

جهت گیری ارزشی و سلامت اجتماعی جوانان

مریم قاضی نژاد^۱

فریده وحیدفاضل^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۱۳

امروزه سلامت اجتماعی از ابعاد مهم سلامت فردی محسوب می شود و به عنوان ملاک و معیار توسعه انسانی و اجتماعی، یکی از محورهای اصلی بحث و گفتگو در مجامع و محافل علمی و سیاست گذاری جهانی می باشد. هرچند پژوهشی مستقل در زمینه سلامت اجتماعی قشر جوان در جامعه ایران انجام نشده است، اما محدوده تحقیقات مرتبط با موضوع، به طور ضمنی نشان می دهند که جوانان ایرانی از مؤلفه های سلامت اجتماعی تعریف شده، در حد لازم برخوردار نیستند و با وضعیت مطلوب فاصله دارند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان سلامت اجتماعی جوانان و شناخت علل و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن به انجام رسیده است. این پژوهش، بر روی نمونه معتبر آماری به حجم ۳۵۰ نفر از جوانان ۱۵-۲۹ ساله شهر تهران با روش پیمایش و تکنیک پرسشنامه انجام شده است.

برای سنجش سلامت اجتماعی، از مدل مفهومی کیز (مدل استاندارد فعلی) استفاده شده است. کیز بر مبنای رویکرد سلامت محور و در یک تحلیل عاملی گسترده، پنج بعد از سلامت اجتماعی را که در سطح فردی عملیاتی می شوند، ارائه داده است. در تکمیل چارچوب مفهومی کیز، از نظرات آهوویا نیز برای تبیین موضوع مورد مطالعه، استفاده شده است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که سلامت اجتماعی ۱۱,۹ درصد افراد نمونه، در حد کم، ۴۰,۸ درصد، در سطح متوسط و ۴۷,۴ درصد آنان نیز، در حد زیاد بوده است. میانگین این شاخص (در بازه ۰-۱۰۰) ۵۸,۱۱ بوده است. همچنین از میان عوامل مختلف مورد بررسی، متغیر جمع گرایی با ضریب رگرسیونی ۰,۳۲۰ دارای بیشترین سهم در پیش بینی سلامت اجتماعی جوانان می باشد و این بدان معناست که هرچه جوانان جمع گراتر باشند، از سلامت اجتماعی بالاتری برخوردار خواهند بود.

واژگان کلیدی: سلامت اجتماعی، سلامت فردی، جوانان و مقیاس کیز

^۱ - عضو هیأت علمی گروه علوم اجتماعی دانشگاه الزهراء(س)

^۲ - کارشناس ارشد جامعه شناسی دانشگاه الزهراء(س) (نویسنده مسئول)

مقدمه

امروزه رفاه و سلامت انسان به عنوان ملاک و معیار پیشرفت و توسعه انسانی، یکی از مهمترین محورهای بحث و گفتگو در مجامع و محافل علمی بین المللی و سیاست گذاری جهانی و سلامت آحاد مردم دغدغه صریح دولت ها، متولیان امور جمعی و کارگزاران اجتماعی است. در نتیجه، وظیفه هر جامعه و نظامی است تا سلامت عموم اعضای خود را مورد توجه مستمر و بررسی های دقیق علمی قرار دهد و بر این مبنا، سیاست گذاری ها و اقدامات لازم را در جهت ارتقای سلامت آن ها و در نهایت، توسعه و رفاه عمومی و ملی، به انجام برساند.

به عنوان نمونه، یکی از محورهای مهم در بحث امنیت انسانی که در دهه های اخیر به عنوان نیازی اساسی و مؤلفه ای مهم از توسعه و رفاه عمومی، وارد مباحث و رویکردهای توسعه انسانی و اجتماعی شده است، امنیت سلامت است.

آمار تیاسن، برنده نوبل اقتصادی ۱۹۹۸ که با مشارکت در تدوین شاخص توسعه انسانی سازمان ملل متحد، برای رده بندی میزان پیشرفت کشورهای مختلف، سهم زیادی در مطالعات توسعه داشته است، تعریف توسعه را فراتر از عوامل اقتصادی گسترش داده و متغیرهایی در زمینه آموزش و سلامت را نیز در آن لحاظ کرده است. وی معتقد است که شاخص های اقتصادی به خودی خود دلیل کافی برای رفاه انسان نیست. بنابراین، یکی از محورهای اصلی بحث آمار تیاسن نیز، توجه به مفهوم سلامت است.

در همین رابطه، کمیسیون سنجش عملکرد اقتصادی و پیشرفت اجتماعی که توسط دولت فرانسه در سال ۲۰۰۸ به ریاست جوزف استیگلیتز^۱، آمارتیا سن^۲ و ژان پل فیتوسی^۳ تشکیل شد، تغییر رویکرد، از سیستم متمرکز بر ملاک های اقتصادی به سمت نظامی متمرکز بر رفاه^۴ نسل های کنونی و آینده را مورد تأکید قرار

^۱ . Joseph Stiglitz

^۲ . Amartya Sen

^۳ . Jean Paul Fitoussi

^۴ . wellbeing

داده است. این تأکید به معنای حرکت به سمت ملاک های گسترده تر توسعه پیشرفت بشری است. (گریگور و دنه آلین، ۲۰۱۰: ۵۰۲)

طرح مسأله

زمانی تصور می شد، سلامت انسان مقوله ای جسمانی یا روانی است و صرفاً در نتیجه توجه به امر درمان و از طریق بهبود شرایط ارائه خدمات درمانی و تربیت پزشکان تأمین می شود. اما امروزه، همراه با تحولات اقتصادی و فرهنگی، جهان به اهمیت و نقش فزاینده ابعاد اجتماعی در تأمین و ارتقای سلامت افراد جامعه پی برده است و دولت ها و مردم برای ارتقای شرایط سلامت و بهداشت جامعه، به مجموعه عواملی که صرفاً جنبه ی پزشکی یا درمانی نداشته، بلکه طیف عظیمی از عوامل اجتماعی را نیز در بر می گیرد، توجه نشان می دهند.

امروزه علاوه بر ابعاد جسمانی و روانی سلامت، به بعد اجتماعی آن نیز توجه روز افزون می شود. البته مفهوم سلامت اجتماعی نسبت به سلامت جسمانی یا روانی، کمتر آشناست، ولی در عین حال همراه با سلامت روانی و جسمانی یکی از سه ستون مهم تعریف سلامت را تشکیل می دهد.

بعد متأخر سلامت یعنی سلامت اجتماعی^۱، به طور رسمی در سال ۱۹۴۷ در تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲ از سلامت گنجانیده شده که طی آن، سلامت به عنوان رفاه کامل فرد از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی^۳ و نه فقط فقدان بیماری و معلولیت، تعریف گردیده است. (لویین و برونر، ۲۰۰۵: ۷۴۵)

منظور از سلامت اجتماعی در سطح فردی، آن بعد از رفاه^۴ یا بهزیستی فرد می باشد که مربوط است به اینکه وی چگونه با سایر افراد جامعه ارتباط برقرار می کند، دیگران چگونه با او برخورد کرده یا واکنش نشان می دهند و تعامل او با نهادهای اجتماعی و اخلاق جمعی چگونه است. به بیان دیگر، این بعد سلامت را می توان بر حسب میزان هماهنگی فرد با جامعه و نحوه ایفای نقش های معمول در جامعه تعریف کرد.

^۱ . Social Health

^۲ . World Health Organization

^۳ . Social Wellbeing

^۴ . Wellbeing

سلامت اجتماعی در این معنا، جنبه اجتماعی سلامت فرد را در کنار جنبه های جسمانی و روانی آن مورد توجه قرار می دهد.

