Social Health in Nurses: A Meta-Synthesis Study

1- Jafar Hezarjaribi
PhD in Sociology, Department of Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2- Narjes Hajmohammadi
PhD Student in Social Welfare, Department of Social Welfare, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
narges_hajmohammadi@atu.ac.ir

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.

Method: Using a metasynthesis 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.

Findings: 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 valueoriented dimensions (social acceptance and social flourishing). Weaknesses in the perceptual and valueoriented dimensions were associated with workplace conditions, economic pressures, and structural limitations. Managerial support, organizational justice, workload, selfefficacy, and psychological capital were identified as the most important factors related to nurses' social health.

Discussion: Focusing solely on interaction-oriented dimensions of social health (participation and cohesion) is insufficient to improve nurses' social health. Since weaknesses in perceptual and value-oriented dimensions (acceptance and flourishing) stem from job pressures and structural constraints, effective interventions should focus on improving working conditions, strengthening organizational support, and enhancing nurses' participation in health policy-making. The proposed integrated framework can serve as a practical guide for health system managers and policymakers in designing programs to promote nurses' social health.

Keywords
Iran, Metasynthesis, Nurses, Social health

Received: 2025/06/10
Revised: 2025/11/20
Accepted: 2026/06/29

Citation: Hezarjaribi J, Hajmohammadi N. (2026). Social Health in Nurses: A Meta-Synthesis Study. Social Welfare Quarterly. 26(2), 169-198. doi:10.22034/refahj.26.2.4690.1
URL: http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4483-en.html

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

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 wellbeing 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). 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 employed a metasynthesis approach based on the sevenstep model proposed by Sandelowski and Barroso (2007). 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 and et al, 2009).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

A systematic search was conducted in six Persianlanguage databases: SID, Magiran, IranDoc, Noormags, Civilica, and the Comprehensive Portal of Humanities (Ensani.ir) from 2017 to 2023. Keywords were combined using Boolean operators and included: “social health,” “nurses,” “social wellbeing,” “dimensions of social health,” “social participation,” “social cohesion,” “social acceptance,” “psychological capital,” “selfefficacy,” “cultural intelligence,” “religious values,” “social skills,” and “physical activity.” The initial search yielded 160 articles.

Inclusion criteria were: (a) focus on social health of nurses, (b) conducted in Iran, (c) published in scientificresearch journals, (d) quantitative, qualitative, or mixedmethods design, (e) fulltext availability, and (f) publication between 2017 and 2023. Exclusion criteria were: irrelevant topic, review or systematic review studies, nonnurse 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. Fulltext screening excluded 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 crosssectional studies (12 articles) and the CASP checklist for intervention studies (2 articles). Disagreements were resolved by a third reviewer. All selected studies received a “moderate to high” quality rating. Intercoder reliability for data extraction was established with Cohen’s kappa = 0.82.

Findings

The 14 included articles were published in 12 scientificresearch journals over seven years (2017–2023). 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, 85.7% used crosssectional survey designs, and 14.3% used experimental or quasiexperimental designs. 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.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

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. Interactionoriented dimensions, particularly social participation and social cohesion, were more frequently reported and more favorable compared with perceptual/valueoriented 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, selfefficacy, 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 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 indicate that interactionoriented dimensions of nurses' social health (social participation and cohesion) have received greater attention and appear to be more favorable than perceptual/valueoriented 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.

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 decisionmaking processes. The integrated conceptual framework present-

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

ed 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 evidencebased interventions.

Limitations

This study has several limitations. First, the predominant reliance on quantitative, crosssectional designs limited the depth of qualitative understanding of nurses' lived experiences. Second, the lack of access to some unpublished theses may have introduced publication bias. Third, differences in operational definitions and measurement tools of social health across studies made data harmonization challenging. Fourth, the focus on Iranian studies restricts generalizability 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

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles, including proper citation, scientific integrity, and respect for authors' rights, have been observed throughout the research process. Given the metasynthesis nature of this study and the use of published data, obtaining an ethics code was not required.

Authors' contributions

The authors contributed to the study design, systematic search, quality assessment of articles, data analysis and synthesis, and drafting of the initial manuscript. All authors have reviewed and approved the final version of the article.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency. It was conducted with the internal support of Allameh Tabataba'i University.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to express their sincere gratitude to all researchers whose articles were utilized in this metasynthesis, and to all individuals who assisted us in conducting this research.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

سلامت اجتماعی در پرستاران؛ یک مطالعه فراترکیب

۱. جعفر هزارجریبی
دکتر جامعه شناس، گروه رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲. نرجس حاج‌محمدی
دانشجوی دکتری رفاه اجتماعی، گروه رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران. ایران. (نویسنده مسئول)
narges_hajmohammadi@atu.ac.ir

