Iran Occupational Health

Original Article
http://ioh.iums.ac.ir

Iran Occupational Health. 2020 (25 Jul);17:21.

Investigating social health of bakers and the related factors in Isfahan, Iran

Seyed Haashem Abutoraabi, MSc of Social Welfare, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Mostafa Amini Rarani, PhD in Health Policy, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Mehdi Nosratabadi, (*Corresponding author) Assistant Professor of Social Health and Welfare, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. nosrat.welfare@gmail.com
Maryam Mirlohi, Associate Professor of Nutritional Sciences, School of Nutrition and Food Sciences, Food Security Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background and aims: Characteristics of any job and its socio-economic outcomes are related to the social health of the working population. Social health attempts to identify the mutual effects of social interaction on the individuals' well-being. An individual's positive or negative willingness to the society-benefiting environmental subjects with high sensitivity, care, and intelligence along with the ability to understand the others, share their experiences and emotions, and actively participate in the social processes falls in the field of social health. In a society where the conditions are becoming healthier, an individual with social well-being is expected to adaptively see the conditions improving, accepting his society with all its positive and negative aspects and attempting to help the society's improvement. In addition to its importance in terms of the individual and occupational health and interaction with the coworkers and other society members, social health is important in terms of the public health. If a baker does not have a proper social well-being, not caring about his society, the bread health of a majority of the population may negatively change, leading to low quality bread. Thus, the current study aimed to investigate the social health of the bakers and the related variables in Isfahan, Iran.

Methods: This study was cross sectional-analytical and was conducted in 2017. The statistical population consisted of 469 bakers working in 171 traditional bakeries in Isfahan, who were selected out of 633 qualified bakeries by stratified sampling method in proportion to the size according to Cochran formula with the confidence level of 95% and error level of 0.07. The data were collected by the Adult Social Health Questionnaire (validated by Rafiey et al.) and Demographic Information Questionnaire. Each individual's score were derived from 29 questions in the social health questionnaire with the components of social interaction, social responsibility, conscientiousness, attitude to society, empathy, family relationship, and social participation. In addition to the overall score, each component was scored. The social health was classified into five groups: very weak, weak, medium, good, very good, with their relationships with the demographic variables and each individual's perceived social-economic status being assessed. The data were analyzed by Spearman correlation test and non-parametric covariance in SPSS 20.

Results: Three individuals worked in most of the studied bakeries. The mean age was 39.9 (±11.83). Those who worked in the bakeries had the work experience of 1 to 65 years with the average of 18.3 years (±12.31). Half of them had lower than 16.5 years of experience. However, 17% of the bakers had higher than 30 years of experience. Their social health scores were 18 to 40 (The minimum and maximum scores possible in the social health questionnaire were 10 and 145, respectively). Among the bakers, 3%, 36%, 27%, 26%, and 7% fall in very weak, weak, medium, good, and very good classes, respectively. 95.7% of the bakers viewed their socio-economic status to be in the 5th of 10 grades or lower in the society. Most of them (79.7%) evaluated their income to be low. These bakers' social health had positive and direct relationship with their work experience ($p \leq 0.05$), such that an increase in each of the two variables by one unit increased the other by 0.304 and 0.316, respectively. The married individuals' mean social health score were approximately higher than that of the unmarried ones by 9.7. Moreover, the social health of those with medium income was higher than that of the individuals with income by 6.22 ($p=0.34$).

Conclusion: The social health status was weak to medium among the traditional bakers in Isfahan. This seems to be resulted from the limited number of the bakers, alternating working

Keywords
Social Health,
Healthy workplace,
Socio-economic Status

Received: 27/10/2018
Published: 25/07/2020

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

time (early morning and late night), and reduced productive social interactions of them. The bakers probably do not have proper responsibility for their role in the society and are weak at understanding the others. These individuals might not have appropriate relationships with their families and relatives, not participating in the society improving programs. They also might not find themselves having a share in the society, being separated from it. These individuals have a relatively low subjective assessment of their socio-economic status. The mentioned bakers must be improved in the components of social interaction, empathy, conscientiousness, and attitude to society. Interventions are required, such as redesigning the workplace to increase the interactions between the bakers and people while observing the food hygiene. Moreover, programs have to be implemented to enhance the bakers' social activities. The improvement of their business environment through socio-political pursuance to increase their income and reduce punishments of the governmental organizations probably enhances the bakers' social health.

Conflicts of interest: None
Funding: None

How to cite this article:

Abutoraabi SH, Amini Rarani M, Nosratabadi M, Mirlohi M. Investigating social health of bakers and the related factors in Isfahan, Iran. Iran Occupational Health. 2020 (25 Jul);17:21.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

سلامت کار ایران
دوره ۱۷ – ۲۱/۱۳۹۹
مقاله پژوهشی
http://ioh.iums.ac.ir

بررسی اپیدمیولوژیک وضعیت سلامت اجتماعی نانوایان شهر اصفهان و عوامل مرتبط با آن

سیدهاشم ابوترابی: کارشناس مهندسی بهداشت حرفه‌ای و کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، **ایران**
مصطفی امینی رارانی: دکتری سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
مهدی نصرت آبادی: (* نویسنده مسئول) استادیار سلامت و رفاه اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
nosrat.welfare@gmail.com
مریم میرلوحی: دانشیار علوم تغذیه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، مرکز تحقیقات امنیت غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خصوصیات هر شغل و پیامدهای اقتصادی–اجتماعی آن در ارتباط با سلامت اجتماعی شاغلین است. سلامت‌اجتماعی در پی شناسایی تاثیر متقابل نحوه‌ی کنش اجتماعی بر بهزیستی افراد می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت‌اجتماعی نانوایان و متغیرهای مرتبط با آن صورت گرفته است. سلامت اجتماعی نانوا علاوه بر اینکه از جنبه سلامت فردی و شغلی و نوع تعامل با همکاران و سایر اقشار جامعه حائز اهمیت است، از نقطه نظر بهداشت عمومی نیز شایان توجه می باشد به گونه ای که اگر فرد نانوا از بهزیستی اجتماعی مناسبی برخوردار نبوده و برای اجتماعش اهمیت قائل نشود ممکن است سلامت نان بخش اعظمی از مردم دستخوش تغییر شده و نان تولیدی از کیفیت لازم برخوردار نباشد.

روش بررسی: این مطالعه یک بررسی مقطعی–تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۶ انجام پذیرفت. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۶۹ نفر نانوای شاغل در نانوایی‌های سنتی شهر اصفهان بود که با روش نمونه‌گیری طبقه ای از مناطق پانزده‌گانه شهرداری اصفهان انتخاب گردیدند. داده‌های پژوهش به وسیله‌ی پرسشنامه سلامت اجتماعی بزرگسالان با مولفه‌های تعامل اجتماعی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، وظیفه‌شناسی، نگرش به جامعه، همدلی، روابط خانوادگی و مشارکت اجتماعی؛ و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک گردآوری شد، و با نرم افزار SPSS نسخه۲۰ طی آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و آنالیز کوواریانس ناپارامتری، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی نانوایان مورد بررسی ۳۹/۹ سال (±۱۱/۸۲) و دامنه سابقه کار آنان بین یک تا ۶۵ سال با میانگین ۱۸/۳ (±۱۲/۳۱) بود. بازه‌ی نمره‌ی سلامت اجتماعی آن ها بین ۱۸ تا ۱۴۰ بود. حدود ۳درصد از آنان وضعیت سلامت‌اجتماعی خیلی ضعیف، ۳۶٪ ضعیف، ۲۷درصد متوسط، ۲۶٪ خوب و ۷درصد خیلی خوب داشتند. سلامت اجتماعی این نانوایان با سن و سابقه کار آنان رابطه‌ای مثبت و مستقیم داشت ($p\leq۰/۰۵$). میانگین نمره سلامت اجتماعی افراد متأهل بطور متوسط در حدود ۹/۷ واحد بیشتر از افراد مجرد بود. همچنین سلامت‌اجتماعی افراد با وضعیت درآمد متوسط نیز در مقایسه با درآمد پایین به اندازه ۶/۲۲ واحد بالاتر بود ($p=۰/۰۳۴$).

