

علمی-پژوهشی

فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر

سال ششم، شماره (۱۸)، پاییز ۱۳۹۱

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۵

صص ۶۰-۴۱

## بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه

نصراله پورافکاری

### چکیده:

انسان سالم، محور توسعه اجتماعی است و فرایند توسعه بدون توجه به این بعد مهم ناممکن است. سلامت اجتماعی در جامعه متأثر از دلایل فراوانی است که بیشتر آنها نه در حوزه پزشکی، بلکه در حوزه علوم اجتماعی و جامعه‌شناسی قابلیت تحلیل و بررسی دارند. بیشتر متغیرهایی که در این پژوهش مورد تأکید قرار گرفته است، متغیرهایی اجتماعی است. اخیراً مطالعه سلامت اجتماعی نزد دانشمندان علوم اجتماعی و انسانی مورد توجه زیادی قرار گرفته است و حتی محققان رشته‌های گوناگون و مرتبط از جمله؛ روانشناسی، مدیریت، اقتصاد، علوم تربیتی و علوم سیاسی در این عرصه مشارکت داشته‌اند. سلامت، اساسی‌ترین شاخص رفاه جوامع امروزی به شمار می‌رود و بیش از آنکه متأثر از موارد پزشکی باشد، به عوامل اجتماعی وابسته است. در واقع سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود

که تئوری‌های متعددی در این زمینه بررسی شده است. این پژوهش از نوع پیمایش مقطعی و با استفاده از ابزار پرسش نامه در میان مردم شهرستان پاوه از توابع استان کرمانشاه در سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است. در این بررسی رابطه سلامت اجتماعی با انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی که شاخص‌های اصلی این مفهوم هستند به کمک ضرایب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که رابطه بین جنسیت و سلامت رابطه معناداری نبوده اما در بررسی رابطه بین تحصیلات، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی با سلامت اجتماعی به وسیله ضریب همبستگی پیرسون رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت، حمایت اجتماعی، انسجام، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی.

## مقدمه و بیان مساله

سازمان بهداشت جهانی (WHO) در تعریف خودش سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۹). بنابراین مفهوم سلامت از جمله مفاهیمی است که تا مدت‌ها با اتکا به نقطه مقابل آن، یعنی بیماری تعریف می‌شد؛ و سازمان بهداشت جهانی، سلامت را در نبود بیماری یا نقص و نوعی آسایش جسمی- روانی- اجتماعی تعریف می‌کرد و تمامی تلاش‌ها را معطوف به جلوگیری از بازگشت بیماری‌ها می‌نمود. امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌انگار و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامت فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیماری (و نهایتاً مرگ) و در دیگر سو، سلامت افراد قرار داشته باشد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه مفهوم سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش باشد و دوم، افراد، گروه‌ها، اجتماعات محیط و کل جامعه در حفظ و ایجاد آن فعال و سهیم باشند و سوم، با رویکردی کلان‌نگر، به نقش شاخص‌ها و عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی در کنار عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در سلامت، توجه خاص شود (بهزاد، ۱۳۸۴). پس

سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل دهنده سلامت است. در حقیقت زمانی فرد را دارای سلامت اجتماعی می‌دانیم که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال نماید (فدایی مهربانی، ۱۳۸۶: ۸). مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص‌های متعددی است که این ابعاد شامل: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی از سلامت اجتماعی افراد، با استفاده از مدل نظری کییز مورد بررسی قرار خواهند گرفت. کییز 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. وی مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کند (حکیمی نیا، ۱۳۹۰: ۳). گلداسمیت<sup>۱</sup> سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌نماید و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند، که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد (لارسون، ۱۹۹۳: ۲۸۵). داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهمترین مرحله از سلامت اجتماعی است که متأسفانه توجه کافی به آن نشده است. بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این امر می‌تواند به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی و روان‌شناختی آن غافل شد. از سوی دیگر، این مفهوم به دلیل ماهیت و محتوایی که دارد، با تمامی موضوعات و مسایل مطرح در حوزه انسانی و اجتماعی ارتباط پیدا می‌کند و اخیراً به عنوان یک عامل اجتماعی موثر بر تغییرات ساختاری جوامع مطرح شده است. چاهن (۱۹۹۱) سلامت روانی را وضعیتی از بلوغ روانشناختی تعبیر می‌کند که عبارتست از: حداکثر اثربخشی و رضایت بدست آمده در تقابل فردی و اجتماعی که شامل احساسات و بازخوردهای مثبت نسبت به خود و دیگران می‌شود (ون‌تیس، ۱۹۹۵: ۳۶)

محقق انگلیسی بروکینگتون، سلامت روانی را احساس حالات شادابی، جسمی، فکری و روحی همراه با ذخیره قدرت بر اساس عملکرد عادی بافتها و هماهنگی و تطبیق جسمی و روحی که موجب فراهم گردیدن وسائل زندگی سرشار از نشاط برای انجام خدمات و کارهای عادی است، تعریف می کند (محسنی، ۱۳۷۹: ۴۴).

