

**بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن  
(مورد مطالعه: زنان ۱۵ تا ۶۵ سال پارس آباد)**

شبنم زینالی<sup>۱</sup>

حسین بنی فاطمه<sup>۲</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۲۸

**چکیده**

زنان امروزه با ورود به بازار و تحصیلات آکادمیک، به عنوان نیروی فعال در روند توسعه اجتماعی، سهمی انکار ناپذیر در سرنوشت جامعه دارند. هم‌چنین سلامتی افراد شاخصی مهم برای سنجش توسعه‌یافتگی جوامع می‌باشد. از ابعاد سلامت که در سالیان اخیر مورد توجه قرار گرفته و تأکید بیشتری روی آن برای نیل به توسعه وجود دارد، سلامت اجتماعی می‌باشد. این امر محقق را بر آن داشت تا به بررسی برخی عوامل فردی، اجتماعی و روانی (متغیرهای زمینه‌ای، سلامت روانی، خودکارآمدی، جامعه‌پذیری و قانون‌گرایی) مرتبط با سلامت اجتماعی زنان بپردازد. جامعه آماری پژوهش زنان (۱۵-۶۵ سال) شهر پارس‌آباد به تعداد ۵۷۵۲۸ نفر می‌باشد، نمونه آماری بر اساس فرمول کوکران و واریانس داده‌های پیش‌آزمون ۲۵۱ نفر می‌باشد. روش تحقیق پیمایش مقطعی بوده و اطلاعات با استفاده از ابزار پرسشنامه استاندارد کیز و محقق ساخته جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد میزان سلامت اجتماعی زنان بر حسب اشتغال و تحصیلات متفاوت می‌باشد، هم‌چنین نشان‌گر وجود رابطه معنادار بین سلامت روانی، خودکارآمدی و جامعه‌پذیری با میزان سلامت اجتماعی می‌باشد. مدل رگرسیونی سلامت اجتماعی نشان می‌دهد، متغیرهای خودکارآمدی و سلامت روانی بیش‌ترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی دارند و ۳۲/۲ درصد تغییرات آن را پیش‌بینی می‌کنند.

**واژگان کلیدی:** زنان، سلامت اجتماعی، سلامت روانی، جامعه‌پذیری، خودکارآمدی، قانون‌گرایی.

۱- کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه تبریز، ایران. (نویسنده مسئول). shabnamzeynali@gmail.com

۲- استاد جامعه‌شناسی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، ایران.

#### مقدمه

سلامت حق و نیاز اساسی تمام انسان‌ها است و در حال حاضر نیز توسعه‌یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌کنند (بنی‌فاطمه و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). برخوردار بودن از سلامتی برای اغلب انسان‌ها موضوعی فوق‌العاده مهم و مطرح شده در تمام فرهنگ‌هاست (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲)، چرا که یکی از ارکان اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. به عبارت دیگر حفظ و ارتقای سلامت پیش‌نیاز حرکت به سوی برنامه‌ریزی‌های اقتصادی و اجتماعی است. سلامت یکی از حقوق اساسی بشر است که مفهومی پویا دارد. هر جامعه زمانی از پویایی و نشاط برخوردار خواهد بود که شهروندان دارای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مطلوب باشند و در این صورت جامعه می‌تواند پله‌های ترقی و تکامل را طی کرد و به سطح قابل قبولی از توسعه دست یابد (همتی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲).

سلامت اجتماعی از واژه‌هایی است که بیش‌تر مردمان با آنکه اطمینان دارند معنای آن را می‌دانند، تعریفش را دشوار می‌یابند (محسنی تبریزی و نوابخش، ۱۳۹۵: ۷). این واژه برگردان کلمه (social well being) است، که متشکل از دو کلمه (social) به معنای «اجتماعی» و (well being) به معنای «خوب بودن و زندگی خوب داشتن» تشکیل شده است که بیش‌تر ناظر بر شادی و رضایت داشتن است و بر مفاهیمی مثبت از سلامتی تأکید داشته (قاسم‌زاده، ۱۳۹۷: ۲) و مفهومی پیچیده و بنیانی است (افشانی و شیرینی، ۱۳۹۴: ۲)، با توجه چندبعدی بودن مفهوم سلامتی، سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۸) سلامت اجتماعی را یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت معرفی کرده است (مستی و فخرايي، ۱۳۹۳: ۲). سلامت اجتماعی به‌نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. علاوه بر این کبیز معتقد است سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که با هم نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (افشانی و شیرینی، ۱۳۹۴: ۲).

سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که امروزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و دایره موضوعات آن هر روز فراگیرتر می‌شود (کامران و ناظری، ۱۳۹۶: ۳). در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. امروزه سلامت اجتماعی، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است؛ به‌گونه‌ای که دیگر، سلامتی فقط عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به‌شمار می‌آید (فلاحی و کفاشی، ۱۳۹۷: ۶).

لذا توجه به سلامت اجتماعی شهروندان برای رسیدن به جامعه‌ای پویا و توسعه‌یافته ضروری است و برنامه‌ریزان جوامع در حال توسعه باید تلاش کنند تا میزان سرمایه اجتماعی جامعه خود را ارتقا بخشند، بنابراین توجه به پدیده‌های اجتماعی که به پیشرفت و افزایش سلامت اجتماعی کمک می‌کند، امری الزامی است (وثوقی و همکاران، ۱۳۹۲: ۵). از همین رو باید گفت سلامت جامعه در گرو سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تک‌تک افراد است (همتی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲).

از سوی دیگر، شرایط جامعه که نشانگر جامعه‌ای در حال گذار و انتقال از وضعیت نسبتاً سنتی به وضعیت نسبتاً مدرن است، همراه با خود فرصت‌ها و تهدیدهایی به ارمغان می‌آورد؛ فرصت‌هایی برای یافتن راهکارها و مدل‌های ارتقاء و گسترش سلامت اجتماعی و تهدیدهایی در از دست رفتن سلامت اجتماعی موجود یا کمرنگ‌شدن آن به قیمت انتقال به دوره‌ی مدرن در این راستا موضوع سلامت اجتماعی زنان یک مسأله حیاتی است که امروزه با چالش‌های فراوانی روبرو شده است (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۴). با توجه به اینکه زنان از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند، گاه عواملی چون طلاق، فوت، اعتیاد همسر، از کارافتادگی، رها شدن توسط مردان مهاجم و بی‌مبالات موجب آسیب‌پذیر شدن آن‌ها می‌شود و در نهایت سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد و توجه به آن بسیار حائز اهمیت است (همتی و همکاران، ۱۳۹۱: ۳).

زنانی که از سلامت اجتماعی برخوردارند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند و احتمالاً می‌توانند مشارکت بیشتری در فعالیت‌های جمعی داشته باشند در نتیجه باید انتظار داشت تطابق آنان با هنجارهای اجتماعی بیشتر خواهد شد. شرایطی که می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از انحراف که ابعادی فراتر از قلمرو رفتارهای فردی دارد، داشته باشند (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۴).

هم‌چنین در بررسی تفاوت‌های جنسیتی لاروج، نشان می‌دهد سلامت اجتماعی در زنان بیش از مردان است، در زمینه تحصیلی نیز، تحقیقات کبیز نشان داد که با بالاتر رفتن میزان تحصیلات افراد، سلامت اجتماعی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد (مدیری و همکاران، ۱۳۹۶: ۶). بنابر مطالب فوق می‌توان بیان کرد: سلامت زنان مطمئن‌ترین راه نیل به هدف‌ها کلی سلامت و ارتقای کیفیت زندگی برای همه انسان‌هاست. وضعیت زنان تأثیر مهمی بر سلامت کودکان، خانواده، جامعه و محیط زیست دارد. زنان اولین مراقبان سلامت خانواده و جامعه هستند. آموزش و فرهنگ از طریق سلامت زنان توسعه می‌یابد. زنان هم دریافت‌کننده و هم ارائه‌دهنده اصلی مراقبت در نظام سلامت هستند (همتی و همکاران، ۱۳۹۱: ۴). بنابراین توجه به سلامتی زنان که به‌عنوان نیمی از جمعیت می‌توانند نقشی سازنده و تأثیرگذار در روند پیشرفت، تکامل و توسعه جامعه داشته باشند، امری حایز اهمیت است (افشانی و شیرینی، ۱۳۹۴: ۲).