نتیجه‌گیری: وضعیت سلامت اجتماعی نانوایان سنتی شهر اصفهان ضعیف رو به متوسط بود. به نظر می رسد این به دلیل معدود بودن تعداد کارکنان نانوایی ها و نیز زمان کاری متناوب و منتشر بین ساعات اولیه صبح تا پاسی از شب، و کاهش تعاملات سازنده اجتماعی آنان است. احتمالا نانوایان در قبال نقشی که در جامعه بر عهده دارند مسئولیت پذیری درخوری نداشته و توان درک سایرین و همدلی با دیگران در آن ها دچار ضعف است. ممکن است این افراد با خانواده و خویشاوندان خویش ارتباط صحیحی برقرار نکنند و در برنامه ها و فعالیت های بهبود دهنده اجتماع مشارکت نداشته باشند و خود را سهیم در جامعه ندانسته و دچار گسست از جامعه شوند. این افراد ارزیابی ذهنی نسبتا پایینی از وضعیت اجتماعی اقتصادی خود دارند. نانوایان یاد شده باید در مولفه های تعامل اجتماعی، همدلی، وظیفه شناسی و نحوه ی نگرش به جامعه تقویت شوند. لازم است مداخلاتی چون بازطراحی محیط کاری به نحوی که سطح تعامل نانوایان و مردم را همزمان با رعایت بهداشت مواد غذایی افزایش دهد و اجرای برنامه های افزایش دهنده ی فعالیت های اجتماعی نانوایان انجام شود. به علاوه بهبود فضای کسب و کار آنان از طریق پیگیری‌های سیاسی–اجتماعی جهت افزایش درآمد ایشان و کاهش اقدامات تعزیری–تنبیهی ارگان‌های دولتی، احتمالا باعث ارتقا سطح بهزیستی اجتماعی نانواها خواهد شد.

تعارض منافع: *گزارش نشده است.*
منبع حمایت کننده: *حامی مالی نداشته است.*

کلیدواژه‌ها
سلامت اجتماعی،
سلامت محیط کار،
پایگاه اقتصادی اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۸/۰۵
تاریخ چاپ: ۹۹/۰۵/۲۵

شیوه استناد به این مقاله:
Abutoraabi SH, Amini Rarani M, Nosratabadi M, Mirlohi M. Investigating social health of bakers and the related factors in Isfahan, Iran. Iran Occupational Health. 2020 (25 Jul);17:21.

***انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است**

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

مقدمه

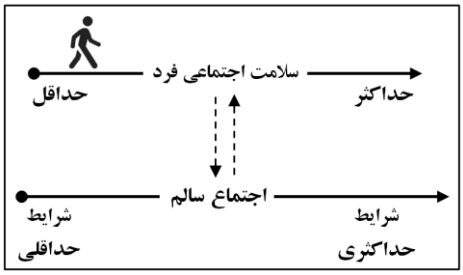
سلامتی بر اساس تعریف سال ۱۹۴۸ سازمان سلامت جهانی (WHO) دارای سه بُعد جسمی، ذهنی و اجتماعی است (۱). این تعریف علاوه بر عام بودن به طور خاص در مورد جمعیت شاغل نیز صادق است. تاکنون بعد سلامت جسمی و روانی شاغلان بسیار مورد توجه بوده است؛ اما بعد اجتماعی سلامت معطوف به پیچیده‌تر شدن فرآیندهای اجتماعی جوامع انسانی مطرح شده است تا در کنار توجه به پایه‌های جسمی و روانی سلامت بتواند شرایط بهینه ی زیستِ اجتماعی را معرفی و زمینه‌سازی کند (۲)؛ لذا به نظر می‌رسد توجه بیشتر متولیان سلامت شغلی را می‌طلبد.

منظور از سلامت اجتماعی جنبه‌ای از سلامت فرد است که با مضمون «ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به عنوان عضوی از آنهاست تعریف شده است (۳)». سلامت اجتماعی دارای هفت مولفه‌ی تعامل اجتماعی[1]، مسئولیت‌پذیری اجتماعی[2]، وظیفه شناسی[3]، نگرش به جامعه[4]، همدلی[5]، روابط خانوادگی[6] و مشارکت اجتماعی[7] است که این گونه تعریف می‌شوند: تعامل اجتماعی بازتاب دهنده اطلاعاتی در مورد فرآیندی است که در آن ما نسبت به آن‌هایی که اطرافمان هستند کنش و واکنش داریم (۴). مسئولیت‌پذیری اجتماعی بر چارچوب اخلاقی که هر فرد باید با حساسیت نسبت به موضوعات محیطی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی که به نفع جامعه است رفتار کند و متمرکز باشد تاکید دارد. وظیفه شناسی به جنبه ای از شخصیت فرد اشاره می‌کند که نسبت به جامعه خیلی دقیق، مراقب و هوشیار است. نگرش به جامعه به تمایل یا گرایش به پاسخ مثبت یا منفی نسبت به یک جامعه یا اجتماع اطلاق می شود. همدلی مربوط به احساسی است که فرد می تواند درک کند و در تجارب و عواطف افراد دیگر مشترک شود. روابط خانوادگی به کمیت و کیفیت ارتباطات خانوادگی با یکدیگر اشاره دارد. مشارکت اجتماعی به میزان درجه مداخلات فرد در جامعه یا اجتماع اشاره دارد (۴).