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 در سالهای اخیر، ضرورت بررسی نظام‌مند و تحلیلی این پژوهشها احساس می‌شود. هدف این مطالعه، سنتز یافته‌های پژوهشهای مرتبط با سلامت اجتماعی پرستاران در ایران در 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 شد. 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: *توجه به ابعاد تعامل‌محور سلامت اجتماعی (مشارکت و انسجام) به‌تنهایی برای ارتقای سلامت اجتماعی پرستاران کافی نیست. ازآنجاکه ضعف در ابعاد ادراکی و ارزشی (پذیرش و شکوفایی) ریشه در فشارهای شغلی و محدودیتهای ساختاری دارد، مداخلات مؤثر باید بر اصلاح شرایط کاری، تقویت حمایت سازمانی و مشارکت پرستاران در سیاست‌گذاری سلامت متمرکز باشد. چارچوب ترکیبی ارائه‌شده می‌تواند راهنمایی عملی برای مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت در طراحی برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی پرستاران باشد.*

واژه‌های کلیدی
ایران، پرستار، سلامت اجتماعی، فراترکیب

تاریخ دریافت: *۱۴۰۴/۰۳/۲۰*

آخرین اصلاح: *۱۴۰۴/۰۸/۲۹*

تاریخ پذیرش: *۱۴۰۵/۰۴/۰۸*

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

مقدمه

سلامت[1] به‌عنوان یکی از اساسی‌ترین شاخصهای توسعه اجتماعی (عبداللهی و دین‌محمدی، ۲۰۲۲؛ چراغپور و همکاران، ۲۰۲۱)، مفهومی چندوجهی و پویا است (احمدی و همکاران، ۲۰۲۳). 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، ۲۰۱۸). 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، ۲۰۲۲).

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[7] و همکاران، ۲۰۱۸). ازاین‌رو، سلامت اجتماعی این گروه حرفه‌ای با کیفیت مراقبت، رضایت شغلی و تعهد سازمانی ارتباط دارد (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۸؛ نقی بیرانوند و همکاران، ۲۰۲۳). با وجود افزایش پژوهشها

1. health
2. World Health Organization (WHO)
3. Social Health
4. Social WellBeing
5. Keyes
6. Larson
7. Wang

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

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، ۲۰۱۸؛ روضه و همکاران، ۲۰۲۲)، اما تاکنون یک مدل مفهومی تلفیقی که ابعاد و عوامل مؤثر بر آن را یکپارچه کند ارائه نشده است. ازآنجاکه 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[1]، می‌تواند امکان ادغام نظام‌مند یافته‌های مطالعات پراکنده را فراهم کند (ساندلوسکی و بارسو[2]، ۲۰۰۷).

با توجه به فقدان مرورهای نظام‌مند و تلفیقی درزمینه 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. Meta-synthesis
2. Sandelowski and Barroso

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

چارچوب مفهومی

سلامت اجتماعی 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 (لارسن، ۱۹۹۶؛ کییز و شاپیرو[1]، ۲۰۰۴). در ادبیات سلامت، سلامت اجتماعی بیانگر توانایی فرد در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی، مشارکت در فعالیتهای جمعی و ادغام در محیط اجتماعی است.

از نظر نظری، ریشه‌های مفهوم سلامت اجتماعی را می‌توان در سنت جامعه‌شناختی کلاسیک جست‌وجو کرد. اگرچه امیل دورکیم اصطلاح «سلامت اجتماعی» را به کار نبرده است، اما مفاهیم «انسجام اجتماعی[2]» و «یکپارچگی اجتماعی[3]» در آثار وی به‌عنوان عوامل بنیادین حفظ نظم اجتماعی و رفاه افراد مطرح شده‌اند (دورکیم، ۱۸۹۷/۱۹۵۱). بر اساس این دیدگاه، کیفیت پیوندهای اجتماعی و میزان ادغام افراد در شبکه‌های اجتماعی نقش مهمی در سلامت و کارکرد اجتماعی آنان دارد. در محیط‌های کاری نیز شرایط اجتماعی و سازمانی، کیفیت روابط حرفه‌ای و میزان حمایت اجتماعی می‌توانند بر سلامت اجتماعی کارکنان، به‌ویژه پرستاران، اثرگذار باشند.

در کنار این رویکرد ساختاری، مدل بهزیستی اجتماعی کییز (۱۹۹۸) یکی از معتبرترین چارچوبهای نظری برای تبیین ابعاد ادراکی سلامت اجتماعی به شمار می‌رود. کییز سلامت اجتماعی را در پنج مؤلفه شامل پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی تبیین می‌کند (کییز، ۱۹۹۸؛ کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴). این مدل نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی صرفاً محصول شرایط ساختاری جامعه نیست، بلکه به برداشت و ارزیابی افراد از جایگاه و روابط اجتماعی خود نیز وابسته است.