البته سلامت اجتماعی فرد، از جهاتی مهمتر و حساس تر از جنبه های جسمانی و روانی سلامت فرد است، زیرا عواملی که سلامت جسمانی فرد را به خطر می اندازند، آثار و تبعات محدودی دارند؛ اما عواملی که سلامت اجتماعی فرد را تهدید می کنند، بطور مستمر بر روابط او با دیگران تأثیر می گذارند و همواره بیش از یک نفر را دچار اختلال می نمایند. آنچه مسئله را پیچیده تر و حساس تر می سازد آن است که سلامت اجتماعی بسی پنهان تر و مخفی تر از ظهور بیماری جسمی و روانی است، زیرا در گستره فراخ دامنه روابط اجتماعی تحقق می پذیرد که به آسانی نمی تواند تحت نظر یا کنترل قرار گیرد. (هاشمی اصفهانی، ۱۳۸۹: ۴)

کییز^۱ در سال ۲۰۰۴ در یک تحلیل عاملی گسترده، یک مدل پنج بعدی قابل سنجش از سلامت اجتماعی ارائه داده است. وی سلامت اجتماعی را به عنوان تلقی افراد از کیفیت رابطه آن ها با دیگران، هموعان و اجتماع اطراف تعریف می کند. از نظر کییز سلامت اجتماعی بعدی از سلامت ذهنی محسوب می شود و سلامت ذهنی در زیر مجموعه متون علمی موجود درباره ی سلامت فردی قرار می گیرد. همچنین با توجه به تعریف وی، سلامت اجتماعی می تواند به عنوان شاخص اجتماعی سنجش کیفیت زندگی افراد در نظر گرفته شود، زیرا کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم ذهنی، مبتنی بر ارزش ها و تمایلات فردی در ارتباط با میزان رضایتمندی از زندگی تعریف شده است. به بیان دیگر "رضایت از زندگی" به عنوان مؤلفه اصلی کیفیت زندگی مورد تأکید قرار می گیرد و در این خصوص، چهار نوع رضایت از زندگی وجود دارد که بعد اجتماعی آن عبارت از رضایت ناشی از ارتباط است که معطوف به روابط اجتماعی می باشد. (غفاری، ۱۳۸۸: ۴) در نهایت، کییز بر مبنای رویکرد سلامت محور، پنج بعد از سلامت اجتماعی را که در سطح فردی عملیاتی شده اند پیشنهاد می دهد که عبارت اند از: انسجام اجتماعی^۲، مشارکت اجتماعی^۳، پیوستگی اجتماعی^۴، پذیرش اجتماعی^۱ و تحقق اجتماعی^۲. (کییز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲-۷)

1. keys

2. Social Integration

3. Social Contribution

4. Social Coherence

حال با توجه به جایگاه و اهمیت مقوله سلامت اجتماعی در سطح خرد (فردی) و شاخص ها و معیارهای آن، سؤال مهم مطرح این خواهد بود که برخورداری از سلامت اجتماعی برای کدام قشر از اقشار جامعه حائز اهمیت بیشتری است و چرا؟

به نظر می رسد اگرچه برخورداری از سلامت اجتماعی برای همه اقشار جامعه دارای اهمیت است، اما برای قشر جوان هر جامعه اهمیت بیشتری دارد و این به علت جایگاه و نقش محوری جوانان به عنوان حامل و نیز محمل جریان های رشد و توسعه ملی و تحقق اهداف کمی و کیفی آن می باشد. در واقع، می توان گفت برخورداری جوانان از سلامت اجتماعی، موجب به حداکثر رساندن کارایی و تحقق منافع، کارکردها و پیامدهای مثبت اجتماعی نظیر مشارکت های سیاسی، اقتصادی و مدنی آنان می شود و برعکس، عدم برخورداری آنان از سلامت اجتماعی، در سطوح مختلف آسیب ها و پیامدهای منفی بسیاری به همراه خواهد داشت.

براین اساس و با توجه به شواهد پژوهشی موجود می توان گفت آنچه در مطالعات جهانی بر روی مسائل جوانان از قبیل افزایش بی تفاوتی سیاسی، خودکشی، خشونت و ابتلا به ایدز گزارش شده، به نوعی متأثر از مسئله عام سلامت جوانان و بویژه ناشی از عدم برخورداری این گروه از سلامت اجتماعی می باشد که تا کنون در جهان نیز کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

در این زمینه، همسو و همصدا با محققان مسائل جوانان در دنیا می توان خاطر نشان ساخت سلامت اجتماعی جوانان و پیامدهای آن برای جامعه ایران با توجه به جوان بودن شدید جمعیت و حجم عظیم گروه سنی جوان، دارای اهمیتی مضاعف می باشد. با این حال و علیرغم اهمیت موضوع، اولاً، مطالعه دقیق و جامعی در خصوص سلامت اجتماعی جوانان، در ایران انجام نشده است و ثانیاً، پاره ای از بررسی های انجام شده در ایران، بطور ضمنی و غیر مستقیم نشان می دهد که جوانان ایرانی بر حسب معیارها و

1.Social Acceptance

2. Social Actualization

شاخص های تعریف شده برای سلامت اجتماعی از قبیل پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، هویت اجتماعی، سرمایه اجتماعی و ... از سلامت اجتماعی بالایی برخوردار نیستند.

آمارهای مربوط به افزایش آسیب های اجتماعی جوانان طی سال های اخیر که توسط سازمان ملی جوانان در سال ۱۳۸۵ با عنوان "گزارش ملی جوانان؛ بررسی وضعیت آسیب های اجتماعی جوانان" منتشر شده است، شاهدی بر کاهش سلامت اجتماعی جوانان در سال های اخیر می باشد. بعنوان نمونه، میزان اقدام به خودکشی جوانان تهران از ۳,۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۵ به ۶,۱ در سال ۱۳۸۴ رسیده است. همچنین، میزان اعتیاد جوانان تهران از ۲۷۲,۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۵ به ۵۶۵,۱ در سال ۱۳۸۴ رسیده است.

بر حسب نتایج پژوهش دیگری که توسط سازمان ملی جوانان، در سال ۱۳۸۶ به اجرا درآمده است نیز میزان سرمایه ی اجتماعی جوانان در ایران از لحاظ تعداد قابل توجهی از مؤلفه ها و شاخص ها به ویژه روابط انجمنی، اعتماد به مسئولان، اعتماد به ناآشنایان، احساس تعلق به دیگران و میزان پذیرش اجتماعی پائین است. اما در برخی ابعاد نظیر احساس بر خورداری از حمایت اجتماعی و مدارای قومی و مذهبی بالاست. بنابراین می توان گفت جز در مواردی خاص که مربوط به برخی جنبه های سنتی و درون گروهی است، وضعیت سرمایه اجتماعی جوانان در اغلب موارد به ویژه در بعد روابط مدرن و برون گروهی چندان مطلوب نیست. نکته قابل تأمل آن است که در ایران به ویژه در مورد جوانان، برخی ابعاد سرمایه اجتماعی قدیم دچار فرسایش شده، در صورتی که سرمایه اجتماعی جدید هنوز شکل نگرفته است. در این شرایط، نابسامانی اجتماعی در سطوح مختلف ایجاد خواهد شد که معرف گسست های اجتماعی و منبع افزایش انواع مسائل و آسیب های اجتماعی است.

در مجموع، با توجه به آمارها و شواهد موجود و نیز تأملات نظری و مباحث ملی و جهانی مطروحه در زمینه اهمیت سلامت اجتماعی، بعنوان بعدی اساسی و متأخر در مثلث سلامت، بویژه برای گروه های جوان دارای جایگاه اصلی در برنامه های توسعه و رفاه ملی و همچنین خلأ مطالعاتی موجود در این زمینه در

جامعه ما، بررسی و کندوکاو علمی در خصوص میزان و گستره ی سلامت اجتماعی جوانان و شناسایی عوامل دخیل در آن ضروری بنظر می رسد.

