

فرا ترکیب تدوین و طراحی مدل جدید عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ایرانیان

محسن نیازی^۱، اکبر ذوالفقاری^۲، شکوفه آب شیرین^۳، الهام رضایی^۴

چکیده

مفهوم سلامت اجتماعی، ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت را در برمی گیرد. هدف این پژوهش طراحی مدل جدید عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ایرانیان از طریق مطالعه و جمع بندی پژوهش های انجام شده در زمینه سلامت اجتماعی با رویکرد فرا ترکیب است. روش پژوهش پیش رو کیفی است و جامعه آماری این پژوهش را مقالات علمی و پژوهشی انجام شده در ایران با موضوع سلامت اجتماعی شهروندان از سال ۱۳۹۰ تا پایان سال ۱۴۰۰ تشکیل داده است. در کل تعداد ۳۲ مقاله پژوهشی یافت شده که در نهایت پس از بررسی و پالایش های مختلف ۱۸ مقاله برای بررسی نهایی انتخاب و در ۵ بُعد سازمان دهی گردید. یافته های پژوهش نشان می دهد ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی شهروندان به لحاظ بیشترین قلمرو به ابعاد انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انطباق اجتماعی اختصاص دارد که هر کدام دارای زیر مجموعه های متعددی است. نتایج پژوهش نشان می دهد سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن نیاز به توجه بیشتری دارند و آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی، ابعاد آن و کشف راهبردهای ارتقا سلامت اجتماعی لازمه هر تلاش در دستیابی به سلامت اجتماعی است.

واژگان کلیدی

سلامت اجتماعی، سلامت روانی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، توسعه اجتماع.

مقدمه

سلامت به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه است (World Health Organization, 2006). پیش‌تر سلامت مختص جسم و صرفاً به معنای نبود بیماری بود؛ اما امروزه، سلامت اجتماعی با محوریت فرد از سطوح سلامت شناخته و از سلامتی به‌عنوان توانایی مواجهه و تطابق با یک محیط خاص تعریف می‌شود. بر این اساس، سلامتی وسیله تأمین امکانات اجتماعی - فردی توانایی‌های جسمی است که در فرایندها و اقدامات روزمره زندگی مردم ریشه دارد؛ بنابراین، سلامت اجتماعی هم رکن سلامت و هم تابعی از آن است (فتحی، عجم‌نژاد و خاک‌رنگین، ۱۳۹۱: ۲۴۳-۲۲۵). بلوک و برسلو (فتحی و دیگران، ۱۳۹۱)، برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲، مفهوم سلامت اجتماعی را مطرح کردند و آن را با میزان عملکرد اعضای جامعه مترادف دانستند. رکن اجتماعی سلامت شامل مهارت اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خودش به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است (سام‌آرام، ۱۳۹۱: ۲۶). بدین لحاظ، فرد عضوی از افراد خانواده و جامعه به شمار می‌رود. شیوه ارتباط فرد با شبکه‌های اجتماعی از دیگر ملاک‌های سنجش سلامت اجتماعی است (پارسا، قوش‌چیان و حاجی عبدالرحیم‌خبا، ۱۳۹۷: ۵۲). نبود فقر، فقدان خشونت، رشد کنترل شده جمعیت، عدالت قضایی، حقوق بشر، آموزش همگانی رایگان، دسترسی همگان به خدمات سلامت، امنیت، آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی، پوشش بیمه، توزیع عادلانه درآمد، اشتغال و فقدان بیکاری، عدم تبعیض قومی - نژادی و منطقه‌ای، مردم‌سالاری، مشروعیت دولت و نظارت مردم سالارانه بر حکومت از شاخصه‌ها و ابعاد سلامت اجتماعی به شمار می‌رود (توکل، ۱۳۹۳). اخلاق اجتماعی، عرف اجتماعی، آموزه‌های اخلاقی، اخلاق عملی، ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، قلمروهای ارتباطی، مهارت‌های زندگی و اجتماعی شدن نیز از دیگر مفاهیم سلامت اجتماعی است (توکل، ۱۳۹۳). پنج مؤلفه اصلی سلامت اجتماعی شامل ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی است (سخایی، ۱۳۹۷) که در اکثریت تحقیقات به آن‌ها اشاره شده است. امینی رارانی و همکارانش (۱۳۹۰)، سلامت اجتماعی، در حقیقت، رابطه شبکه ارتباطات اجتماعی و تعادل فرد و محیط را تبیین می‌کند و ضمن اینکه در زندگی شهروندان، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد، خود نیز تحت تأثیر عوامل متعددی است. اهمیت بعد اجتماعی

و تأکید سازمان جهانی بهداشت بر توجه به ابعاد اجتماعی و فیزیکی سلامت، این موضوع را به دغدغه برنامه‌ریزان جامعه تبدیل کرده است. به همین دلیل، واکاوی وضع سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن از ابعاد گوناگون حائز اهمیت است. معرف‌های هفت‌گانه سلامت اجتماعی در ایران را به شرح ذیل اعلام کرده‌اند ۱. کسی که زیر خط فقر نباشد، ۲. خشونت در جامعه وجود نداشته باشد، ۳. رشد جمعیت کنترل شده باشد ۴. آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان و سپس رایگان باشد، ۵. توزیع درآمدها عادلانه باشد، ۶. همه مردم تحت پوشش بیمه باشند و ۷. بیکاری وجود نداشته باشد. سلامتی اجتماع، یا به عبارت بهتر سلامت اجتماعی، از مؤلفه‌های حقوق بشر برای تأمین نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی است؛ که بر اساس تأکید سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization, 2006)، باید در دسترس همگان قرار گیرد. با توجه به نقش ۲۵ درصدی سیستم بهداشت و درمان در ارتقای سلامت شهروندان (مدیری، سفیری و منصوریان، ۱۳۹۶: ۹، به نقل از مطلق و همکاران، ۱۳۸۷: ۳)، توجه به ابعاد سلامت فیزیکی، اجتماعی و جسمی از سوی سایر ارکان نظام سلامت ضرورت می‌یابد. اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود (فتحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۴۳-۲۲۵). بررسی وضعیت سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن از ابعاد گوناگون حائز اهمیت است: با در نظر گرفتن گسترش روزافزون ارتباطات انسانی، شناسایی عوامل برهم زننده آرامش و سلامت افراد و علل بروز بحران‌های اجتماعی و روانی، اهمیت بیشتری یافته و متقابلاً به احساس نیاز فردی و اجتماعی به سلامت اجتماعی افزوده شده است. از طرف دیگر گستره فراوان آن که همه افراد را دربرمی‌گیرد اهمیت بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار را دوچندان می‌کند. باتوجه به اهمیت سلامت اجتماعی در جامعه، هدف این پژوهش طراحی مدل جدید عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ایرانیان از طریق مطالعه و جمع‌بندی پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه سلامت اجتماعی با رویکرد فرا ترکیب است.

پیشینه پژوهش

پژوهش‌های متعددی درباره سلامت اجتماعی انجام شده است. در این پژوهش‌ها به

یک یا چند عامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان اشاره شده که در ادامه به آن اشاره می‌شود. نریمانی و صمدی فرد (۱۳۹۶)، دریافتند بین عزت نفس، خودکارآمدی و شادکامی با سلامت اجتماعی بین سالمندان رابطه معنی‌داری وجود داشت. مدیری و دیگران (۱۳۹۶)، به این نتایج دست یافتند که مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی، گذران اوقات فراغت، سن، پایگاه اقتصادی- اجتماعی و جنس با توجه به اندازه شدت اثر به ترتیب بر سلامت اجتماعی اثرگذارند. فیروزبخت و همکاران معتقدند (۱۳۹۶)، پایگاه اقتصادی اجتماعی، تحصیلات، درآمد، حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی ارتباط معنی‌داری با سلامت اجتماعی دارند. قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی (۱۳۹۵)، اعتقاد دارند مطلوبیت شرایط شغلی بیشترین اثر را بر سلامت اجتماعی زنان دارد. استقلال مالی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، عزت نفس و منزلت اجتماعی هم بر سلامت اجتماعی زنان شاغل اثرگذارند. صلحی و همکاران (۱۳۹۵)، دریافتند رابطه پایگاه اجتماعی- اقتصادی، مهارت‌های ارتباطی، گذراندن اوقات فراغت و کیفیت زندگی با سلامت اجتماعی معنا دار است. نتایج تحقیق کرمی و همکاران (۱۳۹۴)، نشان داد اشکال متفاوت سرمایه انسانی نظیر سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی با سبک زندگی سلامت‌محور دانشجویان رابطه معنی‌دار دارد. پورافکاری (۱۳۹۱)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافت که رابطه بین جنسیت و سلامت رابطه معنا داری نبوده است. یافته‌های تحقیق خوشفر و همکاران (۱۳۹۴)، نشان می‌دهد رابطه معنی‌دار و مستقیمی بین امنیت اجتماعی و سلامت اجتماعی جوانان شهر قاین وجود دارد. نیکو گفتار (۱۳۹۳)، نشان داد متغیر جنسیت با هیچ‌یک از ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی رابطه معنا داری وجود ندارد.