1. Keyes & Shapiro
2. Social Cohesion
3. Social Integration

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

بر اساس تلفیق دیدگاه جامعه‌شناختی دورکیم و مدل بهزیستی اجتماعی کییز، چارچوب مفهومی پژوهش حاضر در سه سطح تحلیلی سازمان‌دهی شده است:

الف) سطح ساختاری[1]: شامل عوامل اجتماعی و سازمانی مؤثر بر سلامت اجتماعی پرستاران، ازجمله حمایت سازمانی و بین‌فردی، عدالت و امنیت شغلی، کیفیت ارتباطات حرفه‌ای، فشار نقش، بارکاری و فرصتهای مشارکت اجتماعی که در مطالعات واردشده در این فراترکیب به‌عنوان مهم‌ترین زمینه‌های شکل‌گیری سلامت اجتماعی گزارش شده‌اند (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۸؛ عبداللهی و دین‌محمدی، ۲۰۲۲؛ نوروززاده و علی‌محمدزاده، ۲۰۲۱).

ب) سطح ادراکی (بهزیستی اجتماعی): شامل پنج مؤلفه مدل کییز، یعنی پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و شکوفایی اجتماعی که بیانگر نحوه ادراک پرستاران از کیفیت روابط اجتماعی و جایگاه آنان در محیط حرفه‌ای است (کییز، ۱۹۹۸).

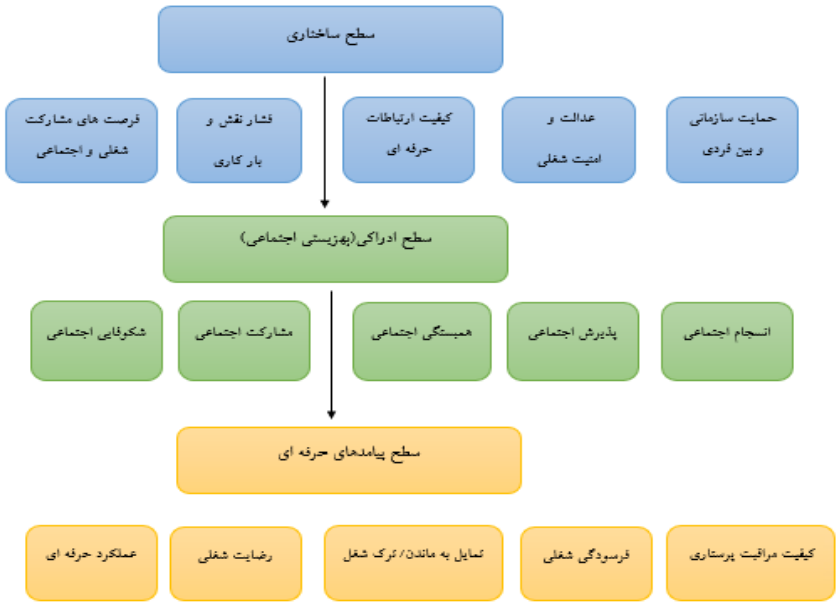
ج) سطح پیامدهای حرفه‌ای[2]: شامل پیامدهایی نظیر کیفیت مراقبت پرستاری، کیفیت زندگی، رضایت شغلی، عملکرد حرفه‌ای و تعهد سازمانی که در مطالعات مرورشده با سلامت اجتماعی پرستاران مرتبط گزارش شده‌اند (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۸؛ توحیدی و همکاران، ۲۰۱۷؛ بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری، ۲۰۲۲).

1. Structural Level
2. Professional Outcomes

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

شکل (۱): مدل مفهومی پژوهش



بر این اساس، مدل مفهومی پژوهش حاضر سلامت اجتماعی پرستاران را به‌عنوان سازه‌ای محوری که شرایط ساختاری محیط کار را به پیامدهای حرفه‌ای پیوند می‌دهد، در نظر می‌گیرد. این مدل با تلفیق دو رویکرد نظری ساختاری (مبتنی بر مفاهیم انسجام و یکپارچگی اجتماعی در اندیشه دورکیم) و ادراکی (بر پایه مدل بهزیستی اجتماعی کییز) تدوین شده و مبنای سازمان‌دهی، تحلیل و تفسیر یافته‌های فراترکیب حاضر را تشکیل می‌دهد (شکل ۱).

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

یافته‌های پراکنده برای تولید دانش تفسیری جدید است. اگرچه بیشتر مطالعات واردشده دارای طراحی کمی بودند، اما بر اساس رویکرد «کیفی‌سازی داده‌های کمی[1]» (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 به‌عنوان روشی منعطف‌تر و سازگارتر انتخاب شد.

