

تحلیل جامعه‌شناختی ارزیابی ذهنی جوانان از شاخص‌های سلامت اجتماعی

(مطالعه موردی جوانان شهرستان قاین خراسان جنوبی)*

محمدحسن شربتیان^۱

پویا طوافی^۲

چکیده

نوشتار حاضر به سنجش میزان سلامت اجتماعی در جوانان می‌پردازد. چارچوب نظری این تحقیق در بعد سلامت اجتماعی شاخص‌های استاندارد شده کبیز است. در بحث روش‌شناسی نوع پیمایش حاضر توصیفی-همبستگی است. جامعه مورد مطالعه جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله شهرستان قاین واقع در خراسان جنوبی بوده که حجم نمونه مورد نظر بر اساس فرمول کوکران ۲۰۰ نفر انتخاب شده‌اند، بر اساس روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و تصادفی ساده افراد جامعه آماری از طریق پرسشنامه‌های استاندارد شده و خودمحقق ساخته مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. در مجموع ضرایب آلفای کرونباخ تحقیق حاضر ۰/۷۵ بدست آمده است. از نرم افزار SPSS22 برای تحلیل داده‌های تحقیق به همراه آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی از جمله همبستگی پیرسون، آزمون T با دو نمونه مستقل (برای بررسی تفاوت) استفاده شده است. نتایج نشان می‌دهد میزان سلامت اجتماعی جوانان در این شهر در حد متوسط رو به بالا ارزیابی شده است و مؤلفه انسجام اجتماعی از ابعاد سلامت اجتماعی بالاترین رتبه و مؤلفه مشارکت اجتماعی پایین‌ترین رتبه را به خود اختصاص داده‌اند. نتایج به دست آمده از این پژوهش بیانگر وجود ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن و پایگاه اقتصادی و اجتماعی) با متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) است. همچنین تفاوت بین دو متغیر وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی معنی‌دار است، ولی بین جنس و میزان سلامت اجتماعی تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید.

کلید واژه: انسجام اجتماعی، انطباق اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی

مشارکت اجتماعی.

** تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۲/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۳

* این مقاله از طرح حمایت پژوهانه دانشگاه پیام نور مستخرج گردیده است.

۱- گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ایران sharbatyian@pnu.ac.ir

۲- گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور مرکز تهران غرب، تهران، ایران tavafi8997@ gmail.com

۱- مقدمه و بیان مسأله

سلامتی و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، پدیده‌ای است که مورد توجه تمامی انسان‌ها، گروه‌های اجتماعی و جوامع بشری می‌باشد. «سلامتی در گفتمان‌های متنوعی توصیف و تبیین شده است که این گفتمان‌ها به طور اجتماعی ساخت یافته‌اند. گرچه مفاهیم سلامتی، ذهن و بدن طی مکان و زمان‌های مختلف، متفاوت بوده‌اند اما برای تمامی فرهنگ‌ها و جوامع، نقش اساسی در تجارب زندگی انسان‌ها بازی کرده‌اند». دو بوس^۱ سلامت را اینگونه تعریف می‌کند: «سلامت نشانه نبودن نسبی درد و ناراحتی و تطابق و هماهنگی به منظور اطمینان از بهترین عملکرد است» (مهری، ۱۳۹۰: ۵۸). با در نظر گرفتن سلامتی به عنوان مفهومی متأثر از مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی، روانی-اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، مذهبی و محیطی باید اذعان داشت که در این معنا، سلامتی دیگر تنها دغدغه دست‌انداران علوم پزشکی نیست، بلکه تمامی دانشمندان علوم اجتماعی، به ویژه انسان‌شناسان، جامعه‌شناسان و روان‌شناسان، به بررسی آن علاقمند هستند.

سازمان بهداشت جهانی، بهزیستن یا آسایش کامل از نظر اجتماعی را یکی از ابعاد سلامتی تعریف می‌کند. در عصر حاضر، ابعاد، رویکردها و شاخص‌های مربوط به سلامت اجتماعی^۲ در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت، مورد توجه بسیاری قرار گرفته‌است. «بلوک و برسلو^۳ کسانی بودند که برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسش‌های گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکاران^۴ در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی فرد است. آنها معتقد بودند که رفاه و آسایش فردی امری متمایز از سلامت جسمی و روانی است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد» (فروم، ۱۳۸۵: ۳۴۲).

جوانان بیش از نیمی از منابع انسانی مؤثر در توسعه جوامع بشری را تشکیل می‌دهند. نسل جدید شاهد دگرگونی‌های فنی و اجتماعی بی‌سابقه بوده است، افزایش تنوع در ارزش‌ها و نگرش‌ها در عرصه-

1. Do boos
2. Social health
3. Belloc & Breslow
4. Donald & et al

های مختلف اجتماعی همراه با فرآیند افزایش کثرت گرایی در شیوه زندگی و فشار فرد گرایی در مورد جوانان به علت ویژگی‌های خاص خود، شدیدتر و گاهی نگران کننده‌تر است. از آنجا که جامعه بدون داشتن افرادی سالم نمی‌تواند به حیات خود ادامه دهد، لذا برخورداری اعضای جامعه خصوصاً جوانان از سلامت اجتماعی و میزان پیوند میان آنها و جامعه زمینه کافی برای تبادلات اجتماعی، فرهنگی و عاطفی را فراهم می‌آورد.

سلامت شرط ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی^۱ است «انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم بدانند و هم جامعه آنها را سالم بدانند در این حالت سلامت در ردیف ارزش‌های اجتماعی قرار می‌گیرد و متغیرهای منحصراً زیستی برای به دست‌دادن تعریفی از آن کافی نخواهد بود» (هزارجریبی و همکار، ۱۳۹۱: ۲۹۱). همانطور که دیوید بلین^۲ (۱۹۹۷) مطرح می‌کند، «مسیر علت و معلولی در تبیین رابطه بین موقعیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت ممکن است دوطرفه باشد. به عبارت بهتر سلامت، موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد را تضمین می‌کند و در عوض شرایط اجتماعی نیز بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد» (بلین، ۱۹۹۷؛ به نقل از مارموت و همکار، ۱۳۸۶: ۲۰). بنابراین سلامت، یکی از مؤلفه‌های اصلی در زندگی افراد برای قرارگرفتن آنها در طبقات مختلف اجتماعی، همچنین عاملی مهم در ایجاد فرصت‌های رشد، توسعه و تعالی فرد و جامعه محسوب می‌شود.

از نظر کیز^۳ «سلامت اجتماعی دارای شاخص‌های متعددی است که این ابعاد شامل: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی است.» همچنین کیز معتقد است «کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد» (کیز، ۲۰۰۴: ۸۴). وی مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند. در واقع سلامتی امری فراتر از وجود نشانه‌های بیماری و قابلیت‌ها و توانایی‌های کارکردی در افراد می‌باشد. رفاه و آسایش در زندگی با وجود سلامت جسمی و روانی کامل نمی‌گردد. برای رسیدن به این امر، سازگاری و تعادل در عملکرد افراد و بنا به تعریف کیز، کیفیت روابط با دیگران و گروه‌های اجتماعی نیز می‌بایست ملاک قرار بگیرد.

براساس سند چشم‌انداز بلندمدت جمهوری اسلامی ایران، تأمین سلامت در ابعاد مختلف بویژه سلامت اجتماعی با مفهوم عمیق و وسیع آن به عنوان یک استراتژی بلندمدت، کشور را به تصویر می‌کشد.

