلامت اجتماعی، دربرگیرنده اجزاء و مؤلفه‌هایی است که روی هم رفته روشن می‌سازد که آیا فرد از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار می‌باشد یا نه.

نتایج نشان داد بین دو متغیر احساس انومی و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد. این نتیجه با نظریه انومی دورکیم مطابقت دارد. انومی اجتماعی از دیگر عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی می‌باشد که به مطالعه بی‌نظمی‌ها و نابسامانی‌های اجتماعی و اعمال و رفتاری می‌پردازد که در اجتماع غیرطبیعی تلقی می‌گردند و نیز شرایطی را مورد بررسی قرار می‌دهد که اصول و هنجارهای ارزشمند جامعه مورد بی‌توجهی و تخطی قرار می‌گیرد. در دوران کنونی، انومی اجتماعی در جامعه ما متوجه همه قشرها و گروه‌های اجتماعی از جمله زنان است. در این میان عارضه‌پذیری زنان در میان این گروه اجتماعی به دلایل مختلف از اهمیت بیشتری برخوردار است، چرا که این موضوع به نقش و کارکرد زنان در امور تربیتی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و... ارتباط دارد.

نتایج پژوهش هماهنگ با یافته‌های رضایی (۱۳۹۲)، بخارایی و همکاران (۱۳۹۴)، نیک و رز (۱۳۹۷)، شربتیان و ایمنی (۱۳۹۷) نشان داد بین دو متغیر احساس امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. رابطه‌ای متقابل بین امنیت اجتماعی در بعد ذهنی و عینی و سلامت اجتماعی وجود دارد، به‌گونه‌ای لازمه رسیدن به جامعه‌ای سالم به‌ویژه از نظر اجتماعی، وجود امنیت اجتماعی در بعد عینی و ذهنی در جامعه می‌باشد. احساس امنیت در تعاملات و روابط دیگر اجتماعی شکل می‌گیرد. به این ترتیب احساس امنیت یا عدم امنیت توسط اجتماع انتقال پیدا می‌کند و زمانی که این احساس به‌درستی انتقال پیدا کند، افراد جامعه از سلامت اجتماعی برخوردار می‌شوند.

بر طبق نتایج پژوهش بین دو متغیر رضایت شغلی و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های آقایاری فتحی و همکاران (۱۳۹۱) و هیر و وفایی اقدم (۱۳۹۵) که گزارش کردند بین رضایت از شغل و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد، همسو است. رضایت از شغل به‌عنوان



یکی از عوامل اصلی زمینه‌ساز موفقیت سازمان‌ها، از دیرباز در کانون مطالعات سازمانی قرار داشته است. زمانی رضایت شغلی کارکنان حاصل می‌شود که از طبیعت کار خود، حقوق و مزایا، فرصت مناسب برای ارتقاء و ترفیع، همکاران و سرپرستان خود راضی باشند. رضایت از شغل در صورت وجود می‌تواند منافع حداکثری برای حیات فردی کارکنان گروه‌های شغلی و حرفه‌ای، سازمان‌ها و در نهایت کل جامعه در پی داشته باشد.

بین سمت شغلی و سلامت اجتماعی رابطه مثبت وجود دارد و میزان سلامت اجتماعی پزشکان با سایر سمت‌های شغلی متفاوت و از آن‌ها بیشتر است. این نتیجه با یافته‌های کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) هم‌سو است که نشان دادند وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهم بوده و زمانی که وضعیت و جایگاه شغلی پایین‌تری دارند، سلامت اجتماعی کمتری دارند. از سوی دیگر، این یافته با یافته‌های حائری و همکاران (۱۳۹۴) که دریافته‌اند بین سمت شغلی و سلامت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود ندارد، مطابقت نمی‌کند. افرادی که سمت شغلی بالایی دارند، نسبت به کسانی که سمت شغلی پایینی دارند، از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند. چرا که از نظر نیاز مالی و اقتصادی نسبت به سایر افراد تأمین و مرفه‌ترند، لذا از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند.

نتایج نشان داد بین سلامت اجتماعی پاسخ‌دهندگان بر اساس میزان تحصیلات آن‌ها تفاوت وجود دارد و هر چه تحصیلات بالاتر می‌رود، سلامت اجتماعی بیشتر می‌شود. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش‌های زکی و خشوعی (۱۳۹۲)، حائری و همکاران (۱۳۹۴) و فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶) است.