به زعم آهوویا، یکی از عوامل مهم اثر گذار در سلامت ذهنی و به تبع آن سلامت اجتماعی، جهت گیری ارزشی (فردگرا و یا جمع گرا) می باشد. نظریه وی به بررسی و حل معمای رابطه بین مصرف و سلامت ذهنی می پردازد. پژوهش ها از طرفی نشان می دهند که به طور متوسط، مردم کشورهای غنی، سلامت ذهنی بالاتری (به طور معنادار) نسبت به مردم کشورهای فقیرتر دارند و از طرف دیگر، وقتی افراد درون آن کشورها مقایسه می شوند، درآمد دارای رابطه خفیفی با سلامت ذهنی در سطح بالای رفع نیازهای اساسی می باشد که این نشان می دهد سطوح بالاتر مصرف با سطوح بالاتر سلامت ذهنی پیوندی ندارد. آهوویا به عنوان یک راه حل برای این معما اظهار می کند که توسعه اقتصادی منجر به سطح بالاتری از میانگین سلامت ذهنی می شود، اما نه از طریق افزایش میزان مصرف، بلکه از طریق ایجاد فرهنگ فردگرایانه ای که در آن افراد به پیگیری شادمانی فردی شان به دور از تشریفات و التزامات اجتماعی، ترغیب و تشویق می شوند. به طور کلی، فردگرایی را می توان به عنوان یک جهان بینی مفهوم پردازی کرد که اهداف شخصی و منافع شخصی را در هسته خود قرار داده است و جامعه را در اولویت دوم قرار می دهد.

به عقیده او یکی از دلایل همبسته بودن جمع گرایی با کشورهای فقیر نیز وجود یک مکانیسم بقای فرهنگی زائیده شده از ضرورت انسجام گروه می باشد. نتایج تحقیقات نشان داده اند که اگر تنها به زیر مجموعه کشورهای فقیر نگاه شود، جمع گرایی به عنوان یک مکانیسم بقا دارای رابطه ای مثبت با بهزیستی ذهنی می باشد.

حال با توجه به اهمیت مسئله و ضرورت موضوع و درچارچوب رویکرد سلامت محور به مسئله سلامت اجتماعی، مقاله حاضر با دو هدف زیر به نگارش در آمده است:

۱- بررسی میزان سلامت اجتماعی و نحوه توزیع ابعاد آن در میان جمعیت جوان

۲- بررسی تأثیر جهت گیری های ارزشی و سازوکارهای علی آن در ایجاد سلامت اجتماعی جوانان

چارچوب نظری

جامع ترین مدلی که درباره مفهوم سلامت اجتماعی وجود دارد، متعلق به کوری کییز است. کییز معتقد است که اگرچه سلامت اجتماعی از سال ۱۹۴۸ و توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از چند جنبه سلامت کلی فرد مورد توجه قرار گرفت، با این حال این مفهوم غالباً معادل با معرف های اجتماعی سطح کلان، مثل ملاک های اقتصادی (تولید ناخالص ملی، نرخ فقر) فرض می شود. لکن وی سلامت اجتماعی را به عنوان تلقی افراد از کیفیت رابطه شان با دیگران، هموعانشان و اجتماع اطراف تعریف می کند و آن را بعدی از سلامت ذهنی می داند. او معتقد است که اگرچه موضوع سلامت ذهنی یک پشته‌ی سی و چند ساله از مطالعات تجربی دارد، اما در این مدت تنها ابعاد عاطفی آن که شامل شادی، رضایت از زندگی اظهار شده توسط فرد و تعادل میان اثرات مثبت و منفی، مورد توجه بوده است. در حالیکه افراد ممکن است بعد اجتماعی کیفیت زندگی خود را نیز مورد ارزیابی قرار دهند. بنابراین تاکنون بعد اجتماعی سلامت ذهنی مورد توجه قرار نگرفته است. از نظر وی این بعد نشان می دهد که آیا فرد در زندگی اجتماعی، کارکرد مناسب دارد؟ (و تا چه اندازه؟) بنا براین سلامت اجتماعی می تواند شاخص مهمی برای سنجش کیفیت زندگی افراد باشد. همچنین به لحاظ نظری این مفهوم ریشه در ادبیات جامعه شناسی ناهنجاری و بیگانگی دارد. اما مطابق با رویکرد سلامت محور (رویکردی که سلامت را برخوردار از سطح بالای وضعیت مساعد و نه فقط فقدان بیماری تلقی می کند). فقدان ناهنجاری و بیگانگی دلیل کافی بر وجود سلامت اجتماعی فرد نیست. کییز بر مبنای رویکرد سلامت محور و در یک تحلیل عاملی گسترده

¹ corey keyes

پنج بعد از سلامت اجتماعی را که در سطح فردی عملیاتی می شوند پیشنهاد می دهد که عبارتند از: انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، تحقق اجتماعی، پذیرش اجتماعی.

طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به گروههای اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. محتوای این مقیاس طیف مثبتی از ارزیابی تجارب فرد در جامعه است.

به علاوه این مقیاس جدید با مقیاس های سلامت اجتماعی بین فردی (مثل پرخاشگری و حمایت

اجتماعی) و سلامت اجتماعی سطح جامعه (مثل فقر) تفاوت دارد. (کیزیو شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲-۷)

علیرغم اینکه مدل کیز در زمینه ی سلامت اجتماعی کاملترین مدل موجود می باشد، اما پژوهش او در این باره بیشتر یک پژوهش توصیفی بوده که به چگونگی توزیع سلامت اجتماعی در جامعه آمریکا و همچنین رابطه ی آن با متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل و پایگاه اقتصادی-اجتماعی پرداخته و به علت یابی عمیق تر در این زمینه توجه چندانی نداشته است. بنابراین در مقاله حاضر برای تبیین سلامت اجتماعی از نظریه آهوویا، در تکمیل چارچوب مفهومی کیز استفاده کرده ایم.

نظریه آهوویا به بررسی و حل معمای رابطه بین مصرف و سلامت ذهنی می پردازد. پژوهش ها از طرفی نشان می دهند که به طور متوسط، مردم کشورهای غنی، سلامت ذهنی بالاتری (به طور معنادار) نسبت به مردم کشورهای فقیرتر دارند و از طرف دیگر وقتی افراد درون آن کشورها مقایسه می شوند، درآمد دارای رابطه خفیفی با سلامت ذهنی در سطح بالای رفح نیازهای اساسی می باشد که این اشاره دارد به اینکه سطوح بالاتر مصرف با سطوح بالاتر سلامت ذهنی پیوندی ندارد. آهوویا به عنوان یک راه حل این معما اظهار می کند که توسعه اقتصادی منجر به سطح بالاتری از میانگین سلامت ذهنی می شود، اما نه از طریق افزایش میزان مصرف بلکه از طریق ایجاد فرهنگ فردگرایانه ای که در آن افراد به پیگیری شادمانی فردی

شان به دور از تشریفات و التزامات اجتماعی، ترغیب و تشویق می شوند. به طور کلی فردگرایی را می توان به عنوان یک جهان بینی مفهوم پردازی کرد که اهداف شخصی و منافع شخصی را در هسته خود قرار داده است و جامعه را در اولویت دوم قرار می دهد. (Ahuvia, 2002: 24 به نقل از موسوی بفرئی، 1387: 82)

