سلامت اجتماعی در پرستاران؛ یک مطالعه فراترکیب

جعفر هزارجریبی[1]، نرجس حاج محمدی[2]*

۱. استاد، گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. **رایانامه:** (hezarjaribi@atu.ac.ir)

۲. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری رفاه اجتماعی، گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران. ایران. **رایانامه:** (n.hajmohammadi@yahoo.com)(narges_hajmohammadi@atu.ac.ir)

چکیده

مقدمه: سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی سلامت انسان، نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت زندگی و کارکرد حرفه‌ای پرستاران دارد. با توجه به افزایش مطالعات انجام‌شده در این حوزه طی سال‌های اخیر، ضرورت بررسی نظام‌مند و تحلیلی این پژوهش‌ها احساس می‌شود. هدف این مطالعه، سنتز یافته‌های پژوهش‌های مرتبط با سلامت اجتماعی پرستاران در ایران طی یک دهه گذشته است.

روش: با بهره‌گیری از روش فراترکیب، مطالعات مرتبط در بازه زمانی ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ تحلیل شدند. در جستجوی اولیه، ۱۶۰ مقاله علمی-پژوهشی شناسایی گردید. پس از غربالگری و اعمال معیارهای ورود، ۱۴ مطالعه نهایی برای تحلیل انتخاب شد.

یافته‌ها: سلامت اجتماعی پرستاران حاصل تعامل پیچیده میان عوامل سازمانی، فردی، بین‌فردی و فرهنگی است. ابعاد تعامل‌محور سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی) در مقایسه با ابعاد ادراکی و ارزشی (پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی) وضعیت مطلوب‌تر و تکرار بیشتری داشته‌اند. ضعف در ابعاد ادراکی و ارزشی با شرایط محیط کار، فشارهای اقتصادی و محدودیت‌های ساختاری مرتبط است. حمایت مدیریتی، عدالت سازمانی، فشار کاری، خودکارآمدی و سرمایه روان‌شناختی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی پرستاران بودند.

بحث: ابعاد تعامل‌محور سلامت اجتماعی پرستاران بیشتر از ابعاد ادراکی و ارزشی مورد توجه قرار گرفته‌اند. در مقابل، پذیرش و شکوفایی اجتماعی تحت تأثیر فشارهای شغلی، محدودیت‌های ساختاری و شرایط سازمانی هستند. ارتقای سلامت اجتماعی پرستاران نیازمند مداخلات فراتر از آموزش و توجه به اصلاح ساختارهای سازمانی، سیاست‌های رفاهی، حمایت مدیریتی و مشارکت پرستاران در نظام تصمیم‌گیری سلامت است. چارچوب ترکیبی ارائه‌شده می‌تواند مبنای برنامه‌ریزی عملی و سیاست‌گذاری سلامت نیروی انسانی باشد.

واژگان کلیدی: ایران، پرستار، سلامت اجتماعی، فراترکیب.

In Press

Social Health in Nurses: A Meta-Synthesis Study

Jafar Hezarjaribi[1] , Narjes Hajmohammadi[2*]

1. Professor, Department of Cooperation and Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
E-mail: (hezarjaribi@atu.ac.ir)
2. Corresponding Author, PhD Student in Social Welfare, Department of Cooperatives and Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabatabaei University. Tehran. Iran.
E-mail: (narges_hajmohammadi@atu.ac.ir)(n.hajmohammadi@yahoo.com)

Abstract

Introduction: Social health, as a key dimension of human health, plays an important role in the quality of life and professional functioning of nurses. Given the increasing number of studies conducted in this field in recent years, a systematic and analytical synthesis of these studies is necessary. This study aimed to synthesize the findings of research on the social health of nurses in Iran over the past decade.

Methods: Using a meta-synthesis approach, relevant studies published between 2017 and 2023 were analyzed. In the initial search, 160 research articles were identified. After screening and applying the inclusion criteria, 14 studies were selected for the final analysis.

Results: Nurses' social health was found to be the result of complex interactions among organizational, individual, interpersonal, and cultural factors. Interaction-oriented dimensions of social health (social cohesion and social participation) were more favorable and were reported more frequently than perceptual and value-oriented dimensions (social acceptance and social flourishing). Weaknesses in the perceptual and value-oriented dimensions were associated with workplace conditions, economic pressures, and structural limitations. Managerial support, organizational justice, workload, self-efficacy, and psychological capital were identified as the most important factors related to nurses' social health.

Discussion: Interaction-oriented dimensions of nurses' social health have received greater attention than perceptual and value-oriented dimensions. In contrast, social acceptance and social flourishing are influenced by job pressures, structural limitations, and organizational conditions. Improving nurses' social health requires interventions beyond education and training and highlights the importance of reforming organizational structures, welfare policies, managerial support, and nurses' participation in health system decision-making. The proposed integrated framework may serve as a basis for practical planning and human resource health policy development.

Keywords: Iran, Meta-synthesis, Nurses, Social Health.

In Press

Social Health in Nurses: A Meta-Synthesis Study

Extended Abstract

Introduction

Health is a fundamental concept that extends beyond the mere absence of disease. According to the World Health Organization (WHO, 1948), health is defined as "a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." Among these three core dimensions, social health has historically received less attention than physical and mental health, yet it plays an equally vital role in individuals' quality of life, professional functioning, and social integration (Keyes, 1998; Larson, 1996). Social health refers to an individual's perception of the quality of their social relationships, their sense of belonging to a community, their effective participation in social roles, and their evaluation of the society in which they live (Keyes & Shapiro, 2004).

Nurses constitute the largest and most essential workforce in any health system. Their work is characterized by long shifts, high workload, continuous contact with patients and their families, exposure to suffering and death, and often inadequate organizational support (Wang et al., 2018; Wei et al., 2022). These challenging conditions can negatively affect nurses' social health, which in turn may compromise the quality of patient care, job satisfaction, organizational commitment, and the overall sustainability of the health system. In Iran, despite the growing number of studies on nurses' social health, the findings remain fragmented, and a comprehensive conceptual framework that integrates individual, organizational, interpersonal, and cultural factors is lacking.

Therefore, this study was designed with two complementary aims: (1) to extract, integrate, and interpret the findings of research conducted on the social health of Iranian nurses between 2017 and 2023, and (2) to present an integrated conceptual model that explains the dimensions of nurses' social health and the multiple factors influencing it.

Method

This study is applied in nature and employed a metasynthesis approach based on the seven-step model proposed by Sandelowski and Barroso (2007). Metasynthesis is a qualitative method that integrates findings from multiple primary studies to generate new interpretive knowledge. Although most primary studies in this field were quantitative, the metasynthesis method, through a process known as "qualitizing," can convert numerical findings into meaningful qualitative statements and themes (Sandelowski, Voils, & Knafl, 2009).

A systematic search was conducted in six Persian-language databases: SID, Magiran, IranDoc, Noormags, Civilica, and the Comprehensive Portal of Humanities (Ensani.ir). The search covered the period from 2017 to 2023. Keywords were combined using Boolean operators (AND/OR) and included: "social health," "nurses," "nursing," "social well-being," "dimensions of social health," "social participation," "social cohesion," "social acceptance," "social contribution," "social actualization," "quality of life," "psychological capital," "self-efficacy," "cultural intelligence," "religious values,"

In Press

"social skills," "physical activity," "professional prestige," "corona," and "COVID-19." The initial search yielded 160 articles.

Inclusion criteria were: (a) focus on social health of nurses, (b) conducted in Iran, (c) published in scientific-research journals, (d) quantitative, qualitative, or mixed-methods design, (e) full-text availability, and (f) publication between 2017 and 2023. Exclusion criteria were: irrelevant topic, review or systematic review studies, non-nurse populations, duplicates, incomplete text or insufficient data, and publication outside the time frame. After removing duplicates (n=31) and screening titles and abstracts (removing 74 irrelevant articles), 55 articles remained. Full-text screening led to the exclusion of another 41 articles (22 reviews or theoretical studies, 13 with insufficient extractable data, and 6 outside the time frame). Ultimately, 14 articles met all inclusion criteria and were selected for final analysis.

Quality appraisal was conducted independently by two reviewers using the STROBE checklist for cross-sectional studies (12 articles) and the CASP checklist for intervention studies (2 articles, SS-N-06 and SS-N-13). Disagreements were resolved by a third reviewer. All selected studies received a "moderate to high" quality rating. Inter-coder reliability for data extraction was established with Cohen's kappa = 0.82.

Findings

The 14 included articles were published in 12 scientific-research journals over seven years (2017–2023). The distribution of scientific disciplines showed that nursing and medicine accounted for 42.5% of the content production, followed by management and sports sciences (21.5%) and psychology (14%). Sociology, social work, and curriculum planning each contributed approximately 7%. The articles were authored by 48 researchers, of whom 46% were female and 54% male.

In terms of methodology, 12 articles (85.7%) used cross-sectional survey designs, and two (14.3%) used experimental or quasi-experimental designs. The geographical scope of the studies indicated that more than 78.5% were conducted at the city level, two (14%) at the provincial level, and one (7%) at the national level. The unit of analysis in all studies was the individual, and no study directly examined organizational interventions or macro-level policies.