به‌زعم گلد اسمیت سلامت اجتماعی «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» می‌باشد. بنابراین فقدان سلامت اجتماعی حاصل عدم جذب افراد در چارچوب‌های اجتماعی و در نتیجه عدم جامعه‌پذیری صحیح آن‌هاست، لذا سلامت اجتماعی عامل مهمی در کنترل آسیب‌ها و مسائل اجتماعی و حفظ نظم اجتماعی می‌باشد (خوشفر و همکاران، ۱۳۹۴: ۳-۴) و بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، می‌تواند موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، گرایش به مصرف دخانیات، فرار از خانه، افت تحصیلی و شغلی و سایر آسیب‌های اجتماعی شود و از جمله موضوعاتی است که باید به آن توجه خاصی صورت گیرد (پارسامهر و رسولی‌نژاد، ۱۳۹۴: ۵).

به‌طور کلی در بحث سلامت اجتماعی، انسان به‌تنهایی مطرح نیست، بلکه آنچه مورد نظر است پدیده‌های هستند که در اطراف آن وجود دارند و بر مجموعه و سیستم او تأثیر می‌گذارند (کامران و ناظری، ۱۳۹۶: ۳). از سلامت اجتماعی تعریف‌های متعددی صورت گرفته است از جمله اینکه، مفهوم سلامت اجتماعی از دیدگاه کبیز کمتر از سلامت روانی و فیزیکی شناخته شده است و در عین حال به همراه سلامتی روانی و فیزیکی یکی از سه بنیان بسیاری از تعاریف سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهد (وئوقی و همکاران، ۱۳۹۲: ۷)، در عین حال لارسن نیز معتقد است سلامت اجتماعی عبارت است از کیفیت روابطش با افراد دیگر، گروه‌های عضو و دوستان و خویشاوندان که با آن‌ها ارتباط دارد، و معتقد است سلامت اجتماعی نشان‌دهنده رضایت یا نارضایتی از زندگی و محیط اجتماعی است. به اعتقاد شاپیرو نیز آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. لذا او به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به‌منظور ایجاد روابط ارضاء‌کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی می‌دهد (وئوقی و همکاران، ۱۳۹۲: ۸).

کاپلان و اندرسون (۱۹۸۸) معتقدند ارائه تعریفی دقیق و متناسب از سلامت اجتماعی بسیار سخت و دشوار است، آنان اگرچه از به‌کار بردن حمایت اجتماعی در ذیل سلامت اجتماعی خودداری کردند اما اذعان می‌کنند که جدا کردن سلامت اجتماعی از سلامت روانی امری بسیار دشوار و سخت است (Kaplan & Anderson, 1988: 6). به‌منظور ارائه تعریفی از سلامت اجتماعی در ایران نیز تحقیقی با عنوان «سلامت اجتماعی ایران از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهد مدار» انجام شده است. در تعاریف مطرح شده در این تحقیق سلامت اجتماعی به سه دسته تقسیم شده است:

۱- سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی. صاحب‌نظرانی همچون لارسن (۱۹۹۶)، کبیز (۲۰۰۴)، شاپیرو (۲۰۰۴)، اوستون و جیکوب (۲۰۰۵) در دسته‌کسانی آورده شده‌اند که نگاه این‌گونه‌ای به سلامت اجتماعی دارند.

بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: زنان ۱۵ تا ۶۵ سال ...

۲- سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش. در این باره بیان شده است که سلامت کل جامعه و افراد نتیجه تعامل عوامل بسیاری از جمله وراثت، محیط زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی- اجتماعی، درآمد سرانه و ... می باشد. سلامت اجتماعی با این نوع نگاه به واقع همان تعیین کننده های اجتماعی سلامت خواهد بود.

۳- سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم. در این دیدگاه می توان گفت جامعه سالم جامعه ای است که در آن فقیر، خشونت، تبعیض جنسی و قومی و نژادی وجود نداشته باشد و آزادی عقیده بیمه همگانی، آموزش رایگان توزیع عادلانه درآمد، احساس رضایت از زندگی، مشروعیت حکومت وجود داشته و رشد جمعیت نیز تحت کنترل باشد (زاهدی اصل و پیلهوری، ۱۳۹۳: ۶).

از نظر تجربی نیز مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی قرار دارد، به عقیده دورکیم از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است یعنی یک احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک اساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (خوشفر و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۰). بر همین اساس و از دیدگاه جامعه شناسی سه رویکرد متفاوت به سلامت اجتماعی وجود دارد. رویکرد تعیین کننده های سلامت، سلامت اجتماعی جامعه و سلامت اجتماعی فردی (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۷). تعیین کننده های اجتماعی سلامت از موضوعاتی است که در دهه های اخیر توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است که متناسب با آن، به سلامت اجتماعی نیز به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر زندگی فردی و اجتماعی افراد پرداخته است (کامران و ناظری، ۱۳۹۶: ۳).

سلامت اجتماعی همچنین از ابهام در مورد کاربرد آن در افراد یا به کل جامعه رنج می برد. پاتریک و اریکسون (۱۹۹۳)، در بررسی کیفیت بهزیستی، این سؤال را مطرح کردند: آیا بهزیستی اجتماعی محیط جامعه است یا وضعیت عملکردی افراد؟ تعریف سازمان بهداشت جهانی، رفاه اجتماعی را به اندازه کافی تعریف نمی کند تا این ابهام را از بین ببرد (Larson, 1996: 3). سلامت اجتماعی جامعه از طریق سرمایه اجتماعی جامعه اندازه گیری می گردد و سلامت اجتماعی در سطح فردی نیز فرایند درگیر شدن شهروندان در امور اجتماعی است. در واقع هرچه سطح درگیری و مشارکت اجتماعی شهروندان بالاتر برود، سلامت اجتماعی فرد افزایش پیدا می کند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۷). همچنین بر اساس نظریه کپیز و شاپیرو سلامت اجتماعی بر اساس سطح تجزیه و تحلیل و پیوستار اندازه گیری در سه بخش متفاوت اندازه گیری می شود که نشانگر حالات منفی و مثبت سلامت اجتماعی می باشد. اینتن نیز معتقد است اساس و بنیان سلامت اجتماعی بر پایه موقعیت فردی، بین فردی و شرایط اجتماعی است، در حالی که هر سه شاخص عنوان شده برای شکل گیری سلامت اجتماعی الزامی هستند، تعادل و توازن بین این سه

وضعیت (فردی، بین فردی و اجتماعی) نیز از عوامل مهم و تعیین کننده سلامت اجتماعی می باشد (Abdullah, 2019: 2). که در جدول زیر مشاهده می کنید و بر همین اساس نیز در ادامه بحث به نظریه سلامت اجتماعی کیز که چهارچوب نظری مقاله حاضر می باشد می پردازیم.

**جدول (۱): سطوح اندازه گیری**

بیوستار	فردی	بین فردی	اجتماعی
منفی	بیگانگی، بی هنجاری	پر خاشکری	میزان خودکشی، فقر و جرم
مثبت	سلامت اجتماعی	اعتماد و حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی، وجدان جمعی

(keyes & shapiro, 2004: 4)

کیز معتقد است سلامت اجتماعی همزاد جامعه شناسی و به ویژه در دوره کلاسیک بوده است و آنومی دورکیم و بیگانگی مارکس را دو نظریه مهم در اثبات این ادعا می داند (موسوی و همکاران، ۱۳۹۴: ۲۷) و معتقد است سلامت اجتماعی بر جنبه های عمومی و تجربیات زندگی که می توانند در سلامت شخصی فرد تأثیرگذار باشند متمرکز است (Shayegian & amiri, 2019: 2). همچنین از نظر دورکیم اگر افراد در چارچوب های اجتماعی جذب نگردند زمینه آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات فراهم شده و در چنین زمینه برای رشد سلامت اجتماعی نامساعد خواهد بود (قاسم زاده، ۱۳۹۷: ۶).

نظریه سلامت اجتماعی کیز از یک اصل جامعه شناختی و روان شناختی نشأت می گیرد کیز معتقد است که مفهوم سازی سلامت باید آنقدر گسترده شود که سلامت اجتماعی را در برگیرد کیز پنج ملاک (یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی و اجتماعی) را برای سلامت اجتماعی برمی شمارد که هم راستا با نظریه روان شناختی و جامعه شناختی است (بخارایی و همکاران، ۱۳۹۴: ۷).

به نظر کیز از دیدگاه دورکیم سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می کند. یکپارچگی اجتماعی، احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن می باشد (ذالی آراللو و علایی، ۱۳۹۳: ۷). این عامل می تواند جنبه ای محوری از سلامت باشد و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می بایست حاصل یک تجربه مشترک با دیگران باشد (امیدی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۰)، افراد سالم احساس می کنند که جزئی از جامعه اند لذا یکپارچگی اجتماعی میان احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می سازند و به جامعه خود تعلق دارند. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست (محسنی تبریزی و نوابخش، ۱۳۹۵: ۱۲).