به نظر آهوویا بخشی از رابطه مثبت بین ثروت ملی و میانگین سلامت ذهنی، به خاطر حذف شکل های مفرط فقر و محرومیت است. اما این استدلال کفایت نمی کند. اخیراً شاینز با رویکردی چند سطحی سعی در تحلیل همزمان داده های سطح ملی و سطح فردی در یک مدل ساده کرده است. شاینز دریافت که زندگی در یک کشور غنی، بیشتر از افزایش درآمد فردی، دارای اثرات مثبت بر سلامت ذهنی افراد است. به زعم آهوویا، سلامت ذهنی به واسطه ایجاد یک فضای فرهنگی که در آن افراد، به انتخاب و بهینه سازی شادمانی شان بیشتر از انجام تعهدات و التزامات اجتماعی اهمیت می دهند، بخشی از یک دگردیسی گسترده ای است که در حال فاصله گرفتن از جمع گرایی و نزدیک شدن به سمت ارزش های فردگرایانه می باشد. یافته های اخیر نشان می دهند که در کشورهای فقیر، فرد گرایی دارای پیوند منفی با شادمانی بود در حالی که در بین کشورهای ثروتمند، فردگرایی پیوند مثبتی با شادمانی داشت. این نتایج نشان می دهند که رشد اقتصادی بخشی از نظام پیچیده مدرنیزاسیون است که باید در کلیت آن درک شود. (همان)

البته باید توجه داشت که یافته های بین فرهنگی ممکن است صرفاً محصول مصنوعات روش شناختی باشد. بخصوص اینکه فرهنگ های جمع گرا ممکن است به خاطر مشکلات ترجمه ای و همچنین روش هایی که پاسخگویان جمع گرا باید به مقیاس های چند درجه ای لیکرت پاسخ گویند و اینکه ارزش های فرهنگی نظیر فروتنی و شکسته نفسی بر آنها حاکم است، میزان کمتری از سلامت ذهنی را گزارش کنند. در این راستا کار کیسر و همکارانش نیز به ما کمک می کند برای درک اینکه چرا مردم فرهنگ های فردگرا به

طور متوسط شادتر از مردم کشورهای جمع گرا هستند. کیسر بین اهداف درونی ۱ و بیرونی ۲ تمایز قائل می شود. اهداف درونی نظیر رشد شخصیت مستقیماً مربوط به آن چیزی می شود که کیسر آن را نیازهای روان شناختی بشر می داند. در مقابل، اهداف بیرونی نظیر ثروت اندوزی و یا داشتن جذابیت بدنی به عنوان حوزه ای از تمایلات افراد به افزایش شهرت و احترام از نگاه دیگران به شمار می رود. به نظر آهوویا تغییر به سمت فردیت، روابط اجتماعی را به سمت حوزه درونی برده و به مردم اجازه می دهد انرژی شان را بر روابط سودمند بیشتری متمرکز کنند. از طرف دیگر باید توجه داشت که جمع گرایی بر مبنای یک نوع دوستی جهانی و فراگیر نیست بلکه مبنای آن ایفای نقش های اجتماعی و انجام مسئولیت ها و تعهدات درون گروه است. جمع گرایی حول محور ظاهر، عزت و آبروی اجتماعی می گردد. نقطه اتکاء جوامع جمع گرا اغلب بر اضطراب و اجبار اجتماعی بواسطه پاداش و تهدید به منظور حفظ عزت و آبرو و متقاعد ساختن افراد به اطاعت از هنجارهای گروه است. این فشارهای جبری و قهری دقیقاً همان انگیزه های بیرونی هستند که کیسر و همکارانش آن را ریشه درجات پایین خوشحبتی ذهنی جوامع جمع گرا می دانند. یکی از دلایل همبسته بودن جمع گرایی با کشورهای فقیر نیز وجود یک مکانیسم بقاء فرهنگی زائیده شده از ضرورت انسجام گروه می باشد؛ نتایج تحقیقات نشان داده اند که اگر تنها به زیر مجموعه کشورهای فقیر نگاه شود، جمع گرایی به عنوان یک مکانیسم بقاء دارای رابطه ای مثبت با بهزیستی ذهنی می باشد

(Ahuvia, ۲۰۰۲: ۲۹ به نقل از موسوی بفرئی، ۱۳۸۷: ۸۳)

آهوویا در نقد فردگرایی چند موضوع را متذکر می شود:

نسبیت فرهنگی در خصوص ارزش ها

تفاوت بین شکل های گوناگون فرد گرایی

¹.intrinsic

².extrinsic

برای بسیاری از افراد، خوشبختی ذهنی مقیاس نهایی موفقیت یک فرهنگ نیست. شادمانی فردی تنها یکی از خواسته های متعدد ممکن است که مبنای کنش بشر است. پژوهش های بین فرهنگی نشان می دهند که ارزش هایی نظیر داشتن یک زندگی لذت بخش و یا یک زندگی مهیج و ماجراجویانه در جوامع فردگرا قوی تر است، در حالی که هویت و بازشناسی اجتماعی، حفظ یک پنداره جمعی از گروه و عزت و احترام بزرگترها در جوامع جمع گرا قوی تر است. این ادعا که تمام نظام های فرهنگی، خالق پی آمدها و نتایج یکسانی هستند، یک درک پیشرفته فرهنگی نیست.

فردگرایی به معنی آزادی یا رها شدن از فشارهای اجتماعی، متفاوت است با فردگرایی به معنای جستجوی نفع شخصی و رقابت اجتماعی؛ بسیاری از فرهنگ های فردگرا هستند که تمایل به ترکیب حس مسئولیت و انسجام با سطح بالای آزادی برای مردمشان بوسیله پیگیری اهداف درونی دارند، در مجموع می توان گفت که آهوویا مدلی را ارائه می دهد که در آن توسعه اقتصادی، مردم را از شبکه های التزام اجتماعی رها می سازد و در این مسیر، او بیشتر از اینکه بر نقش لذت و خوشایندی ناشی از مصرف تأکید کند، بر تمایل فرهنگ های فردگرا به تشویق و ترغیب مردمانشان در جهت پیگیری شادمانی شان، پای می فشارد. (همان:

(۸۴)

فرضیات پژوهش

بر مبنای رویکردهای نظری چارچوب پژوهش، فرضیه اصلی بررسی حاضر چنین است:

- به نظر می رسد بین جهت گیری ارزشی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد.

فرضیات فرعی:

۱. به نظر می رسد بین جهت گیری ارزشی و انسجام اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد.
۲. به نظر می رسد بین جهت گیری ارزشی و پذیرش اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد.
۳. به نظر می رسد بین جهت گیری ارزشی و مشارکت اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد.

۴. به نظر می‌رسد بین جهت گیری ارزشی و تحقق اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد.

۵. به نظر می‌رسد بین جهت گیری ارزشی و پیوستگی اجتماعی جوانان رابطه معنادار وجود دارد.

روش تحقیق

تعریف نظری مفاهیم اصلی

سلامت اجتماعی: کیز در سال ۲۰۰۴، سلامت اجتماعی را به عنوان تلقی افراد از کیفیت رابطه‌شان با دیگران، هم‌نوعانشان و اجتماع اطراف تعریف می‌کند. طبق تعریف وی، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه‌ی معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. بر حسب رویکرد اثباتی سلامت محور، محتوای مقیاس سلامت اجتماعی شامل طیفی از ارزیابی تجارب مثبت فرد در جامعه است. (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۲-۷)

فردگرایی: به طور کلی فردگرایی را می‌توان به عنوان یک جهان بینی مفهوم پردازی کرد که اهداف شخصی و منافع شخصی را در هسته خود قرار داده است و جامعه را در اولویت دوم قرار می‌دهد. (Ahuvia،

۲۰۰۲: ۲۴ به نقل از موسوی بفرولی، ۱۳۸۷: ۸۲)

تعریف عملیاتی مفاهیم

سلامت اجتماعی: در بررسی حاضر، مفهوم سلامت اجتماعی از پنج بعد انسجام اجتماعی (شامل چهار مؤلفه: احساس حمایت، احساس تعلق به جامعه، احساس تعلق به محله و احساس تعلق به خانواده)،

پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، تحقق اجتماعی و پیوستگی اجتماعی تشکیل شده است. همچنین برای ارزش گذاری این مفهوم از طیف لیکرت استفاده شده است.