1. Social roles
2. David Blane
3. Keyes

روشن است هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی که نیازی فردی و اجتماعی است، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها و نیز یافتن راه‌های ارتقاء آن می‌باشد. بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت در گروه‌ها و اقشار مختلف جامعه از جمله گروه جوانان به عنوان پیشروان توسعه، رویکردی است که موجب بهبود کیفیت زندگی، رفاه و رضایت از زندگی می‌شود. با توجه به نقش سازنده جوانان در جامعه، سلامت این قشر از اهمیت بسزایی برخوردار است.

جوانان به مثابه سرمایه‌های انسانی هر جامعه‌ای هستند. « آنان به لحاظ برخورداری از توان و انرژی قادرند تأثیر تعیین‌کننده‌ای بر آینده جامعه داشته باشند. سلامت جوانان یک مسأله حیاتی است که امروزه موجب چالش‌های زیادی شده است» (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۸). اهمیت این مسأله زمانی بیشتر می‌شود که برخی مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات این قشر روندی افزایشی داشته است. عنصر مهم در این جریان کسب شناخت واقع‌بینانه از خود و دیگری و عوامل محیطی می‌باشد و این امر ضرورت سلامت اجتماعی را ایجاب می‌کند زیرا سلامت اجتماعی به نوعی می‌تواند توانمندی و کارایی فرد محسوب شود و به سرمایه‌گذاری افراد در روابط اجتماعی و در اختیارگرفتن منابع موجود در این روابط در سطح جامعه و کسب بازده کمک کند.

سلامت اجتماعی به مثابه بعدی از سلامت انسانی در کنار دو بعد سلامت همگانی و روانی تأثیر بسزایی در بهترکردن شرایط بهزیستن افراد در جامعه خواهد داشت. با توجه به معیارهای اجتماعی، فرهنگی و رفاهی در هر جامعه‌ای می‌توان ابعاد مختلف این پدیده را در کیفیت زندگی و عملکرد فردی و جمعی شهروندان مورد ارزیابی قرار داد. بر این اساس سنجش شاخص‌های سلامت اجتماعی و عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر آن در بین زندگی نسل جوان جامعه که آینده جامعه را رقم می‌زند، باید مورد تحقیق قرار گیرد. تا بتوان با مطالعه دقیق این شاخص و با ارائه تدابیر و راهبردهای اجتماعی و فرهنگی در سطح جامعه انواع آسیب‌های اجتماعی و انحرافات جمعی را کاهش داد و سطح سلامت همگانی جامعه را در بعد اجتماعی ارتقاء داد.

در این پژوهش ضمن بررسی مفهوم سلامت اجتماعی، هدف اصلی این است که با طرح سؤالات در ابعاد سلامت اجتماعی به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه پی‌برده شود. براساس چنین امری مهمترین سؤالات بیان‌شده در این ارتباط که در طی فرآیند تحقیق به آن پاسخ داده می‌شود عبارت است از:

- ۱- جوانان شهرستان قاین به چه میزان از شاخص سلامت اجتماعی بهره‌مند هستند؟
- ۲- هر یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، و تأهل، پایگاه اقتصادی و اجتماعی) چه رابطه‌ای می‌توانند با سلامت اجتماعی جوانان داشته باشند.

۳- با توجه به میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی جوانان چه راهکارها و راهبردهایی در پیشبرد و ارتقاء این پدیده اجتماعی می‌توان به صورت کاربردی و عملیاتی ارائه داد؟

۲- پیشینه تجربی پژوهش

- صبوری (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش، که برگرفته از پایان نامه دانشگاهی در دانشگاه پیام نور است، با هدف بررسی میزان سلامت اجتماعی تدوین گردیده است. جامعه آماری آن از بین کارکنان منطقه ۱۱ شهر تهران انتخاب شده است. براساس یافته‌های به دست آمده محقق به این نتایج دست یافت: بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی (یکی از متغیرهای جمعیت شناختی) با سلامت رابطه‌ای وجود ندارد؛ این درحالی است که یکی از فرضیات مهم تحقیق به این مهم اختصاص داده شده است. ولی برخلاف انتظار تأثیر آن معنادار نگردیده است؛ لذا پژوهشگر سایر فاکتورها را مورد مطالعه قرار داده است، رابطه میزان تحصیلات، میزان درآمد با سلامت اجتماعی معنادار به دست آمده است. در بررسی تفاوت بین سلامت اجتماعی مردان و زنان، متغیر جنسیت به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده که نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین جنسیت و سلامت اجتماعی وجود ندارد. به عبارتی تفاوتی در میزان سلامت اجتماعی مردان و زنان مشاهده نگردیده است.

- شربتیان (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام نور مشهد: به بررسی این پدیده پرداخته است. یافته‌های بدست آمده حاکی از این است که «با بررسی رابطه بین جنسیت و سلامت اجتماعی مشخص شد بعد پیوستگی اجتماعی، سهم داشت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری دارد؛ بطوری که میانگین نمرات پسران در پیوستگی اجتماعی و سهم داشت اجتماعی بیشتر از دختران است. یافته‌ها نشان می‌دهد که دانشجویان متأهل نسبت به دانشجویان مجرد از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردارند. همچنین سرمایه اجتماعی به عنوان یک عامل مؤثر بر سلامت اجتماعی مطرح می‌شود و براساس مدل رگرسیون ابعاد اعتماد و مشارکت اجتماعی بیشترین اهمیت را در تعیین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دارند» (شربتیان، ۱۳۹۱: ۱۶۹-۱۶۸). نتایج بدست آمده از تحلیل رگرسیون نشان داد که ۵۹ درصد از تغییرات واریانس سلامت اجتماعی بوسیله دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی تبیین می‌شود.

- هزار جریبی و ارفعی عین‌الدین (۱۳۹۱) در مقاله‌ای با عنوان اوقات فراغت و سلامت اجتماعی: به بررسی رابطه بین نحوه گذران اوقات فراغت به عنوان یکی از عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی با سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت پرداخته است. روش تحقیق پیمایشی و به صورت مقطعی

و جامعه آماری جوانان ۱۵-۲۹ سال شهرستان بستان آباد انجام شده است. در نهایت یافته‌های تحقیق حاکی از آن است، میزان سلامت اجتماعی در بین جامعه آماری در حد متوسط بوده و رابطه معنادار و همبستگی مستقیم و مثبتی بین میزان رضایت از اوقات فراغت و نحوه گذران اوقات فراغت با فراغت اجتماعی، عملی - جسمانی وجود دارد. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد میزان رضایت از فراغت و همچنین گذران اوقات فراغت می‌تواند با فعالیت‌هایی که جنبه اجتماعی و عملی دارند و بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر گذارند، در ارتباط هستند.

- حاتمی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی که برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه علامه طباطبایی می‌باشد، با هدف بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی انجام یافته است. سلامت اجتماعی دانشجویان به صورت توزیع نرمال و در حد متوسط به دست آمد. و بین شبکه‌های اجتماعی، منابع حمایت اجتماعی شبکه‌ها، ارتباط شبکه‌ای و پایگاه اقتصادی - اجتماعی دانشجویان با میزان سلامت اجتماعی آنان ارتباط معناداری را نشان می‌دهد. همچنین در این پژوهش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان به این صورت مشخص گردید. ۱۵/۵ درصد دانشجویان، سلامت اجتماعی پایین، ۶۶/۶ درصد سلامت اجتماعی متوسط و تنها ۱۸ درصد دارای سلامت اجتماعی بالا بودند (حاتمی، ۱۳۸۹: ۱۳۳).