انجمن سلامت روانی کانادا، سلامت روانی را در سه قسمت تعریف می کند: ۱- نگرش های مربوط به خود: شامل تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف های خود و رضایت از خوشی های ساده. ۲- نگرش های مربوط به دیگران: شامل علاقه به دوستی های طولانی مدت و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه، احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی. ۳- نگرش های مربوط به زندگی: شامل پذیرش مسئولیت ها، انگیزه توسعه امکانات و علائق خود، توانایی اخذ تصمیم های شخصی و انگیزه خوب کار کردن. اندیشمندان از زوایای گوناگون، بر ویژگی هایی که به دستیابی و حفظ سلامت روان می انجامند، تاکید ورزیده اند. سالیوان (۱۹۵۴) بر این باور است که در سلامت روان، ارزش عمده بر کنش اجتماعی مؤثر قرار دارد. راجرز (۱۹۵۱) در ارزیابی ادراکات خود واقعی و خود آرمانی، خویشن پذیری حمایت شده را یک شاخص مهم سلامت روانی می داند. مازلو (۱۹۵۴)، بر شکوفایی توانایی های فردی به عنوان یک سازه اساسی تاکید می کند. الیس (۱۹۸۰)، پذیرش خود، خردپذیری و منعطف بودن را در سلامت روان مهم تلقی می کند. اما هاروی، هانت و اسکرودر (۱۹۶۱)، بر پیچیدگی شناختی و انعطاف پذیری، که خود می تواند ناشی از پیچیدگی بیشتر باشد، تاکید می ورزند (کریمیان، ۱۳۹۱: ۲۳). بطور کلی ما می توانیم سلامت را بر حسب دو عامل مورد بحث قرار دهیم؛ یکی واحد تحلیل، که می تواند شخص، خانواده، اجتماع و بطور کلی جامعه باشد و دوم جنبه یا ترکیبی از جنبه هایی که شخص به آنها توجه دارد؛ یعنی: جغرافیایی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و یا احساسی. این دو عامل می توانند به عنوان دو محور از یک نمودار برای داشتن انواع گوناگونی از سلامت در نظر گرفته شوند (ساره، ۱۹۸۷: ۷۰). سلامت در طول سده ها از یک مفهوم انفرادی، به صورت یک هدف جهانی و در برگیرنده کیفیت زندگی در آمده است. عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارتند از:

۱) رویکرد بیماری محور: این رویکرد با حضور وعدم حضور بیماری در مقوله های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (بلانکو و دیز، ۲۰۰۷: ۶۱). از این منظر سلامتی حالتی است که علایم بیماری در فرد وجود نداشته باشد و سلامت هدف نهایی پزشکی بود. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین کننده زیست محیطی، اجتماعی و روانشناختی نادیده گرفته می شد. همچنین این الگو در حل بسیاری از مسایل اساسی بهداشتی انسان از جمله اعتیاد، بیماری های روانی و... نارسا بوده است (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۴: ۲۴۷).

۲) رویکرد سلامتی محور که در آن سلامت را به عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می شود که درجات عالی شاخص های سلامت را دارا باشد (بلانکو و دیز، ۲۰۰۷: ۶۳). با تمام این تفاسیر آنچه در این بررسی بسیار مهم و قابل تاکید است موقعیت شهرستان پاوه است. این شهر دومین شهرستان بزرگ استان بوده که به لحاظ قرار گرفتن در موقعیت جغرافیایی در مرز با کشور عراق قرار دارد و به لحاظ دسترسی به امکانات در حد مطلوبی نیست، اما با وجود این وضعیت این شهر از لحاظ داشتن مولفه های اجتماعی سلامت در وضعیت مطلوبی قرار دارد. علاوه بر اینکه برخوردار از بالاترین استاندارد سلامتی یکی از حقوق بنیادین هر انسان بدون توجه به تفاوت های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و... است، تجربه نشان داده که بعضی از مناطق نسبت به دیگر مناطق عملکرد بهتری داشته اند. بنابراین می توان از تجربه، نقاط قوت و عوامل تأثیر گذار بر عملکرد مطلوب آنها بهره برد. (احمدی، ۱۳۸۴، ۲۸).

## بررسی ادبیات نظری پژوهش

ضرورت وجود مقیاس های سلامت اجتماعی در مراقبت های پزشکی و پیشرفت های دراز مدت که باعث ابداع ابزارهای مناسب یعنی تفکیک نتایج مربوط به زمینه های مختلف شده است، دلیل ارائه شیوه های سنجش سلامت مرتبط با زندگی است. در حال حاضر ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان شیوه استاندارد در بررسی نتایج پزشکی حاصل از پیشرفت تکنولوژی مراقبت پزشکی محسوب می گردد. هفت رویکرد مختلف نسبت به این موضوع وجود دارد. از جمله:

