

«مطالعات جامعه‌شناسی»

سال سوم، شماره یازدهم، تابستان ۱۳۹۰

ص ص ۳۷-۵۰

بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد

اسلامی واحد تبریز و عوامل آن

دکتر حسین بنی فاطمه^۱

دکتر محمد عباس زاده^۲

نگار چایچی تبریزی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۳۱

چکیده

هدف این تحقیق تعیین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بوده است که با متغیرهای: سن، جنسیت، وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی-اجتماعی بررسی شد. روش تحقیق پیمایشی و تکنیک جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد بوده است. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ که تعداد آن‌ها برابر با ۲۵۹۷۴ نفر بود. براساس فرمول کوکران تعداد ۳۱۰ نفر انتخاب شدند که از این میان تعداد ۱۲۸ نفر زن و ۱۸۲ نفر مرد بوده‌اند. جهت نمونه‌گیری از روش خوشه‌ای استفاده گردید. یافته‌های تحقیق نشان داد که دانشجویان این دانشگاه از سلامت اجتماعی متوسطی برخوردارند. بر اساس نتایج به دست آمده، متغیرهای سن، جنسیت و وضعیت تاهل در تعیین میزان سلامت اجتماعی نقش تعیین‌کننده داشتند. اما متغیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی با سلامت اجتماعی تفاوت معناداری نداشت. هم‌چنین در بین دانشجویان دانشکده‌های مختلف از نظر میزان سلامت اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده گردید.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، سن، جنسیت، وضعیت تاهل، پایگاه اقتصادی-اجتماعی.

۱. استاد دانشگاه تبریز، گروه علوم اجتماعی؛ تبریز- ایران.

۲. دانشیار دانشگاه تبریز، گروه علوم اجتماعی؛ تبریز- ایران.

۳. کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، گروه علوم اجتماعی؛ تبریز- ایران (نویسنده مسئول).

مقدمه

سلامت^۱ حق و نیاز اساسی تمام انسان‌ها است. در حال حاضر نیز توسعه یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌نمایند. موضوعی که در تمام جوامع مطرح است و تعریف‌های متعددی از آن شده است. از میان تعریف‌هایی که هنوز هم به کار می‌رود، شاید قدیمی‌ترین تعریف آن باشد که: «سلامت، یعنی بیمار نبودن».

تعریف سلامت در هر جامعه تا اندازه‌ای به حس مشترک مردمان از سلامت و فرهنگ آنان باز می‌گردد و در جوامع و گروه‌های گوناگون تعریف‌های متفاوت از آن وجود دارد، اما تعریفی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۴ از سلامت ارائه داد، بیش از همه پذیرفته شده است. بنابراین تعریف: «سلامت، عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی». این تعریف در سال‌های اخیر با گنجانده شدن «توانایی داشتن یک زندگی مثمر از نظر اقتصادی واجتماعی» کامل‌تر شده است (سجادی و دیگری، ۲۴۵). با استناد به گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) رایج‌ترین علل مرگ و میر در بسیاری از جوامع امروزی بیماری‌های غیرعفونی مانند سرطان، ناراحتی‌های قلبی عروقی و دیابت است و بی‌خوابی، اضطراب، رخوت، افسردگی و دردهای مزمن که ناشی از این بیماری‌ها هستند، همگی رو به افزایش‌اند، هر چند این مسائل در گذشته نیز گریبانگیر بشر بوده‌اند، اما ظاهراً اکنون سبب‌ساز آشفستگی و اختلال بیشتری در زندگی مردم هستند تا در گذشته، پیمایش‌های اخیر آشکار ساخته‌اند که امروزه فشار عصبی رایج‌ترین علت غیبت از کار است و از این نظر بر سرماخوردگی پیشی گرفته است، بنابه پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی طی بیست سال آینده افسردگی شایع‌ترین بیماری جهان خواهد شد (گیدنز، ۱۳۸۶: ۲۱۱).

ورود دانشجویان به دانشگاه‌ها مقطع بسیار حساس و خطیری در زندگی آنان تلقی می‌شود و غالباً با تغییرات زیادی در روابط اجتماعی و انسانی آنان همراه است. امروزه دانشجویان یکی از گروه‌های مهم در تمام کشورها محسوب می‌شوند و علت این مسئله نقشی است که آنان در آینده کشور ایفا می‌نمایند. پرورش استعدادها و قابلیت‌های دانشجو هماهنگ با نیازها و تحولات جامعه می‌تواند زمینه تحقق اهداف تعریف شده آرمان‌های یک ملت را فراهم سازد.