- کنگرلو (۱۳۸۷) در مقاله‌ای با عنوان بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیرشاهد دانشگاه علامه طباطبایی به سنجش سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد با روش پیمایشی پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. میانگین مجموع نمرات کسب شده برای دانشجویان شاهد برابر ۶ و ۱۰۹ به دست آمد و برای دانشجویان غیرشاهد برابر ۴ و ۱۱۱ به دست آمد. ولی بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و دانشکده‌ی محل تحصیل‌شان و بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و میزان پنهان کردن سهمیه شاهد تفاوت معناداری وجود داشته است؛ همچنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادران‌شان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و وضعیت تأهل‌شان، بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و نوع جنسیت آنها، تفاوت معناداری وجود ندارد (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۲۲۰).

- تباردرزی (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان علوم بهزیستی و توان‌بخشی به سنجش سلامت اجتماعی ۱۶۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی پرداخت. نتایج نشان داده که به طور کلی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی با توجه به نمرات کسب شده، متوسط بوده و در این بین

نمرات سلامت اجتماعی دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد از دانشجویان مقطع کارشناسی، دانشجویان متأهل از دانشجویان مجرد، دانشجویان شاغل از دانشجویان غیرشاغل و دانشجویان پسر از دانشجویان دختر بالاتر بود. همچنین بین متغیر سلامت اجتماعی با متغیرهای رشته تحصیلی دانشجویان، تحصیلات والدین، سن دانشجو، وضعیت سکونت و مذهب دانشجویان ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشده است (تباردرزی، ۱۳۸۶: ۹۷).

- بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان (نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی) سعی کرده‌اند ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به‌عنوان شاخص نظم اجتماعی با جنبه‌های دیگری از سلامت مثل میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت را مورد بررسی قرار دهند (Blanco & Dize, 2007: 61-71).

- کیکوگنانی^۱ و همکار (۲۰۰۷) در پژوهشی به نام "مشارکت اجتماعی، درک جمعی و بهزیستن" مطالعه موردی در بین دانشجویان سعی کردند «تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع، و بهزیستن اجتماعی در میان جوانان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی بپردازند و تأثیر این عوامل را بر سلامت اجتماعی ارزیابی کنند» (Cicognani & etal. 2007:97-110).

- کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) در مقاله‌ای با عنوان بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی به بررسی سلامت اجتماعی در ارتباط با متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل جنسیت، تأهل، وضعیت شغلی و ... پرداخته‌اند. آنان نشان دادند که «وضعیت شغلی برای سلامت اجتماعی زنان مهمتر از مردان است و زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری داشتند، سلامت اجتماعی کمتری نسبت به مردانی با همان جایگاه شغلی گزارش دادند؛ بر این اساس می‌توان گفت همین‌طور که جایگاه شغلی افزایش می‌یابد زنان نسبت به مردان، بطور فزاینده‌ای سطوح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام اجتماعی را گزارش می‌کنند (Keyes & Shapiro, 2004: 325).

- کیز (۱۹۹۸) در پژوهشی با عنوان بررسی روایی ساختاری ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی (کیز، ۱۹۹۸) جهت بررسی روایی ساختاری ابعاد مقیاس سلامت اجتماعی؛ با استفاده از اندازه‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سلامت عمومی، شادی، رضایت، سلامت جسمانی و میزان خوش‌بینی به مطالعه روی دو نمونه وسیع در آمریکا پرداخت که در هر دو نمونه نشان داد که نظریه پنج‌عاملی وی مناسب‌ترین مدل برای سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد بهداشت روانی است و به این نتیجه رسید که عناصر سلامت اجتماعی و روانی به‌طور تجربی از هم متمایز هستند. کیز در تحقیق خود نشان داد که

ناهنجاری اجتماعی تنها با دو عامل از پنج عامل سلامت اجتماعی معنی دارد (۵۵ درصد با شکوفایی اجتماعی و ۴۹ درصد با پذیرش اجتماعی). مطابق با نتایج سلامت اجتماعی به‌طور واضحی با جایگاه اجتماعی رضایت از زندگی اجتماعی رابطه دارد (پاتنام، ۲۰۰۰ به نقل از کبیز و شاپیرو ۲۰۰۴).

- بلوک و برسلو (۱۹۷۳) در پژوهشی با عنوان مفهوم سازی شاخص سلامت اجتماعی برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ به بسی مفهوم سلامت اجتماعی می‌پردازند. نتایج اشاره به این دارد که در بررسی ابعاد سلامت اجتماعی، انسجام اجتماعی پایین‌ترین مقدار را در بین جوان ترها، افرادی که تجربه ازدواج نافرجام داشته‌اند و افراد مجرد با جایگاه پایین شغلی داشت. بیشترین میزان مشارکت اجتماعی در زنان مجرد با جایگاه شغلی بالا و کم‌ترین میزان در مردان مسن با جایگاه اجتماعی پایین گزارش شد. همچنین شکوفایی اجتماعی بیشترین میزان را در بزرگسالان ۴۵-۵۴ و افراد دارای جایگاه شغلی بالا و کم‌ترین میزان را در جوان ترها و افراد با جایگاه اجتماعی پایین به خود اختصاص داد. بیشترین میزان انطباق اجتماعی در مردان متأهل و دارای جایگاه اجتماعی بالا و کمترین میزان آن در زنان متأهل و مسن با وضعیت شغلی پایین مشاهده شد. سرانجام پذیرش اجتماعی در زنان مسن با پایگاه شغلی بالا بیشترین میزان و در مردان جوان‌تر با پایگاه اجتماعی پایین کمترین میزان را به خود اختصاص داد.

۳- چارچوب نظری

مطالعات مربوط به سلامت، بیشتر به وجه خصوصی از سلامت تأکید دارد. ولی افراد در درون ساختارهای اجتماعی و ارتباطات قرار دارند و با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی بی‌شماری روبرو هستند. ابعاد سلامت روانی یک بازتاب درونی از سازگاری فرد، و دیدگاهش نسبت به زندگی را ارائه می‌دهد، ولی تنها یکی از شش بعد سلامت روان، (روابط مثبت با دیگران) بیانگر توانایی برقراری و حفظ رابطه صمیمی و اطمینان‌بخش بین فردی است. سلامت اجتماعی بیشتر به ابعاد اجتماعی و عمومی که افراد توسط آن عملکردشان را در زندگی ارزیابی می‌کنند، توجه دارد. کبیز و لارسون (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست تعریف می‌کنند و معتقد هستند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند می‌باشد. لارسون و کبیز با توجه به رویکرد سلامت محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون (۱۹۹۳) «سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت یا عدم رضایت فرد از

زندگی و محیط اجتماعی است» (Larson, 1993: 285). کیز از یک اصل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی نشأت می‌گیرد. طبق نظر کیز «حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت و خصوصاً سلامت ذهن پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی‌اش مثلاً به‌عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد» (Keyes & Shapiro, 2004: 5). کیز معتقد است «بهزیستی یک اساس و بنیان اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند» و «عملکرد اجتماعی خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و چالش‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد. همچنین وی معتقد است «بین سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری در جامعه و جایگاه اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد از نظر کیز هیچ ادبیات پژوهشی روی سلامت اجتماعی در بُعد فردی وجود ندارد» (سام آرام، ۱۳۸۱: ۱۲). کیز سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی به‌عنوان عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند. کیز در یک تحلیل عامل گسترده نشان داد که بهداشت روانی دارای ابعاد هیجانی، روانی و اجتماعی است و با توجه به مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی یک مدل پنج بعدی قابل سنجش ارائه داد. طبق این ابعاد فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماعی را بصورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای باقوه‌هایی برای رشد و شکوفایی بداند. احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی متعلق به خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای مقیاس سلامت اجتماعی وی طیف مثبتی از ارزیابی فرد از تجاربش در جامعه است.