۱. علائم بالینی
  ۲. نشانه‌های بالینی از جمله درد، این در رویکرد اولیه، «الگوی پزشکی» را تشکیل می‌دهند.
  ۳. کارکرد تشخیص ویژه
  ۴. انجام کار یا فعالیت های روزمره
  ۵. کارکرد نقش اجتماعی
  ۶. وضعیت عاطفی یا احساسی (کارکرد روانشناختی)، از جمله درد.
  ۷. رضایت از زندگی، خوشبختی یا رضایت خاطر
- هر کدام از این مولفه‌ها در سنجش وضعیت زندگی مرتبط با تندرستی فرد دخیل هستند. اولاً، هر کدام از آنها «خوبی» یا «بدی» زندگی فرد را از لحاظ تأثیر مراقبت‌های پزشکی بر بهبود زندگی وی تخمین می‌زند. ثانیاً، هر مؤلفه برآورد می‌کند که تا چه حد تغییرات ناشی از تکنولوژی مراقبت‌های پزشکی به ایده‌آل‌ترین و بهترین تعریف ما از «سلامت» نزدیک می‌شود. بر این اساس سازمان بهداشت جهانی با هدف فراهم کردن مدل جهانی کیفیت زندگی را با توجه به ادراک انسان‌ها از موقعیت زندگی شان تعریف کرده و آن از یک سو با بافت فرهنگی و ارزشی که افراد در آن زندگی می‌کنند، و از سوی دیگر، با سلامت اجتماعی‌اشان در ارتباط می‌داند (استوینگتون و اوکونل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴: ۲۹۹). تفکر تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت انسان، سابقه دیرینه‌ای دارد. از قرن ۱۹ میلادی، متخصصان بهداشت کم و زیادی میزان مرگ و میر گروه‌های اجتماعی را نشان داده‌اند و در پی براهینی برای تحلیل اجتماعی آن بودند. توجه به شرایط محیط زندگی و آنچه که در اجتماع می‌گذشت (فقر، آب آلوده، خطرات حرفه‌ای...) با کشفیات پاستور کم‌تر شده بود. نظریه "سبب‌شناسی ویژه" پاستور که علت هر بیماری را نتیجه عمل یک میکروب می‌دانست توجه به دلایل اجتماعی را منحرف می‌کرد (آدام و کلودین، ۱۳۸۵: ۶۸). بلوک و برسلو برای اولین بار در سال (۱۹۷۲) در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی می‌پردازند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با "درجه عملکرد اعضای جامعه" مترادف کرده و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح

پرسش های 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 همکارانش در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آنها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش علایم بیماری، میزان بیماری ها و قابلیت های کارکردی فرد است (بلوک و برسلو، ۱۹۷۲ در حکیمی نیا، ۱۳۹۰: ۴۵). 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 می شود و هم می تواند تابعی از آن باشد. سنجش محتوای سلامت اجتماعی از ابتدا از طریق تمرکز بر "فرد" و در رابطه با تعاملات میان فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری آن ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو در تعریف منظور شده بود. حوزه سلامت اجتماعی از سال های ۱۹۹۵ به بعد علاوه بر نگرش کلی و عامی که بر کیفیت سلامت در میان تمام افراد دارد، در کشورهای صنعتی گرایش خاصی را در دو بعد سلامت روانی و نیز سلامت اجتماعی آغاز کرده است. گروهی از کارشناسان در این تلاش بوده اند که از طریق عملیاتی کردن مفهوم "ارتقای سلامت" اهداف کلی شعار "بهداشت برای همه"، را با زمینه های اجتماعی سلامت در مفهوم عام پیوند بزنند. آنان معتقدند که "ارتقای سلامت" در حقیقت در بر گیرنده زمینه های اقدام اجتماعی برای توسعه سطح سلامت است. ارتقای سطح سلامت بر این اساس از دو طریق امکان پذیر است که یکی از آنها توسعه شیوه های سالم زندگی و اقدام اجتماعی برای سلامت است و دیگری ایجاد شرایطی است که زیستن در یک حیات سالم را امکان پذیر سازد. موضوع اول در بر گیرنده توانمند سازی انسان ها از طریق آگاهی ها و مهارت های ضروری برای یک زندگی سالم است و موضوع دوم تأثیر گذاری بر سیاست گذاران به گونه ای است که سیاست های عمومی و برنامه های حامی سلامت عمومی را در سطح جامعه پیگیری نمایند، که پیشگیری از انحرافات اجتماعی از گسترده ترین ارکان این بخش است. (بلوک و برسلو، ۱۹۷۲ در حکیمی نیا، ۱۳۹۰: ۴۵). بنا بر نظریه دورکهایم، هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش (برای مثال خانواده) قوی تر باشد، احتمال به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می یابد و بر عکس حتی ممکن است در چنین