The findings revealed that nurses' social health is not a unidimensional phenomenon but rather the result of dynamic interactions among organizational, individual, interpersonal, and sociocultural factors. The five dimensions of social health—social participation, social cohesion, social acceptance, social coherence, and social flourishing—operate as an interactive network. Interaction-oriented dimensions, particularly social participation and social cohesion, were more frequently reported and were more favorable compared with perceptual/value-oriented dimensions, such as social acceptance and social flourishing. Weaknesses in the latter were associated with workplace conditions, economic pressures, and structural constraints.

Among the influencing factors, organizational factors (e.g., managerial support, organizational justice, work pressure, staffing shortages, type of employment) were reported in eight studies. Individual factors (e.g., age, work experience, self-efficacy, psychological capital, psychological hardiness, religious coping) appeared in six studies. Interpersonal factors (e.g., relationships with colleagues, social support, teamwork) were reported in five studies. Sociocultural factors (e.g., religious values, cultural

In Press

intelligence, physical activity) appeared in three studies. Psychological capital and positive religious coping played reinforcing (mediating) roles, enhancing the effects of individual and organizational factors on social health.

Discussion

The findings of this metasynthesis indicate that interaction-oriented dimensions of nurses' social health (social participation and cohesion) have received greater attention and appear to be more favorable than perceptual/value-oriented dimensions (social acceptance and flourishing). This pattern suggests that although nurses are continuously engaged in professional interactions and organizational activities, their sense of belonging, social acceptance, and opportunities for professional growth may be hindered by workplace pressures and structural limitations.

In contrast, social acceptance and flourishing are more strongly influenced by job pressures, structural constraints, and organizational conditions. Therefore, improving nurses' social health requires interventions that go beyond individual training and education. Policymakers and health system managers should focus on reforming organizational structures, welfare policies, enhancing managerial support, and facilitating nurses' participation in decision-making processes. The integrated conceptual framework presented in this study—which combines structural (Durkheimian) and perceptual (Keyes' model) approaches—can serve as a basis for practical planning, human resource health policymaking, and the development of evidence-based interventions.

Limitations

This study has several limitations. First, the predominant reliance on quantitative, cross-sectional designs in the primary studies limited the depth of qualitative understanding of nurses' lived experiences. Second, the lack of access to some unpublished theses and dissertations may have introduced publication bias. Third, differences in the operational definitions and measurement tools of social health across studies made data harmonization challenging. Fourth, the focus on Iranian studies restricts the generalizability of the findings to other cultural and health system contexts. Fifth, the absence of longitudinal studies precludes definitive conclusions about trends in nurses' social health over time.

Ethical Considerations

All ethical principles, including proper citation, respect for stakeholders' rights, and scientific integrity, have been observed.

Keywords: Iran, Meta-synthesis, Nurses, Social Health.

In Press

مقدمه و بیان مسئله

سلامت[1] به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های توسعه اجتماعی (عبداللهی و دین‌محمدی، ۱۴۰۱؛ چراغپور و همکاران، ۱۴۰۰)، مفهومی چندوجهی و پویا است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۲). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت[2] سلامت صرفاً به معنای نبود بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه حالتی از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۴۸). در این چارچوب، سلامت اجتماعی[3] به‌عنوان یکی از ابعاد سه‌گانه سلامت جایگاه ویژه‌ای دارد. در ادبیات نظری، برخی پژوهشگران اصطلاح بهزیستی اجتماعی[4] را برای تبیین بعد ادراکی سلامت اجتماعی به‌کار برده‌اند (کییز[5]؛ ۱۹۹۸؛ لارسن[6]؛ ۱۹۹۶). هرچند این دو اصطلاح در برخی رویکردها همپوشانی دارند، اما بهزیستی اجتماعی بیشتر بر ارزیابی ذهنی فرد از کیفیت روابط، نقش‌ها و جایگاه اجتماعی خود تأکید دارد. سلامت اجتماعی توانایی فرد در ایفای نقش‌های اجتماعی، برقراری ارتباطات مؤثر، مشارکت در شبکه‌های اجتماعی و احساس تعلق به جامعه را بازتاب می‌دهد (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷). سطح سلامت اجتماعی افراد نه‌تنها پیامدهای فردی دارد، بلکه پیامدهای جمعی و سازمانی گسترده‌ای ایجاد می‌کند و می‌تواند بر سرمایه اجتماعی، انسجام سازمانی و کارآمدی نظام‌های حرفه‌ای اثرگذار باشد (بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری، ۱۴۰۱). پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین نیروی ارائه‌دهنده خدمات سلامت، نقشی فراتر از مراقبت جسمانی ایفا می‌کنند و کیفیت تعاملات حرفه‌ای و اجتماعی آنان می‌تواند بر تجربه بیماران و عملکرد نظام سلامت تأثیرگذار باشد (وانگ و همکاران[7]؛ ۲۰۱۸). ازاین‌رو، سلامت اجتماعی این گروه حرفه‌ای با کیفیت مراقبت، رضایت شغلی و تعهد سازمانی ارتباط دارد (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷؛ بیرانوند و همکاران، ۱۴۰۲). با وجود افزایش پژوهش‌ها در این حوزه، مطالعات انجام‌شده غالباً پراکنده، توصیفی و فاقد یک چارچوب نظری یکپارچه بوده‌اند. برخی مطالعات نشان می‌دهند که برخی ابعاد سلامت اجتماعی پرستاران در سطح متوسط یا پایین قرار دارد (مدیری و همکاران، ۱۳۹۶؛ روضه و همکاران، ۱۴۰۱)، اما تاکنون یک مدل مفهومی تلفیقی که ابعاد و عوامل مؤثر بر آن را یکپارچه سازد ارائه نشده است. از آنجا که سلامت اجتماعی بر پایه مؤلفه‌هایی همچون مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی تعریف می‌شود (کییز، ۱۹۹۸)، بهره‌گیری از روش فراترکیب[8] می‌تواند امکان ادغام نظام‌مند یافته‌های مطالعات پراکنده را فراهم سازد(ساندلوسکی و بارسو[9]؛ ۲۰۰۷). با توجه به فقدان مرورهای نظام‌مند و تلفیقی در زمینه سلامت اجتماعی پرستاران در ایران، انجام یک فراترکیب ضرورت می‌یابد. بنابراین، پژوهش حاضر با دو هدف مکمل طراحی شد: (۱) استخراج، ادغام و تفسیر یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده درباره سلامت اجتماعی پرستاران ایران طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲؛ (۲) ارائه یک مدل مفهومی تلفیقی که بتواند ابعاد سلامت اجتماعی پرستاران و عوامل فردی، بین‌فردی، اجتماعی، سازمانی و فرهنگی مؤثر بر آن را تبیین کند. انتظار می‌رود نتایج این مطالعه با روشن‌کردن ابعاد مغفول‌مانده سلامت اجتماعی پرستاران، زمینه‌ساز طراحی مداخلات مؤثر فردی، سازمانی و سیستمی باشد و بتواند راهنمایی عملی برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت، مدیران پرستاری و محققان این حوزه فراهم آورد.

---

1. health
2. World Health Organization (WHO)
3. social health
4. Social Well-Being
5. Keyes
6. Larson
7. Wang & et al
8. Meta-synthesis
9. Sandelowski & Barroso

In Press

چارچوب مفهومی

سلامت اجتماعی[1] یکی از ابعاد اساسی سلامت در کنار ابعاد جسمی و روانی است و به ارزیابی فرد از کیفیت روابط اجتماعی، میزان مشارکت در جامعه، احساس تعلق و کارکرد فرد در نقش‌های اجتماعی اشاره دارد. (کییز و شاپیرو[2]، ۲۰۰٤ و لارسن ۱۹۹٦)، در ادبیات سلامت، سلامت اجتماعی بیانگر توانایی فرد در ایجاد و حفظ پیوندهای اجتماعی، مشارکت در فعالیت‌های جمعی و ادغام در محیط اجتماعی است.

از نظر نظری، ریشه‌های مفهوم سلامت اجتماعی را می‌توان در سنت جامعه‌شناختی کلاسیک مشاهده کرد. امیل دورکیم اصطلاح «سلامت اجتماعی» را به طور مستقیم به کار نبرده است؛ با این حال، در آثار وی مفاهیمی مانند انسجام اجتماعی[3] و یکپارچگی اجتماعی[4] به‌عنوان عوامل بنیادین در حفظ نظم اجتماعی و رفاه افراد مطرح شده‌اند (دورکیم، ۱۹۵۱/۱۸۹۷). بر اساس این دیدگاه، کیفیت پیوندهای اجتماعی و میزان ادغام افراد در شبکه‌های اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در سلامت و کارکرد اجتماعی آنان ایفا کند. در حوزه پرستاری نیز شرایط اجتماعی و سازمانی محیط کار، کیفیت روابط حرفه‌ای و میزان حمایت اجتماعی می‌توانند بر سلامت اجتماعی پرستاران اثرگذار باشند.

در کنار این رویکرد ساختاری، مدل بهزیستی اجتماعی[5] کییز در ادبیات روان‌شناسی مثبت‌گرا به‌عنوان یکی از چارچوب‌های نظری معتبر برای تبیین ابعاد ادراکی سلامت اجتماعی مطرح شده است (کییز، ۱۹۹۸). کییز پنج مؤلفه اصلی برای بهزیستی اجتماعی معرفی می‌کند: پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی (کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤ و کییز، ۱۹۹۸). این مدل نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی تنها نتیجه شرایط ساختاری جامعه نیست، بلکه به ارزیابی و ادراک فرد از جایگاه و نقش اجتماعی خود نیز وابسته است.