بعد اجتماعی سلامت سعی در شناسایی تاثیر متقابل نحوه‌ی کنش اجتماعی بر بهزیستی افراد دارد. این بعد از سلامت، هم مبتنی بر بنیان‌های جامعه‌شناختی است و هم بر پایه‌ی نظریات روانشناسی. اگر جامعه‌ای دچار آنومی و ازهم‌گسیختگی هنجاری شود و افراد بدون راهنمای اخلاقی به حال خودشان واگذار شوند فرد دچار نابسامانی شده؛ و ممکن است به فعالیت‌های مخرب و ناامیدکننده متوسل شود (به نقل از: (۵)). وقتی بیگانگی فرهنگی رخ می‌دهد فرد نمی تواند بین رفتار خود و پاداش دریافت شده از جامعه ارتباط برقرار کند و احتمال کنش ناسازگارانه در قبال جامعه در وی افزایش می یابد. زمانی که بیگانگی و انزوای اجتماعی نمایان شود فرد احساس می کند که جامعه ارزش های وی و سبک زندگی او را منعکس نمی کند و فرد دچار انفکاک فکری از استانداردهای فرهنگی جامعه می‌شود. (به نقل از (۶)). هنگامی که از خودبیگانگی بروز می‌کند، فرد فارغ از کار، محصول کار و نتایج آن است؛ فرد در آن هنگام، «خودش» نیست. اما اگر حس آگاهی مشترک و پیگیری سرنوشت جمعی وجود داشته باشد کار و فعالیت سالم و خلاق رخ می‌دهد و فرد قدرت کنش برنامه ریزی شده را دارد (۷, ۸). به طور همتا برای «پذیرش خود» که فرد، خوب و بدِ خود را می‌پذیرد (۹) و پس از پذیرش آن، شروع به پیشرفت و کاهش کاستی‌های خود می‌کند (۱۰)؛ در صورتی که پذیرش اجتماعی در فرد محقق شود وی جامعه ی خود را با تمام نقاط قوت و ضعف آن پذیرفته و دست به تلاش برای بهبود آن می‌زند (۲). مطابق با موضوع خودکارآمدی در روانشناسی، فردی که خود را سهیم در جامعه می‌داند بر این باور است که ارزشمندی هایی را برای ارائه به جامعه داراست و چون بر این باور است که عضوی مهم از اجتماع است در جامعه مشارکت می‌کند (۲). افرادی که جامعه را منسجم درک می کنند همان‌گونه که در نظریه آنتونوسکی افرادِ دارای انسجام روانی زندگی شخصی خود را دارای انسجام و معنی‌دار می بینند (۱۱، ۱۲) جامعه را هم قابل تشخیص و قابل پیش‌بینی می‌نگرند و آماده رویارویی با موانع و موقعیت‌های آسیب رسان و رفع آنها به نحوی سالم

[1] Social interaction
[2] Social responsibility
[3] Conscientiousness
[4] Attitude to society
[5] Empathy
[6] Family relationship
[7] Social participation

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]



شکل ۱- ارتباط سلامت اجتماعی فرد با شرایط اجتماعی

هستند (۲). در نهایت افراد در ارتباط با همدیگر از طریق هنجارها که علاقه‌ی آن ها را به جامعه نشان می‌دهد رفتاری سالم از خود بروز می دهند؛ و به میزان مطابقت با طیف مثبت ویژگی‌های یادشده، از بهزیستی اجتماعی بالاتری برخوردار می گردند. همان گونه که مشخص شد سلامت اجتماعی فرد با عوامل اجتماعی و شرایط جامعه مرتبط است به طوری که همانند شکل ۱ سلامت اجتماعی فرد در ارتباط با شرایط اجتماعی، تغییرپذیر است.

با توجه به این توضیحات در مورد شغل نانوایی باید گفت که شاغلان آن در عین این که در بطن جامعه حضور دارند اما به نحوی از جامعه جدا هستند و ارتباط زیادی با جامعه ندارند و از طرفی تعداد کارکنان شان معدود است و به دلیل ساعات کاری متناوب و منتشر بین ساعات اولیه صبح تا پاسی از شب، به نظر می‌رسد بیشترِ سطوح ارتباطی و تعاملی نانوایان به همکارانشان در همان نانوایی محدود می شود. ساعات کاری نانوایی‌ها طوری است که مجبورند اوقاتی از روز که قابلیت تعامل با جامعه را دارد جدای از اجتماع در محل کار خود حاضر باشند. ساعت های کاری که عموما در ظاهر ۸ ساعت است اما اگر وظیفه ی آماده کردن خمیر و تنور و دستگاه‌ها در نظر گرفته شود زمانی فراتر از آن می‌شود و از میان آن‌ها فقط کسی که وظیفه ارائه نان به مشتری را بر عهده دارد ارتباطاتی گذرا با مشتری دارد. از نگاه دیگر تقریبا کار همه‌ی آنان تکراری است. این در حالی است که نانوایی‌های سنتی رو به سمتی حرکت می‌کنند که استفاده از دستگاه های مکانیزه در آن ها بیشتر می‌شود و این علاوه بر کاهش تعداد کارکنان هر نانوایی باعث ایجاد فاصله‌ی مکانی بیشتر کارکنان از یکدیگر می‌گردد به گونه‌ای که در برخی از انواع تنورهای مکانیزه دیده می شود تنها دو نفر نانوا در هر نانوایی مشغولند که یکی در پشت دستگاه و دیگری در محل ارتباط با مشتری وظیفه خود را انجام می‌دهد.

سلامت اجتماعی نانوا از دو جنبه اهمیت دارد یکی از نظر سلامت فردی که خود ناشی از شرایط کاری و زمینه‌هایی است که محیط اجتماعی کار برای او به وجود آورده است و نوع تعاملی که با همکارانش و سایر اقشار جامعه برای او رقم زده و از نظر دیگر تاثیری است که بر سلامت سایر مردم دارد. می‌دانیم که در ایران بخش قابل توجهی از غذای اقشار مختلف جامعه را نان تشکیل می‌دهد (۱۳)، حال اگر سلامت نان دچار تغییر شود سلامت بخش اعظمی از مردم دستخوش تغییر خواهد شد و اگر فرد نانوا از بهزیستی اجتماعی مناسبی برخوردار نباشد و برای اجتماعش اهمیت قائل نشود ممکن است نانی که برای آن ها تهیه می کند نیز تحت تاثیر شرایط او قرار گرفته و سلامت و کیفیت لازم را نداشته باشد. از طرفی مطالعات نشان داده است که سالم سازی فرآیند و بهبود مسئولیت پذیری اجتماعی صاحبان حرفه نانوایی با انجام مداخلات مشارکت اجتماعی امکانپذیر خواهد بود (۱۴). از نظر دیگر و به لحاظ جهانی نیز تاکید بر آن است که برای بررسی کیفیت زندگی افراد باید معیارهای اجتماعی و نحوه ی عملکرد افراد در جامعه هم مورد توجه قرار گیرد (۱۵). این موارد لزوم توجه به بعد اجتماعی سلامت این قشر از جامعه را بیشتر روشن می سازد.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر از نوع تحلیلی مشاهده ای، و از نظر زمانی مقطعی است.

داده‌های این پژوهش از نانوایان شاغل در نانوایی‌های سنتی تافتون شهر اصفهان که از آرد با نرخ دولتی استفاده می‌کردند طی مهرماه تا اسفندماه ۱۳۹۶ گردآوری شده است.

نمونه مقتضی با استفاده از لیست نانوایی های اخذ شده از اتحادیه نانوایان و شرکت آرد و غله اصفهان انتخاب گردید. بر اساس فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای ۰/۰۷حداقل ۱۵۱ نانوایی نمونه لازم بود که در نهایت از ۶۶۳ نانوایی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند تعداد ۱۷۱ نانوایی نمونه گیری شد که ۴۶۹ نفر در این نانوایی ها به

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

پرسشنامه این پژوهش پاسخ دادند. از نظر جغرافیایی ۴۴ نانوایی از شمال، ۲۸ مورد از جنوب، ۴۵ تا از مرکز، ۴۰ نانوایی از شرق و ۱۴ مورد نیز از غرب اصفهان مورد بررسی قرار گرفتند.