جدول شماره ۱: سطح تحلیل در سلامت اجتماعی

سطوح تجربه و تحلیل			پیوستار
فردی	میان فردی	اجتماعی	
از خودبیگانگی، بی‌هنجاری	پرخاشگری و خشونت	میزان قدرت، خودکشی و بزهکاری	منفی
ابعاد سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴)	مبادله انواع حمایت اجتماعی، اعتماد	سرمایه اجتماعی، تأثیر جمعی	مثبت

منبع: هم‌گیرشناسی سلامت اجتماعی در آمریکا، کیز و شاپیرو (۲۰۰۴)

تحت تأثیر مدل سلامت، کیز بر اساس بعد اجتماعی و سطح تحلیل فردی ۵ بعد و شاخص اساسی، برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده است که عبارتند از:

الف: شکوفایی اجتماعی

شکوفایی اجتماعی به معنای دانستن و اعتقاد داشتن به این است که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است. فکرکردن به اینکه جامعه پتانسیل رشد به شکل مثبت را دارد و می‌تواند این پتانسیل را به شکل بالفعل درآورد. شکوفایی یعنی باور به اینکه اجتماع سرنوشت خویش را در دست دارد و به مدد توان بالقوه‌اش سیر تکاملی خود را کنترل می‌کند (Ibid: 10).

ب: انطباق اجتماعی

انطباق اجتماعی یعنی اعتقاد به اینکه اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. همبستگی اجتماعی در مقابل بی‌معنایی در زندگی قابل مقایسه است و شامل ارزیابی فرد از اجتماع به صورت قابل فهم، قابل پیش‌بینی و مخصوص در حقیقت درکی که فرد نسبت به کیفیت سازماندهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد. افراد سالم، علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند، قادر به فهم وقایع اطرافشان هستند خود را با تصور اینکه در حال زندگی در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب‌نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهایشان را از جهت فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند (کییز، ۱۹۹۸: ۱۸).

ج: پذیرش اجتماعی

داشتن گرایش مثبت نسبت به افراد و به طور کلی پذیرش افراد علی‌رغم برخی رفتارهای سردرگم‌کننده و پیچیده آنها، پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود است. در پذیرش خود فرد نگرش مثبت و احساس خوبی در مورد خود و زندگی گذشته دارد و با وجود ضعف‌ها و ناتوانایی‌هایی که دارد هم جنبه خود را می‌پذیرد. افراد باور دارند که مردم می‌توانند سعی و مؤثر باشند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند (Keyes & Shapiro; 2004; 22).

د: مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی اجتماع می‌داند و فکر می‌کند چیز ارزشمندی برای عرضه به دنیا و اجتماع خود دارد. این افراد تلاش می‌کنند که احساس دوست داشته شدن کنند و در دنیایی که صرفاً بدلیل انسان بودن برای آنها ارزش قائل است، سهیم باشند. مشارکت اجتماعی موازی با بعد هدف در زندگی از مقیاس سلامت روان است (حسینی، ۱۳۸۷: ۳۴). مشارکت اجتماعی همچنین شبیه به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکار آمدی است. مشارکت اجتماعی بطور کلی یعنی اینکه آیا و به چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه که در دنیا انجام می‌دهد بوسیله اجتماع ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است (Ibid: 10).

ه: انسجام اجتماعی

انسجام یا همان همبستگی اجتماعی به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد. احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن. بنابراین انسجام اجتماعی آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آنها و کسانی که واقعیت اجتماعی آنها را می‌سازند وجود دارد مثل همسایه‌هایشان (سام آرام، ۱۳۸۷: ۷).

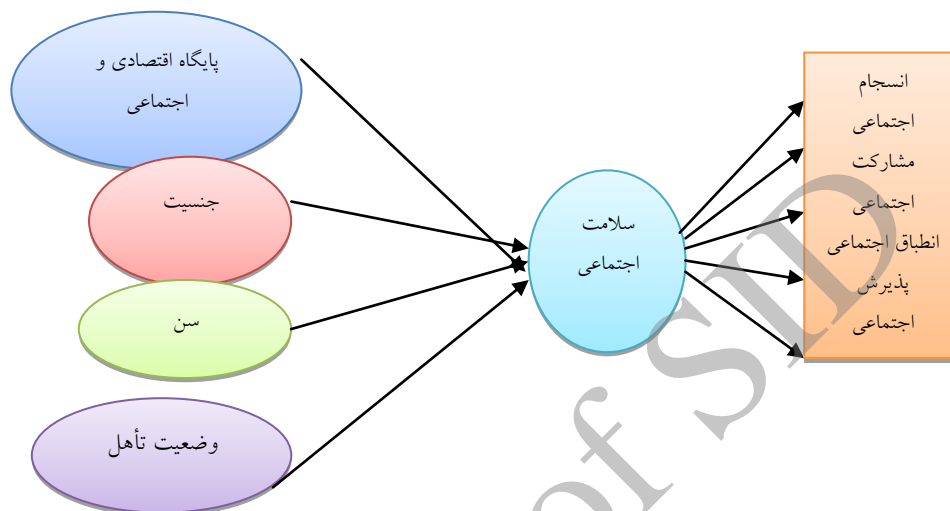
جدول شماره ۲: تعریف سایر نظریه پردازان از سلامت اجتماعی

نظریه پردازان	شرح نظریه
دورکیم	از نظر او مفهوم سلامت اجتماعی ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی دارد. اما مطابق با مدل سلامت محور، فقدان احساس ناهنجاری و بیگانگی ممکن است، بیانگر حضور سلامت اجتماعی نباشد. از نظر دورکیم بهنجاری اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد.
پارسونز	پارسونز (۱۹۵۱)، سلامتی یکی از نیازهای کارکردی عمده برای هر عضو جامعه به شمار می‌رود. او تندرستی را، حالتی از ظرفیت بهینه یک شخص برای ایفای مؤثر نقش‌ها و وظایفی که برای او اجتماعی شده است تعریف می‌کند.
دیوید بلین	معتقد است، مسیر علت و معلولی در تبیین رابطه بین موقعیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت ممکن است دوطرفه باشد. به عبارت بهتر سلامت، موقعیت اجتماعی - اقتصادی فرد را تضمین می‌کند و در عوض شرایط اجتماعی نیز بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد. سلامت یکی از مؤلفه‌های اصلی و غیرقابل انکار چگونگی زندگی و عامل مهمی در فراهم کردن فرصت‌های رشد و تعالی است. این امر "انتخاب وابسته به سلامت" نامیده می‌شود و معنی ضمنی آن این است که سلامت عامل انتخاب افراد و قرار گرفتن آن‌ها در طبقات مختلف اجتماعی است.

با توجه به مبانی نظری مورد مطالعه در تحقیق مذکور در سطور ذیل یکسری از فرضیات را به منظور مطالعه میزان سلامت اجتماعی جوانان و بررسی رابطه و تأثیر برخی از عوامل (پایگاه اقتصادی - اجتماعی، سن و جنسیت و وضعیت تأهل) بر این پدیده آورده شده است که به شرح ذیل می‌باشد:

۴- فرضیه‌های تحقیق

- ۱- به نظر می‌رسد بین سن و سلامت اجتماعی رابطه معنی دار وجود دارد.
- ۲- به نظر می‌رسد میانگین شاخص سلامت اجتماعی در بین مجردین و متأهلین متفاوت باشد.
- ۳- به نظر می‌رسد میانگین شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین زنان و مردان متفاوت باشد.



