

ارائه مدل ارتقاء سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران

اکرم جراهی^۱ - محسن عامری شهبازی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۵

چکیده :

رعایت عملکرد اجتماعی از سوی سازمان ها، علاوه بر آن که برای خود شرکت ها بسیار سودمند می باشد برای افراد پیرامون سازمان با اهمیت است. در این پژوهش به منظور آرایه مدل ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران، با استفاده از تحلیل محتوای استقرایی؛ با شناسایی ۷۸۲ کد مفهوم، کدگذاری و دسته بندی آنها در سه مرحله نهایتاً ۳۷۴ شاخص اصلی؛ در هفت بعد و ۲۳ مولفه، تبیین و در ادامه با استفاده از تکنیک دلفی سه مرحله ای در بین ۲۲ نفر از خبرگان علمی و اجرایی، این شاخص ها مورد جرح و تعدیل قرار گرفت. نهایتاً در این مرحله مدل کیفی ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران در هفت بعد خانواده و روابط خویشاوندی، بهداشت روانی، سرمایه اجتماعی، حقوق شهروندی، اشتغال زنان، هویت جنسیتی، سیاست گذاری های مناسب ارائه شد.

در مرحله دوم تحقیق، حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۲۴۲ نفر برآورد شد و پس از گردآوری داده ها، تجزیه و تحلیل آماری داده های پژوهش در دو سطح توصیفی با اس.تفاده از شاخص های آماری (نظیر فراوانی، درصد و میانگین) و سطح استنباطی (آزمون لوین، آزمون تی تست)، تحلیل عاملی تأییدی، با استفاده از Spss 22 و Lisrel8.54 و Excel صورت گرفت. معناداری ضرایب و پارامترهای بدست آمده ابعاد خانواده و روابط خویشاوندی، بهداشت روانی، سرمایه اجتماعی، حقوق شهروندی، اشتغال زنان، هویت جنسیتی، سیاست گذاری های مناسب نشان داد که تمامی ضرایب بدست آمده، معنادار می باشند. یافته های حاصل از تحلیل ابعاد بیانگر آن بود که از بین ابعاد مدل ها و بهداشت روانی با میانگین (۰/۹۳) و هویت جنسیتی با میانگین (۰/۵۲) کمترین تاثیر را در ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران را داشته و پاسخ دهندگان با وضعیت موجود مولفه های دیگر در سوالات مذکور رضایت ندارند و نظرات منفی دارند و همه ی مولفه ها در امر ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران از قابلیت بهبود بالایی برخوردار می باشند.

کلید واژه ها: بهداشت روانی، سرمایه اجتماعی، حقوق شهروندی، اشتغال زنان، هویت جنسیتی

^۱ دانشجوی دوره دکتری مدیریت و برنامه ریزی امور فرهنگی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

(نویسنده مسئول) Jarahi822@yahoo.com

^۲ دکتری مدیریت و برنامه ریزی امور فرهنگی و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران.

مقدمه

امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی، معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به گونه‌ای که دیگر سلامتی تنها عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۰).

راسل (۱۹۷۹) جامعه‌ای را سالم می‌داند که در آن فرصت و دسترسی برابر به خدمات و کالای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا افراد جامعه در مقام شهروند، عملکرد کاملی داشته باشند.

بروزنسکی (۲۰۰۳) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسید که افرادی که تعهد کمی دارند، یعنی فاقد یک دیدگاه ثابت و واضح درباره خودشان و دنیایی که در آن زندگی می‌کنند هستند. ممکن است اجتماع را به صورت یک مجموعه پر از هرج و مرج، غیر قابل پیش‌بینی و مدیریت‌ناپذیر بدانند. یعنی از سلامت اجتماعی پایین برخوردارند (تقی‌پور و دیگری، ۱۳۸۹: ۱۴۰).

لارسون (Larson, 1996) و کییز (Keyes, 2004) سلامت اجتماعی را استنباط فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن‌هاست، تعریف می‌کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت و پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است.

سلامت اجتماعی یک شاخص مهم از کیفیت زندگی است (رضوانی و دیگران، ۱۳۸۷: ۴۰). سلامت اجتماعی اغلب به‌عنوان ارتباط با شرایط اجتماعی بیرون از شخص مثل پایگاه‌های اقتصادی- اجتماعی، شرایط زندگی و به‌طور گسترده تأثیر منطقه‌ای که آنها در آن زندگی می‌کنند و حتی کشور محل اقامتشان در نظر گرفته شده است (کالاها، ۲۰۰۸: ۲)، و یا اغلب به علت فقدان اعتبار و مقیاس‌های در دسترس، پژوهشگران این مفهوم را از نقطه نظر اقتصادی و یا سیاسی مورد بحث قرار می‌دهند (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۱۹). برای مثال تولید ناخالص داخلی (GDP) یا شاخص توسعه انسانی (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۸-۲۴۷). اگر چه این نشانه‌گرها برای ارزیابی سلامت اجتماعی جامعه مفید هستند اما کاربرد چنین شاخص‌هایی خطر نادیده گرفته شدن سلامت اجتماعی از دیدگاه شخصی- روانی را به دنبال دارد. ژرژکان گلیم به خوبی نشان داد که سلامتی تنها به حالت ارگانیک فردی مربوط نمی‌شود و سلامتی انسان با میزان تسلط وی به محیط نه فقط جسمانی او، بلکه اجتماعی او نیز مرتبط است. بنابراین بیماری و سلامتی بر حسب خواسته‌ها و انتظارات محیط زیست ما و میزان جا افتادگی ما در این محیط و روابط مثلاً خانوادگی و حرفه‌ای ما شکل می‌گیرد (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۶).

نظریه پردازانی همچون هیرشی در تئوری پیوند اجتماعی و تأثیرش بر آنومی (علی‌وردی نیا، ۱۳۸۷: ۱۱۷)، مارکس در تئوری از خود بیگانگی (آرون، ۱۳۸۱: ۱۹۸) و مرتون در بحث آنومی (رفیع‌پور، ۱۳۷۸: ۲۳-۲۲)، سلامت اجتماعی را فقدان عوامل ضد اجتماعی مانند از خودبیگانگی و بی‌هنجاری (آنومی) در فرد دانسته‌اند.

لارسون و کییز یک چارچوب مفهومی و نظری متفاوت برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون (۱۹۹۳) سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است (لارسون، ۱۹۹۳: ۲۸۵).