از آنجایی که سلامت اجتماعی در میان افراد جامعه با عوامل اجتماعی متعددی در ارتباط است، از این رو با این بررسی می‌توان ریشه‌های ایجاد سلامت اجتماعی و همچنین تداوم آن را پیدا کرد و بر آن اساس شرایط مناسبی را برای تربیت شهروندان یک جامعه با سلامت اجتماعی بالا مهیا کرد. پس از بررسی و توصیف مفهوم سلامت اجتماعی، به بررسی عوامل فردی و اجتماعی مرتبط (سلامت روانی، خودکارآمدی و قانون‌گرایی) به‌عنوان متغیرهای دیگر تحقیق می‌پردازیم.

همان‌گونه که در صفحات پیشین اشاره شد، سلامت روان یکی از ابعاد سلامتی است که در عصر حاضر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و یکی از فاکتورهای باارزشی از شاخص جهانی است (پرپنجی و همکاران، ۱۳۹۸: ۳) که نقش تعیین‌کننده‌ای در حیات فردی و اجتماعی افراد دارد. سلامت روانی، بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، نه تنها به نبود اختلالات روانی دلالت دارد، بلکه شرایط مساعدی در نظر گرفته می‌شود که افراد بتوانند، استعدادها و توانایی‌های خود را تحقق بخشیده؛ با استرس‌های معمول زندگی سازگار شده؛ به شکل بهره‌ورانه‌ای کار کرده و اقدامات مفیدی برای جامعه انجام دهند (آقایاری و عباس‌زاده، ۱۳۹۵: ۴).

بنابراین داشتن سلامت روان یکی از نیازهای اساسی زندگی بشر می‌باشد که هرگاه مورد تهدید واقع می‌شود، تمامی جنبه‌های زندگی فرد را مختل می‌کند. سلامت به‌عنوان یکی از شاخصه‌های افزایش رفاه اجتماعی و کیفیت زندگی و رویکرد اجتماع‌محور پایه اصلی آن است، به‌نحوی که امروزه به‌طور روزافزونی رویکرد ارتفاع سلامت اجتماع‌محور به‌عنوان یک نگاه برای بهبود وضعیت سلامت کلی فرد جامعه شناخته می‌شود (کریباسی‌زاده اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۷: ۳). سلامت روان با عواطف، تفکر و رفتار آدمی ارتباط دارد. فردی که از سلامت روانی خوبی برخوردار است، معمولاً می‌تواند با حوادث روزافزون و مشکلات روزمره مقابله کند، اهداف خود را در زندگی دنبال کند و عملکرد مؤثری در جامعه داشته باشد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۸: ۳). افراد دارای سلامت روانی احساس راحتی می‌کنند، خود را آنگونه که هستند می‌پذیرند، از استعدادهای خود بهره‌مند می‌شوند، نگرانی، ترس و اضطراب و حسادت کمی دارند و دارای اعتماد به نفس می‌باشند. سیستم ارزشی آنان از تجارب شخصی خودشان سرچشمه می‌گیرند. احساس خوبی نسبت به دیگران دارند، به علایق افراد دیگر توجه می‌کنند و نسبت به آن‌ها احساس مسئولیت نشان می‌دهند (عاشوری و همکاران، ۱۳۹۷: ۸). با این وجود ارتباط بین سلامت روانی و سلامت اجتماعی امری انکارناپذیر و قطعی می‌باشد، چرا که منابع سلامت روانی از جمله افسردگی، استرس، اضطراب و کنش افراد در فرایند کنش و واکنش‌های اجتماعی و در ارتباط با سایر مناصب اجتماعی به‌وجود آمده و شکل می‌گیرند، از سویی دیگر نیز عوامل روانی از جمله استرس و اضطراب و سایر بیماری‌های روانی بر الگوی رفتار و کنش افراد تأثیر گذاشته و مانع شکل‌گیری و ظهور تمام و کمال ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی در افراد می‌گردد.

همچنین پیوند میان انسان و قانون از مهم‌ترین و حساس‌ترین روابطی است که رفتار و کنش افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مهم‌ترین هدف قانون‌گذاری ایجاد نظم و امنیت و تعیین حد و مرز اختیارات و وظایف افراد در روابط اجتماعی است. این امر موجب بقای قانون، عدالت و عدم گرایش انسان‌ها به بی‌نظمی، هنجارشکنی و قانون‌شکنی می‌شود (محسنی، ۱۳۹۱: ۲). می‌توان گفت پیوند میان انسان و قانون از برجسته‌ترین شاخص‌های تاریخ اجتماعی زندگی بشر است. قانون‌گرایی یعنی حفظ و اجرای قوانین به‌طور عادلانه و رعایت حقوق همه افراد. بر این اساس جامعه‌ای قانون‌گراست که در آن قوانین رعایت شده، همه مردم در برابر اجرای قوانین برابر بوده و رهبران آن قانون‌پذیرترین انسان‌ها باشند. روند قانون‌گرایی طی فرایند اجتماعی شدن از کودکی تا بزرگسالی به‌دست می‌آید. در واقع جامعه‌پذیری و اجتماعی شدن به افراد کمک می‌کنند با قوانین آشنا شده و خود را با آن‌ها سازگار کنند (افشانی، ۱۳۹۰: ۳). به‌زعم دورکیم، قانون‌گریزی یا بی‌هنجاری به حالتی از آشفتگی و هیجان و پریشانی گفته می‌شود. به‌زعم وی، بی‌هنجاری زمانی رخ می‌دهد که تحولی عظیم که به‌ناچار شامل بی‌نظمی غیرمنتظره است، در جامعه واقع شود. او معتقد است نزدیک‌ترین حالت به وضعیت بی‌هنجاری، هم‌زمان با وقوع تغییرات گسترده اجتماعی، سیاسی و اقتصادی مشاهده می‌شود. نتیجه‌ی چنین وقایعی ممکن است افزایش قانون‌گریزی و رفتارهای تخلف‌آمیز باشد (زارع و ترکان، ۱۳۹۲: ۱۲).

یکی از صدها مطالعاتی که در زمینه سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن که در داخل کشور انجام گرفته است، مطالعه امیدی و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان «سلامت اجتماعی و کارکردهای آن در جوامع شهری، مطالعه موردی شهر اصفهان» می‌باشد که با روش پیمایش و با استفاده از ابزار پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات، نشان دادند بین سلامت روانی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج پژوهشی با عنوان «تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان» توسط تاج‌الدین (۱۳۹۶)، نشان داد امنیت اجتماعی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و پایگاه اقتصادی - اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشته و با افزایش هر یک از متغیرهای یاد شده میزان سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی با عنوان «رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان» می‌باشد، بیان کردند رابطه معناداری بین وجود سن، تأهل و شغل و پیامدهای آن با سلامت اجتماعی وجود دارد.

نتایج پژوهشی با عنوان «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان» توسط شهریار پور و مرادی (۱۳۹۵)، که با روش پیمایشی صورت گرفته است، نشان داد متغیرهای روانی - اجتماعی، پایگاه اقتصادی اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، گرایش‌های مذهبی و شبکه‌های اجتماعی از جمله عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد می‌باشند. همچنین نتایج پژوهش نجف‌آبادی (۱۳۹۰) با عنوان «عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله‌ی شهر اصفهان (با تأکید بر حمایت اجتماعی)» نشان داد بین



بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: زنان ۱۵ تا ۶۵ سال ...

سن، تحصیلات و حمایت اجتماعی با سلامت اجتماعی افراد رابطه معناداری وجود دارد، با افزایش تحصیلات و حمایت اجتماعی میزان سلامت اجتماعی افراد نیز افزایش می‌یابد. همچنین با افزایش سن افراد نیز میزان سلامت اجتماعی افراد کاهش می‌یابد. صباغ و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی با عنوان «سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز» که با روش پیمایش و ابزار گردآوری پرسشنامه صورت گرفت، به این نتیجه دست یافتند که بین سلامت اجتماعی با دین‌داری، اعتماد اجتماعی، اوقات فراغت و تحصیلات رابطه معناداری وجود دارد.