بر اساس ترکیب این دو رویکرد نظری(ساختاری – ادراکی)، چارچوب مفهومی پژوهش حاضر بر سه سطح تحلیلی استوار است.

الف) سطح ساختاری[6] که برگرفته از دیدگاه دورکیم درباره انسجام و یکپارچگی اجتماعی است و به عوامل اجتماعی و سازمانی مؤثر بر سلامت اجتماعی پرستاران اشاره دارد. در مطالعات بررسی‌شده در این فراترکیب، عواملی مانند حمایت سازمانی و بین‌فردی، عدالت و امنیت شغلی، کیفیت ارتباطات حرفه‌ای، فشار نقش، بارکاری و فرصت‌های مشارکت اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین زمینه‌های ساختاری سلامت اجتماعی پرستاران گزارش شده‌اند (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷؛ عبداللهی و دین‌محمدی، ۱٤۰۱؛ نوروززاده و علی‌محمدزاده، ۱٤۰۰).

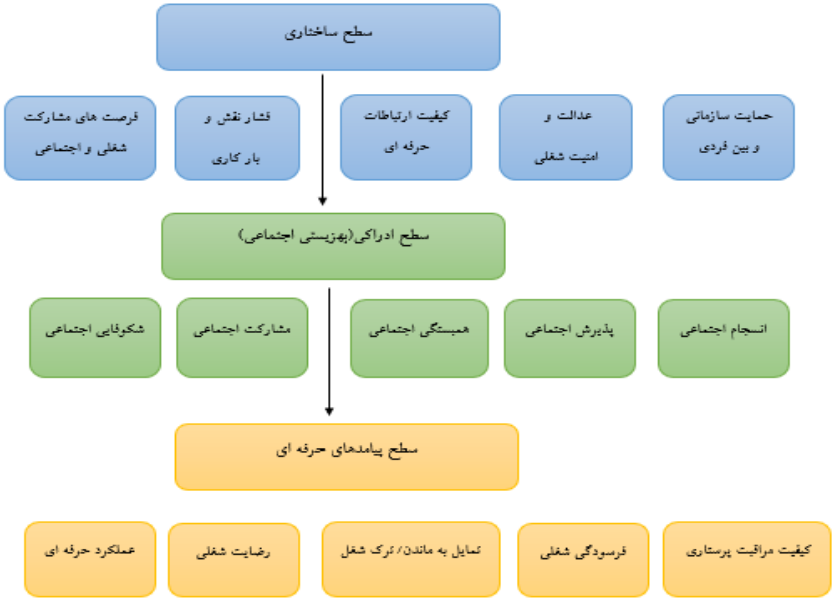
ب) سطح ادراکی (بهزیستی اجتماعی[7]**)**: که بر اساس مدل پنج‌بعدی کییز شکل گرفته است. در این پژوهش، مفاهیم استخراج‌شده از مطالعات فراترکیب در قالب پنج مؤلفه اصلی شامل مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی سازمان‌دهی شدند. این سطح بیانگر نحوه ادراک پرستاران از کیفیت روابط اجتماعی و جایگاه آنان در محیط اجتماعی و حرفه‌ای است (کییز، ۱۹۹۸).

---

1. Social Health
2. Keyes & Shapiro
3. Social Cohesion
4. Social Integration
5. Social Well-Being
6. Structural Level
7. Social Well-Being

In Press

ج) سطح پیامدهای حرفه‌ای[1]: که به پیامدهای مرتبط با سلامت اجتماعی در محیط کار پرستاری اشاره دارد. یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی پرستاران با متغیرهایی همچون کیفیت مراقبت پرستاری، کیفیت زندگی، رضایت شغلی، عملکرد حرفه‌ای و تعهد سازمانی رابطه دارد (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷؛ توحیدی و همکاران، ۱۳۹۶؛ بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری، ۱۴۰۱).



شکل (۱): مدل مفهومی پژوهش

بر این اساس، مدل مفهومی پژوهش حاضر سلامت اجتماعی پرستاران را به‌عنوان متغیری واسطه‌ای میان شرایط ساختاری محیط کار و پیامدهای حرفه‌ای در نظر می‌گیرد. این مدل بر ترکیب دو رویکرد نظری استوار است: رویکرد ساختاری (مبتنی بر مفاهیم انسجام اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی در سنت دورکیمی) و رویکرد ادراکی (بر اساس مدل بهزیستی اجتماعی کیز). همچنین، مدل مذکور با یافته‌های مطالعات واردشده در فراترکیب همخوانی دارد.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه فراترکیب بر پایه مدل هفت‌مرحله‌ای ساندلوسکی و باروسو (۲۰۰۷) است. هدف فراترکیب، فراتر رفتن از تجمیع آماری و دستیابی به بازتفسیر مفهومی یافته‌های پراکنده برای تولید دانش تفسیری جدید است. اگرچه اغلب مطالعات واردشده دارای طراحی کمی بودند، اما بر اساس رویکرد «کیفی‌سازی داده‌های کمی»[2] (ساندلوسکی و همکاران، ۲۰۰۹)، یافته‌های عددی می‌توانند به گزاره‌های تفسیری و مفاهیم نظری تبدیل شوند. در این پژوهش هدف، محاسبه اندازه اثر واحد یا برآورد شیوع نبود (که مستلزم متاآنالیز است)، بلکه استخراج الگوهای مفهومی مشترک و مدل نظری یکپارچه از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی پرستاران بود. با توجه به ناهمگونی روش‌ها، نمونه‌ها و تحلیل‌های آماری در مطالعات اولیه، رویکرد فراترکیب به عنوان روشی منعطف‌تر و سازگارتر انتخاب شد.

---
[1]. Professional Outcomes
[2]. Qualitizing

مرحله اول: طرح سؤال و تعیین چارچوب مرور: با توجه به اینکه هدف فراترکیب، تولید تفسیرهای مفهومیِ جدید از یافته‌های مطالعات پیشین است، پرسش‌های پژوهش با ماهیت تفسیری و با هدف استخراج الگوهای مفهومی طراحی شدند. پرسش‌های اصلی این پژوهش عبارت‌اند از: الگوهای مفهومی سلامت اجتماعی پرستاران در ایران چگونه در مطالعات مختلف بازنمایی شده‌اند؟ چه مضامین و سازوکارهای مشترکی در تبیین سلامت اجتماعی پرستاران قابل استخراج است؟ تعامل میان عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی در شکل‌گیری سلامت اجتماعی چگونه قابل مدل‌سازی است؟ چارچوب مطالعه شامل:

- جمعیت: پرستاران ایرانی
- پدیده مورد بررسی: سلامت اجتماعی
- نوع مطالعات: مطالعات کمی، کیفی و آمیخته
- نتیجه مورد انتظار: استخراج ابعاد و عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی

مرحله دوم: راهبرد جست‌وجوی نظام‌مند: برای شفافیت کامل، راهبرد جست‌وجو به شکل زیر انجام شد:

- پایگاه‌های جستجو: دامنه پژوهش به‌صورت پیشینی بر «مطالعات انجام‌شده در ایران» تعریف شد، زیرا هدف تحلیل بافت فرهنگی - سازمانی خاص نظام سلامت ایران بود. بر این اساس، پایگاه‌های بین‌المللی که عمدتاً مطالعات غیرایرانی را نمایه می‌کنند در دامنه پژوهش قرار نگرفتند. شامل پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، مگیران، ایرانداک، نورمگز، سیویلیکا و پرتال جامع علوم انسانی بود.
- کلیدواژه‌ها: راهبرد جستجو با استفاده از ترکیب کلیدواژه‌های فارسی با عملگرهای بولی AND/OR طراحی شد. از جستجوی واژه منفرد «سلامت» خودداری شد و تنها ترکیبات هدفمند استفاده گردید. کلیدواژه‌های فارسی عبارت بودند از: «سلامت اجتماعی»، «پرستاران»، «پرستاری»، «سلامت اجتماعی پرستاران در ایران»، «بهزیستی اجتماعی»، «ابعاد سلامت اجتماعی»، «مشارکت اجتماعی»، «انسجام اجتماعی»، » کیفیت زندگی»، «سرمایه روان‌شناختی»، «خودکارآمدی»، «هوش فرهنگی»، «ارزش‌های دینی»، «مهارت‌های اجتماعی»، «فعالیت ورزشی»، «منزلت حرفه‌ای»، «کرونا» و «کووید-۱۹».
- بازهٔ زمانی: ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ تعیین شد.
- نتایج اولیه جستجو: پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی(۶۸)، مگیران (۴۱)، ایرانداک (۱۷)، نورمگز (۲۲)، سیویلیکا (۷)، پورتال جامع علوم انسانی (۵). که جمعا ۱۶۰ مقاله جستجو شد.

