



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

Seyed Haashem Abutorabi, 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

⑩ **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 socio-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

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**





بررسی اپیدمیولوژیک وضعیت سلامت اجتماعی نانویان 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

کلیدواژه‌ها

سلامت اجتماعی،
سلامت محیط کار،
پایگاه اقتصادی اجتماعی

زمینه و هدف: خصوصیات هر شغل و پیامدهای اقتصادی-اجتماعی آن در ارتباط با سلامت اجتماعی شاغلین است. سلامت اجتماعی در پی شناسایی تأثیر متقابل نحوه کنش اجتماعی بر بهزیستی افراد می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت اجتماعی نانویان 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 نانوی شاغل در نانویهای سنتی شهر اصفهان بود که با روش نمونه‌گیری طبقه ای از مناطق پانزده‌گانه شهرداری اصفهان انتخاب گردیدند. داده‌های پژوهش به وسیله 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 نسخه ۲۰ طی آزمون‌های همبستگی اسپیرمن و آنالیز کوواریانس ناپارامتری، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی نانویان 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 آن‌ها بین ۱۸ تا ۱۴۰ بود. حدود ۳ درصد از آنان وضعیت سلامت اجتماعی خیلی ضعیف، ۳۶٪ ضعیف، ۲۷ درصد متوسط، ۲۶٪ خوب و ۷ درصد خیلی خوب داشتند. سلامت اجتماعی این نانویان با سن و سابقه کار آنان رابطه‌ای مثبت و مستقیم داشت ($P \leq 0.05$). میانگین نمره سلامت اجتماعی افراد متأهل بطور متوسط در حدود ۹/۷ واحد بیشتر از افراد مجرد بود. همچنین سلامت اجتماعی افراد با وضعیت درآمد متوسط نیز در مقایسه با درآمد پایین به اندازه ۶/۲۲ واحد بالاتر بود ($P = 0.034$).

نتیجه‌گیری: وضعیت سلامت اجتماعی نانویان سنتی شهر اصفهان ضعیف رو به متوسط بود. به نظر می رسد این به دلیل محدود بودن تعداد کارکنان نانویایی‌ها و نیز زمان کاری متناوب و منتشر بین ساعات اولیه صبح تا پاسی از شب، و کاهش تعاملات سازنده اجتماعی آنان است. احتمالاً نانویان در قبال نقشی که در جامعه بر عهده دارند مسئولیت‌پذیری درخور نداشته و توان درک سایرین و همدلی با دیگران در آن‌ها دچار ضعف است. ممکن است این افراد با خانواده و خویشاوندان خویش ارتباط صحیحی برقرار نکنند و در برنامه‌ها و فعالیت‌های بهبود دهنده اجتماع مشارکت نداشته باشند و خود را سهیم در جامعه ندانسته و دچار گسست از جامعه شوند. این افراد ارزیابی ذهنی نسبتاً پایینی از وضعیت اجتماعی اقتصادی خود دارند. نانویان یاد شده باید در مولفه‌های تعامل اجتماعی، همدلی، وظیفه‌شناسی و نحوه‌ی نگرش به جامعه تقویت شوند. لازم است مداخلاتی چون بازطراحی محیط کاری به نحوی که سطح تعامل نانویان و مردم را همزمان با رعایت بهداشت مواد غذایی افزایش دهد و اجرای برنامه‌های افزایش دهنده‌ی فعالیت‌های اجتماعی نانویان انجام شود. به علاوه بهبود فضای کسب و کار آنان از طریق پیگیری‌های سیاسی-اجتماعی جهت افزایش درآمد ایشان و کاهش اقدامات تضرری-تنبیهی ارگان‌های دولتی، احتمالاً باعث ارتقا سطح بهزیستی اجتماعی نانواها خواهد شد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

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

مقدمه

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 نحوه 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 نمی‌تواند بین رفتار خود و پاداش دریافت شده از جامعه ارتباط برقرار کند و احتمال کنش ناسازگارانه در قبال جامعه در وی افزایش می‌یابد. زمانی که بیگانگی و انزوای اجتماعی نمایان شود فرد احساس می‌کند که جامعه ارزش‌های وی و سبک زندگی او را منعکس نمی‌کند 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 برنامه‌ریزی شده را دارد (۷، ۸). به طور هم‌تا برای «پذیرش خود» که فرد، خوب و بد 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 جامعه‌ی 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 ارزشمندی‌هایی 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 می‌کنند همان‌گونه که در نظریه آنتونوسکی افراد دارای انسجام روانی زندگی شخصی خود را دارای انسجام و معنی‌دار می‌بینند (۱۱، ۱۲) جامعه را هم قابل تشخیص و قابل پیش‌بینی می‌نگرند و آماده رویارویی با موانع و موقعیت‌های آسیب‌رسان و رفع آنها به نحوی سالم