۵- روش‌شناسی

روش مورد استفاده در این پژوهش، توصیفی پیمایشی می‌باشد. واحد تحلیل فرد و جامعه آماری کلیه جوانان ۱۸-۳۰ ساله ساکن در شهر ستان قاین واقع در استان خراسان جنوبی که تعداد آنها با توجه به آخرین سرشماری و مستندات اداره ثبت احوال برابر با ۴۲۵۷۳ نفر بوده‌اند. مطابق با فرمول کوکران حجم نمونه ۳۸۰ نفر برآورد شده است که برای اعتبار بیشتر ۴۰۰ نفر مورد تحقیق قرار گرفتند. در این پژوهش که بر اساس شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ساده انجام شده است، سعی شده میزان بهره‌مندی جوانان از شاخص سلامت اجتماعی مورد سنجش قرار گیرد. همچنین روایی کل تحقیق براساس جدول آلفای کراباخ برای سلامت اجتماعی ۰/۷۵ به دست آمد.

جدول ذیل بیانگر آلفای متغیرهای مذکور می‌باشد.

کیز (۱۹۹۸) براساس مدل نظری خود از سلامت اجتماعی، این مقیاس را تهیه و برای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس، آن را طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا اجرا کرد. وی با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسشنامه خود از نظر تجربی مورد تأیید قرار داد. این مقیاس حاوی ۳۳ گویه است که در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول شماره ۳: پایایی متغیرهای سلامت اجتماعی

شاخص‌ها	تعداد سؤالات	ضریب آلفای کرانباخ
انسجام اجتماعی	۷	٪۸۱
پذیرش اجتماعی	۷	٪۷۷
مشارکت اجتماعی	۶	٪۷۵
انطباق اجتماعی	۶	٪۷۵
شکوفایی اجتماعی	۷	٪۶۹
سلامت اجتماعی (کل)	۳۳	٪۷۵

تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی با استفاده از جدول توزیع و درصد فراوانی به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شده و در سطح استنباطی و برای تجزیه و تحلیل آماری از ضریب همبستگی پیرسون (برای آزمون رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته) و آزمون تفاوت میانگین (برای بررسی میزان سلامت اجتماعی و وضعیت تأهل و جنس) استفاده شده است.

۶- یافته‌های تحقیق

در تحقیق حاضر از بین شاخص‌های آمار توصیفی به یاری شاخص‌های فراوانی، درصد نسبی، میانگین متغیرها نتایج قابل توجهی به دست آورده شده است. در این تحقیق مهمترین متغیرهای جمعیت شناختی همچون سن، وضعیت تأهل، پایگاه اقتصادی و اجتماعی (شامل درآمد، شغل و تحصیلات) را به عنوان متغیرهای جمعیت شناختی در نظر گرفته شده که نتایج در جدول زیر مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۴: ویژگی‌های جمعیت شناختی (متغیرهای زمینه‌ای)

سن	بیشترین: ۴۰/۸ درصد در گروه سنی ۲۷-۲۳ سال	کمترین: ۲۸/۵ درصد در گروه سنی ۲۲-۱۸ ساله
جنس	زن: ۵۰ درصد	مرد: ۵۰ درصد
وضعیت تأهل	بیشترین: ۵۴/۷ درصد متأهل	کمترین: ۴۴/۸ درصد مجرد

جدول زیر سطح پایگاه اقتصادی و اجتماعی جوانان را نشان می‌دهد. از مجموع پاسخگویان ۴۹ درصد پایگاه بالا داشته، ۴۹/۳ درصد پایگاه متوسطی را داشته‌اند و ۱/۷ درصد پایگاه پائینی را داشته‌اند.

همچنین این شاخص دارای میانگین ۲۰/۲۴ و انحراف معیار ۲/۵۳ می‌باشد. جدول فراوانی نیز گویای این مطلب است.

جدول شماره ۵: خلاصه توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب پایگاه اقتصادی و اجتماعی

متغیر	بالا		متوسط		پایین		میانگین	واریانس
	درصد	فروانی	درصد	فروانی	درصد	فروانی	درصد	درصد
پایگاه اقتصادی و اجتماعی	۴۹	۱۹۷	۴۹/۳	۱۹۸	۱/۷	۵	۲۰/۲۴	۶/۴۳

بر اساس تئوری کیز، پنج بُعد، انسجام اجتماعی، پذیرش، مشارکت، انطباق و شکوفایی اجتماعی را باید مهمترین شاخص‌های سلامت اجتماعی در جامعه قرار داد. بر این اساس در این پژوهش نیز، شاخص سلامت اجتماعی بر طبق گویه‌ها و شاخص‌سازی کیز، سنجیده شد. که به ترتیب آمار توصیفی این متغیرها در زیر نشان داده می‌شود.

جدول شماره ۶: خلاصه توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب ابعاد سلامت اجتماعی

متغیر	کم		متوسط		زیاد		میانگین	واریانس
	درصد	فروانی	درصد	فروانی	درصد	فروانی	درصد	درصد
انسجام اجتماعی	۰/۵	۲	۱۲	۴۸	۸۷/۵	۳۵۰	۲۴/۸	۱۰/۵
پذیرش اجتماعی	۰/۳	۱	۲۶	۱۰۴	۱۳/۸	۲۰۵	۲۳/۴	۱۰
مشارکت اجتماعی	۶	۲۴	۵۰/۸	۲۰۳	۴۳/۳	۱۷۳	۱۸/۱۸	۱۷/۷
انطباق اجتماعی	۱	۴	۲۸/۳	۱۱۳	۷۰/۸	۲۸۳	۲۰/۶۴	۱۴/۳
شکوفایی اجتماعی	۱/۸	۷	۵۳/۸	۲۱۵	۴۴/۵	۱۷۸	۲۱/۶۲	۱۴/۶
سلامت اجتماعی کل	۲/۰	۸	۹۵/۵	۳۸۲	۲/۵	۱۰	۱۰۸/۶	۱۳۷/۶

جدول فوق، توزیع فراوانی پاسخگویان را برای متغیر سلامت اجتماعی و ابعاد آن نشان می‌دهد، که با توجه به یافته‌های آن در نگاه نخست بیانگر آن است که میزان مجموع بعد انسجام از ابعاد سلامت اجتماعی در بین پاسخگویان در سطح نسبتاً بالایی (۸۷/۵) بوده است؛ به گونه‌ای که میانگین کل ۲۴/۸ را داراست. با توجه به وجود ۷ گویه برای سنجش بعد انسجام اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۷ و حداکثر ۳۵)، امتیاز ۳ معادل ۲۱ امتیاز برای بعد انسجام اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است بنابراین امتیاز به دست آمده معادل ۲۴/۸ برای جوانان ساکن در قاین، به معنای وجود انسجام اجتماعی در حد بالاست. همچنین با توجه به جدول می‌توان گفت میزان مجموع متغیر پذیرش