مرحله سوم: تبیین مقالات مورد تایید: فرآیند جستجو، غربالگری و انتخاب مطالعات برای افزایش شفافیت گزارش‌دهی بر اساس رهنمودهای PRISMA[1] انجام شد. این معیارها به‌گونه‌ای طراحی شدند که با سه رویکرد اصلی چارچوب مفهومی پژوهش (ساختاری، ادراکی و پیامدهای حرفه‌ای) هماهنگی کامل داشته باشند. تطابق هر یک از این رویکردها با معیارهای ورود/خروج در جدول (۱) ارائه شده است:

جدول۱: تطابق معیارهای ورود و خروج مطالعات با سطوح چارچوب مفهومی پژوهش

رویکرد چارچوب مفهومی	معیار ورود/خروج مرتبط	نحوه تطابق

[1] . Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

In Press

سطح ساختاری (عوامل سازمانی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی)	موضوع سلامت اجتماعی پرستاران	مطالعاتی که به بررسی عوامل سازمانی و اجتماعی (مانند حمایت سازمانی، عدالت شغلی، فشار نقش و بارکاری) در ارتباط با سلامت اجتماعی پرستاران پرداخته‌اند، به عنوان مقالات مرتبط با «سطح ساختاری» وارد شدند.
سطح ادراکی (ابعاد پنج‌گانه سلامت اجتماعی بر اساس مدل کییز)	موضوع سلامت اجتماعی پرستاران + استفاده از پرسشنامه استاندارد کییز	صرفاً مقالاتی که برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد کییز (شامل مؤلفه‌های مشارکت، انسجام، پذیرش، همبستگی و شکوفایی اجتماعی) استفاده کرده بودند، قابلیت ورود به فرآیند تحلیل یافته‌ها در این سطح را داشتند.
سطح پیامدهای حرفه‌ای (کیفیت مراقبت، رضایت شغلی، فرسودگی شغلی و...)	موضوع سلامت اجتماعی پرستاران	مطالعاتی که سلامت اجتماعی پرستاران را با پیامدهای حرفه‌ای مرتبط ساخته‌اند، جزء مقالات مرتبط با موضوع پژوهش محسوب شده و وارد شدند.

- معیارهای ورود: موضوع پژوهش: سلامت اجتماعی پرستاران، محدوده جغرافیایی: مطالعات انجام‌شده در ایران، نوع نشریه: مقالات علمی - پژوهشی، روش پژوهش: کمی (با استفاده از پرسشنامه استاندارد کییز)، کیفی یا آمیخته. لازم به ذکر است که در عمل، تمامی مطالعات واردشده در این فراترکیب دارای طراحی کمی بوده‌اند و از پرسشنامه کییز استفاده کرده‌اند. دسترسی: دارا بودن متن کامل مقاله، بازه زمانی: انتشار بین سال‌های ۱۳۹٦ تا ۱٤۰۲ (شمسی).
- معیارهای خروج: موضوعات غیرمرتبط با سلامت اجتماعی پرستاران، مطالعات مروری و نظام‌مند (چون داده‌های اولیه اصیل ندارند)، جامعه آماری غیر از پرستاران، مقالات تکراری در پایگاه‌های مختلف، متن ناقص یا داده ناکافی(فاقد متن کامل قابل دسترسی بودند (فقط چکیده موجود بود)، فاقد آمار قابل استخراج (مقالاتی که اگرچه از پرسشنامه استاندارد کییز استفاده کرده‌اند، اما آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) یا استنباطی (ضریب همبستگی، مقدارP) مرتبط با ابعاد سلامت اجتماعی را گزارش نکرده‌اند)، عدم امکان استخراج گزاره‌های تحلیلی(مقالاتی که پس از مکاتبه با نویسندگان، داده‌های تکمیلی قابل دستیابی نبوده و امکان تبدیل یافته‌های کمی به گزاره‌های کیفی برای مرحله «کیفی‌سازی» فراهم نشده است). انتشار خارج از بازه زمانی تعیین‌شده.
- دلیل حذف ۱٤٦ مقاله از ۱٦۰ مقاله: ۷٤ مقاله موضوع مرتبط نداشتند، ۳۱ مقاله تکراری بودند، ۲۲ مقاله مرور یا نظری بودند، ۱۳مقاله فاقد داده‌های قابل استخراج بودند، ٦ مقاله خارج از بازه زمانی بودند. در نهایت ۱٤ مقاله واجد شرایط باقی ماند.

مرحله چهارم: ارزیابی کیفیت مقالات: برای تضمین روایی و کیفیت مقالات منتخب، از چک‌لیست STROBE برای ۱۲ مطالعه پیمایشی (کمی) و از چک‌لیست CASP برای مطالعات مداخله‌ای برای ۲ مطالعه با طراحی نیمه‌تجربی (حسن پور و همکاران، ۱٤۰۱ و علوی و همکاران، ۱۳۹٦) استفاده شد. دو ارزیاب مستقل کیفیت هر مقاله را بررسی کردند و اختلاف‌نظرها توسط ارزیاب سوم حل شد. تمام مقالات انتخاب‌شده نمره کیفیت «متوسط به بالا» دریافت کردند.

[1] . Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
[2] . Critical Appraisal Skills Programme

In Press

مرحله پنجم: روش استخراج داده‌ها: فرآیند استخراج داده‌ها شامل: مشخصات پژوهش، **روش، ابزار، جامعه، نمونه، یافته ها، متغیرهای اثرگذار، کدهای مفهومی.** استخراج داده‌ها توسط دو پژوهشگر مستقل انجام شد؛ برای کنترل «پایایی بین‌کدگذار»، ضریب توافق کوهن ۰٫۸۲ به دست آمد که قابل‌قبول است.

مرحله ششم: تحلیل داده‌ها: تبدیل یافته‌های کمی به مفاهیم کیفی: برای تبدیل یافته‌های کمی به مفاهیم کیفی از پروتکل سه‌مرحله‌ای زیر استفاده شد:

مرحله ۱ – استخراج گزاره‌های معنادار: میانگین‌ها، ضرایب همبستگی و مقادیر معناداری آماری به گزاره‌های توصیفی تبدیل شدند. برای مثال، ضریب همبستگی ۰/۴۵ بین «مشارکت اجتماعی» و «رضایت شغلی» در مقاله شوهانی و همکاران (۱۴۰۲) به این گزاره تبدیل شد: «پرستارانی که در محیط کار احساس مشارکت و اثرگذاری بیشتری دارند، از رضایت شغلی بالاتری برخوردارند».

مرحله ۲ – کدگذاری مفهومی: گزاره‌های استخراج‌شده بر اساس معنای ضمنی آنها کدگذاری شدند. برای مثال، گزاره فوق در کنار یافته‌های مشابه از سایر مقالات، کد «مشارکت به عنوان منبع توانمندسازی حرفه‌ای» را دریافت کرد.

مرحله ۳ – تلفیق در مضامین: کدهای هم‌معنا در قالب مضامین اصلی (مانند «مشارکت اجتماعی») و زیرمضامین (مانند «احساس مؤثر بودن»، «تصمیم‌گیری جمعی») سازماندهی شدند.

مرحله هفتم: ترکیب و ارائه نهایی نتایج: در مرحله نهایی، مضامین کلیدی با استفاده از روش «ترکیب تفسیری» تجمیع شدند. براساس مدل کییز، پنج بعد اصلی سلامت اجتماعی شامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی شناسایی گردید. همچنین عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در پنج حوزه اجتماعی، روانی، فردی، فرهنگی و اقتصادی طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه فراترکیب، ۱۴ مقاله منتشرشده در بازه زمانی ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ در ۱۲ مجله علمی - پژوهشی مورد بررسی قرار گرفتند. جدول (۲) خلاصه‌ای از مشخصات این مطالعات را ارائه می‌دهد.

جدول ۲: مقالات انتخاب‌شده برای تجمیع و طبقه‌بندی

ردیف	عنوان مقاله	نویسندگان / سال انتشار	رشته / روش تحقیق	میدان مطالعه	یافته‌ها	نتیجه‌گیری
۱	ارتباط بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلابه COVID-19	شوهانی و همکاران ۱۴۰۲	پرستاری/ کمی (پیمایش)	ایلام	ارتباط معنادار متوسط و مستقیم بین سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) و کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت	شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران/ ارتقاء کیفی ارائه خدمات پرستاری/ ارتقای سلامت جامعه

In Press

					روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی) وجود دارد/ در ارتباط با ابعاد سلامت اجتماعی، میان مشارکت اجتماعی متأهلین به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد مجرد بود/ سابقه خدمت بیشتر از سه سال باعث پذیرش اجتماعی بیشتر می‌شود	
۲	نقش میانجی مقابله دینی در رابطه سرسختی روان‌شناختی با سلامت اجتماعی	میرانی و همکاران ۱۴۰۲	روانشناسی/ کمی (پیمایش)	کرج	وجود رابطه مثبت و معنی‌دار بین سرسختی روان‌شناختی (مبارزه‌جویی، کنترل و تعهد) و مقابله دینی (مثبت و منفی) با سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی)/ نوع مقابله دینی (مثبت/منفی) که افراد در رویدادهای زندگی انتخاب می‌کنند، ارتباط سرسختی و سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد/ به عبارتی هرچه منابع افراد برای مقابله بیشتر باشد، کمتر این احتمال وجود دارد تا گرفتار موقعیت‌هایی شوند که در آن‌ها آسیب‌پذیر هستند.	مؤلفه‌های سرسختی با به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای دینی موجب افزایش سلامت اجتماعی می‌شود؛ و مقابله دینی می‌تواند به‌عنوان میانجی بین سرسختی روان‌شناختی و سلامت اجتماعی قرار بگیرد/ تقویت راهبردهای مقابله‌ای/ برگزار کارگاه‌های آموزشی جهت ارتقا و بهبود سلامت اجتماعی
۳	ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی باکیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران	بخشعلی پور و میاندهی رودسری ۱۴۰۱	مدیریت/ کمی (پیمایش)	گیلان	ارتباط بین سرمایه روان‌شناختی (خودکارآمدی، امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی) باکیفیت زندگی (سلامت روانی، خستگی یا نشاط، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جسمانی) و سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی،	توجه هر چه بیشتر به ارتقای سرمایه روان‌شناختی در پرستاران/ برنامه‌ریزی برای بهبود عوامل تأثیرگذار در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد.