آن‌چه مسلم است، این است که آموزش عالی و کارکردهای آن بر پیشرفت و توسعه جوامع عامل تعیین‌کننده و مهمی به حساب می‌آید. بدیهی است که آموزش عالی با نقش تربیت نیروی انسانی متخصص و متعهد برای جامعه، اهمیت ویژه‌ای در فرآیند رشد و توسعه کشور دارد. از عمده‌ترین عوامل در رشد و توسعه، مسأله سلامت افراد مشغول به تحصیل است. موضوع سلامت انسان‌ها همواره اهمیت زیادی داشته

^۱. Health

است و دارای پیچیدگی‌های خاصی است که نسبت به دیگر ابعاد زندگی، بیشترین دگرگونی و تغییر را متحمل شده است (جعفری و دیگری، ۱۳۸۶). مطالعات نشان داده است در بین تعیین‌کننده‌های سلامت^۱، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم نظام ارائه خدمات سلامت ۲۵ درصد، سهم عوامل ارثی و زیستی ۱۵ درصد، سهم عوامل مادی محیط زیست و عوامل رفتاری ۱۰ درصد و سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد (مرندی، ۱۳۸۵). متأسفانه موضوع سلامت اجتماعی در جامعه ما بسیار مورد غفلت واقع شده است و بررسی پیشینه‌های مطالعاتی در گروه‌های مرتبط (علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روان‌شناسی) نشان می‌دهد که در زمینه مورد بحث در حال حاضر با فقر اطلاعاتی و تحقیقاتی مواجه هستیم و محققان و دست‌اندرکاران بیشتر توجه خود را معطوف به بررسی بهداشت و سلامت روانی نموده‌اند. بنابراین بر آن شدیم میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز را مورد ارزیابی قرار دهیم. سلامت اجتماعی شامل عناصر متعددی است که این عناصر در کنار یکدیگر نشان می‌دهند که چگونه و در چه درجه‌ای افراد در زندگی اجتماعی خود، خوب عمل می‌کنند. به عنوان مثال در نقش همشهری، همکار، همسایه و ...

شواهد حاکی از آن است که انسان‌هایی که بهتر جذب اجتماع خود می‌شوند یا با آن یگانگی می‌یابند، از عمر طولانی‌تری برخوردارند و به هنگام بیماری، در نتیجه حمایت‌هایی که از آن برخوردار می‌شوند، زودتر بهبود می‌یابند. در شرایط سلامت اجتماعی، فرد در نتیجه حمایت‌هایی که دریافت می‌کند، بهتر بر استرس و بیماری‌هایی که او را تهدید می‌کند، غلبه می‌یابد. برخورداری از مهارت‌های اجتماعی، کیفیت ایفای نقش‌های اجتماعی و هویت در اینجا اهمیت می‌یابد (ویلکسون و دیگران، ۱۳۸۷: ۳۴۲).

لارسون^۲ و کییز^۳ سلامت اجتماعی را استنباط فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آن‌هاست، تعریف می‌کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت و پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) را می‌سنجد، که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است. به اعتقاد کییز و شاپیرو^۴ آن‌چه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، ارتباط با خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. بنابراین آنان به توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاء‌کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی را می‌دهند.

کییز از مهم‌ترین نظریه‌پردازان و محققان سلامت اجتماعی، در بررسی‌های خود به رابطه قوی بین سلامت اجتماعی، از خود بیگانگی اجتماعی و ناهنجاری‌های اجتماعی اشاره می‌کند (Keyes, 2004: 48). و در سال ۱۹۹۸، مولفه‌های همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی را به عنوان ابعاد سلامت اجتماعی مطرح نمود.

^۱. Social Determinants of Health (SDH)

^۲. Larson, 1996

^۳. Keyes, 2004

^۴. Keyes and Shapiro, 2004

یکپارچگی (انسجام) اجتماعی: منظور از یکپارچگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است. احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد (ریف، ۲۰۰۳) و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کیبز و شاپیرو، ۲۰۰۴). نبود حس یکپارچگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد (دورکیم، ۱۹۵۱). افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند، لذا یکپارچگی اجتماعی میان احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند و به جامعه خود تعلق دارند. یکپارچگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی (دورکیم)، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن) و آگاهی طبقاتی مارکس است. از نظر دورکیم هماهنگی اجتماعی و سلامت اجتماعی بازتابی از ارتباط افراد با یکدیگر از طریق هنجارهاست. سیمن معتقد است که بیگانگی فرهنگی، عبارتست از گسست فرد و جامعه، طرد جامعه و یا این نگرش که جامعه نمی‌تواند انعکاسی از ارزش‌ها و سبک‌های فرهنگی فرد باشد. انزوای اجتماعی عبارتست از خدشه‌دار شدن روابط فرد که به زندگی او معنا می‌دهند و نقش حمایتی برای او دارند. یکپارچگی اجتماعی هم مثل مفهومی که مارکس از آگاهی طبقاتی می‌دهد، در برگیرنده عضویت جمعی و سرنوشت جمعی است.

مشارکت اجتماعی: عبارتست از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. مشارکت اجتماعی با مفاهیم بازدهی مسئولیت‌پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای برسیم. مسئولیت اجتماعی عبارتست از تعیین الزامات فردی برای نقش آفرینی در جامعه. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که این افراد فکر می‌کنند آن چه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزش‌مند است یا نه؟ این نگرش هم راستا با درونمایه‌ای است که مارکس مطرح می‌کند مبنی بر این که انسان‌ها ماهیتاً زاینده‌اند (کیبز، ۱۹۸۹). اگر بخواهیم که از خود بیگانگی را به زبان اقتصادی مطرح کنیم، عبارتست از: کاهش ارزش زندگی یک فرد و فعالیت‌های روزمره‌ای که انجام می‌دهد. موارد همتای مشارکت اجتماعی، ایجاد انگیزه رفتار است. اریکسون معتقد بوده که میانسالی دوره‌ای است که افراد می‌توانند طبق میل خود در جامعه ایفای نقش کنند. به ویژه با آماده کردن نسل آینده تا به اعضای خلاق جامعه مبدل شوند.