شرایطی فرد سلامت خود را به خاطر دیگران به خطر اندازد. از نظر دورکهایم مشکل اصلی جوامع جدید رابطه فرد با جامعه است، مشکلی که به از هم پاشیدگی اجتماعی و ضعف پیوندهایی برمی گردد که فرد را با جامعه مربوط می کند. از پیامدهای سست شدن رابطه فرد با جامعه قضیه خودکشی است. از نظر دورکهایم تفاوت های حاصل در میزان خودکشی با میزان انسجام اجتماعی منطبق است. میزان های بالای خودکشی در میان گروه هایی یافت می شود که از نظر اجتماعی منزوی اند و بر عکس، میزان های پایین خودکشی بیان گر گروه هایی از افراد است که پیوندهای قوی اجتماعی دارند. قضیه اصلی که دورکهایم در ارتباط با دو نوع کلی خودکشی مطرح می کند عبارت است از میزان خودکشی به نسبت معکوس با درجه همبستگی گروه های اجتماعی که فرد جزئی از آن است تغییر می کند (چلبی، ۱۳۸۵: ۶۷). توضیحات زیادی در مورد این که چرا و چگونه حمایت اجتماعی روی ارتقا سلامت تاثیر دارد، وجود دارد. عمده پژوهش گران می گویند که حمایت اجتماعی ممکن است به طور مستقیم و یا غیر مستقیم بر سلامت تاثیر بگذارد و می تواند در مقابل رویدادها و اتفاقات ناگوار زندگی و وقایع استرس زا نقش محافظتی داشته باشد (کوهن و ویلس به نقل از فوهرر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). پیوندهای اجتماعی کنش های گهگاهی یا روزانه ای هستند که ما در زندگی خود با دوستان، خویشاوندان، همکاران، همسالان و دیگر افراد داریم. این پیوندها در دو نوع ویژه قوی و ضعیف طبقه بندی می شوند. هر دو نوع پیوند می توانند منافع را برای افراد داشته باشند. اما نوع کمکی هایی که این دو نوع پیوند برای افراد فراهم می کنند متفاوت است. در پیوندهای ضعیف<sup>۲</sup> احساس صمیمیت پایین است. از این رو در این پیوندها احساس مسئولیت، تعهد و علاقه به رابطه پایین است. گرانووتر<sup>۳</sup> (۱۹۷۳) به عنوان نظریه پرداز پیوندهای ضعیف، این پیوندها را حامل دو نوع کارکرد خرد و کلان می داند. کارکرد خرد پیوندهای ضعیف حاوی بودن اطلاعات و کارکرد کلان آن فراهم کردن انسجام اجتماعی در جامعه است. پیوندهای ضعیف شامل پیوند با آشنایان یا آشنایان آشنایان است. افراد از طریق پیوندهای ضعیف خود با آشنایان

1 Fuhrer

2 Weak tie

3. Granovetter



به اطلاعات مختلف دست می‌یابند. محافل توسط پیوندهای ضعیف نسبت به هم آگاهی پیدا می‌کنند. پیوندهای ضعیف به مثابه پل‌های ارتباطی اطلاعات و منابعی را در اختیار افراد آگاه قرار می‌دهند که فراسوی اطلاعات و منابع در دسترس آن‌ها در محافل اجتماعی‌شان است. در مجموع پیوندهای ضعیف دو کارکرد دارند: یکی این‌که؛ اطلاعات، اخبار، ایده‌ها و آگاهی‌ها را در بین افراد و گروه‌های مختلف منتشر می‌کند. دوم این‌که؛ با اتصال افراد و گروه‌ها از طریق اتصالات ضعیف (آشنایی) موجب انسجام اجتماعی می‌شود (گرانووتر، ۱۹۷۵، ۱۹۷۳ به نقل از روبینچیاکس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳). در پیوندهای قوی میزان احساس صمیمیت زیاد است، لذا در این پیوندها احساس مسئولیت، تعهد و علاقه به رابطه بالاست. پیوندهای قوی پیوند با دوستان و خویشاوندان را در بر می‌گیرد. پژوهش‌گران تحلیل روابط بین شخصی سه مشخصه مرتبط با هم را پیرامون پیوندهای قوی در نظر گرفته‌اند. ولمن، ورتلی و گولیا این سه مشخصه را چنین بیان می‌کنند: (ولمن و گولیا، ۱۹۹۹؛ ورتلی<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰ به نقل از ولمن و گولیا، ۱۹۹۹). بلانکو و دیاز<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را بعنوان 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 (بلانکو و دیاز، ۲۰۰۷: ۷۱). لاروچ در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای توصیفی را با عنوان سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی دانشگاه در بوستون ماساچوست انجام داد، هدف مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین‌کننده‌های اصلی مرتبط و غیر مرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت آنها بود. زنان دانشجوی به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (تباردرزی، ۱۳۸۵: ۳۹).

چناری (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه میان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، راهبردهای مقابله‌ای و احساس تنهایی در دانشجویان» فقدان روابط مطلوب و رضایت بخش