کار کییز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. از نظر وی سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵). کییز معتقد است سلامت اجتماعی را می‌توان ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در

جامعه تعریف کرد (کالاها، ۲۰۰۸: ۲). کییز مفهوم سلامت اجتماعی را به صورت زیر تعریف می‌کند: سلامت اجتماعی عبارت است از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع. فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، فهم‌پذیر و بالقوه برای رشد و شکوفایی می‌داند و احساس می‌کند به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهیم است. کییز پنج ملاک را برای سلامت اجتماعی برمی‌شمرد که هم‌راستا با نظریه روان‌شناختی و جامعه‌شناختی بسط پیدا می‌کند. انطباق اجتماعی: انطباق اجتماعی در مقابل با بی‌معنابودن زندگی مقایسه می‌شود و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم، زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (Ryff, 1989 به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹: ۳۰). انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکرکردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت‌شدن از طریق جامعه و سهم‌داشتن در آن؛ بنابراین، انسجام اجتماعی آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند چیز مشترکی بین آنها و کسانی وجود دارد که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند، مانند همسایه‌هایشان. (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۸).

در همین راستا پژوهش حاضر در پی آن است تا مدلی کمی جهت ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران ارائه نماید.

مبانی نظری سلامت اجتماعی

سلامت حق و نیاز اساسی تمام انسان‌ها است. در حال حاضر نیز توسعه یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌نمایند. موضوعی که در تمام جوامع مطرح است و تعریف‌های متعددی از آن شده است. از میان تعریف‌هایی که هنوز هم به کار می‌رود، شاید قدیمی‌ترین تعریف آن باشد که: «سلامت، یعنی بیمار نبودن».

تعریف سلامت در هر جامعه تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنان باز می‌گردد و در جوامع و گروه‌های گوناگون تعریف‌های متفاوت از آن وجود دارد، اما تعریفی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۴ از سلامت ارائه داد، بیش از همه پذیرفته شده است. بنابراین تعریف: «سلامت، عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی». این تعریف در سال‌های اخیر با گنجانده شدن «توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی و اجتماعی» کامل‌تر شده است (سجادی و دیگری، ۲۴۵).

با استناد به گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) رایج‌ترین علل مرگ و میر در بسیاری از جوامع امروزی بیماری‌های غیرعفونی مانند سرطان، ناراحتی‌های قلبی عروقی و دیابت است و بی‌خوابی، اضطراب، رخوت، افسردگی و دردهای مزمن که ناشی از این بیماری‌ها هستند، همگی رو به افزایش‌اند، هر چند این مسائل در گذشته نیز گریبانگیر بشر بوده‌اند، اما ظاهراً اکنون سبب‌ساز آشفته‌گی و اختلال بیشتری در زندگی مردم هستند تا در گذشته، پیمایش‌های اخیر آشکار ساخته‌اند که امروزه فشار عصبی رایج‌ترین علت غیبت از کار است و از این نظر بر سرماخوردگی پیشی گرفته است، بنابه پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی طی بیست سال آینده افسردگی شایع‌ترین بیماری جهان خواهد شد (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۱).

به طور کلی می‌توان سلامت را برحسب دو عامل مورد بحث قرار داد، یکی واحد تحلیل که می‌تواند شخص، خانواده، اجتماع و به طور کلی جامعه باشد و دوم جنبه یا ترکیبی از جنبه‌هایی که شخص به آن‌ها توجه دارد یعنی: جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و یا

احساسی. این دو عامل می‌توانند به عنوان دو محور از یک نمودار برای داشتن انواع گوناگونی از سلامت در نظر گرفته شوند (Sarah Parry, 1987: 70). سلامت در طول سده‌ها از یک مفهوم انفرادی، بصورت یک هدف جهانی و دربرگیرنده کیفیت زندگی در آمده است. عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارتند از:

۱. رویکرد بیماری‌محور: این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (Diaz, 2007: 61 & Blanco). از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی بود. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیستمحیطی، اجتماعی و روان‌شناختی نادیده گرفته می‌شد. همچنین این الگو در حل بسیاری از مسایل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری‌های روانی و ... نارسا بوده است (سجادی و دیگری، ۱۳۸۴: ۲۴۷).

۲. رویکرد سلامتی محور که در آن سلامت را به عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد (Diaz, 2007: 6 & Blanco).

در متون موجود تعریف رسمی از سلامت اجتماعی وجود ندارد ولی به طور کلی طبق تعاریف (Larson, 1996, Keyes, 2004)، سلامت اجتماعی افراد را می‌توان در رابطه با عملکردشان به عنوان عضوی از اجتماع تعریف نمود. طبق این تعریف سلامت اجتماعی به مثابه صفتی از فرد در نظر گرفته شده است.

ابعاد سلامت اجتماعی

کلیز از مهم‌ترین نظریه‌پردازان و محققان سلامت اجتماعی، در بررسی‌های خود به رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خود بیگانگی اجتماعی و ناهنجاری‌های اجتماعی اشاره می‌کند (Keyes, 2004: 48). و در سال ۱۹۹۸، مولفه‌های همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی را به عنوان ابعاد سلامت اجتماعی مطرح نمود.

یکپارچگی (انسجام) اجتماعی:

منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است. احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳) و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کلیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد (دورکیم، ۱۹۵۱). افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند، لذا یکپارچگی اجتماعی میان احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند و به جامعه خود تعلق دارند. یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی (دورکیم)، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن) و آگاهی طبقاتی مارکس است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. سیمن معتقد است که بیگانگی فرهنگی، عبارتست از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی‌تواند انعکاسی از ارزشها و سبک‌های فرهنگی فرد باشد. انزوای اجتماعی عبارتست از خدشه‌دار شدن روابط فرد که به زندگی او معنا می‌دهند و نقش حمایتی برای او دارند. یکپارچگی اجتماعی هم مثل مفهومی که مارکس از آگاهی طبقاتی می‌دهد، در برگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است.