کیبز معتقد است که مشارکت اجتماعی، با مفهوم سودمندی فردی که باندورا (۱۹۷۷) مطرح می‌کند همپوشانی دارد و نیز می‌تواند به عنوان نوعی مسئولیت اجتماعی تلقی شود، تلقی فرد از ارزشی که در جامعه می‌تواند داشته باشد. برای بسیاری از افراد سخت است که به این احساس برسند که سهم ارزش‌مندی در جامعه، بویژه وقتی که وجود خودشان برای خودشان (الیاس و هاریپر، ۱۹۷۵؛ کیبز و شاپیرو: ۲۰۰۴). مشارکت اجتماعی تا اندازه‌ای مرتبط با درک فرد از موضوع است که نقش حیاتی در جامعه به او سپرده شده است (کیبز، ۱۹۹۸).

پذیرش اجتماعی: پذیرش اجتماعی، نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کیبز، ۱۹۹۸). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر بادیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است که همگی آن‌ها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کیبز و دیگری، ۱۹۹۸: ۱۳۱). کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به طور کلی سازنده هستند. همان‌گونه که سلامت روانی شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بیانجامد (همان: ۱۳۲).

انطباق اجتماعی: انطباق اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن زندگی است (سیمن، ۱۹۵۹) و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و قابل پیش‌بینی است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف، ۱۹۸۹). آنتونوفسکی معتقد است که احساس انطباق در وجود فرد می‌تواند نشانه‌ای برای سلامتی او باشد. افرادی که از انطباق برخوردارند، تلاش می‌کنند در هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، خود را سازگار نموده و انطباق خود را حفظ کنند. انطباق اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد آن است (کیبز، ۱۹۸۹). این مقوله با قابلیت معنابخشی به وجود شخص است (کیبز و دیگری، ۲۰۰۴).

افرادی که سالم‌ترند به ماهیت جهان اجتماعی خود علاقه‌مندند و می‌توانند شیوه عملکرد آن را درک کنند. کیبز معتقد است که انطباق اجتماعی عبارت است از درک این موضوع که جامعه را می‌توان درک کرد و جامعه عقلانی و قابل پیش‌بینی می‌باشد (کیبز، ۱۹۹۸: ۱۲۳).

شکوفایی اجتماعی: منظور از شکوفایی اجتماعی، ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است (کیبز، ۱۹۹۸: ۱۲۳). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آن‌ها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد و هم این که نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد و هر چند این امر برای همه افراد درست نیست (کیبز و شاپیرو، ۲۰۰۴)، با این حال سلامت شامل دیدگاهی خوش‌بینانه از آینده احتمالی است. درحالی که خودمختاری عبارت است از حس کنترل شخصی بر سرنوشت خویش، شکوفایی اجتماعی در برگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود «خودشناسی» را در دست دارد. با توجه به دیدگاه‌های کیبز، این مفهوم خصوصیت مشترکی با مفهوم مازلو (۱۹۶۸) دارد و نیز بی‌ارتباط با تاکید ریف بر رشد فردی نیست. شکوفایی اجتماعی، انعکاس میزان کارکرد مناسب افراد است که حاصل و ثمره استقبال آن‌ها از تجربه‌های جدید و رشد مداوم می‌باشد (کیبز، ۱۹۹۸: ۱۲۴). بنابراین شکوفایی اجتماعی کارکرد بهینه ناشی از باز بودن فرد در برابر تجربه‌های تازه و تلاش برای رشد دائم است و این ایده‌های مربوط به رشد و توسعه را در بر می‌گیرد.

لایکوک سلامت اجتماعی را به صورت شرایط و رفاه افراد در شبکه اجتماعی شامل خانواده، اجتماع و ملت تعریف می‌کند. برکمن نیز معتقد است که تاثیر شبکه اجتماعی بر سلامت فرد عبارت است از پرورش روحیه مشارکت و درگیری اجتماعی فرد در فرایندهای اجتماعی، گرایش به فعالیت‌های مذهبی و تفریح کردن به همراه گروه که از نمونه‌های بارز درگیری اجتماعی می‌باشند. بنابراین از طریق فرصت‌هایی که به واسطه عضویت در شبکه‌های اجتماعی برای فرد فراهم می‌شود تا در رویدادهای اجتماعی مشارکت کند، نقش‌های اجتماعی معناداری از قبیل نقش‌های اجتماعی، خانوادگی و والدینی تعریف می‌شود و از این طریق سلامت اجتماعی فرد ارتقا می‌یابد (خیراله‌پور، ۱۳۸۳: به نقل از: سام‌آرام، ۱۳۸۸: ۱۷).