دانیلچنکو (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان «تفاوت‌های جنسیتی و سلامتی اجتماعی در بین زنان و مردان» بیان می‌کند از جمله عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی زنان رضایت اجتماعی، ارتباط با دوستان، عوامل روانی و همچنین سن می‌باشد. بورک و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیقی با عنوان «فعالیت در شبکه‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی» به بررسی رابطه بین سلامت اجتماع و میزان فعالیت در شبکه‌های اجتماعی مختلف پرداختند، نتایج این تحقیق نشان داد بین روابط اجتماعی بیش‌تر، سن و خوداتکایی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) نیز در مطالعه‌ای با عنوان «سلامت اجتماعی در آمریکا» بیان می‌کنند که سلامت روانی، عوامل اقتصادی و حالات فردی از جمله افسردگی از مهم‌ترین متغیرها و عوامل تعیین‌کننده سلامت اجتماعی در هر جامعه‌ای می‌باشد. کاپلان و اندرسون (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای با عنوان «الگوی اساسی سیاست‌های بهداشتی: برنامه‌های کاربردی روزآمد» نشان دادند عواملی همچون کیفیت زندگی، سلامت روانی و حمایت اجتماعی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر متغیر سلامت اجتماعی می‌باشند.

با توجه به مطالعات مورد اشاره داخلی و خارجی مشاهده می‌شود که سلامت اجتماعی زنان دغدغه‌ای ملی و جهانی می‌باشد که از دیدگاه‌های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است، اما با توجه به اینکه سلامت اجتماعی زنان عمدتاً از دیدگاه جنسیتی و متغیرهای وابسته به سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، از این رو در پژوهش حاضر به دنبال بررسی رابطه سلامت اجتماعی با دیگر متغیرهای اجتماعی و فردی از جمله خودکارآمدی، قانون‌گرایی و جامعه‌پذیری بوده‌ایم.

بر اساس آنچه گفته شد امروزه رفاه و سلامت انسان به‌عنوان ملاک و معیار پیشرفت و توسعه انسانی، یکی از مهم‌ترین محورهای بحث و گفت‌وگو در مجامع و محافل علمی بین‌المللی و سیاست‌گذار جهانی و سلامت آحاد مردم، دغدغه صریح دولت‌ها، متولیان امور جمعی و کارگزاران اجتماع است (قاسم‌زاده، ۱۳۹۷: ۲). چرا که عدم توجه به آن می‌تواند تبعات سخت و جبران‌ناپذیری در پی داشته باشد. در این زمینه مطالعات متعددی (رضایی و همکاران ۱۳۹۴، سجادی و صدرالسادات ۱۳۸۳، تقوایی و چیت‌ساز ۱۳۹۵، راد و همکاران ۱۳۹۴، حسینی و تقی‌پور ۱۳۸۹، مستی و فخرایی ۱۳۹۳، قاضی‌نژاد و سلیمانی ۱۳۹۵، خوشفر و همکاران ۱۳۹۴، کامران و ناظری ۱۳۹۶ و تحقیقات متعدد دیگر) صورت

گرفته‌است که نشانگر عدم شرایط خیلی خوب و مطلوب در رابطه با سلامت اجتماعی و اهمیت موضوع می‌باشد، اما آن‌چه موجب بررسی مجدد این موضوع می‌باشد، عدم پرداختن به متغیرهای خودکارآمدی و قانون‌گرایی و همچنین جامعه مورد مطالعه می‌باشد که تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است، از همین روی محقق در مقاله حاضر به دنبال بررسی میزان سلامت اجتماعی زنان (پارس‌آباد) و رابطه آن با عوامل فردی و اجتماعی (متغیرهای جمعیت‌شناختی، سلامت روانی، خودکارآمدی و قانون‌گرایی) می‌باشد. از این رو تحقیق حاضر به دنبال آزمون فرضیه‌های زیر می‌باشد:

- ۱- بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ۲- بین سلامت اجتماعی و خودکارآمدی زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ۳- بین سلامت اجتماعی و جامعه‌پذیری زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ۴- بین سلامت اجتماعی و قانون‌گرایی زنان رابطه معناداری وجود دارد.
- ۵- سلامت اجتماعی افراد بر حسب متغیرهای زمینه‌ای (سن، اشتغال، تأهل، تحصیل فرد و والدین) متفاوت می‌باشد.

## روش

روش اجرای پژوهش حاضر پیمایشی است. همچنین این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر وسعت پهنانگر و از نظر زمانی مقطعی است. برای گردآوری اطلاعات از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. و از آنجایی که متغیرهای تحقیق تغییرپذیری ایجاد نشده و دخل و تصرفی صورت نگرفته است، تحقیقی پس‌رویدادی می‌باشد و با توجه به نوع رابطه بین متغیرها و ارزیابی شدت روابط از نوع پژوهش‌های همبستگی می‌باشد. واحد تحلیل در پژوهش حاضر فرد می‌باشد، جامعه آماری پژوهش حاضر زنان ۱۵ تا ۶۵ سال پارس‌آباد بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ می‌باشد. برای برآورد حجم نمونه از فرمول نمونه‌گیری کوکران، استفاده شد و تعداد حجم نمونه ۲۵۱ نفر تعیین گردید.

**تعریف نظری و عملیاتی متغیرها؛** کبیز سلامت اجتماعی را ترکیبی از چند عامل می‌داند که در مجموع نشان می‌دهد، یک فرد در زندگی اجتماعی و در نقش‌های مختلفی که دارد، عملکرد خوبی داشته است یا نه؟ کبیز معتقد است عملکرد خوب در زندگی فقط در سلامت جسمی و روانی خلاصه نمی‌شود و چالش‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد (فرجی‌ارمکی و همکاران، ۱۳۹۳: ۵). همچنین برای سنجش مفهوم سلامت اجتماعی از پرسشنامه ۲۰ سؤالی کبیز که شامل پنج بعد یکپارچگی، مشارکت، انطباق و پذیرش اجتماعی و شکوفایی می‌باشد استفاده شده‌است.

سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و ... می‌باشد (سلیمی و

بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: زنان ۱۵ تا ۶۵ سال ...

همکاران، ۱۳۸۹: ۳). برای سنجش مفهوم سلامت روانی، از پرسشنامه استاندارد سلامت روانی کیز (۲۰۰۲)، که از فرم بلند پیوستار سلامت روان مشتق شد و شامل ۱۳ سؤال می‌باشد. طراحی شده است و بر اساس طیف شش گزینه‌ای استفاده شده است.

قانون‌گرایی در جامعه به منزله‌ی گرایش آگاهانه و داوطلبانه و ارادی اکثریت قریب به اتفاق مردم از قوانین و عمل به آن‌هاست، هم‌چنین قانون‌گرایی، اهمیتی است که شهروند برای قانون قائل می‌شود (زارع و ترکان، ۱۳۹۲: ۲۰). برای سنجش قانون‌گرایی از پرسشنامه محقق ساخته ۱۱ سؤالی در پیوستار ۶ درجه‌ای استفاده شده است.

پلنت و روین معتقدند خودکارآمدی عبارت از انتظارات متصور یک فرد در یک موقعیت، کار یا رسیدن به یک نتیجه ارزشمند از طریق فعالیت‌های فردی است (لطفی‌نیا و همکاران، ۱۳۹۲: ۳). برای سنجش میزان خودکارآمدی از پرسشنامه خودکارآمدی شرر استفاده شده است. مقیاس خودکارآمدی شرر و همکاران دارای ۱۷ عبارت است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) بدون مشخص کردن عوامل و عبارات آن‌ها معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و متفاوت در رویارویی با موانع را اندازه‌گیری می‌کند.

جامعه‌پذیری یا اجتماعی‌شدن فرآیندی است که به انسان، راه‌های زندگی کردن در جامعه را می‌آموزد، شخصیت می‌دهد، و ظرفیت‌های او را در جهت انجام وظایف فردی و به‌عنوان عضو جامعه توسعه می‌بخشد، فرد در این فرایند یاد می‌گیرد چگونه به دیگران بپیوندد و در تعامل و کنش متقابل با آن‌ها قرار گرفته و هنجارمند رفتار کند (کوئن، ۱۳۹۷: ۱۰۱). برای سنجش میزان جامعه‌پذیری از پرسشنامه ۱۳ گویه‌ای محقق ساخته در قالب طیف لیکرت استفاده شده است.

برای برآورد میزان پایایی متغیرهای مستقل (سلامت روان، خودکارآمدی و قانون‌گرایی) و وابسته تحقیق از آزمون پایایی آلفای کرونباخ استفاده گردیده است که مقدار آن برای سلامت اجتماعی ۰/۸۶۸، خودکارآمدی ۰/۹۱۷، سلامت روانی ۰/۹۱۷ و جامعه‌پذیری ۰/۷۹۴ می‌باشد.

**جدول (۲): ضریب آزمون آلفای کرونباخ (پایایی) متغیرهای اصلی تحقیق**

متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب استاندارد آلفای کرونباخ
سلامت اجتماعی	۲۰	۰/۷۴۵	۰/۷۳۷
خودکارآمدی	۱۷	۰/۸۶۸	۰/۸۶۷
سلامت روان	۱۳	۰/۹۱۷	۰/۹۱۷
جامعه‌پذیری	۱۳	۰/۷۹۴	۰/۷۹۳
قانون‌گرایی	۱۱	۰/۸۷۴	۰/۸۷۱

## یافته‌ها

**یافته‌های توصیفی؛** بررسی یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که از میان پاسخگویان ۴۵ نفر شاغل و ۲۰۰ نفر بیکار بوده‌اند در حالی که ۶ نفر از پاسخگویان وضعیت اشتغال خود را مشخص نکرده‌اند،

## تغییرات اجتماعی- فرهنگی، سال هجدهم، شماره شصت و هشتم، بهار ۱۴۰۰

همچنین ۹۶ نفر از پاسخگویان متأهل و ۱۴۷ نفر مجرد بوده‌اند و ۸ نفر نیز وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده‌اند. جدول شماره ۳ آماره‌های توصیفی متغیر وابسته (سلامت اجتماعی)، متغیرهای مستقل (سلامت روانی، خودکارآمدی، جامعه‌پذیری، قانون‌گرایی و جامعه‌پذیری) و متغیرهای زمینه‌ای فاصله‌ای مربوط به پاسخگویان ارائه شده است. این جدول اطلاعات کمینه، بیشینه، میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر مربوط به شکل توزیع متغیرها را به نمایش گذاشته است:

**جدول (۳): آمار توصیفی متغیرهای اصلی**

شاخص	کمینه	بیشینه	میانگین		انحراف استاندارد		چولگی	کشیدگی
			آماره	میانگین	انحراف استاندارد	آماره		
سلامت اجتماعی	۴۳	۱۰۴	۷۷/۷۹	۱۰/۹۱۳	-۰/۰۶۳	-۰/۱۵۷	-۰/۳۱۳	
سلامت روانی	۱۵	۷۸	۵۰/۵۴	۱۵/۲۰۶	-۰/۱۷۶	-۰/۱۵۶	-۰/۳۱۰	
خودکارآمدی	۳۶	۹۶	۶۸/۹۸	۵/۲۱	-۰/۱۰۵	-۰/۱۵۶	-۰/۳۱۱	
قانون‌گرایی	۱۳	۶۶	۳۷/۴۳	۱۰/۹۰۳	-۰/۰۶۷	-۰/۱۵۶	-۰/۳۱۲	
جامعه‌پذیری	۲۸	۷۸	۵۴/۳۱	۸/۹۹۱	-۰/۱۷۶	-۰/۱۵۶	-۰/۳۱۲	
سن	۱۶	۶۴	۳۱/۵۷	۱۲/۲۷۲	۱	-۰/۱۶۱	-۰/۳۲۰	

شاخص کلی سلامت اجتماعی بین ۴۳ (پایین‌ترین سطح سلامت اجتماعی) و ۱۰۴ (بالا‌ترین سطح سلامت اجتماعی) متغیر است. میانگین نمره سلامت اجتماعی ۷۷/۷۹ برآورد شده است که با توجه به جایگاه این نمره در طیف سلامت اجتماعی می‌توان گفت سلامت اجتماعی زنان در سطح متوسطی (رو به بالا) قرار دارد. همچنین اطلاعات مربوط به انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی و خطای استاندارد مربوط به هر کدام نشان می‌دهد توزیع نمره سلامت اجتماعی تا حد زیادی نزدیک به یک توزیع نرمال می‌باشد. همچنین شاخص‌های پراکندگی مربوط به هر کدام از متغیرهای وابسته در جدول بالا به اختصار موجود است.

**یافته‌های تبیینی؛** برای بررسی و ارزیابی فرضیه‌های تحقیق در رابطه با اشتغال و تأهل پاسخگویان از آزمون تی‌تست استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است:

**جدول (۴): تفاوت میانگین سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل و اشتغال**

تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	تفاوت میانگین	درجه آزادی	Sig
۱۴۷	۷۸/۱۸۷	۱۰/۶۱۹	-۰/۲۵۷	-۰/۳۸۰	۲۳۰	۰/۷۹۸
۹۶	۷۷/۸۰	۱۱/۵۰۶				
۴۵	۸۴/۸۰	۱۰/۱۰۵	۳/۲۸۳	۶/۰۸۸	۲۳۲	۰/۰۰۱
۲۰۰	۷۶/۷۱۱	۱۰/۷۹۴				

بر اساس نتایج جدول ۴ میانگین سلامت اجتماعی بین افراد متأهل و مجرد تفاوت معناداری ندر، اما باید اذعان داشت تفاوت موجود بین سلامت اجتماعی زنان شاغل و بیکار محسوس و معنادار می‌باشد، به عبارت دیگر میانگین سلامت اجتماعی در بین زنان شاغل با نمره تی ۳/۲۸۳ و تفاوت میانگین ۶/۰۸۸ به صورت معناداری (۰/۰۰۱) بیش از زنان بیکار می‌باشد. جدول ۴ رابطه مابین متغیر تحصیلات و سلامت اجتماعی را که با استفاده از آزمون آنالیز واریانس میانگین‌ها صورت گرفته است، در بین پاسخگویان نشان می‌دهد:

بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: زنان ۱۵ تا ۶۵ سال ...

جدول (۵): تفاوت میانگین سلامت اجتماعی بر حسب تحصیلات

Sig	F	مجدور میانگین	درجه‌ی آزادی	مجموع مجدورات	
		۷۰۶/۷۵۷	۴	۲۸۲۷/۰۲۹	واریانس بین گروهی
۰/۰۰۰	۶/۴۱۸	۱۱۰/۱۲۵	۲۲۸	۲۵۱۰۸/۴۳۰	تحصیلات فرد واریانس درون گروهی
			۲۳۲	۲۷۹۳۵/۴۵۹	واریانس کل
		۶۳/۲۲۳	۴	۸۹۳/۲۵۲	واریانس بین گروهی
۰/۷۲	۰/۵۲۲	۱۲۱/۲۳۱	۲۳۴	۲۸۳۶۸/۰۶۱	تحصیلات پدر واریانس درون گروهی
			۲۳۸	۲۸۶۲۰/۹۵۴	واریانس کل
		۳۹/۱۸۶	۵۴	۱۵۶/۷۴۳	واریانس بین گروهی
۰/۸۶۳	۰/۲۲۲	۲۱۲/۶۱۸	۲۳۵	۲۸۵۸۰/۲۵۷	تحصیلات مادر واریانس درون گروهی
			۲۳۹	۲۸۷۳۷/۰۰۰	واریانس کل

بر اساس نتایج جدول ۵ میانگین سلامت اجتماعی بر حسب تحصیلات والدین متفاوت نمی‌باشد، در حالی که میانگین سلامت اجتماعی بر حسب پاسخگویان با نمره ۶/۴۱۸ و سطح معناداری ۰/۰۰۰ معنی‌دار می‌باشد، با توجه به معنی‌دار بودن آزمون مورد نظر با استفاده از آزمون تعقیبی LSD نشان داده شد تفاوت میانگین معناداری بین سلامت اجتماعی زنان دارای تحصیلات کارشناسی و کارشناسی‌ارشد با زنان دارای تحصیلات زیردیپلم، دیپلم و کاردانی وجود دارد، در حالی که مابین سایر طبقات تفاوت معناداری احساس نمی‌شود، به عبارت دیگر می‌توان گفت با افزایش تحصیلات دانشگاهی (کارشناسی و کارشناسی ارشد) میزان سلامت اجتماعی زنان نیز افزایش می‌یابد.

جدول ۶ ضرایب همبستگی پیرسون میان متغیرهای مستقل (سلامت روانی، خودکارآمدی، جامعه‌پذیری و قانون‌گرایی) و سن با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) را به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش نشان می‌دهد: از میان چهار متغیر مستقل تحقیق، متغیر قانون‌گرایی دارای رابطه معنادار و محسوس با متغیر وابسته نبود، در حالیکه سایر متغیرهای مستقل با سطح معناداری کم‌تر از ۰/۰۵ رابطه معناداری با متغیر سلامت اجتماعی دارند.

جدول (۶): آزمون همبستگی بین متغیرهای مستقل و سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی	سلامت روانی	خودکارآمدی	جامعه‌پذیری	قانون‌گرایی	سن
همبستگی	۰/۴۹۰	۰/۴۷۷	۰/۱۸۲	۰/۰۹۸	۰/۰۴۱
سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۱۳۱	۰/۵۴۱
تعداد	۲۴۲	۲۴۰	۲۴۰	۲۳۹	۲۳۶

بر اساس نتایج جدول ۶، بین سلامت اجتماعی و سلامت روانی، خودکارآمدی و جامعه‌پذیری رابطه معنادار و مستقیمی وجود دارد که رابطه دو متغیر سلامت روانی و خودکارآمدی با متغیر وابسته تحقیق در سطح متوسط و درجه معناداری ۰/۰۰۱ و رابطه متغیر جامعه‌پذیری با متغیر سلامت اجتماعی در سطح ضعیف و سطح معناداری ۰/۰۵ قرار دارند. به عبارت دیگر با افزایش هر یک از سه متغیر مستقل یاد شده (سلامت روانی، خودکارآمدی و جامعه‌پذیری) میزان سلامت اجتماعی افراد نیز افزایش می‌یابد.

در این بخش تحلیل رگرسیون چندگانه و روابط بین متغیرها پرداخته می‌شود و هدف از آن نیز مشخص نمودن سهم و تأثیر متغیرهای عمده تحقیق در تبیین و پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته (سلامت

تغییرات اجتماعی- فرهنگی، سال هجدهم، شماره شصت و هشتم، بهار ۱۴۰۰

اجتماعی) می‌باشد. جداول زیر نشان‌دهنده آماره‌های رگرسیونی سلامت اجتماعی و متغیرهای مستقل می‌باشد.

**جدول (۷): ضریب همبستگی، تبیین و دورین واتسون**

ضریب همبستگی	مجدور ضریب همبستگی	ضریب تبیین تعدیل شده	انحراف معیار	دورین واتسون
۰/۵۶۶	۰/۳۲۱	۰/۳۱۴	۹/۱۴۸	۱/۷۹۹

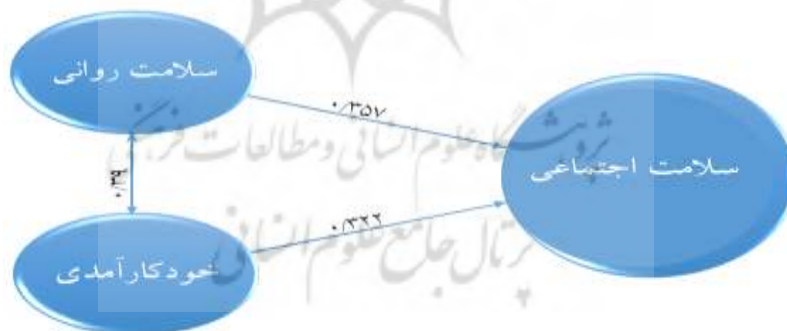
**جدول (۸): تحلیل واریانس چند متغیره سلامت اجتماعی**

اثر رگرسیونی	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری
۸۳۷۱/۸۹۱	۲	۴۱۸۵/۹۴۶	۵۰/۰۱۲	۰/۰۰۰	
۱۷۷۴۴/۳۶۷	۲۱۲	۸۳/۶۹۹			
۳۶۱۱۶/۱۵۸	۲۱۴	-			

**جدول (۹): متغیرهای باقی‌مانده در مدل رگرسیونی**

متغیرهای مستقل	ضرایب غیر استاندارد		آماره t	سطح معنی‌داری
	B	ضرایب استاندارد Beta		
عرض از میدا (ضریب ثابت)	۴۶/۴۹۹	-	۱۳/۷۳۵	۰/۰۰۰
سلامت روانی	۰/۲۵۴	۰/۳۵۷	۵/۸۱۷	۰/۰۰۰
خودکارآمدی	۰/۳۶۶	۰/۳۲۲	۵/۲۳۷	۰/۰۰۰

نمودار زیر اثرات مستقیم متغیرهای مستقل سلامت روانی و خودکارآمدی را بر میزان سلامت اجتماعی نشان می‌دهد. در این نمودار همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای مستقل نیز نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد که سلامت روانی و خودکارآمدی بیشترین همبستگی را با متغیر مستقل تحقیق (سلامت اجتماعی) دارند.



**نمودار (۱): مدل تحلیل مسیر عوامل مؤثر بر میزان همبستگی اجتماعی**

### بحث و نتیجه‌گیری

در سلامت اجتماعی، به نحوه حضور اجتماعی فرد در جامعه توجه می‌شود. یعنی فرد در جامعه با دیگران تعامل خوبی داشته باشد، در مواقع دوم به دیگران کمک کند و در مواقعی از دیگران کمک بگیرد. البته عده‌ای از محققان این تعریف را نقد می‌کنند. وقتی به تعریف سلامت روان از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی نگاه می‌کنیم، متوجه می‌شویم سلامت روان علاوه بر نبود اختلال‌های روان‌شناختی، به معنی کنار آمدن با فشارهای روانی و عصبی معمول زندگی، مولد و مثمر ثمر بودن و مشارکت در محیط زندگی هم هست. در حوزه ادبیات سلامت اجتماعی تلاش‌ها و مطالعات بسیاری در جهت شناسایی علل و عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی و تعیین‌کننده‌های روانی، اجتماعی و فردی صورت گرفته است، اما سؤالی که مطرح می‌شود این است که شرایط اجتماعی (عوامل) چگونه باید باشد؟ پژوهش حاضر نیز در جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای روانی، اجتماعی و فردی با سلامت اجتماعی صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین عواملی هم‌چون سلامت روانی، خودکارآمدی و جامعه‌پذیری با سلامت اجتماعی افراد رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. همچنین میزان سلامت اجتماعی زنان بر حسب اشتغال و تحصیلات افراد متفاوت می‌باشد. یافته‌های تحقیق حاضر با یافته‌های قاضی‌نژاد و سنگری (۱۳۹۵) هم‌خوانی دارد. نتایج پژوهش قاضی‌نژاد و سنگری همچون نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین اشتغال و پیامدهای آن برای زنان با سلامت اجتماعی آن‌ها رابطه معناداری وجود دارد، از آنجایی که اشتغال زنان و ورود آن‌ها به بازار کار موجبات افزایش سرمایه اجتماعی و افزایش گستره‌ی ارتباطات آن‌ها را در پی می‌توان انتظار داشت و تبیین کرد که اشتغال افراد در جوامع زمینه شکوفایی استعدادها، احساس همبستگی در جامعه، انسجام، احساس یکپارچگی با جامعه و همچنین درک خواسته‌های جامعه را همراه با احساس داشتن نقشی مؤثر در جامعه فراهم کرده و به دنبال آن زمینه اجتماعی لازم برای افزایش سلامت اجتماعی زنان شاغل را فراهم می‌کند. همچنین ارتباط شغل با سلامت اجتماعی در نظریه سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو، در قالب پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد نیز مورد اشاره قرار گرفته و تبیین شده است، کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) معتقدند پایگاه اقتصادی اجتماعی افراد (یکی از مهمترین تعیین‌کننده‌های پایگاه اقتصادی - اجتماعی افراد شغل آن‌هاست) می‌تواند افزایش سلامت اجتماعی افراد را در پی داشته باشد.

هم‌چنین نتایج به دست آمده مبنی بر ارتباط بین تحصیلات فرد و میزان سلامت اجتماعی فرد با نتایج پژوهش‌های صباغ و همکاران (۱۳۹۶) و نجف‌آبادی (۱۳۹۰) همسو می‌باشد، نتایج مقاله حاضر همچون دو مقاله یاد شده دیگر از صباغ و همکاران و نجف‌آبادی بیان می‌کنند با افزایش تحصیلات فرد میزان سلامت اجتماعی او نیز افزایش خواهد یافت، تحصیلات فرد نیز با توجه به اینکه بخشی از پایگاه اقتصادی - اجتماعی فرد می‌باشد در چارچوب نظریه کیز و شاپیرو قابل تبیین می‌باشد. تحصیلات با

توجه به اینکه تغییراتی شگرف و اساسی در نوع نگرش، جهان بینی و رفتار افراد ایجاد می‌کند، موجب درگیری بیش‌تر آن‌ها در امور جامعه شده و ارتباط آن‌ها با جامعه و هم‌چنین دایره این ارتباط را افزایش می‌دهد که می‌تواند بر هر پنج بعد سلامت اجتماعی از جمله یکپارچگی، انطباق و پذیرش اجتماعی تأثیرگذار بوده و موجب افزایش و بهبود آن‌ها گشته و در نتیجه بهبود سلامت اجتماعی را در پی داشته باشد.

ارتباط بین سلامت روانی و اجتماعی از جمله روابط مورد تأکید و با اهمیت ویژه در نظریه سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو می‌باشد، کیز معتقد است سنجش و اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و سلامت روانی بدون در نظر گرفتن دیگری امری بیهوده و مکان‌ناپذیر است و در اندازه‌گیری آن‌ها باید ارتباط آن‌ها با یکدیگر را مد نظر داشت. از این رو در پژوهش حاضر به دنبال بررسی رابطه بین این دو متغیر با یکدیگر بوده‌ایم و با توجه به نتایج به دست آمده، معناداری ارتباط بین این دو متغیر به اثبات رسیده و بار دیگر نظریه سلامت اجتماعی کیز را در جامعه‌ای دیگر تأیید کرد، نتیجه به دست آمده مبنی بر وجود رابطه معنادار و مستقیم بین سلامت روانی و اجتماعی با یافته‌های پژوهش‌های امیری و همکاران (۱۳۹۶)، شهریارپور و مرادی (۱۳۹۰) و دانچلیکو (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. کیز در نظریه سلامت اجتماعی بیان می‌کند میزان سلامت روانی افراد در گرو وجود ارتباطات اجتماعی و در ساختار موجود در درون شبکه اجتماعی افراد مشخص می‌شود، به عبارت دیگر او سلامت روانی افراد علاوه بر ویژگی‌های شخصیتی افراد وابسته به عوامل اجتماعی و سلامت اجتماعی آن‌ها می‌داند. از جمله مهم‌ترین ویژگی‌های روانی و فردی مؤثر بر ایفای نقش صحیح و دستیابی به پذیرش اجتماعی در جامعه، خودکارآمدی افراد می‌باشد که به معنای باور به توانایی‌های خود و هم‌چنین توانایی ترکیب استعدادها و استفاده از آن‌ها در مواقع مورد نیاز و مقابله با مسائل و مشکلات فردی و اجتماعی زندگی می‌باشد، خودکارآمدی موجب شکوفایی استعدادها و پیشرفت و رشد در ایفای نقش‌های اجتماعی شده و زمینه لازم برای سازگاری، شکوفایی و یکپارچگی با جامعه ایجاد کرده و سلامت اجتماعی را همراه با خود به ارمغان بیاورد. در این بین باید یادآور شویم که در وهله اول تفاوت عمده و عمیقی بین جامعه‌پذیری (اجتماعی شدن) و پذیرش اجتماعی وجود دارد، جامعه‌پذیری فرایند ادغام و آشنایی افراد با هنجارها، باورها و ارزش‌ها و قوانین مدون اجتماعی بوده و در روند زندگی اجتماعی فرد از بروز آنومی و بیگانگی فرد با جامعه جلوگیری کرده و موجب انسجام و همبستگی فرد با جامعه می‌گردد که از دیدگاه دورکیم مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی می‌باشند، کیز نیز معتقد است یکپارچگی، انطباق، مشارکت و شکوفایی و پذیرش اجتماعی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهد، بنابراین با توجه به ارتباط عمیق بین جامعه‌پذیری افراد و سازگاری و یکپارچگی آن‌ها با جامعه و هم‌چنین گستردن زمینه شکوفایی اجتماعی افراد می‌تواند از دلایل اساسی و مهم افزایش سلامت اجتماعی افراد در جامعه گردد.



یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی، انطباق، پذیرش و مشارکت که در ارتباط با هر سه عامل سلامت روانی، خودکارآمدی و جامعه‌پذیری افراد می‌باشند، احساس آرامش، امنیت و ارتباط عمیق و ماندگاری در بین افراد جامعه ایجاد کرده و سلامت اجتماعی زنان را در پی دارد، با توجه به اینکه زنان در جامعه ما همواره از نگاه جنسیتی رنج برده و در بسیاری مواقع در مقایسه با مردان مورد تبعیض واقع می‌شوند، وجود سه متغیر مستقل یاد شده (سلامت روانی، خودکارآمدی و جامعه‌پذیری) موجب افزایش ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی شده و آن‌ها را جامعه به‌ویژه با زنان دیگر جامعه پیوند داده و مشارکت و انسجام و یکپارچگی آن‌ها را افزایش می‌دهد و همین امر می‌تواند با توجه به همدلی و انسجام در بین زنان جامعه زمینه را برای ایجاد برابری و از بین بردن تبعیض‌های جنسیتی فراهم آورند.

همان‌گونه که گفته شد بعد اجتماعی سلامت پیچیده‌ترین بعد آن است، در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، بخصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده‌است. اما آنچه فقدان آن، در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، توجه نکردن کافی به ابعاد روانی، رفتاری و اجتماعی افراد است. این بی‌توجهی در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، سیگار، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود و از جمله مواردی است که باید به آن‌ها توجه خاص شود. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است و به‌سرعت پیش می‌رود و موجب بیماری‌ها و اختلالات می‌شود، بعد اجتماعی سلامت، دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. و بر بعدی از سلامت تأکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا با جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مربوط است. سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کنند. مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار، همشهری و ... این تحقیق نیز نشان داد که سلامت روانی، خودکارآمدی، قانون‌گرایی و هم‌چنین پذیرش اجتماعی افراد عوامل مهم و تأثیرگذاری بر سلامت اجتماعی می‌باشند و با بهبود این عوامل می‌توان به میزان قابل توجهی سلامت اجتماعی زنان را بهبود بخشید.

### منابع

- افشانی، علیرضا. (۱۳۹۰). میزان قانون‌گرایی دانش‌آموزان و عوامل مرتبط با آن، «تحلیل اجتماعی»، شمار ۶۱: ۱۵۸-۱۳۱.
- افشانی، علیرضا؛ شیری، حمیده. (۱۳۹۴). بررسی رابطه رضایت از زندگی و سلامت اجتماعی زنان شهر یزد، «طلوع بهداشت»، شماره ۵۶: ۴۴-۳۴.
- آقایاری هیر، توکل؛ عباس‌زاده، محمد. (۱۳۹۵). مطالعه سلامت روانی و عوامل فردی و محله‌ای مؤثر بر آن مورد مطالعه: شهروندان تهرانی، «فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی»، سال هفتم، شماره ۲۷: ۱۸۷-۱۴۵.
- امید، مصطفی؛ حقیقتیان، منصور؛ هاشمیان‌فر، سیدعلی. (۱۳۹۶). سلامت اجتماعی و کارکردهای آن در جوامع شهری (مورد مطالعه: کلان‌شهر اصفهان)، «مطالعات جامعه‌شناختی شهری»، شماره ۲۴: ۱۹۰-۱۵۸.
- بخارایی، احمد؛ شریبتیان، محمدحسین؛ ایمنی، نفیسه. (۱۳۹۴). مطالعه جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی زنان و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی: زنان منطقه چهار شهری تهران)، «جامعه‌شناسی معاصر»، شماره ۷: ۵۴-۲۹.
- بنی‌فاطمه، حسین؛ رسولی زهره. (۱۳۹۰). بررسی میزان بیگانگی اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه تبریز و عوامل مرتبط با آن، «جامعه‌شناسی کاربردی»، شماره ۴۱: ۲۶-۱.
- بنی‌فاطمه، حسین؛ عباس‌زاده، محمد؛ چایچی تبریزی، نگار. (۱۳۹۰). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، «مطالعات جامعه‌شناسی»، شماره ۱۱: ۵۰-۳۷.
- پارسامهر، مهربان؛ رسولی‌نژد، سید پویا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سبک زندگی سلامت‌محور با سلامت اجتماعی در بین مردم شهر تالش، «توسعه اجتماعی»، دوره دهم شماره ۱: ۶۶-۳۵.
- پرپنجی، معصومه؛ دلاور، علی؛ فرخی، نورعلی. (۱۳۹۸). نقش سلامت روان در رفتارهای خلاقانه دانش‌آموزان شهر تهران، «ابتکار و خلاقیت در علوم انسانی»، دوره هشتم، شماره ۴: ۱۷۰-۱۵۳.
- تاج‌الدین، محمدباقر. (۱۳۹۶). تعیین‌کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران، «برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی»، شماره ۳۳: ۹۶-۶۱.
- تقوایی‌یزدی، مریم؛ چیت‌ساز، چهره. (۱۳۹۵). رابطه شبکه‌های اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان، «فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی»، سال هفتم، شماره ۲: ۹۸-۷۷.
- خوشفر، غلامرضا، محمدی، آرزو، محمدزاده، فاطمه، محمدی، راضیه، اکبرزاده، فاطمه. (۱۳۹۴). امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر قاین)، دوره نهم، شماره ۱: ۱۰۲-۷۱.

بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: زنان ۱۵ تا ۶۵ سال ...