نورمن و همکاران (۲۰۱۶)، دریافتند عمده‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عبارت‌اند از: تحصیلات مادران، نابرابری‌های محل سکونت و درآمد خانواده. این عوامل با مرگ‌ومیر کودکان، وضعیت تغذیه کودکان، تکمیل برنامه‌های ایمن‌سازی، رفتار سلامت جویانه و اقدامات بهداشتی مرتبط است.

کورپ و همکاران (۲۰۱۱)، به این نتایج دست یافتند مداخلات بخش سلامت، سیاست‌های بین بخشی تأثیرگذار در جامعه و اندازه‌گیری و تحقیق برای درک بهتر نابرابری‌ها از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به شمار می‌روند.

کرین و جیمز (۲۰۰۵)، دریافتند سطح درآمد، ساختار اقتصادی، توزیع جمعیت، توانایی سیستم در مدیریت حوزه‌های اجتماعی و سطح همبستگی در جامعه، ظرفیت‌ها

و پتانسیل‌های اجتماعی سیستم از جمله عوامل مؤثر بر بیمه به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت اجتماعی است.

واترسون و همکاران (۲۰۰۴)، دست یافتند که سرمایه اجتماعی نقش مهمی در تأمین سلامت اجتماعی بازی می‌کند و نقش پزشکان اطفال، بازدیدکنندگان بهداشت و کارکنان بهداشت جامعه نیز در بهبود سلامت اجتماعی در قالب سرمایه‌های اجتماعی قابل توجه است.

مکدونالد و همکاران (۲۰۰۴)، نشان دادند مهارت‌های زندگی از جمله حل مسئله و ارتباط مؤثر با جوانان، توانایی آنان را برای حل مشکلات و استفاده مؤثر از حمایت‌های اجتماعی افزایش می‌دهد.

مبانی و رویکردهای نظری

سلامت اجتماعی: سلامت اجتماعی به معنای سلامت اجتماع در کنار سلامت جسم و روان است. سلامت اجتماعی، به معنای زندگی خوب داشتن و شادی زیستن است؛ که بر بعد مثبت سلامت تأکید دارد (Shapiro, 2004 & Keyes: 5). لارسن (۱۹۹۶: ۸۳)، سلامت اجتماعی را به عنوان ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنها است تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فردی را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد احساس تفکر و رفتار است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی هستند. سلامت اجتماعی شامل پاسخ‌های درونی فرد به احساس، تفکر و رفتار (عبدالله تبار، کلدی، محقق‌ی کمال، ستاره فروزان و صالحی، ۱۳۸۷: ۱۷۳)، در قالب احساس و نحوه عملکرد است (راد و دیگران، ۱۳۹۵: ۱۴۶). سلامت اجتماعی برای نخستین بار با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف دانسته (Breslow, 1990) و در ارتباط با خانواده، اجتماع و ملت تعریف شده است (Laycock, & Harwich, 2018). سلامت اجتماعی از ادبیات دورکیمی از انومی و خودبیگانگی منشأ گرفته است (Keyes, 2003: 123). دورکیم، معتقد است از 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 سلامت اجتماعی است؛ اما در پژوهش‌های اخیر، دیگر عدم احساس انومی و از خودبیگانگی شرط کافی برای وجود احساس سلامت اجتماعی نیست. وی

یکپارچگی و همبستگی اجتماعی را از مزایای بالقوه زندگی عمومی می‌داند و معتقد است یکپارچگی و همبستگی اجتماعی همان احساس تعلق و وابستگی، درک آگاهی و داشتن سرنوشت جمعی مشترک است. برگمن (۲۰۰۷) به نقش شبکه‌های اجتماعی در سلامت اجتماعی اشاره کرده و اعتقاد دارد شبکه‌ها و ارتباطات اجتماعی عامل پرورش روحیه مشارکت، افزایش دخالت افراد در فرایندهای اجتماعی، غنی‌سازی اوقات فراغت و افزایش گرایش به فعالیت‌های مذهبی است. امروزه، سلامت اجتماعی با سلامتی انفرادی عجین شده؛ بدین معنی که افرادی سلامت اجتماعی دارند که نقش‌های اجتماعی را خوب ایفا نموده و با جامعه و هنجارهای اجتماعی پیوند داشته باشند (همتی و دیگران، ۱۳۹۲: ۴۶). به اعتقاد کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک‌اند؛ که به زندگی غنا و معنا می‌بخشند. از این‌رو، توانایی فرد در تعامل با دیگران و اجتماع برای ایجاد روابط رضایت‌بخش و تحقق نقش‌های اجتماعی، سلامت اجتماعی، نام گرفته است. کییز (۲۰۰۴)، با بیان اینکه بهزیستی، اساس و بنیان اجتماعی دارد، سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه دانسته و تأکید کرده است عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است. به گفته وی؛ بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع پسند، مسئولیت‌پذیری و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد (سام آرام، ۱۳۸۸). به پیشنهاد وی؛ سلامت اجتماعی از پنج جزء شکوفایی اجتماعی، مشارکت، پیوستگی، انسجام و پذیرش اجتماعی تشکیل شده و منشأ آن؛ ارزیابی فرد از نحوه نگرش و ارتباطش با جامعه است. مجموع آراء یاد شده درباره سلامت اجتماعی در قالب سه رویکرد قابل طرح است:

– سلامت اجتماعی؛ شامل سلامت فردی همراه با سلامت جسمی و روانی است: مانند تعاریف لارسن (۱۹۹۶)، کییز و شاپیرو (۲۰۰۴)، اوستون و جیکوب (ابراهیم‌پور، پورجلی و رمضانی‌ممقانی، ۱۳۹۱).

– سلامت اجتماعی مبین شرایط اجتماعی سلامت بخش است.

– سلامت اجتماعی مبین جامعه سالم شامل تعاریف راسل (۱۹۷۳)، ائتلاف جماعت‌های سالم اناریو (۲۰۰۳) است (سمیعی و دیگران، ۱۳۸۹: ۳۹-۳۳).

تئوری‌های سلامت اجتماعی:

نظریه آنومی دورکیم: دورکیم در نظریه آنومی اجتماعی، کم‌رنگی اخلاقیات در جوامع جدید و ارگانیک را به نقد می‌کشد و تأکید می‌کند زندگی بدون اخلاقیات و

ضرورت‌های اجتماعی نه تنها قابل تحمل نیست که عامل افزایش آنومی است. دورکیم تحولات شتابان اقتصادی را علت آشکار آنومی دانسته و تأکید کرده است آنومی در جامعه به بحران آموزشی و هنجاری ختم می‌گردد. بدین ترتیب، در اندیشه دورکیم، کیفیت زندگی اجتماعی معلول مکانیسم معین و عوامل اجتماعی است. دورکیم تأکید کرده است نبود اخلاقیات موجب می‌شود جامعه قدرت مدیریت و کنترل اجتماعی را از دست بدهد؛ و در نتیجه، بی‌هنجاری و کاهش کیفیت زندگی بروز و ظهور یابد. **نظریه بی‌سازمانی اجتماعی:** بر اساس این نظریه، عوامل اجتماعی مهم‌ترین عنصر کنترل‌کننده افراد هستند؛ بنابراین؛ زمانی که این عوامل بی‌ثبات شوند، توان افراد برای کنترل رفتار خودشان کم می‌شود؛ و این بستر کاهش کیفیت زندگی را فراهم می‌کند.

نظریه سلامت اجتماعی کییز

کییز سلامت اجتماعی را به‌عنوان گزارش شخصی افراد از کیفیت روابطش با دیگران و جامعه تعریف می‌کند. از نظر وی فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. مدل چندوجهی کییز از سلامت اجتماعی شامل ۵ جز است که میزان کارایی و کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند. این ابعاد عبارت‌اند از شکوفایی اجتماعی، همبستگی (انطباق) اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و انسجام اجتماعی (رضادوست، حسین‌زاده و رستمی، ۱۳۹۸: ۹-۸). **یکپارچگی اجتماعی:** یکپارچگی اجتماعی همان احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از سوی جامعه و سهم داشتن در آن است. یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطرافش است (Keyes, 1998: 122). احساس تعلق جنبه محوری سلامت؛ و یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف حاصل تجربه مشترک با دیگران است. به‌زعم کییز (۲۰۰۴: ۷)، یکپارچگی اجتماعی بر مفاهیم انسجام اجتماعی دورکیم، بیگانگی و انزوای اجتماعی سیمون تأکید دارد. به اعتقاد دورکیم (Keyes, ۱۹۹۸)، هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی، بازتابی از ارتباطات افراد از طریق هنجارهاست. دورکیم (طالبی، محمدی و چیت‌ساز، ۱۳۹۹: ۱۳۷، به نقل از دهباش، ۱۳۸۳: ۲۳-۲۲). احساس در میدان تعاملی را عاطفه جمعی نامیده و توضیح داده؛ عاطفه جمعی با مناسک جمعی مانند اعیاد و

مراسم ملی مذهبی ایجاد؛ و موجب تحکیم یکپارچگی اجتماعی می‌شود (چلبی و مبارکی، ۱۳۸۴: ۲۲).

پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش از خود است (Brim, Ryff, & Kessler, 2019). به لحاظ اجتماعی و روانی، افرادی سالم‌اند؛ که نسبت به شخصیت خود نگرش مثبتی دارند؛ و جنبه‌های خوب و بد زندگی را با هم پذیرفته‌اند (بنی‌فاطمه، محمد و چایچی‌تبریزی، ۲۰۱۱، به نقل از ریف، ۱۹۸۹)؛ بنابراین، پذیرش اجتماعی به معنای داشتن نگرش مثبت به افراد، تصدیق دیگران و پذیرش افراد با وجود برخی سردرگمی‌ها و پیچیدگی‌هاست. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی پذیرش خود؛ و پذیرش خود، به مفهوم نگرش مثبت و احساس خوب به خود و زندگی علی‌رغم همه ضعف‌ها و کمبودهاست. با پذیرش اجتماعی، فرد، اجتماع و مردم جنبه‌های مثبت و منفی موضوع را قبول می‌کنند؛ و می‌پذیرد (Ryff, 2000 & Keyes).

مشارکت اجتماعی: افراد احساس می‌کنند با مشارکت چیز با ارزشی به اجتماع عرضه می‌کنند. تصورشان این است که اجتماع به فعالیت روزانه‌شان احترام قائل است؛ حس می‌کنند چیز با ارزشی برای ارائه به جهان دارند (Keyes, 1998). افراد با مشارکت اجتماعی بر این باورند که عضو حیاتی اجتماع‌اند؛ و چیزهای ارزشمندی برای عرضه دارند. مشارکت اجتماعی با مفاهیم هدفمندی در زندگی، مسئولیت‌پذیری و کارآمدی عجین شده و به معنای این است که فرد رفتارهای معینی را برای مقاصد خاصی انجام می‌دهد (Shapiro, 2004 & Keyes: 10-11).

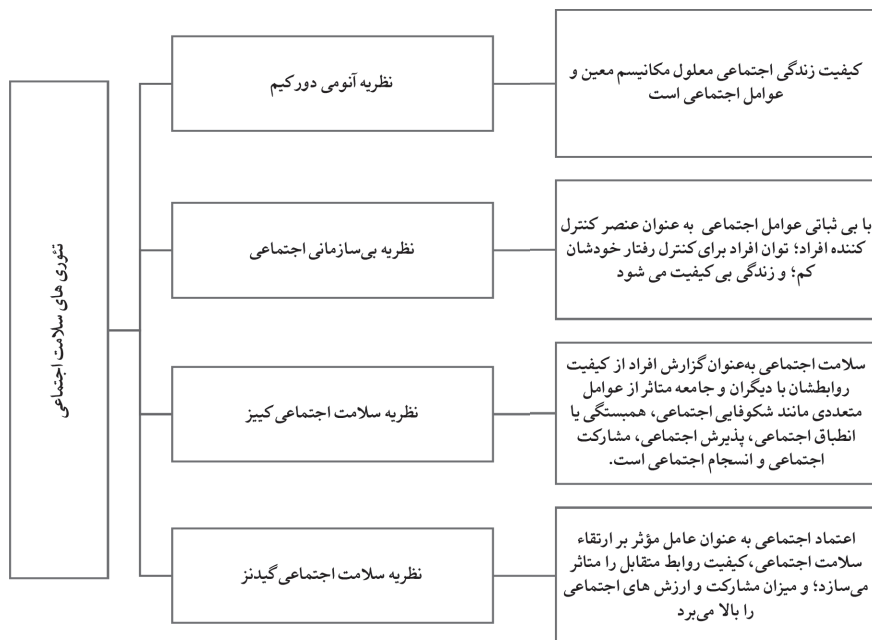
شکوفایی اجتماعی: شکوفایی اجتماعی ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماع است که تدریجاً رشد می‌کند (Keyes, 1998). افراد با سلامت اجتماعی کامل درباره شرایط آینده جامعه، امیدوار معتقدند خود و سایر افراد از این امیدواری و تکامل اجتماع سود می‌برند. شکوفایی اجتماعی با مفهوم خود تعیین‌گری و رشد شخصی در سلامت روانی مترداف است (Ryff, 2000 & Keyes). فرد باشخصیت، معتقد است خودش سازنده سرنوشت خودش است؛ خودش دگرگون‌کننده حال خودش است؛ و خودش سازنده آینده خود و جامعه‌اش است (Shapiro, 2004 & Keyes).

انطباق اجتماعی: انطباق اجتماعی، درک کیفیت سازمان‌دهی و عملکرد دنیای اجتماعی است (پارسا و دیگران، ۱۳۹۷: ۴۷، به نقل از کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). فرد سالم اجتماعی درباره دنیای اطراف خود مانند وقایع غیرمنتظره یا قابل پیش‌بینی، شخصی یا عمومی و مثبت و منفی بیشتر می‌داند؛ به طرح‌های اجتماعی علاقه‌مند

است؛ درک خوبی از وقایع اطرافش دارد؛ فریب نمی‌دهد؛ و خواسته‌ها و آرزوهایش برای فهم زندگی را ارتقا می‌بخشد؛ به‌رغم اینکه این وقایع چالش‌های پیش‌روی او برای درک دنیای پیچیده و شلوغ است (Keyes, 2003).

نظریه سلامت اجتماعی گیدنز

بر اساس نظریه گیدنز، افزایش اعتماد در جامعه به گسترش هر چه بیشتر کیفیت روابط متقابل در جامعه خواهد انجامید. همچنین فردی که میزان اعتماد بالایی دارد به راحتی با دیگران ارتباط برقرار می‌نماید و ارزیابی مثبتی از افراد جامعه دارد. علاوه بر این، اعتماد اجتماعی بالا باعث گسترش روابط افراد در جامعه می‌گردد. در نتیجه، میزان مشارکت اجتماعی و ارزش اجتماعی افراد بالاتر می‌رود؛ بنابراین، طبق نظریه گیدنز، «اعتماد اجتماعی» یکی از عوامل مؤثر بر ارتقاء سلامت اجتماعی است (رضایی، ۱۳۹۲: ۶۸). شکل ۱ خلاصه‌ای از تئوری‌های سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد که چارچوب مناسبی برای تبیین وضعیت سلامت اجتماعی ایرانیان خواهد بود.



شکل ۱. خلاصه‌ای از تئوری‌های سلامت اجتماعی

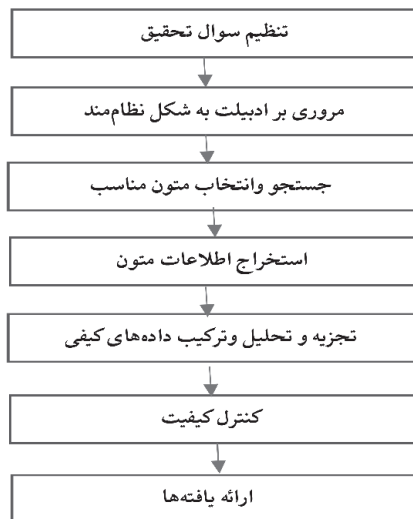
روش‌شناسی

این پژوهش، از نظر هدف کاربردی و از نظر روش کیفی با استفاده از روش فراترکیب مبتنی بر مطالعه منابع اطلاعاتی در حوزه عوامل مؤثر سلامت اجتماعی شهروندان است. فراترکیب، تحلیل مطالعات کیفی به منظور فهم عمیق و کاربردی از موضوع است؛ روشی است که برای جمع‌بندی مطالعات کیفی مربوط به یک پدیده یا لاقبل نزدیک به آن (Zimmer, 2006: 313-317). این روش با ارائه نگاه جامع به موضوع یا پدیده، به یکی شدن افق‌های مختلف پژوهشی منجر می‌شود. مهم‌ترین ویژگی‌های روش فراترکیب که در این پژوهش نیز رعایت و اجرا شده است؛ عبارت است از: ۱. بازیابی جامع و سامان‌مند (سیستماتیک) همه پژوهش‌ها و گزارش‌های کیفی مرتبط با موضوع؛ ۲. استفاده از همه روش‌های مفید (کیفی و کمی) برای تحلیل آن‌ها؛ ۳. تفسیر و تحلیل نکات اصلی تحقیقات؛ ۴. استفاده از روش‌های سامان‌مند (سیستماتیک) و مناسب کیفی برای جمع‌بندی نکات اصلی؛ و ۵. استفاده از فرایند تکرارپذیر برای افزایش روایی روش و خروجی فراترکیب (Barroso, 2006 & Sandelowski: 22). به کارگیری این روش در همه تحقیقات از جمله تحقیق حاضر بدین شرح است:

– توسعه نظری موضوع؛

– ارائه چکیده‌ای سطح بالا از موضوع؛

– و تلاش برای در دسترس قرار دادن یافته‌های تحقیقات کیفی برای کاربردی عملی (Zimmer, 2006: 313). نوبلت و هیر (Hare, 1988 & Noblit, Hare)، برای فراترکیب مطالعات، سه مرحله انتخاب مطالعات، ترکیب ترجمه‌ها و ارائه آن‌ها را پیشنهاد داده‌اند؛ اما در پژوهش حاضر، از روش فراترکیب هفت مرحله‌ای باروسو و ساندوسکی استفاده شده؛ که شامل مراحل ذیل است:



شکل ۲. مراحل پیاده‌سازی روش فراترکیب

منبع: (Barroso, 2006 & Sandelowski)

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پژوهش‌های انجام گرفته در حوزه سلامت اجتماعی است که از طریق سامانه جستجو در پایگاه‌های علمی-پژوهشی مصوب وزارت علوم، تحقیقات و فناوری مانند جهاد دانشگاهی، پایگاه نشریات کشور، و ایران‌داک، به دست آمد. در این فرایند در قسمت عنوان با محدود کردن جستجو به زبان فارسی و محدودیت زمانی در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰، واژه‌های سلامت، سلامت روانی و سلامت اجتماعی جستجو شد؛ که ۳۲ پژوهش به دست آمد؛ و بعد از خوانش اسناد تحقیقی و تعیین ارتباط با موضوع و اهداف تحقیق حاضر، ۱۸ سند از این ۳۲ سند نهایی شد. اسناد مورد تحلیل بر اساس ۵ مقوله اصلی یعنی ۱. مشخصات عمومی؛ ۲. اهداف و پرسش‌های تحقیق؛ ۳. روش‌شناسی تحقیق؛ ۴. متغیرهای مورد بررسی و ۵. یافته‌ها و نتایج تحقیق تحلیل شدند.

مرحله اول: طرح سؤال‌های تحقیق: برای تنظیم سؤال پژوهش از پارامترهای مختلفی مانند جامعه مورد مطالعه، چه چیزی، چه موقع و چگونگی روش استفاده شده است. در این پژوهش، سؤالات زیر مورد کنکاش و جستجو قرار گرفت:

– وضع سلامت اجتماعی در ایران چگونه ارزیابی می‌شود؟

– چه عواملی بر سلامت اجتماعی شهروندان ایرانی اثرگذارند؟

– مهم‌ترین ابعاد اثرگذار بر سلامت اجتماعی ایرانیان کدام است؟

مرحله دوم: مروری بر ادبیات به شکل نظام‌مند: در این مرحله کلمات کلیدی مرتبط انتخاب و در سرتاسر تحقیق تعاریف واژه‌های جستجو یا چارچوب زمانی به‌طور مستمر دوباره ارزیابی گردید؛ بنابراین محقق جستجوی سیستماتیک خود را بر مقالات منتشرشده در ژورنال‌های مختلف متمرکز کرده است. در انتها، محقق مجموعه‌ای از جستجوهای آنلاین را انجام داده تا مطالعات منتخب را مشخص کند. در این پژوهش، محقق جستجوی نظام‌مند خود را بر پایگاه‌های علمی- پژوهشی مصوب وزارت علوم، تحقیقات و فناوری مانند جهاد دانشگاهی، پایگاه نشریات کشور و ایران‌داک، متمرکز کرده و واژگان کلیدی مرتبط را انتخاب نموده است.

مرحله سه: جستجو و انتخاب متون مناسب: در این مرحله محقق در هر بازبینی تعدادی از مقالات را رد می‌کند که این مقالات در فرآیند فرا ترکیب مورد بررسی قرار نمی‌گیرند و مشخص می‌کند مقالات یافت شده متناسب با سؤال تحقیق است یا خیر؟ به‌منظور رسیدن به این هدف، محقق مجموعه مطالعات منتخب را چندین بار بازبینی؛ و مقالات منتخب را پیدا می‌کند. در این پژوهش، ملاک انتخاب مقالات به شرح ذیل بوده است:

– محل چاپ مقاله: مقالات منتشر شده در پایگاه‌های علمی- پژوهشی مصوب وزارت علوم، تحقیقات و فناوری مانند جهاد دانشگاهی، پایگاه نشریات کشور و ایران‌داک

– موضوع: عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان در جامعه ایران

– حیطه کلی تحقیق: سلامت اجتماعی شهروندان

– روش تحقیق: فراترکیب

– محدوده زمانی تحقیق: بازه زمانی ۱۳۹۰ الی ۱۴۰۰

– زبان استفاده شده: فارسی

بر مبنای برنامه مهارت‌های ارزیابی حیاتی، کیفیت مقالات براساس ۱۰ معیار اهداف پژوهش، منطق روش، روش نمونه‌برداری، جمع‌آوری داده‌ها، انعکاس‌پذیری، ملاحظات اخلاقی، دقت تجزیه و تحلیل، تبیین روشن و واضح یافته‌ها و ارزش کلی تحقیق بررسی (هر معیار حداکثر ۵ امتیاز) و نتایج نهایی به شرح ذیل حاصل شده است:

جدول ۱. امتیازات داده شده به مقالات منتخب

شماره مقاله	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
نمره نهایی	۴۲	۳۹	۴۰	۴۵	۳۵	۴۲	۵۰	۴۵	۴۲	۴۰
شماره مقاله	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸		
نمره نهایی	۴۴	۴۳	۴۰	۴۴	۳۶	۴۸	۵۰	۴۲		

در این مرحله با طی شدن فرایند جدول ۵ از بین ۳۲ مقاله، ۱۴ مقاله بر اساس معیارهای عنوان، چکیده، محتوا و کیفیت تحقیق حذف شد؛ و ۱۸ مقاله بر اساس ده معیار ذکر شده تأیید نهایی گردید. با توجه به نتایج حاصل شده حداکثر امتیاز داده شده به مقالات ۵۰ و حداقل امتیاز داده شده ۳۵ بوده است.

جدول ۲. نتایج گزینش مقالات نهایی

تعداد کل مقالات و منابع اولیه	۳۲
تعداد مقالات پذیرفته نشده براساس عنوان تحقیق	۲
تعداد مقالات پذیرفته نشده براساس چکیده تحقیق	۶
تعداد مقالات پذیرفته نشده بر اساس محتوای تحقیق	۴
تعداد مقالات پذیرفته نشده بر اساس کیفیت تحقیق	۲
تعداد مقالات پذیرفته شده نهایی	۱۸

مرحله چهار: تبیین استخراج نتایج: با توجه به این که در روش فرا ترکیب، پژوهشگر به طور پیوسته مقالات منتخب و نهایی شده را، به منظور دستیابی به یافته‌های درون محتواهای مجزایی که در آن‌ها مطالعات اصلی و اولیه انجام می‌شوند، چند بار مطالعه می‌کند، در مرحله تبیین و استخراج نتایج، محتوای مقالات منتخب و نهایی شده، به منظور دستیابی به عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی و یافته‌های درون محتوایی چندین بار مرور شده است.