1. Robicheaux  
2. Wortley  
3-Blanco & Diaz

اجتماعی اثرات مخربی را بر سلامت و کیفیت زندگی دانشجویان می‌گذارد. هدف او در این پژوهش شناخت و تبیین هرچه بهتر اثرات احساس تنهایی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روانی و جسمانی و همین‌طور شناخت جایگاه راهبردهای مقابله‌ای این افراد با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی‌اشان می‌داند. این مطالعه حاکی از این مطلب است که با افزایش احساس تنهایی در افراد، میزان کیفیت زندگی در مولفه‌های جسمی و روانی آنها کاهش می‌یابد، همچنین افراد با افزایش احساس تنهایی‌اشان کمتر می‌توانند از راهبردهای مقابله‌ای فعالی چون حل مسأله و جستجوی حمایت اجتماعی بهره‌گیری کنند (چناری، ۱۳۸۷ در حکیمی‌نیا، ۱۳۹۰: ۳). موحدی (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران» هدف این پژوهش را بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ می‌داند. این مطالعه از نوع همبستگی است که بر روی ۳۳۰ نفر از کارمندان بانک ملی شهر تهران که ۲۷۰ نفرشان مرد و ۶۰ نفر زن بوده‌اند و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده‌اند، صورت گرفته است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو پرسشنامه کیفیت زندگی و سنجش سلامت اجتماعی با اطلاعات دموگرافیک کارکنان بود. یافته‌ها گویای رابطه مثبتی بین سلامت اجتماعی و میزان کیفیت زندگی کارکنان بود و بین سن کارمندان و سنوات خدمت آنها با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود داشته است. وجود ارتباط مثبت بین سلامت اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی حاکی از اهمیت مسائل روحی و روانی و احساس رضایت مندی در بالا بردن سطح سلامت اجتماعی است، به طوری که با افزایش فرهمندی و احساس رضایت خاطر در بین افراد جامعه، آنها از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهند بود. وجود ارتباط معنادار بین انسجام اجتماعی و کیفیت زندگی نشانگر تاثیر مستقیم تعلق خاطر به جامعه بر روی کیفیت زندگی جسمی و روانی افراد است. عزت ... سام آرام (۱۳۸۸) در مقاله‌ای به بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور می‌پردازد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین شاخص سهم داشت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت اجتماعی است که از مهمترین عوامل تحقق هدف پلیس جامعه محور یعنی

توانمندسازی اجتماع به منظور کمک به رفع و حل مشکلات افزایش جرم و بی نظمی در اجتماع است. بنابراین امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور در جامعه ای با افراد دارای سلامت اجتماعی بالا به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است (سام آرام، ۱۳۸۸: ۴). کنگرلو (۱۳۸۷) به سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد مشغول به تحصیل در مقطع کارشناسی در دانشگاه علامه طباطبائی و مقایسه آن با میزان سلامت اجتماعی دانشجویان غیر شاهد می پردازد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد تفاوت معناداری وجود ندارد. در گروه دانشجویان شاهد دانشجویانی که از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار بودند کمتر تمایل داشتند تا سهمیه دار بودن خود را پنهان نمایند و در مقابل دانشجویانی با سلامت اجتماعی پایین از اینکه سایر افراد بدانند که آنها با سهمیه شهدا وارد دانشگاه شده اند نگران بوده و تمایل به مخفی کاری داشتند. همچنین دانشجویان متأهل و بطور کلی دانشجویان شاهد زن از سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به سایرین برخوردار بودند (کنگرلو، ۱۳۸۷: ۱۲).

## مفاهیم اساسی پژوهش

### سلامت اجتماعی

واژه سلامت اجتماعی برگردان کلمه social wellbeing است، این واژه از دو کلمه social به معنی "اجتماع" و wellbeing به معنی "زندگی خوب داشتن" است. که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تاکید دارد. این واژه در واقع شامل پاسخ های درونی فرد (احساس، تفکر، رفتار) است (عبدالله تبار، ۱۳۸۷: ۱۷۳)، که هم چگونگی احساس مردم و هم نحوه عملکرد آنها را در برمی گیرد. کییز (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی به عنوان گزارش شخصی فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران تعریف می کند. سلامت اجتماعی در این مفهوم یعنی درک فرد از اجتماع به صورت یک مجموعه معنی دار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهم بداند. کییز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح می کند. در واقع مدل چند وجهی کییز از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه

می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعیشان معلوم می‌کند. این ۵ عنصر عبارتند از:

یکپارچگی اجتماعی<sup>۱</sup>: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه.

مشارکت اجتماعی<sup>۲</sup>: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است.

پذیرش اجتماعی<sup>۳</sup>: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است.

شکوفایی اجتماعی<sup>۴</sup>: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است.

انطباق اجتماعی<sup>۵</sup>: بیانگر فهم فرد از کیفیت، سازمان بندی و طرز کار جهان اجتماعی است (کبیز، ۲۰۰۲: ۳۲).

## اعتبار و پایایی پژوهش

در بحث از اعتبار<sup>۶</sup> این سؤال مطرح است که آیا شخص در حال اندازه‌گیری درست همان چیزی است که در اندیشه‌سنجش آنست؟ لذا از آزمون اعتبار محتوا در این پژوهش بهره گرفته و با مراجعه و تبادل نظر با افراد متخصص از محتوای پرسشنامه و رابطه آنها با فرضیات اطمینان حاصل نمودیم. میزان پایایی<sup>۷</sup> پرسشنامه نیز با توجه به ضریب آلفای کرونباخ در نرم افزار SPSS 18 برابر با (۰/۸۷) تعیین شد که برای ابزار این پژوهش میزان قابل قبولی است.