مشارکت اجتماعی:

عبارتست از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. مشارکت اجتماعی با مفاهیم بازدهی مسئولیت‌پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که

عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای برسیم. مسئولیت اجتماعی عبارتست از تعیین الزامات فردی برای نقش آفرینی در جامعه. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ این نگرش هم راستا با درونمایه‌ای است که مارکس مطرح می‌کند مبنی بر این‌که انسان‌ها ماهیتاً زاینده‌اند (کییز، ۱۹۸۹). اگر بخواهیم که از خود بیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم، عبارتست از: کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیت‌های روزمره‌ای که انجام می‌دهد. موارد هم‌تای مشارکت اجتماعی، ایجاد انگیزه رفتار است. اریکسون معتقد بود که میان‌سالی دوره‌ای است که افراد می‌توانند طبق میل خود در جامعه ایفای نقش کنند. به ویژه با آماده کردن نسل آینده تا به اعضای خلاق جامعه مبدل شوند.

کییز معتقد است که مشارکت اجتماعی، با مفهوم سودمندی فردی که باندورا (۱۹۷۷) مطرح می‌کند هم‌پوشانی دارد و نیز می‌تواند به عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می‌تواند داشته باشد. برای بسیاری از افراد سخت است که به این احساس برسند که سهم ارزشمندی در جامعه، بویژه وقتی که وجود خودشان برای خودشان (الیاس و هارپر، ۱۹۷۵؛ کییز و شاپیرو: ۲۰۰۴). مشارکت اجتماعی تا اندازه‌ای مرتبط با درک فرد از موضوع است که نقش حیاتی در جامعه به او سپرده شده است (کییز، ۱۹۹۸).

پذیرش اجتماعی:

پذیرش اجتماعی، نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توامان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کییز، ۱۹۹۸). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آن‌ها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کییز و دیگری، ۱۹۹۸: ۱۳۱). کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. همان گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بیانجامد (همان: ۱۳۲).

انطباق اجتماعی:

انطباق اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است (سیمن، ۱۹۵۹) و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف، ۱۹۸۹). آنتونوفسکی معتقد است که احساس انطباق در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد. افرادی که از انطباق برخوردارند، تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، خود را سازگار نموده و انطباق خود را حفظ کنند. انطباق اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (کییز، ۱۹۸۹). این مقوله با قابلیت معنا بخشی به وجود شخص است (کییز و دیگری، ۲۰۰۴).

افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقه‌مندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کییز معتقد است که انطباق اجتماعی عبارت است از درک این موضوع که جامعه را می‌توان درک کرد و جامعه عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳).

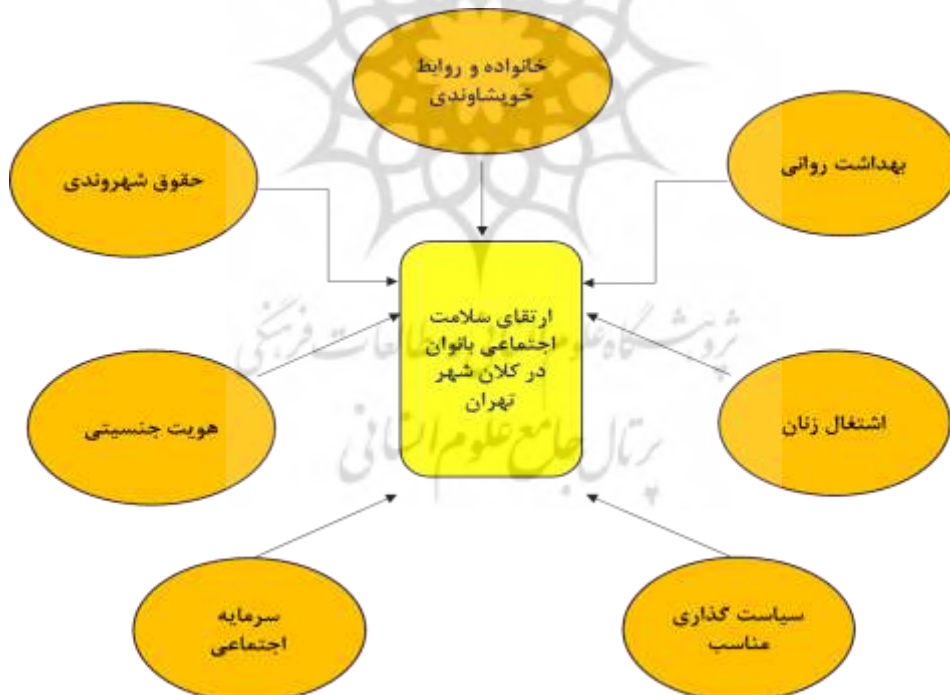
شکوفایی اجتماعی:

منظور از شکوفایی اجتماعی، ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و هم این‌که نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هر چند این امر برای همه افراد درست

نیست (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴)، با این حال سلامت شامل دیدگاهی خوشبینانه از آینده احتمالی است. در حالی که خودمختاری عبارت است از حس کنترل شخصی بر سرنوشت خویش، شکوفایی اجتماعی در برگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود «خودشناسی» را در دست دارد. با توجه به دیدگاه‌های کییز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم مازلو (۱۹۶۸) دارد و نیز بی ارتباط با تاکید ریف بر رشد فردی نیست. شکوفایی اجتماعی، انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره استقبال آن‌ها از تجربه‌های جدید و رشد مداوم می‌باشد (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۴). بنابراین شکوفایی اجتماعی کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربه‌های تازه و تلاش برای رشد دائم است و این ایده‌های مربوط به رشد و توسعه را در بر می‌گیرد. لایکوک سلامت اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برکنم نیز معتقد است که تاثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند. بنابراین از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش‌های اجتماعی معناداری از قبیل نقش‌های اجتماعی، خانوادگی و والدینی تعریف می‌شود و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقا می‌یابد (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: به نقل از: سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۷).

مدل اولیه تحقیق

متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق عبارتند از:



نمودار شماره ۱- مدل اولیه حاصل از تحلیل محتوای کیفی

سوالات تحقیق

مفهوم، ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران کدامند؟
 اهمیت مفهوم، ابعاد، مولفه‌ها و شاخص‌های ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران تا چه میزان می‌باشد؟
 مدل کمی ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران کدام است؟

روش تحقیق**پژوهش حاضر دارای دو مرحله است.**

مرحله اول : روش پژوهش در این مرحله تحقیق کیفی است و از نوع تحلیل محتوا با نظام مقوله ای قیاسی است. مای رینگ (۲۰۰۰) معتقد است در تحلیل کیفی محتوا به شیوه اعمال قیاسی طبقه بندی ، پژوهشگر با ارائه و مفروض گرفتن تعاریف مشخصی قبل از شروع به تحقیق، به مطالعه متون تعیین شده می پردازد و با مقایسه تعاریف از پیش تعیین شده و متن های مورد تحلیل به داوری درباره عدم وجود یا وجود مصادیق آن تعریف در متن های مورد نظر می پردازد (فرادانش، ۱۳۸۷).