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 قابل‌استخراج است؟ تعامل میان عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی در شکل‌گیری سلامت اجتماعی چگونه قابل مدل‌سازی است؟ چارچوب مطالعه شامل:

- جمعیت: پرستاران ایرانی
- پدیده موردبررسی: 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:

1. Qualitizing

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

- 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. این پایگاهها 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 شد. 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 «کووید۱۹–».
- بازه 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 جمعاً ۱۶۰ مقاله جستجو شد.

مرحله سوم: تبیین مقالات مورد تأیید: فرآیند جستجو، غربالگری و انتخاب مطالعات برای افزایش شفافیت گزارش‌دهی بر اساس رهنمودهای PRISMA[1] انجام شد.

- معیارهای ورود شامل: (الف) موضوع پژوهش: سلامت اجتماعی پرستاران، (ب) محدوده جغرافیایی: مطالعات انجام‌شده در ایران، (ج) نوع نشریه: مقالات علمی–پژوهشی، (د) 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

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

بوده‌اند و از پرسشنامه کییز استفاده کرده‌اند. (ه) دسترسی: دارابودن متن کامل مقاله، (و) بازه زمانی: انتشار بین سالهای ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ (شمسی).

- معیارهای خروج شامل: موضوعات غیرمرتبط با سلامت اجتماعی پرستاران، مطالعات مروری و نظام‌مند، جامعه آماری غیر از پرستاران، مقالات تکراری، متن ناقص یا داده ناکافی (فاقد متن کامل، فاقد آمار قابل‌استخراج، عدم امکان استخراج گزاره‌های تحلیلی) و انتشار خارج از بازه زمانی تعیین‌شده بود. شایان‌ذکر است که معیارهای ورود و خروج بر اساس سه سطح چارچوب مفهومی پژوهش (ساختاری، ادراکی و پیامدهای حرفه‌ای) تنظیم شدند تا هماهنگی میان روش‌شناسی و چارچوب نظری پژوهش حفظ شود.
- پس از حذف مقالات تکراری (۳۱ مورد)، غربالگری عنوان و چکیده (۷٤ مورد نامرتبط) و بررسی متن کامل (٤۱ مورد حذف شامل ۲۲ مطالعه مروری، ۱۳ مورد داده ناکافی و ٦ مورد خارج از بازه زمانی)، نهایتاً ١٤ مقاله برای تحلیل نهایی انتخاب شدند.

مرحله چهارم: ارزیابی کیفیت مقالات: برای تضمین روایی و کیفیت مقالات منتخب، از چک‌لیستSTROBE[1] برای ۱۲ مطالعه پیمایشی (کمی) و از چک‌لیستCASP[2] برای مطالعات مداخله‌ای برای ۲ مطالعه با طراحی نیمه‌تجربی (حسن‌پور و همکاران، ۲۰۲۲ و علوی و همکاران، ۲۰۱۸) 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.

مرحله پنجم: روش استخراج داده‌ها: فرآیند استخراج داده‌ها شامل: مشخصات پژوهش، روش، ابزار، جامعه، نمونه، یافته‌ها، 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.

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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

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 ۴۵/۰ بین «مشارکت اجتماعی» و «رضایت شغلی» در مقاله شوهانی و همکاران (۲۰۲۳) 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 به‌عنوان منبع توانمندسازی حرفه‌ای» را دریافت کرد.

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

مرحله هفتم: ترکیب و ارائه نهایی نتایج: در مرحله نهایی، مضامین کلیدی با استفاده از روش «ترکیب تفسیری» تجمیع شدند. بر اساس مدل کییز، پنج بعد اصلی سلامت اجتماعی شامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی شناسایی شد. همچنین عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در چهار دسته شامل سازمانی، فردی، بین فردی و اجتماعی– فرهنگی طبقه‌بندی شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه فراترکیب، ۱۴ مقاله منتشرشده در بازه زمانی ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ در ۱۲ مجله علمی – پژوهشی موردبررسی قرار گرفتند. جدول (۱) خلاصه‌ای از مشخصات این مطالعات را ارائه می‌دهد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

جدول ۱: مقالات انتخاب‌شده برای تجمیع و طبقه‌بندی

ردیف	نویسندگان / سال انتشار	رشته / روش تحقیق	میدان مطالعه	یافته‌ها	نتیجه‌گیری
۱	شوهانی و همکاران، ۲۰۲۳	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 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.	شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران/ ارتقاء کیفی ارائه خدمات پرستاری/ ارتقای سلامت جامعه
۲	میرانی و همکاران، ۲۰۲۳	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 تحت‌تأثیر 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 برای ارتقا و بهبود سلامت اجتماعی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