پایگاه اقتصادی - اجتماعی

شرایط ضعیف اقتصادی - اجتماعی در طول زندگی بر سلامتی تاثیرگذار است. افرادی که در طبقات پایین اجتماعی قرار گرفته‌اند، حداقل دوبرابر افرادی که در طبقات بالاتر هستند، دچار بیماری جدی و مرگ زودرس می‌شوند. حتی در میان طیف کارکنان اداری، آن دسته که از طبقه پایین‌تری برخوردارند، بیش‌تر از کارکنان طبقه بالاتر، از بیماری و مرگ زودرس در رنج می‌باشند. علل مادی و روانی اجتماعی از قبیل سرمایه کم خانواده، تحصیلات پایین، شغل نامطمئن و زندگی در خانه‌های نامناسب در ایجاد این تفاوت‌ها سهم دارند که در نهایت اثرات آن‌ها منجر به بروز بیماری‌ها و یا مرگ زودرس می‌گردد.

هر چه مردم به مدت طولانی‌تری در شرایط اقتصادی - اجتماعی تنش‌دار زندگی کنند به همان نسبت از لحاظ فیزیکی رنج بیش‌تری را متحمل شده و در سنین کهن‌سالی از سلامتی کمتری بهره‌مند خواهند شد (ویلکسون و دیگری، ۱۳۸۳: ۱۲-۱۱).

گراهام مطرح می‌کند که سلامتی فرد به عنوان یک موضوع مهم نتیجه شرایط اقتصادی - اجتماعی است. افرادی که از لحاظ اقتصادی - اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند و در مقابل افرادی که به طبقات پایین جامعه تعلق دارند، از سلامتی نامطلوب رنج می‌برند. به باور وی عواملی که باعث می‌شود تغییرات در وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد بر سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی) تأثیر بگذارد، در سه مقوله مادی، رفتار و روانی - اجتماعی قرار می‌گیرند. عوامل مادی، محیط فیزیکی، خانه، محله و محل کار به اضافه استانداردهای زندگی که به وسیله درآمد تأمین می‌شوند. عوامل رفتاری عبارتند از: عادات و رفتارهای روزمره مرتبط با سلامتی که یک مسیر اقتصادی - اجتماعی قوی را نشان می‌دهند. از قبیل استعمال دخانیات، مشروبات الکلی، فعالیت‌های اوقات فراغت و رژیم غذایی.

عوامل روانی بیشتر به برداشت‌های فرد از وضعیت اجتماعی و مقایسه خود با دیگران از لحاظ اقتصادی - اجتماعی و مشاهده زندگی افراد در یک جامعه نابرابر اطلاق می‌شود. عوامل مادی، رفتاری و روانی - اجتماعی به همراه یکدیگر ظاهر می‌شوند. گروه‌های دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین به دلیل زندگی در

محیط‌های فیزیکی نامطلوب و محله‌های پرجمعیت دچار وضعیت‌های خطرناک می‌شوند. هوث و ویلیامز نیز بیان می‌کنند که افراد دارای پایگاه اقتصادی - اجتماعی و قومی - نژادی محروم جامعه، سطوح پایینی از انواع سلامت را به خود اختصاص می‌دهند (هوٹ و دیگر، ۲۰۰۰: ۸۴).

وضعیت ناهل

متاهل بودن، همواره امری مرتبط با سلامت و ارتقای سلامت اجتماعی به ویژه برای مردان بوده است. لیلارد^۱ و وایت^۲ دریافتند که ازدواج باعث کاهش رفتارهای پرخطر در مردان می‌شود. ازدواج هم‌چنین مرتبط با افزایش سطح (البته نه به صورت مطلق) پایگاه اقتصادی - اجتماعی است که بر سلامت تاثیرگذار است (وایت، ۱۹۹۶). لمبرت (۱۹۸۸) دریافت اگرچه ازدواج به طور کلی سلامت اجتماعی و روانی مردان و زنان را افزایش می‌دهد اما افراد مجرد برخی جنبه‌های ویژه از سلامت را تجربه می‌کنند که از همه مهم‌تر حس استقلال و رشد فردی بیشتر از افراد متاهل است.

جنسیت

سلامت با توجه به جنسیت تفاوت‌هایی را پیدا می‌کند. مردان در مقایسه با زنان، بیش‌تر در معرض خطرات و ریسک‌های سلامت قرار دارند، از آن رو که جنسیت می‌تواند تا حد زیادی تعیین کننده میزان کنترل منابع اجتماعی - اقتصادی و شیوه رفتار با افراد در محیط اجتماعی‌شان باشد. زنان دو برابر مردان افسردگی دو قطبی را تجربه می‌کنند و نیز از خشونت‌های خانوادگی، اضطراب روانی، خشونت جنسی، فشارهای مربوط به سوگیری‌های جنسیتی و اجبار در ایفای نقش‌های چندگانه رنج می‌برند. مردان متاسفانه عمدتاً گرفتار اعتیاد به مواد مخدر، پرخاشگری و جامعه ستیزی می‌شوند و هم‌چنین سه برابر احتمال دارد که شخصیت ضد جامعه در آنان شکل گیرد و این در حالی است که رایج ترین اختلال در میان زنان، اختلالات ترس است (گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵: ۱۱۶).

سن

تاکنون ابعاد سلامت در سنین مختلف مورد بررسی و آزمون قرار گرفته و مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که دوره سنی خاصی را نمی‌توان به احساس سلامتی اختصاص داد. هر چند عوامل پیش‌بینی کننده همواره با سن تغییر می‌کند. هم‌چنین برخی تحقیق‌ها نشان داده‌اند که همراه با افزایش سن افراد احساس خوشحالی بیشتر، رضایت بیشتر می‌کنند، استقلال اقتصادی و اجتماعی پیدا می‌کنند در نتیجه قدرت تصمیم‌گیری و اعتماد به نفس آن‌ها افزایش می‌یابد و ... که حاصل تغییرات صورت گرفته افزایش میزان سلامت اجتماعی افراد است (kar, 2004: 200).

¹. Lillard

². Waite

ابزار و روش تحقیق

این تحقیق از لحاظ معیار اجرایی، تحقیق کاربردی بوده و از لحاظ زمانی جزو تحقیق‌های مقطعی و با توجه به میزان ژرفایی جزو تحقیق‌های پهنانگر می‌باشد. جامعه آماری، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۹۲ که تعداد آن‌ها برابر با ۲۵۹۷۴ نفر بود. از این تعداد ۱۱۵۳۵ نفر را دختران و ۱۴۴۳۹ نفر پسران تشکیل داده‌اند. برای نمونه‌گیری از روش خوشه‌ای استفاده گردیده است. افراد جامعه آماری با توجه به دانشکده‌ها به طبقات فرعی تقسیم شده و سپس بر حسب تعدادشان نمونه‌گیری تصادفی در داخل طبقات انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۱۰ نفر تعیین گردید.

$$n = \frac{NZ_{\frac{\alpha}{2}}^2 \delta_x^2}{e^2(N-1) + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \delta_x^2} = \frac{25974 \times (1/96)^2 \left(\frac{5}{6}\right)^2}{(0/09)^2(25973) + 2/67} = 310$$

برای جمع‌آوری اطلاعات از روش‌های کتابخانه‌ای و پیمایشی استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد ۳۳ گویه‌ای سلامت اجتماعی کیز بوده است و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌های تحقیق

حجم نمونه آماری این تحقیق شامل ۳۱۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز بود که از این تعداد ۱۲۸ نفر زنان و ۱۸۲ نفر را مردان تشکیل می‌دادند در این میان جوان‌ترین نمونه ۱۸ سال و مسن‌ترین نمونه ۴۸ سال داشتند که ۷۷/۹ درصد مجرد، ۲۱/۸ درصد متأهل، ۷۸/۶۲ درصد مشغول به تحصیل در سطح کاردانی و کارشناسی و ۲۱/۳۸ درصد در سطح کارشناسی ارشد و دکترا مشغول به تحصیل بودند. از دانشجویان مورد مطالعه ۸۷/۳ درصد دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی متوسط به بالا و ۱۲/۷ درصد دارای پایگاه اقتصادی-اجتماعی متوسط به پایین بودند. نمره مربوط به سلامت اجتماعی دانشجویان $58/45 \pm 9/53$ محاسبه گردید که حداقل نمره ۲۹ و حداکثر نمره ۷۸ بوده است. ضریب کجی $-0/244$ - بیانگر منفی بودن توزیع داده‌هاست.

یافته‌های استنباطی

- بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز و سن آنان رابطه وجود دارد. جهت آزمون معناداری رابطه میانگین سلامت اجتماعی با متغیر سن از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. مطابق با آزمون ضریب همبستگی پیرسون ملاحظه می‌شود که میزان سلامت اجتماعی با سن دانشجویان رابطه مستقیم دارد. بدین معنی که هرچه سن افراد افزایش می‌یابد، میزان سلامت اجتماعی

آنان نیز افزایش می‌یابد. به طوری که ضریب همبستگی پیرسون برابر با $0/2$ و سطح معناداری برابر با $0/001$ محاسبه شده است.

جدول شماره (۱): ضریب پیرسون و سطح معناداری رابطه سلامت اجتماعی و سن

سن	متغیر
ضریب همبستگی $0/2$	سلامت اجتماعی
سطح معناداری $0/001$	
تعداد پاسخگویان ۲۹۱	

- میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز به تفکیک به جنسیت آنان متفاوت است. جهت آزمون معناداری تفاوت میانگین سلامت اجتماعی به تفکیک جنسیت از آزمون T استفاده گردید. در این میان میانگین سلامت اجتماعی مردان با $59/37$ بالاتر از زنان است و با توجه به سطح معناداری $0/044$ بین دو متغیر تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول شماره (۲): مقایسه توصیفی سلامت اجتماعی دانشجویان به تفکیک جنسیت

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
مرد	۱۸۲	۵۹/۳۷	۹/۲۳۶	۰/۶۸۵
زن	۱۲۸	۵۷/۱۴	۹/۸۲۰	۰/۸۶۸

جدول شماره (۳): آزمون تفاوت میانگین و یکنواختی واریانس‌ها سلامت به تفکیک جنسیت

آزمون لون برای برابری واریانس‌ها	مقدار F	سطح معنی‌داری	آزمون T برای برابری میانگین‌ها	مقدار t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	۰/۵۰۲			۲/۰۲۱	۲۶۲/۸۱۶	۰/۰۴۴

- میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز به تفکیک وضعیت تاهل آنان متفاوت است.