In Press

					مشارکت اجتماعی) پرستاران/ بیشترین تأثیر مشارکت اجتماعی، سلامت روانی و تاب‌آوری / کمترین تأثیر شکوفایی اجتماعی، عملکرد جسمانی و خودکارآمدی	
٤	بررسی ارتباط بین استفاده از شبکه‌های اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان پرستاری و مامایی	روضه و همکاران ١٤٠١	پرستاری/ کمی (پیمایش)	تهران	بین شبکه‌های اجتماعی (واتس آپ، تلگرام و اینستاگرام) و مؤلفه‌های شکوفایی، همبستگی، انسجام و مشارکت سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم معنی‌داری وجود دارد/ بیشترین تأثیر مشارکت اجتماعی و کمترین تأثیر را شکوفایی اجتماعی دارد/ و بیشترین استفاده شبکه اجتماعی واتس آپ بوده است.	با توجه به سطح وسیع استفاده از شبکه‌های اجتماعی از این فرصت استفاده کرد و در جهت ارتقاء سلامت اجتماعی دانشجویان گام‌های مؤثری را برداشت.
٥	بررسی سلامت اجتماعی پرستاران ایرانی و عوامل مرتبط با آن در طی همه‌گیری COVID-19	عبداللهی و دین‌محمدی ١٤٠١	پرستاری/ کمی (پیمایش)	ایران	وضعیت سلامت اجتماعی پرستاران در ایران از وضعیت نسبتاً مطلوبی برخوردار است. عواملی همچون جنس/ سن/ نوع استخدام بر وضعیت سلامت اجتماعی پرستاران مؤثر بود/ از میان مؤلفه‌های سلامت اجتماعی بیشترین تأثیر مربوط به مشارکت اجتماعی و کمترین تأثیر مربوط به پذیرش اجتماعی است	بالاتر رفتن سطح تحصیلات، سن و تخصصی شدن خدمات قابل‌ارائه از طریق ارتقا وظیفه سازمانی در حوزه مدیریتی-آموزشی در بهبود سطح سلامت اجتماعی پرستاران مفید است/. همچنین تغییر رابطه استخدامی پرستاران به‌صورت دائمی می‌تواند به‌طور مؤثری سطح سلامت اجتماعی آنان را افزایش دهد
٦	اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و سرسختی	حسن‌پور و همکاران ١٤٠١	روانشناسی/ کمی (آزمایش)	کرمان	تفاوت معناداری در بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی وجود دارد که حاکی از اثرگذاری	طرح‌واره درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی پرستاران تأثیر داشت؛

In Press

	روان‌شناختی پرستاران				طرح‌واره درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی است	بنابراین می‌توان از این نوع درمان برای کاهش مشکلات پرستاران و افزایش سلامت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی آن‌ها استفاده کرد
۷	بررسی ارتباط سلامت روانی، اجتماعی و معنوی با اضطراب در دانشجویان پرستاری	بیرانوند و همکاران ۱۴۰۲	پرستاری/ کمی (پیمایش)	خرم‌آباد	دانشجویان پرستاری اضطراب متوسط به بالا داشتند. ارتباط منفی معناداری بین سلامت روانی، اجتماعی و معنوی با اضطراب وجود داشت/ به‌طوری‌که با افزایش سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی، میزان نمره اضطراب کاهش یافت. ارتباط معناداری بین سلامت روانی، اجتماعی و معنوی با مشخصات دموگرافیک وجود نداشت. ولی میانگین سلامت اجتماعی دانشجویانی که علاوه بر دانشجو بودن، شغل کارمندی داشتند و در شهر زندگی می‌کردند، بیشتر از سایر دانشجو موردپژوهش بود.	با افزایش سلامت روانی، اجتماعی و معنوی، میزان اضطراب دانشجویان پرستاری کاهش می‌یابد. با توجه به متوسط بودن سطوح ابعاد سلامتی (سلامت روانی، اجتماعی و معنوی) در دانشجویان پرستاری، آموزش مداوم و دوره‌ای روش‌های ارتقاء ابعاد سلامتی و کنترل اضطراب در این دانشجویان ضروری به نظر می‌رسد.
۸	بررسی ارتباط سلامت اجتماعی باهوش فرهنگی و ارزش‌های دینی پرستاران	چراغ پور و همکاران ۱۴۰۰	جامعه‌شناسی/ کمی (پیمایش)	جنوب استان کرمان	ارتباط مثبت و معنی‌داری بین مؤلفه‌های هوش فرهنگی (فراشناخت، شناختی، انگیزشی، رفتاری) و ارزش‌های دینی (اعتقادی، عبادی، اخلاقی) با سلامت اجتماعی (شکوفایی، همبستگی، انسجام، پذیرش، مشارکت) وجود دارد/ با افزایش میزان هوش فرهنگی، مؤلفه انگیزه، مؤلفه شناختی، مؤلفه	با تقویت هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی می‌توان سلامت اجتماعی پرستاران را افزایش داد/ متغیر هوش فرهنگی و عامل‌های آن در تعامل با نقش واسطه‌ای ارزش‌های دینی در تبیین سلامت اجتماعی

In Press

					رفتاری، ارزش‌های دینی، مؤلفه اخلاقی، مؤلفه عبادی و مؤلفه اعتقادی سلامت اجتماعی‌شان نیز ارتقا می‌یابد. بیشترین تأثیر مؤلفه شناختی، اعتقادی و پذیرش اجتماعی دارد	نقش دارند/ به‌منظور افزایش اثربخشی بر سلامت اجتماعی ارتقا هم‌زمان هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی/ ارتقا سطح سلامت اجتماعی با توجه به تفاوت‌های فردی و شخصیتی در ابعاد دینی و فرهنگی.
۹	رابطه‌ی مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی؛ نقش تعدیلی حمایت‌های اجتماعی کارکنان و پرستاران	نوروز زاده و محمد زاده ۱٤۰۰	مدیریت/ کمی (پیمایش)	گیلان	رابطه معناداری بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی وجود دارد/ با افزایش میزان مهارت‌های اجتماعی، سلامت اجتماعی افزایش می‌یابد/ می‌توان نتیجه گرفت با افزایش حمایت‌های اجتماعی از متوسط به بالا ارتباط میان مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی کاهش و یا تعدیل می‌شود که در این صورت حمایت‌های اجتماعی در ارتباط میان مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی نقش تعدیلگر دارد	بر طبق نتایج حاصل از گروه‌بندی، در دو حالت بالاتر و پایین‌تر از حد متوسط حمایت اجتماعی در رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی اثر تعدیل گر دارد.
۱۰	تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت اجتماعی و خلاقیت پرستاران	رنج دوست و علیزاده ۱۳۹۷	برنامه‌ریزی درسی/ کمی (پیمایش)	تبریز	پرستاران آموزش‌دیده نسبت به گروه آموزش‌ندیده از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند/ تفاوت معناداری در ابعاد خلاقیت (سیالی، انعطاف‌پذیری، بسط و ابتکار) بین این دو گروه وجود دارد، به‌طوری‌که انعطاف‌پذیری در گروه آموزش‌دیده و بسط در گروه	پرستارانی که دوره آموزش مهارت‌های زندگی را پشت سر گذاشته‌اند به‌طور معناداری سلامت اجتماعی و خلاقیت بیشتری از پرستاران آموزش ندیده دارند؛ بنابراین لازم است با گنجاندن برنامه آموزش

In Press

					آموزش‌ندیده تأثیر غالب را نشان می‌دهند.	مهارت‌های زندگی در دوره‌های آموزشی پرستاران به بهبود سلامت اجتماعی و رشد خلاقیت آنان کمک کرد.
۱۱	رابطه خودکارآمدی با سلامت اجتماعی بین پرستاران	محمدی و همکاران ۱۳۹۷	مددکاری اجتماعی/ کمی (پیمایش)	کرمانشاه	رابطه معنی‌داری بین خودکارآمدی پرستاران با سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی) وجود دارد/ بعد مشارکت اجتماعی قوی‌ترین رابطه را با میزان خودکارآمدی دارد/ بین خودکارآمدی با متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات، محل سکونت و سطح درآمد رابطه معنی داری وجود ندارد.	با انجام مداخلات و آموزش‌های مبتنی بر خودکارآمدی، می‌توان سطح سلامت اجتماعی پرستاران را در راستای بهره‌وری بیشتر ارتقا داد.
۱۲	بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی پرستاران	یوسفی و همکاران ۱۳۹۷	پزشکی/ کمی (پیمایش)	شیراز	کیفیت کار این پرستاران با سطح سلامت اجتماعی آنان در ارتباط است و مؤلفه‌های تعیین‌کننده سطح سلامت اجتماعی باید به‌طور جد موردتوجه قرار گیرند/ در میان مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (انسجام، شکوفایی، همبستگی، پذیرش، مشارکت) انسجام اجتماعی بیشترین تأثیر و شکوفایی اجتماعی کمترین تأثیر را دارد/ رابطه معنی‌داری بین جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و رابطه استخدامی با سلامت اجتماعی وجود دارد و سلامت اجتماعی پرستاران مرد متأهل با تحصیلات	سلامت اجتماعی پرستاران در سطح «خوب» برآورد گردید، بااین‌حال به‌منظور ارتقاء سطح این سلامت به حد «عالی»، اجرای مداخلات آموزشی درزمینهٔ سلامت اجتماعی در بین پرستاران ضروری به نظر می‌رسد.