اجتماعی نیز در سطح نسبتاً بالایی بوده است و میانگین $23/4$ را به خود اختصاص داده است. با توجه به وجود ۷ گویه برای سنجش پذیرش اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۷ و حداکثر ۳۵)، امتیاز ۳ معادل ۲۱ امتیاز برای متغیر پذیرش اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است بنابراین امتیاز به دست آمده معادل $23/4$ ، به معنای پذیرش اجتماعی در حد بالا است. شواهد نشان می‌دهد که مجموع متغیرهای مشارکت اجتماعی، از ابعاد سلامت اجتماعی در بین پاسخگویان در سطح نسبتاً متوسطی ($50/8$) بوده است؛ به گونه‌ای که میانگین کل $18/18$ را داراست. با توجه به وجود ۶ گویه برای سنجش بعد مشارکت اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۶ و حداکثر ۳۰)، امتیاز ۳ معادل ۱۸ امتیاز برای بعد مشارکت اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است بنابراین امتیاز به دست آمده معادل $18/18$ برای جوانان ساکن در قاین، به معنای وجود مشارکت اجتماعی در حد متوسط است. انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی نیز در سطح متوسط رو به بالا است و مقدار میانگین آنها به ترتیب برابر $20/64$ و $21/62$ می‌باشد. با توجه به وجود ۶ گویه برای سنجش بعد انطباق اجتماعی و ۷ گویه برای سنجش شکوفایی اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۶ و حداکثر ۳۰ و حداقل ۷ حداکثر ۳۵)، امتیاز ۳ معادل ۱۸ امتیاز برای بعد انطباق نشانگر متوسط آماری است و امتیاز ۳ معادل ۲۱ برای بعد شکوفایی اجتماعی نشانگر میزان متوسط آماری است بنابراین امتیاز به دست آمده معادل $20/64$ و $21/62$ برای جوانان ساکن در قاین، به معنای وجود انطباق و شکوفایی اجتماعی در حد بالا و متوسط است در کل باید گفت میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان در بعد انسجام اجتماعی بیشترین فراوانی و در مشارکت اجتماعی کمترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند. در نهایت متغیر سلامت اجتماعی که از مجموع این پنج بعد بدست آمده است در سطح متوسط ($95/5$) ارزیابی می‌شود و مقدار میانگین کل آن برابر $108/6$ است. که با توجه به وجود ۳۳ گویه برای سنجش شاخص سلامت اجتماعی با احتساب طیف امتیازها به هر گویه از ۱ تا ۵ (حداقل ۳۳ و حداکثر ۱۶۵)، امتیاز ۳ معادل ۹۹ امتیاز برای این شاخص نشانگر میزان متوسط آماری است.

جدول شماره ۷: میزان سطح سلامت اجتماعی در بین جوانان

سطح سلامت اجتماعی جوانان	میزان سلامت اجتماعی جوانان
بالا	۲/۵
متوسط	۹۵/۵
پایین	۲/۰

با توجه به میانگین بدست آمده برای متغیر سلامت اجتماعی $108/6$ بوده است که بیانگر این است که سلامت اجتماعی در میان جوانان این شهر در سطح متوسطی است، بر این اساس سلامت اجتماعی

پاسخگویان ۲ درصد پایین، ۹۵/۵ درصد متوسط و تنها ۲/۵ درصد افراد از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بوده‌اند. این نتایج بیانگر این است که میزان سلامت اجتماعی جوانان شهرستان قاین در سطح متوسطی ارزیابی می‌شود. همچنین با توجه به نتیجه آزمون فریدمن (تحلیل واریانس دو طرفه) و با نگاهی به مقدار χ^2 (۴۹۰/۹۱۰) که در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ معنی‌دار است باید گفت به لحاظ آماری با اطمینان ۰/۹۹ میزان رتبه سلامت اجتماعی در ۴۰۰ نفر در هر یک از ابعاد آن متفاوت است. با توجه به نتایج میانگین در هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی باید گفت بیشترین رتبه مربوط به انسجام اجتماعی است و کمترین رتبه مربوط به متغیر مشارکت اجتماعی می‌باشد. پس با مقایسه میانگین‌ها می‌توان شاهد کمترین و بیشترین رتبه میانگین در ۵ بعد سلامت اجتماعی بود.

جدول شماره ۸: نتایج آزمون تحلیل واریانس دوطرفه (تفاوت رتبه ابعاد متغیر وابسته)

ابعاد متغیر وابسته (سلامت اجتماعی)	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	انطباق اجتماعی	شکوفایی اجتماعی
میانگین	۴/۰۴	۳/۷۳	۱/۹۱	۲/۵۵	۲/۷۵
Chi - square	۴۹۰/۹۱۰				
درجه آزادی	۴				
سطح معناداری	۰/۰۰۰				
تعداد	۴۰۰				

متغیرهای سن، جنس، تأهل و پایگاه اقتصادی و اجتماعی جزء متغیرهای جمعیت شناختی (زمینه‌ای) بوده و رابطه آنها با متغیر اصلی تحقیق، سلامت اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. برای سنجش میزان همبستگی بین متغیرهای زمینه‌ای سن و پایگاه اقتصادی و اجتماعی و سلامت اجتماعی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول شماره ۹: مقدار ضریب همبستگی متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت اجتماعی

متغیرهای جمعیت شناختی	متغیر وابسته	سطح معناداری	ضریب همبستگی	نتایج آزمون	نوع آزمون همبستگی	نوع رابطه
پایگاه اقتصادی و اجتماعی	سلامت اجتماعی	۰/۰۱	۰/۱۲۲	تأیید	ضریب همبستگی پیرسون	مستقیم
سن	سلامت اجتماعی	۰/۰۰۰	۰/۲۴۱	تأیید	ضریب همبستگی پیرسون	مستقیم

با توجه به جدول فوق نتایج آزمون ضریب همبستگی نشان می‌دهد که در هر دو مورد فرضیه تحقیق تأیید شده و فرض صفر (عدم رابطه) رد شده است، بدین معنا که هر کدام از متغیرها با شاخص سلامت اجتماعی رابطه‌ی معنادار و مستقیمی را با شدت مختلف داشته‌اند. در رابطه بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی، ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۱۲ می‌باشد و جهت رابطه مثبت و مستقیم می‌باشد، یعنی هر چه پایگاه اجتماعی و اقتصادی جوانان بالاتر باشد میزان سلامت اجتماعی آنان نیز بالاتر است. بدین مفهوم که تغییرات در متغیر پایگاه اقتصادی و اجتماعی باعث ایجاد نوسان در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) خواهد شد. همچنین سطح معناداری آزمون، کوچک‌تر از ۰/۰۵ به دست آمده است، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. نتیجه می‌گیریم بین پایگاه اقتصادی و اجتماعی و سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. با توجه به اینکه سطح پایگاه اقتصادی و اجتماعی پاسخگویان متوسط و رو به بالا ارزیابی شد پس میزان سلامت اجتماعی آنها نیز بالاست. در بررسی رابطه بین سن پاسخگویان و سلامت اجتماعی، همبستگی با شدت متوسطی و مستقیمی ارزیابی شده است ضریب همبستگی به دست آمده ۰/۲۴ می‌باشد و جهت رابطه مثبت و مستقیم می‌باشد، با توجه به سن پاسخگویان که در سنین جوانی هستند رابطه مستقیمی بین این دو متغیر مشاهده شده است. بدین مفهوم که تغییرات در سن باعث ایجاد نوسان در متغیر وابسته (سلامت اجتماعی) خواهد شد. همچنین سطح معناداری آزمون، کوچک‌تر از ۰/۰۱ به دست آمده است، بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به رابطه مستقیم باید ادعان نمود با افزایش سن میزان سلامت اجتماعی پاسخگویان نیز افزایش می‌یابد.

فرضیه دوم: به نظر می‌رسد میانگین شاخص سلامت اجتماعی در بین مجردین و متأهلین متفاوت باشد.

جدول شماره ۱۰: آزمون مقایسه میانگین سلامت اجتماعی بر حسب وضعیت تأهل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مجردین	۱۸۷	۱۵/۲	۲/۰۳
متأهلین	۲۱۳	۱۹/۱۵	۲/۴۵

جدول شماره ۱۱: آزمون معنی‌داری T میزان سلامت اجتماعی مجردین و متأهلین

متغیر وضعیت تأهل		آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		آزمون معنی‌داری T	
سلامت اجتماعی	فرض برابری واریانس‌ها	F	سطح معنی‌داری	T	درجه آزادی
		۱/۷۴	۰/۱۸	۲/۶۶	۳۹۸
					سطح معنی‌داری (دو دامنه)
					اختلاف میانگین
					۰/۰۰۸
					۳/۹۵

با توجه به سطح معناداری آزمون T مشاهده می‌شود که با فرض برابری واریانس تفاوت بین دو متغیر وضعیت تأهل و سلامت اجتماعی معنادار است. افراد متأهل با میانگین ۱۹/۱۵ از میزان سلامت بیشتری نسبت به افراد مجرد با میانگین ۱۵/۲ برخوردار هستند. بنابراین فرض تحقیق تأیید می‌شود. جدول ۱۱ مقدار میانگین را در هر یک از دو گروه مجردین و متأهلین نشان می‌دهد که اختلاف میانگین آنها برابر با ۳/۹۵ می‌باشد، پس تفاوت معنی‌داری در برخورداری از سلامت اجتماعی در بین مجردین و متأهلین وجود دارد.