روش و ابزار جمع آوری داده ها در مرحله اول

در این پژوهش ابتدا متون مرتبط باهدف اصلی پژوهش انتخاب شده اند. در مرحله اول، متون مورد مطالعه قرار گرفته و پاراگراف های مرتبط با سولات تحقیق انتخاب گردیده در مرحله دوم کد مفاهیم مرتبط با موضوع هر پاراگراف استخراج شده و در مرحله سوم کد مفاهیم استخراج شده در دسته های هم مفهوم قرار گرفته شده و در مرحله چهارم برای دسته های هم مفهوم ، نام و عنوان مناسب که بیانگر تم اصلی پژوهش است تبیین شده است.

روش و ابزار جمع آوری داده ها در مرحله دوم

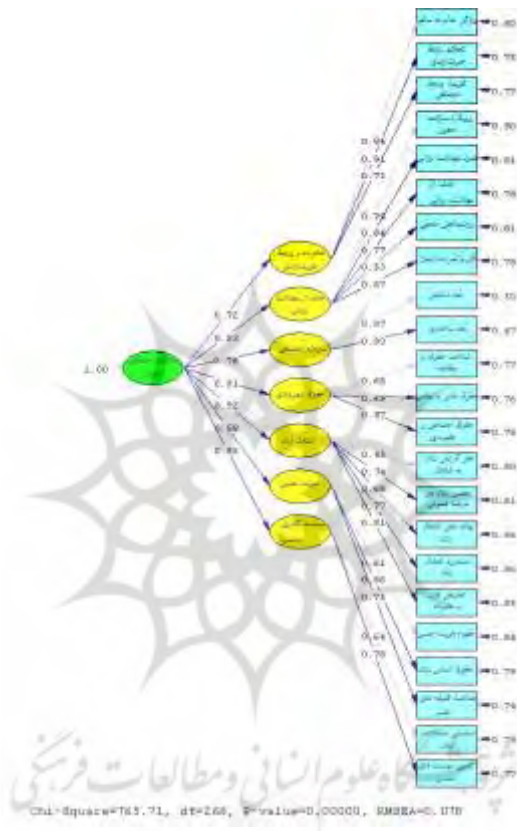
بعد از تعیین مولفه و شاخص های اصلی تحقیق خود در بخش اول به روش تحلیل محتوا، پرسشنامه ای براساس مقیاس ۵ بخشی لیکرت (۱=خیلی کم، ۲=کم، ۳=متوسط، ۴=زیاد، ۵=خیلی زیاد) طراحی شده و با توزیع آزمایشی پرسشنامه و دریافت نظرات اساتید آگاه در زمینه جامعه شناسی و مدیریت ، مولفه ها مورد جرح و تعدیل قرار گرفت و بعد از اصلاحات مورد نیاز و نهایی شدن، پرسشنامه در میان اعضای نمونه آماری توزیع شده است. در این تحقیق، از روش های مطالعات کتابخانه ای و میدانی و ابزارهایی همچون مصاحبه و پرسشنامه برای جمع آوری داده ها استفاده شده است. پرسشنامه این تحقیق در مرحله اول در اختیار صاحب نظران و متخصصان مربوط به موضوع مورد ارزیابی قرار گرفته شده است. و نهایتاً با جرح و تعدیل های انجام شده و تایید روایی آن ، پرسشنامه تنظیم شده است.

آمار استنباطی:**ابعاد، مولفه ها و شاخص های الگوی ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران**

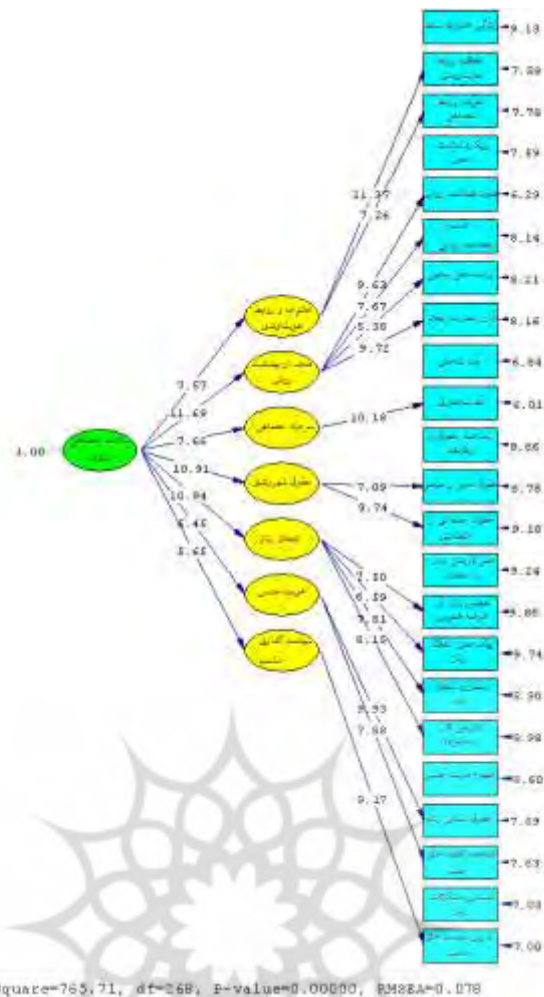
با توجه به نتایج حاصل از پژوهش کیفی مدل نهایی کیفی ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران در هفت بعد ارائه شد. خانواده و روابط خویشاوندی در ۴ مقوله: ویژگی خانواده سالم، تحکیم روابط خویشاوندی، قوانین شرعی و عرفی و تقویت روابط اجتماعی ظهور کردند. بهداشت روانی در ۴ مقوله: رویکرد سلامتی محور، اصول بهداشت روانی، هدف از بهداشت روانی و مذهب و روان (روان شناختی مذهبی و آثار و ثمرات ایمان) ظهور کردند. حقوق شهروندی در ۳ مقوله: شناخت حقوق و وظایف، حقوق مدنی و سیاسی و حقوق اقتصادی و اجتماعی ظهور کردند. اشتغال زنان در ۵ مقوله: علل گرایش زنان به اشتغال، حضور زنان در عرصه عمومی، پیامدهای اشتغال زنان، دستاوردهای اشتغال زنان و تعارض کار-خانواده ظهور کردند. هویت جنسیتی در ۳ مقوله: مفهوم هویت جنسیتی، حقوق انسانی زنان، شناخت کلیشه های جنسیتی ظهور کردند. سیاست گذاری های مناسب در ۲ مقوله: شناسایی مشکلات زنان (زمینه بهداشت و سلامت، زمینه مسائل اجتماعی و زمینه مسائل اقتصادی) و تدوین سیاست های مناسب (زمینه بهداشت و سلامت، زمینه مسائل اجتماعی و زمینه مسائل اقتصادی) ظهور کردند.