جهت گیری ارزشی: براساس نظریه شوارتز، ده بعد انگیزشی ارزش ها عبارتند از خیرخواهی^۱، سنت گرایی^۲، همنوایی^۳، امنیت گرایی^۴، قدرت^۵، موفقیت^۶، برانگیختگی^۷، لذت طلبی^۸، خود اتکایی^۹ و عام گرایی^{۱۰} که با توجه به تحقیقات انجام شده شوارتز در تمام فرهنگ ها وجود داشته و نسبتاً دارای معانی یکسانی است.

شوارتز پیش بینی می کند که این ده گونه ارزشی را می توان در ساختاری مرکب از چهار حوزه ارزشی جای داد که در این ساختار پیگیری ارزش های مجاور هم امکانپذیر است، اما پیگیری ارزش های روبروی هم ناسازگاری و تعارض تولید می کند (برنارد^{۱۱} و همکارانش، ۲۰۰۶: ۷۹)

به عبارت دیگر، بعد تمایل برای تغییر شامل نوع های ارزشی خوداتکایی، برانگیختگی و لذت گرایی است. ارزش های قدرت گرایی، موفقیت و لذت طلبی، نمایانگر بعد پیشبرد اهداف شخصی است و ارزش های سنت گرایی، همنوایی و امنیت گرایی بیانگر بعد محافظه کاری است و در نهایت عام گرایی و خیرخواهی بعد دیگرخواهی یا توجه به ماورای خود را نمایان می سازد.

¹ Benevolence

² Tradition

³ Conformity

⁴ Security

⁵ Power

⁶ Achievement

⁷ Simulation

⁸ Hedonism

⁹ Self direction

¹⁰ Universalism

¹¹ . Bernard

همچنین انواع ارزشی دهگانه در مجموع به دو بعد ارزش های جمع گرایانه و ارزش های فردگرایانه به شیوه ی زیر تقسیم می شوند:

الف) ارزش های جمع گرایانه شامل: خیرخواهی، عام گرایی، سنت گرایی، امنیت گرایی و همنوایی.

ب) ارزش های فردگرایانه شامل: قدرت، خوداتکایی، لذت طلبی، برانگیختگی و موفقیت است.

جدول ۱: ساختار ارزشی شوارتز

مؤلفه	بعد	مفهوم
محافظه کاری	جمع گرایی	ارزش
دیگر خواهی		
پیشبرد اهداف شخصی	فرد گرایی	
تمایل به تغییر		

ابزار گردآوری اطلاعات

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه است که در آن برای سنجش متغیرهای مربوطه از سؤالهای بسته و تعدادی سؤال باز استفاده شده است.

روش و تکنیکهای آماری مورد استفاده

در این تحقیق از روش پیمایش استفاده شده است. پس از گردآوری اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss16 مراحل پردازش و تحلیل دادهها انجام گرفته است و باتوجه به سطح سنجش هر متغیر برای تحلیل دادهها از روشهای آماری مناسب در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح توصیفی از توزیع

فراوانی و از شاخص‌های مرکزی میانه، میانگین و مد و همچنین شاخص پراکندگی انحراف معیار و در سطح استنباطی باتوجه به ماهیت متغیرها و سطح سنجش آنها از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t ، تحلیل واریانس یک‌طرفه و ضرایب مربوطه بهره گرفته شده است.

جامعه آماری

جامعه آماری، جامعه ای است که محقق، نتایج تحقیق خود را به آن تعمیم می‌دهد. جامعه‌ی آماری مطالعه حاضر، جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله ی شهر تهران می‌باشند. تعداد جوانان شهر تهران، در سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵، ۲۷۰۵۶۱۶ نفر برآورد شده است.

تعیین حجم نمونه

براساس توصیه‌ی دواس (۱۳۸۴: ۷۹)، حجم نمونه در مطالعه‌ی حاضر پس از انجام آزمون مقدماتی، برحسب دقت و همگنی جمعیت در شاخص اصلی پژوهش یعنی سلامت اجتماعی، ۳۵۰ نفر تعیین شد. این تعداد نمونه براساس درصد جمعیتی که انتظار می‌رود پاسخ خاصی ارائه دهند، ۳۵ تا ۶۵ درصد، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای نمونه‌گیری ۵ درصد تعیین شده است.

شیوه نمونه گیری

پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه گیری سیستماتیک تصادفی، مبتنی بر نقشه های موجود در این زمینه در شهرداری تهران صورت گرفته است. به اعتقاد صاحب نظران، محله از جمله واحدهای اجتماعی است که دارای هویت و سابقه تاریخی است از اینرو محلات تهران را می توان به عنوان واحدهای جمعی در نظر گرفت که واجد اشتراک هایی هستند و می توانند مبنای تحدید جمعیت آماری و نمونه گیری قرار گیرند. اگر محلات به عنوان واحد مطالعاتی و جمعیت آماری در نظر گرفته شوند طبعاً نمونه آماری باید به

گونه ای باشد که نتایج حاصل از آن به جمعیت آماری یا هر محله تعمیم پذیر باشد و در عین حال به لحاظ اقتصادی نیز مقرون به صرفه باشد برای اجرای این هدف روشهای مختلفی وجود دارد .

ما در این مطالعه در مرحله اول با استفاده از نقشه تهران و سه قسمت کردن آن بر طبق مناطق واقع در بخش شمالی ، مرکزی و جنوبی و بر حسب تقسیمات شهرداری به طور تصادفی سه منطقه را برگزیده ایم که این مناطق عبارتند از : مناطق ۳ ، ۶ ، ۱۹ .

در مرحله دوم با استفاده از نرم افزار نمونه گیری سیستماتیک تصادفی موجود در شهرداری تهران در این سه منطقه دست به نمونه گیری تصادفی زده و به طور کاملاً تصادفی ۳ محله از هر منطقه به این روش انتخاب شد که در هر محله ۴۰ نمونه انتخاب شد و در واقع از هر منطقه ۱۲۰ نمونه به صورت تصادفی انتخاب شد که این تعداد بر طبق حجم کلی نمونه ما بوده است . این ۳ محله که به صورت تصادفی از هر منطقه انتخاب شدند، هر کدام دارای یک نقشه می باشند و هر نقشه، شامل یک بلوک است و هر بلوک یک محله را شامل می شود .

پس از ورود به محله مورد نظر، نحوه انتخاب نمونه بدین صورت بوده است : از یک نقطه مورد نظر که در بلوک تعیین شده است، موافق جهت عقربه های ساعت حرکت می کنیم . برای انتخاب واحد های مسکونی، عددی قراردادی (مثلاً عدد ۶) را در نظر می گیریم و بر طبق آن واحد مسکونی ششم را انتخاب می کنیم. منظور از واحد مسکونی ششم، واحد آپارتمانی است : مثلاً اگر اولین ساختمان آپارتمانی ۱۰ واحدی باشد، این شمارش باید بر حسب هر واحد آپارتمان انجام شود و در مورد واحدهای عادی تعداد زنگها ملاک است). درانتها، هنگامی که به درب منازل مراجعه می شد، فرد جوان خانواده دعوت به مصاحبه شده و به پرسشنامه پاسخ می داد و در صورتیکه خانواده عضو جوان نداشت، بر اساس ترتیبی که توضیح آن آمد، پرسشگر به منزل بعدی مراجعه می نمود.