فرضیه سوم: به نظر می‌رسد میانگین شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین زنان و مردان متفاوت باشد.

جدول شماره ۱۲: آزمون مقایسه میانگین سلامت اجتماعی بر حسب جنسیت

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
زن	۲۰۰	۸/۳۲	۲/۴۲
مرد	۲۰۰	۸/۱۸	۲/۲۱

جدول شماره ۱۳: آزمون معنی‌داری T میزان سلامت اجتماعی مردان و زنان

آزمون معنی‌داری T			آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		متغیر		
اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری (دو دامنه)	درجه آزادی	T	سطح معنی‌داری	F	فرض برابری واریانس‌ها	سلامت اجتماعی
-۰/۱۴	۰/۸۹۸	۳۹۸	-۰/۱۲۸	۰/۱۷۵	۱/۸۴		

با توجه به جدول شماره ۱۳ از آنجایی که مقدار معنی‌داری آزمون لون از ۰/۰۵ بزرگتر است از نتایج ردیف برابری واریانس استفاده گردید. در نتیجه به دلیل عدم معناداری آزمون لون (۱/۸۴) با سطح خطای ۰/۱۷ و همچنین مقدار t با دو نمونه مستقل که برابر ۰/۱۲۸- و با سطح معناداری ۰/۸۹ گویای آن است که میانگین سلامت اجتماعی بین زنان و مردان تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته و این دو گروه با سطح اطمینان ۰/۹۵ با هم مشابه هستند. (به اصطلاح فرض H_0 که دلالت بر عدم معناداری تفاوت دارد، تأیید می‌شود. با توجه به جدول ۱۳ که مقدار میانگین را در هر دو گروه نشان می‌دهد می‌توان به اختلاف میانگین

بین آن دو گروه رسید که در اینجا برابر ۰/۱۴- است، همانطور که مشخص است تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند.

۷- نتیجه‌گیری

هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت اجتماعی و روانی که نیازی فردی و اجتماعی است، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم سلامت اجتماعی و چگونگی اندازه‌گیری، بهره‌مندی از شاخص‌ها و نیز یافتن راه‌های ارتقاء آن می‌باشد. بهره‌مندی از شاخص‌های سلامت در گروه‌ها و اقسام مختلف جامعه از جمله گروه جوانان به عنوان پیشروان توسعه، رویکردی است که موجب بهبود کیفیت زندگی، رفاه و رضایت از زندگی می‌شود. با توجه به نقش سازنده جوانان در جامعه، سلامت این قشر از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد.

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-پیمایشی به منظور تحلیل جامعه‌شناختی سنجش میزان سلامت اجتماعی جوانان انجام گرفته است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه جوانان ۱۸ تا ۳۰ ساله (اعم از زن و مرد) است که در شهرستان قاین واقع در استان خراسان جنوبی زندگی می‌کنند.

در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۳۳ ماده‌ای سلامت اجتماعی که پنج مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی می‌باشد که توسط کبیز (۱۹۹۸) ساخته شده است، بهره برده شده است. طبق این پرسشنامه شاخص سلامت اجتماعی جوانان ساخته شد. تجزیه تحلیل آماری که از این شاخص بدست آمد؛ نشان می‌دهد که بطور کلی، فراوانی پاسخگویانی که دارای سلامت اجتماعی پایین می‌باشند؛ فقط ۲ درصد، دارای سلامت اجتماعی در حد متوسط ۵/۹۵ درصد و پاسخگویانی که سلامت اجتماعی بالایی دارند، تنها ۲/۵ درصد می‌باشند. می‌توان گفت جوانان دارای سلامت اجتماعی متوسطی هستند. با توجه به چارچوب نظری تحقیق از نظر دورکیم بهنجاری اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. از نظر دورکیم هر نوع قطع ارتباطی بین فرد و جامعه به‌گونه‌ای که افراد در چارچوب‌های اجتماعی جذب نگردند، زمینه‌ای آنومیک و مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی می‌باشد. در چنین حالتی نوعی فردگرایی افراطی، خواسته‌های فرد را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد» (توسلی، ۱۳۸۲: ۷). از نظر وی «هر نوع فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب‌های اجتماعی می‌انجامد به انحرافات اجتماعی میدان می‌دهد» (حسینی، ۱۳۸۷: ۲۱).

طبق نتایج بدست آمده می‌توان نشان داد، که سلامت اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های زندگی جوانان جامعه حاضر می‌تواند اثرات بسیاری بر سبک زندگی داشته باشد. افزایش تحصیلات

جامعه جوان بر استمرار شاخص‌های سلامت اجتماعی اثر خواهد داشت. همچنین شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین جامعه جوان از بهره‌مندی خوبی برخوردار بوده‌است. از بین این شاخص‌ها انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی از فراوانی و میانگین بالایی برخوردار بوده، شاخص انطباق اجتماعی مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی در حد متوسط بوده‌اند. از نظر کبیز زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در نظر می‌گیرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمان عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند. همچنین در تحلیل تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی بر روی سلامت اجتماعی باید بیان کرد که متغیر پایگاه اقتصادی اجتماعی تأثیر معناداری بر سلامت اجتماعی دارد که مطابق با نظریه دیوید بلین^۱ (۱۹۹۷) که مطرح می‌کند، «مسیر علت و معلولی در تبیین رابطه بین موقعیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت ممکن است دو طرفه باشد. به عبارت بهتر سلامت، موقعیت اجتماعی- اقتصادی فرد را تضمین می‌کند و در عوض شرایط اجتماعی نیز بر سلامت فرد تأثیر می‌گذارد» (بلین، ۱۹۹۷؛ به نقل از مارموت و همکار، ۱۳۸۶: ۲۰).

بنابراین سلامت، یکی از مؤلفه‌های اصلی در زندگی افراد برای قرارگرفتن آنها در طبقات مختلف اجتماعی، همچنین عاملی مهمی در ایجاد فرصت‌های رشد، توسعه و تعالی فرد و جامعه محسوب می‌شود. از قدیم‌الایام وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر سلامت انسان مؤثر شناخته شده‌است و برای اکثر مردم وضعیت سلامتی در درجه اول، با میزان پیشرفت اقتصادی- اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، بعد خانوار و میزان جمعیت و ... تعیین می‌شود. خوشبختانه امروزه موضوع سلامتی در اولویت دستور کار دولت‌ها قرار گرفته است. در حال حاضر سطح سلامت را در صورتی می‌توانیم توسعه دهیم که به علل واقعی مشکلات سلامت توجه شود. قدرتمندترین این علل شرایط اجتماعی هستند که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند و از آنها به عنوان عوامل اجتماعی تعیین کننده‌های سلامت^۲ یاد می‌شود.