بین وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد و سلامت اجتماعی افراد مجرد از افراد متأهل بیشتر است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های شریبتیان (۱۳۹۱)، رضایی (۱۳۹۲)، بخارایی و همکاران (۱۳۹۴) و نیک و رز و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. از طرف دیگر این نتیجه با نتایج پژوهش‌های زکی و خشوعی (۱۳۹۲) و حائری و همکاران (۱۳۹۴) مبنی بر عدم رابطه بین سلامت اجتماعی و وضعیت تأهل مطابقت ندارد. در توجیه این نتیجه می‌توان گفت افراد مجرد دارای مسئولیت، درگیری و مشکلات کمتری در زندگی هستند و این خود می‌تواند در افزایش سلامت اجتماعی آن‌ها مؤثر باشد.

بین سلامت اجتماعی پاسخ‌دهندگان برحسب میزان درآمد تفاوت وجود دارد. این یافته با یافته‌های زکی و خشوعی (۱۳۹۲) و فیروزبخت و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. هر چه میزان تحصیلات بیشتر باشد، وضعیت شغلی بهتر و میزان درآمد فرد بیشتر می‌شود. لذا وقتی فرد از درآمد و موقعیت اجتماعی بالاتری برخوردار است، دارای سلامت اجتماعی بالاتری است. با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

۱) مسائل زنان شاغل در تصمیم‌گیری‌ها مطرح شود و توجه بیشتر به نیازها و خواسته‌های آنها شود. از جمله افزایش حقوق و مزایا، رعایت عدالت در پرداخت حقوق و مزایا به زنان، بها دادن به زنان برای تصدی پست‌ها، امکان ادامه تحصیل و تبدیل وضعیت استخدامی زنان قراردادی و شرکتی (امنیت شغلی).

۲) با تسهیل فرصت ارتقاء و ترفیع بر اساس شایستگی و مهارت، کاهش محدودیت‌ها و قوانین دست و پاگیر، تغییر نگرش فرودستانه به جایگاه زنان و با در نظر گرفتن عزت نفس و برخورداری از کرامت انسانی برای آنها، رضایت شغلی و احساس امنیت زنان شاغل افزایش یابد.

۳) با استفاده از سازوکارهایی از جمله عملکرد مناسب مسئولین و سازمان‌ها، شفافیت در کارها، ایجاد تالارهای گفتگو برای رد و بدل کردن آراء و اندیشه‌ها بدون هیچ گونه محدودیت قضایی و... بستر لازم برای افزایش اعتماد اجتماعی زنان در جامعه فراهم شود. افزایش اعتماد اجتماعی در افزایش احساس امنیت زنان نیز تأثیر مثبت دارد.

۴) زمینه‌های برخورداری از امکانات رفاهی، تفریحی مهیا شود تا به تبع آن شاهد افزایش نشاط اجتماعی و کیفیت زندگی زنان شاغل باشیم.

۵) قوانین، مقررات و ساختارهای حقوقی، اقتصادی و فرهنگی در راستای حمایت از زنان شاغل با تأکید بر سلامت اجتماعی اصلاح گردند.

۶) احساس انومی وضعیتی است که ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی جامعه تضعیف می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان فرهنگی و اجتماعی با عملکرد خود و با اجرای برنامه‌های فرهنگی به تعمیق و درونی کردن هنجارها و ارزش‌ها در جامعه بپردازند. همچنین با توجه به اینکه در پژوهش‌های قبلی، رابطه‌ی بین احساس انومی و سلامت اجتماعی زنان شاغل کمتر مورد بررسی قرار گرفته، پیشنهاد می‌شود در مورد رابطه‌ی بین این دو متغیر در مقاطع زمانی متفاوت، پژوهش‌های تکمیلی در سایر نقاط کشور به تفکیک استان انجام شود و دلایل کاهش و افزایش آن تبیین شود.

ملاحظات اخلاقی

رعایت اخلاق پژوهش: مسائل اخلاقی از جمله توضیح هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، رضایت در پرکردن پرسشنامه، دادن زمان کافی به هر شرکت‌کننده برای تکمیل پرسش‌نامه، توضیحات اضافه در مورد سؤال‌های مقیاس‌ها در صورت نیاز، اجازه انصراف از تکمیل پرسش‌نامه، اطمینان به شرکت‌کنندگان از محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شد.

