



بررسی میزان سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه ناحیه هفتم شهر کابل

پوهنوال محمدناصر حبیبی^۱، نامزد پوهنیار احمدزی محمد نیازی^۲

^{۱،۲}دپارتمنت روان‌شناسی، پوهنځی روان‌شناسی و علوم تربیتی، پوهنتون کابل، کابل، افغانستان

ایمیل: Nasirrasuli25@gmail.com

چکیده

وضیعت خاص کودکان کار شاقه سبب شده تا آنان هم در جامعه و هم در محیط خانوادگی، در معرض انواع سوءاستفاده و آسیب‌ها قرار گیرند و به انبوهی از حمایت‌ها نیازمند باشند. تنها یکی از جلوه‌های حمایت از این کودکان ارتقای سلامت اجتماعی آنان است. سلامت اجتماعی عبارت از ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع می‌باشد. هدف از این تحقیق دریافت میزان سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه بوده که ۹۷ پرسش‌نامه از کودکان کار شاقه ناحیه هفتم شهر کابل جمع‌آوری شد. جهت بررسی سلامت اجتماعی از پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) استفاده شد. سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه با میانگین ۸۳.۱۶ در حد مطلوب قرار نداشته است. نتایج این مطالعه نشان داد، سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. بنابراین جهت شناسایی و ارتقای سلامت اجتماعی و حذف عوامل مؤثر بر پدیده‌ی کار شاقه کودکان، تلاش مشترک کلیه سطوح جامعه را می‌طلبد.

اصطلاحات کلیدی: اجتماعی؛ سلامت؛ سلامت اجتماعی؛ کودکان؛ کودکان کار شاقه

Assessing the Social Health of Street Children in the Seventh District of Kabul

Associate Professor Mohammad Nasir Habibi¹, Jr. Teaching Assistant Ahmadzay²

^{1,2}Department of Psychology, Faculty of Psychology, Kabul University, Kabul,

Afghanistan

Email: Nasirrasuli25@gmail.com

Abstract

The unique situation of street children exposes them to various forms of abuse and harm both in society and within the family environment, necessitating substantial support. One crucial aspect of supporting these children is improving their social health. Social health refers to an individual's evaluation and understanding of their functioning within the community and the quality of their relationships with others, relatives, and social groups. This research aimed to assess the social health of street children. In this descriptive study, 97 questionnaires were collected from street children in the seventh district of Kabul. The Keyes Social Well-Being Questionnaire (2004) was used to assess social health, and the data were analyzed using SPSS 19 software. The findings revealed that the social health of street children, with an average score of 83.16, was not optimal. The results indicated that the social health of street children is in poor condition. Therefore, promoting social health and identifying and addressing the factors contributing to the phenomenon of street children require the collective efforts of all societal levels.

Keywords: Children; Health; Social; Social Health; Street Children

مقدمه

یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث در دنیای پیچیده انسان امروزی، مفهومی به نام سلامت است. این موضوع از بدو پیدایش بشر، در قرون و اعصار متمادی همواره مهم و قابل طرح بوده است. سلامت در ساده‌ترین تعریف، یعنی سالم بودن بدن، اندیشه و روان (صفاری‌نیا، ۱۳۸۳). انسان پیوسته در پی ارائه تصویری روشن و مناسب از تندرستی بوده است. «یونانی‌ها معتقد بودند سلامتی نیرویی است که باعث ایجاد مقاومت در مقابل بیماری‌ها می‌شود؛ به عبارت دیگر از یک ارتباط مؤثر بین فرد، جامعه و محیط اطراف وی سخن می‌گفتند، آن‌ها سلامتی را حالت سازش کامل بین موجود زنده و محیط اطراف وی می‌دانستند و بر هم خوردن موازنه‌ی بین انسان و محیط را بیماری تلقی می‌کردند. این تعریف تا حدودی درست است؛ ولی کامل نیست» (محمدی، ۱۳۷۹). دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارت است از: ۱) رویکرد بیماری‌محور: که این رویکرد، حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های مختلف جسمانی و روانی محدود شده است (شریتیان، ۱۳۹۱، ص ۱۵۵). رویکرد سلامت محور، که در آن سلامت را به عنوان حالت برخورداری از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق نظریه سلامتی، فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت را دارا باشد. داوانی و همکاران عقیده دارند که سلامت حقیقی، فرایند نیرومند شدن و قادر بودن توأم با داشتن یک زندگی خوب را منعکس می‌کند (زکی و خشوعی، ۱۳۹۲، ص ۸۳).