در این تحقیق نیز تأیید شده است که هرچه پایگاه افراد بالاتر باشد میزان برخورداری آنها از سلامت اجتماعی بیشتر است برخلاف تحقیق صبوری (۱۳۹۱) که رابطه‌ی معناداری را بین سلامت اجتماعی و

1. David Blane

2. Social Determinants of Health

پایگاه اقتصادی و اجتماعی بیان نمی‌دارد. این فرض در تحقیق حاضر تأیید شد، مطابق با تحقیق حاتمی (۱۳۸۹) یافته‌ها یکدیگر را پوشش می‌دهند. همچنین متغیر سن تأثیر معناداری را بر سلامت اجتماعی داشته است، در واقع مهمترین متغیر اثر گذار در این تحقیق سن است. متغییر وضعیت تأهل نیز تفاوت معناداری با سلامت اجتماعی جوانان داشته است به طوری مشاهده گردید افرادی متأهل هستند نسبت به مجردها از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند. در این پژوهش تفاوت معناداری بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی پدیدار نگردید به طوری تفاوتی در میزان سلامت اجتماعی مردان و زنان مشاهده نشد که این نتیجه با یافته‌های تحقیق صبوری (۱۳۹۱) با عنوان بررسی میزان سلامت اجتماعی کارمندان آموزش و پرورش مطابقت دارد. عبدالله تباردرزی (۱۳۸۷) نیز در تحقیق خود پیرامون بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان به این نتایج رسیده بود که وضعیت تأهل افراد در میزان سلامت اجتماعی آنان تأثیرگذار است که با نتایج تحقیق حاضر مطابقت می‌کند و او معتقد بود که سلامت اجتماعی بین زنان و مردان تفاوت معناداری را دارد که این یافته در تحقیق ما تأیید نشد. سلامت اجتماعی فردی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه پذیری وی اشاره دارد. سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند مربوط می‌شود. این مفهوم، یکی از مهمترین و اساسی‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین کننده ویژگی‌های رفتاری است. توجه به این امر در مورد جوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. سلامت اجتماعی به مانند یک سرمایه ارزشمند، حیاتی از مهمترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعداد و خلاقیت افراد در جامعه می‌باشد.

توجه به ابعاد اجتماعی سلامت کمک خواهد کرد تا افراد از نظر اجتماعی، جامعه سالم را شکل دهند. بدون شک تقویت و توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی در هر جامعه‌ای کاهش بار بیماری‌های جسمی و روانی را به دنبال خواهد داشت. تعاریف ذکر شده، بیان کننده آرمان‌ها و اهداف و مقاصد متعالی مردم است که همه ملت‌ها و در هر سطح از توسعه یافتگی می‌بایست برای رسیدن به آن تلاش کنند. جوانان به مثابه سرمایه‌های انسانی هر جامعه‌ای هستند.

«آنان به لحاظ برخورداری از توان و انرژی قادرند تأثیر تعیین کننده‌ای بر آینده جامعه داشته باشند. سلامت جوانان یک مسأله حیاتی است که امروزه موجب چالش‌های زیادی شده است» (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۸۸). اهمیت این مسأله زمانی بیشتر می‌شود که برخی مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات این قشر روندی افزایشی داشته است. عنصر مهم در این جریان کسب شناخت واقع بینانه از خود و دیگری و عوامل محیطی می‌باشد و این امر ضرورت سلامت اجتماعی را ایجاب می‌کند زیرا سلامت اجتماعی به نوعی می‌تواند توانمندی و کارایی فرد محسوب شود و به سرمایه‌گذاری افراد در روابط اجتماعی و در اختیارگرفتن منابع موجود در این روابط در سطح جامعه و کسب بازده کمک کند.

۸- پیشنهادها

- ✓ تلاش برای مدل‌سازی ریاضی‌شناسایی شرایط و مداخله در سلامت اجتماعی
- ✓ ایجاد و گسترش ساختار مناسب برای توانمندسازی
- ✓ تلاش برای نزدیک‌سازی تعاریف و شاخص‌های ملی و بین‌المللی در حوزه سلامت اجتماعی تا حد ممکن
- ✓ نگاه دوراندیشانه به وضعیت سلامت و یافتن نقش سلامت اجتماعی
- ✓ تدوین سازوکارهای منعطف برای اطلاع‌رسانی عمومی از وضعیت سلامت اجتماعی، عوامل خطر و محافظ و نقش تصمیم‌گیری‌های فردی و اجتماعی در تغییر آنها.

فهرست منابع

۱. باباپور خیرالدین، جلیل؛ طوس، فهیمه؛ حکمتی عیسی، (۱۳۸۸)، بررسی نقش عوامل جمعیت‌شناختی در سلامت اجتماعی دانشجویان تبریز، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، شماره ۱۶، صص ۲۰-۱.
۲. بلوک و برسلو، (۱۹۷۲)، پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی، ترجمه حسین عبدالله‌زاده، اینترنت.
۳. توسلی، غلامعباس، (۱۳۸۲)، مشارکت اجتماعی در شرایط جامعه آنومیک، چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۴. حاتمی، پریرسا، (۱۳۸۹)، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده علوم اجتماعی.
۵. حسینی، سیده فاطمه، (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی» پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
۶. ساروخانی، باقر، ۱۳۷۵، در آمدی بر دایرالمعارف علوم اجتماعی، جلد اول، نشر کیهان.
۷. سام آرام، عزت‌الله، (۱۳۸۸)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور، فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره اول، دوره بهار. صص ۲۹-۹.
۸. شریتیان، محمد حسن، (۱۳۹۱)، تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه پیام‌نور مشهد، فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، سال دوم، شماره پنجم، دوره بهار، صص ۱۷۴-۱۴۹.

۹. صبور، سعید، (۱۳۹۱)، بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین کارمندان آموزش و پرورش منطقه ۱۱ شهر تهران، پایان نامه کارشناسی دانشگاه پیام نور تهران غرب.
۱۰. عبدالله تباردرزی، هادی، (۱۳۸۶)، بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان، دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی، کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۱۱. فروم، اریک (۱۳۸۵)، جامعه سالم، ترجمه اکبر تبریزی: انتشارات بهجت، تهران، چاپ چهارم.
۱۲. کنگرلو، مریم، (۱۳۸۷)، بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۳. مارموت، مایکل؛ ویلکینسون، ریچارد، (۱۳۸۶)، مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، ترجمه علی منتظری، تهران: سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی، پژوهشکده علوم بهداشتی.
۱۴. مهری، اسدالله، (۱۳۹۰)، بررسی میزان تأثیر سرمایه اجتماعی بر سلامت روانی و اجتماعی معلمان شهر همدان، پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۵. هزارجریبی، جعفر و صفری‌شالی، رضا، (۱۳۹۱)، آناتومی رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
۱۶. هزارجریبی، جعفر؛ ارفعی‌عین‌الدین، رضا، (۱۳۹۱)، اوقات فراغت و سلامت اجتماعی، فصلنامه برنامه‌ریزی، رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۰، صص ۶۴-۳۹.

17. Blanco, A & Diaz. D. (2007). *Social order and mental health: a social well-being approach*, Autonomy University of Madrid, psychology in Spain, vol.11 (5).
18. Cicognani. E. & Perini, C. & Keyes, C. & Joshanloo, M. & Rostami, R. & Nosratabadi, M. (2007). *Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, Italian and Iranian University Students*, Springer Science Business Media B.V. pp97-112.
19. Keyes, C .M. (1998), Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, vol.61, N.2, pp121-190.
20. Keyes, C. L. M (2004). Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the complete state model of Health. *Journal of consulting and Clinical psychology*.

21. Keyes, C. L.M & Shapiro, A. (2004), *Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology*.
22. Larsen, j.s. (1996). *The World Health Organization definition Health. Social Versos Spiritual Health*. Social indicator research.
23. Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and reveal of American community*. New York: Simon and Schuster.

Archive of SID