تحليل عاملي الگوي ارتقاي سلامت اجتماعي بانوان در کلان شهر تهران

در شمایل زیربیزی ها، متغیرهاي مکنون یا عامل ها، و مستطیل ها مواد پرسشنامه ي ارتقاي سلامت اجتماعي بانوان در کلان شهر تهران را نشان مي دهد. پیکان هاي یکسويه از بیزی ها به مستطیل ها نشان مي دهد که گويه ها روي کدام عامل بار مي گیرند و ارزش هاي نوشته شده روي پیکان ها، آن میزان از واریانس گويه ها را که از سوي عامل قابل توضیح است، نشان مي دهد. پیکان هاي کوچک واریانس باقیمانده (خطا) را نشان مي دهد که به وسیله ي عامل تبیین مي شود. پیکان هاي یکسويه از بیزی مولفه ها به بیضی مفهوم (ارتقاي سلامت اجتماعي بانوان در کلان شهر تهران) نشان مي دهد که مولفه ها روي کدام مفهوم بار مي گیرند.



شکل (۱) الگوي اندازه گيري ارتقاي سلامت اجتماعي بانوان در کلان شهر تهران در حالت تخمین استاندارد



شکل (۲): الگوی اندازه گیری ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران در حالت معنی داری پارامتر

بارهای عاملی مدل در حالت تخمین استاندارد میزان تاثیر هر کدام از متغیرها و یا گویه ها را در توضیح و تبیین واریانس نمرات متغیر یا عامل اصلی نشان می دهد. به عبارت دیگر بار عاملی نشان دهنده میزان همبستگی هر متغیر مشاهده گر (سوال پرسشنامه) با متغیر مکنون (عامل ها) می باشد. با توجه به شکل (۱) می توان بارهای عاملی هر یک از سوالات تحقیق را مشاهده نمود.

برای مثال « خانواده و روابط خویشاوندی» دارای بار عاملی (۰/۷۲) می باشد. به عبارت دیگر متغیر « خانواده و روابط خویشاوندی» تقریباً ۵۲ درصد (۰/۷۲) را به توان ۲ می رسانیم) از واریانس عامل « ارتقا سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران » را تبیین می نماید.

خروجی بعدی یعنی شکل (۲)، مدل در حالت معناداری ضرایب و پارامترهای بدست آمده مدل اندازه گیری بارهای عاملی هر یک از سوالات تحقیق را نشان می دهد که تمامی ضرایب بدست آمده معنادار شده اند. زیرا مقدار آزمون معناداری بزرگتر از ۱/۹۶ یا کوچکتر از ۱/۹۶- نشان دهنده معناداری بودن روابط است. دو خروجی نرم افزار لیزرل (مدل در حالت تخمین استاندارد و مدل در حالت ضرایب معناداری) نشان داده شده است.

روایی همگرایی

معیار AVE نشاندهنده میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر سازه با شاخص های خود می باشد. به بیان ساده AVE میزان همبستگی

یک سازه با شاخصهای خود را نشان می دهد. که هر چقدر این همبستگی بیشتر باشد برآزش نیز بیشتر می شود. برای بررسی روایی همگرا استفاده می شود و مقدار بحرانی آن « برابر ۰/۵ می باشد و مقدار AVE بالای ۰/۵ روایی همگرایی قابل قبول است. طریقه محاسبه: با عاملی هر سوال معیار را به توان دو می رسانیم و میانگین آنها را می گیریم.

پایایی سازه^۱

پایایی سازه بیان می کند نتایج به دست آمده از کاربرد یک ابزار اندازه گیری تا چه حد با نظریه هایی که آزمون بر محور آنها تدوین شده است تناسب دارد. پایایی سازه (متغیرهای مفهومی) را میتوان بر اساس پایایی مرکب (CR) میزان واریانس (AVE) استخراج شده محاسبه کرد.

$$CR > 0.7$$

$$AVE > 0.5$$

همانگونه که در جدول (۱) ملاحظه می گردد، پایایی مرکب بیشتر از ۰/۷ و واریانس هرسازه بزرگتر از ۰/۵ می باشد بنابراین همبستگی یک سازه با شاخصها فراهم می باشد و ابزار اندازه گیری مناسب و منعکس کننده متغیر پنهان می باشد.

جدول (۱) روایی همگرایی و پایایی مولفه ها

CR	AEV	اولیت	آماره	ضریب تعیین	بار عاملی	مولفه	بعد	
۸۹ ۰/	۸۳ ۰/	او	۱۱,۰	۰	۰,۹	تحکیم روابط خویشاوندی	خانواده و روابط خویشاوندی	
		ل	۳۷	۸۲,۰	۱	ویژگی خانواده سالم		
		دو	-	۷,۰	۰,۸	۴		تقویت روابط اجتماعی
/۹ ۰	۸۷ ۰/	سو	۷,۲	۰	۰,۷	آثار و ثمرات ایمان	بهداشت روانی	
		م	۳	۷۵,۰	۰,۸	۷		اصول بهداشت روانی
		چ	۷,۶	۰	۰,۷	۴		هدف از بهداشت روانی
		م	۷	۵۹,۰	۰,۷	۷		رویکرد سلامت محور
		پ	۵,۳	۰	۰,۵	۴		روان شناختی مذهبی
۸۹ ۰/	۸۶ ۰/	او	۱۰,۰	۰	۰,۹	بُعد ساختاری	سرمایه اجتماعی	
		ل	۱۸	۸۶,۰	۳	بُعد شناختی		
۹۱ ۰/	۸۳ ۰/	دو	-	۷۵,۰	۰,۸	حقوق مدنی و وظایف	حقوق شهروندی	
		م	۷,۰	۰	۰,۶	۷		حقوق اجتماعی و اقتصادی
		سو	-	۴۷,۰	۰,۶	۹		شناخت حقوق و وظایف
۹۲ ۰/	۸۵ ۰/	م	-	۴۶,۰	۰,۶	۸	تعارض کار و خانواده	اشتغال زنان
		او	۸,۱	۰	۰,۸	۱	دستآورد اشتغال زنان	