نمونه مورد نظر با استفاده از نمونه گیری طبقه ای متناسب با حجم انتخاب شد. ابتدا محل هر یک از نانوایی‌ها بر اساس مناطق پانزده گانه شهرداری اصفهان با استفاده از کد پستی آنها و نیز با تماس تلفنی در مورد نانوایی هایی که کدپستی‌شان مشخص نبود تعیین گردید. سپس با استفاده از لیست شماره‌گذاری شده‌ی نانوایی ها به روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک نمونه لازم از درون هر طبقه انتخاب گردید. داده‌ها به وسیله ی پرسشنامه سلامت اجتماعی بزرگسالان که توسط رفیعی و همکاران در سال ۱۳۹۴ در جمعیت بزرگسال تهران روا و پایا شده است (۴) و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک گردآوری شد.

نمره سلامت اجتماعی هر فرد بر اساس پرسشنامه ۲۹ سوالی در دو بخش و متشکل از هفت مولفه تعامل اجتماعی (۹ سوال)، مسئولیت‌پذیری اجتماعی (۳ سوال)، وظیفه شناسی (۵ سوال)، نگرش به جامعه (۳ سوال)، همدلی (۵ سوال)، روابط خانوادگی (۲ سوال) و مشارکت اجتماعی (۲ سوال) به دست آمد. برای محاسبه نمرات در بخش اول که سوالات دارای گزینه‌های خانواده درجه یک- خویشاوندان و اقوام- همسایگان و همکاران- دوستان- دیگران- و هیچکدام بود؛ و پاسخگو می‌توانست برای هر سوال چند گزینه را با هم انتخاب کند، اگر وی گزینه هیچکدام را انتخاب کرده بود، نمره صفر به وی تعلق گرفت و در غیر این صورت به تعداد گزینه‌هایی که انتخاب کرده بود به وی نمره داده شد. برای محاسبه بخش دوم برای تمامی سوالات از طیف لیکرت ۵ سطحی با گزینه های کاملا موافقم تا کاملا مخالفم استفاده شد. نمره‌ی تمامی سوالات بخش دوم به جز سه سوال، به ترتیب پاسخ‌ها از ۵ تا یک بود. یعنی در صورت انتخاب گزینه کاملاً موافقم توسط فرد، نمره ۵؛ در صورت انتخاب موافقم، نمره ۴؛ در صورت انتخاب نظری ندارم، نمره ۳؛ در صورت انتخاب مخالفم، نمره ۲؛ و در صورت انتخاب گزینه‌ی کاملاً مخالفم توسط فرد، نمره ۱ به او تعلق گرفت. اما برای سه سوال که دارای پاسخ معکوس (مفهوم منفی) بود نمره‌گذاری آن‌ها معکوس اعمال شد؛ یعنی در صورت انتخاب گزینه کاملاً موافقم توسط فرد، نمره ۱؛ و ... و در صورت انتخاب گزینه‌ی کاملاً مخالفم توسط وی، نمره ۵ به او تعلق گرفت. پس از آن نمره ی تمام سوالات با هم جمع شد و به عنوان نمره ی کلی سلامت اجتماعی نانوا در نظر گرفته شد و در ۵ گروه خیلی ضعیف (۴۳-۱۸)، ضعیف (۶۸-۴۳)، متوسط (۹۳-۶۸)، خوب (۱۱۸-۹۳) و خیلی خوب (۱۴۳-۱۱۸) دسته بندی شد. نمره‌ی تک‌تک مولفه‌ها هم بر اساس نمره‌ی سوالات مربوط به آن‌ها مشخص شد.

در مورد وضعیت اقتصادی-اجتماعیِ درک شده از سوالی که در پژوهشی مربوط به ارتباط پایگاه اقتصادی-اجتماعی عینی و ذهنی با عملکرد روانی و فیزیکی فرد به کار رفته بود استفاده شد (۱۶).

داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ و با استفاده از آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و آنالیز کوواریانس ناپارامتری (Quade test)، تجزیه و تحلیل شد.

معیارهای ورود عبارت بودند از نوع پخت نانوایی، که بر اساس اطلاع دریافت شده از اتحادیه صنف نانوایان شهر اصفهان بیشترین فراوانی در این شهر مربوط به نوع «تافتون ماشینی» بود. معیار خروج نمونه از پژوهش نیز عدم تمایل نانوا جهت تکمیل پرسشنامه بود.

این پژوهش با کد اخلاق IR.MUI.REC.1396.3.321 در کمیته ی اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان ثبت شد. در این مطالعه تمام پرسشنامه‌ها با کدگذاری مشخص شد. تعلق پرسشنامه فردی، حتی برای پژوهشگران هم نامشخص بود.

احترام به افراد و اختیار آنان در تکمیل پرسشنامه در تمام مراحل مد نظر بود.

یافته‌ها

در بیشتر نانوایی ها ۳ نفر به پرسشنامه پاسخ دادند. (۴۸ درصد) پس از آن نانوایی‌های ۲ نفره با ۲۹/۸ درصد، ۴ نفره با ۱۴/۶ درصد، یک نفره با ۶/۴ درصد و نهایتا ۵ نفره با ۱/۲درصد، پاسخ دهندگان به پرسشنامه را تشکیل دادند. این نانوایان سِنی بین ۱۶ تا ۷۸ سال داشتند و میانه و میانگین سنی آنان ۳۹/۹۹ سال (انحراف معیار: ۱۱/۸۲) و بیشترین تکرار سن شان ۴۰ سال بود. البته دو سوم افراد سنی کمتر از ۴۸ سال

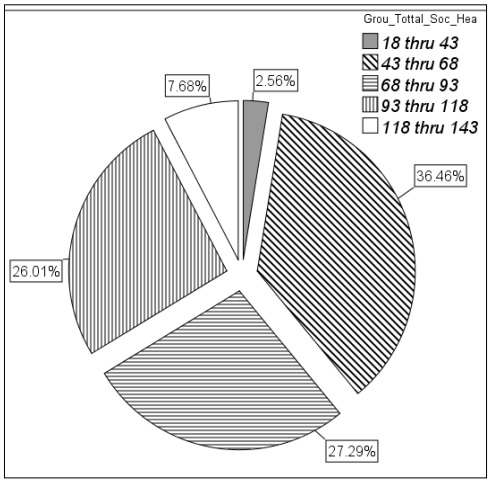
[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

داشتند. نیمی از افرادی که در این نانوایی‌ها شاغل بودند سابقه کاری کمتر از ۱۶/۵ سال را دارا بودند. با این حال ۱۷ درصد نانوایان سابقه نانوایی بیش از ۳۰ سال داشتند. در این میان بیشترین سابقه مربوط به شخصی با ۶۵ سال تجربه نانوایی بود. ۳۰/۱۴ درصد از این افراد ۵ سال و کمتر تحصیل کرده بودند؛ آنهایی که تحصیلات بین ۶ تا ۸ سال داشتند ۲۷/۸۰ درصد و نانوایانی که تحصیلات دبیرستان داشتند (۹ تا ۱۲ سال) ۳۳/۱۸ درصد نمونه مورد بررسی را تشکیل دادند. البته ۷/۹۴ درصدشان ۱۳ تا ۱۶ سال و ۰/۹۳درصد از آنها ۱۷ سال و بیشتر آموزش تحصیلی دیده بودند. اکثر نانوایان (۷۷/۴ درصد) متاهل و ۲۰/۷ درصد آنان مجرد بودند.