ردیف	نویسندگان / سال انتشار	رشته / روش تحقیق	میدان مطالعه	یافته‌ها	نتیجه‌گیری
۳	بخشعلی پور و میاندهی رودسری، ۲۰۲۲	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، مشارکت اجتماعی) پرستاران/ بیشترین تأثیر مشارکت اجتماعی، سلامت روانی و تاب‌آوری / کمترین تأثیر شکوفایی اجتماعی، عملکرد جسمانی و خودکارآمدی	توجه هر چه بیشتر به ارتقای سرمایه روان‌شناختی در پرستاران/ برنامه‌ریزی برای بهبود عوامل تأثیرگذار در برنامه‌های ارتقای کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد.
٤	روضه و همکاران، ۲۰۲۲	پرستاری/ کمی (پیمایش)	تهران	بین شبکه‌های اجتماعی (واتس‌آپ، 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 برای ارتقاء سلامت اجتماعی دانشجویان گامهای مؤثری را برداشت.
٥	عبداللهی و دین‌محمدی، ۲۰۲۲	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.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

ردیف	نویسندگان / سال انتشار	رشته / روش تحقیق	میدان مطالعه	یافته‌ها	نتیجه‌گیری
۶	حسن‌پور و همکاران، ۲۰۲۲	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 است.	طرح‌واره درمانی گروهی بر سلامت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی پرستاران تأثیر داشت؛ بنابراین می‌توان از این نوع درمان برای کاهش مشکلات پرستاران و افزایش سلامت اجتماعی و سرسختی روان‌شناختی آنها استفاده کرد.
۷	نقی بیرانوند و همکاران، ۲۰۲۳	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	چراغ پور و همکاران، ۲۰۲۱	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 رفتاری، ارزشهای دینی، مؤلفه اخلاقی، مؤلفه عبادی و مؤلفه اعتقادی سلامت اجتماعی‌شان نیز ارتقا می‌یابد. بیشترین تأثیر مؤلفه شناختی، اعتقادی و پذیرش اجتماعی است.	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 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.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

ردیف	نویسندگان / سال انتشار	رشته / روش تحقیق	میدان مطالعه	یافته‌ها	نتیجه‌گیری
۹	نوروززاده و محمدزاده، ۲۰۲۱	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 تعدیل‌گر دارد.
۱۰	رنج دوست و علیزاده، ۲۰۱۸	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 آموزش‌ندیده تأثیر غالب را نشان می‌دهند.	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 مهارتهای زندگی در دوره‌های آموزشی پرستاران به بهبود سلامت اجتماعی و رشد خلاقیت آنان کمک کرد.
۱۱	محمدی و همکاران، ۲۰۱۸	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 معنی‌داری وجود ندارد.	با انجام مداخلات و آموزشهای مبتنی بر خودکارآمدی، می‌توان سطح سلامت اجتماعی پرستاران را در راستای بهره‌وری بیشتر ارتقا داد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

ردیف	نویسندگان / سال انتشار	رشته / روش تحقیق	میدان مطالعه	یافته‌ها	نتیجه‌گیری
۱۲	یوسفی و همکاران، ۲۰۱۸	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 کارشناسی ارشد طرحی بیشترین تأثیر داشته است.	سلامت اجتماعی پرستاران در سطح «خوب» برآورد شد، بااین‌حال به‌منظور ارتقاء سطح این سلامت به حد «عالی»، اجرای مداخلات آموزشی درزمینه سلامت اجتماعی در بین پرستاران ضروری به نظر می‌رسد.
۱۳	علوی و همکاران، ۲۰۱۸	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، قراردادن فعالیتهای بدنی و ورزشی منظم در برنامه هفتگی/ در برای افزایش سلامت اجتماعی پرستاران مهیاکردن امکانات و تجهیزات لازم

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

ردیف	نویسندگان / سال انتشار	رشته / روش تحقیق	میدان مطالعه	یافته‌ها	نتیجه‌گیری
۱۴	توحیدی و همکاران، ۲۰۱۷	پرستاری/کمی (پیمایش)	همدان	ارتباط متوسط و معنی‌داری بین منزلت حرفه پرستاری و سه خرده‌مقیاس سلامت اجتماعی (همبستگی، شکوفایی، مشارکت) وجود دارد/ بیشترین ارتباط انطباق اجتماعی دارد/ و ارتباط معنی‌داری بین منزلت حرفه پرستاری با دو خرده‌مقیاس سلامت اجتماعی (انسجام، پذیرش) وجود ندارد.	با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی، ارتقاء منزلت حرفه‌ای پرستاران می‌تواند راهکاری در افزایش سلامت اجتماعی پرستاران باشد.