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی

براساس نتایج توصیفی درخصوص ویژگی های فردی پاسخگویان، ۴۶,۹ درصد جوانان مورد مطالعه مرد و ۵۳,۱ درصد زن می باشند. میانگین سن آن ها ۲۲,۳۲ و اکثر آنها مجرد (۸۱,۱ درصد) بوده اند. بیشترین فراوانی به لحاظ میزان تحصیلات، متعلق به افرادی با تحصیلات لیسانس می باشد. از نظر وضع فعالیت، ۳۱,۱ درصد پاسخگویان، شاغل، ۱۰,۴ درصد بیکار و ۵۰,۱ درصد، محصل و دانشجو بوده اند. مذهب ۹۶,۵ درصد آنان، شیعه و به لحاظ قومیت، ۵۱,۷ درصد، فارس و ۴۱,۷ درصد، ترک و بقیه متعلق به سایر قومیت ها هستند.

میانگین درآمد سرپرست خانوار های پاسخگویان، ۱۴۸۰۷۸۶ تومان در ماه و میانگین هزینه ی خانوارهای آن ها ۱۴۲۷۳۵۵ تومان در ماه بوده است. همچنین پایگاه اجتماعی _ اقتصادی ۷۲ درصد از سرپرستان خانوارها، پایین، ۲۱ درصد متوسط و ۷ درصد بالا بوده است.

یافته های توصیفی پژوهش در خصوص متغیر وابسته

جدول ۲: توزیع نسبی و توصیف آماری متغیر سلامت اجتماعی

متغیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار
سلامت اجتماعی	۲	۹,۹	۴۰,۸	۴۰,۵	۶,۹	۵۸,۱۱	۵۸,۰۶	۵۳,۷۶	۱۶,۰۹

جدول فوق، بیانگر توزیع درصد معتبر و توصیف آماری شاخص کلی سلامت اجتماعی بعنوان متغیر هدف و اصلی ترین متغیر پژوهش حاضر می باشد. متغیر سلامت اجتماعی از ترکیب پنج بعد انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، تحقق اجتماعی و پیوستگی اجتماعی ساخته شده است. بر مبنای داده های این جدول، سلامت اجتماعی ۱۱/۹ درصد افراد نمونه در حد خیلی کم و کم، ۴۰/۸ درصد آنان

متوسط و ۴/۴ درصد زیاد و خیلی زیاد است. چنان که ملاحظه می گردد، بیشترین درصد فراوانی به افرادی با سلامت اجتماعی زیاد و خیلی زیاد اختصاص یافته است. میانگین این متغیر رقم ۱۱/۵۸ است که از حد متوسط کمی بالاتر می باشد و نشان می دهد که جوانان مورد مطالعه از سلامت اجتماعی متوسط تا کمی بالاتر برخوردارند.

یافته های توصیفی پژوهش در خصوص متغیر مستقل

جدول ۳: توزیع نسبی و توصیف آماری بعد جمع گرایی ارزشی

بعد	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار
جمع گرایی	۰,۳	۰,۶	۵,۵	۳۹,۲	۵۴,۴	۷۸,۸۹	۸۰,۹۰	۸۷,۱۵	۱۲,۱۴

جدول بالا چگونگی توزیع نسبی و توصیف آماری بعد جمع گرایی ارزشی را به نمایش گذاشته است. بعد جمع گرایی از ترکیب دو مؤلفه ی دیگرخواهی و محافظه کاری به دست آمده است. داده های این جدول نشان می دهد، ۹/۰ درصد از افراد نمونه، اهمیت خیلی کم و کم، ۵/۵ درصد اهمیت متوسط و ۹۳/۶ درصد اهمیت زیاد و خیلی زیادی به این بعد ارزشی داده اند.

جدول ۴: چگونگی توزیع نسبی و توصیف آماری بعد فرد گرایی ارزشی

بعد	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار
فردگرایی	۰	۰,۶	۶,۴	۳۷,۲	۵۵,۸	۷۹,۷۵	۸۱,۸۶	۷۸,۹۴	۱۲,۲۱

جدول فوق چگونگی توزیع نسبی و توصیف آماری بعد فردگرایی را به تصویر کشیده است. این بعد ارزشی از ترکیب دو مؤلفه ی پیشبرد اهداف شخصی و تمایل به تغییرات به دست آمده است. همانطور که در جدول نیز قابل مشاهده است ۶/۰ درصد جوانان مورد مطالعه اهمیت این بعد ارزشی را برای خودشان خیلی کم و کم، ۴/۶ درصد متوسط و ۹۳ درصد زیاد و خیلی زیاد دانسته اند.

بررسی فرضیات تحقیق

در این بخش از پژوهش قصد داریم تا با توجه به داده های گردآوری شده به بررسی و آزمون فرضیات تحقیق بپردازیم و میزان همبستگی متغیر مستقل و وابسته را مورد سنجش قرار دهیم. لازم به ذکر است که آزمون های این بخش با فرض پارامتری بودن داده ها انجام شده است. هم چنین، برای بررسی فرضیات، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول 5: نتایج و ابعاد آن آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای جمع گرایی ارزشی و سلامت اجتماعی ها

جمع گرایی	محافظة کاری	امنیت گرایی	سنت گرایی	همنوایی	دیگرخواهی	خیرخواهی	عام گرایی	جمعگرایی سلامت اجتماعی
**0.344 0.000	**0.328 0.000	**0.194 0.000	**0.197 0.000	**0.304 0.000	**0.271 0.000	**0.294 0.000	**0.177 0.001	احساس حمایت سطح معنی داری
**0.355 0.000	**0.431 0.000	**0.226 0.000	**0.417 0.000	**0.218 0.000	**0.187 0.001	**0.187 0.001	*0.137 0.013	احساس تعلق به جامعه سطح معنی داری
*0.145 0.009	*0.138 0.011	**0.168 0.002	0.033 0.545	*0.109 0.045	0.096 0.080	**0.176 0.001	0.006 0.910	احساس تعلق به خانواده سطح معنی داری
**0.161 0.004	**0.173 0.001	**0.166 0.002	*0.110 0.041	*0.122 0.025	*0.118 0.032	*0.139 0.010	0.087 0.111	احساس تعلق به محله سطح معنی داری
**0.322 0.000	**0.361 0.000	**0.285 0.000	**0.269 0.000	**0.211 0.000	**0.193 0.001	**0.242 0.000	0.108 0.053	احساس تعلق سطح معنی داری
**0.396 0.000	**0.409 0.000	**0.281 0.000	**0.277 0.000	**0.306 0.000	**0.273 0.000	**0.313 0.000	**0.165 0.003	انسجام اجتماعی سطح معنی داری
**0.237 0.000	**0.251 0.000	0.052 0.341	**0.261 0.000	**0.172 0.002	**0.173 0.002	**0.209 0.000	0.106 0.056	پذیرش اجتماعی سطح معنی داری
**0.260 0.000	**0.195 0.000	0.087 0.108	0.079 0.149	**0.268 0.000	**0.278 0.000	**0.258 0.000	**0.220 0.000	مشارکت اجتماعی سطح معنی داری
**0.237 0.000	**0.281 0.000	0.081 0.134	**0.346 0.000	0.103 0.058	*0.130 0.18	0.104 0.056	*0.115 0.034	تحقق اجتماعی سطح معنی داری
0.085 0.127	*0.116 0.034	0.025 0.650	*0.134 0.013	0.065 0.235	0.057 0.301	0.045 0.407	0.049 0.367	پیوستگی اجتماعی سطح معنی داری
**0.416 0.000	**0.444 0.000	**0.220 0.000	**0.372 0.000	**0.311 0.000	**0.280 0.000	**0.290 0.000	**0.193 0.001	سلامت اجتماعی سطح معنی داری