جهت آزمون معناداری تفاوت میانگین سلامت اجتماعی به تفکیک وضعیت تاهل از آزمون T استفاده شده است. با توجه به سطح معناداری $0/012$ تفاوت معنی‌داری بین دو متغیر وجود دارد. در این میان، دانشجویان متاهل با میانگین $60/97$ از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به دانشجویان مجرد برخوردارند.

جدول شماره (۴): مقایسه توصیفی سلامت اجتماعی دانشجویان به تفکیک وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
مجرد	۲۳۹	۵۷/۸۱	۹/۶۱۲	۰/۶۲۲
متاهل	۶۷	۶۰/۹۷	۸/۷۲۲	۱/۰۶۶

جدول شماره (۵): آزمون تفاوت میانگین و یکنواختی واریانس‌ها سلامت اجتماعی به تفکیک وضعیت ناهل

آزمون لون برای برابری واریانس‌ها		آزمون T برای برابری میانگین‌ها	
مقدار F	سطح معنی‌داری	مقدار t	درجه آزادی
۱/۲۶۶	۰/۳۶۱	-۲/۵۶۱	۱۱۴/۹۰۷
			سطح معنی‌داری
			۰/۰۱۲

- میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز با توجه به پایگاه اقتصادی-اجتماعی آنان متفاوت است.

برای آزمون فرضیه رابطه بین دو متغیر مورد نظر، از آزمون تحلیل واریانس یا F استفاده شده است. نتایج بدست آمده نشان داد که بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی دانشجویان و سلامت آنان تفاوت معنی‌دار نیست.

جدول شماره (۶): آزمون تحلیل واریانس سلامت به تفکیک پایگاه اقتصادی- اجتماعی دانشجویان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری
پایگاه اجتماعی - اقتصادی	بین گروه‌ها	۱۶۲/۴۷۴	۲	۸۱/۲۳۷	۰/۸۹۴	۰/۴۱
	درون گروه‌ها	۲۷۹۰۰/۹۱۲	۳۰۷	۹۰/۸۸۲		
	کل	۲۸۰۶۳/۳۸۶	۳۰۹			

- میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز به تفکیک دانشکده‌های آنان متفاوت است.

جهت آزمون معناداری تفاوت میانگین متغیرهای سلامت اجتماعی و دانشکده تحصیلی دانشجویان از آنالیز واریانس یا F استفاده گردید. هدف از این آزمون، مشاهده اختلاف میانگین‌ها در چند گروه یا جامعه به صورت هم‌زمان می‌باشد. نتایج این آزمون (سطح معناداری = ۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین این دو متغیر وجود دارد. یعنی دانشجویان دانشکده‌های مختلف این دانشگاه از نظر متغیر سلامت اجتماعی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند. آماره‌های توصیفی جدول (۸) نشان می‌دهد که دانشجویان دانشکده ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی با میانگین ۶۳/۲۱ از سطح سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سایر دانشکده‌ها برخوردارند و دانشجویان دانشکده معماری و هنر با میانگین ۵۱/۲۸ و پزشکی با میانگین ۵۵/۲۹ بیشترین فراوانی را در سطح سلامت پایین کسب کرده‌اند. به عبارت دیگر دانشجویان این دانشکده‌ها نسبت به سایر دانشکده‌ها از میزان سلامت اجتماعی پایین‌تری برخوردارند.

نتایج آنالیز تحلیل واریانس میانگین سلامت با $\text{sig}=0/000$ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان دانشکده‌های مختلف وجود دارد (جدول ۷).

جدول شماره (۷): آزمون آنالیز واریانس میانگین سلامت اجتماعی به تفکیک دانشکده

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری
سلامت اجتماعی	بین گروه‌ها	۳۲۷۷/۶۱۲	۹	۳۶۴/۱۷۹	۴/۴۰۸	۰/۰۰۰
	درون گروه‌ها	۲۴۷۸۵/۷۷۴	۳۰۰	۸۲/۶۱۹		
	کل	۲۸۰۶۳۳۸۶	۳۰۹			

جدول شماره (۸): آماره‌های توصیفی میانگین سلامت اجتماعی به تفکیک دانشکده

دانشکده	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	حداقل	حداکثر
کشاورزی - دامپزشکی	۳۸	۵۹/۴۴	۸/۰۵۷	۱/۳۰۷	۴۰	۷۶
حقوق و علوم سیاسی	۲۷	۶۲/۰۲	۷/۹۹۱	۱/۵۳۸	۴۷	۷۸
ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی	۲۳	۶۳/۲۱	۸/۸۷۴	۱/۸۵۰	۴۸	۷۷
پزشکی	۱۸	۵۵/۲۹	۱۰/۸۹۰	۲/۵۶۷	۳۸	۷۳
علوم انسانی	۳۴	۶۲/۳۰	۹/۴۱۱	۱/۶۱۴	۴۴	۷۷
علوم پایه	۲۴	۵۸/۲۶	۸/۵۱۲	۱/۷۳۷	۴۹	۷۵
فنی	۶۱	۵۶/۸۱	۸/۷۸۴	۱/۱۲۵	۳۶	۷۸
مدیریت	۲۸	۶۰/۱۳	۸/۴۶۲	۱/۵۹۹	۴۴	۷۵
معماری و هنر	۲۶	۵۱/۲۸	۱۰/۹۶۷	۲/۱۵۱	۳۲	۷۳
مکانیک	۳۱	۵۷/۹۰	۹/۶۸۹	۱/۷۴۰	۲۹	۷۳
کل	۳۱۰	۵۸/۴۵	۹/۵۳	۰/۵۴۱	۲۹	۷۸

با توجه به معناداری آزمون F جدول (۶) برای پیگیری تفاوت‌های معناداری در تجزیه و تحلیل‌های چند گروهی، از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. نتایج آزمون LSD در جدول شماره (۹) آورده شده است.