## اهداف تحقیق:

هدف کلی و اصلی این تحقیق شناخت ابعاد کلی سلامت اجتماعی و تأثیر عوامل اجتماعی موثر بر آن در شهرستان پاره است. سؤال اصلی این خواهد بود که چه عواملی بر سلامت اجتماعی تأثیر گذار هستند؟

---

1- social integration  
2- social contribution  
3- social acceptance  
4- social actualization  
5- social coherence  
6 - Validity  
7 - Reliability

## اهداف جزئی :

شناخت تاثیر انسجام اجتماعی بر سلامت اجتماعی  
شناخت تاثیر پذیرش اجتماعی بر سلامت اجتماعی  
شناخت تاثیر مشارکت اجتماعی بر سلامت اجتماعی  
شناخت تاثیر شکوفایی اجتماعی بر سلامت اجتماعی  
شناخت تاثیر انطباق اجتماعی بر سلامت اجتماعی

## روش پژوهش

این مطالعه پژوهشی پیمایشی<sup>۱</sup> بوده که با استفاده از تکنیک پرسشنامه صورت گرفته است و جامعه آماری در این پژوهش عبارت است از تمامی افراد ۲۰ تا ۶۴ سال در شهرستان پاوه که بر اساس آمار سال ۱۳۸۵ در حدود ۵۲۳۴۵ نفر بوده‌اند. با توجه به اینکه جامعه آماری مورد مطالعه یک شهر بوده به دلیل وسعت جامعه از نمونه گیری خوشه ای استفاده و حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۳۸۴ نفر به دست آمد. در عملیاتی کردن متغیرهای تحقیق برای تبیین مفهوم سلامت اجتماعی از نظریه های کیز به عنوان الگوی تعریف و ارائه شاخص های این مفهوم استفاده خواهد شد.

## فرضیه های پژوهش

- ۱-به نظر می رسد بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.
- ۲-به نظری می رسد بین تحصیلات و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.
- ۳-به نظری می رسد بین انسجام اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.
- ۴-به نظری می رسد بین پذیرش اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

۵- به نظری رسد بین مشارکت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

۶- به نظری رسد بین شکوفایی اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

۷- به نظری رسد بین انطباق اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی دانشجویان رابطه معناداری وجود دارد.

### یافته های پژوهش

نتایج توصیفی یافته‌ها گویای این واقعیت آماری در جامعه مورد بررسی است که در این بررسی ۵۹/۹ درصد از پاسخگویان مرد و ۴۰/۱ زن هستند و میانگین سنی جمعیت ۳۱ سال است. وضعیت تحصیلات آنها در مقطع لیسانس بیشتر از سایر مقاطع تحصیلی یعنی ۳۵/۶ درصد بود و سطح بیسوادی در شهرستان کمتر از ۵ درصد بوده است. در بررسی توصیفی از متغیرهای اصلی پژوهش میانگین سلامت اجتماعی در یک طیف سنجیده شده لیکرت که نمرات از ۵ تا ۵۰ را شامل می‌شود و میانگین سطح متوسط بر اساس تعداد گویه‌ها ۲۷/۵ است، که مقادیر کمتر از این مقدار گویای میزان سلامت پایین‌تر از متوسط سلامت در جامعه است. اما نتایج این پژوهش میانگین ۲۹/۴ را نشان می‌دهد که گویای میزان بیشتر از سطح متوسط را نشان می‌دهد.

### بررسی فرضیات پژوهش

به نظر می‌رسد بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

### جدول (۱): بررسی رابطه بین جنسیت و میزان سلامت اجتماعی با آزمون T

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	آماره T	گروه	
۰/۱۱۱	۳۸۳	۱/۰۰۴	زن	گروه‌ها
			مرد	

نتایج حاصل از آزمون T برای مقایسه شاخص‌های سلامت اجتماعی در میان دو گروه (زن و مرد) در جدول شماره (۱) بیانگر آن است که در مورد متغیر سلامت اجتماعی در میان مردان و زنان تفاوت معناداری وجود ندارد.

به نظرمی رسد بین تحصیلات و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول (۲): بررسی رابطه بین تحصیلات و میزان سلامت اجتماعی با آزمون T

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	آماره T	گروه	
۰/۰۰۰	۳۸۳	۶/۳۸	بیسواد	گروه‌ها
			زیر دیپلم	
			دیپلم	
			لیسانس	
			فوق لیسانس و دکتری	

جدول شماره (۲) نشان دهنده نتایج حاصل از آزمون T برای مقایسه متغیر سلامت اجتماعی در مقاطع مختلف تحصیلی است. براساس اطلاعات جدول مذکور، در مورد متغیر سلامت اجتماعی آماره آزمون به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۰۰ کاملاً معنی‌دار است و رابطه معناداری بین میزان سلامت اجتماعی افراد با تحصیلات وجود دارد.