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 بهینه‌ی زیست 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^۱، مسئولیت‌پذیری اجتماعی^۲، وظیفه‌شناسی^۳، نگرش به جامعه^۴، همدلی^۵، روابط خانوادگی^۶ و مشارکت اجتماعی^۷ است که این‌گونه 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. وظیفه‌شناسی به جنبه‌ای 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 می‌شود. همدلی مربوط به احساسی است که فرد می‌تواند درک کند و در تجارب و عواطف افراد دیگر مشترک شود. روابط خانوادگی به کمیت و کیفیت ارتباطات خانوادگی با

¹ Social interaction

² Social responsibility

³ Conscientiousness

⁴ Attitude to society

⁵ Empathy

⁶ Family relationship

⁷ Social participation

دو نفر نانو در هر نانوائی مشغولند که یکی در پشت دستگاه و دیگری در محل ارتباط با مشتری وظیفه خود را انجام می‌دهد.

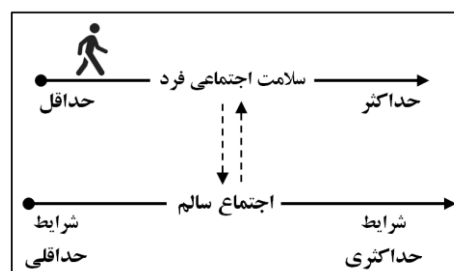
سلامت اجتماعی نانو از دو جنبه اهمیت دارد یکی از نظر سلامت فردی که خود ناشی از شرایط کاری و زمینه‌هایی است که محیط اجتماعی کار برای او به وجود آورده است و نوع تعاملی که با همکارانش و سایر اقشار جامعه برای او رقم زده و از نظر دیگر تأثیری است که بر سلامت سایر مردم دارد. می‌دانیم که در ایران بخش قابل توجهی 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 نانو از بهزیستی اجتماعی مناسبی برخوردار نباشد و برای اجتماعش اهمیت قائل نشود ممکن است نانی که برای آن‌ها تهیه می‌کند نیز تحت تأثیر 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 نانوائی با انجام مداخلات مشارکت اجتماعی امکانپذیر خواهد بود (۱۴). از نظر دیگر و به لحاظ جهانی نیز تأکید بر آن است که برای بررسی کیفیت زندگی افراد باید معیارهای اجتماعی و نحوه 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 می‌سازد.

روش بررسی

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

داده‌های این پژوهش از نانوائیان شاغل در نانوائی‌های 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 نانوائی‌های اخذ شده از اتحادیه نانوائیان و شرکت آرد و غله اصفهان انتخاب گردید. بر اساس فرمول کوکران با سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح خطای ۰/۰۷ حداقل ۱۵۱ نانوائی نمونه لازم بود که در نهایت از ۶۶۳ نانوائی که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند تعداد ۱۷۱ نانوائی نمونه گیری شد که ۴۶۹ نفر در این نانوائی‌ها به



شکل ۱- ارتباط سلامت اجتماعی فرد با شرایط اجتماعی

هستند (۲). در نهایت افراد در ارتباط با همدیگر از طریق هنجارها که علاقه‌ی آن‌ها را به جامعه نشان می‌دهد رفتاری سالم از خود بروز می‌دهند؛ و به میزان مطابقت با طیف مثبت ویژگی‌های یادشده، از بهزیستی اجتماعی بالاتری برخوردار می‌گردند. همان‌گونه 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 نانوائی 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 محدود است و به دلیل ساعات کاری متناوب و منتشر بین ساعات اولیه صبح تا پاسی از شب، به نظر می‌رسد بیشتر سطوح ارتباطی و تعاملی نانوائیان به همکارانشان در همان نانوائی محدود می‌شود. ساعات کاری نانوائی‌ها طوری است که مجبورند اوقاتی از روز که قابلیت تعامل با جامعه را دارد جدای از اجتماع در محل کار خود حاضر باشند. ساعت‌های کاری که عموماً در ظاهر ۸ ساعت است اما اگر وظیفه‌ی 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 تقریباً کار همه‌ی آنان تکراری است. این در حالی است که نانوائی‌های سنتی رو به سمتی حرکت می‌کنند که استفاده از دستگاه‌های مکانیزه در آن‌ها بیشتر می‌شود و این علاوه بر کاهش تعداد کارکنان هر نانوائی باعث ایجاد فاصله‌ی مکانی بیشتر کارکنان از یکدیگر می‌گردد به گونه‌ای که در برخی از انواع تنوره‌های مکانیزه دیده می‌شود تنها