		سو	۷۵	۰	۰,۷	حضور زنان در عرصه عمومی	
		م		۵۴.	۴		
		چهارم	۶,۵	۰	۰,۶	پیامد اشتغال زنان	
		پنجم	-	۰	۰,۶	علل گرایش زنان به اشتغال	
		جم		۴۲.	۵		
		او	۹,۹	۰	۰,۸	حقوق انسانی زنان	
۹۳	۸۹	ل	۳	۷۳.	۶	هویت جنسی	
		دو	۷,۸	۰	۰,۷		شناخت کلیشه های جنسی
		م	۸	۵۶.	۵		مفهوم هویت جنسی
۸۸	۸۱	سو	-	۰	۰,۶	سیاست گذاری مناسب	
		م		۳۷.	۱		
		او	۹,۱	۰	۰,۷		تدوین سیاست مناسب
		ل	۷	۶۱.	۸	شناسایی مشکلات زنان	
		دو	-	۰	۰,۶		۴

جدول (۲) روایی همگرایی و پایایی ابعاد

CR	AEV	اولویت	آماره	ضرر یب تعیین	با ر عاملی	بعد	مفهوم
۹	/۸۶	اول	۱۱,۶۹	۰,۸۶	۰,۹۳	هدف از بهداشت روانی	ارتقای سلامت اجتماعی بانوان
		دوم	۱۰,۹۴	۰,۸۴	۰,۹۲	اشتغال زنان	
		سوم	۱۰,۹۱	۰,۸۲	۰,۹۱	حقوق شهروندی	
		چهارم	۷,۶۶	۰,۶۱	۰,۷۸	سرمایه اجتماعی	
		پنجم	۷,۵۷	۰,۵۲	۰,۷۲	خانواده و روابط خویشاوندی	
		ششم	۵,۶۵	۰,۳۳	۰,۵۵	سیاست گذاری مناسب	
		هفتم	۵,۴۵	۰,۲۷	۰,۵۲	هویت جنسی	

برازش مدل

شاخص های نیکویی برازش یک از اهداف اصلی در استفاده از مدلسازی معادلات ساختاری، شناخت میزان همخوانی بین داده های تجربی با مدل مفهومی و نظری است. برای شناخت میزان همخوانی داده های تجربی و مدل مفهومی از شاخص ها و معیارهایی استفاده می شود که به آنها شاخص های نیکویی برازش می گویند. در مدل اندازه گیری از شاخص های متفاوتی برای حصول اطمینان از نیکویی برازش مدل استفاده می شود. در جدول (۳) شاخص های محاسبه شده و مقدار استاندارد آورده شده است. مقایسه آن دو نشان می دهد که همخوانی بین داده های تجربی با مدل مفهومی و نظری وجود دارد.