۱. ویژگیهای ساختاری مطالعات

از نظر رشته‌های علمی، پرستاری و پزشکی با ۴۲/۵ درصد بیشترین سهم را داشتند و مدیریت و علوم ورزشی (۲۱/۵ درصد)، روان‌شناسی (۱۴ درصد)، جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی و برنامه‌ریزی درسی (هرکدام حدود ۷ درصد) در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. از نظر روش‌شناسی، ۸۵/۷ درصد مطالعات پیمایشی و ۱۴/۳ درصد آزمایشی یا نیمه‌آزمایشی بودند. بخش عمده مطالعات در مقیاس شهرستان (۷۸/۵ درصد) انجام شده و واحد تحلیل در همه مطالعات فردی بوده است.

۲. ابعاد سلامت اجتماعی پرستاران (پنج مضمون اصلی)

پس از تحلیل داده‌ها و تبدیل یافته‌های کمی به گزاره‌های تحلیلی، پنج مضمون اصلی بر اساس مدل کییز استخراج شد (جدول ۲).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

جدول ۲: مضامین و زیرمضامین استخراج‌شده از مطالعات درباره سلامت اجتماعی پرستاران

مضمون اصلی	زیرمضامین (کدها)	گزاره تحلیلی استخراج‌شده	مطالعات منبع
مشارکت اجتماعی	احساس مؤثربودن 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 (۲۰۲۳)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (۲۰۲۲)، عبداللهی و دین‌محمدی (۱۴۰۱)، چراغپور و همکاران (۲۰۲۱)، نوروززاده و علی‌محمدزاده (۲۰۲۱)، رنجدوست و علیزاده (۲۰۱۸)، یوسفی و همکاران (۲۰۱۸).
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 (۲۰۲۳)، میرانی و همکاران (۲۰۲۳)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (۲۰۲۲)، یوسفی و همکاران (۲۰۱۸).
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 (۲۰۲۳)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (۲۰۲۲)، عبداللهی و دین‌محمدی (۲۰۲۲)، چراغپور و همکاران (۲۰۲۱)، نوروززاده و علی‌محمدزاده (۲۰۲۱)، محمدی و همکاران (۲۰۱۸)، یوسفی و همکاران (۲۰۱۸)، توحیدی و همکاران (۲۰۱۷).
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 (۲۰۲۳)، بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری (۲۰۲۲)، روضه و همکاران (۲۰۲۲)، عبداللهی و دین‌محمدی (۲۰۲۲)، حسن‌پور و همکاران (۲۰۲۲)، چراغپور و همکاران (۲۰۲۱)، نوروززاده و علی‌محمدزاده (۲۰۲۱)، یوسفی و همکاران (۲۰۱۸)، توحیدی و همکاران (۲۰۱۷).
شکوفایی اجتماعی	فرصت رشد حرفه‌ای؛ ارتقای شغلی؛ یادگیری و پیشرفت فردی	محدودبودن فرصتهای رشد حرفه‌ای و ارتقای شغلی با کاهش احساس شکوفایی اجتماعی همراه است.	روضه و همکاران (۲۰۲۲)، عبداللهی و دین‌محمدی (۲۰۲۲)، نقی بیرانوند و همکاران (۲۰۲۳)، رنجدوست و علیزاده (۲۰۱۸)، یوسفی و همکاران (۲۰۱۸).

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

مشارکت اجتماعی شامل احساس مؤثربودن، مشارکت در تصمیم‌گیری و همکاری بین‌رشته‌ای است و در اکثر مطالعات به‌عنوان بعد برجسته گزارش شده است (شوهانی و همکاران، ۲۰۲۳).

همبستگی اجتماعی شامل درک شرایط محیطی و سازگاری با فشارهای کاری است که تحت‌تأثیر فشار کاری و کمبود نیرو قرار می‌گیرد (شوهانی و همکاران، ۲۰۲۳؛ بخشعلی‌پور و همکاران، ۲۰۲۲).

پذیرش اجتماعی با حمایت همکاران و کیفیت روابط بین‌فردی مرتبط است (چراغپور و همکاران، ۲۰۲۱؛ نوروززاده و علی‌محمدزاده، ۲۰۲۱).

انسجام اجتماعی با ساختارهای مدیریتی مشارکتی و فضای سازمانی حمایتی همراه است (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۸؛ عبداللهی و دین‌محمدی، ۲۰۲۲).

شکوفایی اجتماعی با محدودیت فرصتهای ارتقای شغلی و آموزشی همراه بوده است (روضه و همکاران، ۲۰۲۲؛ یوسفی و همکاران، ۲۰۱۸).