In Press

					کارشناسی ارشد طرحی بیشترین تأثیر داشته است	
۱۳	رابطه فعالیت ورزشی با سلامت اجتماعی و هوش معنوی پرستاران	علوی و همکاران ۱۳۹۶	علوم ورزشی/ کمی (آزمایش)	جهرم	فعالیت ورزشی با بهبود میزان سلامت اجتماعی (شکوفایی، پذیرش، مشارکت، انسجام، همبستگی) و هوش معنوی (تفکر وجودی انتقادی، معنی‌داری شخصی، هوشیاری متعالی، گسترش حالت هوشیاری) ارتباط دارد/ پرستاران گروه فعال در مقیاس‌های شکوفایی، انسجام، پذیرش، مشارکت نمره بهتری نسبت به گروه غیرفعال کسب کردند/ در مقیاس همبستگی، نمره پرستاران گروه غیرفعال بهتر از گروه غیرفعال بود/ پرستاران گروه فعال در مقیاس‌های بسط حالت‌های هوشیاری، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی نمره بهتری نسبت به گروه غیرفعال کسب کردند ولی در مقیاس تفکر وجودی انتقادی، نمره پرستاران گروه غیرفعال بهتر از گروه فعال بود	به‌منظور ارتقای سلامت اجتماعی و هوش معنوی خود، قرار دادن فعالیت‌های بدنی و ورزشی منظم در برنامه هفتگی/ در جهت افزایش سلامت اجتماعی پرستاران مهیاکردن امکانات و تجهیزات لازم
۱٤	بررسی رابطه منزلت حرفه پرستاری با سلامت اجتماعی	توحیدی و همکاران ۱۳۹٦	پرستاری/کمی (پیمایش)	همدان	ارتباط متوسط و معنی‌داری بین منزلت حرفه پرستاری و سه خرده مقیاس سلامت اجتماعی (همبستگی، شکوفایی، مشارکت) وجود دارد/ بیشترین ارتباط انطباق اجتماعی دارد/ و ارتباط معنی‌داری بین منزلت حرفه پرستاری با دو خرده مقیاس سلامت اجتماعی (انسجام، پذیرش) وجود ندارد	با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی، ارتقاء منزلت حرفه‌ای پرستاران می‌تواند راهکاری در افزایش سلامت اجتماعی پرستاران باشد.

In Press

۱. ویژگی‌های ساختاری مطالعات

بررسی توزیع رشته‌های علمی نشان داد که رشته‌های پرستاری و پزشکی با ٤٢,٥ درصد بیشترین سهم تولید پژوهش در حوزه سلامت اجتماعی پرستاران را داشته‌اند. پس از آن رشته‌های مدیریت و علوم ورزشی با ٢١,٥ درصد و روان‌شناسی با ١٤ درصد قرار دارند. رشته‌های جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی و برنامه‌ریزی درسی هرکدام با حدود ٧ درصد کمترین سهم را داشته‌اند.

از نظر روش‌شناسی، ١٢ مطالعه (٨٥,٧ درصد) با روش پیمایشی و ٢ مطالعه (١٤,٣ درصد) با طراحی آزمایشی یا نیمه‌آزمایشی انجام شده‌اند. بخش عمده مطالعات در مقیاس شهرستان انجام شده‌اند (حدود ٧٨,٥ درصد). دو مطالعه در سطح استان و یک مطالعه در سطح ملی صورت گرفته است. در اغلب مطالعات مرورشده، واحد تحلیل در سطح فردی گزارش شده است و بررسی مستقیم مداخلات سازمانی یا سیاست‌های کلان در آنها دیده نمی‌شود.

۲. ابعاد سلامت اجتماعی پرستاران (پنج مضمون اصلی)

پس از تحلیل مطالعات و تبدیل یافته‌های کمی به گزاره‌های تحلیلی (مرحله ششم روش پژوهش)، پنج مضمون اصلی مرتبط با سلامت اجتماعی پرستاران با الهام از مدل پنج بعدی کییز استخراج شد. جدول (٣) این مضامین را به همراه زیرمضامین، گزاره‌های تحلیلی و مطالعات منبع نمایش می‌دهد. در ادامه گزاره‌های تحلیلی هر مضمون گزارش می‌شود.

جدول ٣: مضامین و زیرمضامین استخراج‌شده از مطالعات درباره سلامت اجتماعی پرستاران

مضمون اصلی	زیرمضامین (کدها)	گزاره تحلیلی استخراج‌شده	مطالعات منبع
مشارکت اجتماعی	احساس مؤثر بودن در محیط کار؛ مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها؛ همکاری بین‌رشته‌ای	پرستارانی که در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای مشارکت بیشتری دارند، احساس تعلق و رضایت شغلی بالاتری تجربه می‌کنند.	شوهانی و همکاران (١٤٠٢)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (١٤٠١)، عبداللهی و دین‌محمدی (١٤٠١)، چراغپور و همکاران (١٤٠٠)، نوروززاده و علی‌محمدزاده(١٤٠٠)، رنجدوست و علیزاده (١٣٩٧)، یوسفی و همکاران (١٣٩٧).
همبستگی اجتماعی	فهم شرایط محیطی؛ سازگاری با فشارهای کاری؛ هماهنگی با تیم درمان	درک بهتر ساختار و شرایط محیط کار و توانایی انطباق با آن، با سطوح بالاتر همبستگی اجتماعی همراه است.	شوهانی و همکاران (١٤٠٢)، میرانی و همکاران (١٤٠٢)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (١٤٠١)، یوسفی و همکاران (١٣٩٧).
پذیرش اجتماعی	نگرش مثبت به دیگران؛ احترام و حمایت دوسویه؛ روابط همدلانه	کیفیت روابط بین‌فردی و حمایت اجتماعی در محیط کار نقش مهمی در تقویت پذیرش اجتماعی دارد.	میرانی و همکاران (١٤٠٢)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (١٤٠١)، عبداللهی و دین‌محمدی (١٤٠١)، چراغپور و همکاران (١٤٠٠)، نوروززاده و

In Press

			علی‌محمدزاده (۱٤۰۰)، محمدی و همکاران (۱۳۹۷)، یوسفی و همکاران (۱۳۹۷)، توحیدی و همکاران (۱۳۹٦).
انسجام اجتماعی	حس تعلق به سازمان؛ اعتماد به ساختار؛ امنیت و همدلی	وجود ساختارهای مدیریتی مشارکتی و فضای سازمانی حمایتی با سطوح بالاتر انسجام اجتماعی همراه است.	شوهانی و همکاران (۱٤۰۲)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (۱٤۰۱)، روضه و همکاران (۱٤۰۱)، عبداللهی و دین‌محمدی (۱٤۰۱)، حسن‌پور و همکاران (۱٤۰۱)، چراغپور و همکاران (۱٤۰۰)، نوروززاده و علی‌محمدزاده (۱٤۰۰)، یوسفی و همکاران (۱۳۹۷)، توحیدی و همکاران (۱۳۹٦).
شکوفایی اجتماعی	فرصت رشد حرفه‌ای؛ ارتقای شغلی؛ یادگیری و پیشرفت فردی	محدود بودن فرصت‌های رشد حرفه‌ای و ارتقای شغلی با کاهش احساس شکوفایی اجتماعی همراه است.	روضه و همکاران (۱٤۰۱)، عبداللهی و دین‌محمدی (۱٤۰۱)، بیرانوند و همکاران (۱٤۰۲)، رنجدوست و علیزاده (۱۳۹۷)، یوسفی و همکاران (۱۳۹۷).

مشارکت اجتماعی در اکثر مطالعات به عنوان یکی از ابعاد برجسته سلامت اجتماعی گزارش شده است. این مضمون شامل «احساس مؤثر بودن در محیط کار»، «مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها» و «همکاری بین‌رشته‌ای» است. برای نمونه، در مطالعه شوهانی و همکاران (۱٤۰۲) رابطه مثبت و معناداری بین مشارکت اجتماعی و رضایت شغلی گزارش شده است (جدول ۳). این یافته در فرآیند کیفی‌سازی به گزاره «پرستارانی که در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای مشارکت بیشتری دارند، احساس تعلق و رضایت شغلی بالاتری تجربه می‌کنند» تبدیل شده است.

همبستگی اجتماعی در بخش قابل توجهی از مطالعات گزارش شده است. این بعد شامل درک شرایط محیطی، سازگاری با فشارهای کاری و هماهنگی با تیم درمان است. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که فشار کاری بالا و کمبود نیروی انسانی می‌تواند بر میزان انطباق اجتماعی پرستاران تأثیر بگذارد (شوهانی و همکاران، ۱٤۰۲؛ بخشعلی‌پور و همکاران، ۱٤۰۱).