روان‌شناسی سلامت تحت عنوان علم مطالعه نقش روان‌شناسی در سلامت و تندرستی تعریف شده است. در این راستا، روان‌شناسی سلامت به بررسی باورهای سلامت و رخداد‌های پیش‌بینی‌کننده سلامت در انسان‌ها می‌پردازد. روان‌شناسی سلامت هم‌چنین به بررسی باورها درباره بیماری و چگونگی ادراک افراد از بیماری می‌پردازد. انسان موجود پیچیده‌ای است و بیماری‌ها حاصل عوامل متعددی هستند و تنها یک عامل مثلاً، ویروس یا باکتری علت بیماری نیست. روان‌شناسی سلامت تلاش می‌کند مدل ساده‌ای از سلامتی و عوامل چندوجهی مرتبط با بیماری جسمی ارائه کند (اگدن، ۲۰۰۸). سلامت، اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به‌شمار می‌رود و در این میان سلامتی انسان بیش از مداخلات طبی و پرستاران به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است (هزارجریبی، ۱۳۹۱). سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این ابعاد با وجود بهره‌مندی از وجود مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند (ویسینگ و فوری، ۲۰۱۰). سلامت و بیماری تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار می‌گیرند. با وجود این‌که بیماری‌های واگیر و ارثی رایج و معمول اند، عوامل رفتاری و روان‌شناختی زیادی وجود دارند که

می تواند بهزیستی جسمانی و وضعیت های طبی گوناگون را تحت تأثیر قرار دهند. روان شناسی سلامت یک حوزه تخصصی است که بر نحوه اثرگذاری عوامل زیستی، رفتاری، روان شناختی و اجتماعی بر سلامت و بیماری تمرکز می کند. اصطلاحات دیگری نظیر روان شناسی طبی و طب رفتاری نیز گاهی مترادف روان شناسی سلامت در نظر گرفته می شوند (رادلی و چمبرلین، ۲۰۰۱). سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا کرده، یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، محسوب می گردد؛ لذا هدف تمامی جوامع این است که شرایطی را فراهم نمایند تا سلامت اعضای شان را حفظ نموده و ارتقا بخشند (سفیری و منصوریان، ۱۳۹۳).

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان، بیش از مداخلات طبی به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است، مفهوم سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی شامل ابعادی مانند، پذیرش خود، رشد شخصی، روابط با دیگران، تسلط بر محیط، هدف داشتن در زندگی و استقلال می شود. سلامت اجتماعی را استنباط فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه های اجتماعی که وی عضو از آنها است تعریف می کنند که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از محیط اجتماعی وی است. آنچه به زندگی غنا و معنا می بخشد، ارتباط با خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. و یا به عبارتی، سلامت اجتماعی شامل مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضو از جامعه است و به شرایط اجتماعی و اقتصادی، رفاه و شبکه اجتماعی بستگی دارد. هدف عمده و اصلی سلامت اجتماعی هماهنگی فرد با محیط اجتماع است تا ارتباط سالم و مؤثر که بین فرد و جامعه برقرار می شود زمینه رشد شخصی را فراهم سازد (صفاری نیا، ۱۳۸۳). بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در تحقیق به مفهوم سلامت اجتماعی می پردازد. «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 افراد 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 فردی (مثلاً ملاقات با دوستان) و مشارکت اجتماعی (مانند عضویت در گروه ها) مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری آنان ارکان عینی (مثلاً تعداد دوستان) و ذهنی (مانند کیفیت روابط دوستانه) هر دو تعریف، منظور شده بود. 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 در دو بُعد سلامت روانی و سلامت اجتماعی آغاز کرده است (جین کیتس و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۱۶).

کیز سلامت اجتماعی را این طور تعریف می‌کند: چگونگی ارزیابی و شناخت فرد از عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضوی از آنهاست. او مفهوم سلامت اجتماعی را با مقیاسی جامع و با در نظر گرفتن ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد، مفهوم‌سازی می‌کند و معتقد است که بدون در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی و محیطی نمی‌توان عملکرد شخص و سلامت او را ارزیابی کرد (کیز، ۲۰۰۵).

کودک به اشخاصی گفته می‌شود که سن ۱۸ را تکمیل نکرده باشند و کودکان کار شاقه به آن عده کودکانی گفته می‌شود که به دلایل مختلف اقتصادی؛ اجتماعی و خانوادگی در خیابان‌ها به سر می‌برند و به کارهای مختلف مانند موترشویی، اسپندی، ساجق فروشی، سگرت فروشی و بعضی شان هم به کارهای غیر قانونی رو می‌آورند مانند سرقت، تکدی‌گری (وامقی و دیگران، ۱۳۹۳). از نظر یونسف کودکان کار شاقه، به کودکانی اطلاق می‌شود که در شهرهای بزرگ، برای ادامه حیات خود مجبور به کار یا زندگی در خیابان‌ها هستند. به گزارش یونسکو، کودکان کار شاقه، کودکان و نوجوانان ولگرد و آواره‌ای هستند که از خانه و کاشانه خود بریده‌اند و در خیابان‌ها با گدایی، دست فروشی و نظایر آن روزگار خود را می‌گذرانند و در کوچه‌ها و پیاده‌روها می‌خوابند. در یک تعریف جامع از کودک کار شاقه می‌توان گفت: کودک کار شاقه به تمام کودکانی اطلاق می‌شود که بیشتر وقت خود را در کار شاقه می‌گذرانند چه مشغول به کار باشند و چه نباشند؛ چه با خانواده خود در ارتباط باشند و چه نباشند و یا خانواده نداشته باشند (صدیقی، ۱۳۹۶).