یعنی در صورت انتخاب گزینه کاملاً موافقم توسط فرد، نمره ۱؛ و ... در صورت انتخاب گزینه‌ی کاملاً مخالفم توسط وی، نمره ۵ به او تعلق گرفت. پس از آن نمره‌ی تمام سوالات با هم جمع شد و به عنوان نمره‌ی کلی سلامت اجتماعی نانوا در نظر گرفته شد و در ۵ گروه خیلی ضعیف (۱۸-۴۳)، ضعیف (۴۳-۶۸)، متوسط (۶۸-۹۳)، خوب (۹۳-۱۱۸) و خیلی خوب (۱۱۸-۱۴۳) دسته بندی شد. نمره‌ی تک تک مولفه‌ها هم بر اساس نمره‌ی سوالات مربوط به آن‌ها مشخص شد.

در مورد وضعیت اقتصادی-اجتماعی 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 نانوا، که بر اساس اطلاع دریافت شده از اتحادیه صنف نانویان 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 کمیته‌ی 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.

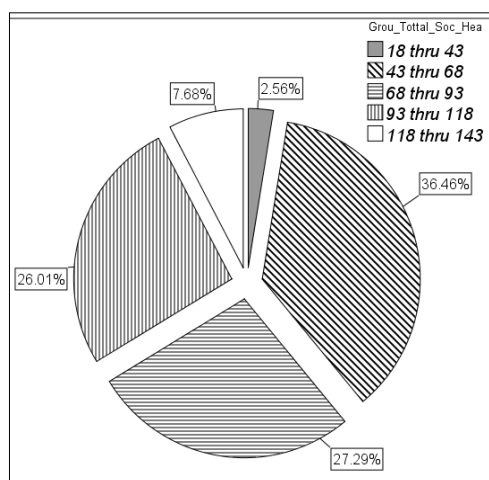
یافته‌ها

در بیشتر نانوایی‌ها 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 نهایتاً ۵ نفره با ۱/۲ درصد، پاسخ دهندگان به پرسشنامه را تشکیل دادند. این نانویان سنی 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

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 نمونه‌گیری طبقه‌ای 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 نانوایی‌هایی که کدپستی‌شان مشخص نبود تعیین گردید. سپس با استفاده از لیست شماره‌گذاری شده‌ی نانوایی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک نمونه لازم از درون هر طبقه انتخاب گردید. داده‌ها به وسیله‌ی 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)، وظیفه‌شناسی (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 گزینه‌های کاملاً موافقم تا کاملاً 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؛



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
مسئولیت پذیری اجتماعی	۱۲/۴۰	۲/۴۴۳	۳-۱۵
وظیفه شناسی	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 مولفه های سازنده سلامت اجتماعی آنان را نمایش می دهد.

بر اساس آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نمره ی کلی سلامت اجتماعی و هیچ یک از مولفه های سازنده 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 (Quade test) فرد از آزمون آنالیز کوواریانس ناپارامتری (استفاده گردید.

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

داشتند. نیمی از افرادی که در این نانوایی ها 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 ۰/۹۳ درصد 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، ۱۷/۹ درصد 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 وضعیتشان بد است، پایین ترین درآمد و تحصیلات را دارند و در بدترین مشاغل فعالیت می کنند یا بیکار هستند؛ و از طرفی در پله دهم افرادی هستند که وضعیتشان خوب است، بیشترین درآمد و بالاترین سطح تحصیلات را دارند و در بهترین مشاغل فعالیت می کنند؛ که نتیجتاً ۹۵/۷ درصدشان پایگاه اقتصادی-اجتماعی خود را پله ۵ جامعه و پایین تر انتخاب کرده بودند و تنها ۴/۳٪ افراد وضعیت خود را بین پله ۶ تا ۱۰ جامعه می دانستند.