پذیرش اجتماعی به نگرش مثبت نسبت به دیگران، روابط همدلانه و حمایت متقابل در محیط کار اشاره دارد. در چند مطالعه، حمایت همکاران و کیفیت روابط بین‌فردی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر این بعد گزارش شده است (چراغپور و همکاران، ۱٤۰۰؛ نوروززاده و علی‌محمدزاده، ۱٤۰۰).

In Press

انسجام اجتماعی به حس تعلق سازمانی، اعتماد به ساختارهای مدیریتی و تجربه امنیت اجتماعی در محیط کار مربوط می‌شود. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که وجود ساختارهای مدیریتی مشارکتی و فضای سازمانی حمایتی می‌تواند با سطوح بالاتر انسجام اجتماعی همراه باشد (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷؛ عبداللهی و دین‌محمدی، ۱٤۰۱).

شکوفایی اجتماعی به فرصت‌های رشد حرفه‌ای، یادگیری و پیشرفت شغلی اشاره دارد. در برخی مطالعات، محدود بودن فرصت‌های ارتقای شغلی و آموزشی با سطوح پایین‌تر این بعد از سلامت اجتماعی همراه بوده است (روضه و همکاران، ۱٤۰۱؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۹۷).

۳. عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی پرستاران

تحلیل مطالعات نشان داد که مجموعه‌ای از عوامل زمینه‌ای در چهار دسته با سلامت اجتماعی پرستاران مرتبط هستند:

- **عوامل سازمانی (۸ مطالعه):** شامل حمایت مدیریتی، عدالت سازمانی، فشار کاری، کمبود نیروی انسانی و نوع رابطه استخدامی. این عوامل در مقالات شوهانی و همکاران (۱٤۰۲)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (۱٤۰۱)، عبداللهی و دین‌محمدی (۱٤۰۱)، حسن‌پور و همکاران (۱٤۰۱)، چراغپور و همکاران (۱٤۰۰)، نوروززاده و علی‌محمدزاده (۱٤۰۰)، یوسفی و همکاران (۱۳۹۷) و توحیدی و همکاران (۱۳۹٦) گزارش شده‌اند. برای نمونه، در مقاله عبداللهی و دین‌محمدی (۱٤۰۱)، نوع استخدام (دائمی در مقایسه با موقت) به عنوان یکی از پیش‌بین‌های سلامت اجتماعی شناسایی شده است.

- **عوامل فردی (٦ مطالعه):** شامل سن، سابقه کاری، خودکارآمدی و سرمایه روان‌شناختی. این عوامل در مقالات شوهانی و همکاران (۱٤۰۲)، میرانی و همکاران (۱٤۰۲)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (۱٤۰۱)، رنجدوست و علیزاده (۱۳۹۷)، محمدی و همکاران (۱۳۹۷) و یوسفی و همکاران (۱۳۹۷) گزارش شده‌اند. برای مثال، در مطالعه میرانی و همکاران (۱٤۰۲)، سرسختی روان‌شناختی و راهبردهای مقابله دینی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت معنادار داشته‌اند.

- **عوامل بین‌فردی (۵ مطالعه):** شامل کیفیت روابط با همکاران، همکاری تیمی و میزان حمایت اجتماعی. این عوامل در مقالات میرانی و همکاران (۱٤۰۲)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (۱٤۰۱)، بیرانوند و همکاران (۱٤۰۲)، نوروززاده و علی‌محمدزاده (۱٤۰۰) و توحیدی و همکاران (۱۳۹٦) گزارش شده‌اند. در مطالعه نوروززاده و علی‌محمدزاده (۱٤۰۰)، حمایت اجتماعی نقش تعدیل‌گر در رابطه بین مهارت‌های اجتماعی و سلامت اجتماعی گزارش شده است.

- **عوامل اجتماعی – فرهنگی (۳ مطالعه):** شامل ارزش‌های دینی، هوش فرهنگی و فعالیت بدنی. این عوامل در مقالات روضه و همکاران (۱٤۰۱)، چراغپور و همکاران (۱٤۰۰) و علوی و همکاران (۱۳۹٦) گزارش شده‌اند. به عنوان نمونه، چراغپور و همکاران (۱٤۰۰) گزارش کرده‌اند که هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی با سلامت اجتماعی پرستاران رابطه مثبت معناداری دارند.

٤. پاسخ به سوالات پژوهش

In Press

پاسخ به سوال اول(الگوهای مفهومی): الگوهای مفهومی سلامت اجتماعی پرستاران در ایران عمدتاً بر اساس مدل پنج‌بعدی کییز(مشارکت، انسجام، پذیرش، همبستگی، شکوفایی) بازنمایی شده‌اند. در اکثر مطالعات، مشارکت اجتماعی به عنوان بعد غالب گزارش شده است، در حالی که شکوفایی اجتماعی در بسیاری از مطالعات کمترین میانگین را داشته است.

پاسخ به سوال دوم(مضامین و سازوکارهای مشترک): پنج مضمون اصلی (مشارکت، همبستگی، پذیرش، انسجام، شکوفایی) و چهار دسته عامل مؤثر (سازمانی، فردی، بین‌فردی، اجتماعی – فرهنگی) به عنوان مضامین و سازوکارهای مشترک در تبیین سلامت اجتماعی پرستاران شناسایی شدند. جزئیات در جدول (۳) مستند شده است.

پاسخ به سوال سوم(تعامل عوامل در مدل‌سازی): بر اساس یافته‌های مطالعات بررسی‌شده، ابعاد سلامت اجتماعی در تعامل با عوامل سازمانی، فردی، بین‌فردی و اجتماعی – فرهنگی گزارش شده‌اند. سرمایه روان‌شناختی و مقابله دینی مثبت به عنوان سازوکارهای تقویت‌کننده، ارتباط میان عوامل فردی و سازمانی با سلامت اجتماعی را توضیح می‌دهند.

بحث

یافته‌های این فراترکیب نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی پرستاران مفهومی چندبعدی و پویا است که در تعامل میان عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی شکل می‌گیرد. این نتیجه از طریق ترکیب دو رویکرد نظری (ساختاری مبتنی بر مفاهیم انسجام و یکپارچگی اجتماعی در سنت دورکیمی و ادراکی مبتنی بر مدل بهزیستی اجتماعی کییز) و طبقه‌بندی یافته‌ها در سه سطح تحلیلی (ساختاری، ادراکی و پیامدهای حرفه‌ای) به دست آمد.

برخلاف بسیاری از مطالعات کمی که صرفاً سطح سلامت اجتماعی را گزارش کرده‌اند، تحلیل ترکیبی حاضر نشان داد که تفاوت میان ابعاد سلامت اجتماعی در میان پرستاران می‌تواند ناشی از شرایط ساختاری محیط کار، فشارهای شغلی، فرسودگی حرفه‌ای، کمبود حمایت سازمانی و ناهمخوانی نقش‌ها باشد.

برای نمونه، اگرچه مشارکت اجتماعی در برخی مطالعات میانگین بالاتری داشته است، اما این امر عمدتاً ناشی از ماهیت تعاملی حرفه پرستاری و الزام‌های حرفه‌ای برای همکاری در محیط‌های درمانی است. در مقابل، پایین‌بودن ابعاد ادراکی مانند پذیرش یا انسجام اجتماعی می‌تواند نشان‌دهنده فاصله ادراک‌شده پرستاران از جامعه و تجربه محدود حمایت نهادی در محیط‌های کاری باشد.

مطالعه حاضر همچنین نشان داد که ابعاد فعال و تعامل‌محور سلامت اجتماعی (مانند مشارکت اجتماعی) در مقایسه با ابعاد ادراکی و ارزشی (مانند پذیرش یا شکوفایی اجتماعی) وضعیت مطلوب‌تری دارند. این الگو بیانگر آن است که اگرچه پرستاران به طور مستمر در فعالیت‌های حرفه‌ای و تعاملات سازمانی مشارکت دارند، اما احساس تعلق، پذیرش اجتماعی و فرصت‌های شکوفایی اجتماعی آنان ممکن است تحت تأثیر شرایط کاری و محدودیت‌های ساختاری قرار گیرد. چنین الگویی در برخی مطالعات داخلی نیز گزارش شده است (عبداللهی و دین‌محمدی، ۱۴۰۱).

In Press

در این مطالعه، مجموعه‌ای از عوامل در ارتباط با سلامت اجتماعی پرستاران شناسایی شد. این عوامل شامل عوامل سازمانی و محیط کار (فشار شغلی، فرسودگی، تعارض نقش و کمبود حمایت سازمانی)، عوامل فردی و روان‌شناختی (خودکارآمدی، سلامت روان و سرمایه روان‌شناختی)، عوامل اجتماعی و فرهنگی (حمایت اجتماعی، شبکه‌های ارتباطی، ارزش‌های دینی و هوش فرهنگی) و عوامل بین‌فردی (کیفیت روابط با همکاران و همکاری تیمی) هستند.