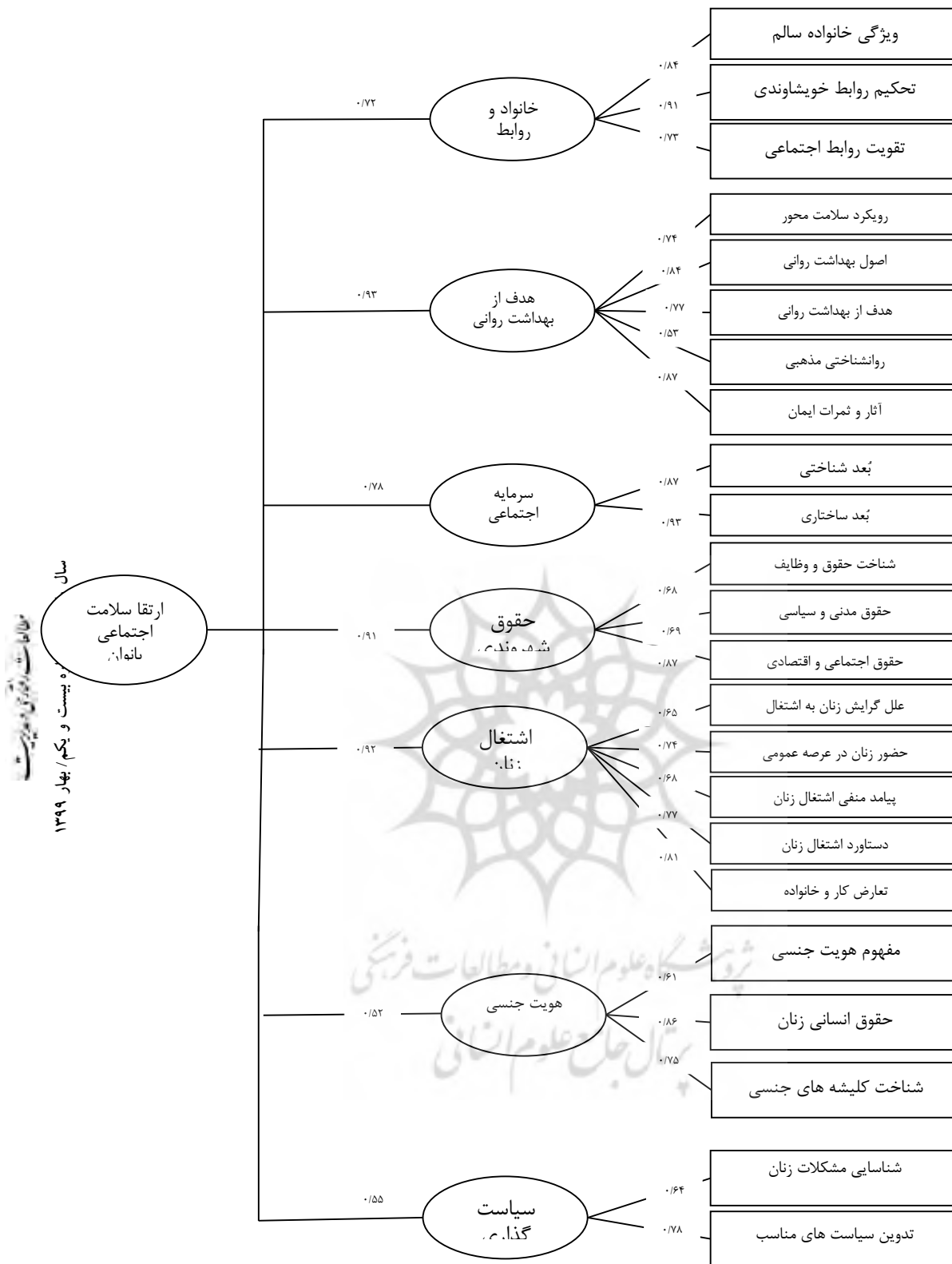
جدول (۳) برازش مدل

* شاخص اصلی	شاخص فرعی
-------------	-----------

نام شاخص	X ² /DF	RM SEA	PNF I	GFI	AGAI	NFI	CFI
مقدار استاندارد	ک متر از ۳	کم تر از ۰/۰۸	بیشتر از ۰/۵	بیشتر ۰/۸	بیشتر ۰/۸	بیشتر ۰/۹	بیشتر ۰/۹
مقدار مدل	۸ ۲/۶	۰/۷ ۰/۸	۰/۵ ۰/۲	۰/۸۹	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۳

مدل کمی ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران





نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی یکی از ملاک‌های اساسی گذار از جوامع سنتی به مدرن می‌باشد. این پدیده به عنوان بخشی از فرهنگ سلامت همگانی هر جامعه‌ای در راستای امنیت اجتماعی، حمایت، رفاه، آسایش، عدالت اجتماعی و... دارای مضامین و معانی خاصی متناسب با فرهنگ آن جامعه است. اهتمام دادن به روابط اجتماعی، جامعه‌پذیری ارزش‌ها و هنجارهای شهری، قانون‌مداری و شهروندمحوری، مشارکت و استمرار در برنامه‌ریزی‌های محلی و... در بحث ارتقاء سلامت اجتماعی مؤثر است. ارتقاء این پدیده در سطح کلانشهرها همراه با بهره‌وری، آگاهی بخشی، رشد سرمایه‌های انسانی و اجتماعی، تقویت اطلاع‌رسانی، و افزایش مهارت‌های اساسی و اجتماعی شهروندان همراه است. تأکید بر روابط اجتماعی و انسانی ارائه خدمات و مراقبت‌های اجتماعی و بهداشت روانی همراه با رویکردهای سلامت محوری شهروندان در راستای بهزیستن شهروندان، تأکید بر روش‌های ایمنی‌شناسی در ساختار شهرها، همراه با پذیرش درک شهروندان، قابلیت‌آداره کردن شهر توسط شهروندان، ایجاد احساس جامع و یکپارچگی در میان شهروندان از نکات بارز در حوزه مطالعه سلامت اجتماعی در مدیریت شهری کلانشهرهای جامعه ایران می‌باشد. ترغیب و تشویق در حوزه مسئولیت‌پذیری، همکاری، همیاری و همفکری با یکدیگر ایجاد یک خط پیوستار مثبت از تأثیرات جمعی، حمایت‌های متنوع، اعتماد، سرمایه‌های انسانی و اجتماعی و پرهیز از هرگونه قدرت‌پروری، بزهکاری و خشونت، بی‌هنجاری و از خودبیگانگی در حوزه زندگی شهری از موارد ضرورت بخش مطالعه سلامت اجتماعی در شهرها می‌باشد. رشد خودباوری و توانمندسازی که به نوعی شکوفایی اجتماعی است، همراه با شیوه‌های سازگاری اجتماعی در شهرها، در کنار برخورداری از نگرش مثبت رفتاری و عملکردی، تقویت رفتارهای مسئولیت‌پذیرانه، خودکارآمد و اجرای تعهدات و پیمان‌ها در میان شهروندان، گسترش احساس تعلق به هویت شهری و انسجام اجتماعی از مهمترین ابعاد شاخص‌های سلامت اجتماعی در مدیریت شهرها محسوب می‌گردد. کلید اساسی این ابعاد تحقق یافته در شهرها، اجرا و تدوین سیاست‌های اجتماعی از جمله تأمین اجتماعی، خدمات و رفاه اجتماعی، اشتغال، برابری فرصت‌ها، عدالت پایدار، آموزش و پرورش و... می‌باشد. بسترسازی از انواع حمایت‌های اجتماعی در جهت پیشگیری از مصادیق آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی، ارتقاء رهیافت جامعه‌محوری امنیت اجتماعی، وجود آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم رسانه‌های ملی و مطبوعات و شبکه‌های اجتماعی در راستای تقویت هنجارهای اخلاقی و رفتاری و... از مهمترین پیوندهای ارتباطی با سلامت اجتماعی در مدیریت کلانشهرها می‌باشد. سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت همگانی و عمومی در جامعه همپای سایر ابعاد روانی، معنوی، پزشکی و... نقش بارزی در توسعه پایدار جامعه در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و بسترسازی سرمایه اجتماعی شهروندان و حمایت و مشارکت آنان در تمام عرصه‌های جامعه را به همراه خواهد داشت. سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی و روحیه‌شادند و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. گلداسمیت شاخص‌های سلامت اجتماعی را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند و سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌نماید (لارسون، ۱۹۹۳: ۲۸۵) که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد. در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شمیریم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال نماید (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۸) از آنجا که موتور اصلی حرکات، رفتار و نگرش‌های ما در جهت کیفی، تفکر ماست و انسان می‌تواند با اتکا به آن مسایل و پدیده‌های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کند و به عملکرد خود جهت دهد، داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری

فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۵)؛ بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این امر می‌تواند به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی و روان‌شناختی آن غافل شد. سلامت یکی از موضوعات مهم فرهنگ هر جامعه ای است که در واقع هر اجتماع مدنی به عنوان بخشی از فرهنگ خود از سلامت و ابعاد مختلف آن نگرش و مفهوم خاصی را در نظر دارد. سلامت اجتماعی در کنار سایر ابعاد و مفاهیم واژه سلامت در راستای گسترش جامعه شهری اشاره به سازگاری با شاخص‌های اجتماعی می‌کند که شهروندان باید با نظم اجتماعی حاکم بر جامعه در هر سطحی که باشند، بتوانند در راستای توسعه پایدار و تعادل اجتماعی حاکم بر زندگی نقش بارزی ایفاء نمایند؛ و از رفاه، عدالت اجتماعی، آرامش روانی و عاطفی، کیفیت زندگی مناسب و... بهره‌مند گردند. مسئله توسعه سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن از جمله فرایندهای اجرایی و عملی مورد اهتمامی است که باید مسئولین دولتی و غیر دولتی سعی نمایند با بهره‌مندی از راهبردها و راهکارهای کوتاه، و دراز مدت شهروندان را به مشارکت پایدار در بسترسازی این شاخص ترغیب و تقویت نمایند، و با استفاده از ظرفیت‌های بالقوه و بالفعل خانواده‌ها، شهروندان در این شهر در راستای آشکارسازی توانمندی‌های آنان در اجرای پایدار شاخص‌های حوزه سلامت اجتماعی به نوعی مشارکت پایدار توسعه شهری را پرثمرتر نمود.