مرحله پنجم: بررسی و ادغام نتایج: برای تجزیه و تحلیل پژوهشهای انجام شده در ارتباط با عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی از کدگذاری استفاده شده است. منظور از کدگذاری عبارت است از عملیاتی که طی آن داده‌ها تجزیه، مفهوم‌سازی و به شکل تازهای در کنار یکدیگر قرار داده میشوند. کدگذاری باز قصد دارد تا داده‌ها و پدیده‌ها را در قالب مفاهیم درآورد. سپس این کدها را بر اساس پدیده‌های کشف شده در داده‌ها که مستقیماً به پرسش‌های تحقیق مربوط میشوند، دستهبندی می‌شود (فلیک، ۱۳۹۹: ۳۳۳-۳۲۸). در

این مرحله، محققان ابتدا به خلق مفاهیم، مقولات و روابط آنها بر اساس متن و سؤالات تحقیق پرداخته‌اند. مفاهیم بر اساس وجه اشتراک و ارتباطشان با یکدیگر یک مقوله تشکیل می‌دهند. ایجاد تفسیر یکپارچه و جدید از یافته‌ها از اهداف فراترکیب در این مرحله است. یافته‌های این مرحله نشان می‌دهد در گذشته تاکنون چنین مطالعه نظام‌مندی انجام نگرفته؛ و هر یک از مطالعات پیشین، فقط به جنبه خاصی از مقوله سلامت اجتماعی توجه داشته؛ و هیچ‌یک از تحقیقات چارچوب منسجم و نظام‌مندی نداشته‌اند. در جدول ۶، کدهای نهایی استخراج‌شده مرتبط با هر مقوله و مفهوم نشان داده می‌شود.

جدول ۳. مفاهیم و کدهای مربوط به مقوله سلامت اجتماعی شهروندان

ردیف	مقوله	مفاهیم	مأخذ	فراوانی
۱	اجتماعی	امنیت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت داوطلبانه، اعتماد اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، طبقه اجتماعی، انسجام اجتماعی، پیوند اجتماعی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، منزلت اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی	(بهرادفر و جوادی، ۱۳۹۷؛ تاج‌الدین، ۱۳۹۶؛ جوادی، درویشپور، خلیلی، و براری، ۱۳۹۵؛ رحمانی‌خلیلی، ۱۳۹۹؛ رضادوست، حسین‌زاده، ورستمی، ۱۳۹۸؛ زاهدی‌اصل و پیله‌وری، ۱۳۹۳؛ ساعی، ساعی، و ساعی، ۱۳۹۳؛ محمدحسن شربتیان، رضازاده، و علیزاده خانقاهی، ۱۳۹۸؛ شهبازی، میرک‌زاده، و علی‌بیگی، ۱۳۹۶؛ غفاری، مولایی، و مومنی، ۱۳۹۷؛ فتحی و دیگران، ۱۳۹۱؛ قاضی‌نژاد و سنگری‌سلیمانی، ۱۳۹۵؛ گلابی، ۱۳۹۲؛ مدیری و دیگران، ۱۳۹۶؛ نیکوگفتار، ۱۳۹۳)	۱۴
۲	فردی	جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، سن، عوامل ژنتیکی، مهارت‌های ارتباطی، سرپرستی خانوار، رضایت از شغل، عوامل رفتاری	(بهرادفر و جوادی، ۱۳۹۷؛ دماری، ناصحی و وثوق مقدم، ۱۳۹۲؛ رضادوست و دیگران، ۱۳۹۸؛ ساعی و دیگران، ۱۳۹۳؛ محمدحسن شربتیان و دیگران، ۱۳۹۸؛ شهبازی و دیگران، ۱۳۹۶؛ غفاری و دیگران، ۱۳۹۷؛ فتحی و دیگران، ۱۳۹۱؛ قاضی‌نژاد و سنگری‌سلیمانی، ۱۳۹۵؛ مدیری و دیگران، ۱۳۹۶)	۱۰

ردیف	مقوله	مفاهیم	مأخذ	فراوانی
۳	اقتصادی	میزان درآمد، شغل، گذران اوقات فراغت، کیفیت زندگی، استقلال اقتصادی، نوع مسکن، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، پایگاه اقتصادی، وضعیت سرپرستی خانوار، مالکیت مسکن، امنیت شغلی، حمایت سازمانی	(تاج‌الدین، ۱۳۹۶؛ رضادوست و دیگران، ۱۳۹۸؛ ساعی و دیگران، ۱۳۹۳؛ قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی، ۱۳۹۵؛ گلابی، ۱۳۹۲؛ مدیری و دیگران، ۱۳۹۶)	۶
۴	فرهنگی	اوقات فراغت، دین‌داری، مصرف رسانه‌ای، مطالعه روزانه، مصرف فرهنگی	(بهرادفر و جوادی، ۱۳۹۷؛ دوستی، ادهمی و کاظمی پورثابت، ۱۳۹۷؛ رحمانی خلیلی، ۱۳۹۹؛ رضادوست و دیگران، ۱۳۹۸؛ ساعی و دیگران، ۱۳۹۳؛ محمدحسن شربتیان و دیگران، ۱۳۹۸؛ شهبازی و دیگران، ۱۳۹۶؛ غفاری و دیگران، ۱۳۹۷؛ گلابی، ۱۳۹۲)	۹
۵	روانی	مهارت زندگی، کنترل احساسات و هیجانات، خودآگاهی، تفکر خلاق و انتقادی، روابط بین فردی، حل مساله، تصمیم‌گیری، عزت نفس، توانمندی اجتماعی و روانی، فشار نقش، خودکارآمدی، شادکامی	(محمدحسن شربتیان و دیگران، ۱۳۹۸؛ قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی، ۱۳۹۵؛ نریمانی و صمدی فرد، ۱۳۹۶؛ نیکو گفتار، ۱۳۹۳)	۴

مرحله ششم: تعیین کیفیت نتایج: در این مرحله، محقق از مقایسه نظرات خود با خبرگان دیگر جهت کنترل نتایج استخراجی خود استفاده کرده؛ که نتایج آن از طریق شاخص کاپا ارزیابی و تأیید شده است.

روایی و پایایی

در این مرحله از تحقیق، برای ارزیابی پایایی پژوهش، از ضریب کاپا استفاده شده است؛ زیرا کوهن (۱۹۶۰)، فرمول کاپا را ابداع و تأکید کرد این فرمول برای محاسبه توافق مورد انتظار مطلوب است. مقدار کاپا بین صفر تا یک نوسان دارد: هرچه مقدار آن به عدد یک نزدیک‌تر باشد، نشان دهنده توافق بیشتر مرورگران است. در این

تحقیق با انجام محاسبات، ضریب کاپا ۰/۹۲ به دست آمده که توافق قوی مرورگران بر سر عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در مطالعات بررسی شده را نشان می دهد.

یافته های پژوهش

مرحله هفتم: اعلام نتایج: در این مرحله، یافته های به دست آمده از مراحل قبل به صورت یک مدل ارائه می گردد که این مدل بر اساس مؤلفه ها و ابعاد است؛ بنابراین، مطالعه حاضر با جمع بندی مطالعات کیفی و کمی قبلی، یافته های حاصل از مراحل گذشته مبنی بر نابرابری جنسیتی را دسته بندی، ترکیب؛ و الگوی جدید عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی را طراحی و ترسیم نموده است.

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ایرانیان

اقتصادی	فردی	روانی	فرهنگی	اجتماعی
• میزان درآمد	• جنسیت	• مهارت زندگی	• اوقات فراغت	• امنیت اجتماعی
• شغل	• وضعیت تاهل	• کنترل احساسات و هیجانات	• دینداری	• مشارکت اجتماعی
• گذاران اوقات فراغت	• تحصیلات	• خودآگاهی	• مصرف رسانه ای	• پذیرش اجتماعی
• کیفیت زندگی	• سن	• تفکر خلاق و انتقادی	• مطالعه روزانه	• مشارکت داوطلبانه
• استقلال اقتصادی	• عوامل ژنتیکی	• روابط بین فردی	• مصرف فرهنگی	• اعتماد داوطلبانه
• نوع مسکن	• مهارت های ارتباطی	• روابط بین فردی		• یکپارچگی اجتماعی
• دسترسی به امکانات و	• سرپرستی خانوار	• حل مساله		• طبقه اجتماعی
• خدمات محیطی	• رضایت از شغل	• تصمیم گیری		• انسجام اجتماعی
• پایگاه اقتصادی	• عوامل رفتاری	• عزت نفس		• پیوند اجتماعی
• وضعیت سرپرستی خانوار		• توانمندی اجتماعی و روانی		• روابط اجتماعی
• مالکیت مسکن		• فشار نقش		• حمایت اجتماعی
• امنیت شغلی		• خودکارآمدی		• منزلت اجتماعی
• حمایت سازمانی		• شادکامی		• سهم داشت اجتماعی
				• شکوفایی اجتماعی
				• انطباق اجتماعی
				• یکپارچگی اجتماعی

شکل ۳. عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ایرانیان

یافته های پژوهش نشان می دهد ابعاد پنج گانه سلامت اجتماعی شهروندان به لحاظ بیشترین قلمرو مربوط به ابعاد انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی،

شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی اختصاص دارد؛ که هر کدام دارای زیرمجموعه‌هایی است. ابعاد و عوامل اجتماعی شامل امنیت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت داوطلبانه، اعتماد داوطلبانه، یکپارچگی اجتماعی، طبقه اجتماعی، انسجام اجتماعی، پیوند اجتماعی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، منزلت اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی؛ عوامل فرهنگی دربرگیرنده اوقات فراغت، دینداری، مصرف رسانه‌ای، مطالعه روزانه، مصرف فرهنگی؛ عوامل روانی مشتمل بر مهارت زندگی، کنترل احساسات و هیجانات، خودآگاهی، تفکر خلاق و انتقادی، روابط بین فردی، حل مساله، تصمیم‌گیری، عزت نفس، توانمندی اجتماعی و روانی، فشار نقش، خودکارآمدی و شادکامی؛ و عوامل فردی شامل جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، سن، عوامل ژنتیکی، مهارت‌های ارتباطی، سرپرستی خانوار، رضایت از شغل، عوامل رفتاری؛ و عوامل اقتصادی هم دربرگیرنده میزان درآمد، شغل، گذاران اوقات فراغت، کیفیت زندگی، استقلال اقتصادی، نوع مسکن، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، پایگاه اقتصادی، وضعیت سرپرستی خانوار، مالکیت مسکن، امنیت شغلی و حمایت سازمانی است

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت اجتماعی همان ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع به‌عنوان یکی از ابعاد سلامتی است؛ زیرا کیفیت زندگی و عملکرد شخصی- اجتماعی فرد بدون معیارهای اجتماعی قابل ارزیابی نیست. عملکرد خوب در زندگی فراتر از ابعاد روانی، جسمانی و فیزیکی است؛ که ابعاد اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد. سلامت اجتماعی، جامعه را پویاتر و کارآمدتر می‌کند؛ و از محورهای ارزیابی سلامت جوامع به شمار می‌رود؛ بنابراین، هدف این جوامع تأمین شرایط برای ارتقا و تضمین سلامتی اعضاست. بر این اساس، پژوهش حاضر ضمن معرفی سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی اعتقاد دارد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی تلقی کند. به همین سبب، هدف اصلی این پژوهش طراحی نظام شناسایی و طبقه‌بندی مؤلفه‌های سلامت اجتماعی شهروندان از طریق مطالعه و جمع‌بندی پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه سلامت اجتماعی با رویکرد فرا ترکیب است. فرا ترکیب، تحلیل مطالعات کیفی

به منظور فهم عمیق و کاربردی از موضوع و روشی برای جمع‌بندی مطالعات کیفی مربوط به یک پدیده یا لااقل نزدیک به آن است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مقالات علمی و پژوهشی انجام‌شده در ایران با موضوع سلامت اجتماعی شهروندان از سال ۱۳۹۰ تا پایان سال ۱۴۰۰ تشکیل داده است. در کل تعداد ۳۲ مقاله پژوهشی یافت شده است که در نهایت پس از بررسی و پالایش‌های مختلف ۱۸ مقاله برای بررسی نهایی انتخاب گردید که در ۵ بعد سازمان‌دهی شدند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی شهروندان به لحاظ بیشترین قلمرو مربوط به ابعاد انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی اختصاص دارد؛ که هر کدام دارای زیرمجموعه‌هایی است. بعد اجتماعی شامل زیرمجموعه‌های امنیت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت داوطلبانه، اعتماد داوطلبانه، یکپارچگی اجتماعی، طبقه اجتماعی، انسجام اجتماعی، پیوند اجتماعی، روابط اجتماعی، حمایت اجتماعی، منزلت اجتماعی، سهم داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی است؛ بعد فرهنگی مشتمل بر مؤلفه‌های اوقات فراغت، دینداری، مصرف رسانه‌ای، مطالعه روزانه و مصرف فرهنگی است؛ بعد روانی دربرگیرنده مفاهیم و مؤلفه‌های مهارت زندگی، کنترل احساسات و هیجانات، خودآگاهی، تفکر خلاق و انتقادی، روابط بین فردی، حل مساله، تصمیم‌گیری، عزت نفس، توانمندی اجتماعی و روانی، فشار نقش، خودکارآمدی و شادکامی است، بعد فردی مشمول مؤلفه‌های جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، سن، عوامل ژنتیکی، مهارت‌های ارتباطی، سرپرستی خانوار، رضایت از شغل و عوامل رفتاری است؛ و بعد اقتصادی شامل میزان درآمد، شغل، گذاران اوقات فراغت، کیفیت زندگی، استقلال اقتصادی، نوع مسکن، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی، پایگاه اقتصادی، وضعیت سرپرستی خانوار، مالکیت مسکن، امنیت شغلی و حمایت سازمانی است.

محققان متعددی یافته‌های پژوهش پیش‌رو را تأیید و تصریح کرده‌اند سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمانی و روانی از ارکان سلامت عمومی جامعه است که در ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد؛ تقویت می‌شود و توسعه می‌یابد. کیز (۱۹۹۸؛ ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۳؛ ۲۰۰۴) معتقد است سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهد که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود خوب عمل می‌کند. بورديو (۱۹۸۶: ۲۴۹)، سرمایه اجتماعی را منبع واقعی و بالقوه و

محصول شبکه‌های بادوام دانسته (عباس‌زاده، علیزاده‌اقدم و اسلامی‌بناب، ۱۳۹۱: ۱۴۷) و تأکید کرده است این نوع سرمایه، مجموعه‌ای از منابع در دسترس فرد و گروه است؛ که، از ارتباطات نشأت می‌گیرد. پاتنام (۲۰۰۱؛ ۱۹۹۴)، اعتماد، هنجارها و شبکه‌های اجتماعی را از ویژگی‌های سرمایه اجتماعی دانسته و تأکید کرده است سرمایه اجتماعی محصول فعالیت‌های اجتماعی است؛ که در پیوندها، هنجارها و اعتمادها به وجود می‌آید. برگمن (۲۰۰۷)، ارتباطات را عامل پرورش روحیه مشارکت، درگیری افراد در فرایندهای اجتماعی، سپری کردن اوقات فراغت، مشارکت در نقش‌های اجتماعی و شغلی و گرایش به فعالیت‌های مذهبی توصیف؛ و تأکید کرده است افزایش مشارکت افراد در رویدادهای اجتماعی، بهبود سلامت اجتماعی را به همراه دارد (حاتمی، ۱۳۸۹؛ راد و دیگران، ۱۳۹۵: ۱۴۸). در این خصوص شربتیان (۱۳۹۱)، اعتقاد دارد بهره‌مندی از تفکر و دانش صحیح، مثبت اندیشی، مثبت نگری، ذهنیت و نگرش مثبت فرد به جامعه از مؤلفه‌هایی است؛ که در تأمین سلامت اجتماعی، بهبود کیفیت زندگی و داشتن زندگی بهتر مؤثر است؛ و غفلت از آن‌ها، پیامدهای ناگواری دارد. امینی رارانی و همکاران (۱۳۹۰)، نیز از متغیرهای فقر، بیکاری و پوشش بیمه‌ای به عنوان تعیین کننده‌های سلامت اجتماعی یاد کرده‌اند. شربتیان (۱۳۹۴)، نشان داد تمام ابعاد سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند؛ به گونه‌ای که ۵۹ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی به وسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی به عنوان مؤلفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی تبیین می‌شوند. یزدان پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۴)، نشان دادند اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و ارزیابی فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده با سلامت اجتماعی رابطه معناداری دارند. یافته‌های تحقیق شربتیان و امینی (۱۳۹۶)، حاکی است میزان سلامت اجتماعی زنان در حد متوسط رو به بالا است که بالاترین مقدار میانگین مربوط به بعد پذیرش اجتماعی و کمترین مقدار مربوط به شکوفایی اجتماعی است. به اعتقاد آنان، سرمایه اجتماعی ۵۹ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند؛ و مستقیم با ۰/۷۲۴ واحد بر سلامت اجتماعی اثرگذار بوده است. ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷)، نشان دادند هنجار اجتماعی دارای بیشترین ضریب همبستگی با سلامت اجتماعی است و در اولویت‌های بعدی نیز به ترتیب متغیرهای شبکه اجتماعی و اعتماد اجتماعی قرار دارند. سیدان و عبدالصمدی (۱۳۹۰)، نتیجه گرفته‌اند مشارکت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی، حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، اعتماد شخصی، اعتماد تعمیم یافته و سلامت روانی ارتباط معنادار و مثبتی دارند. زاهدی اصل و پیله وری (۱۳۹۳ ب)،

با فراتحلیل مطالعات سلامت اجتماعی دریافته‌اند عوامل متعددی بر سلامت اجتماعی اثرگذارند؛ اما نقش کیفیت زندگی، شاخص‌های آن و تحصیلات از بقیه عوامل بیشتر است. در هر صورت، سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن نیاز به توجه بیشتری دارند؛ و آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی، ابعاد آن و کشف راهبردهای ارتقا سلامت اجتماعی لازمه هر تلاش در دستیابی به سلامت اجتماعی است. بدین منظور، پیشنهادات نظری و اجرایی - عملیاتی بر اساس یافته‌های پژوهش ارائه می‌شود.

- دغدغه‌مندی فرد فرد جامعه در خصوص تأمین سلامت اجتماعی افراد جامعه با برگزاری نشست‌های تخصصی آگاه‌سازی مردم نسبت به اهمیت و ضرورت توجه به شاخص‌های سلامت اجتماعی؛

- افزایش قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری اعضای گروه‌های اجتماعی برای تأمین سلامت اجتماعی افراد جامعه از طریق ارتقا حس مسئولیت‌پذیری و افزایش مشارکت مردم در حوزه‌های سلامت اجتماعی؛

- دغدغه‌مندی مسئولان در جهت افزایش سطح سلامت اجتماعی با تلاش برای بهبود وضع اقتصادی و شرایط کسب‌وکار است؛

- تلاش برای افزایش مشارکت اجتماعی و گسترش شبکه‌های ارتباطی جهت بهبود وضع سلامت اجتماعی؛

- برگزاری کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی، ارتقای روحیه مشارکت و همکاری در مردم برای ارتقا شاخص‌های سلامت اجتماعی؛

- اجرای مطالعات بیشتر در حوزه سلامت اجتماعی در پیمایش‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی؛

- بررسی سلامت اجتماعی گروه‌های خاص و مقایسه آن‌ها و بررسی جنسیتی شاخص‌های سلامت اجتماعی؛

- به‌کارگیری و تقویت شعائر دینی، کمک گرفتن از عوامل متعدد فرهنگی، اجتماعی و مذهبی در تقویت شاخص‌های سلامت اجتماعی.

منابع و مأخذ

- ابراهیم پور، داود؛ ربابه پورجلی و روح‌انگیز رضائی ممقانی (۱۳۹۱). «بررسی رابطه عوامل اجتماعی - اقتصادی با سلامت اجتماعی دبیران مقطع راهنمایی و متوسطه شهرستان» *مطالعات جامعه شناسی*، ۵(۱۴)، ۴۷-۶۷.
- ابراهیمی، پژمان؛ غلامرضا حسنی درمیان و علیرضا افشانی (۱۳۹۷). «رابطه سرمایه اجتماعی با ارتقای سلامت شهروندان شهر مشهد». *مطالعات فرهنگی اجتماعی خراسان*، ۴۹(۱۳)، ۷-۳۴.
- امینی رارانی، مصطفی؛ میرطاهر موسوی و حسن رفیعی (۱۳۹۰ الف). «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران». *رفاه اجتماعی*، ۴۲(۱۱)، ۲۰۳-۲۲۸.
- امینی رارانی، مصطفی؛ میرطاهر موسوی و حسن رفیعی (۱۳۹۰ ب). «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران». *رفاه اجتماعی*، ۴۲(۱۱)، ۲۰۳-۲۲۸.
- بنی فاطمه، حسین؛ محمد عباس زاده و نگار چایچی تبریزی (۱۳۹۰). «بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و عوامل آن». *مطالعات جامعه شناسی*، ۴(۱۱)، ۳۷-۵۰.
- بهرادفر، امیر و اکرم جوادی (۱۳۹۷). «فرا تحلیلی بر پژوهش های انجام گرفته در سلامت اجتماعی». *آفاق علوم انسانی*، ۱۵(۲)، ۷۳-۹۶.
- پارسا، مهدیه؛ سمانه قوشچیان و سعید حاجی عبدالرحیم خباز (۱۳۹۷). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت و نشاط اجتماعی در شهر درجین». *دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی*، ۶(۱)، ۵۱-۷۴.
- پورافکاری، نصرالله (۱۳۹۱). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه». *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۶(۱۸)، ۴۱-۶۰.
- تاج الدین، محمدباقر (۱۳۹۶). «تعیین کننده های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران». *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۳۲(۸)، ۶۱-۹۶.
- توکل، محمد (۱۳۹۳). «سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها و شاخص ها در مطالعات جهانی و ایرانی». *اخلاق زیستی*، ۱۴(۴)، ۱۱۵-۱۳۶.
- جوادی، نازیلا؛ آذر درویش پور؛ ملاح خلیلی و فاطمه براری (۱۳۹۵). «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۴». *پژوهش در پزشکی*، سال چهارم، ۱۹۷-۲۰۳.
- چلبی، مسعود و محمد مبارکی (۱۳۸۴). «تحلیل رابطه سرمایه اجتماعی و جرم در سطوح خرد و کلان». *جامعه شناسی ایران*، ۱۹(۶)، ۳-۴۴.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹). *بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه های اجتماعی* (پایان نامه کارشناسی ارشد). دانشکده وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه علامه طباطبائی - دانشکده علوم اجتماعی.
- خوشفر، غلامرضا؛ آرزو محمدی، فاطمه محمدزاده، راضیه محمدی و فاطمه اکبرزاده (۱۳۹۴). «امنیت اجتماعی

و سلامت اجتماعی؛ (مطالعه موردی: جوانان ۲۹-۱۵ ساله شهر قاین). «مطالعات اجتماعی ایران، ۲۹ (۹)، ۷۱-۱۰۲.

دماری، بهزاد؛ عباس ناصحی و عباس وثوق مقدم (۱۳۹۲). «برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی». *دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال یازدهم (۱)*، ۴۵-۵۸.

دوستی، اکرم؛ عبدالرضا ادهمی و شهلا کاظمی پورثابت (۱۳۹۷). «بررسی رابطه بین مصرف فرهنگی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: شهروندان تهرانی ۶۵-۱۵ ساله)». *تغییرات اجتماعی - فرهنگی، ۵۶ (۱۵)*، ۱-۱۷.

راد، فیروز؛ فاطمه محمدزاده و حمیده محمدزاده (۱۳۹۵). «دین و سلامت اجتماعی: بررسی رابطه دین داری با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: دانشجویان دانشگاه پیام نور مرند)». *علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۲ (۲)*، ۱۳۷-۱۶۸.

رحمانی خلیلی، احسان (۱۳۹۹). «سلامت اجتماعی ره آورد دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی». *جامعه پژوهی فرهنگی، ۳۷ (۱۱)*، ۱۱۷-۱۴۳.

رضادوست، کریم؛ علی حسین حسین زاده و ایوب رستمی (۱۳۹۸). «بررسی عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز». *توسعه اجتماعی، ۵۳ (۱۴)*، ۱-۳۰.

رضایی، امید (۱۳۹۲). *بررسی سلامت اجتماعی شهروندان مشهد و عوامل مؤثر بر آن* (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه فردوسی.

زاهدی اصل، محمد و اعظم پیله‌وری (۱۳۹۳ الف). «فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی». *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۹ (۷)*، ۷۱-۱۱۱.

زاهدی اصل، محمد و اعظم پیله‌وری (۱۳۹۳ ب). «فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی». *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۹ (۷)*، ۷۱-۱۱۱.

ساعی، منصور؛ احمد ساعی و حیات ساعی (۱۳۹۳). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی معلمان. مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی»، *سال سوم، ۱۰۹-۱۳۴*.

سام آرام، عزت الله (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور». *فصلنامه انتظام اجتماعی، ۱ (۱)*، ۹.