جدول شماره (۹): آزمون LSD سلامت اجتماعی دانشجویان به تفکیک دانشکده

دانشکده	کشاورزی و دامپزشکی	حقوق و علوم سیاسی	ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی	پزشکی	علوم انسانی	علوم پایه	فنی	مدیریت و حسابداری	معماری و هنر	مکانیک
کشاورزی - دامپزشکی	*	-	-	-	-	-	-	-	-	*
حقوق و علوم سیاسی	*	*	-	-	-	-	-	-	-	*
ادبیات فارسی و زبان‌های خارجی	*	*	*	-	-	-	-	-	-	*
پزشکی	-	*	*	*	*	*	*	*	*	-
علوم انسانی	-	*	*	*	*	*	*	*	*	-
علوم پایه	-	*	*	*	*	*	*	*	*	-

-	*	-	-	-	-	-	-	-	فنی
-	*	-	-	-	-	*	-	-	مدیریت
-	*	*	*	*	*	*	*	*	معماری و هنر
-	-	-	-	*	-	*	*	-	مکانیک

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، تفاوت میانگین سلامت اجتماعی دانشجویان دانشکده معماری و هنر با تمام دانشکده‌ها جز دانشکده مکانیک معنی‌دار است و دانشجویان دانشکده علوم پزشکی، با دانشجویان تمام دانشکده‌ها جز دانشکده فنی و دانشکده مکانیک تفاوت معناداری دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

در آزمون فرضیه اول بین میزان سلامت اجتماعی با سن رابطه معناداری مشاهده گردید. یعنی هرچه سن بالاتر رفته سلامت اجتماعی افراد نیز افزایش یافته است و این نتیجه نظریه کیز را که معتقد است سلامت اجتماعی افراد با افزایش سن آنان افزایش می‌یابد را تایید می‌کند. همچنین برخی تحقیقات نشان داده‌اند که همراه با افزایش سن افراد احساس خوشحالی بیشتر و رضایت بیشتری می‌کنند، استقلال اقتصادی و اجتماعی پیدا می‌کنند، در نتیجه قدرت تصمیم‌گیری و اعتماد به نفس آن‌ها افزایش می‌یابد که حاصل تغییرات صورت گرفته افزایش میزان سلامت اجتماعی افراد است (kar: 2004: 200). یافته این تحقیق با نتیجه یافته باباپور، هم‌سویی نمی‌کند.

در آزمون فرضیه دوم نیز بین میزان سلامت اجتماعی و جنسیت دانشجویان رابطه معناداری مشاهده گردید و زنان نسبت به مردان از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند. بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵) سلامت با توجه به جنسیت تفاوت‌هایی را پیدا می‌کند. مردان در مقایسه با زنان، بیشتر در معرض خطرهای ریسک‌های سلامت قرار دارند، از آن رو که جنسیت می‌تواند تا حد زیادی تعیین‌کننده میزان کنترل منابع اجتماع-اقتصادی و شیوه رفتار با افراد در محیط اجتماعی‌شان باشد. زنان دو برابر مردان افسردگی دو قطبی را تجربه می‌کنند و نیز از خشونت‌های خانوادگی، اضطراب روانی، خشونت جنسی، فشارهای مربوط به سوگیری‌های جنسیتی و اجبار در ایفای نقش‌های چندگانه رنج می‌برند و در نتیجه از میزان سلامت پایین‌تری برخوردارند. نتایج این بررسی نیز این گزارش را تایید می‌کند.

در آزمون فرضیه سوم افراد متأهل از سلامت بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردار بوده‌اند. این نتیجه هم‌سو با نظریه لیلارد و وایت (۱۹۹۶) می‌باشد. طبق نظریه وایت و لیلارد، متأهل بودن همواره امری مرتبط با سلامت و ارتقای سلامت اجتماعی به ویژه برای مردان بوده است و ازدواج باعث کاهش رفتارهای پرخطر در مردان می‌شود. نتایج این تحقیق با یافته‌های تباردرزی (۱۳۸۶) و نیک و رز (۱۳۸۷) هم‌سو می‌باشد.

در آزمون فرضیه چهارم تفاوت معناداری بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی دانشجویان با سلامت اجتماعی آنها مشاهده نشد. یافته این تحقیق با نتایج حاتمی (۱۳۸۸) که تفاوت معنی داری بین پایگاه اقتصادی- اجتماعی و سلامت اجتماعی دانشجویان به دست آورده است همسو نمی باشد. عدم معناداری این فرضیه، در این تحقیق می تواند به دلیل هم سطحی در پایگاه اقتصادی- اجتماعی جامعه آماری مورد نظر باشد. به طوری که از دانشجویان مورد مطالعه ۸۷/۳ درصد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی متوسط به بالا و ۱۲/۷ درصد دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی متوسط به پایین بودند.