۳. عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی پرستاران

تحلیل مطالعات نشان داد که چهار دسته عامل با سلامت اجتماعی پرستاران مرتبط هستند:

- **عوامل سازمانی (۸ مطالعه)**: شامل حمایت مدیریتی، عدالت سازمانی، فشار کاری، کمبود نیروی انسانی و نوع رابطه استخدامی. برای نمونه، در مقاله عبداللهی و دین‌محمدی (۲۰۲۲)، نوع استخدام (دائمی در مقایسه با موقت) به‌عنوان یکی از پیش‌بینهای سلامت اجتماعی شناسایی شده است.
- **عوامل فردی (٦ مطالعه)**: شامل سن، سابقه کاری، خودکارآمدی و سرمایه روان‌شناختی. در مطالعه میرانی و همکاران (۲۰۲۳)، 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. در مطالعه نوروززاده و علی‌محمدزاده (۲۰۲۱)، حمایت اجتماعی

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]
[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

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. چراغپور و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کرده‌اند که هوش فرهنگی و ارزشهای دینی با سلامت اجتماعی پرستاران رابطه مثبت معناداری دارند.

٤. پاسخ به سؤالات پژوهش

پاسخ به سؤال اول (الگوهای مفهومی): الگوهای مفهومی سلامت اجتماعی پرستاران در ایران عمدتاً بر اساس مدل پنج‌بعدی کییز بازنمایی شده‌اند. مشارکت اجتماعی به‌عنوان بعد غالب و شکوفایی اجتماعی کمترین میانگین را داشته است.

پاسخ به سؤال دوم (مضامین و سازوکارهای مشترک): پنج مضمون اصلی (مشارکت، همبستگی، پذیرش، انسجام، شکوفایی) و چهار دسته عامل مؤثر (سازمانی، فردی، بین‌فردی، اجتماعی–فرهنگی) به‌عنوان سازوکارهای مشترک شناسایی شدند.

پاسخ به سؤال سوم (تعامل عوامل): ابعاد سلامت اجتماعی در تعامل با عوامل سازمانی، فردی، بین‌فردی و اجتماعی–فرهنگی گزارش شده‌اند. سرمایه روان‌شناختی و مقابله دینی مثبت به‌عنوان سازوکارهای تقویت‌کننده عمل می‌کنند.

بحث

یافته‌های این فراترکیب در چارچوب مدل مفهومی پژوهش که بر ترکیب دو رویکرد نظری (ساختاری دورکیمی و ادراکی کییز) استوار است، نشان داد که سلامت اجتماعی پرستاران مفهومی چندبعدی و پویاست که در تعامل میان سه سطح تحلیلی ساختاری، ادراکی و پیامدهای حرفه‌ای شکل می‌گیرد.

در سطح ساختاری، عواملی نظیر حمایت سازمانی، عدالت شغلی، فشار نقش و بارکاری،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

مهم‌ترین زمینه‌های ساختاری تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی پرستاران هستند. این یافته با رویکرد دورکیمی همخوانی دارد که بر نقش انسجام و یکپارچگی اجتماعی در حفظ نظم اجتماعی و رفاه افراد تأکید می‌کند (دورکیم، ۱۸۹۷/۱۹۵۱).

در سطح ادراکی، یافته‌ها در قالب پنج مؤلفه مدل کییز سازماندهی شد. نتایج نشان داد که ابعاد فعال و تعامل‌محور سلامت اجتماعی (مشارکت اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی) در مقایسه با ابعاد ادراکی و ارزشی (پذیرش و شکوفایی) وضعیت مطلوب‌تری دارند. برای نمونه، اگرچه مشارکت اجتماعی در برخی مطالعات میانگین بالاتری داشته، اما این امر عمدتاً ناشی از ماهیت تعاملی حرفه پرستاری است. در مقابل، پایین‌بودن ابعاد ادراکی می‌تواند نشان‌دهنده فاصله ادراک‌شده پرستاران از جامعه و تجربه محدود حمایت نهادی باشد (عبداللهی و دین‌محمدی، ۲۰۲۲). این الگو نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی صرفاً نتیجه شرایط ساختاری نیست، بلکه به ارزیابی و ادراک فرد از جایگاه خود نیز وابسته است (کییز و شاپیرو، ۲۰۰٤).

در سطح پیامدهای حرفه‌ای، سلامت اجتماعی پرستاران با کیفیت مراقبت، کیفیت زندگی، رضایت شغلی، عملکرد حرفه‌ای و تعهد سازمانی رابطه دارد (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۸؛ توحیدی و همکاران، ۲۰۱۷؛ بخشعلی‌پور و میاندهی رودسری، ۲۰۲۲). بر اساس مدل مفهومی (شکل ۱)، سلامت اجتماعی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای میان شرایط ساختاری و پیامدهای حرفه‌ای عمل می‌کند.