حمایت مالی: مطالعه حاضر حاصل پژوهش نویسندگان مقاله بوده و تحت حمایت مالی هیچ موسسه‌ای یا فردی انجام نشده است.

سهم نویسندگان: نویسنده اول در ارائه ایده پژوهشی، تحلیل داده‌ها، نگارش و بازبینی مقاله و نویسنده دوم در جمع آوری داده‌ها و انجام پژوهش همکاری داشته‌اند.

تضاد منافع: این پژوهش به طور مستقیم یا غیرمستقیم با منافی تعارض ندارد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگانی که در مصاحبه‌ها و انجام پژوهش ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی کنند.



منابع

- ادهمی، جمال. (۱۳۹۷). عوامل مؤثر بر بیگانگی اجتماعی و فرهنگی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنج، مسائل اجتماعی ایران، ۹ (۱)، ۲۷-۵. DOI: 20.1001.1.24766933.1397.9.1.1.6 [لینک]
- آقایاری هیر، توکل و وفایی اقدم، طاهره. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان کارخانه گلسان بافت شهر تبریز)، جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۷ (۴)، ۱۷۱-۱۹۰. DOI: 10.22108/JAS.2017.21161 [لینک]
- امیدی، مصطفی؛ حقیقتیان، منصور و هاشمیان فرسیدعلی. (۱۳۹۶). سلامت اجتماعی و کارکردهای آن در جوامع شهری (مورد مطالعه: کلانشهر اصفهان)، مطالعات جامعه‌شناختی شهری، ۷ (۲۴)، ۱۵۷-۱۸۸. [لینک]
- بخارایی، احمد؛ شربتیان، محمدحسن و ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۴). مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران)، دو فصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر، ۴ (۷)، ۲۹-۵۴. [لینک]
- توسلی، غلامعباس. (۱۳۸۲). مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، رابطه آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی با مشارکت اجتماعی، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- حائری، مریم؛ طهرانی، هادی؛ اولیایی منش، علیرضا و نجات، سحرناز. (۱۳۹۴). عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران، ۳ (۴)، ۳۱۱-۳۱۸. [لینک]
- خسروی، پیمان؛ چوبین، معصومه و حاجی اسفندیاری، عباس. (۱۳۹۸). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی و سلامت سازمانی کارکنان شاغل در یک بیمارستان نظامی، مجله طب دریا، ۱ (۲)، ۱۱۷-۱۱۰. DOI: 10.30491/1.2.110 [لینک]
- رضایی، امید. (۱۳۹۲). بررسی سلامت اجتماعی شهروندان شهر مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- زاهدی اصل، محمد. (۱۳۹۳). آسیب‌های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- زکی، محمدعلی و خشوعی، مریم‌السادات. (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان، مطالعات جامعه‌شناختی شهری، ۳ (۸)، ۷۹-۱۰۸. [لینک]
- سام آرام، عزت اله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور، مجله انتظام اجتماعی، ۱ (۱)، ۲۹-۹. [لینک]
- سام آرام، عزت اله. (۱۳۹۱). نظریه‌های مددکاری اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- شربتیان، محمدحسن. (۱۳۹۱). تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد، فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۲ (۵)، ۱۷۴-۱۴۹. [لینک]
- شربتیان، محمدحسن و ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۷). تحلیل جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی جوانان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال در شهرستان قاین)، جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۹ (۱)، ۱۶۷-۱۸۸. DOI: 10.22108/jas.2017.75233.0 [لینک]
- صفری، حمیدرضا؛ زر، عبدالصالح و سپهری، سیده زهرا. (۱۳۹۷). مقایسه ابعاد سلامت اجتماعی دانشجویان رشته علوم ورزشی با سایر دانشجویان دانشگاه جهرم، نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۵ (۱)، ۷-۱. DOI: 10.21859/ijrn-05011 [لینک]
- طالی، ابوتراب؛ امینی، سعیده و طلوع پارسا، سید فرید. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر احساس آنومی بر امکان کنش ارتباطی (مورد مطالعه: شهر مشهد)، بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۶ (۱)، ۷۰-۵۱. DOI: 10.22059/IJSP.2015.56919 [لینک]