همچنین یکی از اصول اولیه زندگی اجتماعی داشتن اعتماد به یکدیگر است و اگر افراد در جامعه نسبت به یکدیگر اعتماد نداشته باشند، تداوم زندگی در چنین جامعه‌ای دشوار خواهد بود زیرا کاهش اعتماد اجتماعی در جامعه موجب می‌گردد همواره نوعی ترس از برقراری رابطه و احساس ناامنی بین اعضا به وجود آید که مانع از تداوم و تقویت رابطه و کاهش همکاری و تعاملات می‌گردد که در این صورت فردگرایی و منفعت طلبی که منشأ بسیاری از انحرافات و نابسامانی‌های اجتماعی است در جامعه رواج می‌یابد (باستانی و دیگران، ۱۳۸۷: ۴۲-۴۳).

در پژوهش حاضر مدل ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران ارائه شده است. یافته‌های حاصل از پژوهش بیانگر آن بود که از بین ابعاد مدل‌ها و بهداشت روانی با میانگین (۰/۹۳) و هویت جنسیتی با میانگین (۰/۵۲) کمترین تاثیر را در ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران را داشته و پاسخ دهندگان با وضعیت موجود مولفه‌های دیگر در سوالات مذکور رضایت ندارند و نظرات منفی دارند و همه‌ی مولفه‌ها در امر ارتقای سلامت اجتماعی بانوان در کلان شهر تهران از قابلیت بهبود بالایی برخوردار می‌باشند.

منابع و مأخذ

- آرون، ر. (۱۳۸۱). مراحل اساسی سیر اندیشه در جامعه‌شناسی، ترجمه: باقر پرهام، تهران: انتشارات علمی-فرهنگی
- باستانی، س. و دیگران. (۱۳۸۷). «سرمایه اجتماعی شبکه و روابط متقابل بین شخصی»، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، سال ۱۶، ش ۶۱، ص ۴۱-۸۱.
- بخارایی، ا.؛ شریتیان، م. ح. و طوافی، پ. (۱۳۹۴). «مطالعه جامعه‌شناختی رابطه نشاط با سلامت اجتماعی»، فصلنامه رفاه و برنامه‌ریزی، ش ۲۵، ص ۳۹-۱.
- حاتمی، پ. (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان باتأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.
- خیرالله‌پور، ا. (۱۳۸۳). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت روانی با تأکید بر سرمایه اجتماعی: مطالعه موردی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه جامعه‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی
- رضوانی، م. ر. و دیگران. (۱۳۸۷). «ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی»، فصلنامه رفاه اجتماعی، ش ۳۰ و ۳۱، ص ۳۵-۶۱
- رفیع‌پور، ف. (۱۳۷۸). آنومی یا آشفتگی اجتماعی (پژوهشی در زمینه پتانسیل آنومی در شهر تهران)، تهران: انتشارات سروش

- سام آرام، ع. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، ش ۱، ص ۹-۲۹
- سام آرام، عزت‌الله، (۱۳۹۱)، «سلامت اجتماعی، نظریه مددکاری اجتماعی»، مددکاران اجتماعی، ۱.
- سجادی، ح. و صدرالسادات، ج. (۱۳۸۴). «شاخص‌های سلامت اجتماعی»، فصلنامه سیاسی اقتصادی، دوره ۹، ش ۲۰۷ و ۲۰۸، ص ۲۴۴-۲۵۳
- سجادی، ح؛ و دیگری. (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله علمی آموزشی اقتصادی-سیاسی. شماره ۲۰۷.
- علی‌وردی‌نیا، ا. شارع‌پور، م. و ورمزیار، م. (۱۳۸۷). «سرمایه اجتماعی خانواده و بزهکاری»، فصلنامه پژوهش زنان، دوره ۶، ش ۲، ص ۱۰۷-۱۳۲
- فدایی مهربانی، م. (۱۳۸۶). «شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی»، نشریه پژوهش و سنجش، ش ۱۴۹، ص ۶۷-۸۶
- گیدنز، آ. (۱۳۷۷). پیامدهای مدرنیته، ترجمه: محسن ثلاثی، تهران: نشر مرکز، چاپ اول
- مهری، ا. (۱۳۹۰). بررسی میزان تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی و اجتماعی معلمان شهر همدان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- هزارگریبی، ج. و صفری شالی، ر. (۱۳۹۱). آناتومی رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
- Callaghan, L. (2008) Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature, personal social service research unit, established at the university of kent an Canterbury, www.ukc.ac.uk/PSSRU
- Demir, M. (2011). Effects of organizational justice, trust and commitment on employees' deviant behavior. *Anatolia*, 22 (2), 204-221.
- Keyes, C. L., M. (2004). *Complete Mental Health: An Agenda For The 21; Century*. Washington .
- Keyes, C.M. (1998). "Social Well-being", *Social Psychology Quarterly*, Vol 61, N.2,:pp 121-141.
- Keyes, Corey Lee. M & Shapiro, Adam. (2004). Social well- being in the united states: A Descriptive *Epidemiology*. Vol. 61, N. 2, pp: 121-190 .
- Larson, J. (1993) "The Measurement of Social Well-Being", *Social Indicators Research*, vol. 28, p 285-296.
- Larson, J. S. (1996), "The World Organization Definition of Health: Social versus Spiritual Health", *Social Indicators Research*, Vol 38: pp181-192.
- Larson, James, (1993), the measurement of social well-being, *social Indicators Research* 28, pp285-296.
- Marks, N.F. (1998) "Does It Hurt to Care? Caregiving, Work-Family Conflict, and Midlife Well-Being", *Journal of Marriage and Family*, 60 (4): 951-966.

یادداشت‌ها

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی