

فرا تحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی

محمد زاهدی اصل*

اعظم پیله وری**

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۲۱

چکیده

در این پژوهش با بهره‌گیری از روش فراتحلیل به تحلیل و ترکیب نتایج مقالات و پایان‌نامه‌های انجام شده، در زمینه سلامت اجتماعی و نیز بررسی مفهوم و نظریه‌های سلامت اجتماعی در پژوهش‌های یاد شده پرداخته شده است. بدین منظور تعداد ۳۲ پژوهش انجام گرفته در زمینه سلامت اجتماعی با بهره‌گیری از ابزار «چک لیست گزینش پژوهش‌ها از نظر فنی و روش شناختی» (شامل روایی و پایایی مناسب، روش نمونه‌گیری و آماری صحیح) برای بررسی انتخاب شدند. طبق یافته‌های این تحقیق در بیشتر مطالعات صورت گرفته، واحد تحلیل

* استاد گروه مددکاری اجتماعی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.

** دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی. (مکاتبه کننده) pilevari.a@gmail.com

فرد بوده است و در تمام موارد از روش پیمایش برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. همچنین نظریه سلامت اجتماعی کیز و پرسنامه وی در زمینه سلامت اجتماعی هدایتگر غالب تحقیقات بوده است. علاوه بر این در بیشتر مطالعات یادشده تاثیر عوامل گوناگون بر سلامت اجتماعی مورد شناسایی قرار گرفته است که از میان این عوامل، کیفیت زندگی و شاخص‌های آن و نیز تحصیلات، تاثیر بسزایی بر سلامت اجتماعی داشته‌اند.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، شاخص‌های سلامت اجتماعی، فراتحلیل، ابعاد سلامت اجتماعی

بیان مسئله

در سال‌های اخیر چندین مطالعه در حوزه سلامت اجتماعی^۱ در سطح آکادمیک صورت گرفته است که در غالب آنها - با وجود اختلاف نظرهایی که در این حوزه وجود دارد، - با یک رویکرد واحد به سلامت اجتماعی نگریسته شده است. تحلیل سیستماتیک و منظم این مباحث می‌تواند موجب یکپارچه شدن نتایج تحقیقات انجام شده در حوزه سلامت اجتماعی و یافتن شکاف‌های تحقیقاتی در این حوزه و نیز رویکرد دقیق‌تر و همه جانبه‌تری به این مبحث گردد؛ به گونه‌ای که اهمیت سلامت اجتماعی و توجه به آن در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های توسعه را، برجسته‌تر نموده و برای دانش‌آموختگان و علاقمندان به این حوزه نیز مفید واقع شود. در تحقیق حاضر، مهمترین متغیرهای مربوط به سلامت اجتماعی، نظریه‌های مورد استفاده، شیوه جمع‌آوری داده‌ها، عوامل موثر بر سلامت اجتماعی، نتایج و راه‌حل‌های پیشنهاد شده برای مطالعات سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. مساله اصلی پژوهش حاضر این است که رویکرد نظری غالب در این پژوهش‌ها چیست و تا چه اندازه توانایی سنجش سلامت اجتماعی را در جامعه ما دارد؟

برخی دیگر از سؤالات این تحقیق به شرح زیر می‌باشد: پژوهش‌های انجام شده چه جنبه‌هایی از سلامت اجتماعی را مد نظر قرار داده‌اند و بر چه موضوعاتی بیشتر تاکید نموده‌اند و در مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی در جامعه ایران به چه موضوعاتی توجه کافی نشده است؟

مبانی نظری

سلامت اجتماعی از مفاهیمی است که ارائه تعریف دقیقی از آن، کار دشواری است و «در متون موجود نیز تعریف رسمی از آن وجود ندارد» (ارانی، موسوی و رفیعی، ۱۳۹۰: ۲۱۶). تنوع تعاریف موجود در این زمینه سبب ایجاد دیدگاه‌های متفاوتی می‌شود که درست یا نادرست بودن آن را نمی‌توان به وضوح تشخیص داد. اما از آنجا که سلامت اجتماعی مفهومی است که در بستر اجتماع و روابط بین افراد در شبکه‌های اجتماعی نمود و ظهور می‌یابد، می‌توان گفت شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی جامعه در شکل‌گیری آن نقش اساسی ایفا می‌کنند و به تبع آن برای تعریف سلامت اجتماعی بعضی از شاخص‌ها در بعضی کشورها اهمیت بیشتری می‌یابند.

اولین بار میرینگوف^۱ و همکارانش از انستیتوی دانشگاه فوردهام در سال ۱۹۷۸ شاخص سلامت اجتماعی را منتشر کردند. این شاخص بطور سالانه اندازه‌گیری و به صورت یک عدد گزارش می‌شود و از ترکیب ۱۶ نشانگر تشکیل شده است. سجادی در خصوص شاخص مطرح شده توسط میرینگوف و همکارانش معتقد است «این شاخص همه مراحل زندگی و نیز فرد و جامعه را پوشش می‌دهد و نشانگرهای انتخاب شده برای هر گروه سنی، نشانگر مشخصه آن گروه می‌باشد؛ مثلاً میزان افت تحصیلی مشخصه گروه سنی جوانان است و محاسبه تمام این شاخص‌ها به طور کامل گویای

۱. Miringoff

دورنمایی از سلامت اجتماعی کل جامعه است» (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۹). شاخص‌های مطرح شده از سوی میرینگوف و همکارانش از قرار زیر می‌باشد:

جدول ۱- شاخص‌های سلامت اجتماعی بر حسب گروه‌های سنی متفاوت

کودکان	جوانان	بزرگسالان	سالمندان	همه سنین
میزان مرگ و میر شیرخواران	خودکشی نوجوانان	بیکاری	فقر در دوران سالمندی	قتل
سوء استفاده از کودکان	مصرف مواد مخدر	میانگین درآمد هفتگی	هزینه‌های درمانی غیر بیمه‌ای	مرگ و میر جاده‌ای ناشی از مصرف الکل
فقر کودکان	ترک تحصیل در دبیرستان	پوشش بیمه درمانی		پوشش مواد غذایی
				دسترسی به مسکن
				فاصله میان فقر و غنا

(سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۸ به نقل از ۲۰: Miringoff and Miringoff, ۱۹۹۶)

کیز از دیگر صاحب‌نظرانی است که در ارتباط با سلامت اجتماعی یا به عبارتی درست‌تر بهزیستی اجتماعی^۱ سخن رانده است. کیز (۱۹۹۸، ۲۰۰۰) پیوستاری از سلامت روان^۲ ارائه می‌دهد. وی معتقد است وقتی فرد از نظر بیماری‌های روانی درمان می‌شود، تازه به نقطه صفر و خلاء می‌رسد، در این نقطه فرد بیمار نیست اما نمی‌توان گفت که از سلامت برخوردار است. از نظر وی فردی سالم است که از سطوح بالای سلامت هیجانی، روانی و اجتماعی برخوردار باشد. به زعم او افراد سالم، شاد و راضی

۱. Social wellbeing
۲. Mental health

زندگی می‌کنند، زندگی را هدفدار می‌بینند، بر زندگی خود تسلط دارند و همه جنبه‌های خودشان را می‌پذیرند، مرتب در حال رشد و تغییر هستند و خود را حاکم بر زندگی خویش می‌دانند نه قربانی آن؛ سطوح بالایی از رضایت اجتماعی را دارا هستند، احساس تعلق به اجتماع اطرافشان دارند و احساس می‌کنند دیگران برای آنچه آنها انجام می‌دهند ارزش قائلند. آنها از نظر اجتماعی قابل قبول و خود نیز پذیرش بالایی از اجتماع و مردم دارند. این افراد فراتر از خود شکوفایی به شکوفایی اجتماع نیز ایمان دارند و همانطور که خود را دارای توانمندی‌های بالقوه می‌دانند، در جامعه نیز بالقوه‌هایی برای رشد، توسعه و تغییر می‌بینند. کیز افرادی را که در سمت دیگر طیف سلامت روان هستند راکسانی می‌داند که هیچ مشکل روانی و ذهنی ندارند ولی از سلامت هیجانی، روانی و اجتماعی کمی برخوردارند.

به منظور ارائه تعریفی از سلامت اجتماعی در ایران نیز تحقیقی با عنوان «سلامت اجتماعی ایران از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار» انجام شده است. در این تحقیق تعاریف مطرح شده در زمینه سلامت اجتماعی به سه دسته تقسیم شده‌اند:

۱- سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و

روانی

صاحب نظرانی چون لارسن (۱۹۶۶)، کیز (۲۰۰۴)، شاپیرو (۲۰۰۴)، اوستون و جیکوب (۲۰۰۵) در دسته کسانی آورده شده‌اند، که نگاه این گونه به سلامت اجتماعی دارند. مهمترین نقد وارد شده بر این نوع تعاریف نیز این گونه ذکر شده است: «سلامت اجتماعی، بنابراین تعاریف، بخشی از سلامت روان شمرده می‌شود» (سمیعی، رفیعی، رارانی، اکبریان، ۱۳۸۹: ۳۴).

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... می‌باشد. سلامت اجتماعی با این نوع نگاه به واقع همان تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت^۱ خواهد بود.

۳- سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم

در نهایت عنوان شده است که سلامت اجتماعی خصوصیتی از جامعه و معادل با جامعه سالم است. نظریه پردازانی چون راسل (۱۹۷۳) و نیز ائتلاف جماعت‌های سالم انتاریو^۲ (۲۰۰۳) و میرینگوف‌ها سلامت اجتماعی را این گونه می‌نگرند. در این تلقی، قطعاً تعاریف متعددی از سلامت اجتماعی وجود دارد. یکی از دلایل آن هم تفاوت در وضع جوامع گوناگون می‌باشد. براین اساس تعریف سلامت اجتماعی در ایران این گونه عنوان شده است: زمانی می‌توان گفت جامعه‌ای سالم است که در آن جامعه فقیر نباشد، خشونت وجود نداشته باشد، رشد جمعیت کنترل شده باشد، تبعیض جنسی وجود نداشته باشد، کیفیت اجرای قانون درباره همه یکسان باشد، پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های بین‌المللی مرتبط با حقوق انسان‌ها رعایت شود، آموزش تا دوره راهنمایی اجباری و رایگان و بعد از آن هم رایگان باشد، همگان به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند، امنیت وجود داشته باشد، آزادی عقیده وجود داشته باشد، افراد از زندگی خود احساس رضایت داشته باشند، همه مدام زیر پوشش بیمه باشند، توزیع درآمدها عادلانه باشد، بیکاری وجود نداشته باشد، تبعیض قومی و نژادی و منطقه‌ای وجود نداشته باشد، حکومت نزد مردم مشروعیت داشته باشد، حاکمان به شیوه مردم سالارانه انتخاب شوند و پس از انتخاب نیز زیر نظارت مردم باشند.

با وجود پژوهش‌های بسیاری که در برخی از کشورها با عنوان سلامت اجتماعی انجام شده است ولی هنوز جنبه‌های مبهم آن بسیار است. از جمله این که سلامت اجتماعی شاخص و ابعاد زیادی دارد که در جوامع مختلف و شرایط گوناگون، متفاوتند و برخی شاخص‌ها در بعضی کشورها از اهمیت بیشتری برخوردار است و در نتیجه

۱. Social Determinates of Health (SHD)

۲. Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC)

سلامت اجتماعی بسته به اوضاع هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد. در جامعه علمی ایران هم به تعریف جامع و کاملاً مشخصی از شاخص‌های سلامت اجتماعی و نحوه سنجش آن نرسیده‌ایم. بر این مبنا در این مقاله در پی آنیم که مفهوم سلامت اجتماعی را در پژوهش‌های انجام شده بررسی کرده و سپس شکاف‌های تحقیقاتی این حوزه را شناسایی نماییم.

روش تحقیق

در این پژوهش از روش فراتحلیل^۱ استفاده شده است. با این روش می‌توان نتایج پژوهش‌ها را با یکدیگر ترکیب و روابط تازه‌ای میان پدیده‌های اجتماعی کشف کرد (گلاس، مک‌گاو و اسمیت^۲، ۱۹۸۱). این روش به دنبال تحلیل آماری مجموعه‌ای از نتایج مطالعات جداگانه، به منظور ادغام یافته‌ها می‌باشد (دی کاستر^۳، ۲۰۰۳). فراتحلیل یکی از مهمترین روش‌ها برای خلاصه سازی تحقیقات گذشته و شیوه‌ای دقیق برای ترکیب هدفمند نتایج مطالعات متعدد برای دستیابی به برآوردی بهتر درباره واقعیت است (استرینر^۴، ۲۰۰۳).

هر یک از مطالعات، در واقع واحد پژوهش فراتحلیل تلقی می‌گردند. پژوهش حاضر، از نوع توصیفی - تحلیلی است که در آن سابقه مباحث نظری و پیمایشی در حوزه موضوعی سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. عمده‌ترین دلایل انجام فراتحلیل در این حوزه به شرح زیر می‌باشد:

۱- کمبود پیشینه تحقیق پیرامون سلامت اجتماعی در ایران که این موضوع به علت نو بودن بحث، در سطح جهان نیز به چشم می‌خورد.

۱. Meta analysis
۲. Glass, Mc Gaw, Smith
۳. Decoster
۴. streiner

۲- رویکرد تک بعدی به بحث سلامت اجتماعی و شاخص‌های آن و غفلت از برخی جنبه‌های سلامت اجتماعی

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این تحقیق، تمام پایان نامه‌ها و مقالات موجود در زمینه سلامت اجتماعی است، که پس از پالایش آنها از نظر فنی و روش شناختی از میان آنها ۳۲ پژوهشی که شرایط علمی و روش شناختی (همچون روایی و پایایی مناسب، روش نمونه‌گیری و روش آماری صحیح، فرضیه‌ها و سؤالات مناسب با موضوع پژوهش) لازم برای فراتحلیل را دارا بودند، انتخاب شدند و مورد بررسی قرار گرفتند. در جدول ۲ مشخصات طرح‌های پژوهشی مورد استفاده به تفصیل آورده شده است.

جدول ۲- اطلاعات تفصیلی پیرامون پژوهش‌های مورد استفاده در فرا تحلیل
(نمونه پژوهش)

ردیف	پژوهشگر	سال	نویسنده
۱	بررسی رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی (نمونه موردی بررسی جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهرستان بجنورد)	۱۳۹۰	سارا براتی
۲	رابطه سبک‌های هویت‌یابی و سلامت اجتماعی در نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله ساکن مراکز شبانه‌روزی شهر تهران	۱۳۸۹	حسین رحیمی
۳	بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران	۱۳۸۹	ملیحه تقی پور
۴	بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه	۱۳۸۸	رضا عجم نژاد
۵	بررسی میزان سلامت اجتماعی در دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی	۱۳۸۷	مریم کنگرلو

مرضیه آدینان	۱۳۹۱	بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در آسایشگاه کهریزک	۶
زینب تقی پور	۱۳۹۰	بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان سازمان تأمین اجتماعی شهرکرد	۷
خدیجه رجایی	۱۳۹۰	بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور مشگین شهر	۸
معصومه فارسی نژاد	۱۳۸۳	بررسی رابطه سبک‌های هویت با سلامت اجتماعی و خود کارآمدی تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر پایه دوم دبیرستانهای شهر تهران	۹
بختیار اسدی	۱۳۸۴	بررسی رابطه هوش هیجانی، هوش متعارف و سلامت اجتماعی در دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان کامیاران	۱۰
زهرا روحی	۱۳۸۸	بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان سال ۱۳۸۷	۱۱
صلاح الدین صالح	۱۳۸۸	بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر میزان سلامت اجتماعی همسران جانبازان اعصاب و روان	۱۲
غزاله مسعودی	۱۳۸۸	بررسی ارتباط میزان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه‌های شهر تهران	۱۳
فاطمه حسینی	۱۳۸۸	بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی	۱۴
سعید سرخوش	۱۳۸۷	بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی مهاجرین در شهر همدان	۱۵
اعظم ابراهیم نجف آبادی	۱۳۸۹	عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان ۱۵-۲۴ ساله شهر اصفهان (با تأکید بر میزان حمایت اجتماعی مددکاری اجتماعی)	۱۶
امین موحدی	۱۳۸۹	بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران	۱۷

مرتضی شیری	۱۳۹۰	بررسی میزان سلامت اجتماعی افراد کم توان جسمی - حرکتی و عوامل موثر بر آن در شهر تهران	۱۸
منصور امینی نقده	۱۳۹۰	بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر نقده)	۱۹
خدیدجه کاشی لو	۱۳۸۹	بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در کارگران شهر صنعتی کاوه	۲۰
رضا ارفعی عین الدین	۱۳۸۸	بررسی رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی (نمونه مورد بررسی جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهرستان بستان آباد)	۲۱
زینب پورات	۱۳۹۱	بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی کارکنان شاغل مدیریت‌های امور مناطق پنجگانه بانک سپه در شهر تهران	۲۲
فاطمه زارع	۱۳۹۰	بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستی آنها	۲۳
مریم رشیدیان میبدی	۱۳۹۱	بررسی رابطه باورهای غیر منطقی و سلامت اجتماعی زندانیان	۲۴
الهه کمالی دهقان	۱۳۹۱	رابطه میزان سلامت اجتماعی زنان و مردان متاهل شهر کرج با نگرش آنها نسبت به خشونت خانگی	۲۵
هادی عبدالله تبار، علیرضا کلدی، حسین محقق کمال، آمنه ستاره فروزان، مسعود صالحی	۱۳۸۷	بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان	۲۶

مصطفی امینی رارانی، میرطاهر موسوی، حسن رفیعی	۱۳۹۰	رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی	۲۷
جلیل باباپور خیرالدین، فهیمه طوسی، عیسی حکمتی	۱۳۸۸	بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز	۲۸
فاطمه حاج نقی زاده، مریم شریفیان ثانی، حسن رفیعی	۱۳۹۱	رابطه سلامت اجتماعی و بهروزی کودکان	۲۹
منصور فتحی، رضاعجم نژاد، مریم خاک رنگین	۱۳۹۱	عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه	۳۰
نصراالله پور افکاری	۱۳۹۱	بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه	۳۱
محمدعلی زکی، مریم السادات خشوعی	۱۳۹۲	سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان	۳۲

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

برای گردآوری اطلاعات این پژوهش از چک لیست‌های پژوهشی استفاده شده است. تحقیقات انجام شده بر اساس این چک لیست که شامل مولفه‌های روش‌شناختی پژوهش، مانند پرسشنامه، فرضیه‌ها، اهداف، جامعه آماری، نمونه‌گیری، روش آماری، روایی و پایایی است، انتخاب شدند.

مروری بر چارچوب نظری تحقیقات انجام شده

یافته‌های حاصل از بررسی پژوهش‌های یاد شده حاکی از آن است که اکثر قریب به اتفاق این تحقیقات (به استثناء رارانی و همکاران، ۱۳۹۰، نقی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱)، از دیدگاه کبیز به سلامت اجتماعی نگریسته‌اند، علاوه بر این در بیشتر این تحقیقات شناسایی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در گروه‌های گوناگون جمعیتی مدنظر بوده است. به سبب اهمیت دیدگاه کبیز در تحقیقات مربوط به سلامت اجتماعی در ایران در زیر خلاصه‌ای از آنچه مدنظر وی بوده است، آورده می‌شود.

۵ بعد سلامت اجتماعی از نظر کبیز از قرار زیر می‌باشد:

۱- شکوفایی اجتماعی^۱: شکوفایی اجتماعی به معنای ادراک فرد از خط سیر شرایط اجتماعی است که وی را احاطه کرده و در آن دغدغه اصلی فرد در مورد تکامل اجتماع می‌باشد. در این سازه افراد در مورد جامعه و پیشرفت آن بر اساس نگرش‌شان نسبت به تغییر یا رکود اجتماعی قضاوت می‌کنند. افرادی که در این بعد وضعیت مطلوبی دارند، جامعه را در حال بهتر شدن یا دست کم تغییر می‌دانند. از طرفی کسانی که سطح پایینی از این بعد سلامتی را دارند، معتقدند که جامعه بهتر نشده و نمی‌تواند بهتر شود. افراد سالم از نظر روانی، پیرامون مسائل مربوط به شرایط اجتماع و آینده آن، دیدگاه امیدوارانه‌ای دارند، در حالی که افراد نا سالم، در مورد این مسائل ناامید

۱. Social actualization

می‌باشند (باباپور، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸: ۲۰، به نقل از کبیر ۱۹۵۵). این بعد در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیر با طرح سؤالات زیر سنجیده می‌شود:

- جهان دارد محل بهتری برای زندگی هرکسی می‌شود. (+)
- رشد جامعه متوقف شده است. (-)
- جامعه برای افرادی مانند من بهبود نمی‌یابد. (-)

۲- انسجام اجتماعی^۱: افرادی که از این بعد سلامت اجتماعی برخوردارند، احساس می‌کنند که بخشی از جامعه هستند و به جامعه تعلق دارند و جامعه از آنها حمایت می‌کند. آنها، خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند، سهیم می‌دانند. مفهوم انسجام اجتماعی در برابر بیگانگی و انزوای اجتماعی قرار می‌گیرد؛ بنابراین فردی که از انسجام اجتماعی برخوردار است نسبت به اجتماع خود احساس نزدیکی می‌کند و گروه اجتماعی خود را منبعی از آرامش و اعتماد می‌داند (عبدالله تبار، کلدی، کمال، فروزان، صالحی، ۱۳۸۷: ۱۷۵). این بعد از طریق سؤالات زیر سنجیده می‌شود:

- من احساس تعلق به چیزی که جامعه نامیده‌ام، نمی‌کنم. (-)
- من به سایر افراد در جامعه احساس نزدیکی می‌کنم. (+)
- جامعه من منبعی برای آسودگی است. (+)

۳- پذیرش اجتماعی^۲: داشتن گرایش مثبت نسبت به دیگران، تصدیق کردن آنها، اعتماد به آنها و به طور کلی پذیرفتن آنها با وجود برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده، از جمله مشخصه‌های پذیرش اجتماعی است. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان) است. در پذیرش خود، فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته‌اش دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانی‌هایی که دارد، همه جنبه‌های زندگی خود را می‌پذیرد. در پذیرش

۱. Social Integration
۲. Social Acceptance

اجتماعی نیز، فرد اجتماع و مردم آن را با همه نقص‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارد و می‌پذیرد و روابط توأم با اعتماد با سایرین برقرار می‌سازد (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۳۸). این بعد نیز از طریق سؤالات زیر سنجیده می‌شود:

- افرادی که لطفی می‌کنند، انتظار بازگشت و یا جبران آن را ندارند. (+)
- مردم در مقابل مشکلات دیگران بی‌تفاوت هستند. (-)
- من اعتقاد دارم که مردم مهربان هستند. (+)

۴- انطباق اجتماعی^۱: همبستگی یا انطباق اجتماعی در مقابل بی‌معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورتی قابل فهم، قابل پیش‌بینی و محسوس است و در حقیقت درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازمان دهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد و هم‌چنین به معنای مفهوم تسلط بر محیط در مقیاس سلامت روان است. تسلط بر محیط یعنی احساس صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه‌های مناسب شخصی است و متضاد پوچی و بی‌معنایی است و در مجموع یعنی دنیا را به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش‌بینی دیدن است (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳: ۸۸ به نقل از کیز ۲۰۰۴).

بعد انطباق اجتماعی در پرسشنامه کیز از طریق پاسخ به سؤالات زیر سنجیده می‌شود:

- جهان برای من بسیار پیچیده است. (-)
- من نمی‌توانم بفهمم که چه چیزی در دنیا در حال رخ دادن است. (-)
- ۵- مشارکت اجتماعی^۲: این احساس که فرد چیز با ارزشی برای ارائه به جامعه دارد، این تفکر که فعالیت‌های روزمره افراد به وسیله جامعه ارزش دهی می‌شود، جزء اساسی در بعد مشارکت اجتماعی است. در حقیقت مشارکت اجتماعی باوری است که

۱. Social Coherence
۲. Social Contribution

طبق آن فرد خود را عضو حیاتی در اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا دارد. افرادی که در این بعد رتبه بالایی دارند، تلاش می‌کنند تا در دنیایی که صرفاً به دلیل انسان بودن برای آنان ارزش قائل است؛ سهم باشند (رحیمی، ۱۳۸۹: ۸۸).

مشارکت اجتماعی مشابه با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌دهند)، در مقیاس سلامت روان است. مشارکت اجتماعی همچنین نزدیک به مفاهیم مسئولیت پذیری و خودکارآمدی است. خودکارآمدی یعنی این که فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام داده و مقاصد خاصی را به اتمام برساند. مسئولیت اجتماعی یعنی ایجاد تعهدات شخصی در ارتباط با اجتماع. از مجموع این دو مفهوم مشارکت اجتماعی پدید می‌آید (عبدالله تبار و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۷۵) و نهایتاً مشارکت اجتماعی در پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز با استفاده از سؤالات زیر سنجیده می‌شود:

- من چیزهای باارزشی برای ارائه به جهان دارم. (+)
- فعالیت‌های روزمره من هیچ دستاورد باارزشی برای جامعه من بوجود نمی‌آورد. (-)

• من چیز با ارزشی برای همکاری با جامعه ندارم. (-)

از آنجا که سازمان بهداشت جهانی شناسایی عوامل تعیین‌کننده و مرتبط با سلامت اجتماعی را در جهت سیاستگذاری و برنامه‌ریزی در سطوح خرد و کلان جامعه از مسائل اساسی هر کشوری می‌داند (روغنجی، ۱۳۸۴: ۱۵)، لازم است در دانش و فهم خود نسبت به سلامت اجتماعی تغییراتی به وجود آوریم و یا دست‌کم سلامت اجتماعی را از منظر دیگری نیز مورد ملاحظه قرار دهیم و حوزه‌های متفاوت‌تری را برای تحقیق تعریف کنیم. علاوه بر پرداختن به عوامل موثر بر سلامت اجتماعی - آنچه در این پژوهش‌ها شاهد آن هستیم - انجام پژوهش‌هایی در زمینه تاثیر سلامت اجتماعی بر شاخص‌های گوناگون، یا تعریف برنامه‌های مداخله‌ای برای افزایش سلامت اجتماعی می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد. این نوع نگاه قطعاً اهمیت و

ضرورت پرداختن به سلامت اجتماعی را در نگاه برنامه ریزان و سیاستگذاران پر رنگ تر خواهد نمود. در ضمن، پرداختن به سلامت اجتماعی از منظر کبیز به عنوان فردی که در جامعه آمریکا زیسته، با فرهنگ و تجربه مردمان ما متفاوت است؛ بنابراین باید در کاربرد نظریه کبیز در جامعه ایران جانب احتیاط را رعایت نمود.

توزیع متون تحقیقاتی برگزیده بر حسب گروه‌های هدف

توزیع فراوانی و درصد متون تحقیقاتی برگزیده جهت فراتحلیل بر حسب گروه‌های هدف در جدول شماره ۳ منعکس شده است. همانطور که مشاهده می‌شود در منابع تحقیقاتی مرور شده ۲۵ درصد از تحقیقات انجام شده، متعلق به گروه هدف محصلین و دانشجویان بوده است، ۲۱/۸۷ درصد بر روی سلامت اجتماعی کارمندان مطالعه داشته‌اند، ۳۷/۵ درصد کار خود را بر روی گروه‌های جمعیتی انجام داده‌اند، ۶/۲۵ درصد نیز بر روی شهروندان و سایر گروه‌ها- زندانیان و افراد توانخواه- تمرکز داشته‌اند و در نهایت ۶/۲۵ درصد نیز میزان سلامت اجتماعی را در استان‌های مختلف کشور مورد بررسی قرار داده‌اند.

جدول ۳- توزیع متون تحقیقاتی بر حسب گروه‌های هدف

ردیف	گروه هدف	فراوانی	درصد
۱	محصلین و دانشجویان	۸	۲۵
۲	کارمندان	۷	۲۱/۸۷
۳	گروه‌های جمعیتی - جوانان، نوجوانان، سالمندان-	۱۲	۳۷/۵
۴	استان	۲	۶/۲۵
۵	شهروندان	۲	۶/۲۵
۶	سایر	۲	۶/۲۵

توزیع متون تحقیقاتی برگزیده بر حسب حوزه و قلمرو مطالعاتی

توزیع فراوانی و درصد متون تحقیقاتی برگزیده شده جهت فراتحلیل بر حسب حوزه و قلمرو مطالعاتی در جدول شماره ۴ منعکس شده است. همانطور که مشاهده می‌شود در منابع تحقیقاتی مرور شده حدود ۶/۸۷ درصد متعلق به حوزه مطالعاتی مددکاری اجتماعی، ۹/۳۷ درصد متعلق به حوزه مطالعاتی روانشناسی، ۶/۲۵ درصد متعلق به حوزه مطالعات زنان، ۹/۳۷ درصد متعلق به حوزه پژوهش علوم اجتماعی، ۲۵ درصد متعلق به حوزه برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی و ۳/۱۲ درصد متعلق به حوزه جمعیت‌شناسی است.

جدول ۴- توزیع متون تحقیقاتی بر حسب حوزه و قلمرو مطالعاتی

ردیف	قلمرو و حوزه مطالعاتی	فراوانی	درصد
۱	مددکاری اجتماعی	۱۵	۶۶/۸۷
۲	روانشناسی	۳	۹/۳۷
۳	مطالعات زنان	۲	۶/۲۵
۴	پژوهش علوم اجتماعی	۳	۹/۳۷
۵	برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی	۸	۲۵
۶	جمعیت‌شناسی	۱	۳/۱۲

توزیع تحقیقات مرور شده بر حسب نوع روش مطالعه

نتایج حاصل از مرور متون تحقیقات برگزیده بر حسب روش مطالعه، نشان می‌دهد که تمام تحقیقات انجام شده از روش پیمایش بهره برده‌اند و به استثناء مطالعه رارانی و همکاران (۱۳۹۰) و نقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) در بقیه موارد واحد تحلیل فرد بوده

است. به جزء دو مطالعه یاد شده در بالا، سایر متون بررسی شده در این تحقیق سلامت اجتماعی را معادل با ابعاد آن (شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی) در سطح فردی دانسته و بعضاً تاثیر سطوح دیگر سلامت اجتماعی - سطح بین فردی، نظیر حمایت اجتماعی یا سطح اجتماعی همچون سرمایه اجتماعی - را بر ابعاد سلامت اجتماعی سنجیده‌اند. سلامت اجتماعی در این تحقیقات متغیر وابسته (به استثناء مسعودی ۱۳۹۰، موحدی ۱۳۸۹، پورات ۱۳۹۱، کمالی دهقان ۱۳۹۱) تحقیق بوده است و ابزار مورد استفاده برای سنجش آن پرسشنامه کیز ترجمه شده توسط فارسی نژاد (۱۳۸۳) می‌باشد. تنها در دو مورد یاد شده سطح تحلیل سلامت اجتماعی، اجتماع بوده است، در این دو تحقیق از شاخص‌های مطرح شده توسط رفیعی و همکاران (۱۳۸۹) برای سنجش سلامت اجتماعی بهره برده شده است؛ به واقع این دو مطالعه به تعریف میرینگوف‌ها (۱۹۷۸) از سلامت اجتماعی نزدیک می‌شوند.

توزیع متون تحقیقاتی بر حسب نظریه‌های مورد تاکید در مبانی نظری

همان گونه که در زیر مشاهده می‌شود بیشتر نظریه‌های مطرح شده در بخش مبانی نظری، نظریه‌هایی در سطح فردی بوده‌اند و در برخی موارد هم که به سلامت اجتماعی در سطح تحلیل اجتماعی توجه شده است، تنها در مبانی نظری تحقیق از آنها یاد شده و به عنوان چارچوب نظری و اساس کار مورد استفاده قرار نگرفته است، البته به استثناء مطالعه رازانی و همکاران (۱۳۹۰) و نقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۱).

جدول ۵- توزیع متون تحقیقاتی بر حسب نظریه‌های مورد تاکید در مبانی نظری

ردیف	نظریه	نظریه پرداز	تاکید اصلی	فراوانی	سطح تحلیل
۱	ابعاد سلامت اجتماعی	کیز	مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، همبستگی اجتماعی	۳۰	فردی
۲	بیگانه	زیمل	تراکم و ازدیاد جمعیت عامل تنزل اخلاقی و روابط سرد	۱	اجتماعی
۳	همبستگی اجتماعی	دورکیم	اجتماع	۷	اجتماعی
۴	نوع‌شناسی صورفردی	مرتن	پذیرش اهداف و ابزارهای قابل دستیابی سبب انطباق و هماهنگی	۱	فردی
۵	سلامت اجتماعی	لارسون	سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد و مرادف با گزارش فرد از کیفیت عملکردش	۱۲	فردی
۶	سلامت اجتماعی	راسل	فرصت و دسترسی برابر به کالاها و خدمات	۲	اجتماعی
۷	سلامت اجتماعی	بلوک و برسلو	درجه عملکرد اعضای جامعه	۳	فردی
۸	سلامت اجتماعی	استون و جیکوب	توجه به تمامیت شخص در شبکه‌های اجتماعی	۲	فردی
۹	سلامت اجتماعی	دونالد	کیفیت و کمیت تساوی افراد و وسعت درگیر شدن‌شان با اجتماع	۹	فردی

اجتماعی	۱	سرمایه اجتماعی جزء اجتماعی سلامت اجتماعی	پاتنام	سرمایه اجتماعی	۱۰
اجتماعی	۲	سلامت اجتماعی صفتی از جامعه	میرینگوف‌ها	سلامت اجتماعی	۱۱
فردی	۷	رفاه فرد در شبکه‌های اجتماعی	لایکوک	سلامت اجتماعی	۱۲
بین فردی	۳	تاکید بر شبکه‌های اجتماعی	برکمن	سلامت اجتماعی	۱۳
فردی	۳	اهمیت دوران کودکی در وضعیت سلامت آینده فرد	الستاد	سلامت اجتماعی	۱۴
اجتماعی	۲	تاکید بر جامعه سالم	کنت نول	سلامت اجتماعی	۱۵
اجتماعی	۲	تاکید بر جامعه سالم	رفیعی و همکاران	سلامت اجتماعی	۱۶

جدول ۵ حاکی از آن است که در ۳۰ مورد از مطالعات بررسی شده، نظریه *ابعاد سلامت اجتماعی* کییز به عنوان چارچوب نظری و اساس کار مورد استفاده قرار گرفته است. این در حالی است که زمانی که می‌خواهیم در مورد میزان سلامت اجتماعی در یک جامعه بحث کنیم، بررسی عوامل اجتماعی، عوامل بین فردی و نیز ابعاد سلامت اجتماعی که همان ارزیابی فرد از عملکرد خود در اجتماع است، باید توأمان مورد توجه قرار گیرد. میزان سلامت اجتماعی یک جامعه دقیقاً معادل با ابعاد سلامت اجتماعی مطرح شده توسط کییز نیست، چراکه ابعاد سلامت اجتماعی به سنجش سلامت اجتماعی صرفاً از نگاه فرد می‌پردازد، در صورتی که گاه ما با افرادی مواجه می‌شویم که ارزیابی‌شان از وضعیت سلامتی‌شان در سطح بالایی قرار دارد، در صورتی که دیگران در مورد زندگی آنها این گونه تصور نمی‌کنند. مثلاً گاه ممکن است یک انسان

بی‌خانمان، احساس آزادی، استقلال و شادی زندگی بی‌هدف را خوشبختی و معادل با یک زندگی خوب بداند، در این صورت آیا ما می‌توانیم چنین فردی را به لحاظ اجتماعی سالم بدانیم. عده‌ای را اعتقاد بر این است که ما نباید معیارهای ذهنی خودمان را به دیگران تحمیل کنیم و صرفاً باید عقاید این افراد را در مورد خوب زیستن و خوشبختی درک کنیم. مثلاً در این راستا "برامر" عنوان می‌کند که، چنانچه مددکار بنا به گفته ارسطو مجبور به مقایسه طرز زندگی مددجو با یک الگوی پرهیزکارانه شود، می‌تواند مشکل آفرین باشد (برامر، ۱۳۷۷: ۲۱)؛ البته در مقابل این استدلال می‌توان عنوان کرد که آیا افراد این حق را دارند که خود را نفی و یا حتی نابود سازند؟ اگر چنین است این دیدگاه در خانواده و جامعه‌ای که متحمل مضرات و هزینه‌های اجتماعی و مالی این آزادی می‌شوند، چه تاثیری خواهد داشت؟

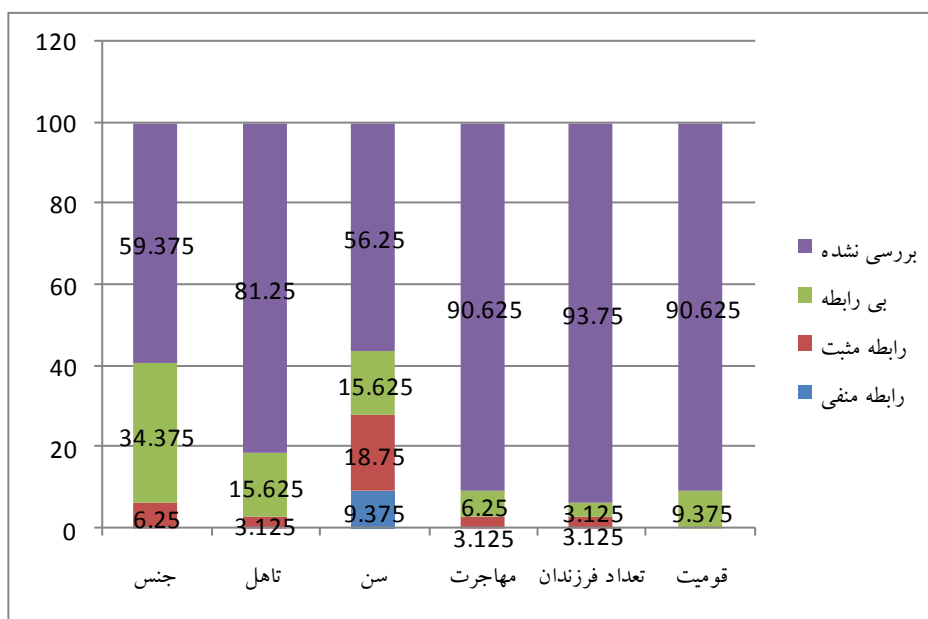
از این رو ما را اعتقاد بر این است که برای سنجش سلامت اجتماعی در یک جامعه صرف نظر خود فرد، آن هم با استفاده از یک پرسشنامه بومی نشده با معیارهای فرهنگی و اجتماعی ایران کفایت نمی‌کند.

فرا تحلیلی یافته‌های تحقیق

از جمله عوامل تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی در این پژوهش‌ها، عوامل دموگرافیک بوده است که با شاخص‌هایی چون جنس (فارسی نژاد ۱۳۸۳، اسدی ۱۳۸۴، تقی‌پور ۱۳۹۰، کنگرلو ۱۳۸۷، عجم نژاد ۱۳۸۸، براتی ۱۳۹۰، روحی ۱۳۸۸، سرخوش ۱۳۸۷، کمالی دهقان ۱۳۹۱، فتحی و همکاران ۱۳۹۱، پورافکاری ۱۳۹۱، عبدالله‌تبار و همکاران ۱۳۸۷، باباپور و همکاران ۱۳۸۸)، تأهل (تقی‌پور ۱۳۹۰، براتی ۱۳۹۰، کنگرلو ۱۳۸۷، روحی ۱۳۸۸، ابراهیم نجف‌آبادی ۱۳۸۹، عبدالله‌تبار و همکاران ۱۳۸۷)، سن (عجم نژاد ۱۳۸۸، تقی‌پور ۱۳۸۹، تقی‌پور ۱۳۹۰، براتی ۱۳۹۰، کنگرلو ۱۳۸۷، روحی ۱۳۸۸، صالح ۱۳۸۸، سرخوش ۱۳۸۷، ابراهیم نجف‌آبادی ۱۳۸۹، زارع ۱۳۹۰، کمالی‌دهقان ۱۳۹۱،

فتحی و همکاران ۱۳۹۱، زکی و همکاران ۱۳۹۲، عبدالله‌تبار و همکاران ۱۳۸۷)، مهاجرت (کنگرلو ۱۳۸۷، روحی ۱۳۸۸، زکی و همکاران ۱۳۹۲)، تعداد فرزندان خانواده (کنگرلو ۱۳۸۷، کمالی دهقان ۱۳۹۱)، قومیت (کمالی دهقان ۱۳۹۱، باباپور و همکاران، ۱۳۸۸) مورد بررسی واقع شده است؛ که از این میان تنها در دو مورد جنس (فارسی نژاد ۱۳۸۳، عبدالله‌تبار و همکاران ۱۳۸۷) بر سلامت اجتماعی مؤثر بوده است و سن نیز درشش مورد (عجم نژاد ۱۳۸۸، سرخوش ۱۳۸۷، زارع ۱۳۹۰، کمالی دهقان ۱۳۹۱، فتحی و همکاران ۱۳۹۱، زکی و همکاران ۱۳۹۲) تاثیر مثبت و در سه مورد (تقی‌پور ۱۳۸۹، صالح ۱۳۸۸، ابراهیم نجف‌آبادی ۱۳۸۹) تاثیر منفی بر سلامت اجتماعی داشته است. علاوه بر این تعداد فرزندان (کمالی دهقان ۱۳۹۱)، مهاجرت (زکی و همکاران ۱۳۹۲) و تاهل (عبدالله‌تبار و همکاران ۱۳۸۷) هر کدام در یک مورد تاثیر مثبتی بر سلامت اجتماعی داشته‌اند.

نمودار ۱- رابطه سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک

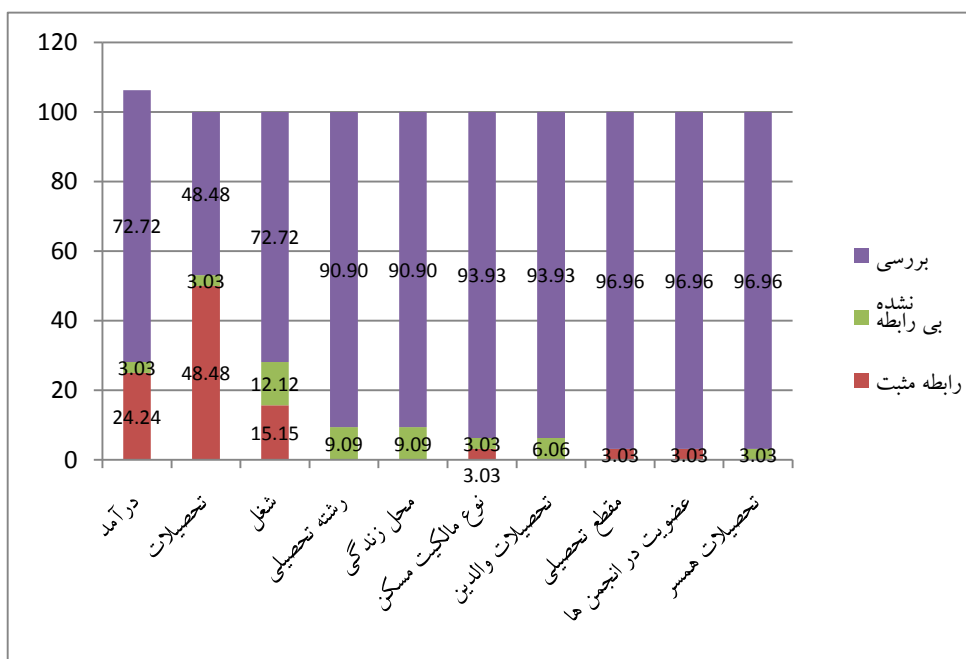


همانطور که نمودار ۱ نشان می‌دهد، متغیر جنس در ۵۹٪ تحقیقات انجام شده لحاظ نشده و از ۴۰٪ تحقیقاتی که این متغیر را به عنوان یک عامل موثر بر سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار داده‌اند، ۳۴٪ تاثیر آن را بر سلامت اجتماعی رد کرده‌اند و تنها ۶٪ از این تحقیقات تاثیر جنس بر سلامت اجتماعی را تایید نموده‌اند. وضعیت تاهل نیز در ۸۱٪ تحقیقات انجام شده مورد بررسی قرار نگرفته است و در بقیه موارد هم میان این متغیر و سلامت اجتماعی رابطه‌ای دیده نشده است. فقط در یک مورد وضعیت تاهل بر سلامت اجتماعی تاثیرگذار اعلام شده است. در مورد متغیر سن در ۴۴٪ از تحقیقاتی که تاثیر سن را بر سلامت اجتماعی سنجیده‌اند، ۱۹٪ رابطه مثبت و معنی دار، ۹٪ رابطه منفی و معنی دار و ۱۶٪ عدم رابطه میان سلامت اجتماعی و سن را گزارش کرده‌اند. میان عامل مهاجرت و سلامت اجتماعی نیز - که تنها در ۸٪ تحقیقات انجام شده مورد بررسی قرار گرفته - فقط در یک مورد رابطه مثبت گزارش شده است. متغیر تعداد فرزندان هم در ۳٪ از تحقیقات با سلامت اجتماعی رابطه مثبت داشته و در ۳٪ نیز رابطه‌ای دیده نشده است، و سرانجام میان قومیت و سلامت اجتماعی رابطه‌ای مشاهده نشده است. با توجه به آنچه در زمینه متغیرهای دموگرافیک عنوان شد، می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به تحقیقات انجام شده در این حوزه، متغیرهای دموگرافیک تاثیر چندانی بر سلامت اجتماعی ندارند.

پایگاه اجتماعی - اقتصادی به عنوان یکی دیگر از متغیرهای تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی مطرح شده است که با شاخص‌هایی چون تحصیلات (تقی پور ۱۳۹۰، آدینان ۱۳۹۱، تقی پور ۱۳۸۹، براتی ۱۳۹۰، عجم نژاد ۱۳۸۸، روحی ۱۳۸۸، صالح ۱۳۸۸، حسینی ۱۳۸۸، سرخوش ۱۳۸۷، ابراهیم نجف آبادی ۱۳۸۹، شیری ۱۳۹۰، امینی نقده ۱۳۹۰، کاشی لو ۱۳۸۹، زارع ۱۳۹۰، کمالی دهقان ۱۳۹۱، پورافکاری ۱۳۹۱، زکی و همکاران ۱۳۹۲)، شغل (آدینان ۱۳۹۱، تقی پور ۱۳۹۰، براتی ۱۳۹۰، کنگرلو ۱۳۸۷، روحی ۱۳۸۸، حسینی ۱۳۸۸، کمالی دهقان ۱۳۹۱، عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷، زکی و همکاران ۱۳۹۲)، درآمد (آدینان ۱۳۹۱، عجم نژاد ۱۳۸۸، تقی پور ۱۳۹۰، روحی ۱۳۸۸،

حسینی ۱۳۸۸، شیری ۱۳۹۰، امینی نقده ۱۳۹۰، کاشی‌لو ۱۳۸۹، زکی و همکاران، (۱۳۹۲)، محل زندگی (تقی‌پور ۱۳۹۰، کنگرلو ۱۳۸۷، ابراهیم نجف‌آبادی ۱۳۸۹)، رشته تحصیلی (کنگرلو ۱۳۸۷، باباپور ۱۳۸۸، عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷)، نوع مالکیت مسکن (ابراهیم نجف‌آبادی ۱۳۸۹، زارع ۱۳۹۰) و تحصیلات همسر (کمالی دهقان ۱۳۹۱)، تحصیلات والدین (باباپور ۱۳۸۸، عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷)، مقطع تحصیلی (عبدالله تبار و همکاران ۱۳۸۷)، عضویت در انجمن‌ها (عبدالله تبار ۱۳۸۷ و همکاران) سنجیده شده است. نکته قابل توجه این که از ۱۷ مورد تحقیقی که تاثیر تحصیلات را بر سلامت اجتماعی سنجیده‌اند، تنها در یک مورد (سرخوش ۱۳۸۷) متغیر تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه‌ای نداشته است.

نمودار ۲- رابطه سلامت اجتماعی و پایگاه اقتصادی- اجتماعی

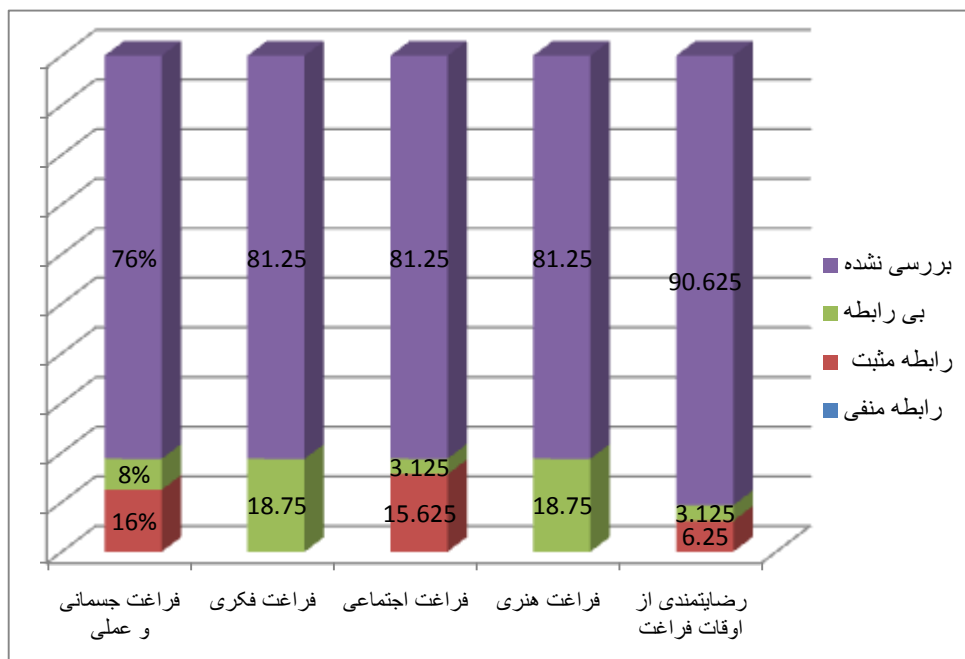


متغیر درآمد در ۷۳٪ از تحقیقات انجام شده مورد بررسی واقع نشده است، اما از ۲۷٪ تحقیقاتی که تاثیر درآمد بر میزان سلامت اجتماعی را سنجیده‌اند، ۲۴٪ آنها رابطه مثبت و معناداری را میان این دو متغیر یادآور شده‌اند. در خصوص تاثیر متغیر شغل بر سلامت اجتماعی نیز در ۱۲٪ از تحقیقات انجام شده عدم رابطه و در ۱۵ درصد نیز ارتباط مثبت میان آنها تایید شده است. رشته تحصیلی، تحصیلات همسر، تحصیلات والدین، محل زندگی نیز از جمله متغیرهایی بودند که تاثیری بر سلامت اجتماعی نداشتند. مالکیت مسکن هم در ۳٪ از تحقیقات انجام شده رابطه مثبت و معنی داری با سلامت اجتماعی داشته و در بقیه موارد ارتباطی میان این متغیر و سلامت اجتماعی مشاهده نشده است.

نحوه گذران اوقات فراغت و مولفه‌های آن از جمله فراغت‌های جسمانی - عملی، فراغت‌های فکری، هنری، اجتماعی (براتی ۱۳۹۰، کاشی لو ۱۳۸۹، ارفعی ۱۳۸۸، شیری ۱۳۹۰، امینی نقده ۱۳۹۰، حسینی ۱۳۸۸) و نیز رضایتمندی از اوقات فراغت (براتی ۱۳۹۰، کنگرلو ۱۳۸۷، ارفعی ۱۳۸۸) از جمله متغیرهای بودند که تاثیر آنها بر سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است.

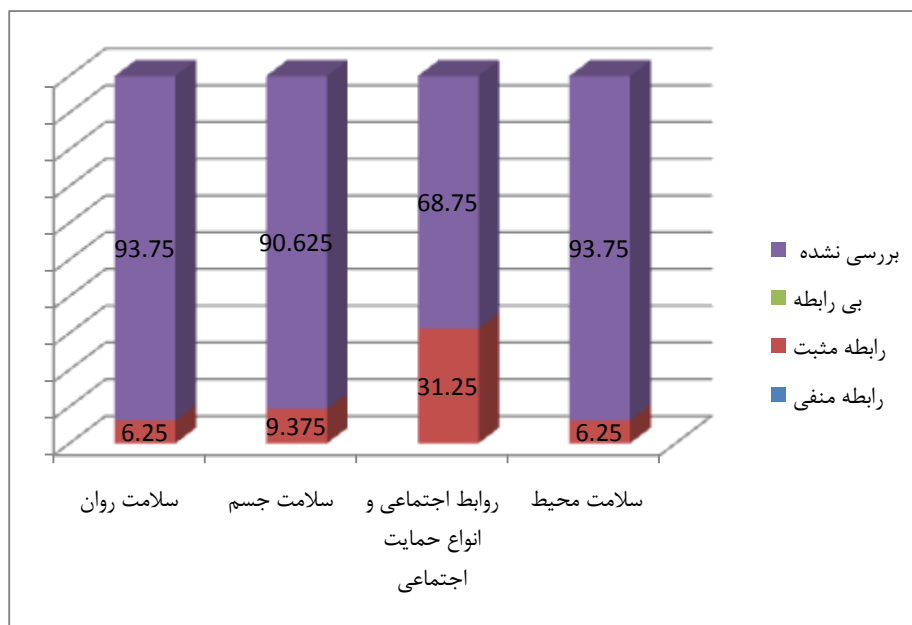
از میان مولفه‌های نحوه گذران اوقات فراغت، فراغت‌های فکری و هنری با سلامت اجتماعی رابطه معناداری نداشتند، از ۲۴٪ تحقیقاتی که فراغت جسمانی - عملی را مورد توجه قرار داده‌اند، ۱۶٪ با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و ۸٪ رابطه معناداری با آن نداشته‌اند. ۲۰٪ از تحقیقاتی هم که فراغت‌های اجتماعی را مورد ملاحظه قرار داده‌اند، ۳٪ رابطه‌ای میان این متغیر و سلامت اجتماعی گزارش نکرده‌اند و ۱۶٪ نیز رابطه مثبت و معناداری را نشان داده‌اند.

نمودار ۳- رابطه سلامت اجتماعی و نحوه گذران اوقات فراغت



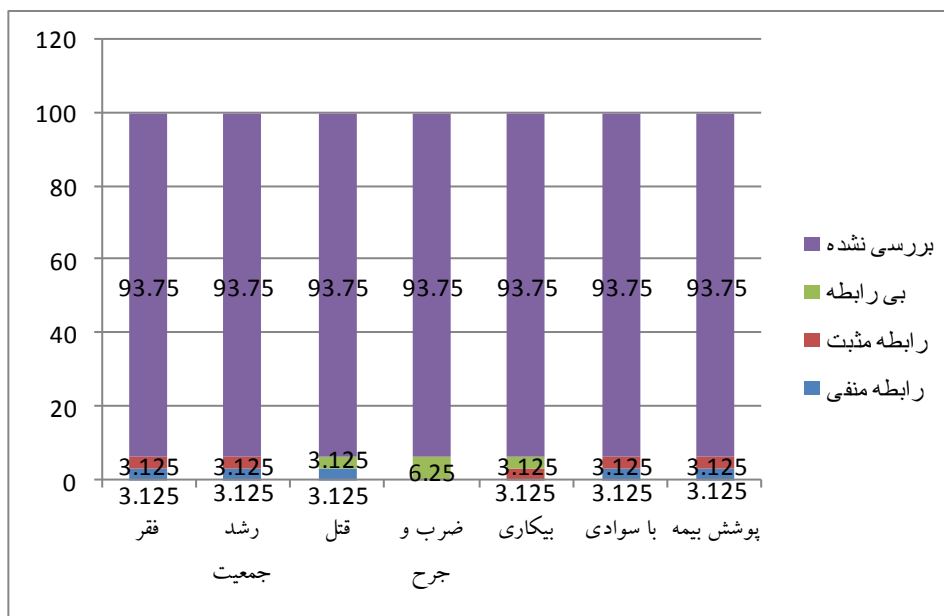
کیفیت زندگی و مولفه‌های آن از جمله سلامت جسم (آدینان ۱۳۹۱، رجایی ۱۳۹۰)، سلامت روان (رجایی ۱۳۹۰)، روابط اجتماعی و انواع حمایت‌های اجتماعی- ابزاری، خانوادگی، عاطفی، اطلاعاتی- (آدینان ۱۳۹۱، رجایی ۱۳۹۰، تقی پور ۱۳۸۹، صالح ۱۳۸۸، حسینی ۱۳۸۸، ابراهیم نجف آبادی ۱۳۸۹، شیری ۱۳۹۰، امینی نقده ۱۳۹۰) و سلامت محیط (رجایی ۱۳۹۰) نیز از عمده‌ترین متغیرهای تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی می‌باشند. ناگفته نماند که در دو مورد از تحقیقات (از جمله مسعودی ۱۳۹۰ و موحدی ۱۳۹۰) انجام شده، تاثیر سلامت اجتماعی بر مولفه‌های کیفیت زندگی سنجیده شده است.

نمودار ۴- رابطه مولفه‌های کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی



همان‌طور که نمودار شماره ۴ نشان می‌دهد، در تمام تحقیقات انجام شده که رابطه میان کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی را مد نظر داشته‌اند، ارتباط مثبت و معناداری میان مولفه‌های کیفیت زندگی بویژه بعد روابط اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی با سلامت اجتماعی مشاهده می‌شود.

نمودار ۵- سنجش سلامت اجتماعی در سطح اجتماعی



نمودار ۵ مطالعاتی را نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی را با شاخص‌های نزدیک به نگاه میرینگوف‌ها (۱۹۹۶) در ایران می‌سنجند. این شاخص‌ها توسط رفیعی و همکاران در سال ۱۳۸۹ تدوین شدند. همانطور که ملاحظه می‌گردد مطالعات اندکی با این دیدگاه به سلامت اجتماعی نگریسته‌اند.

نهایتاً سرمایه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، زندگی در فضاها (سرخوش ۱۳۸۷)، باورهای مذهبی (حسینی ۱۳۸۸) هوش هیجانی (اسدی ۱۳۸۴) و سبک‌های هویتی (رحیمی ۱۳۸۹، فارسی نژاد ۱۳۸۳) نیز بر سلامت اجتماعی تاثیرگذار اعلام شده‌اند و باورهای غیرمنطقی (رشیدی میبیدی ۱۳۹۱) و هوش متعارف (اسدی ۱۳۸۴) نیز تاثیری بر سلامت اجتماعی نداشته‌اند.

بحث و نتیجه گیری

همان گونه که از یافته‌های تحقیق مشخص می‌شود، متغیرهای موثر بر شکل‌گیری سلامت اجتماعی و عناصر تشکیل دهنده آن، در تحقیقات گوناگون اثرات متفاوتی داشته‌اند؛ به گونه‌ای که در برخی تحقیقات متغیرهای یکسان بر روی یک متغیر مشخص اثرات مثبت، منفی و یا فاقد رابطه داشته‌اند که البته این امر ممکن است به دلایل گوناگون باشد که از جمله آنها می‌توان به جوامع آماری گوناگون، شکل نمونه‌گیری و یا زمان‌های متفاوت اجرای تحقیق اشاره داشت. اما در مجموع با وجود تفاوت‌های در نتایج، همسانی‌ها و فراوانی‌ها بر روی برخی از روابط در بین متغیرها به شرح ذیل وجود دارد.

نتایج حاصله از تحقیقات برگزیده نشان می‌دهند که عوامل دموگرافیک تاثیر چندانی بر ابعاد سلامت اجتماعی ندارند. با این وجود در مورد متغیر سن برخی یافته‌ها حاکی از آن بود که سلامت اجتماعی در مجموع در سنین بالاتر از میزان بیشتری برخوردار است. از میان مولفه‌های پایگاه اقتصادی - اجتماعی نیز تحصیلات، بیشترین رابطه را با سلامت اجتماعی دارا بوده و با افزایش سطح آن، امتیاز پاسخگویان در نمره ابعاد سلامت اجتماعی، افزایش داشته است. سطح درآمد و پایگاه اقتصادی نیز با ابعاد سلامت اجتماعی رابطه مثبتی را نشان می‌دهد، به گونه‌ای که افراد با درآمد بیشتر، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند.

همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهد که نحوه گذران اوقات فراغت به خصوص مولفه‌های مربوط به فراغت‌های عملی - جسمانی و اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی در ارتباط هستند و پرداختن به آنها میزان سلامت اجتماعی را افزایش می‌دهد، با این وجود میان سلامت اجتماعی و فراغت‌های فکری و هنری رابطه معناداری ملاحظه نشده است. اما در ارتباط با مولفه‌های کیفیت زندگی تمام تحقیقاتی که به بررسی رابطه مولفه‌های این متغیر و ابعاد سلامت اجتماعی پرداخته‌اند، ارتباط مثبت و معناداری را

میان آنها یادآور شده‌اند. شایان ذکر است که از مولفه‌های کیفیت زندگی، روابط اجتماعی و نیز حمایت‌های اجتماعی بیشترین تاثیر را بر سلامت اجتماعی داشته‌اند و هر اندازه افراد از حمایت‌های اجتماعی بالاتری برخوردار بوده‌اند و یا روابط اجتماعی بیشتری داشته‌اند، از سلامت اجتماعی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند.

موضوع سلامت اجتماعی و به ویژه نگاه کلی به مطالعات انجام شده در این زمینه، برای کاهش هزینه‌ها و نیز جلوگیری از موازی‌کاری‌های علمی، مهم و ضروری است. طبق یافته‌های این تحقیق، غالب مطالعات انجام شده در حوزه سلامت اجتماعی با بهره‌گیری از نظریه ابعاد سلامت اجتماعی کیز صورت گرفته است. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و ارزشی جامعه ایران با جامعه آمریکا، استفاده از پرسشنامه طراحی شده کیز - بدون هیچ گونه دخل و تصرفی - در این حوزه می‌تواند یکی از عمده‌ترین نقاط ضعف تحقیقات انجام شده باشد. توجه به خاستگاه و منشأ فکری شکل‌گیری این نظریه می‌تواند ما را به مسیرهای دقیق‌تری در این حوزه هدایت کند. به عنوان مثال نگاه به سلامت اجتماعی از منظر ابعاد مطرح شده توسط کیز (انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی) به نوعی نشانگر پذیرش و تایید وضعیت موجود است. فرض زیربنایی این نوع نگاه این است که شرایط و وضعیت مطلوبی بر جامعه حاکم است و چنانچه شهروندان با این وضعیت مطلوب انطباق پیدا نکنند، با دیگر افراد جامعه مشارکت نداشته باشند، همبستگی و انسجام کافی را با چنین جامعه‌ای نداشته باشند، به لحاظ اجتماعی ناسالم محسوب می‌شوند. اما سوال این است که آیا انطباق، انسجام، همبستگی با جامعه‌ای که در آن بی‌عدالتی، فقر، نابرابری و فساد موج می‌زند؛ به معنای سلامت اجتماعی افراد آن جامعه است؟

کیز به عنوان یک آمریکایی زمانی که ابعاد سلامت اجتماعی را ارائه می‌کند به نوعی جامعه آمریکا را ملاک و الگویی در نظر می‌گیرد که سلامت شهروندان آن در گرو تطبیق با شرایط موجود در آمریکا دانسته می‌شود. در مخالفت با کیز می‌توان گفت

گاهی حتی تلاش برای تغییر و به چالش کشیدن شرایطی که در آن ناامنی، فقر، بی‌عدالتی و تبعیض وجود دارد، نشان از سلامت افراد جامعه دارد و انطباق و انسجام با جامعه‌ای که در آن بی‌عدالتی موج می‌زند؛ نشانگر ناسلامتی اجتماعی افراد است. از این رو برای کاربرد نظریه کیز در مورد سلامت اجتماعی در ایران نیازمند دقت نظر و توجه به شرایط جامعه‌ای که کیز در آن این نظریه را مطرح نموده و تفاوت‌های جامعه ایران و آمریکا در این خصوص هستیم و بر این اساس نیاز به بازنگری چارچوب‌های بررسی و تعاریف مان از سلامت اجتماعی داریم.

برای روشن‌تر شدن این بحث، بهتر آن است مفاهیم *social health* و *social wellbeing* که به زعم ما عدم توجه به آن یکی از اشتباهات فاحش در برخی از تحقیقات انجام شده در این حوزه و شاید علت برخی اختلافات اساسی در این حوزه باشد، تشریح شوند. هر دو این اصطلاحات در فارسی به معنای سلامت اجتماعی ترجمه شده‌اند. کیز (۲۰۰۵) از پدیده‌ای با عنوان *social wellbeing* سخن می‌راند و ابعاد آن را همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی در نظر می‌گیرد. این در حالی است که میرینگوف‌ها (۱۹۹۶)، راسل (۱۹۷۳) و نیز ائتلاف جماعت‌های سالم انتاریو (۲۰۰۳) و یا رفیعی و همکارانش (۱۳۸۹) شاخصه‌های *social health* را مطرح می‌کنند. آنها فقدان شرایطی چون فقر، تبعیض جنسی، قومی، نژادی، ناامنی و... را به معنای سلامت اجتماعی می‌دانند. چنانچه پیوستاری را در نظر آوریم - شبیه پیوستار مطرح شده توسط کیز - که یک سوی آن مثبت و سوی دیگر آن منفی و نقطه میانی آن صفر باشد. قسمت مثبت پیوستار را می‌توان *social wellbeing* دانست. همانطور که کیز عنوان می‌کند نقطه صفر نیز نقطه‌ای است که می‌توان گفت افراد صرفاً بیمار نیستند، اما هنوز نمی‌توانیم بگوییم که این افراد سلامت اجتماعی (*social wellbeing*) دارند (فارسی‌نژاد، ۱۳۸۳: ۷۷). برای اینکه افراد یک جامعه به این نقطه برسند، - تا قادر باشند پس از آن به سطوح عالی‌تر اجتماعی دست یابند - باید شرایط و بسترهای لازم فراهم باشد. به عنوان مثال ناامنی

وجود نداشته باشد، تبعیض قومی و نژادی وجود نداشته باشد، نابرابری در توزیع درآمد وجود نداشته باشد، بیکاری وجود نداشته باشد و... به واقع وجود شاخصه‌های مطرح شده توسط میرینگوف‌ها (۱۹۹۶)، راسل (۱۹۷۳) و رفیعی و همکارانش (۱۳۸۹) - که با عنوان social health از آن یاد شده است - افراد یک جامعه را به نقطه صفر مورد نظر کبیز می‌رساند، آن زمان است که شرایط برای سنجش social wellbeing فراهم می‌گردد. در تایید این مدعا سند ارتقاء سلامت اجتماعی (ILO) social health در سال ۲۰۰۷، ارتقاء سلامت اجتماعی را منوط به دستیابی افراد نیازمند به حداقل مراقبت‌های اساسی دانسته است و هدف از طرح این سند را کاهش بودجه‌های مربوط به حوزه سلامت از جمله مرگ و میر، معلولیت، فقر و افزایش حمایت از خانواده‌ها، آموزش و رشد اجتماعی کودکان معلول دانسته است (ILO, ۲۰۰۷). همانطور که می‌بینیم در سند ارتقاء سلامت اجتماعی سازمان بین‌المللی کار هم، سلامت اجتماعی (social health) به معنای مورد نظر کبیز به کار نرفته است و مقصود از سلامت اجتماعی کاهش فقر، معلولیت، مرگ و میر و... عنوان شده است. از این منظر اختلاف صاحب‌نظرانی چون کبیز و لارسون با میرینگوف‌ها و راسل علاوه بر سطوح متفاوتی که برای کارشان برگزیده‌اند - کبیز و لارسون در سطح فردی و میرینگوف‌ها و راسل در سطح اجتماعی به بحث سلامت اجتماعی پرداخته‌اند، - این است که آنها نقطه شروع متفاوتی دارند. نقطه شروع کبیز جایی است که از مسائل مورد نظر میرینگوف‌ها و راسل عبور کرده است. به واقع در نظر کبیز زمانی که این شرایط فراهم و فرد فاقد هر نوع بیماری است، در نقطه صفر قرار گرفته است و تازه باید وضعیت social wellbeing وی را سنجید، اما کسانی که از social health سخن به میان می‌آورند، درصدد ارتقاء شرایطی هستند - فقر، ناامنی، تبعیض و... - که وجود آنها در یک جامعه، بیماران اجتماعی را موجب می‌شود، به واقع آنها هنوز به نقطه صفر کبیز که در آن افرادی ایستاده‌اند که بیمار نیستند، اما نمی‌توانیم آنها را به لحاظ اجتماعی نیز سالم بدانیم، نرسیده‌اند.

به نظر، فرض زیربنایی کبیز آن بوده که در جامعه آمریکا این شرایط فراهم است و افراد در نقطه صفر قرار دارند و در نتیجه از طریق سوال از افراد و با استفاده از پرسشنامه ابعاد سلامت اجتماعی درصدد است *social wellbeing* این افراد را بسنجد؛ صرف نظر از این که آیا ادعای کبیز در خصوص فراهم بودن شرایط لازم برای سنجیدن *social wellbeing* در جامعه آمریکا حقیقت دارد یا خیر؛ برای کاربرد این شاخص در ایران باید جوانب احتیاط را رعایت کرد و چنانچه قرار باشد از مولفه‌های مورد نظر کبیز برای سنجش سلامت اجتماعی در ایران استفاده کنیم، باید به این اطمینان رسیده باشیم، که ما دست‌کم در نقطه صفر کبیز قرار داریم.

جدای از این بحث کبیز عنوان می‌کند که سازمان بهداشت جهانی، سلامت اجتماعی را به عنوان یکی از مولفه‌های کلیدی سلامت روان معرفی کرده است. اما به دلیل فقدان ابزارهای معتبر، این مفهوم به صورت یک مناظره سیاسی، اجتماعی در سطوحی فراتر از سطح فردی باقی مانده است. در حالی که ابعاد سلامت اجتماعی شامل طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است. وی معتقد است که این مقیاس جدید- ابعاد سلامت اجتماعی- با مقیاس‌های سلامت اجتماعی در سطح بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت اجتماعی) و سطح اجتماعی (مثل فقر و جایگاه اجتماعی) تفاوت‌هایی دارد (کبیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۳۴۷).

به واقع از آنجا که کبیز معتقد است ابزاری برای سنجش سلامت اجتماعی در سطح فردی وجود ندارد، به دنبال تدوین شاخصی برای سنجش سلامت اجتماعی در بعد فردی، ابعاد سلامت اجتماعی - همبستگی، مشارکت، پذیرش، شکوفایی، انطباق اجتماعی - را مطرح می‌کند. وی معتقد است اگر سلامت اجتماعی در این سطح سنجیده نشده به سبب فقدان ابزار مناسب بوده است، اما این بدین معنا نیست که این ابعاد همه آن چیزی را که ما سلامت اجتماعی می‌دانیم، در بر می‌گیرند. برای سنجش سلامت اجتماعی نه تنها توجه به ابعاد فردی، بلکه توجه به سطح بین فردی و اجتماعی سلامت اجتماعی نیز لازم و ضروری می‌باشد.

جدول ۶- شاخص‌های سلامت اجتماعی با توجه به سطوح تحلیل و پیوستار اندازه‌گیری

سطوح تحلیل			
پیوستار	فردی	بین فردی	اجتماعی
منفی	بیگانگی و ناهنجاری اجتماعی	پرخاشگری و ناآشنایی با قوانین مدنی	فقر، خودکشی و جرم
مثبت	ابعاد سلامت اجتماعی	مبادله انواع اعتماد و حمایت اجتماعی	سرمایه اجتماعی و کارآمدی اجتماعی

(کیزیو شاپیرو، ۲۰۰۴: ۳۴۶)

از این رو به نظر می‌رسد که ابعاد پنجگانه سلامت اجتماعی فقط یک بخش از شاخص‌های سلامت اجتماعی (پیوستار مثبت- فردی) است. در بخش ابعاد سلامت اجتماعی، سلامت به عنوان صفتی برای فرد در نظر گرفته می‌شود. در این سطح، سلامت اجتماعی دربرگیرنده سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگتر است (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۴). این در حالی است که سلامت اجتماعی در سطح بین فردی با اعتماد و حمایت اجتماعی و در سطح اجتماعی با سرمایه اجتماعی و کارآمدی اجتماعی سنجیده می‌شود. ناگفته نماند که هر یک از سطوح سلامت اجتماعی بر سطح دیگر تاثیر می‌گذارد و از آنها تاثیر می‌پذیرد. برای مثال چنانچه در سطح اجتماعی شاهد فقر و در سطح بین فردی شاهد ناآشنایی با قوانین مدنی و مهارت‌های زندگی باشیم؛ قطعاً ابعاد گوناگون سلامت اجتماعی- انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، همبستگی اجتماعی- در سطح فردی تحت تاثیر قرار می‌گیرد.

غفلت از پژوهش‌های کیفی و در نتیجه بی‌توجهی به تجربه زیسته شهروندان، ناکافی بودن مطالعات پژوهشی موجود و فقدان پژوهش‌های مداخله‌ای، برنامه‌محور و اقدام‌پژوهانه، از جمله نقاط ضعف دیگری است که می‌توان در تحقیقات انجام شده

مشاهده کرد. نگاهی همگون ساز، عمدتاً با یک رویکرد، بدون توجه به ساختار جامعه ایرانی و نیز گروه‌های هدف متفاوت تحقیق، می‌تواند تحقیقات این حوزه را با چالش‌های بسیاری مواجه سازد. از این رو لازم است که برای سنجش سلامت اجتماعی، در حد امکان نگاهی دیگرگونه به کار بندیم.

منابع

- ابراهیم نجف‌آبادی، اعظم. (۱۳۸۹)، عوامل موثر بر میزان سلامت اجتماعی زنان ۱۵-۲۴ ساله شهر اصفهان (با تاکید بر میزان حمایت اجتماعی مددکاری اجتماعی)، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه مددکاری اجتماعی.
- آدینان، مرضیه. (۱۳۹۱)، بررسی عوامل اجتماعی و اقتصادی موثر بر سلامت اجتماعی سالمندان ساکن در آسایشگاه کهریزک، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه مددکاری اجتماعی.
- ارفعی عین‌الدین، رضا. (۱۳۸۸)، بررسی رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی (نمونه مورد بررسی جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهرستان بستان آباد)، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه برنامه ریزی و رفاه اجتماعی.
- اسدی، بختیار. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه هوش هیجانی، هوش متعارف و سلامت اجتماعی در دانش آموزان پیش دانشگاهی شهرستان کامیاران، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران.
- امینی رارانی، مصطفی، موسوی، میرطاهر و رفیعی، حسن. (۱۳۹۰)، رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۴۲. ۲۰۳-۲۲۸.

- امینی نقده، منصور. (۱۳۹۰)، بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی (مطالعه موردی جوانان ۱۸ تا ۲۹ ساله شهر نقده)، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه مددکاری اجتماعی.
- باباپور خیرالدین، جلیل، طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی. (۱۳۸۸)، بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز، *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال چهارم، شماره ۱۶. ۸-۲۶
- براتی، سارا. (۱۳۹۰)، بررسی رابطه نحوه گذران اوقات فراغت و سلامت اجتماعی (نمونه موردی بررسی جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهرستان بجنورد)، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه آزاد رودهن. گروه مطالعات زنان.
- برامر، لورنس ام. (۱۳۷۷)، *مراحل و مهارت‌های مددکاری*، ترجمه: پروانه کارکیا، تهران: انتشارات سمت.
- پورات، زینب. (۱۳۹۱)، بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی کارکنان شاغل مدیریت‌های امور مناطق پنجگانه بانک سپه در شهر تهران، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه مددکاری اجتماعی.
- تقی پور، زینب. (۱۳۹۰)، بررسی عوامل اقتصادی اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان سازمان تأمین اجتماعی شهرکرد، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه برنامه‌ریزی و رفاه اجتماعی.
- تقی پور، ملیحه. (۱۳۸۹)، بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار در شهر تهران، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه آزاد رودهن، گروه مطالعات زنان.
- حسینی، فاطمه. (۱۳۸۸)، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه مددکاری اجتماعی.

فرا تحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت ... ۱۰۷

- رجایی، خدیجه. (۱۳۹۰)، بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی در میان دانشجویان دانشگاه پیام نور مشکین شهر، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه برنامه ریزی و رفاه اجتماعی.

- رحیمی، حسین. (۱۳۸۹)، رابطه سبک‌های هویت‌یابی و سلامت اجتماعی در نوجوانان ۱۵-۱۸ ساله ساکن مراکز شبانه‌روزی شهر تهران، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. گروه مددکاری اجتماعی.

- رشیدیان میبدی، مریم. (۱۳۹۱)، بررسی رابطه باورهای غیر منطقی و سلامت اجتماعی زندانیان، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه مددکاری اجتماعی.

- رفیعی، حسن، امینی‌رارانی، مصطفی، سمیعی، مرسده، اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹)، سلامت اجتماعی در ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد محور، *مسائل اجتماعی ایران*، شماره ۲. ۳۱-۵۱

- روحی، زهرا. (۱۳۸۸)، بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی کاشان سال ۱۳۸۷، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه مددکاری اجتماعی.

- روغنجی، محمود. (۱۳۸۴)، رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- زارع، فاطمه. (۱۳۹۰)، بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار و نوع سرپرستی آنها، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی، گروه مددکاری اجتماعی.

- سجادی، حمیرا و جلال صدرالسادات. (۱۳۸۴)، شاخص‌های سلامت اجتماعی. *مجله سیاسی - اقتصادی*، شماره ۲۰۸-۲۰۷، صص ۲۴۴-۲۵۳.