جدول شماره (۳) بررسی رابطه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی با سلامت اجتماعی به وسیله ضریب

همبستگی پیرسون

حجم نمونه	سلامت اجتماعی		متغیرهای مستقل
۳۸۴	$r = 0/177$	شدت معنی داری	انسجام اجتماعی
	$Sig = 0/004$	سطح معنی دار	
۳۸۴	$r = 0/233$	شدت معنی داری	پذیرش اجتماعی
	$sig = 0/000$	سطح معنی دار	
۳۸۴	$r = 0/122$	شدت معنی داری	مشارکت اجتماعی
	$sig = 0/008$	سطح معنی دار	
۳۸۴	$r = 0/182$	شدت معنی داری	شکوفایی اجتماعی
	$sig = 0/000$	سطح معنی دار	
۳۸۴	$r = 0/290$	شدت معنی داری	انطباق اجتماعی
	$sig = 0/002$	سطح معنی دار	

نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد که بین متغیر انسجام اجتماعی با سلامت اجتماعی با ضریب همبستگی ( $r = 0/177$ ) و سطح معناداری ( $Sig = 0/004$ ) رابطه معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، متغیر انسجام که از شاخص‌های اصلی سلامت است دارای رابطه مثبت و معناداری با این متغیر است یعنی در جامعه بدون انسجام انتظار بالا بودن میزان سلامت اجتماعی انتظار معقولی نیست. همچنین در بررسی رابطه بین متغیر پذیرش اجتماعی با سلامت اجتماعی با ضریب همبستگی ( $r = 0/233$ ) و سطح معناداری ( $Sig = 0/000$ ) رابطه معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، متغیر پذیرش اجتماعی که از شاخص‌های اصلی سلامت است دارای رابطه مثبت و معناداری با این متغیر است؛ یعنی در جامعه‌ای که میزان پذیرش اجتماعی بالاست سلامت اجتماعی آن جامعه نیز به تبع آن بالا می‌رود. در بررسی رابطه بین متغیر مشارکت اجتماعی با سلامت اجتماعی با ضریب همبستگی ( $r = 0/122$ ) و سطح معناداری ( $Sig = 0/008$ )



رابطه معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، شرکت در کارهای مشارکت جویانه در هر جامعه‌ای رابطه مستقیم و معناداری با سلامت اجتماعی دارد. همچنین رابطه بین شکوفایی اجتماعی و سلامت اجتماعی با ضریب همبستگی ( $r=0/182$ ) و سطح معناداری ( $Sig=0/000$ ) رابطه معناداری است، به عبارت دیگر هرچه میزان شکوفایی افراد بالاتر باشد انتظار سلامت اجتماعی بالاتر در جامعه معقولتر است. در بررسی آخرین فرضیه رابطه انطباق اجتماعی با سلامت اجتماعی مورد آزمون قرار گرفت که رابطه دو متغیر با ضریب همبستگی ( $r=0/290$ ) و سطح معناداری ( $Sig=0/000$ ) به طور معناداری دارای ارتباط هستند.

### نتیجه گیری

در بررسی و تحلیل سنجش سلامت اجتماعی پژوهش‌های متعددی وجود دارد که ابعاد مختلف آنرا مورد واکاوی قرار داده‌اند. این پژوهش نیز با اتکا به شاخص‌های اصلی این مفهوم به نتایج جالب توجهی دست پیدا کرد. در بررسی مفهوم سلامت اجتماعی گویه‌های مطرح شدند، از جمله می‌توان به مفاهیم سازگاری با محیط، هماهنگی با جامعه، مشارکت در فعالیت‌های مدنی و جمعی و احساس مسئولیت که از شاخص‌های اساسی سلامت روانی محسوب می‌شوند در سطح سنجش فاصله‌ای مورد آزمون قرار گرفتند. طبق این شاخص‌ها می‌توان سلامت روانی را در رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها، ارضای نیازهای خویشتن به طور متعادل و شکوفایی استعدادهای فطری تعریف کرد. بنابراین نتایج، سلامت به افراد کمک می‌کند تا با بکارگیری روش‌های صحیح بتوانند با محیط خود سازگار شده و راه حل مطلوبی برای حل مشکلات خود انتخاب کنند. از طرفی تجهیز افراد به سلامت اجتماعی باعث ایمنی آنها در برابر مشکلات می‌شود و آنان به راحتی می‌توانند با شرایط متغیر زندگی و رو به تکامل فناوری، با شیوه‌هایی که خانواده و جامعه آنان را مثبت می‌داند، انطباق یابند و نقشی مفید در جامعه داشته باشند. بنابراین افزایش سلامت اجتماعی باعث کاهش آسیب‌های اجتماعی می‌شود. همچنین با حصول نتایج این تحقیق می‌توان حساسیت و نگرانی مسئولان را در قبال سلامت اجتماعی جوانان بیشتر کرد و سازمان‌ها و ارگان‌های ذی ربط می‌توانند گام‌های موثری در جهت حفظ

و ارتقای سلامت اجتماعی که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد در جامعه می شود، بردارند و به مداخلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست زنند، تا در سایه سلامت اجتماعی ناهنجاری ها و مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در لوای تصحیح شیوه های رفتاری بهبود یابد. لذا هرچه افراد از گروه های اجتماعی جدا شوند و پیوندها یا مشارکت شان در آنها کم و ضعیف شود امکان وقوع رفتارهای نابهنجار در بین این افراد بیش تر می شود. به عبارت دیگر، شدت و ضعف انسجام اجتماعی (میزان مشارکت در اجتماعات) و پذیرش اجتماعی بر نحوه تعاملات افراد اثر می گذارد. بطور کلی می توان نتیجه گرفت؛ مشارکت نداشتن در فعالیت های اجتماعی و عدم اعتماد مانع جذب فرد در چارچوب های اجتماعی می گردد، در این صورت فرد احساس می کند که هیچ فصل مشترکی بین ارزش های فردی و اجتماعی اش وجود ندارد و نسبت به ارزشها و هنجارهای اجتماعی بی تفاوت و بی اعتماد می شود.