طی سوالی از نانوایان خواسته شد تا وضعیت درآمد خود را در یکی از گروه های بالا، متوسط یا پایین قرار دهند، که تنها ۱/۱ درصد از افراد میزان درآمد خود را بالا می دانستند، ۱۷/۹درصد متوسط و اغلب افراد (۷۹/۷ درصد) درآمدشان را پایین ارزیابی کردند.

به منظور بررسی درک نانوایان از پایگاه اجتماعی-اقتصادی شان در جامعه از آنان سوال شد ارزیابی خود از جایگاهشان در پله های اقتصادی-اجتماعی جامعه را بین ۱ تا ۱۰ مشخص کنند؛ با فرض این که در پله یکم افرادی قرار دارند که وضعشان بد است، پائین‌ترین درآمد و تحصیلات را دارند و در بدترین مشاغل فعالیت می‌کنند یا بیکار هستند؛ و از طرفی در پله دهم افرادی هستند که وضعشان خوب است، بیشترین درآمد و بالاترین سطح تحصیلات را دارند و در بهترین مشاغل فعالیت می‌کنند؛ که نتیجاتا ۹۵/۷درصدشان پایگاه اقتصادی-اجتماعی خود را پله ۵ جامعه و پایین‌تر انتخاب کرده بودند و تنها ۴/۳٪ افراد وضعیت خود را بین پله ۶ تا ۱۰ جامعه می‌دانستند.

میانگین نمره سلامت اجتماعی افراد نانوا که حاصل ۷ مولفه آن بود ۷۹/۷۳ با انحراف معیار ۲۴/۶۵۴ شد. کمترین نمره ای که نانوایان از سلامت اجتماعی کسب کردند ۱۸ و بالاترین نمره ای که در این مورد در میان آنان مشاهده شد ۱۴۰ بود. لازم به ذکر است فرد می‌توانست از پرسشنامه سلامت اجتماعی نمره ای بین ۱۰ تا ۱۴۵ کسب کند. (با فرض این که به تمام سوالات پاسخ دهد). شکل ۲ وضعیت سلامت اجتماعی افراد مورد بررسی را نشان می دهد.



شکل ۲- توصیف نمره کلی سلامت اجتماعی افراد نانوا

جدول ۱- وضعیت نمره مولفه های سازنده سلامت اجتماعی نانوایان اصفهان

مولفه	میانگین	انحراف معیار	بازه نمره قابل کسب
تعامل اجتماعی	۱۸/۹۰	۹/۴۷۳	۰-۴۵
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	۱۲/۴۰	۲/۴۴۳	۳-۱۵
وظیفه‌شناسی	۱۳/۹۴	۷/۲۰۸	۰-۲۵
نگرش به جامعه	۷/۱۶	۲/۴۸۲	۳-۱۵
همدلی	۱۲/۲۵	۶/۳۷۷	۰-۲۵
روابط خانوادگی	۸/۱۳	۱/۷۵۹	۲-۱۰
مشارکت اجتماعی	۷/۷۱	۱/۸۰۱	۲-۱۰

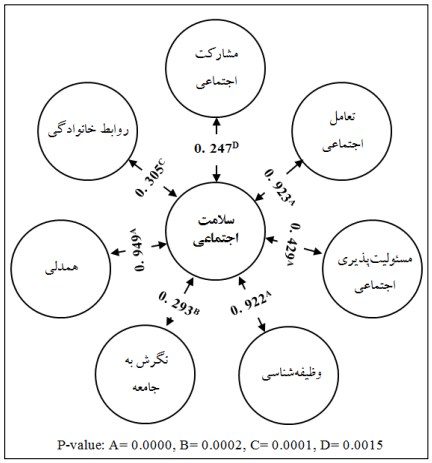
جدول ۱ وضعیت مولفه‌های سازنده‌ی سلامت اجتماعی آنان را نمایش می‌دهد.

بر اساس آزمون کلموگروف- اسمیرنوف نمره ی کلی سلامت اجتماعی و هیچ یک از مولفه های سازنده‌ی آن از توزیع نرمال پیروی نمی کرد. لذا به منظور بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی و ابعاد مختلف آن از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده گردید. نتایج این آزمون در شکل ۳ آورده شده است.

به جهت بررسی ارتباط بین سلامت اجتماعی با سن، سابقه کار، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت درآمد فرد از آزمون آنالیز کوواریانس ناپارامتری (Quade test) استفاده گردید.

جدول ۲ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد. با توجه به این جدول سن، سابقه کار، وضعیت تاهل و درآمد در ارتباط با سلامت اجتماعی بودند. به عنوان مثال در

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]



شکل ۳- ضرایب همبستگی اسپیرمن بین سلامت اجتماعی و مولفه‌های آن

مورد سن، به ازای یک واحد افزایش در سن بطور میانگین نمره سلامت اجتماعی ۰/۳۰۴ واحد افزایش می یابد.

در مورد وضعیت تأهل، وضعیت مجرد به عنوان رده‌ی مرجع در نظر گرفته شد. با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون، میانگین نمره سلامت اجتماعی افراد متأهل بطور متوسط در حدود ۹/۷ واحد بیشتر از افراد مجرد بود. در مورد سطح درآمد نیز، رده درآمد پایین به عنوان رده‌ی مرجع در نظر گرفته شد. و سایر رده‌ها با آن مقایسه شد. بنابراین همانطور که مشاهده می‌شود تنها بین رده‌ی متوسط و پایین درآمد به لحاظ نمره سلامت اجتماعی اختلاف معنادار مشاهده می شود (p=۰/۰۳۴). به این معنی که نمره سلامت اجتماعی افراد با درآمد متوسط حدودا ۶ واحد بیشتر از افراد با درآمد پایین می باشد. علت عدم معناداری درآمد بالا در مقایسه با درآمد پایین احتمالا به دلیل حجم نمونه‌ی کم در گروه درآمد بالا می‌باشد.

برای سنجش ارتباط دو متغیر سلامت اجتماعی و پایگاه اقتصادی–اجتماعیِ ذهنی از آزمون اسپیرمن استفاده شد. با توجه به جدول ۳ می‌توان گفت بین پایگاه اقتصادی اجتماعی درک شده‌ی نانوایان و سلامت اجتماعی ایشان و مولفه‌های آن رابطه‌ی آماری معناداری به استثنای مولفه‌ی نگرش به جامعه (p=۰/۰۰۰) وجود ندارد.