جدول شماره ۵ مربوط به بررسی رابطه بعد ارزشی جمع گرایی با سلامت اجتماعی و ابعاد آنها می باشد. همانطور که در جدول نیز ملاحظه می گردد، رابطه متغیر جمع گرایی ارزشی و سلامت اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۴۱۶ و در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ معنی دار است، جمع گرایی رابطه مستقیم و متوسط با سلامت اجتماعی دارد؛ یعنی هرچه جوانان جمع گراتر باشند، سلامت اجتماعی آنان نیز بالاتر خواهد بود. همچنین بین جمع گرایی با اکثر ابعاد سلامت اجتماعی به جز پیوستگی اجتماعی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین فردگرایی و سلامت اجتماعی و ابعاد آن ها

فردگرایی	سلامت اجتماعی	فردگرایی	قدرت	موفقیت	پیشبرد اهداف شخصی	استفلال	لذت طلبی	برانگیختگی	تمایل به تغییر	فردگرایی
0.092	احساس حمایت	0.057	0.086	**0.144	*0.127	0.079	*0.111	-0.039	0.092	0.092
0.101	سطح معنی داری	0.311	0.117	0.008	0.022	0.154	0.043	0.480	0.101	0.101
-0.004	احساس تعلق به جامعه	-0.101	**0.190	0.069	*0.129	-0.030	-0.068	-0.066	-0.004	-0.004
0.949	سطح معنی داری	0.070	0.001	0.207	0.020	0.590	0.218	0.233	0.949	0.949
0.094	احساس تعلق به خانواده	0.089	0.022	**0.140	0.074	0.103	0.049	*0.117	0.094	0.094
0.089	سطح معنی داری	0.105	0.687	0.010	0.175	0.061	0.366	0.030	0.089	0.089
**0.151	احساس تعلق به محله	*0.141	**0.160	0.084	*0.134	**0.164	0.078	*0.106	**0.151	**0.151
0.007	سطح معنی داری	0.011	0.003	0.123	0.014	0.003	0.149	0.050	0.007	0.007
*0.128	احساس تعلق	0.072	**0.192	**0.149	**0.175	*0.124	0.039	0.079	*0.128	*0.128
0.024	سطح معنی داری	0.204	0.001	0.007	0.002	0.026	0.487	0.153	0.024	0.024
*0.127	انسجام اجتماعی	0.085	**0.155	**0.158	**0.163	*0.111	0.106	0.031	*0.127	*0.127
0.026	سطح معنی داری	0.136	0.006	0.005	0.004	0.050	0.058	0.576	0.026	0.026
-0.042	پذیرش اجتماعی	-0.078	0.080	-0.013	0.017	-0.068	-0.047	-0.079	-0.042	-0.042
0.460	سطح معنی داری	0.164	0.146	0.810	0.767	0.221	0.391	0.150	0.460	0.460
0.024	مشارکت اجتماعی	-0.41	0.081	**0.142	0.099	0.051	-0.071	0.008	0.024	0.024
0.673	سطح معنی داری	0.457	0.143	0.009	0.074	0.357	0.196	0.881	0.673	0.673
-0.089	تحقق اجتماعی	**0.152	0.084	-0.008	0.020	-0.067	-0.091	**0.150	-0.089	-0.089
0.109	سطح معنی داری	0.006	0.124	0.887	0.713	0.220	0.094	0.005	0.109	0.109
*-0.112	پیوستگی اجتماعی	**0.158	0.013	-0.039	-0.029	-0.087	*-0.131	*-0.137	*-0.112	*-0.112
0.044	سطح معنی داری	0.004	0.816	0.474	0.597	0.112	0.015	0.012	0.044	0.044
0.024	سلامت اجتماعی	-0.057	**0.181	0.093	*0.133	-0.009	-0.020	-0.056	0.024	0.024

0.680	0.330	0.336	0.733	0.877	0.022	0.107	0.002	سطح معنی داری
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---------------

جدول شماره ۶، نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین بعد ارزشی فردگرایی و سلامت اجتماعی را به تصویر کشیده است. همانطور که مشاهده می گردد، بین فردگرایی ارزشی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معناداری وجود ندارد. قوی ترین روابطی که در جدول وجود دارد، رابطه ی بین قدرت با احساس تعلق، احساس تعلق به جامعه و سلامت اجتماعی است. بدین معنا که هرچه فرد برای ارزش قدرت (که شامل شاخص های ثروت، اقتدار و حفظ اعتبار و وجهه اجتماعی می باشد) اهمیت بیشتری قائل باشد، احساس تعلق او به جامعه و سلامت اجتماعی او نیز بیشتر خواهد بود.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش، سنجش میزان سلامت اجتماعی جوانان شهر تهران و بررسی تأثیر جهت گیری های ارزشی بر آن بوده است. برای سنجش سلامت اجتماعی، از مدل مفهومی کیز استفاده شده است. کیز بر مبنای رویکرد سلامت محور و در یک تحلیل عاملی گسترده، پنج بعد از سلامت اجتماعی را که در سطح فردی عملیاتی می شوند، ارائه داده است. این پنج بعد عبارتند از: انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، تحقق اجتماعی و پذیرش اجتماعی.

طبق این ابعاد، فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند، احساس کند که متعلق به گروه های اجتماعی است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن شریک بداند. در واقع محتوای مقیاس سلامت اجتماعی، طیفی از ارزیابی تجارب مثبت فرد در جامعه است.

اگرچه مدل کیز در تعریف و عملیاتی کردن مفهوم سلامت اجتماعی فرد، مدل موفقی به نظر می رسد، اما این مدل توجه چندانی به علت یابی در زمینه ی سلامت اجتماعی نداشته است. بنابراین در این تحقیق جهت تکمیل مدل، از نظریه آهوویا برای تبیین موضوع مورد مطالعه، بهره گرفته ایم. بر مبنای این نظریه،

جهت گیری ارزشی به عنوان متغیر مستقل انتخاب شده و ارتباط آن با سلامت اجتماعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

براساس نتایج توصیفی درخصوص ویژگی های فردی پاسخگویان، ۴۶٫۹ درصد جوانان مورد مطالعه مرد و ۵۳٫۱ درصد زن می باشند. میانگین سن آن ها ۲۲٫۳۲ و اکثر آنها مجرد (۸۱٫۱ درصد) بوده اند. بیشترین فراوانی به لحاظ میزان تحصیلات، متعلق به افرادی با تحصیلات لیسانس می باشد. از نظر وضع فعالیت، ۳۱٫۱ درصد پاسخگویان، شاغل، ۱۰٫۴ درصد بیکار و ۵۰٫۱ درصد، محصل و دانشجو بوده اند. مذهب ۹۶٫۵ درصد آنان، شیعه و به لحاظ قومیت، ۵۱٫۷ درصد، فارس و ۴۱٫۷ درصد، ترک و بقیه متعلق به سایر قومیت ها هستند.

یافته های توصیفی پژوهش حاضر در خصوص متغیر وابسته، یعنی سلامت اجتماعی و ابعاد آن حاکی از آنست که انسجام اجتماعی ۶٫۵ درصد از پاسخگویان، کم، ۳۳٫۹ درصد متوسط و ۵۹٫۶ درصد زیاد بوده است. پذیرش اجتماعی ۴۳٫۳ درصد آن ها، کم، ۳۷٫۹ درصد متوسط و ۲۸٫۷ درصد زیاد است. مشارکت اجتماعی ۱۹٫۴ درصد از افراد مورد مطالعه، کم، ۲۸٫۸ درصد متوسط و ۵۱٫۸ درصد زیاد است.

تحقق اجتماعی ۵۳٫۸ درصد، در حد کم، ۲۲٫۷ درصد، متوسط و ۱۸٫۵ درصد زیاد است. پیوستگی اجتماعی ۴۳٫۹ درصد پاسخگویان نیز، کم، ۳۴٫۱ درصد، متوسط و ۲۲ درصد زیاد است. بنابراین درمیان ابعاد سلامت اجتماعی، دو بعد تحقق اجتماعی و انسجام اجتماعی جوانان به ترتیب، ضعیف ترین و قوی ترین ابعاد شاخص مذکور بوده اند. اما در مورد شاخص کلی سلامت اجتماعی، نتایج نشان می دهد که سلامت اجتماعی ۱۱٫۹ درصد افراد نمونه، در حد کم، ۴۰٫۸ درصد، در سطح متوسط و ۴۷٫۴ درصد آنان نیز، در حد زیاد بوده است. میانگین این شاخص (در بازه ۰-۱۰۰) ۵۸٫۱۱ بوده است.