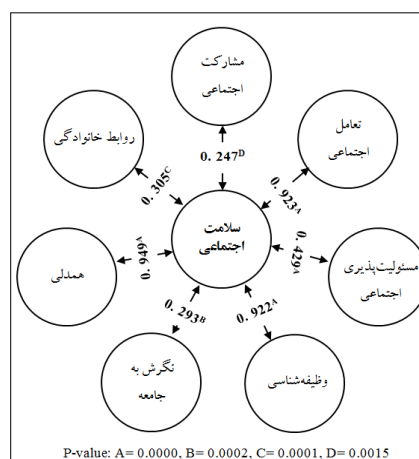
میانگین نمره سلامت اجتماعی افراد نانوا که حاصل ۷ مولفه آن بود ۷۹/۷۳ با انحراف معیار ۲۴/۶۵۴ شد. کمترین نمره ای که نانوایان از سلامت اجتماعی کسب کردند ۱۸ و بالاترین نمره ای که در این مورد در میان آنان مشاهده شد ۱۴۰ بود. لازم به ذکر است فرد می توانست از پرسشنامه سلامت اجتماعی نمره ای بین ۱۰ تا ۱۴۵ کسب کند.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

تنها بین رده‌ی متوسط و پایین درآمد به لحاظ نمره سلامت اجتماعی اختلاف معنادار مشاهده می‌شود ($p=0/034$). به این معنی که نمره سلامت اجتماعی افراد با درآمد متوسط حدوداً ۶ واحد بیشتر از افراد با درآمد پایین می‌باشد. علت عدم معناداری درآمد بالا در مقایسه با درآمد پایین احتمالاً به دلیل حجم نمونه‌ی کم در گروه درآمد بالا می‌باشد.

برای سنجش ارتباط دو متغیر سلامت اجتماعی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی 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 وجود ندارد ($p=0/000$).

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



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 می‌یابد.

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

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)	۹/۷۳	۲/۷۶	۴/۲۹	۱۵/۱۶	<۰/۰۰۱
درآمد (پایین)	-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 اجتماعی ذهنی

پایگاه اقتصادی	ضریب همبستگی	سلامت اجتماعی	تعامل اجتماعی	مسئولیت‌پذیری اجتماعی	وظیفه‌شناسی	نگرش به جامعه	همدلی	روابط خانوادگی	مشارکت اجتماعی
پایگاه اقتصادی	۰،۰۳۰	۰،۰۳۰	۰،۰۲۴	-۰،۰۳۴	-۰،۰۱۷	۰،۱۷۰	۰،۰۰۹	۰،۰۱۸	۰،۰۰۹
مقدار	۰،۰۵۲۶	۰،۰۵۲۶	۰،۰۶۱۰	۰،۰۴۸۳	۰،۰۷۲۳	۰،۰۰۰	۰،۰۸۵۰	۰،۰۷۱۴	۰،۰۸۵۲
ذهنی									

روابط ویژگی های جمعیت‌شناختی نانوایان با سلامت اجتماعی شان پرداختیم و مشاهده کردیم که سلامت اجتماعی نانوایان با بالاتر رفتن سن شان افزایش می‌یابد؛ این می‌تواند به این دلیل باشد که فرد با بالا رفتن سنش شناخت بیشتری از جامعه و اطرافیان خود پیدا می‌کند 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 می‌شود احساسات مرتبط با جمع از قبیل مسئولیت پذیری و احساس تعهد بیشتری را در خود رشد می‌دهند 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 جمعیت‌های مختلف دارای هماهنگی خطی دانست زیرا به نسبتی که شرایط و تعاملاتی که یاد شد با نوسان همراه شود پیامدهای زیست اجتماعی فرد نیز متغیر می‌گردد. 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 بررسی‌های سلامت اجتماعی ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۰ انجام داده بود) همراستا است (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)، رابطه‌ی معکوس یا عدم ارتباط بین این دو متغیر را گزارش کرده‌اند که ممکن است نوع انتظارات گروه هدف این پژوهش‌ها از جامعه با برخورد و واکنشی که از طرف جامعه دریافت کرده‌اند هماهنگی نداشته‌است؛ یا در مواردی جمعیت نمونه محدود بوده و متغیر سن در آن‌ها واریانس قابل توجهی نداشته‌است.

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

افراد محله برای نانو 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 جامعه‌ای 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 احتمالاً 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 آن‌ها دچار ضعف است. ممکن است این افراد با خانواده و خویشاوندان خویش ارتباط صحیحی برقرار نکنند و در برنامه‌ها و فعالیت‌های بهبود دهنده اجتماع مشارکت نداشته باشند و خود را سهمیم 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 داده‌اند، 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 ویژگی‌های فردی مرتبط با اجتماع همچون تحصیلات، تاهل، وضعیت اقتصادی و ... منجر به این امر شده است؟ در این مورد ما به مطالعه