در آزمون فرضیه پنجم تحقیق، تفاوت معناداری بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رشته های مختلف دیده شد به این صورت که: دانشجویان دانشکده معماری و هنر و دانشجویان دانشکده پزشکی از پایین ترین میزان سلامت اجتماعی برخوردار بودند و دانشجویان دانشکده ادبیات فارسی و زبان های خارجی با میانگین ۶۳/۲۱ از بالاترین میزان سلامت برخوردارند.

باتوجه به یافته های تحقیق و اهمیت سلامت در جامعه باید در جست و جوی راه هایی بود که موجبات افزایش آن فراهم آید. بر این اساس پیشنهاد می شود: بدلیل این که در بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشکده معماری و هنر و دانشجویان دانشکده پزشکی از میانگین سلامت اجتماعی پایین تری نسبت به دانشجویان سایر دانشکده ها برخوردارند، پیشنهاد می شود ابتدا با انجام تحقیق هایی جهت یافتن علل و عوامل شرایط بوجود آمده و موانع آن شناسایی گردد تا برنامه ریزی های دقیق تر جهت انجام اقدامات اساسی برای بهبود شرایط صورت گیرد و از طریق مشاوره های اجتماعی و روان شناختی از بروز آسیب های تهدید کننده تا حد امکان کاسته شود. ضمناً می توان از طریق روش برگزاری جلسات مشاوره و هدایت فردی و گروهی به ارائه خدمات مشاوره ای به افراد اقدام نمود. افرادی که در سطح سلامت اجتماعی پایین تری قرار دارند، نیاز به تعداد جلسات بیشتری دارند. مسئولین آموزشی دانشگاه با برگزاری کارگاه های آموزشی مهارت های اجتماعی و ارتباطی زیر نظر متخصصین علوم اجتماعی و روان شناسی اجتماعی به افزایش سطح سلامت دانشجویان کمک کنند. همچنین پیشنهاد می گردد، با توجه به این که جامعه آماری تحقیق حاضر دانشجویان بودند، بنابراین حداقل سن نمونه آماری ۱۸ سال بوده است و نیاز است این بررسی در سطح سنین پایین تر نیز صورت گیرد. تا اطلاعات دقیق تری از وضعیت سلامت نسل جوان جامعه به دست آید. لازم به ذکر است که مقیاس سلامت اجتماعی کبیز برای افراد بالای ۱۵ سال طراحی شده و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است.

منابع

- بابا پور، ج. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. طرح پژوهشی دانشگاه تبریز.
- بهشتی پور، م. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی و ویژگی‌های آن. سایت تبیان. www.tebyan.ir. تاریخ مراجعه به سایت ۱۳۹۲/۴/۱۶.
- تقی پور، م. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار. فصلنامه پژوهش اجتماعی. سال سوم. ش ۷.
- سام‌آرام، ع. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی. سال اول، شماره اول.
- سجادی، ح؛ و دیگری. (۱۳۸۴). شاخص‌های سلامت اجتماعی. مجله علمی آموزشی اقتصادی - سیاسی. شماره ۲۰۷.
- عبداله تباردرزی، ه و دیگران. (۱۳۸۷). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک اجتماعی. فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره‌های ۳۱-۳۰.
- کنگرلو، م. (۱۳۸۷). سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد در دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد. گرایش مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی.
- محمدنبی، م. (۱۳۹۰). سلامت اجتماعی و قلمرو آن. موسسه تحقیقات بهبود زندگی زنان.
- مرندی، س. (۱۳۸۵). عوامل اجتماعی سلامت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. معاونت تحقیق‌ها و فناوری. چاپ دوم.
- نیک‌ورز، ط. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد گروه علوم اجتماعی.
- ویللکنسون، ر؛ و دیگری. (۱۳۸۳). تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت - حقایق مسلم. ترجمه: محمد زارع و دیگری. نشر تدبیر (سیمین دخت)، چاپ اول.
- Azad Falah, Parviz. (1387). Children with Learning Disabilities & Wellbeing. *Nternational Journal of Qualitative Studies on Health*. N, 23. 18-26.
- Blanco, Amalio, & Diaz, Dario. (2007). *Social order and mental health: a social well- being approach*. Autonoma university of Madrid, psychology in Spain, Vol, 11(5).
- Keyes, C. L., M. (2004). *Complete Mental Health: An Agenda For The 21; Century*. Washington.
- Keyes, Corey Lee. M & Shapiro, Adam. (2004). *Social well- being in the united states: A Descriptive Epidemiology*. Vol. 61, N. 2, pp: 121-190.
- Larson, James. (1993). *the measurement of social well - being, social Indicators Research* 28, pp: 285-296.
- Ross, Shannon, E; Niebling, Bradley, C; Heckert, Teresa, M. (1999). Sources of stress of among college students. *College Student Journal*. Jun99, Vol. 33 Issue 2, p312.
- Wissing, T. F; Fouri, A. (2000). *Spirituality as a component of psychological well-being*. 27th International Congress of Psychology. July, Stockholm, Sweden. 23-28