بحث

این پژوهش با هدف سنجش سلامت اجتماعی نانوایان شهر اصفهان و نیز عوامل دموگرافیک و اقتصادی–اجتماعی مرتبط با آن انجام شد؛ و نشان داد که سطح نمره سلامت اجتماعی اغلب نانوایان مورد بررسی در حد ضعیف است. از این نظر با توجه به شهری شدن جوامع امروزی و کاهش سطح شناخت افراد از یکدیگر (غریبه شدن از همدیگر) می‌توان گفت

جدول ۲- ارتباط بین سلامت اجتماعی با متغیرهای دموگرافیک نانوایان مورد مطالعه

متغیر		ضریب رگرسیون	انحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵٪		مقدار احتمال
				کران پایین	کران بالا	
سن		۰/۳۰۴	۰/۰۹۶	۰/۱۱۵	۰/۴۹۴	۰/۰۰۲
سابقه کار		۰/۳۱۶	۰/۰۹۴	۰/۱۳۲	۰/۵۰۰	۰/۰۰۱
تحصیلات		-۰/۴۹۹	۰/۳۸۱	-۱/۱۴۰	۰/۱۴۲	۰/۱۲۷
تأهل (مجرد)	متاهل	۹/۷۳	۲/۷۶	۴/۲۹	۱۵/۱۶	<۰/۰۰۱
درآمد (پایین)	بالا	-۲۰/۴۱	۱۰/۹۴	-۴۱/۹۲	۱/۱۰	۰/۰۶۳
	متوسط	۶/۲۲	۲/۹۳	۰/۴۵۷	۱۱/۹۹	۰/۰۳۴

جدول ۳- آزمون همبستگی اسپیرمن بین سلامت اجتماعی با پایگاه اقتصادی اجتماعیِ ذهنی

		سلامت اجتماعی	تعامل اجتماعی	مسئولیت‌پذیری اجتماعی	وظیفه شناسی	نگرش به جامعه	همدلی	روابط خانوادگی	مشارکت اجتماعی
پایگاه اقتصادی اجتماعیِ ذهنی	ضریب همبستگی	۰،۰۳۰	۰،۰۲۴	-۰،۰۳۴	-۰،۰۱۷	۰،۱۷۰	۰،۰۰۹	۰،۰۱۸	۰،۰۰۹
	مقدار احتمال	۰،۵۲۶	۰،۶۱۰	۰،۴۸۳	۰،۷۲۳	۰،۰۰۰	۰،۸۵۰	۰،۷۱۴	۰،۸۵۲

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

افراد محله برای نانوا آشنا محسوب نمی‌شوند که امکان ارتباطی غنی از عواطف یا حتی احساسات مشترک را فراهم سازند. در حالی که وضعیت سلامت اجتماعی عموم مردم شهر اصفهان بالاتر از حد میانگین ارزیابی شده است (۱۷) به نظر می‌رسد این نوع شغل و سطح ارتباطی-تعاملی آن با اجتماع باعث می‌شود فرد حالتی از انزوای اجتماعی پیدا نموده و گاهی خود را جدای از اجتماع احساس کند. در واقع پیوستگی فرد با جامعه کمرنگ شده و احساس همبستگی دستخوش تغییر شده است؛ این در حالی است که پیوستگی و همبستگی اجتماعی از پیامدهای مفید زندگی اجتماعی انسان است که می‌تواند در فرد حس تعلق به جامعه ایجاد کند؛ و یکپارچگی فرد با اجتماع را به همراه آورد، البته جامعه ای که فرد نسبت به کنترل شرایط آن قادر بوده و توانایی تغییر شرایط در مسیر رسیدن به اهدافش را داشته باشد.

سلامت اجتماعی ضعیف بدین معناست که احتمالا نانوایان امکان تعامل مناسب با جامعه و افراد پیرامون خود را ندارند؛ در قبال نقشی که در جامعه بر عهده دارند مسئولیت‌پذیری درخوری نداشته و توان درک سایرین و همدلی با دیگران در آن ها دچار ضعف است. ممکن است این افراد با خانواده و خویشاوندان خویش ارتباط صحیحی برقرار نکنند و در برنامه ها و فعالیت‌های بهبود دهنده اجتماع مشارکت نداشته باشند و خود را سهیم در جامعه ندانسته و دچار گسست از جامعه شوند.

این که گروهی از افراد جامعه در قالب یک شغل مشترک (نانوایی) چنین خصوصیات اجتماعی را طی این بررسی از خود نشان داده اند، سوالاتی را مطرح می‌کند از جمله این که آیا این ویژگی شغل نانوایی است که چنین افرادی را به خود جذب کرده یا فرآیندهای شغل نانوایی باعث چنین شرایطی شده است. شرایطی از قبیل این که آیا ساعات کاری نانوایی فرصت تعامل با اجتماع را از نانوایان سلب کرده است؟ آیا نوع روابط کاری، پایگاه اجتماعی این شغل، نوع نگاه جامعه به نانوایان، رفتار مردم و نهادهای دولتی و انتظارات از ایشان باعث نوع بازخورد نانوایان نسبت به جامعه شده است؟ آیا ویژگی های فردی مرتبط با اجتماع همچون تحصیلات، تاهل، وضعیت اقتصادی و ... منجر به این امر شده است؟ در این مورد ما به مطالعه روابط ویژگی های جمعیت‌شناختی نانوایان با سلامت اجتماعی شان پرداختیم و مشاهده کردیم که سلامت اجتماعی نانوایان با بالاتر رفتن سن شان افزایش می یابد؛ این می‌تواند به این دلیل باشد که فرد با بالا رفتن سنش شناخت بیشتری از جامعه و اطرافیان خود پیدا می کند و امکان تطابق و تعامل بیشتری با آنان می‌یابد. از طرفی افراد در سنین بالاتر نه تنها با پذیرش نقش‌های گوناگون که خود موجب احساس ارزشمندی در جامعه می شود احساسات مرتبط با جمع از قبیل مسئولیت پذیری و احساس تعهد بیشتری را در خود رشد می دهند بلکه چون می‌توانند در تعامل با نسل‌های بعدی خود قرار گیرند امکان الگو بودن را برای آنان پیدا می‌کنند و نیز نقش انتقال دهنده تجربیات به سایرین را نیز می‌پذیرند. همه‌ی این‌ها در کنار یکدیگر می‌تواند این انتظار که با افزایش سن، نوع رفتار اجتماعی و بهزیستی فرد رو به بهبود و ارتقا گذارد را تقویت کند. البته این موضوع را نباید در جمعیت های محتلف دارای هماهنگی خطی دانست زیرا به نسبتی که شرایط و تعاملاتی که یاد شد با نوسان همراه شود پیامدهای زیستِ اجتماعی فرد نیز متغیر می گردد. نتیجه بررسی حاضر در مورد سن و سلامت اجتماعی با مطالعات فتحی (درمورد معلمان مراغه)، فرزانه (سالمندان بابل)، قاضی‌نژاد (زنان دانشجوی دانشگاه الزهرا)، و مدیری (که پژوهشی فراتحلیلی در مورد بررسی های سلامت اجتماعی ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ انجام داده بود) همراستاست (۱۵, ۱۸-۲۰).

اما پژوهش‌هایی چون پژوهش عبداله‌تبار در مورد دانشجویان(۲۱)، خلیلی در میان سالمندان اصفهان (۲۲) مرادی در مورد کودکان کار (۲۳)، حیدرخانی بین زنان سرپرست خانوار روستایی (۲۴) و توحیدی در میان پرستاران همدان (۲۵)، رابطه ای معکوس یا عدم ارتباط بین این دو متغیر را گزارش کرده اند که ممکن است نوع انتظارات گروه هدف این پژوهش ها از جامعه با برخورد و واکنشی که از طرف جامعه دریافت کرده‌اند هماهنگی نداشته است؛ یا در مواردی جمعیت نمونه محدود بوده و متغیر سن در آن ها واریانس قابل توجهی نداشته است.

در این مورد پژوهشی در مورد کارکنان کارخانه ای در افریقای جنوبی انجام شده که نشان داده است (۲۶) در عین این که در حالت کلی رابطه‌ای بین سن و

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

سلامت اجتماعی مشاهده نمی‌شود اما با بالا رفتن سن و نزدیک شدن به بازنشستگی، این جمعیت سلامت اجتماعی کمتری نسبت به افراد جوان‌تر نشان می‌دهند؛ و این می‌توانسته است ناشی از پیامدهای روانی اجتماعی ورود به بازنشستگی و شرایط ویژه آن باشد. در این میان بررسی که سفیری در مورد جمعیت جوان تهران انجام داده بود ارتباطی مستقیم با سن در زنان را گزارش کرد و از طرف دیگر سلامت اجتماعی مردان را بدون رابطه با سن شان دانست (۲۷).

نیز مشاهده شد که سلامت اجتماعی با وضعیت تاهل رابطه‌ای مستقیم و مثبت دارد. به نظر می‌رسد، تاهل به فرد نوعی انسجام بخشیده و بر خلاف حالت مجردی افرادی را در حوزه‌ی بسیار نزدیک به فرد قرار می‌دهد که وی آنان را متعلق به خود و خود را از آن ها می داند. این می‌تواند در وی وظیفه‌شناسی، مسئولیت پذیری و نگرشی مثبت نسبت به سایرین ایجاد کند؛ از طرفی افراد مورد مطالعه همه مرد بودند و در خانواده‌ی ایرانی مرد بودن به منزله‌ی سرپرستی خانواده است که می‌تواند عاملی تقویتی برای برخورداری از فرصت های شکوفایی به افراد عطا کند که این نیز به نوبه خود سلامت اجتماعی را ارتقا می دهد. در این مورد پژوهش جوادی در مورد دانشجویان گیلان (۲۸) و بررسی زراع شاه‌آبادی در مورد معلمان یزد (۲۹) رابطه ای را نشان نداده است، اما بررسی افشانی در مورد ساکنان یزد (۳۰) همانند این پژوهش رابطه ای مستقیم و مثبت را در مورد رابطه ی تاهل و سلامت اجتماعی گزارش کرده است که توجه به بافت جمعیتی، مذهبی این شهر خود می‌تواند موید تفسیری باشد که در بالا ارائه شد. همچنین بررسی که سفیری در مورد جوانان تهران (۲۷) انجام داد وضعیت تاهل زنان را با سلامت اجتماعی آنان دارای رابطه ای منفی و مستقیم نشان داد و در مورد مردان رابطه ای گزارش نکرد.

از طرفی یافته ها نشان داد که میزان تحصیلات نانوایان با سلامت اجتماعی آن ها ارتباط معناداری ندارد اما به هر حال ضریب رگرسیون منفی بین این دو متغیر مشاهده شد. این عدم ارتباط، با مطالعه کیوانلو و همکاران در مورد کارکنان اداره آموزش و پروش سبزوار (۳۱) همراستاست و بر خلاف نتایج مطالعه ی عبداله تبار و سایرین در مورد دانشجویان (۲۱) است. اما بر خلاف تحصیلات، نتایج این بررسی نشان داد که سابقه کار رابطه‌ای مثبت و مستقیم با سلامت اجتماعی نانوایان دارد؛ به گونه ای که به ازای یک واحد افزایش سابقه کار (سال)، سلامت اجتماعی آنان حدود ۰/۳۱ واحد افزایش می یافت. این یافته با نتایج تحقیقات در مورد کارکنان ناجا و معلمان که بین سابقه کار و متغیر مذکور رابطه ای نیافته بودند متضاد است (۲۹, ۳۲, ۳۳)؛ و با یافته پژوهشی که بین کارکنان آموزش و پرورش سبزوار انجام شده است همراستا است (۳۱). این نشان می‌دهد که فضای کاری بیشتر از فضای آموزشی توانسته است برای نانوایان فرصت انطباق اجتماعی و هماهنگی با جامعه را فراهم سازد.

علاوه بر متغیرهای یاد شده، ارتباط پایگاه اقتصادی اجتماعی ذهنی فرد با سلامت اجتماعی اش ارزیابی شد. درک فرد از جایگاه اجتماعیش می تواند رفتارهای مرتبط با سلامت گوناگون را منجر شود (۱۶). این متغیر با مولفه‌ی نگرش به جامعه (از مولفه های سلامت اجتماعی) و نیز نمره ی کلی سلامت اجتماعی مرتبط بود. «نگرش به جامعه» اشاره دارد به نحوه‌ی گرایش موافق یا مخالف فرد نسبت به جامعه. این ارتباط مستقیم و مثبت به نوعی برخواسته از مفهوم این دو متغیر است. سلامت اجتماعی فرد در صورتی افزایش می یابد که جامعه را رو به پیشرفت و منعکس کننده ی ارزش های خود ببینید (۲).فرد نانوا مجبور است از ساعات ابتدایی روز وارد محیط کار شده و پس از استراحت‌های کوتاه بین نوبت‌های کاری در ساعات انتهایی روز از محیط کاری که رو به ارتقا اجتماعی نیست خارج شود. او میزان فعالیت خود را با سایر مشاغل در دسترس خویش مقایسه می کند و میزان پاداشی هم که از طرف جامعه دریافت می کند را در نظر می گیرد. نحوه‌ی حمایت جامعه در زمانی که دچار فرسودگی شده و زندگی وی دچار اختلال می شود را مد نظر قرار داده و نگرشی حمایت کننده یا طرد کننده نسبت به جامعه پیدا می کند و ممکن است این را با جایگاه اجتماعی شغلش مرتبط کند و بر اساس آن به جامعه واکنش نشان دهد.

همچنین خودارزیابی از وضعیت درآمد و سلامت اجتماعی نانوایان بررسی شد؛ و اختلاف سلامت اجتماعی افراد با درآمد متوسط با کسانی که درآمد پایین را انتخاب کرده بودند از لحاظ آماری به طور مثبت و مستقیم معنادار بود. سلامت اجتماعی بیش از

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

همه چیز متـاثر از وضـعیت اقتصـادی و اجتمـاعی فـرد است (۳۴). تغییرات پایگاه اقتصادی و بالطبع اجتمـاعی نحوه تعاملات، نوع نگرش، میـزان و نـوع مسـئولیت‌ها و نوع پاسخ‌های دریافتی از طرف جامعه را تغییر می‌دهـد که خود با تعریف سلامت اجتماعی سازگار است. نتیجـه رابطه‌سنجی با متغیر درآمد با مطالعه‌ی خلیلی در مـورد سـالمندان اصـفهان (۲۲) و بررسـی سـلامت اجتمـاعی کودکـان کـار تهـران کـه توسـط مـرادی (۲۳) و البتـه پـژوهش حیـدرخانی در مـورد زنـان سرپرسـت خـانوار روستایی کرمانشـاه (۲۴) همراستاسـت؛ امـا بـا بررسـی فرزانه در مورد سالمندان شهر بابـل(۱۹) کـه رابطـه ای معکـوس بـا درآمـد را گـزارش کـرده مغـایر اسـت، وی متغیرهای میانجی سن بازنشسـتگی را عامـل ایـن امـر گزارش نموده است.

نتیجه‌گیری

این بررسی نشان داد کـه سـلامت اجتمـاعی نانوایـان اصفهان که مرتبط با سن، سـابقه کـار، وضـیت تاهـل و میزان درآمد آنان است در وضعیت مطلوبی قرار نـدارد و این افراد باید در مولفه های تعامـل اجتمـاعی، همـدلی، وظیفه شناسی و نحوه ی نگرش به جامعه تقویت شوند.

لذا لازم است انجام مداخلاتی چون بازطراحی محـیط کاری نانوایی ها به نحوی کـه سـطح تعامـل کارکنـان و مردم در حین رعایت بهداشت مواد غذایی افزایش یابـد، و برنامه‌های افزایش دهنده‌ی فعالیت اجتماعی نانوایـان در دستور کار نهادهای مردمی و دولتی قرار گیرد.

برگزاری دوره‌های مهـارت‌هـای ارتبـاطی و از طرفـی بهبود فضای کسب و کار نانواهـا از طریـق پیگیری‌هـای سیاسی-اجتماعی جهت افزایش درآمد ایشان، و کـاهش فعالیت‌های تعزیری - تنبیهی ارگان‌های دولتـی نسـبت به آن‌ها احتمالا سطح سـلامت اجتمـاعی آنـان را ارتقـا خواهد داد.

References

1. Svalastog AL, Donev D, Jahren Kristoffersen N, Gajović S. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. Croatian Med J. 2017;58(6):431-5.
2. Keyes CLM. Social well-being. Soc Psychol Quart. 1998;61(2):121-40.
3. Sørensen T, Kleiner R, Ngo P, Sørensen A, Bøe N. From sociocultural disintegration to community connectedness dimensions of local community concepts and their effects on psychological health of its residents. Psychiatry J. 2013;2013:872146.
4. Rafiey H, Amini Rarani M, Alipour F, Morasae EK. Development and validation of the Iranian Social Health Questionnaire (IrSHQ). J Health Soc Sci. 2017;2(1):19-30.
5. Choi YH, Myung JK, Kim JD. The Effect of Employees' Perceptions of CSR Activities on Employee Deviance: The Mediating Role of Anomie. Sustainability. 2018;10(3):601.
6. Adhami J. Identifying Social Factors Affecting Social and Cultural Alienation among StudentsCase Study of Islamic Azad University, Sanandaj Branch. Soc Problems Iran. 2018;9(1):5-27. [Persian]
7. AbolhassanTanhaei H. Sociological Theories. Tehran: Bahman Borna Publication, Marandiz Publication 2015.
8. Coser LA. Masters of sociological thought: ideas in historical and social context. Tehran: Scientific Publication; 1993. [Persian]
9. Pennock SF, Alberts H, Heuvel Jvd, Smith C, Poole L, Ackerman C, et al. positive psychology program Hague, The Netherlands 2018 [Available from: https://positivepsychologyprogram.com/self-acceptance/#meaning-self-acceptance.
10. Sasson R. Success Consciousness 2004 [Available from: https://www.successconsciousness.com/self-acceptance.htm.
11. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med. 1993;36(6):725-33.
12. Eriksson M. The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al., editors. The Handbook of Salutogenesis. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 91-6.
13. Statistical-Center-of-Iran. The results of a survey of urban household income and expenditures in 2017. Tehran: Statistical Center of Iran. Office of the Head, Public Relations and: International Cooperation; 2017. p. 236. [Persian]
14. Ahmadi N, Taqdisi MH, Motavalian SA, Fazadkia M. Efficacy of a participatory intervention to remove the soda bread, From traditional bread processing in a city at 1387. Iran Occup Health J. 2009;6(1):37-43. [Persian]
15. Modiri f, Safiri k, Mansourian f. A Study on Social Health and its Effective Factors. Quart J Soc Develop (Previously Human Development). 2018;12(2):7-28. [Persian]
16. Prag P, Mills MC, Wittek R. Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison. Soc Sci Med. 2016;149:84-92.
17. Omidi M, Haghighatyan M, Hashemyanfar S. Social Well-being and its functions in urban areas(Case of study: metropolis of Esfahan). Urban Sociol Stud. 2017;7(24):157-88. [Persian]

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]

18. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors Contributing to Social Health among Teachers of Maraghe City. Soc Welfare. 2013;12(47):243-25. [Persian]
19. Farzaneh S, Alizadeh S. Study in Social Determinants on Social Health among Older People in Babol Town. Soc Cultur Develop Stud. 2013;2(1):197-73. [Persian]
20. Ghazinejad M, SangariSoleymani H. Relationship between job and social health of women. Women Develop Politics. 2016;14(3):288-73. [Persian]
21. Abdollah Tabar H, Kaldi A, Mohagheghi Kamal h, setare forouzan A, Salehi M. A Study of Social Well-being among Students. Soc Welfare. 2008;8(30):171-90. [Persian]
22. Khalili F, Saam S, SharifiRaad G, HoseynZaade A, Kaazemi M. The Relationship between Perceived Social Support and Social Health of Elderly. J Health Syst Res. 2011;7(6):1225-16. [Persian]
23. Moradi A, Sajjadi H, Mohagheykhmykal H, Merves D, Hosinating S, Ghahamedini G. A Study of Labor Children's Social Health Referring to Non-Govermental Organization in Support of Children's Rights in Tehran in 2014. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2015;14(11):988-77. [Persian]
24. Heidarkhani H, Haghighatian M, Ghanbari N, Parandin S. Analyzing the different aspects of social protection and social health of women heads of households in rural areas Kermanshah city. Soc Cultur Develop Stud. 2016;5(2):57-31. [Persian]
25. Tohidi S, Jamshidi F, Khalili Z, Alimohammadi N, Shayan A. Assessing the Relationship between Nursing Occupational Prestige and Social Health. Iran J Nurs Res. 2017;12(5):77-1. [Persian]
26. De Jager M, Coetzee S, Visser D. Dimensions of social well-being in a motor manufacturing organisation in South Africa. J Psychol Afr. 2008;18(1):57-64.
27. Mansorian F, Safiri K. An Explanation of the Relationship between Gender Identity and Social Health of Young Men and Women in Tehran. J Appl Sociol. 2014;25(1):70 - 51. [Persian]
28. Javadi N, Darvishpour A, Khalili M, Barari F. The survey of social wellbeing and related factors in students of Guilan Medical University in 2015. Res Med. 2017;40(4):197-203. [Persian]
29. Zare Shahabadi A, Kazemi S. Evaluating the Effective Factors on Social Health of Elementary Teachers in Yazd Zone 1. TolooeBehdasht. 2016;14(6):67 - 50. [Persian]
30. Afshani S, Rasulinejad S, Kavyani M, Samiei HR. The Investigation into the Relationship between Islamic Life Style and Social Health among People of Yazd City. Stud Islam Psychol. 2014;8(14):104 - 84. [Persian]
31. Kyvanlo F, Binesh M, Nehardani H. Investigating the Role of Social Health Components in the Education Department of Sabzevar, Iran. J Sabzevar Univ Med Sci. 2016;23(3):438-43. [Persian]
32. Bayaat B, Amaanyan A. Investigating the social health of NAJA employees (Case Study of Tehran Police). NAJA Hum Resourc. 2013;8(32):26-9. [Persian]
33. Saei M, Saei A, Saei H. Factors Influencing the Social Health of the Teachers. Soc Cultur Develop Stud. 2015;3(3):134-09. [Persian]
34. Vorone S, Vorobyov A, Negovan V. Are dimensions of psycho-social well-being different among Latvian and Romanian University students? In: Anitei M, Chraif M, Vasile C, editors. Psiworld 2011. Procedia Social and Behavioral Sciences. 33. Amsterdam: Elsevier Science Bv; 2012. p. 855-9.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-10-16]