نوآوری پژوهش در ارائه مدلی تلفیقی بر پایه دو رویکرد ساختاری و ادراکی است که می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات چندسطحی قرار گیرد. برخلاف مطالعات کمی که صرفاً سطح سلامت اجتماعی را گزارش کرده‌اند، تحلیل ترکیبی حاضر نشان داد که تفاوت میان ابعاد سلامت اجتماعی ناشی از شرایط ساختاری، فشارهای شغلی، فرسودگی، کمبود حمایت سازمانی و ناهمخوانی نقشهاست.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

این یافته بر اهمیت نگاه چندسطحی تأکید می‌کند و نشان می‌دهد که مداخلات صرفاً فردی یا سازمانی به‌تنهایی نمی‌تواند مؤثر باشد. بهبود سلامت اجتماعی پرستاران مستلزم مداخلات هم‌زمان در هر سه سطح است: اصلاح شرایط ساختاری، تقویت ابعاد ادراکی و توجه به پیامدهای حرفه‌ای.

این یافته‌ها با پژوهشهای پیشین همخوانی دارد. به‌عنوان نمونه، چراغپور و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که هوش فرهنگی و ارزشهای دینی با سلامت اجتماعی پرستاران مرتبط هستند. همچنین در مطالعه شوهانی و همکاران (۲۰۲۳)، ارتباط مستقیم و معناداری میان سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی پرستاران گزارش شد.

درمجموع، فراترکیب حاضر با بهره‌گیری از چارچوب مفهومی ترکیبی و سازماندهی یافته‌ها در سه سطح تحلیلی، مدلی تلفیقی برای تبیین سلامت اجتماعی پرستاران ارائه می‌دهد. مدل مفهومی ارائه‌شده می‌تواند به‌عنوان چارچوبی نظری برای طراحی مداخلات چندسطحی و سیاستهای ارتقای سلامت اجتماعی پرستاران در نظام سلامت ایران مورداستفاده قرار گیرد.

پیامدهای سیاستی

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

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

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

۳. کاهش فشار کاری: رفع کمبود نیروی انسانی و تعدیل شیفتهای متوالی.

٤. **طراحی مداخلات ترکیبی**: تلفیق آموزش مهارتهای فردی و اصلاحات ساختاری.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

محدودیتهای پژوهش

این مطالعه با چند محدودیت مواجه بود: (۱) تمرکز عمده مطالعات بر روشهای کمی باعث شد ابعاد معنایی و تجربه‌زیسته پرستاران کمتر منعکس شود. (۲) عدم دسترسی به برخی پایان‌نامه‌ها ممکن است منجر به سوگیری انتشار شده باشد. (۳) تفاوت در تعاریف عملیاتی سلامت اجتماعی، 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 دامنه تحقیق خارج بوده‌اند. (٦) نبود مطالعات طولی باعث می‌شود نتوان درباره روند تغییرات سلامت اجتماعی پرستاران قضاوت قطعی کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی، ازجمله استناد صحیح، امانت‌داری علمی و احترام به حقوق مؤلفان، در تمامی مراحل پژوهش رعایت شده است. با توجه به ماهیت فراترکیب این مطالعه و استفاده از داده‌های منتشرشده، اخذ کد اخلاق الزامی نبوده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان در طراحی مطالعه، جستجوی سیستماتیک، ارزیابی کیفیت مقالات، تحلیل و ترکیب داده‌ها و نگارش پیش‌نویس اولیه مقاله مشارکت داشته‌اند. همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده‌اند.

تأمین مالی

این پژوهش فاقد هرگونه منبع مالی خارجی بوده و با حمایت داخلی دانشگاه علامه طباطبائی (ره) انجام شده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

تعارض منافع

هیچ تضاد منافعی بین نویسندگان در این مقاله وجود نداشت.

قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس‌گزاری صمیمانه خود را از تمامی پژوهشگرانی که مقالات آنها در این فراترکیب مورداستفاده قرار گرفته است و همچنین از همه افرادی که ما را در انجام این تحقیق یاری کرده‌اند، ابراز می‌دارند.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

- 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. http://joge.ir/article-1-659-en.html. (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. http://ijhp.ir/article-1-506-en.html. (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.http://ijpn.ir/article-1-1652-fa.html (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. (2022). 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. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4801-en.html. (In Persian)

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

- 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. (2018). Investigating social health and its influencing factors. ***Quarterly Journal of Social Development***, 12(2), 7-28. 10.22055/qjsd.2018.13506. (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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]

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)

- Naghibeiranvan, M., 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. http://ijnr.ir/article-1-2714-fa.html (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.https://sanad.iau.ir/Journal/jhm/Article/806480. (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://jne.ir/article-1-898-en.html.(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. http://ijnr.ir/article-1-2686-en.html. (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. https://www.magiran.com/p2784767. (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.http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3606-fa.html. (In Persian)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-14]

[DOI: 10.22034/refahj.26.2.4690.1]