کار رابطه‌ای مثبت و مستقیم با سلامت اجتماعی نانوایان دارد؛ به گونه‌ای که به ازای یک واحد افزایش سابقه کار (سال)، سلامت اجتماعی آنان حدود ۰/۳۱ واحد افزایش می‌یافت. این یافته با نتایج تحقیقات در مورد کارکنان ناجا و معلمان که بین سابقه کار و متغیر مذکور رابطه‌ای 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 اجتماعی می‌تواند رفتارهای مرتبط با سلامت گوناگون را منجر شود (۱۶). این متغیر با مولفه‌ی نگرش به جامعه (از مولفه‌های سلامت اجتماعی) و نیز نمره‌ی 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 برخواست از مفهوم این دو متغیر است. سلامت اجتماعی فرد در صورتی افزایش می‌یابد که جامعه را رو به پیشرفت و منعکس کننده‌ی ارزش‌های خود ببیند (۲). فرد نانوایان 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 می‌کند و میزان پاداشی هم که از طرف جامعه دریافت می‌کند را در نظر می‌گیرد. نحوه‌ی حمایت جامعه در زمانی که دچار فرسودگی شده و زندگی وی دچار اختلال می‌شود را مد نظر قرار داده و نگرشی حمایت‌کننده یا طردکننده نسبت به جامعه پیدا می‌کند 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

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 نشان داد (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 آن‌ها می‌داند. این می‌تواند در وی وظیفه‌شناسی، مسئولیت‌پذیری 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 فرصت‌های شکوفایی به افراد عطا کند که این نیز به نوبه خود سلامت اجتماعی را ارتقا می‌دهد. در این مورد پژوهش جوادی در مورد دانشجویان گیلان (۲۸) و بررسی زراع شاه‌آبادی در مورد معلمان یزد (۲۹) رابطه‌ی این نشان نداده است، اما بررسی افشانی در مورد ساکنان یزد (۳۰) همانند این پژوهش رابطه‌ی مستقیم و مثبت را در مورد رابطه‌ی 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 رابطه‌ی منفی و مستقیم نشان داد و در مورد مردان رابطه‌ی گزارش نکرد.

از طرفی یافته‌ها نشان داد که میزان تحصیلات نانوایان با سلامت اجتماعی آن‌ها 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 پرورش سبزوار (۳۱) همراستاست و بر خلاف نتایج مطالعه‌ی عبدالله تبار و سایرین در مورد دانشجویان (۲۱) است. اما بر خلاف تحصیلات، نتایج این بررسی نشان داد که سابقه

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 Students Case 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, Haghghatyan 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]

همه چیز متاثر از وضعیت اقتصادی و اجتماعی فرد است (۳۴). تغییرات پایگاه اقتصادی و بالطبع اجتماعی نحوه تعاملات، نوع نگرش، میزان و نوع مسئولیت‌ها و نوع پاسخ‌های دریافتی از طرف جامعه را تغییر می‌دهد که خود با تعریف سلامت اجتماعی سازگار است. نتیجه رابطه‌سنجی با متغیر درآمد با مطالعه‌ی خلیلی در مورد سالمندان اصفهان (۲۲) و بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار تهران که توسط مرادی (۲۳) و البته پژوهش حیدرخانی در مورد زنان سرپرست خانوار روستایی کرمانشاه (۲۴) همراه است؛ اما با بررسی فرزانه در مورد سالمندان شهر بابل (۱۹) که رابطه‌ی معکوس با درآمد را گزارش کرده مغایر است، وی متغیرهای میانجی سن بازنشستگی را عامل این امر گزارش نموده است.

نتیجه‌گیری

این بررسی نشان داد که سلامت اجتماعی نانوایان اصفهان که مرتبط با سن، سابقه کار، وضعیت تاهل و میزان درآمد آنان است در وضعیت مطلوبی قرار ندارد و این افراد باید در مولفه‌های تعامل اجتماعی، همدلی، وظیفه‌شناسی و نحوه‌ی نگرش به جامعه تقویت شوند. لذا لازم است انجام مداخلاتی چون بازطراحی محیط کاری نانوایی‌ها به نحوی که سطح تعامل کارکنان و مردم در حین رعایت بهداشت مواد غذایی افزایش یابد، و برنامه‌های افزایش دهنده‌ی فعالیت اجتماعی نانوایان در دستور کار نهادهای مردمی و دولتی قرار گیرد.

برگزاری دوره‌های مهارت‌های ارتباطی و از طرفی بهبود فضای کسب و کار نانوایان از طریق پیگیری‌های سیاسی-اجتماعی جهت افزایش درآمد ایشان، و کاهش فعالیت‌های تعزیری - تنبیهی ارگان‌های دولتی نسبت به آن‌ها احتمالاً سطح سلامت اجتماعی آنان را ارتقا 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

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-Governmental 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, Haghghatian 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. *ToloeeBehdasht*. 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.