- ذالی آراللو، محمد؛ علایی، محسن. (۱۳۹۳). بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین معلمان دوره ابتدایی شهرستان اردبیل و عوامل اجتماعی مرتبط با آن، «مطالعات جامعه‌شناسی»، شماره ۲۲: ۱۴۰-۱۲۳.
- رضایی، امید؛ مظلوم خراسانی، محمد؛ مجد، علی‌اکبر. (۱۳۹۴). مطالعه تأثیر احساس امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی شهروندان مشهد، «مطالعات امنیت اجتماعی»، شماره ۴۴: ۱۶۲-۱۳۹.
- زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ ترکان، رحمت‌اله. (۱۳۹۲). عوامل قانون‌گرایی شهروندان در شهر یزد، «رفاه اجتماعی»، شماره ۵۰: ۲۰۶-۱۵۹.
- زاهدی اصل، محمد؛ پیله‌وری، اعظم. (۱۳۹۳). فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی، «برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی»، شماره ۱۹: ۱۱۱-۷۱.
- سجادی، حمیرا؛ صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۳). شاخص‌های سلامت اجتماعی، «ماهنامه سیاسی اقتصادی اطلاعات»، شماره ۳۰۴: ۲۵۳-۲۴۴.
- سلیمانی، عفت؛ هویدا، رضا. (۱۳۹۲). بررسی مفهوم خودکارآمدی در نظریه شناخت اجتماعی بندورا، «کتاب ماه علوم اجتماعی»، شماره ۶۳: ۹۷-۹۱.
- سلیمی، سیدحسین؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار؛ عابدی درزی، محمد. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت روانی و رابطه آن با فرسودگی شغلی و رضایت از زندگی در کارکنان یک دانشگاه نظامی، «ابن سینا»، سال چهارم، شماره ۴: ۱۱-۴.
- شهریارپور، رضا؛ مرادی، فرشاد. (۱۳۹۵). مروری بر عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در دانشجویان، «سلامت اجتماعی و اعتیاد»، شماره ۱۲: ۱۰۲-۷۳.
- صباغ، صمد؛ معینیان، نرمینه؛ صباغ، سارا. (۱۳۹۰). سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز، «مطالعات جامعه‌شناسی»، شماره ۱۰: ۴۴-۲۷.
- عاشوری تلوکی، مبینا؛ علیزاده، مائده؛ عبدی، علی‌اصغر؛ طالبی، سهیل. (۱۳۹۷). بررسی رابطه سلامت روان و فرایند هویت‌یابی نوآموزان در دوره‌ی پیش‌دبستانی، «مطالعات راهبردی علوم انسانی و اسلامی»، سال دوم، شماره ۱۸: ۱۳۲-۱۱۵.
- علمی، محمود. (۱۳۸۴). بررسی نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر قانون‌گرایی شهروندان تبریز، «مطالعات علوم اجتماعی ایران»، شماره ۷: ۷۶-۵۱.
- فرجی‌ارمکی، اکبر؛ روزه کفال، پریسا؛ محمدزاده، منیژه. (۱۳۹۳). رابطه عدالت سازمانی ادراک شده با سلامت اجتماعی معلمان، «برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی»، شماره ۲۰: ۲۱۰-۱۸۳.
- فلاحی، علی، کفاشی، مجید. (۱۳۹۷). بررسی اثر توسعه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در کلان‌شهر تهران، «مطالعات توسعه اجتماعی ایران»، سال دهم، شماره ۲: ۷۲-۵۹.

- قاسم‌زاده، ایمان. (۱۳۹۷). خانواده و سلامت اجتماعی، «تحقیقات جدید در علوم انسانی»، شماره ۴۷: ۳۷-۴۸.
- قاضی‌نژاد، مریم، سنگری سلیمانی، هاجر. (۱۳۹۵). رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان، «زن در توسعه و سیاست»، دوره چهاردهم، شماره ۳: ۲۷۳-۲۸۸.
- کامران، فریدون؛ ناظری، سیما. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان؛ دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی، «پژوهش اجتماعی»، شماره ۳۴: ۵۷-۷۸.
- کرباسی‌زاده اصفهانی، فاطمه‌زهرا؛ تاجی‌پور، آمنه؛ خلیلی، روناک. (۱۳۹۷). تأثیر کیفیت زندگی بر سلامت روان و میزان تاب‌آوری بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنجان، «مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی»، سال سوم، شماره ۳۶: ۷۱-۸۱.
- کوئن، بروس. (۱۳۹۷). مبانی جامعه‌شناسی، ترجمه‌ی غلام‌عباس توسلی و رضا فاضل، تهران: سمت.
- لطفی‌نیا، حسین، محب، نعیمه، عبدلی، عیسی. (۱۳۹۲). رابطه خودکارآمدی و سلامت عمومی با کارکرد خانواده در دانش‌آموزان پسر اول متوسطه ناحیه ۴ تبریز، «آموزش و ارزشیابی»، شماره ۲۳: ۴۱-۵۴.
- محسنی‌تبریزی، علیرضا؛ نوابخش، محمدرضا. (۱۳۹۵). بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن (مطالعه موردی منطقه ۳ تهران)، «مطالعات توسعه اجتماعی ایران»، سال هشتم، شماره ۴: ۱۱۱-۱۲۸.
- محسنی، رضاعلی. (۱۳۹۱). تحلیل جامعه‌شناختی قانون‌گریزی و راهکارها برای قانون‌گرایی و نظم عمومی، «فصلنامه نظم و امنیت انتظامی»، شماره ۱۷: ۱۰۷-۷۳.
- محمدی، حمید؛ سلم‌آبادی، مجتبی؛ هدوی‌فرد، علی. (۱۳۹۸). بررسی نقش سواد والدین بر پیشرفت تحصیلی و سلامت روان دانش‌آموزان، «مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری»، دوره‌ی چهارم، شماره ۳۲: ۲۵-۳۹.
- مدیری، فاطمه؛ سفیری، خدیجه، منصوریان، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن، «توسعه اجتماعی»، دوره دوازدهم، شماره ۲: ۲۸-۷.
- مستی، الهام؛ فخرایی، سیروس. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین اشتغال زنان با میزان سلامت اجتماعی آنان (مطالعه موردی: شهر مراغه)، «مطالعات جامعه‌شناسی»، شماره ۲۴: ۱۱۷-۱۳۳.
- موسوی، طاهر؛ شیانی، ملیحه؛ فاطمی‌نیا، سیاوش؛ امیدنیا، سهیلا. (۱۳۹۴). بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی، «رفاه اجتماعی»، شماره ۵۷: ۱۴۸-۱۰.
- نجف‌آبادی، اعظم. (۱۳۹۰). عوامل مؤثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان جوان ۱۵-۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر حمایت اجتماعی)، «سلامت و روانشناسی»، شماره ۲: ۹۹-۱۱۳.

بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: زنان ۱۵ تا ۶۵ سال ...

- همتی، الهام؛ مهدوی، محمدصادق؛ بقایی سرابی، علی. (۱۳۹۱). تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن، «پژوهش اجتماعی»، سال ششم، شماره ۱: ۴۵-۶۱.

- وثوقی، منصور؛ ساری، محسن. (۱۳۹۲). گونه‌های مختلف بیگانگی اجتماعی جوانان: تحقیقی در شهر تهران، «مطالعات توسعه اجتماعی ایران»، سال پنجم، شماره ۳: ۸۹-۱۰۶.

- وثوقی، منصور؛ مهدوی، محمدصادق؛ رحمانی خلیلی، احسان. (۱۳۹۲). بررسی تأثیرات جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی، «بررسی مسائل اجتماعی ایران»، دوره چهارم، شماره ۲: ۲۳۵-۲۶۴.

- Abdullah, I. N., Malek, A., & Manaf, A. A. (2019). Formulating Strategic Management in Social Capital within Gated and Guarded Community to Achieve Social Well-Being. *Academy of Strategic Management Journal*.
- Burke, M., Marlow, C., & Lento, T. (2010, April). Social network activity and social well-being. In *Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems* (pp. 1909-1912). ACM.
- Danilchenko, T. V. (2018). Gender Differences of Experiencing of Subjective Social Well-Being. *European Journal of Psychology and Educational Research*, 1(1), 1-10.
- Kaplan, R. M., & Anderson, J. P. (1988). A general health policy model: update and applications. *Health services research*, 23(2), 203.
- Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 15(3), 350-372.
- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38(2), 181-192.
- Shayeghian, Z., Amiri, P., VAHEDI-NOTASH, G., Karimi, M., & Azizi, F. (2019). Validity and Reliability of the Iranian Version of the Short Form Social WellBeing Scale in a Urban Population. *Iranian Journal of Public Health*, 48(8), 1478-148.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی