

Research Paper

Sociological Study of the Impact of Health Literacy on Social Health

Sahar Hojatifar¹ , Majid Movahed Majd^{*2} , Serajeddin Mahmoudiani³ 

¹ Ph.D. student of Sociology, Department of Sociology, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran. Sahar.hojatifar@gmail.com

² Professor of Sociology, Department of Sociology, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran. mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

³ Associate Professor of Demography, Department of Sociology, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran. Serajmahmoudiani@gmail.com



[10.22080/ssi.2024.27178.2198](https://doi.org/10.22080/ssi.2024.27178.2198)

Received:

May 25, 2024

Accepted:

July 9, 2024

Available online:

March 1, 2025

Keywords:

Social health, Health literacy, Shiraz, Men.

Abstract

Objectives: One of the most important issues in today's society is people's social health. By improving and increasing social health, society can move towards development. One of the most important groups in society is the men. This study aims to investigate the relationship between health literacy and social health based on Keyes' social health theory. Methods: This research is a survey type, and the statistical population included all men aged 18 and older in Shiraz city; based on Cochran's formula, 400 people were selected by multi-stage cluster sampling. Data was collected with the help of a questionnaire and analyzed using SPSS software. Results: The results showed a significant relationship between health literacy and social health among men in Shiraz. Also, the results of the multivariate regression analysis showed that the independent variables in the regression model could explain 22% of the changes in the social health variable. Conclusion: Since social health and health literacy are the important pillars of health in every society and the people of that society, it is necessary and important. As one of the big cities of Iran, Shiraz has the facilities to benefit from health literacy and increase social health. Therefore, with the help of people and officials, this social health awareness and health literacy level can be expanded.

*Corresponding Author: Majid Movahed Majd

Address: Department of Sociology, Faculty of Economics, Management and Social Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran.

Email: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir



This is an open access article under the CC BY-NC-ND/4.0/ License

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

2538-3612 © The Author(s)

Published by University of Mazandaran



Extended Abstract

1. Introduction

Health has been recognized as a vital asset for humanity throughout history, drawing the attention of individuals, groups, and societies. The significance of health in the existence of both individuals and communities has continually prompted researchers to seek out the influencing factors and dimensions of health (Karami & Movahed, 2019). The concept of health is complex and influenced by various causes, including environmental, psychological, social, and religious factors (Switzer, 1999: 117). Health encompasses different dimensions, including physical, psychological, rational, and spiritual health, each affected by various causes (Wissing & Fouri, 2000: 37). Social health is recognized as one of these health dimensions, defined as the ability to perform social roles effectively and efficiently without harming others (Keyes, 1998: 127-128). This term translates to "social well-being," which comprises two components: community and quality of life. It takes into account an individual's internal responses (feelings, behaviors, and thoughts) and how they perceive and perform in their environment (Abdollah Tabar, 2007: 183).

2. Methods

This research aimed to examine social health, health literacy, and class consciousness among men aged 18 and older in Shiraz. The research method was applied and survey-based, conducted over four months (from December 20, 2022, to March 20, 2023). The statistical population included 636,081 men aged 18 and older, with a sample size of 400 determined using Cochran's statistical formula. Data were collected through a multi-stage cluster sampling. Shiraz was divided into 11

regions, and information was gathered using systematic random sampling. The validity of the scales was confirmed through content validity and expert opinions. Additionally, the reliability of the research instruments was assessed using Cronbach's alpha coefficient, which was found to be above 0.70 for all constructs. Social health was defined as an individual's ability to effectively fulfill social roles, while health literacy was defined as cognitive and social skills for accessing health-related information.

3. Results

This study investigates the status of social health and health literacy in the studied community. The results indicate that the average score for social health is 12.905, with a standard deviation of 4.705. This variable has a maximum score of 21 and a minimum score of 0, reflecting the diversity in individuals' feelings and experiences regarding their social health. Key factors influencing social health, such as social relationships, a sense of belonging to the community, and social support, have been highlighted. Regarding health literacy, the average score is reported as 113.28, with a standard deviation of 23.76. The range of scores for this variable varies from 33 to 165, indicating significant differences in individuals' abilities to understand and utilize health-related information. Analysis of the items related to social health reveals that individuals experience different feelings across various dimensions of this variable. For example, some individuals easily understand the emotions of others and have greater trust in their social relationships, while others may be reluctant to seek advice when facing problems and feel lonely. In terms of health literacy, individuals' abilities to read and comprehend educational

materials vary significantly. Some individuals can easily understand and utilize information, while others find it challenging. This has a direct impact on health behaviors and individual decision-making regarding health.

4. Conclusion

This study investigates the influence of health literacy on social health among men aged 18 and older in Shiraz, utilizing Keyes' social health theory. Keyes emphasizes that social health transcends societal structures and underscores the importance of interpersonal relationships within those structures. Satisfaction with these relationships contributes to improved social health, with individuals' belief in their community's capacity for growth being a key factor. Effective community engagement fosters solidarity, enabling individuals to manage their surroundings and promote sustainable development. While many studies have explored social health, few have focused exclusively on men's experiences. This research highlights the significant role of health literacy in enhancing social health, as individuals with higher health literacy levels can better navigate social and health challenges, leading to more active societal participation. The findings indicate a positive correlation between health literacy and social health, supporting that improved health literacy is essential for societal advancement.

Keyes' framework asserts that social health is interconnected with other health dimensions, reinforcing that effective functioning in life extends beyond mental

and emotional well-being. The study found that social health thrives when individuals play active roles in their communities, leading to stronger social support networks and enhanced overall well-being. Additionally, the research examined the role of ethnicity, discovering that minority ethnic groups in Shiraz exhibited stronger social connections and support, positively impacting their social health. Conversely, variables such as marital status, employment, birthplace, age, and education did not show significant relationships with social health, suggesting their limited influence on community engagement. In conclusion, the study emphasizes the importance of health literacy in promoting social health and calls for increased focus on health literacy initiatives within educational and healthcare settings. Future research should explore these relationships across diverse demographic groups to further understand the dynamics of health literacy and social health.

Funding

There is no funding support.

Authors' Contribution

All authors contributed to the design and implementation of the study, data analysis, and manuscript writing.

Conflict of Interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all those who contributed to the execution of this research and assisted in data collection and analysis.

علمی پژوهشی

مطالعه جامعه‌شناختی تأثیر سواد سلامت بر سلامت اجتماعی

سحر حجتی فرا^۱ ID، مجید موحد مجد^{۲*} ID، سراج‌الدین محمودیانی^۳ ID

^۱ دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. Sahar.hojatifar@gmail.com

^۲ استاد جامعه‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. Mmmajd@gmail.com

^۳ دانشیار جمعیت‌شناسی، بخش جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. Serajmahmoudiani@gmail.com

 [10.22080/ssi.2024.27178.2198](https://doi.org/10.22080/ssi.2024.27178.2198)

چکیده

اهداف: یکی از مسائل مهم در جوامع امروز، سلامت اجتماعی افراد جوامع است. با بهبود و افزایش سلامت اجتماعی، جامعه می‌تواند به سمت توسعه حرکت کند. یکی از گروه‌های مهم در جامعه، مردان آن جامعه هستند. هدف از این مطالعه، بررسی رابطه بین سواد سلامت و سلامت اجتماعی بر مبنای نظریه سلامت اجتماعی کبیز است. روش مطالعه: روش این مطالعه از نوع پیمایشی است و جامعه آماری شامل کلیه مردان ۱۸ سال و بالاتر شهر شیراز می‌باشد که بر اساس فرمول کوکران تعداد ۴۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای جهت گردآوری داده‌ها انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه و نرم‌افزار مورد نیاز جهت تجزیه و تحلیل آماری، نرم‌افزار اسپاس‌اس بوده است. یافته‌ها: نتایج نشان داد که رابطه سواد سلامت با سلامت اجتماعی در بین مردان شهر شیراز معنی‌دار است. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که متغیرهای مستقل حاضر در مدل رگرسیونی، توانسته‌اند ۲۲ درصد از تغییرات متغیر سلامت اجتماعی را تبیین نمایند. نتیجه‌گیری: با عنایت به اینکه سلامت اجتماعی و سواد سلامت یکی از رکن‌های مهم سلامتی در هر جامعه و افراد آن جامعه است، توجه به آن ضروری و حائز اهمیت است. شهر شیراز به‌عنوان یکی از کلان‌شهرهای ایران دارای امکانات بهره‌گیری از سواد سلامت و به دنبال آن افزایش سلامت اجتماعی است. لذا با کمک‌های مردم و مسئولین می‌توان این سطح آگاهی از سلامت اجتماعی و سواد سلامت را گسترش داد.

تاریخ دریافت:

۵ خرداد ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش:

۱۹ تیر ۱۴۰۳

تاریخ انتشار:

۱۱ اسفند ۱۴۰۳

کلیدواژه‌ها:

سلامت اجتماعی؛ سواد سلامت؛ شیراز؛ مردان.

* نویسنده مسئول: مجید موحد مجد

آدرس: بخش جامعه‌شناسی، دانشکده اقتصاد، مدیریت و علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
ایمیل: mmovahed@rose.shirazu.ac.ir

این مقاله با دسترسی آزاد تحت مجوز بین‌المللی کربیتو کامنز از نوع نسبت‌دادن-غیرتجاری-بدون انشقاق ۴/۰ است.

ناشر: دانشگاه مازندران | نویسنده(گان): ۲۵۳۸-۳۶۱۲ ©

۱ مقدمه و بیان مسأله

سلامت اجتماعی از سطوح دیگری نیز تأثیر می‌پذیرد و بر آن اثرگذار بوده است (حسینی حاجی بکنده و تقی‌پور، ۱۳۸۹: ۱۴۳-۱۴۲).

سلامت اجتماعی که مهم‌ترین رکن رفاه اجتماعی است، بیش از هر چیزی با عوامل اجتماعی - اقتصادی و نه مداخلات پزشکی ارتباط دارد، بنابراین یک بعد اساسی برای توسعه یک جامعه است. سلامت خود مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقای شاخص‌های توسعه انسانی انکارنشده است؛ بنابراین مبارزه با نابرابری‌های مرتبط با سلامت اجتماعی و افزایش سلامت اجتماعی در جامعه، یک رکن مهم و اساسی در نظر گرفته می‌شود (رستگار و سیدان، ۱۳۹۴: ۸۶). امروزه، سلامت اجتماعی به منزله یکی از ابعاد مهم سلامت در کنار دیگر ابعاد سلامت، از نقش و اهمیت گسترده‌ای برخوردار است. سلامتی دیگر به معنی عاری بودن از بیماری - های جسمی و روانی نیست؛ بلکه به چگونگی روابط افراد در جامعه، تفکر افراد در جامعه و ارزیابی سلامت فرد در جامعه نیز بستگی دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۰). سلامت اجتماعی مفهومی است که در بستر اجتماع و روابط بین افراد در شبکه‌های اجتماعی خود را نشان می‌دهد (هزارجریبی و ارفعی عین‌الدین، ۱۳۹۰: ۴۲).

به‌عنوان یکی از ویژگی‌های جامعه، سلامت اجتماعی دلالت بر این دارد که "یک جامعه زمانی سالم است که فرصت‌های برابر برای همه و دسترسی همه به کالاها و خدمات ضروری برای عملکرد کامل به‌عنوان یک شهروند وجود داشته باشد". به‌عنوان یکی از ویژگی‌های افراد، سلامت اجتماعی به این صورت تعریف می‌شود که چگونه فرد با افراد دیگر کنار می‌آید، دیگران چگونه نسبت به او واکنش نشان می‌دهند و چگونه با نهادهای اجتماعی و آداب‌ورسوم اجتماعی واکنش نشان می‌دهند. به‌جای استفاده از اصطلاح «سلامت»، بسیاری از معیارهای سلامت اجتماعی افراد از اصطلاحاتی مانند «بهبودی»، «تنظیم» و یا

سلامت به‌عنوان یک سرمایه وجودی انسان از گذشته تا به حال مورد توجه افراد، گروه‌ها و جوامع قرار گرفته است. با توجه به اهمیتی که سلامتی در وجود فرد و جامعه داشته است، دانشمندان همواره در پی آن بوده‌اند عوامل تأثیرگذار و ابعاد آن را شناسایی کنند (کرمی و موحد، ۱۳۹۸). سلامتی و رفاه در معنای گسترده خود، همواره مورد علاقه و توجه انسان‌ها و جوامع بشری قرار گرفته است. سلامت مفهومی پیچیده‌ای از علل مختلف است. از این عوامل می‌توان به عوامل محیطی، روانی، اجتماعی، مذهبی و غیره اشاره نمود (Switzer, 1999: 117). سلامت همچنین ابعاد مختلفی دارد که شامل سلامت جسمانی، روان‌شناختی، عقلانی، معنوی است که خود از علل مختلفی تأثیر می‌پذیرند (Wissing & Fouri, 2000: 37). سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت شناخته شده است. سلامت اجتماعی به‌عنوان توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران تعریف شده است (Keyes, 1998: 127-128). واژه سلامت اجتماعی برگردان کلمه social wellbeing است. این واژه از دو کلمه تشکیل شده است و به معنای اجتماع و زندگی خوب داشتن است. کلمه سلامت اجتماعی شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، رفتار و تفکر) و هم شامل چگونگی احساس و عملکرد آن‌ها را در نظر دارد (عبدالله‌تبار، ۱۳۸۶: ۱۸۳). کبیز بر این اعتقاد است که بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بنابراین سلامت اجتماعی را عملکرد و رفتار فرد در جامعه ارزیابی می‌کند (Callaghan, 2008: 2). سلامت اجتماعی به‌عنوان بعد مهمی از ابعاد سلامتی انسان‌ها نقش مهمی در تعادل اجتماعی هر انسانی دارد و بهبود آن در جامعه می‌تواند توسعه اجتماعی جامعه را ایجاد نماید (وزارت بهداشت، ۱۳۸۵: ۱۲). سلامت اجتماعی سطح‌های مختلفی دارد که شامل شناخت هر فرد از خودش به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر از خود است. همچنین این

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان‌دهنده این است که سلامت اجتماعی در ایران دارای سطحی نزولی است و سلامت شهروندان را در معرض خطر قرار داده است و توجه به سلامت اجتماعی یک عامل مهم است (Noorbala et al, 2011: 580). در این راستا، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سوال است: چه رابطه‌ای بین سواد سلامت با سلامت اجتماعی در بین مردان شهر شیراز وجود دارد؟

۲ پیشینه و چارچوب نظری

در رابطه با بررسی تأثیر سواد سلامت با سلامت اجتماعی در بین مطالعات داخلی و خارجی مطالعاتی مورد بررسی قرار گرفتند که یک، از نظر زمانی به-روزتر باشند و همچنین به بررسی سواد سلامت و سلامت اجتماعی نیز پرداخته شده باشند. در این مطالعات اولویت مربوط بودن به موضوع این پژوهش و سپس زمان انتشار بوده است. این مطالعات به بررسی اهمیت سواد سلامت و سلامت اجتماعی در جامعه پرداخته‌اند.

۲٫۱ پیشینه داخلی

در رابطه با سواد سلامت و سلامت اجتماعی، مطالعات کم‌تری نسبت به مطالعات داخلی صورت گرفته است. در این بین می‌توان به مطالعه رحمانی و ایمان (۱۴۰۲)، با عنوان «درهم تنیدگی اعتماد و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی (مورد مطالعه دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر جهرم)» اشاره کرد. این پژوهش به روش کمی و در بین ۳۵۹ دانش‌آموز شهر جهرم صورت گرفته است. یافته‌های این مطالعه نشان-دهنده سطح متوسط سلامت اجتماعی دانش‌آموزان و رابطه آن با متغیر اعتماد تعمیم‌یافته بوده است. نتایج این پژوهش بر اهمیت اعتماد خاص و تعمیم-یافته سلامت اجتماعی تأکید دارد.

محمودیان و همکاران (۱۴۰۲)، با عنوان «سطح سواد سلامت و تعیین‌کننده‌های جمعیتی و

«عملکرد» استفاده می‌کنند (McDowell, 2006: 150).

می‌توان گفت سلامت اجتماعی دارای سه دیدگاه کلان است، دیدگاه اول سلامت اجتماعی نمایانگر سلامت عمومی یک جامعه است. دیدگاه دوم سلامت اجتماعی ناظر بر رفتارهای فردی است و دیدگاه سوم سلامت اجتماعی نشان‌گر کیفیت ذهنی و روان‌شناختی افراد است که بر تعامل سازنده و پویای آن‌ها در جامعه کمک می‌کند (رحمانی و ایمان، ۱۴۰۲). انسان همواره تمایل دارد به اجتماع و گروهی تعلق داشته باشد و این خود یک نیاز اساسی در بین انسان‌ها است. این نیاز موجب احساسات و هیجاناتی می‌شود که با فعالیت پویای افراد رابطه متقابل و سالمی را رقم خواهد زد (موحد و همکاران، ۱۴۰۱).

یکی از این عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی، سواد سلامت است. سواد سلامت به مفهوم میزان ظرفیت افراد در کسب، پردازش و درک اطلاعات و خدمات اساسی سلامت است که افراد برای تصمیمات مناسب در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و نیاز به توجه به سلامتی در طول زندگی اشاره دارد (Norman & Skinner, 2006: 3). گزارش مؤسسه پزشکی آمریکا^۱ تحت عنوان سواد سلامت، بیانگر ارتباط بین سواد و سلامتی افراد است و هرچقدر که این میزان بالاتر باشد افراد در ابعاد مختلف سلامتی از وضع بهتری برخوردار هستند و افراد دارای مهارت-های بالاتر سواد سلامت در موقعیت‌های مناسب-تری با سلامتی قرار می‌گیرند (Nielsen-Bohlman, 2004: 5). سواد سلامت ناکافی، موجب افزایش بیماری‌ها و ناکارآمدی‌ها در سلامت و مراقبت‌های بهداشتی می‌شود، افراد با سواد سلامت پایین، بیشتر در معرض بیماری‌ها و مشکلات مرتبط با بهداشت و سلامتی قرار می‌گیرند (Baker & Wolf, 2007: 150).

¹ Us Institute of Medicine (IOM)

پژوهشی توسط دماری و همکاران (۱۴۰۰)، با عنوان «رفتارهای اجتماعی مطلوب؛ ضرورت ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان» با روش کیفی بحث گروهی انجام داده‌اند. در این روش از داده‌های متون و نظرات خبرگان و همچنین منابع مرتبط با فرهنگ ایرانی استفاده شده است. نتایج آن مطالعه نشان داد که برای گسترش رفتارهای اجتماعی مطلوب و ارتقای سلامت اجتماعی نیازمند به یک بازاریابی اجتماعی است.

۲٫۲ پیشینه خارجی

پژوهش‌های خارجی صورت‌گرفته در این حوزه دامنه گسترده‌ای دارد. یافته‌های پژوهش صالحی و همکاران (2023)، با عنوان «تأثیر ویژگی‌های روان-شناختی حسابرسان بر ارزش‌های فرهنگی و سلامت اجتماعی»، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بیانگر آن است که ارزش‌های فرهنگی افراد بر سطح سلامت اجتماعی آنان تأثیر می‌گذارد و باعث گسترش یا کاهش آن می‌شود. ویژگی‌های روان-شناختی افراد سلامت اجتماعی آن‌ها را تقویت می‌کند.

مطالعه‌ای برس‌لین^۱ و همکاران (2023)، با عنوان «عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و بیماران مبتلا به آسیب‌های تروماتیک: آیا رابطه‌ای بین سلامت اجتماعی و ترومای ارتوپدی وجود دارد؟» با روش نمونه‌گیری هدفمند و جمع‌آوری اطلاعات در بین بیماران با آسیب ارتوپدی صورت گرفته است. نتایج حاکی از آن است که بین مکانیسم آسیب و عوامل اجتماعی رابطه وجود دارد. در مسیر بهبود بیماران توجه به سلامت اجتماعی آنان نقش مهمی را ایفا می‌کند.

یافته‌های پژوهش رونا^۲ و همکاران (2023)، با عنوان «تحرك اجتماعی در طول همه‌گیری کووید-۱۹ با رویکرد تعیین‌کننده سلامت اجتماعی: مروری بر ادبیات»، با روش بررسی داده‌های ثانویه و سیستماتیک به این صورت است که بیماری‌ها

اقتصادی-اجتماعی آن در شهر شیراز» اشاره کرد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شده است. هدف این مطالعه بررسی عوامل مرتبط با سواد سلامت بوده است. نتایج و یافته‌های تحقیق فوق بیانگر این موضوع است که اقلیت‌های مذهبی، زنان خانه‌دار و نوجوانان، گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه هستند که برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های مرتبط با ارتقای سواد سلامت باید در اختیار این گروه قرار گیرد.

مطالعه‌ای توسط رثوف و همکاران (۱۴۰۲) با عنوان «تأثیر مشارکت شهروندان بر ارتقای سلامت اجتماعی در مناطق شهری (نمونه موردی: شهر شیروان)»، به روش کمی انجام شده است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر مشارکت مردمی در راستای افزایش سلامت اجتماعی شهروندان شیروان بوده است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بعد فیزیکی و مشارکتی بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی افراد دارد.

یافته‌های پژوهش قلمکاریان و نظری پیردوستی (۱۴۰۱)، با عنوان «نقش مشاوران در سلامت اجتماعی و سواد سلامت دانش‌آموزان دوره ابتدایی با تأکید بر شبکه‌های مجازی» که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و روش میدانی انجام شد نشان داده است که بین سواد سلامت، سلامت اجتماعی، تحصیلات، سن، جنسیت و سرمایه فرهنگی رابطه متوسطی وجود دارد. جامعه آماری این پژوهش تمامی دانش‌آموزان ابتدایی شهرستان دلفان می‌باشد.

نتایج پژوهش نامدار و حقیقی (۱۴۰۰)، با عنوان «واکاوی اثر سرمایه اجتماعی در خانوارهای روستایی» با روش نمونه‌گیری تصادفی حاکی از آن است که عوامل جمعیت‌شناختی افراد رابطه معناداری با سطح سلامت اجتماعی آن‌ها دارد و رابطه سلامت اجتماعی با سرمایه اجتماعی در حد مطلوبی است.

² Rona

¹ Breslin

در یک جمع‌بندی کلی می‌توان بیان نمود، مطالعاتی که در پیرامون سلامت اجتماعی و سواد سلامت انجام شده است، بسیار کم بوده و کم‌تر مطالعه‌ای بر مؤلفه‌های جمعیت‌شناختی و سلامت اجتماعی تکیه کرده است. در میان مطالعات داخلی تأکید بر سواد سلامت با سایر متغیرهای سلامت بوده و کم‌تر مطالعه‌ای به بررسی جامعه‌شناختی سواد سلامت و سلامت اجتماعی پرداخته است. در مطالعات داخلی صورت گرفته تأکید بر سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعات خارجی سلامت اجتماعی به‌عنوان یک جز از سلامت در رابطه با سایر بیماری‌ها مورد تحقیق قرار گرفته است. در مطالعات انجام‌شده تکیه بر بیماری‌ها و عوامل زیست - پزشکی بر سلامت اجتماعی بوده است و به سواد سلامت افراد توجهی نشان داده نشده است. در این مطالعات همچنین به بررسی سلامت اجتماعی در ارتباط با ویژگی‌های روان‌شناختی افراد پرداخته‌اند. از طرفی نیز کم‌تر مطالعه‌ای با رویکرد جامعه‌شناختی به بررسی سلامت اجتماعی و سواد سلامت در مردان یک جامعه پرداخته است. چارچوب نظری این مطالعه نیز، به اهمیت سلامت اجتماعی و جایگاه فرد در جامعه تأکید دارد. سواد سلامت و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی در شهر شیراز کم‌تر مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته است. وجه تمایز این مطالعه با سایر مطالعات پیشین، بعد اجتماعی سواد سلامت و سلامت اجتماعی است. در بررسی این پژوهش رویکرد جامعه‌شناختی و نمونه آماری مردان حائز اهمیت است. این مطالعه علاوه بر بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی از متغیر سواد سلامت و رابطه آن با سلامت اجتماعی نیز سود برده است.

۲،۳ مبانی نظری

سلامت اجتماعی یک مفهوم مهم در سلامتی انسان است که کم‌تر از ابعاد دیگر سلامت، یعنی سلامت روانی و فیزیکی مورد توجه و شناخت واقع شده

به‌خصوص کووید-۱۹، بر تحرک اجتماعی و سلامت اجتماعی افراد جامعه تأثیرگذار بوده است. این بیماری‌ها رفتارهای اجتماعی افراد را تحت تأثیر زیادی قرار می‌دهد و بر سلامت اجتماعی آن‌ها نیز اثرگذار بوده است.

یافته‌های پژوهش حسن‌پور و همکاران (2021)، با عنوان «حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی»، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای بیانگر رابطه حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی است. حمایت اجتماعی افراد بر سلامت اجتماعی آنان نیز اثرگذار بوده است و باعث پیشرفت و ارتقای آن می‌گردد.

یافته‌های مطالعه اوسترهوف^۱ و همکاران (2020)، با عنوان «انگیزه‌های نوجوانان برای مشارکت در فاصله‌گذاری اجتماعی در طول همه-گیری کووید-۱۹: سلامت روانی و سلامت اجتماعی»، با روش نمونه‌گیری در دسترس در بین نوجوانان در رسانه‌های اجتماعی حاکی از آن است که کاهش آسیب‌های ناشی از کووید-۱۹ به سلامت روانی، سلامت اجتماعی و مشارکت افراد در جامعه بستگی داشته است.

پژوهشی توسط دارابی‌نیا و همکاران (2018)، با عنوان «بررسی سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی ایران»، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده آن است که وضعیت تأهل، تحصیلات و محل تولد نقش مهم و معناداری بر سلامت اجتماعی دانشجویان دارد.

یافته‌های پژوهش اندرسن^۲ و همکاران (2018)، با عنوان «پیامدهای سلامت اجتماعی و روان‌شناختی در ورزش تیمی در بزرگسالان: مروری تلفیقی از تحقیق»، با روش جست‌وجوی ۱۰ پایگاه داده‌های الکترونیکی مطالعات کمی و کیفی حاکی از آن است که شرکت در یک ورزش تیمی مستقل از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد باعث بهبود سلامت روانی و سلامت اجتماعی در افراد می‌گردد.

² Andersen

¹ Oosterhoff

یکپارچگی اجتماعی شامل توازن سلامت فرد و جامعه است و اینکه فرد در چه میزان از سلامت اجتماعی قرار دارد (Keyes, 1988: 122-124).

در حوزه سلامت اجتماعی نظرات متفاوتی ارائه و بررسی شده است؛ اما مهم‌ترین و کامل‌ترین نظریه در این حوزه، نظریه سلامت اجتماعی کییز است که به‌عنوان مبنای نظری این تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرد. کییز یکی از متفکرینی است که در حوزه سلامت اجتماعی فعالیت داشته است. کییز در مطالعات خود بیان می‌کند که سلامت اجتماعی فقط بعد فردی نیست؛ بلکه ابعاد دیگر سلامتی و همچنین سلامتی فرد را در جامعه نیز شامل می‌شود (نیک‌ورز و یزدان‌پناه، ۱۳۹۳: ۱۰۳). در مدل‌های مرتبط با سلامت، توجه بر بعد زیستی انسان است؛ اما کییز معتقد است که افراد در درون ساختارهای جامعه زندگی می‌کنند و باید به کیفیت زندگی و عملکرد خوب آن‌ها توجه کرد. از نظر کییز سلامت اجتماعی شامل سه بعد فردی، بین فردی و جامعه بوده است و سلامت اجتماعی افراد از دیگر ابعاد آن جدا بوده و به نحو خاص خود تعریف می‌شود (مدیری و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۱-۱۰). براساس نظریه کییز زمانی فرد از رفاه و سلامت اجتماعی برخوردار است که احساسات مثبت بر احساسات منفی او غلبه کند. براساس این نظریه فرد در ساختارهای طبقاتی و جامعه وجود دارد و با وظایف و چالش‌های اجتماعی بی‌شماری مانند اشتغال، ازدواج و... مواجه است. کییز بر این باور است که برای درک و عملکرد سطح سلامت اجتماعی اندیشمندان علوم اجتماعی باید سلامت اجتماعی افراد درون جامعه را مورد بررسی قرار دهند (Keyes, 1988: 122).

کییز و شاپیرو^۴، بر این باورند که سلامت روانی، عملکرد شخصی تک تک افراد و کیفیت زندگی آن‌ها را نمی‌توان بدون توجه به بعد اجتماعی مورد بررسی قرار داد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بالاتر از

است. سلامت اجتماعی می‌تواند به‌سلامتی فرد و همچنین سلامتی جامعه اشاره کند. سلامت اجتماعی افراد به رفاه فرد و تعامل او با دیگران نیز اشاره دارد و به آن مربوط می‌شود (Russel, 1975: 751). سلامت اجتماعی به‌عنوان کمیت و کیفیت مناسب روابط در یک زمینه خاص برای برآوردن نیاز فرد به ارتباط معنادار انسانی تعریف می‌شود. سلامت اجتماعی را می‌توان به‌عنوان یک ویژگی فردی تصور کرد که مانند سلامت جسمی و روانی، به‌شدت تحت تأثیر محیط اجتماعی خارجی است (Doyle & Link, 2024: 8).

در ارتباط با سلامت اجتماعی نظریات متعددی مطرح شده است، بلاک^۱ و برسلو^۲ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ از مفهوم سلامت اجتماعی در مطالعات خود استفاده و به آن پرداخته‌اند (فرزانه و علیزاده، ۱۳۹۲: ۱۸۱). لارسن^۳ در سال ۱۹۶۶ سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش تعریف کرده (Larson, 1966: 183) و اعتقاد بر این دارد که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از شخصیت فرد را می‌سنجد که بیانگر احساس رضایت و یا نارضایتی فرد نسبت به شرایط زندگی، پاسخ درونی و زندگی فرد است (مدیری و همکاران، ۱۳۹۶: ۸).

مسأله و نکته قابل توجه این است که یکی دانستن سلامت اجتماعی با اجتماع و جامعه سالم اشتباه است؛ زیرا سلامت اجتماعی در کنار سلامت روانی و فیزیکی جز مهم و جدانشدنی ابعاد سلامت افراد است (وثوقی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۴۰). هر فرد زندگی شخصی و عمومی دارد که علی‌رغم تمایزات بین این دو جنبه از زندگی فرد تأثیرات مهمی بر سلامت اجتماعی آنان نیز می‌گذارد. رفاه و سلامت اجتماعی یک اصل مهم در سلامت فرد است که بر ابعاد دیگر سلامتی نیز اثرگذار است. فقدان سلامت اجتماعی سازگاری با دنیای بیرونی فرد را تحت مخاطرات بسیاری قرار می‌دهد. دورکیم نیز سلامت اجتماعی را شرایط و عملکرد فرد در جامعه می‌داند.

³ Larson

⁴ Shapiro

¹ Block

² Breslow

کوکران، انتخاب گردید و برای دقت بیشتر این تعداد به ۴۰۰ نفر رسید. اطلاعات لازم به شیوه نمونه‌گیری تصادفی از نوع خوشه‌ای چند مرحله گردآوری شد. به دلیل اینکه در طی چند مرحله و با تقسیم‌بندی شهر شیراز توانست به افراد نمونه که از یک سو شامل فقط مردان می‌شد و از سوی دیگر، در تمام شهر شیراز پراکنده بودند. به طور کاملاً تصادفی دست پیدا کرد. برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا مناطق شهرداری شهر شیراز به ۱۱ منطقه تقسیم شد. سپس براساس نمونه‌گیری خوشه‌ای این مناطق بر روی نقشه مشخص و هرکدام به محله‌هایی تقسیم شدند. در گام بعدی هر محله به بلوک‌هایی تقسیم شد. پرسشگران در ابتدای هر بلوک قرار گرفتند و براساس روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک به جمع‌آوری اطلاعات پرداختند. به‌عنوان مثال از منطقه ۱ شهر شیراز بلوک چهارراه گاز انتخاب و داده‌ها گردآوری شد. برای مشخص نمودن تعداد هر بلوک و منطقه‌های شهر شیراز از برآوردهای شاخص جمعیت شهر شیراز به تفکیک مناطق شهرداری استفاده شد. نسبت به جامعه آماری در هر منطقه تعداد نمونه هر منطقه مشخص شد. همچنین، برای بررسی اعتبار مقیاس‌های پژوهش از اعتبار محتوایی استفاده شده است. برای چنین مقصودی، پرسش-نامه اصلاح شده توسط متخصصان و کارشناسان حوزه اجتماعی و نیز استاد راهنمای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفت و با توجه به تعداد خبرگان روایی قابل قبولی داشتند. پایایی ابزار پژوهش نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تعیین شده است که نتایج نشان داد ضریب برای همه سازه‌ها در وضعیت مطلوب (بالتر از ۰/۷) قرار دارد (جدول ۱). داده‌ها نیز به کمک نرم‌افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون تحلیل شد.

سلامت روانی و هیجانی و درگیری‌های شخصی است. بنابراین آنان سلامت اجتماعی را شناخت، ارزیابی و عملکرد فرد در جامعه می‌دانند و به دنبال بررسی رابطه و کیفیت آن در برابر افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آن‌هاست، هستند (خدایی‌مجد و بخشعلی، ۱۳۹۴: ۱۰۱).

به‌طورکلی، سلامت اجتماعی از دیرباز به معنای رها بودن فرد از حالت‌های منفی در جامعه بوده است و اینکه فرد با جامعه خود بیگانه نبوده و در راستای آن عمل کند (132: 1988, keyes). کیز معتقد است که بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماعی مورد قبول جامعه و مسؤولیت اجتماعی رابطه مثبت و بهبوددهنده‌ای برقرار است (سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۲). با توجه به مطالب فوق، مطالعه حاضر از نظریه کیز بهره خواهد برد. با توجه به نظریه سلامت اجتماعی کیز و اهمیت سلامت اجتماعی و پیشینه تحقیق مطرح شده، فرضیه‌های پژوهش حاضر به صورت زیر ارائه می‌گردد.

۱: بین سواد سلامت و سلامت اجتماعی در بین مردان شهر شیراز رابطه مستقیم وجود دارد.

۲: بین سن و سلامت اجتماعی در بین مردان شهر شیراز رابطه مستقیم وجود دارد.

۳ روش

روش تحقیق به‌کاررفته در این پژوهش، بر اساس هدف تحقیق، از نوع کاربردی و بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها، پیمایشی است. این پژوهش در بازه زمانی ۴ ماهه از ۲۰ آذر سال ۱۴۰۱ لغایت ۲۰ اسفند سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه مردان ۱۸ سال و بالاتر است که طبق آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن برابر با ۶۳۶۰۸۱ نفر بوده‌اند که از این تعداد، ۳۸۴-به‌عنوان حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری

جدول ۱. مقادیر آلفای کرونباخ متغیرهای مفاهیم پژوهش

Table 1. Values of Cronbach's Alpha for Research Concept Variables

میزان آلفای کرونباخ	متغیرهای پژوهش
۰/۸۳۶	سلامت اجتماعی
۰/۹۰۵	سواد سلامت

(137: 2002, keyes). این متغیر در سطح سنجش ترتیبی است و در چهار طیف هرگز، گاهی اوقات، معمولاً و همیشه سنجیده می‌شود. کم‌ترین نمره صفر و بالاترین ۲۱ بوده است. برای سنجش متغیر سلامت اجتماعی از پرسش‌نامه سبک زندگی^۱ که از مطالعه لعلی و همکاران، (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان ساخت و ارزیابی پرسش‌نامه سبک زندگی گرفته شده است و ضریب پایایی کل در این متغیر ۰/۸۳۶ بوده است.

۳/۱ تعاریف متغیرها و نحوه سنجش آنها

۳/۱/۱ سلامت اجتماعی

منظور، نوعی بهداشت روانی، فردی و جمعی است که فرد بتواند در جامعه شاداب، دارای روحیه و انگیزه باشد. سلامت اجتماعی به منزله یکی از بعد-ها و شاخص‌های سلامت تعریف شده و به معنای توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران تعریف شده است

جدول ۲. گویه‌های متغیر سلامت اجتماعی

Table 2. Items of the Social Health Variable

گویه‌ها
دوستان صمیمی دارم.
توانایی ابراز عشق و دوستی نسبت به دیگران را دارم.
احساسات دیگران برای من قابل احترام می‌باشد.
قادر به گسترش روابط خوش‌بینانه با دیگران هستم.
احساسات و افکار مثبت دارم.
از افرادی هستم که در مواقع مورد نیاز، در کنار مردم می‌باشم.
هنگامی که در زندگی با مشکلی مواجه می‌شوم با دیگران صحبت و مشورت می‌کنم.
پاسخ‌ها: هرگز، گاهی اوقات، معمولاً، همیشه

شناختی و اجتماعی که انتخاب‌کننده علاقه و توانمند کننده افراد برای دسترسی، فهم و بهره‌گیری از اطلاعات به روش‌هایی است که سلامتی را افزایش و نگهداری می‌کند» توصیف می‌کند (باترهام^۳ و همکاران، ۲۰۱۳: ۲). برای سنجش سواد سلامت سنجش سواد سلامت پاسخ‌گویان از پرسش‌نامه

۳/۱/۲ سواد سلامت

منظور، مهارت‌های شناختی و اجتماعی که انتخاب-کننده علاقه و توانمند کردن افراد برای دستیابی، فهم و بهره‌گیری از اطلاعات به روش‌هایی است که سلامتی را ارتقا و حفظ می‌کند. سازمان جهانی بهداشت^۲ سواد سلامت را به‌عنوان «مهارت‌های

³ Batterham

¹ Learning Styles Questionnaire (LSQ)

² World Health Organization

سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران^۱ استفاده شده است (دهقانکار و همکاران، ۱۳۹۸). این متغیر در سطح سنجش ترتیبی از همیشه تا هیچ‌وجه قرار دارد و دامنه نمرات آن بین ۳۳ تا ۱۶۵

جدول ۳. گویه‌های متغیر سواد سلامت

Table 3. Items of the Health Literacy Variable

گویه‌ها
خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی) برای من آسان است.
خواندن دستورات کتبی خاصی که پزشکان، دندان‌پزشکان و کارکنان بهداشتی در مورد بیماریام به من می‌دهند برای من آسان است.
خواندن فرم‌های پزشکی و دندانپزشکی مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی برای من آسان است.
خواندن نوشته‌های برگه راهنما و آمادگی قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی برای من آسان است. من می‌توانم اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد نیاز خود را از منابع مختلف به دست آورم.
من می‌توانم اطلاعات مربوط به تغذیه سالم را به دست آورم.
من می‌توانم اطلاعات مربوط به سلامت روان مثل افسردگی و استرس را به دست آورم.
من می‌توانم اطلاعات مربوط به بیماری مورد نظر خود را به دست آورم.
من می‌توانم اطلاعات مورد نیاز در خصوص برخی مشکلات مربوط به سلامتی و بیماری‌ها مثل فشارخون بالا و نیز قند و چربی خون بالا را به دست آورم.
من می‌توانم اطلاعات مربوط به مضرات و خطرات مصرف دخانیات را به دست آورم.
توصیه‌های مربوط به تغذیه سالم را متوجه می‌شوم.
توضیحاتی را که پزشک در خصوص بیماریام ارائه می‌دهد، متوجه می‌شوم.
معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در فرم‌های پزشکی و دندان‌پزشکی مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی را متوجه می‌شوم.
معنی و مفهوم علایم و مطالب نوشته شده بر روی تابلوهای راهنما در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی را متوجه می‌شوم.
نحوه مصرف دارو را که روی بسته‌بندی داروها نوشته شده، متوجه می‌شوم.
مزایا، و معایب روش‌های درمانی تجویز شده توسط پزشک را متوجه می‌شوم.
معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در برگه راهنمای قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی را متوجه می‌شوم. درستی اطلاعات ارائه شده مرتبط با سلامتی را در اینترنت می‌توانم ارزیابی کنم.
درستی اطلاعات ارائه شده در مورد سلامتی توسط تلویزیون و رادیو را می‌توانم ارزیابی کنم.
درستی توصیه‌هایی را که دوستان و بستگان در مورد سلامتی به من ارائه می‌دهند، می‌توانم ارزیابی کنم.
می‌توانم اطلاعات بهداشتی را که آموخته‌ام به دیگران منتقل کنم.
با دیدن علایم بیماری می‌دانم به کجا و یا به چه کسی مراجعه کنم.
وقتی دکتر توصیه می‌کند که "کپسول آنتی بیوتیک را سه بار در روز و سر ساعت مصرف کنید"، فاصله زمانی ۸ ساعته را رعایت می‌کنم.

^۱ Health Literacy for Iranian Adults (HELIA)

داروهایی را که پزشک برای بیماری‌ام تجویز نموده است، بدون اجازه او قطع نمی‌کنم، حتی اگر علایم بیماری از بین رفته باشد.
اگر فرد یا افرادی از بستگان درجه اول من به برخی سرطان‌ها مانند سرطان پروستات، پستان، دهانه رحم و روده بزرگ و غیره مبتلا شده باشند، برای معاینه به پزشک مراجعه می‌کنم.
از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش فشارخون می‌شود، پرهیز می‌کنم.
من حتی اگر علامتی از بیماری نداشته باشم، برای چکاپ (معاینات دوره‌ای) سالانه به پزشک مراجعه می‌کنم.
در هر کار و موقعیتی، مراقب سلامتی خود هستم.
اگر در خصوص بیماری خود سؤالی برایم پیش بیاید، از کادر پزشکی و بهداشتی - درمانی می‌پرسم.
لبنیات (شیر، ماست، پنیر و غیره) را با توجه به درصد چربی موجود در آن خریداری می‌کنم.
از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش وزن می‌شود، پرهیز می‌کنم.
در طول رانندگی از کمربند ایمنی استفاده می‌کنم.
هنگام خرید مواد غذایی به ارزش غذایی آن‌ها توجه می‌کنم.
پاسخ‌ها: همیشه، بیشتر اوقات، گاهی از اوقات، به ندرت، به هیچ وجه

۳،۱،۳ احساس طبقاتی

منظور، جایگاهی است فرد از لحاظ منزلت، ثروت و قدرت خود را متعلق به آن می‌داند. طبقه اجتماعی با احساس تعلق همراه است و فرد خود را متعلق به آن می‌داند (Bettencourt, 2021: 767). برای سنجش احساس طبقاتی افراد از پرسش‌نامه محقق‌ساخته استفاده شد و سؤالات در سه سطح بالا، متوسط و پایین مورد سنجش قرار گرفت.

۴ یافته‌ها

۴،۱ یافته‌های توصیفی

بر اساس نتایج جدول شماره ۴، میانگین، انحراف معیار، حداکثر، حداقل و دامنه تغییرات متغیرهای سلامت اجتماعی و سواد سلامت سنجیده شده است.

جدول ۴. آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق

Table 4. Descriptive Statistics of Research Variables

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل	دامنه تغییرات
سلامت اجتماعی	۱۲/۹۰۵	۴/۷۰۵	۲۱	۰	۲۱
سواد سلامت	۱۱۳/۲۸	۲۳/۷۶	۱۶۵	۳۳	۱۳۲

است. بیشترین میانگین مربوط به گویه احساسات دیگران برای من قابل احترام بوده است، بوده و کم‌ترین آن مربوط به گویه هنگامی که در زندگی با مشکلی مواجه می‌شوم، با دیگران صحبت و مشورت می‌کنم، بوده است.

در جدول شماره ۵، میانگین، انحراف معیار، حداکثر، حداقل و دامنه تغییرات گویه‌های متغیر سلامت اجتماعی سنجیده شده است. براساس یافته‌های این جدول حداقل نمرات مشارکت‌کنندگان به گویه‌های سلامت اجتماعی صفر و حداکثر آن ۳ بوده

جدول ۵. آماره‌های توصیفی گویه‌های متغیر سلامت اجتماعی

Table 5. Descriptive Statistics of the Items of the Social Health Variable

دامنه تغییرات	انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	گویه
۳	۱	۱/۹۱	۳	۰	دوستان صمیمی دارم.
۳	۰/۹۰	۱/۷۷	۳	۰	توانایی ابراز عشق و دوستی نسبت به دیگران را دارم.
۳	۰/۸۹	۱/۹۴	۳	۰	احساسات دیگران برای من قابل احترام می‌باشد.
۳	۱/۰۳	۱/۸۷	۳	۰	قادر به گسترش روابط خوش‌بینانه با دیگران هستم.
۳	۰/۹۱	۱/۷۹	۳	۰	احساسات و افکار مثبت دارم.
۳	۰/۸۸	۱/۹۱	۳	۰	از افرادی هستم که در مواقع مورد نیاز، در کنار مردم می‌باشم.
۳	۰/۹۸	۱/۶۹	۳	۰	هنگامی که در زندگی با مشکلی مواجه می‌شوم با دیگران صحبت و مشورت می‌کنم.

در جدول شماره ۶، میانگین، انحراف معیار، حداکثر، حداقل و دامنه تغییرات گویه‌های متغیر سواد سلامت سنجیده شده است.

جدول ۶. آماره‌های توصیفی گویه‌های متغیر سواد سلامت

Table 6. Descriptive Statistics of the Items of the Health Literacy Variable

دامنه تغییرات	انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	گویه
۴	۱/۱۸	۳/۴۲	۵	۱	خواندن مطالب آموزشی در خصوص بهداشت و سلامت (کتابچه، جزوه، بروشورهای آموزشی و تبلیغی) برای من آسان است.
۴	۱/۱۵	۳/۳۷	۵	۱	خواندن دستورات کتبی خاصی که پزشکان، دندان‌پزشکان و کارکنان بهداشتی در مورد بیماریام به من می‌دهند، برای من آسان است.
۴	۱/۲۱	۳/۳۶	۵	۱	خواندن فرم‌های پزشکی و دندانپزشکی مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی برای من آسان است.
۴	۱/۲۴	۱/۳۱	۵	۱	خواندن نوشته‌هایی برگه راهنما و آمادگی قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی برای من آسان است.
۴	۱/۰۶	۳/۵۰	۵	۱	من می‌توانم اطلاعات بهداشتی و درمانی مورد نیاز خود را از منابع مختلف به دست آورم.
۴	۱/۰۸	۳/۴۹	۵	۱	من می‌توانم اطلاعات مربوط به تغذیه سالم را به دست آورم.
۴	۱/۰۵	۳/۴۶	۵	۱	من می‌توانم اطلاعات مربوط به سلامت روان مثل افسردگی و استرس را به دست آورم.
۴	۱/۱	۳/۴۷	۵	۱	من می‌توانم اطلاعات مربوط به بیماری مورد نظر خود را به دست آورم.

۴	۱/۰۵	۳/۴۹	۵	۱	من می‌توانم اطلاعات مورد نیاز در خصوص برخی مشکلات مربوط به سلامتی و بیماری‌ها مثل فشارخون بالا و نیز قند و چربی خون بالا را به دست آورم.
۴	۱/۱۱	۳/۶۵	۵	۱	من می‌توانم اطلاعات مربوط به مضرات و خطرات مصرف دخانیات را به دست آورم.
۴	۱/۰۲	۳/۶۶	۵	۱	توصیه‌هایی مربوط به تغذیه سالم را متوجه می‌شوم.
۴	۱/۰۹	۳/۶۶	۵	۱	توضیحاتی را که پزشک در خصوص بیماریام ارائه می‌دهد، متوجه می‌شوم.
۴	۱/۰۵	۳/۵۹	۵	۱	معنی و مفهوم مطالب نوشته شده در فرم‌های پزشکی و دندان-پزشکی مانند فرم پذیرش بیمار، رضایت‌نامه، تشکیل پرونده و غیره در بیمارستان و مراکز درمانی را متوجه می‌شوم.
۴	۱/۱۵	۳/۵۹	۵	۱	معنی و مفهوم علایم و مطالب نوشته شده بر روی تابلوهای راهنما در بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی را متوجه می‌شوم.
۴	۱/۱۳	۳/۶۵	۵	۱	نحوه مصرف دارو را که روی بسته‌بندی داروها نوشته شده، متوجه می‌شوم.
۴	۱/۱۱	۳/۴۹	۵	۱	مزایا و معایب روش‌های درمانی تجویز شده توسط پزشک را متوجه می‌شوم.
۴	۱/۱۸	۳/۳۷	۵	۱	معنی و مفهوم مطالب نوشته شده را در برگه راهنمای قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی متوجه می‌شوم.
۴	۱/۱۴	۳/۴۶	۵	۱	درستی اطلاعات ارائه‌شده مرتبط با سلامتی را در اینترنت می‌توانم ارزیابی کنم.
۴	۱/۱۶	۳/۵۵	۵	۱	درستی اطلاعات ارائه‌شده را در مورد سلامتی توسط تلویزیون و رادیو می‌توانم ارزیابی کنم.
۴	۱/۰۹	۳/۶۳	۵	۱	درستی توصیه‌هایی را که دوستان و بستگان در مورد سلامتی به من ارائه می‌دهند می‌توانم ارزیابی کنم.
۴	۱/۱۲	۳/۶۸	۵	۱	می‌توانم اطلاعات بهداشتی را که آموخته‌ام به دیگران منتقل کنم.
۴	۱/۱۰	۳/۶	۵	۱	با دیدن علایم بیماری می‌دانم به کجا و یا به چه کسی مراجعه کنم.
۴	۱/۱۲	۳/۴۳	۵	۱	وقتی دکتر توصیه می‌کند که "کپسول آنتی بیوتیک را سه بار در روز و سر ساعت مصرف کنید"، فاصله زمانی ۸ ساعته را رعایت می‌کنم.
۴	۱/۲۲	۳/۱۲	۵	۱	داروهایی را که پزشک برای بیماریام تجویز نموده است بدون اجازه او قطع نمی‌کنم، حتی اگر علایم بیماری از بین رفته باشد.
۴	۱/۲۲	۳/۰۸	۵	۱	اگر فرد یا افرادی از بستگان درجه اول من به برخی سرطان‌ها مانند سرطان پروستات، پستان، دهانه رحم و روده بزرگ و غیره مبتلا شده باشند، برای معاینه به پزشک مراجعه می‌کنم.
۴	۱/۱۷	۳/۱۲	۵	۱	از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش فشارخون می‌شود، پرهیز می‌کنم.

۴	۱/۳۰	۲/۹۲	۵	۱	من حتی اگر علامتی از بیماری نداشته باشم، برای چکاپ (معاینات دوره‌ای) سالانه به پزشک مراجعه می‌کنم.
۴	۱/۱۷	۳/۳۷	۵	۱	در هر کار و موقعیتی، مراقب سلامتی خود هستم.
۴	۱/۱۰	۳/۳۴	۵	۱	اگر در خصوص بیماری خود سؤالی برایم پیش بیاید، از کادر پزشکی و بهداشتی - درمانی می‌پرسم.
۴	۱/۲۰	۳/۱۷	۵	۱	لبنیات (شیر، ماست، پنیر و غیره) را با توجه به درصد چربی موجود در آن خریداری می‌کنم.
۴	۱/۲۰	۳/۲۷	۵	۱	از انجام کارها و یا مصرف موادی که باعث افزایش وزن می‌شود، پرهیز می‌کنم.
۴	۱/۲۳	۳/۵۲	۵	۱	در طول رانندگی از کمربند ایمنی استفاده می‌کنم.
۴	۱/۲۴	۳/۳۸	۵	۱	هنگام خرید مواد غذایی به ارزش غذایی آن‌ها توجه می‌کنم.

براساس یافته‌های این جدول بیشترین درصد متغیر سلامت اجتماعی متعلق به میزان متوسط با ۶۷/۷ درصد و با ۲۵۱ فراوانی بوده است. تعداد ۷۲ فراوانی یا به عبارتی ۱۸ درصد متعلق به سلامت اجتماعی کم و ۱۹/۳ درصد برابر با ۷۷ فراوانی متعلق به سلامت اجتماعی بالا بوده است. در بین میزان توزیع سواد سلامت پاسخ‌گویان ۶۵ درصد برابر با ۲۶۰ فراوانی متعلق به میزان متوسط بوده است؛ همچنین یافته‌ها نشان‌دهنده مقدار تقریباً برابر و نزدیک میزان سواد سلامت کم و زیاد به ترتیب ۱۷/۸ و ۱۷/۲ درصد بوده است.

براساس یافته‌های جدول شماره ۶، حداقل پاسخ مشارکت‌کنندگان ۱ و حداکثر آن ۵ بوده است و دامنه تغییرات پاسخ‌ها ۴ بوده است. بیشترین میانگین مرتبط با گویه می‌توانم اطلاعات بهداشتی را که آموخته‌ام به دیگران منتقل کنم، بوده و کم‌ترین میانگین مرتبط با گویه خواندن نوشته‌های برگه راهنما و آمادگی قبل از انجام آزمایش، سونوگرافی یا رادیولوژی برای من آسان است، بوده است.

در جدول ۷ اطلاعات توصیفی متغیرهای تحقیق به صورت کم، متوسط و زیاد ارائه شده است.

جدول ۷. توزیع درصد متغیرهای تحقیق

Table 7: Distribution Percentage of Research Variables

متغیر	میزان توزیع	فراوانی	درصد
سلامت اجتماعی	کم	۷۲	۱۸
	متوسط	۲۵۱	۶۷/۷
	زیاد	۷۷	۱۹/۳
سواد سلامت	کم	۷۱	۱۷/۸
	متوسط	۲۶۰	۶۵
	زیاد	۶۹	۱۷/۲

تا ۲۵ سال بوده است و میانگین آن‌ها ۱۳ سال بوده است. یافته‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش، در جدول ۹ ارائه شده است.

پژوهش حاضر بر روی ۴۰۰ نفر از مردان شهر شیراز انجام شد که دامنه سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۸۷ سال بوده است و میانگین سنی آن‌ها ۳۵/۵۷ سال بوده است. همچنین میزان تحصیلات پاسخ‌گویان بین ۰

جدول ۸. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی مردان

Table 8. Descriptive Indicators of Demographic Variables for Men

متغیر	وضعیت	درصد
قومیت	فارس	۶۰/۳
	ترک	۱۷/۳
	سایر	۲۲/۵
محل تولد	روستا	۱۱
	شهرستان	۴۰
	مرکز استان	۴۹
احساس طبقاتی	پایین	۲۷/۸
	متوسط	۴۶
	بالا	۲۶/۳
وضعیت اشتغال	شاغل	۵۸/۳
	بازنشسته	۱۳
	غیرشاغل	۲۸/۷
وضعیت تأهل	هرگز ازدواج نکرده	۶۲/۷
	حداقل یک بار ازدواج کرده	۳۷/۳

این معنا که متغیرهای مستقل، توان تبیین تغییرات متغیر سلامت اجتماعی را دارند. برای ورود متغیرها در مدل رگرسیون متغیرهای کیفی به صورت تصنعی وارد مدل رگرسیون شدند. متغیرهای احساس طبقاتی و قومیت که فاصله‌ای و نسبی نبودند اصطلاحاً به متغیر مجازی^۱ تبدیل شدند تا قابلیت قرار گرفتن در کنار متغیرهای فاصله‌ای و ورود به مدل رگرسیونی را پیدا کنند.

متغیرهای مستقل در مدل رگرسیونی، شامل سواد سلامت، قومیت و احساس طبقاتی بیشترین تأثیر را بر متغیر سلامت اجتماعی داشته‌اند. متغیرهای تحقیق در مجموع در مدل رگرسیونی، بر اساس ضریب تبیین اصلاح شده، ۲۲ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین و پیش‌بینی نموده‌اند.

بر اساس شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی بیشترین قومیت این مطالعه، فارس و بیشترین محل تولد در مرکز استان بوده است. ۴۶ درصد افراد خود را متعلق به طبقه متوسط می‌دانستند. بیشترین وضعیت اشتغال با ۵۸/۳ درصد شاغل و کمترین ۲۸/۷ درصد غیرشاغل بوده‌اند. ۶۲/۷ درصد از افراد در وضعیت هرگز ازدواج نکرده قرار داشته‌اند.

۴،۲ یافته‌های استنباطی

در تحقیق حاضر برای تحلیل چندمتغیره تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر سلامت اجتماعی از تحلیل رگرسیونی خطی استفاده شده است، بر اساس یافته‌های جدول شماره ۹، خطی بودن رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته براساس معناداری تحلیل واریانس، این موضوع محقق شده است به

¹ dummy Variable

جدول ۹. آماره‌های تحلیل رگرسیونی چندمتغیره سلامت اجتماعی

Table 9. Multivariate Regression Analysis Statistics of Social Health

متغیر	ضریب B	ضریب (Beta)	آماره t	P-Value
سواد سلامت	۰/۰۷۰	۰/۳۵۵	۷/۰۳۵	۰/۰۰۰
سن	-۰/۰۰۵	-۰/۰۱۹	-۰/۲۳۲	۰/۸۱۷
سال‌های تحصیل	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۳۸	۰/۹۷
قومیت (مرجع: فارس)				
ترک	-۰/۹۱۲	-۰/۰۷۳	-۱/۵۵۶	۰/۱۲۱
سایر	-۱/۴۹	-۰/۱۳۲	-۲/۶۵۳	۰/۰۰۸
محل تولد (مرجع: مرکز استان)				
روستا	۰/۶۲	۰/۰۴۱	۰/۸۲۴	۰/۴۱۱
سایر شهرها	۰/۶۷۳	۰/۰۷	۱/۴۲۱	۰/۱۵۶
احساس طبقاتی (مرجع: متوسط)				
طبقه پایین	-۱/۹۱	۰/۱۸۳	-۳/۶۵۴	۰/۰۰۰
طبقه بالا	۰/۹۷۳	۰/۰۹۱	۱/۸۲۹	۰/۰۶۸
وضعیت اشتغال (مرجع: غیرشاغل)				
بازنشسته	۰/۴۱۶	۰/۰۳	۰/۴۵۹	۰/۶۴۶
غیرشاغل	-۰/۲۳۱	-۰/۰۲۲	-۰/۴۲۷	۰/۶۷
وضعیت تأهل (مرجع: هرگز ازدواج نکرده)				
حداقل یک بار ازدواج کرده	-۰/۰۰۹	-۰/۰۰۱	-۰/۰۱۷	۰/۹۸۷
$R^2 = ۰/۲۴۲$ $Adj.R^2 = ۰/۲۱۸$ $F = ۱۰/۲۷$ $P-Value < ۰/۰۰۰$				

۵ بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش برای سنجش تأثیر سواد سلامت بر سلامت اجتماعی در بین مردان ۱۸ سال و بیشتر شهر شیراز از نظریه سلامت اجتماعی کبیز استفاده شده است. کبیز سلامت اجتماعی را فراتر از ساختارهای جامعه می‌بیند، او معتقد است که افراد در درون جوامع و ساختارهایی زندگی می‌کنند و بررسی روابط آن‌ها در این ساختارها حائز اهمیت است. اگر فردی از کیفیت روابطش و ارزیابی که از آن به عمل می‌آورد راضی باشد، می‌تواند به بهبود سلامت اجتماعی خود کمک کند. یکی از اجزای این سلامت اجتماعی می‌تواند اعتقاد افراد به رشد جامعه باشد که همواره در حال شکوفایی است و منظور از آن اعتقاد افراد به توانایی جامعه در پیش

بردن حرکت تکاملی خود است. افراد در درون چنین جامعه‌ای همبستگی دارند و می‌توانند حوادث اطراف خود را کنترل نمایند. حفظ و بهبود سلامت اجتماعی می‌تواند جوامع را به سمت توسعه پایدار حمایت کند. افراد در جوامع زمانی می‌توانند نقش مؤثری را ایفا نمایند که از تمامی ابعاد سلامت برخوردار باشند (افشانی و شیری محمدآباد، ۱۳۹۶: ۵۳-۵۴). مطالعات متعددی در حوزه سلامت اجتماعی در دو گروه زنان و مردان صورت گرفته است؛ اما توجه به سلامت اجتماعی فقط مختص به مردان به‌عنوان هدف مطالعات مورد بررسی قرار نگرفته است. در بین مطالعات صورت گرفته در حوزه سلامت اجتماعی، مطالعه‌ای به بررسی و نقش سواد سلامت و رابطه آن با سلامت اجتماعی توجه‌ای نشان نداده است.

اثرگذار خواهد بود. براساس نظر کبیز تمامی ابعاد سلامت با هم در ارتباط بوده و نمی‌توان به تنهایی یک عامل را در سلامتی انسان‌ها در نظر گرفت. سواد سلامت و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی نیز یک امر بدیهی است. افزایش سلامت اجتماعی در سطح کلان‌شهرها همراه به بهره‌وری، آگاهی‌بخشی، بهبود اطلاع‌رسانی‌ها، تقویت شبکه‌های اجتماعی و روابط بین انسانی، افزایش مهارت‌های اساسی و اجتماعی همراه بوده است (وثوقی و همکاران، ۱۳۹۳: ۲۴۱-۲۴۰). لذا در شهر شیراز به دلیل دسترسی افراد به منابع برای بالا بردن و افزایش سطح سواد سلامت، سلامت اجتماعی و برقراری افراد با هم نیز در وضعیت مطلوبی بوده است.

در بررسی متغیرها و اثر آنان بر سلامت اجتماعی مشخص شد که در میان متغیر احساس طبقاتی، احساس تعلق طبقاتی پایین رابطه مستقیم معناداری با سلامت اجتماعی دارد. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده این موضوع باشد که بنا به گفته کبیز سلامت اجتماعی زمانی شکوفا می‌شود و در جهت مثبتی می‌رود که افراد در جامعه نقش مثبت و فعال‌تری ایفا کنند. در چنین شرایطی همبستگی اجتماعی بین گروه‌های کوچک و همچنین با محدودیت، بیشتر به چشم می‌خورد و افزایش می‌یابد. در این جوامع حمایت اجتماعی افراد از هم قوی‌تر بوده و این عامل مهمی در پیشبرد سلامت اجتماعی آنان است. به دلیل تجربه‌های مشترک این گروه از افراد احساس همدلی آنان بیشتر بوده که بنا به نظر کبیز افراد احساس مثبتی به خود دارند و مشارکت بیشتری هم از خود نشان می‌دهند. سلامت اجتماعی فقط به بعد جسمی و رابطه افراد اشاره ندارد؛ بلکه سلامت روانی آن‌ها را نیز مدنظر قرار می‌دهد در گروه‌هایی که مردم از نظر احساس طبقاتی خود را متعلق به گروه‌های پایین می‌دانند، انتظارات اجتماعی پایینی دارند و فرهنگ‌ها و ارزش‌های چنین گروهی بر مدارا و تعاملات اجتماعی مثبت است. بنابراین افراد در چنین جوامع و گروه‌هایی با

از نظر کبیز بعد سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامتی با دیگر ابعاد در ارتباط بوده و بر آن‌ها اثر می‌گذارد؛ بدین منظور توجه به آن یک امر اساسی است. عملکرد خوب افراد در زندگی چیزی بیشتر از سلامت روانی و هیجانی و درگیری‌های شخصی خواهد بود. از طرفی دیگر سواد سلامت به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده بر پیشرفت جامعه و بهبود روابط افراد حائز اهمیت خواهد بود؛ به‌طوری‌که هرچقدر سواد سلامت افزایش یابد جامعه به سمت پیشرفت خواهد رفت و برعکس. سواد سلامت فقط به‌عنوان سلامت جسمانی و روحی افراد نیست؛ بلکه بر سلامت اجتماعی نیز تأثیرگذار خواهد بود. سواد سلامت می‌تواند به‌عنوان یک عامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی شناخته شود؛ زیرا با بالا رفتن سطح دانش و آگاهی افراد، آنان می‌توانند مواجهه بهتری با مشکلات و چالش‌های اجتماعی و بهداشتی داشته باشند و به طور کارآمدی در جامعه حضور فعال داشته باشند. همان‌طور که یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد هرچه میزان سواد سلامت بیشتر باشد، سلامت اجتماعی نیز از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار خواهد بود.

بر اساس چارچوب نظری، سلامت اجتماعی کبیز، هر انسان در جامعه، زندگی شخصی و عمومی دارد که با وجود تفاوت بین این دو حوزه از زندگی فرد اثرات قابل توجهی بر سلامت اجتماعی آنان نیز می‌گذارد. رفاه و سلامت اجتماعی یک اصل مهم در سلامت انسان بوده است که بر شاخص‌های دیگر سلامتی نیز مؤثر بوده است. فقدان سلامت اجتماعی سازگاری با دنیای بیرونی فرد را با خطرات بسیاری مواجه می‌کند (keyes, 1998: 122 & 123).

در نهایت یافته‌های این پژوهش و بر اساس چارچوب نظری هم‌سو با نتایج محققان دیگر همچون، نظری‌پیردوستی و قلمکاریان (۱۴۰۱)، پورحسن و همکاران (۱۴۰۱)، مادرا^۱ و همکاران (2023) بوده است. براساس نتایج این محققان میزان و افزایش سواد سلامت بر بهبود سلامت اجتماعی

¹ Madera

خود را از راه‌ها مختلف حفظ نماید. تحصیلات افراد ممکن است سطح آگاهی آنان را بالا ببرد، اما بر سلامت اجتماعی و ارتباطات آنان تأثیر معناداری ندارد.

این نتایج با یافته‌های پژوهش حائری و همکاران (۱۳۹۴) و یزادن‌پناه و نیک‌ورز (۱۳۹۳) متفاوت بوده است، آنان به این نتایج دست یافتند که با افزایش این متغیرها سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. اما در همین راستا نتایج مطالعه قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی (۱۳۹۵)، نامدار و حقیقی (۱۴۰۰) و فرزانه و علیزاده (۱۳۹۲) با نتایج این مطالعه هم‌سو بوده است. آنان در پژوهش خود تفاوت معناداری بین متغیرهای وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، محل تولد، سن و تحصیلات با سلامت اجتماعی ارزیابی نکرده‌اند.

سلامت اجتماعی یک مفهوم چند بعدی است که توسط علل گوناگون تعیین می‌شود، اگرچه سواد سلامت و متغیرهای زمینه‌ای بر آن اثرگذار خواهد بود، اما براساس یافته‌های رگرسیونی تحقیق این اثرگذاری محدود بوده و عوامل دیگری نیز می‌تواند بر سلامت اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد. متغیرهای مستقل این پژوهش توانسته‌اند ۲۲ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی را به خود اختصاص دهند اما این مقدار کمی بوده و عوامل اثرگذار دیگری نیز می‌تواند وجود داشته باشد. روابط اجتماعی افراد دارای پیچیدگی‌های متفاوتی بوده که همین عامل بر ضریب تبیین نیز اثرگذار خواهد بود. در مجموع، ضریب تبیین ۲۲ درصد نشان می‌دهد که سواد سلامت و متغیرهای زمینه‌ای تنها بخشی از تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

در نهایت؛ با توجه به نتایج به‌دست‌آمده وجه تمایز این مطالعه با سایر مطالعات پیشین بعد اجتماعی سواد سلامت و سلامت اجتماعی است. در بررسی این پژوهش رویکرد جامعه‌شناختی و نمونه آماری مردان حائز اهمیت است. این مطالعه علاوه بر بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی از متغیر سواد

کاهش فشارهای اجتماعی و روانی روبه‌رو هستند و از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهند بود.

در بررسی متغیرهای زمینه‌ای با سلامت اجتماعی عامل دیگری که مورد بررسی قرار گرفت، قومیت افراد بوده است. در این میان قومیت‌ها به فارس، ترک و سایر تقسیم شدند که براساس یافته‌های جدول رگرسیون قومیت سایر رابطه مثبت و معناداری با سلامت اجتماعی داشته است. این می‌تواند به این دلیل باشد که شبکه‌های اجتماعی چنین قومیت‌هایی که در شهر شیراز در وضعیت اقلیت هستند، قوی‌تر بوده و پشتیبانی بیشتری دارند. این شبکه‌ها می‌تواند احساس تعلق آنان به خانواده، دوستان و جامعه محلی باشد. این اقوام اقلیت حس قوی‌تری نسبت به هویت گروهی و اجتماعی خود دارند که همین عاملی مهم است که سلامت روانی و مطابق آن سلامت اجتماعی آنان افزایش یابد. بنا به نظریه کبیز مشارکت افراد در جامعه خود باعث افزایش سلامت اجتماعی آنان خواهد شد و چنین قومیت‌های اقلیتی مشارکت اجتماعی بالاتری را تجربه می‌کنند.

از میان عوامل اثرگذار بر سلامت اجتماعی وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، محل تولد، سن و تحصیلات رابطه معناداری با سلامت اجتماعی ندارند. با افزایش یا کاهش آن‌ها سلامت اجتماعی تغییری پیدا نمی‌کند. این مسأله خود شایان توجه است؛ زیرا می‌توان به این نتیجه دست یافت که عوامل زمینه‌ای وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، محل تولد، سن و تحصیلات عواملی فردی هستند و در رابطه فرد با جامعه اطراف آن اثرگذار نخواهند بود. به طور مثال وضعیت تأهل ممکن است بر زندگی اجتماعی افراد اثرگذار بوده باشد؛ اما افراد مجرد می‌توانند دامنه گسترده‌تری از روابط داشته باشند یا بالعکس. همچنین وضعیت اشتغال می‌تواند جنبه فردی به خود بگیرد یا افراد بیکار وقت بیشتری برای تعاملات خود داشته باشند. سن افراد نیز تأثیری بر سلامت اجتماعی آنان ندارد؛ زیرا هر فرد در هر سنی می‌تواند شبکه اجتماعی و ارتباطی

توسعه یافته و سالم در گرو افراد سالم آن جامعه می‌باشد با افزایش سلامت اجتماعی افراد جامعه، سلامت جامعه نیز تضمین می‌گردد.

منابع مالی

این مطالعه، حمایت مالی نداشته است.

سهم نویسندگان

ایده و طراحی مطالعه: (موحد، حجتی‌فر و محمودیانی)؛ گردآوری اطلاعات: (حجتی‌فر)؛ تحلیل و تفسیر داده‌ها: (موحد، حجتی‌فر و محمودیانی)؛ پیش‌نویس نسخه خطی: (حجتی‌فر) و بازنگری انتقادی: (موحد و محمودیانی).

تعارض منافع

نویسندگان، هیچ تضاد منافی را گزارش نکردند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله، از همکاری همه شرکت‌کنندگان، در این پژوهش قدردانی می‌کنند.

سلامت و رابطه آن با سلامت نیز اجتماعی سود برده است.

پیشنهاد می‌گردد که یافته‌های تحقیق حاضر در مراکز آموزشی، مدارس، دبیرستان‌ها، دانشگاه‌ها، مراکز مشاوره و مراکز درمانی ارائه گردد. همچنین با توجه به اینکه سواد سلامت، رابطه پررنگی با سلامت اجتماعی دارد، توجه زیادتری بر سواد سلامت صورت گردد تا در نهایت سلامت اجتماعی بالاتر رود و جامعه به سوی پیشرفت حرکت نماید. همچنین، ارگان‌های ذی‌ربط نقش مهمی در افزایش سواد سلامت و سلامت اجتماعی داشته و نباید نسبت به آن غفلت نمایند.

پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی به رابطه سواد سلامت بر سلامت اجتماعی در سایر گروه‌های جامعه مانند جوانان، زنان، نوجوانان و سالمندان پرداخته شود. توجه به سلامت اجتماعی در جامعه ضرورت بسیاری داشته؛ زیرا که پیشرفت جامعه‌ای

منابع

افشانی، علیرضا و شیرینی محمدآبادی، حمیده (۱۳۹۹). شبکه اجتماعی زنان و سلامت اجتماعی در خانواده. *فرهنگی اجتماعی* فرهنگ یزد، ۲(۵)، ۶۸-۴۷.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.99881735.1399.2.5.3.3>

پورحسن، عباس؛ علمی، محمود و ابراهیم‌پور، داوود (۱۴۰۱). تحلیل جامعه‌شناختی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت اجتماعی جانبازان انقلاب اسلامی استان آذربایجان شرقی. *مطالعات جامعه‌شناختی*، ۱۱(۲)، ۹۷-۱۱۹.

<https://doi.org/10.30495/jss.2023.1967227.1493>

حائری، سیده مریم؛ طهرانی، هادی؛ اولیایی منش، علیرضا و نجات، سحرناز (۱۳۹۴). عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۳(۴)، ۳۱۱-۳۱۸.

<http://journal.ihepsa.ir/article-1-526-fa.html>

حسینی حاجی بکنده، سیداحمد و تقی پور، ملیحه (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *پژوهش اجتماعی*، ۳(۷)، ۱۵۸۹-۱۳۹.

<https://sid.ir/paper/164852/fa>

خدایی‌مجد، وحید و بخشعلی. ارسطو (۱۳۹۴). تحلیل روان‌شناختی مؤلفه‌های اعتقادی مؤثر بر سلامت از منظر قرآن کریم.

<https://ensani.ir/file/download/article/1646645373-10516-1400-189.pdf>

رئوف فاطمه؛ معتمدی، محمد و پوراحمد، علی اکبر (۱۴۰۲). تأثیر مشارکت شهروندان بر ارتقای سلامت اجتماعی در مناطق شهری (نمونه موردی: شهر شیروان) تحقیقات کاربردی علوم جغرافیایی، ۲۳ (۷۱)، ۴۶۳-۴۷۹.

<https://doi.org/10.61186/jgs.23.71.463>

سام‌آرام، عزت‌الله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. فصل‌نامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، ۱(۱)، ۹-۲۹.

<https://sid.ir/paper/187422/fa>

عبدالله‌تبار؛ حمید، کلدی؛ علی، محقق، کمال حسین، ستاره، فروزان، علی و صالحی، محمد (۱۳۸۶)، بررسی بهزیستی اجتماعی در بین دانشجویان. فصل‌نامه رفاه اجتماعی، ۸ (۳۰-۳۱)، ۱۹۰-۱۷۱.

<https://doi.org/10.22067/jss.v14i2.15383>

فرزانه، سیف‌الله و علیزاده. سمیه (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل. مطالعات توسعه اجتماعی-فرهنگی، ۲(۱)، ۱۹۷-۱۷۳.

<http://journals.sabz.ac.ir/scds/article-1-66-fa.html>

قاضی‌نژاد، مریم و سنگری سلیمانی، هاجر (۱۳۹۵). رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان. زن در توسعه و سیاست، ۱۴(۳)، ۲۷۳-۲۸۸.

تحقیقات کیفی در علوم سلامت، ۴(۱)، ۱۱۷-۹۷.

https://jqri.kmu.ac.ir/article_90809.html

دماری، بهزاد؛ امامی رضوی، سید حسن؛ حاجبی، احمد و الهی، الهام (۱۴۰۰). رفتارهای اجتماعی مطلوب؛ ضرورت ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۹(۲)، ۱۳۶-۱۲۳.

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6021-fa.html>

دهقانکار، لایلا؛ حاجی کریم بابا، مرضیه و پناهی، رحمن (۱۳۹۸). سنجش سواد سلامت و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دختر دانشگاه بین‌المللی امام خمینی شهر قزوین. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۷(۳)، ۳۰۶-۲۹۵.

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5797-fa.html>

رحمانی، روح‌الله و ایمان، محمدتقی (۱۴۰۲). درهم‌تنیدگی اعتماد و تأثیر آن بر سلامت اجتماعی (مورد مطالعه دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر جهرم). جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی، ۱۰(۲۲)، ۱۸۳-۲۱۴.

<https://doi.org/10.22080/ssi.2023.26156.2135>

رستگار، خدیجه و سیدان، فریبا (۱۳۹۴). سنجش رابطه بین فرهنگ شهروندی و سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی. مطالعات ملی، ۱۶(۵)، ۸۵-۱۰۷.

عوامل تأثیرگذار بر آن. توسعه اجتماعی،
۱۲(۲)، ۷-۲۸.

<https://doi.org/10.22055/qjssd.2018.13506>

موحد مجد، مجید؛ حمیدی زاده، احسان و زارع،
خدیجه (۱۴۰۱). بررسی جامعه‌شناختی
ارتباط انزوای اجتماعی و سلامت معنوی
نابینایان (جامعه نابینای شهر شیراز).
جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی، ۹(۲۰)،
۳۱-۵۸.

<https://doi.org/10.22080/ssi.2022.24063.2019>

نامدار، راضیه و حقیقی، زهرا (۱۴۰۰). واکاوی اثر
سرمایه اجتماعی بر سلامت اجتماعی در
خانوارهای روستایی. روستا و توسعه،
۲۵(۹۸)، ۸۸-۶۵.

<https://www.doi.org/10.30490/rvt.2021.351445.1254>

نیک‌ورز، طیبه و یزدان‌پناه، لیلیا (۱۳۹۳). رابطه
عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی
دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان.
جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۶(۳)، ۹۹-۱۱۶.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20085745.1394.26.3.6.4>

هزارجریبی، جعفر و ارفعی عین‌الدین، رضا (۱۳۹۰)،
اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. فصل‌نامه
برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۱۰، ۳۹-
۶۳.

https://qjssd.atu.ac.ir/article_3532.html

وثوقی، منصور؛ مهدوی، سید محمدصادق و رحمانی
خلیلی، احسان (۱۳۹۳). بررسی تأثیرات

<https://doi.org/10.22059/jwdp.2016.60051>

قلمکاریان، معصومه و نظری‌پیردوستی. محمد
(۱۴۰۱). نقش مشاوران در سلامت اجتماعی
و سواد سلامت دانش‌آموزان دوره ابتدایی
با تأکید بر شبکه‌های مجازی. دستاوردهای
نوین در مطالعات علوم انسانی، ۵(۴۷)،
۱۳۴-۱۵۷.

<https://jonahs.ir/downloadfilepdf/5521707>

کریمی، فرشاد و موحد مجد، مجید. (۱۳۹۸). دین‌داری
و سلامت: بررسی رابطه دین‌داری و سبک
زندگی سلامت محور در بین شهروندان
شهر شیراز. جامعه‌شناسی نهادهای
اجتماعی، ۶(۱۳)، ۱۴۸-۱۲۷.

<https://doi.org/10.22080/ssi.2019.14509.1466>

لعلی، محسن؛ عابدی، احمد و کجباف. محمدباقر
(۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه
سبک زندگی (LSQ). پژوهش‌های
روانشناختی، ۱۵(۱)، ۶۴-۸۵.

<https://sid.ir/paper/66306/fa>

محمودیانی، سراج‌الدین؛ دراهکی، احمد و قائدی،
کیانا (۱۴۰۲). سطح سواد سلامت و تعیین-
کننده‌های جمعیتی و اقتصادی-اجتماعی آن
در شهر شیراز. نشریه فرهنگ و ارتقای
سلامت فرهنگستان علوم پزشکی، ۷(۱)،
۷۵-۸۳.

<http://ijhp.ir/article-1-715-fa.html>

مدیری، فاطمه؛ سفیری، خدیجه و منصوریان،
فاطمه (۱۳۹۶). بررسی سلامت اجتماعی و

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵).
عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت. تهران:
معاونت سلامت، دبیرخانه عوامل اجتماعی
مؤثر بر سلامت.

<https://sagh.mui.ac.ir/sites/sagh/files/>

Abdollah Tabar, H., Kaldi, A., Ali, M.,
Forouzan, S. A., & Salehi, M. (2007).
Social wellbeing among students.
Social Welfare Quarterly, 8(30-31),
171-190. [In Persian].