سام آرام، عزت الله (۱۳۹۱). «سلامت اجتماعی، نظریه محوری مددکاری اجتماعی». *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱ (۱)*، ۲۳-۵۲.

سخایی، ایوب (۱۳۹۷). *تبیین جامعه‌شناختی سلامت اجتماعی در بین شهروندان شهرستان کاشان* (پایان‌نامه دکترای تخصصی). دانشگاه کاشان، کاشان.

سمیعی، مرسله؛ حسن رفیعی، مصطفی امینی رارانی و مهدی اکبریان (۱۳۸۹). «سلامت اجتماعی ایران: از

- تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار». *مسائل اجتماعی ایران (دانشگاه خوارزمی)*، ۱ (۲)، ۳۱-۵۱. بازیابی از SID.
- سیدان، فریبا و محبوبه عبدالصمدی (۱۳۹۰). «رابطه سرمایه اجتماعی و سلامت روان زنان و مردان». *رفاه اجتماعی*، ۴۲ (۱۱)، ۲۲۹-۲۵۴.
- شریتیان، محمدحسن (۱۳۹۴). «سنجش میزان بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهر قائن و عوامل مؤثر بر آن». تهران: دانشگاه پیام نور.
- شریتیان، محمدحسن و نفیسه امینی (۱۳۹۶). «تحلیل جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی زنان (مورد مطالعه: زنان منطقه چهار شهری تهران)». *برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۳۰ (۸)، ۱۰۵-۱۴۰.
- شریتیان، محمدحسن؛ مرضیه رضازاده و سامره علیزاده خانقاهی (۱۳۹۸). «رابطه مولفه‌های مهارت‌های زندگی با سلامت اجتماعی (مورد مطالعه: زنان ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر فردوس)». *جامعه‌شناسی سبک زندگی*، ۵ (۱۳)، ۱۳۵-۱۸۹.
- شهبازی، سمیه؛ علی‌اصغر میرک‌زاده و امیرحسین علی‌بیگی (۱۳۹۶). «بررسی سلامت اجتماعی و چالش‌های آن از دیدگاه زنان روستایی (مورد مطالعه: بخش قلعه‌شاهین در استان کرمانشاه)». *راهبردهای توسعه روستایی*، ۱۵ (۴)، ۳۴۹-۳۷۰.
- صلحی، مهناز؛ مسعود امینی نقده و سید فهیم ایران‌دوست (۱۳۹۵). «بررسی وضعیت سلامت اجتماعی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال شهر نقده». *رواورد سلامت*، ۲ (۳)، ۵۹-۶۸.
- طالبی، ابراهیم؛ اصغر محمدی و محمدعلی چیت‌ساز (۱۳۹۹). «بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد دهقان». *پژوهش ملل*، ۵۱ (۵)، ۱۲۹-۱۴۸.
- عباس‌زاده، محمد؛ محمدباقر علیزاده‌ا قدم و سیدرضا اسلامی‌بناب (۱۳۹۱). «بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و آثومی اجتماعی». *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱ (۱)، ۱۴۵-۱۷۲.
- عبدالله تبار، هادی؛ علیرضا کلدی، سید حسین محقق کمال، آمنه ستاره فروزان و مسعود صالحی (۱۳۸۷). «بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان». *رفاه اجتماعی*، سال هشتم (۳۰-۳۱)، ۱۹۰-۱۷۱.
- غفاری، غلامرضا؛ جابر مولایی و حسن مومنی (۱۳۹۷). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام». *توسعه اجتماعی*، ۴۹ (۱۳)، ۳۷-۶۶.
- فتحی، منصور؛ رضا عجیم‌نژاد و مریم خاک‌رنگین (۱۳۹۱). «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه». *رفاه اجتماعی*، ۴۷ (۱۲)، ۲۲۵-۲۴۴.
- فلیک، اووه (۱۳۹۹). *درآمدی بر تحقیق کیفی*. (هادی جلیلی، مترجم). نشر نی.
- فیروزبخت، مژگان؛ محمد اسماعیل ریاحی و آرام تیرگر (۱۳۹۶). «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی». *نشریه سلامت اجتماعی*، ۴ (۳)، ۱۹۰-۲۰۰.

قاضی‌نژاد، مریم و هاجر سنگری سلیمانی (۱۳۹۵). «رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان». *زن در توسعه و سیاست*، ۵۳ (۱۴)، ۲۷۳-۲۸۸.

کرمی، خدابخش؛ کریم رضادوست، سیما عبدی‌زاده و فرات چبیشه (۱۳۹۴). «بررسی عوامل مؤثر بر سبک زندگی سلامت محور دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و دانشگاه شهید چمران اهواز». *توسعه اجتماعی*، ۳۷ (۱۰)، ۹۷-۱۲۶.

گلایی، فاطمه (۱۳۹۲). «گونه‌های فراغت و تاثیر آن بر سلامت اجتماعی جوانان». *جامعه‌شناسی اقتصادی و توسعه*، ۲ (۲)، ۱۲۱-۱۶۹.

مدیری، فاطمه؛ خدیجه سفیری و فاطمه منصوریان (۱۳۹۶). «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن». *توسعه اجتماعی، سال دوازدهم*، ۷-۲۸.

نریمانی، محمد و حمیدرضا صمدی فرد (۱۳۹۶). «سلامت اجتماعی در سالمندان: نقش عزت نفس، خودکارآمدی و شادکامی». *روانشناسی پیری*، ۳ (۳)، ۱۹۹-۲۰۶.

نیکو گفتار، منصوره (۱۳۹۳). «تفاوت‌های جنسیتی در سلامت اجتماعی: نقش فردگرایی-جمع‌گرایی». *رفاه اجتماعی، سال چهاردهم* (۵۳)، ۱۱۱-۱۲۹.

همتی، الهام؛ محمدصادق مهدوی و علی بقایی‌سرابی (۱۳۹۲). «تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار شهر رودهن». *پژوهش اجتماعی*، ۱۸ (۶)، ۴۵-۶۱.

یزدان‌پناه، لیلا و طیبه نیک‌ورز (۱۳۹۴). «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان». *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۵۹ (۲۶)، ۹۹-۱۱۶.

Bergman, Nicole UH. (2007). Understanding space, place and leisure of women over 85 living in the community.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital", in JG Richardson (ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education, NY: Greenwood.

Breslow, Lester. (1990). A health promotion primer for the 1990s. *Health Affairs*, 9(2), 6-21.

Brim, Orville Gilbert; Ryff, Carol D; & Kessler, Ronald C. (2019). *How healthy are we?: A national study of well-being at midlife*. University of Chicago Press.

Carrin, Guy; & James, Chris. (2005). Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 58(1), 45-64.

Harwich, Eleonora; & Laycock, Kate. (2018). Thinking on its own: AI in the NHS. *Reform Res Trust*.

Keyes, Corey Lee M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.

Keyes, Corey Lee M; & Ryff, Carol D. (2000). Subjective change and mental health: A self-concept theory. *Social psychology quarterly*, 264-279.

Keyes, Corey LM. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 207-222.

- Keyes, Corey LM. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century.
- Keyes, Corey LM; & Shapiro, Adam D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we*, 350-372.
- Larson, James S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social indicators research*, 38, 181-192.
- Macdonald, John; Turner, Nigel; & Somerset, Matthew. (2004). Life skills, mathematical reasoning and critical thinking: Curriculum for the prevention of problem gambling.
- Noblit, George W; Hare, R Dwight; & Hare, R Dwight. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies* (Vol. 11). sage.
- Putnam, Robert. (2001). Social capital: Measurement and consequences. *Canadian journal of policy research*, 2(1), 41-51.
- Putnam, Robert D. (1994). Social capital and public affairs. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*, 5-19.
- Quansah, Emmanuel; Ohene, Lilian Akorfa; Norman, Linda; Mireku, Michael Osei; & Karikari, Thomas K. (2016). Social factors influencing child health in Ghana. *PloS one*, 11(1), e0145401.
- Rasanathan, K; Sivasankara Kurup, A; Jaramillo, E; & Lönnroth, K. (2011). The social determinants of health: key to global tuberculosis control. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 15(6), S30-S36.
- Sandelowski, Margaret; & Barroso, Julie. (2006). *Handbook for synthesizing qualitative research*. springer publishing company.
- Waterston, Tony; Alperstein, Garth; & Brown, S Stewart. (2004). Social capital: a key factor in child health inequalities. *Archives of disease in childhood*, 89(5), 456-459.
- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: working together for health*. World Health Organization.
- Zimmer, Lela. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of advanced nursing*, 53(3), 311-318.