- غفاری، غلامرضا و امید، رضا. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی، تهران: انتشارات شیرازه.
- فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا و خاک رنگین، مریم. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۲ (۴۷)، ۲۴۳-۲۲۵. [لینک]
- فیروزبخت، میژگان؛ ریاحی، محمد اسماعیل و تیرگر، آرام. (۱۳۹۶). عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی، مجله سلامت اجتماعی، ۴ (۳)، ۱۹۰-۲۰۰. DOI: 10.22037/ch.v4i3.16613 [لینک]
- محسنی، رضا علی؛ معین فر، سجاده؛ معین فر، علی و ساعی، راحله. (۱۳۹۷). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان شهر ارومیه: مطالعه موردی بر روی زنان متأهل ۲۵ تا ۴۵ ساله، فصلنامه سواد سلامت، ۳ (۱)، ۳۰-۳۸. DOI: 10.22038/jhl.2018.10929 [لینک]
- محسنی، منوچهر. (۱۳۷۹). جامعه‌شناسی پزشکی، تهران: انتشارات طهوری.
- مظلوم خراسانی، محمد و اسمعیلی، عطاء. (۱۳۸۹). بررسی میزان احساس امنیت اجتماعی زنان شهر مشهد در سال ۱۳۸۵-۸۶ و عوامل مؤثر بر آن، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، ۷ (۲)، ۲۵۱-۲۱۹. DOI: 10.22067/JSS.V0I0.15834 [لینک]
- نیک‌وزر، طیبه. (۱۳۹۷). تحلیل جامعه‌شناختی احساس امنیت بر سلامت اجتماعی زنان ۴۵-۱۵ ساله شهر کرمان، فصلنامه زن و جامعه، ۹ (۳۳)، ۸۱-۱۰۶. DOI: 20.1001.1.20088566.1397.9.33.5.9 [لینک]

References

- Adhami, J. (2018). Identifying social factors affecting social and cultural alienation among students case study of Islamic Azad University, Sanandaj branch, *Journal of social problems of Iran*, 9 (1), 5-27. (Text in Persian) DOI: 20.1001.1.24766933.1397.9.1.1.6 [Link]
- Aghayari Hir, T., & Vafaieaghdam, T. (2017). A Study of the impact of social health on job satisfaction (The case of golsan-baft factory's employees in Tabriz city), *Journal of Applied Sociology*, 27 (4), 171-190. (Text in Persian) DOI: 10.22108/JAS.2017.21161 [Link]
- Armstrong, M. (2006). *A handbook of human resource management practice*, Kogan Page Publishers.
- Bokharaee, A., Sharbatyian, M. H., & Imeni, N. (2015). A Sociological study of women's social health and the effective factors (Case study: women in district 4 of Tehran), *Two quarterly of contemporary sociological research*, 4 (7), 29-54. (Text in Persian) [Link]
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social well being: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research*, 89 (1), 97-112. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9222-3> [Link]
- Fathi, M., Ajannejad, R., & Khakrangin, M. (2013). Factors contributing to social health among teachers of maraghe city. *Social welfare quarterly*. 12 (47), 225-243. (Text in Persian) [Link]
- Firouzbakht, M., Riahi M.E., & Tirgar, A. (2017). A Survey on Factors Affecting on Iranian Women's Social Health: A Review Study in Persian Database, *Community health*. 4 (3), 186-196. (Text in Persian) DOI: 10.22037/ch.v4i3.16613 [Link]
- Ghaffari, Gh., & Omidi, R. (2009). *Quality of life, Social development index*, Tehran: Shirazeh Publications. (Text in Persian)
- Haery, M., Tehrani, H., Olyaeimanesh, A. R., & Nejat, S. (2015). Factors influencing the social health of employees of the ministry of health and



- medical education in iran. *Iranian Journal of Health Education & Promotion*, 3 (4), 311-318. (Text in Persian) [Link]
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065> [Link]
- Keyes, C. M. & Shapiro. A. (2004). *Social well-being in the U.S: A Descriptive Epidemiology* in Orville Brim, Carol D. Ryff, Ronald C. Kessler (Eds.), *Heating Are You? A National Study of Well-being of Midlife*. University of Chicago: Press.
- Khosravi, P., Choobin, M., & Haji Esfandiari, A. (2019). The relationship between social capital and social health and organizational health of personnel working in a military hospital, *Journal of Marine Medicine*, 1 (2), 110-117. (Text in Persian) DOI: 10.30491/1.2.110 [Link]
- Kolander, C.H.A. (2012). *Contemporary womens Health*. McGraw Hill Press
- Larson, J. (1996). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296.
- Mazlum Khorasani, M. & Ata, E. (2011). Investigating women's sense of social security and factors influencing it in Mashhad in 2006, *Journal of social sciences, faculty of literature and humanities, Ferdowsi university of Mashhad*, 7 (2), 219-251. (Text in Persian) DOI: 10.22067/JSS.V0I0.15834 [Link]
- Mohseni, M. (2000). *Medical sociology*, Tehran: Tahoori publications. (Text in Persian)
- Mohseni, R. A., Moeinfar, S., Moeinfar, A., & Saei, R. (2018). Social factors affecting women's social health in Uremia: Case Study on Married Women 25-45 Years, *Journal of health literacy*. 3 (1), 30-38. (Text in Persian) DOI: 10.22038/jhl.2018.10929 [Link]
- Nikvarz, T. (2018). A Sociological Study Regarding the Effect of the Sense of Security on Social Wellbeing Among Women Aged between 15 to 45 in Kerman City, *Quarterly journal of women and society*, 9 (33), 81-106. (Text in Persian) DOI: 20.1001.1.20088566.1397.9.33.5.9 [Link]
- Omidi, M., Haghghatian, M., & Hashemianfar, A. (2017). Social well-being and its functions in urban areas (Case of study: metropolis of Esfahan), *Urban sociological studies*, 7 (24), 157-188. (Text in Persian) [Link]
- Pearl, M. D. C., Cabral, P., and Mateu, J. (2011). Mapping the quality of life experience in Alfama: A case study in Lisbon, Portugal. *In International Conference on Computational Science and Its Applications* (pp. 269-283). Springer, Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-642-21928-3_19 [Link]
- Rezaei, O. (2013). Study of social health of Mashhad citizens, Master thesis in social sciences, Ferdowsi university of Mashhad. (Text in Persian)
- Safari, H. R., Zar, A., & Sepehri, Z. (2018). Comparison of social health dimensions in sport science university students with other university student from the Jahrom university. *Journal of rehabilitation research in nursing (IJRN)*. 5 (1) :1-7. (Text in Persian) DOI: 10.21859/ijrn-05011 [Link]
- Sam Aram, E. (2009). Investigating the relationship between social health and social security with emphasis on community-based police approach, *Social order quarterly*, (Text in Persian)
- Sam Aram, E. (2012). *Social work theories*, Tehran: Allameh Tabatabai university press. (Text in Persian)
- Sharbatian, M. H. (2011). The Semantic components reflecting the link between social capital and the rate social health of the benefit of students of Payam Noor University, Mashhad, *Journal of sociological studies of youth*, 2 (5), 149-174. (Text in Persian) [Link]
- Sharbatian, M. H., & Imani, N. (2018). A Sociological analysis of social health of youth and factors affecting it (Case study: 18- to 30-year-old citizens of

- Qaen city). *Journal of Applied Sociology*, 29 (1), 167-188. (Text in Persian)
Doi: 10.22108/jas.2017.75233.0 [Link]
- Talebi, A., Amini, S., & Tolouparsa. F. (2015). Investigation on the relationship of feeling of anomie and possibility of communicative action in Mashhad, *Iranian Journal of Social Problems*, 6 (1), 51-70. (Text in Persian)
DOI: 10.22059/IJSP.2015.56919 [Link]
- Tavassoli, G. H. (2002). *Social participation in the conditions of anomic society, The Relationship between injuries and social deviations and social participation*, Tehran: Jihad daneshgahi publications. (Text in Persian)
- Zahedi Asl, M. (2014). *Social injuries from the perspective of social work*, Tehran: Allameh Tabatabai university press. (Text in Persian)
- Zaki, M. A., & Khoshoei., M. (2013). Social health and its effective factors among the citizens of Isfahan, *Urban sociological studies*, 3 (8), 79-108. (Text in Persian) [Link]