در برخی مطالعات مرور شده، نقش عوامل فردی و محیطی در تجربه سلامت اجتماعی پرستاران گزارش شده است. برای نمونه، چراغپور و همکاران (۱٤۰۰) نشان دادند که متغیرهایی مانند هوش فرهنگی و ارزش‌های دینی می‌توانند با سلامت اجتماعی پرستاران مرتبط باشند. همچنین در مطالعه شوهانی و همکاران (۱٤۰۲) که یک پژوهش مقطعی بر روی ۱۷۷ پرستار بود، ارتباط مستقیم و معناداری میان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی پرستاران گزارش شد. در آن مطالعه، سلامت روان و شرایط محیطی به عنوان عواملی تعیین‌کننده بر ادراک انسجام و همبستگی اجتماعی معرفی شده‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی پرستاران در تعامل میان منابع فردی و شرایط محیط کار شکل می‌گیرد.

پیامدهای سیاستی

یافته‌های این پژوهش می‌تواند برای سیاست‌گذاران نظام سلامت ایران مفید باشد:

۱. **بازطراحی ساختار حمایت سازمانی:** با توجه به تأثیر قوی عوامل سازمانی، پیشنهاد می‌شود «نظام پشتیبان روانی–اجتماعی» در بیمارستان‌ها راه‌اندازی شود.

۲. **افزایش مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری:** حضور پرستاران در کمیته‌های بالینی و فرآیندهای بهبود کیفیت باید تسهیل شود.

۳. **کاهش فشارکاری:**رفع کمبود نیروی انسانی و تعدیل شیفت‌های متوالی باید در اولویت باشد.

٤. **طراحی مداخلات ترکیبی:** مداخلات آینده باید تلفیقی از آموزش مهارت‌های فردی و اصلاحات ساختاری باشند.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه با چند محدودیت مواجه بود: (۱) تمرکز عمده مطالعات بر روش‌های کمی باعث شد برخی ابعاد معنایی و تجربه زیسته پرستاران کمتر منعکس شود. (۲) عدم دسترسی به برخی پایان‌نامه‌ها و پژوهش‌های منتشرنشده ممکن است منجر به سوگیری انتشار شده باشد. (۳) تفاوت در تعاریف عملیاتی سلامت اجتماعی در مطالعات مختلف، هم‌سازسازی داده‌ها را دشوار کرد. (٤) تمرکز بر ایران امکان تعمیم‌پذیری نتایج به سایر کشورها را محدود می‌کند. (۵) این فراترکیب صرفاً بر مطالعات منتشرشده در زبان فارسی انجام شده و مطالعات مرتبط با سلامت اجتماعی پرستاران ایران در زبان انگلیسی از دامنهٔ تحقیق خارج بوده‌اند. (٦) نبود مطالعات طولی باعث می‌شود نتوان درباره روند تغییرات سلامت اجتماعی پرستاران قضاوت قطعی کرد.

In Press

در مجموع، نتایج این فراترکیب نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی پرستاران نتیجه تعامل میان عوامل فردی، سازمانی، بین‌فردی و اجتماعی است. بررسی ابعاد مختلف سلامت اجتماعی نشان داد که ابعاد تعامل‌محور (مانند مشارکت اجتماعی) در مقایسه با ابعاد ادراکی و ارزشی (مانند پذیرش و شکوفایی اجتماعی) وضعیت مطلوب‌تری دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ارتقای سلامت اجتماعی پرستاران مستلزم توجه همزمان به منابع فردی و شرایط ساختاری محیط کار است. نتایج این پژوهش می‌تواند مبنایی برای طراحی برنامه‌های حمایتی، بهبود سیاست‌های مدیریت منابع انسانی و توسعه مداخلات مبتنی بر شواهد در نظام سلامت باشد.

ملاحظات اخلاقی

لازم به ذکر است در این مقاله همه ملاحظات اخلاقی اعم از ارجاع به منابع، رعایت حقوق ذینفعان، تمامیت علمی و ... رعایت شده است.

منابع و مآخذ

References

Abdollahi, A., & Dinmohammadi, M. R. (2022). Social health of Iranian nurses and its related factors during the COVID-19 pandemic. ***Qom University of Medical Sciences Journal***, 16(6), 488-499. https://doi.org/10.32598/qums.16.6.2679.1 (In Persian)

Ahmadi, M., Hezarjaribi, J., & Tabakhian-e-Qomi, P. (2023). Social health in the elderly: A meta-analytic study. ***Journal of Gerontology***, 8 (3), 80-93. (In Persian)

Alavi, S., Ahmadi, M. A., & Zar, A. S. (2018). Association between physical activity and social health and spiritual intelligence among nurses. ***Community Health***, 5(2), 94-102. http://doi.org/10.22037/ch.v5i2.16680 (In Persian)

Bakhshalipour, V., & Miandeh Roudsari, H. (2022). The relationship of psychological capital with quality of life and social health of nurses working in treatment centers of Guilan University of Medical Sciences. ***Journal of Culture and Health Promotion of the Academy of Medical Sciences,*** 6(1), 102-109. (In Persian)

Beiranvand, M. N., Mehrabirad, F., Alishahi, M., & Pouya, F. (2023). The relationship between mental, social and spiritual health and anxiety in nursing students of Islamic Azad University, Khorramabad Branch. ***Iranian Journal of Nursing Research***, 18(1), 85-96. (In Persian)

Cheraghpour, R., Hejazi, N., & Mohammadi, A. (2021). Structural model of social health of nurses in health centers based on cultural intelligence variables and religious values: A case study in the south of Kerman Province. ***Iranian Journal of Psychiatric Nursing,*** 9(2), 41-51. (In Persian)

Durkheim, E. (1951). ***Suicide: A study in sociology*** (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Free Press. (Original work published 1897)

Hassanpour, E., Karimi-Afshar, E., Soltani-Nejad, M. S., & Manzari-Tavakoli, V. (2023). The effectiveness of group schema therapy on social health and psychological toughness of nurses at Afzalipur Hospital of Kerman, Iran. ***Nursing and Midwifery Journal,*** 20(11), 922-930. (In Persian)

Keyes, C. L. M. (1998). ***Social well-being. Social Psychology Quarterly,*** 61 (2), 121-140.

In Press

Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), ***How healthy are we? A national study of well-being at midlife*** (pp. 350-372). University of Chicago Press.

Larson, J. S. (1996). The measurement of social well-being. ***Social Indicators Research,*** 38(3), 285-296.

Mirani, I., Maleki, A., Gharibdoost, M., & Bayat, S. (2023). Mediating role of religious coping in the relationship between psychological hardiness and social health of nurses. ***Scientific Journal of Islamic Studies in the Field of Health***, 7(1), 69-80. (In Persian)

Modiri, F., Safiri, K., & Mansourian, F. (2017). Investigating social health and its influencing factors. ***Quarterly Journal of Social Development,*** 12(2), 7-28. (In Persian)

Mohammadi, A., Kheftan, P., Amirpour, B., Sepidehdam, M., & Gholami Jam, F. (2018). Self-efficacy relationship with social health among nurses in Taleghani Hospital in Kermanshah. Iranian ***Journal of Health Education and Health Promotion,*** 6(1), 72-79. https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72 (In Persian)

Norouzzadeh, A., & Ali-Mohammadzadeh, K. (2021). Relationship between social skills and social health: The adjusting role of social support for employees and nurses of Guilan Health Network. ***Journal of Healthcare Management,*** 12(2), 31-43. (In Persian)

Ranjdoust, S., & Alizadeh, L. (2018). Effect of life skills training on social health and nurses creativity. ***Journal of Nursing Education,*** 7(3), 49-56. https://doi.org/10.21859/jne-07037 (In Persian)

Reza Doost, K., Hosseinzadeh, A., & Rostami, A. (2019). Investigating sociological factors affecting the social health of students at Shahid Chamran University of Ahvaz. ***Social Development,*** 53(14), 1-30. (In Persian)

Rozeh, M., Ansari, M., & Abazari, Z. (2022). Investigating the relationship between the use of social networks and social health of nursing and midwifery students in Tehran University of Medical Sciences in 2022. ***Iranian Journal of Nursing Research,*** 17(2), 18-26. https://doi.org/10.22034/IJNR.17.2.18 (In Persian)

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2007). ***Handbook for synthesizing qualitative research***. Springer Publishing Company.

Sandelowski, M., Voils, C. I., & Knafl, G. (2009). On quantitizing. ***Journal of Mixed Methods Research,*** 3(3), 208-222.

Shohani, M., Mahmoudi, A., Abedi Gheshlaghi, L., & Dirkand Moghadam, A. (2023). Relationship between quality of life and social health of nurses caring for patients with COVID-19. ***Quarterly Journal of Geriatric Nursing***, 9(3), 112-126. (In Persian)

Tohidi, S., Jamshidi, F., Khalili, Z., Alimohammadi, N., & Shayan, A. (2017). Assessing the relationship between nursing occupational prestige and social health. ***Iranian Journal of Nursing Research,*** 12(5), 71-78. https://doi.org/10.21859/ijnr-120510 (In Persian)

Wang, H., Zhang, D., Yan, F., & Hou, Z. (2018). Association between social health insurance and choice of hospitals among internal migrants in China: A national cross-sectional study. ***BMJ Open,*** 8(2), e018440.

World Health Organization. (1948). ***Constitution of the World Health Organization.*** Geneva: WHO.

Yousefi, A., Radinmanesh, M., Ahmadi Marzaleh, M., Abbaszadeh, M. S., & Kavosi, Z. (2018). A survey on social factors affecting social health in nurses in teaching hospitals of Shiraz University of Medical Sciences in 2018. ***The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty***, 16(8), 603-611. (In Persian)

In Press