<https://doi.org/10.22067/jss.v14i2.15383>

Afshani, A., & Shiri Mohammadi, H. (2020).
Women's social networks and
social health in the family. *Farhang-e
Yazd*, 2(5), 47-68. [In Persian].
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.99881735.1399.2.5.3.3>

Amini Rarani, M., Rafiye, H., & Khedamat
Morasae, E. (2013). Social health
status in Iran: An empirical study.
Iranian Journal of Public Health,
42(2), 206-214.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3595657/>

Andersen, M., Ottesen, L., & Friis-Thing, L.
(2018). The social and psychological
health outcomes of team sport
participation in adults: An
integrative review of research.
SEGA Journal, 47(8), 832-850.

<https://doi.org/10.1177/1403494818791405>

Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J.,
Thompson, J. A., Gazmararian, J. A.,

جمعی سرمایه اجتماعی، شادابی اجتماعی و
حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی.
بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۴(۲)، ۲۶۳-
۲۳۵.

<https://doi.org/10.22059/ijsp.2013.52144>

& Huang, J. (2007). Health literacy
and mortality among elderly
persons. *Archives of Internal
Medicine*, 167(14), 1503-1509.

[doi:10.1001/archinte.167.14.1503](https://doi.org/10.1001/archinte.167.14.1503)

Batterham, R., Osborne, R., Elsworth, G.,
Hawkins, M., & Buchbinder, R.
(2013). The grounded psychometric
development and initial validation
of the Health Literacy
Questionnaire (HLQ). *BMC Public
Health*, 13, 658.

<https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-13-658>

Berslin, M. A., Bacharach, A., & et al. (2023).
Social determinants of health and
patients with traumatic injuries: Is
there a relationship between social
health and orthopedic trauma?
*Clinical Orthopaedics and Related
Research*, 481(5), 901-908. DOI:

[10.1097/CORR.0000000000002484](https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000002484)

Bettencourt, G. M. (2021). "I Belong
Because It Wasn't Made for Me":
Understanding working-class
students' sense of belonging on
campus. *The Journal of Higher
Education*, 92(5), 760-783.

<https://doi.org/10.1080/00221546.2021.1872288>

Callaghan, L. (2008). Social well-being in extra care housing: An overview of the literature. PSSRU Discussion. <https://kar.kent.ac.uk/13330/>

Damari, B., Emami Radvi, S. H., Hajebi, A., & Elahi, E. (2021). Positive social behaviors; The necessity of promoting the social health of Iranians. *School of Public Health and Institute of Health Research*, 19(2), 123-136. [In Persian].

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6021-fa.html>

Darabinia, M., Heidari Gorji, A., & Hosseini Kermani, H. (2018). Examining social health and its related factors among Iranian medical students. *Journal of Caring Science*, 7(1), 47-51. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.008>

Dehghankar, L., Hajikarim Baba, M., & Panahi, R. (2019). Health literacy assessment and its related factors among female students of Imam Khomeini International University, Qazvin. *School of Public Health and Institute of Health Research*, 17(3), 295-306. [In Persian].

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5797-fa.html>

Doyle, M. D., & Link, B. (2024). On social health: History, conceptualization, and population patterning. *Health Psychology Review*, 13(1), 1-30.

<https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2314506>

Farzaneh, S., & Alizadeh, S. (2013). The impact of social factors on the social health of the elderly in Babol. *Journal of Social-Cultural Development Studies*, 2(1), 173-197. [In Persian]. <http://journals.sabz.ac.ir/scds/article-1-66-fa.html>

Ghazi-Nejad, M., & Sangari Soleimani, H. (2016). The relationship between job and social health of women. *Women in Development and Politics*, 14(3), 273-288. [In Persian]. <https://doi.org/10.22059/jwdp.2016.60051>

Gholamkarian, M., & Nazari Pirdousti, M. (2022). The role of advisors in social health and health literacy of elementary students with an emphasis on virtual networks. *Journal of New Achievements in Humanities Studies*, 5(47), 134-157. [In Persian].

<https://jonahs.ir/downloadfilepdf/5521707>

Haeri, S. M., Tehrani, H., Oliaei Manesh, A., & Nejat, S. (2015). Factors affecting the social health of employees in the Ministry of Health, Treatment and Medical Education. *Journal of Health Education and Health Promotion*, 3(4), 311-318. [In Persian].

<http://journal.ihepsa.ir/article-1-526-fa.html>

- Hahn, E. A., DeWalt, D. A., Bode, R. K., Garcia, S. F., DeVellis, R. F., Correia, H., Cella, D., & PROMIS Cooperative Group. (2014). New English and Spanish social health measures will facilitate evaluating health determinants. *Health Psychology*, 33(5), 490-499. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/hea0000055>
- Hassanpour, T., Mehrabi, S., Poursamad, A., ZandiGhashghaie, K., & Sharifi, M. (2021). Social support and social health. *Iranian Journal of War and Public Health*, 13(3), 189-193. <http://ijwph.ir/article-1-983-en.html>
- Hezargaribi, J., & Arfaei Einoddin, R. (2011). Leisure time and social health. *Quarterly Journal of Social Welfare Planning and Development*, 10, 39-63. [In Persian]. https://qjds.atu.ac.ir/article_353_2.html
- Hosseini Hajibakandeh, S. A., & Taghipour, M. (2010). The impact of social support on the social health of female heads of households. *Social Research*, 3(7), 139-158. [In Persian]. <https://sid.ir/paper/164852/fa>
- Karami, F., & Moavhed Majd, M. (2019). Religiosity and health: Examining the relationship between religiosity and health-oriented lifestyle among the citizens of Shiraz. *Sociology of Social Institutions*, 6(13), 127-148. [In Persian]. <https://doi.org/10.22080/ssi.2019.6.13.127-148>
- Keyes, C. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-190. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Khodaei Mojd, V., & Bakhshali Aristu. (2015). Psychological analysis of the religious components affecting health from the perspective of the Holy Quran. *Qualitative Research in Health Sciences*, 4(1), 97-117. [In Persian]. https://jqr1.kmu.ac.ir/article_90809.html
- Lali, M., Abedi, A., & Kajbaf, M. B. (2012). Development and validation of the lifestyle questionnaire (LSQ). *Psychological Research*, 15(1), 64-85. [In Persian]. <https://sid.ir/paper/66306/fa>
- Larson, J. S. (1966). Measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01079022>
- Madera, M., Karina, E., Bashir, Z., & Bernabe, E. (2023). The intersections of socioeconomic position, gender, race/ethnicity, and nationality in relation to oral

- conditions among American adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 51(4), 644-652.
<https://doi.org/10.1111/cdoe.12845>
- Mahmoudiani, S., Daraaki, A., & Ghaedi, K. (2023). Health literacy level and its demographic and socio-economic determinants in Shiraz. *Journal of Culture and Health Promotion*, 7(1), 75-83. [In Persian].
<http://ijhp.ir/article-1-715-fa.html>
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press.
https://www.academia.edu/58212834/Measuring_health_a_guide_to_rating_scales_and_questionnaires
- Ministry of Health and Medical Education (2006). *Social determinants of health*. Tehran: Secretariat of the Social Determinants of Health. [In Persian].
<https://sagh.mui.ac.ir/sites/sagh/files/>
- Moavhed Majd, M., Hamidzadeh, E., & Zare, K. (2022). Sociological study of the relationship between social isolation and spiritual health among the blind (Case study of the blind community in Shiraz). *Sociology of Social Institutions*, 9(20), 31-58. [In Persian].
<https://doi.org/10.22080/ssi.2024.27178.2198>
- Modiri, F., Safiri, K., & Mansourian, F. (2017). Social health and its influencing factors. *Social Development*, 12(2), 7-28. [In Persian].
<https://doi.org/10.22055/qjsd.2018.13506>
- Namdar, R., & Haghighi, Z. (2021). Exploring the effect of social capital on social health in rural households. *Village and Development*, 25(98), 65-88. [In Persian].
<https://www.doi.org/10.30490/rt.2021.351445.1254>
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., & Kindig, D. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health, National Academies.
<https://doi.org/10.17226/10883>
- Nikvarz, T., & Yazdanpanah, L. (2014). The relationship between social factors and social health among students of Shahid Bahonar University of Kerman. *Applied Sociology*, 26(3), 99-116. [In Persian].
<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20085745.1394.26.3.6.4>
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Asadi Lari, M., & Vaez Mahdavi, M. R. (2011). Survey of mental health of adult population in Tehran in 2009.

- Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4), 479-483.
<http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1212-en.html>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 14(8), e27.
<https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Oosterhoff, B., Palmer, C., Wilson, J., & Shook, N. (2020). Adolescents' motivations to engage in social distancing during the COVID-19 pandemic: Associations with mental and social health. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 179-185.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.004>
- Pourhassan, A., Elmi, M., & Ebrahimipoor, D. (2022). Sociological analysis of the relationship between perceived social support and social health of war veterans in East Azerbaijan Province. *Sociological Studies*, 11(2), 97-119. [In Persian].
<https://doi.org/10.30495/jss.2023.1967227.1493>
- Rahmani, R., & Iman, M. T. (2023). Intertwining trust and its impact on social health (A case study of high school students in Jahrom city). *Sociology of Social Institutions*, 10(22), 183-214. [In Persian].
<https://doi.org/10.22080/ssi.2023.26156.2135>
- Raouf, F., Moatamedi, M., & Pourahmad, A. A. (2023). The impact of citizen participation on the promotion of social health in urban areas (Case study: Shirvan city). *Applied Research in Geographical Sciences*, 23(71), 463-479. [In Persian].
<https://doi.org/10.61186/jgs.23.71.463>
- Rona, E., Agushyban, F., & Winarni, S. (2023). Social mobility during the COVID-19 pandemic with the social health determinant approach: A literature review. *Journal of Applied Social Science*, 1(1), 56-72.
<https://so12.tci-thaijo.org/index.php/jass/article/view/191>
- Rostegar, K., & Seidan, F. (2015). Measuring the relationship between citizenship culture and the social health of Tehran citizens. *National Studies*, 16(5), 85-107. [In Persian].
<https://ensani.ir/file/download/article/1646645373-10516-1400-189.pdf>
- Russell, R. D. (1975). Social health: An attempt to clarify this dimension of well-being. *International Journal of Health Education*, 16, 74-82.
<https://doi.org/10.1007/s10597-010-9347-8>
- Salehi, M., Aljhlani, A., & Al-Maliki, H. (2023). The effect of auditor's psychological characteristics on cultural values and social health. *Emerald Insight*, 46(4), 2040-8269.

<https://doi.org/10.1108/MRR-06-2021-0483>

Samaram, E. (2009). The relationship between social health and social security with an emphasis on the community police approach. *Social Security Research*, 1(1), 9-29. [In Persian].

<https://sid.ir/paper/187422/fa>

Switzer, G. E., et al. (1999). *Issues in mental health assessment*. In C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 81-104). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-4276-5_7

Vosoughi, M., Mahdavi, S. M. S., & Rahmani Khalili, E. (2014). The collective impact of social capital, social cheerfulness, and social support on

social health. *Iranian Journal of Social Problems*, 4(2), 235-263. [In Persian].

<https://doi.org/10.22059/ijsp.2013.52144>

Wissing, T. F., & Fouri, A. (2000). Spirituality as a component of psychological well-being. *27th International Congress of Psychology*, 45(3), 23-28.

https://www.researchgate.net/publication/235258956_Spirituality_as_a_component_of_psychological_well-being

Yelland, J., Sutherland, G., & Brown, S. (2010). Postpartum anxiety, depression, and social health: Findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*, 76(10), 1-10.

<https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-10-771>