## منابع

- آدام، فلیپ و هرتسلیک، کلودین. (۱۳۸۵). جامعه شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس - دنیا کتبی، نشر نی، تهران.
- آدام، فلیپ؛ هرتسلیک، کلودین. (۱۳۸۵). جامعه شناسی بیماری و پزشکی، ترجمه لورانس - دنیا کتبی، نشر نی، تهران.
- بهزاد، داوود. (۱۳۸۴). سرمایه اجتماعی بستری برای ارتقاء سلامت روان، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره ششم.
- چلبی، مسعود. (۱۳۸۵). جامعه شناسی نظم، چاپ اول، نشر نی، تهران.
- حسینی، سید ابوالقاسم. (۱۳۷۸). "مشکلات مربوط به سلامت روانی"، فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال اول، شماره اول، صص ۶-۴.
- حکیمی نیا، بهزاد. (۱۳۹۰). بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر کیفیت زندگی با تأکید بر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، به راهنمایی دکتر نصراله پورافکاری، تابستان ۱۳۹۰.

سام آرام، عزت الله، (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه سلامت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، فصلنامه علمی پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره ۱  
سجادی، حمیرا، صدر السادات، سید جلال. (۱۳۸۴)، «شاخص های سلامت اجتماعی»، فصلنامه سیاسی اقتصادی، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸.

عبدالله تبار، هادی و دیگران، (۱۳۸۷)، بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۳۰ و ۳۱

کریمیان، الهام، (۱۳۹۱). مقایسه سلامت روانی و اجتماعی دانشجویان تربیت بدنی با غیر تربیت بدنی، پایان نامه کارشناسی دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم ورزشی و تربیت بدنی.  
گنگر لو، مریم، (۱۳۸۷)، «سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد در دانشگاه علامه طباطبایی»، پایان نامه کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی

محسنی تبریزی، علیرضا، شیر علی، اسماعیل. (۱۳۸۸)، «عوامل موثر بر اعتماد اجتماعی دانشجویان ایرانی خارج از کشور مورد پژوهی دانشگاههای کشور آلمان»، فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، شماره ۵۲  
موحدی، امین. (۱۳۸۸). «بررسی تاثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران» پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما: غلامرضا لطیفی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

Berekman, Lisa; Glass, Thomas; Brissette, Ian; Seeman, Teresa (2000) Form social integration to health: Durkheim the new millennium. Social Science & Medicine 51, 843- 857

Blanco, Amalio & Diaz. Dario, (2007), social order and mental health: a social well-being approach, Autonomia university of Madrid ,psychologe in spain ,vol.11(5).

CMHA. (1996). "Preamble to policy statement on cross – cultural mental health". Canadian Mental Health Association  
<<http://www.icomm.ca/cmhacan/policy/pollo.htm>>.

Fuhrer, R, Stansfeld, S.A (2002), How gender affects patterns of social relation and their impact on health : a comparison of one or multions sources of support form "close persons". Social Science & Medicine 54, 811-825

- Granovetter, M .(1973) .The strength of weak ties *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360-1380.
- Keyes, Corey Lee.M & Shapiro, Adam, (2004), social well-being in the united states: A Descriptive Epidemiology.
- Keyes, Corey Lee.M, (1998),social well-being, *social Psychology Quarterly*, vol.61,N.2,pp121-190.
- Larson,James, (1993),the measurement of social well-being, *social Indicators Research* 28,pp285-296.
- Parry sarah patricia,M.s.s.w,(1987),Astudy of the relationship between visitation and the perceived social well-being of nursing home residents,the university of texas at Arlington.
- Shapiro, Adam & Keyes, Corey Lee.M,(2007), *Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?* Springer Science+Business Media B.V.
- Skevington, M. & O'Connell, K. (2004), “The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the WHOQOL”. *Quality of Life Research*, 13 (2): 299-310.
- Ventis, L. W.(1995). “The relationship Between religious and mental health”. *Journal of Social Issues*, Vol. 51, No. 2, pp. 33-48.
- Wellman, Barry & Gulia ,Milena(1999) *Where Does Social Support Come From?The Social Network Basis of Interpersonal Resources for Coping With Stress* .National Institute of Mental Health, Centre for Urban and Community Studies, University of Toront.
- Wellman, Barry & Gulia ,Milena(1999) *Where Does Social Support Come From?The Social Network Basis of Interpersonal Resources for Coping With Stress* .National Institute of Mental Health, Centre for Urban and Community Studies, University of Toront.
- World Health organization (WHO) 1979, *Health for all*,Sr.No5.