یافته های توصیفی تحقیق، در خصوص متغیر مستقل، به طور خلاصه به این شرح می باشد:

۰/۹ درصد از افراد نمونه، اهمیت خیلی کم و کم، ۵/۵ درصد اهمیت متوسط و ۹۳/۶ درصد اهمیت زیاد و خیلی زیادی به بعد ارزشی جمع گرایی داده اند.

در بعد فردگرایی ۰/۶ درصد جوانان مورد مطالعه اهمیت این بعد ارزشی را برای خودشان خیلی کم و کم، ۶/۴ درصد متوسط و ۹۳ درصد زیاد و خیلی زیاد دانسته اند.

نتایج آزمون های آماری دو متغیره حاکی از آنست که رابطه متغیر جمع گرایی ارزشی و سلامت اجتماعی با ضریب همبستگی ۰/۴۱۶ و در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۱ معنی دار است، جمع گرایی رابطه ی مستقیم و متوسط با سلامت اجتماعی دارد یعنی هرچه جوانان جمع گراتر باشند، سلامت اجتماعی آنان نیز بالاتر خواهد بود. این در حالی است که بین فردگرایی ارزشی و سلامت اجتماعی جوانان رابطه معناداری وجود ندارد.

می توان علت این امر را در نظریه ی آهوویا جستجو کرد. وی بر اساس نتایج تحقیقات علمی در این زمینه، نشان داده است که در زیر مجموعه ی کشورهای فقیر، جمع گرایی به عنوان یک مکانیسم بقا دارای رابطه ای مثبت با سلامت ذهنی می باشد. یکی از دلایل همبسته بودن جمع گرایی با کشورهای فقیر، وجود مکانیسم بقاء فرهنگی ناشی از ضرورت انسجام گروهی می باشد. این در حالی است که در کشورهای ثروتمند، توسعه ی اقتصادی از طریق ایجاد فرهنگ فردگرایانه ای که در آن افراد به پی گیری شادمانی فردی خود به دور از تشریفات و التزامات اجتماعی، ترغیب و تشویق می شوند، به سلامت ذهنی بالاتر منجر می شود. در مجموع، آهوویا مدلی را ارائه می دهد که در آن توسعه ی اقتصادی، مردم را از شبکه های التزام اجتماعی رها می سازد و در این مسیر، بیشتر از اینکه بر نقش لذت و خوشنودی ناشی از مصرف تأکید کند، بر تمایلات فرهنگ های فردگرا به تشویق و ترغیب مردمانشان در جهت شادمانی شخصی، پای می فشارد.

پیشنهادات

❖ از آنجا که پژوهش حاضر، به بررسی سلامت اجتماعی نسل جوان پرداخته است، پیشنهاد می شود مدل نظری این پژوهش در میان گروههای سنی دیگر نیز مورد آزمون قرار گیرد و نتایج با یکدیگر مقایسه شود.

❖ همچنین پیشنهاد می شود که پژوهش های آتی به بررسی و مطالعه ارتباط میان ابعاد سه گانه سلامت فردی (جسمانی، روانی و اجتماعی) در گروه های سنی، جنسی و منطقه ای بپردازند.

❖ بر اساس یافته های این پژوهش به نظر می رسد که عوامل فرهنگی نظیر گرایشات ارزشی جمع گرایانه نقش بسیار مؤثری در افزایش سلامت اجتماعی جوانان ایفا می کنند، لذا آژانس های جامعه پذیری از قبیل خانواده، مدرسه و... می توانند با اجرای برنامه های تربیتی کارآمد به ارتقای سلامت اجتماعی این نسل یاری رسانند.

منابع

- آقامحمدی، علی () "بررسی تأثیر گرایش های ارزشی جوانان بر نگرش به رفاه اجتماعی در شهر تهران". مجله سیاسی - اقتصادی. شماره ۲۱۹ و ۲۲۰.
- تباردرزی، هادی، علیرضا کلدی، سید حسین محقق کمال، آمنه ستاره فروزان و مسعود صالحی (۱۳۸۷) "بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان". فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱.
- دواس، دی. ای (۱۳۸۶) پیمایش در تحقیقات اجتماعی. هوشنگ ناییبی. تهران: نشر نی
- غفاری، غلامرضا و امیدی، رضا (۱۳۸۸) کیفیت زندگی؛ شاخص توسعه اجتماعی. تهران: شیرازه
- گزارش ملی جوانان (۱۳۸۴-۱۳۷۵) بررسی وضعیت آسیب های اجتماعی جوانان. سازمان ملی جوانان
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۹) "سلامت اجتماعی چیست؟". نشریه همشهری. (۷۹/۰۱/۲۴).
- مشتاقیان، مرضیه (۱۳۹۰) "ناهماهنگی فرهنگی، طرد و کیفیت زندگی دختران دانشجو در بازگشت به مبدأ مهاجرت". پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.

- موحدی، امین (۱۳۸۹) "بررسی تأثیر سلامت اجتماعی بر میزان کیفیت زندگی کارکنان بانک ملی ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد". تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
 - موسوی بفرودی، محسن (۱۳۸۷) "بررسی جامعه شناختی عوامل مؤثر بر شادمانی در سطوح خرد و کلان". پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
 - هاشمی اصفهانی، شهلا (۱۳۸۱) "تأملی در سلامت اجتماعی". حدیث زندگی. شماره ۷.
-
- Bernad, M . M., Gebauer ,J . E . and Maio, G. R. (2006) **Cultural Estrangement: the role of personal and so cietal value discrepancies.** pers soc psychlo Bull,32:78-92.
 - Deneulin, S. and MCGregor, J. A. (2010) **The capability approach and the politics of a social conception of well being.** European Journal of soxial Thery. 13: 501- 519.
 - Keyes, C.M&Shapiro, A. (2004) **Social well being in the U.S.** Adescriptive Epidemiology. university of chicagopress.
 - Levin, B. W. and Browner, C.H. (2005) **The social production of Health: critical camtributions from evolutionary , biological, and cultural anth ropology, social science& Medicine.** 61:745 -750.
 - [www.answer.com/topic/social_ health\(2010/6/8\)](http://www.answer.com/topic/social_health(2010/6/8))

Received: 16 Feb. 2014

Accepted: 4 Mar. 2014

Today, social wellbeing is regarded as one of the important foundations in individual health which as gauge of human and social development is one of the major elements for arguing in scientific assemblies and forums and in the world policy making. Social wellbeing defines as the assessment of the one's relationship with others, fellows and his/her community around and as such it can be considered as an important measure of life quality. Lacking an instinctive research of this in Iran, and considering the results of some related studies which have shown that Iranian youth are not socially health, the present study has been done in order to evaluate the aspects and causes of youth social health and identify the effective social factors in this regard.

This study has been done according to a valid statistical sample consists of 350 Tehrani participants in the range of 15- 29 years old by using survey as the research method and the questionnaire as the technique.

In order to evaluate social wellbeing, we have used Keyes concept model which has considered five aspects of social health that are operated in personal level and are based on a health oriented approach in a broad factor analysis. In completing Keyes conceptual model and explaining our intended issue, we have used Ahuvia ideas.

As a conclusion there was an inverse significant relation between one's values with his/her community around and his/her social wellbeing.

Keywords: Social wellbeing, Individual health, Youth and Keyes model