از آنجایی که گسترش پدیده‌ی کودکان کار شاقه و کار، احتمال گسترش انحرافات و آسیب‌های اجتماعی، فساد و بیماری‌های مقاربتی را افزایش می‌دهد و چهره شهرها، به خصوص شهرهای بزرگ را نامناسب می‌کند، باید در صدد به کارگیری استراتژی‌های مؤثر و کارآمد در این زمینه بود (میری آشتیانی، ۱۳۸۳). آثار زیان‌بار کار کردن کودکان تنها به دوران کودکی ختم نمی‌شود؛ بلکه تا بزرگسالی هم ادامه دارد و جامعه از تعداد زیادی از افراد کارآمد و شایسته محروم می‌شود. با وجود آثار و پیامدهای مسأله آفرین پدیده کودکان کار، مطالعات نظامندی در خصوص شناسایی ابعاد سلامت است. بنابراین برای ایجاد تغییرات سازنده، دسترسی به اطلاعات توصیفی در مورد وضعیت سلامت اجتماعی کودکان کار و شناسایی متغیرهای تأثیرگذار بر شکل‌گیری این پدیده، اجرای مطالعه در این رابطه ضروری به نظر می‌رسد (مرادی و همکاران، ۱۳۹۴). برخی از استراتژی‌ها چون، شناخت

خانواده‌های بی‌بضاعت و کم درآمد و تأمین بودجه آن‌ها توسط سازمان‌ها و نهادهای مربوط (رضیی، ۱۳۸۶)، قانون‌گذاری، آموزش تحصیلی رایگان و اجباری، آگاه‌سازی افکار عمومی از طریق رسانه‌های گروهی (روزنامه اعتماد، ۱۳۸۷)، تدوین برنامه‌های معطوف به کاهش علل موجد این پدیده، ارزیابی برنامه‌های موجود و ارتقای آن‌ها (وامقی، ۱۳۸۴).

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی

تحقیق‌های اجتماعی به صورت خرد و کلان در حوزه سلامت روانی و اجتماعی به صورت منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی انجام یافته است، این امر اثبات می‌نماید که تحت تأثیر دامنه بسیاری از عوامل جمعیت‌شناختی، اجتماعی، روانی و فرهنگی می‌توان عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی را مورد تأمل و بررسی قرار داد. به نظر راسنفیلد یک سری از عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی و روانی شامل پایگاه اجتماعی-اقتصادی، موقعیت تأهل، جنسیت، مهارت‌های ارتباطی، مذهب، سرمایه اجتماعی و ... می‌باشد (راسنفیلد، ۱۹۹۷. به نقل از حاتمی، ۱۳۸۹، ص ۳۰).

بلوک و برسلو برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ در تحقیقی به مفهوم سلامت اجتماعی می‌پردازد. «این مفهوم را چند سال بعد دونالد و همکاران، در سال ۱۹۷۸ مطرح کردند و استدلال آن‌ها این بود که سلامت امری فراتر از گزارش‌های بیماری، میزان بیماری‌ها و قابلیت‌های کارکردی افراد است. براساس برداشت آنان سلامت اجتماعی در حقیقت هم بخشی از ارکان وضع سلامت محسوب می‌شود و هم می‌تواند تابعی از آن باشد (جین کیتس و همکاران، ۱۳۸۴). از نظر کیز، کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوب دارد که اجتماع را به صورت مجموعه‌ای معنادار و قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند (قاضی‌نژاد و سنگری سلیمانی، ۱۳۹۵). کیز براساس بُعد اجتماعی و سطح تحلیل فردی پنج بُعد و شاخص اساسی، برای سلامت اجتماعی پیشنهاد کرده است که عبارت است از: شکوفایی اجتماعی، همبستگی (انطباق) اجتماعی، پذیرش اجتماعی، سهم‌داشت (مشارکت) اجتماعی، انسجام اجتماعی.

انسجام اجتماعی، ارزیابی فرد از روابطش در جامعه و گروه‌های اجتماعی است. فرد سالم احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند، سهیم می‌داند. از دیدگاه دورکیم سلامت و یگانگی اجتماعی، روابط افراد را با یکدیگر از طریق هنجارها منعکس می‌کند. انسجام اجتماعی، احساس بخشی از جامعه بودن، فکرکردن به این‌که فرد به جامعه تعلق دارد،

احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن است. بنابراین انسجام آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس کنند چیز مشترکی بین آن‌ها و کسانی که واقعیت اجتماعی آن‌ها را می‌سازد، وجود دارد (سام‌آرام، ۱۳۸۸).

پذیرش اجتماعی، افرادی که دارای این بُعد از سلامت اجتماعی هستند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. این افراد دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. در پذیرش اجتماعی فرد، اجتماع و مردم آن را با همه نقش‌ها و جنبه‌های مثبت و منفی باور دارند و می‌پذیرند (عبدالله تباردزی، ۱۳۸۶).

مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزش‌مندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی یعنی چه میزان فرد احساس می‌کند که آن چه انجام می‌دهد در نظر اجتماع ارزش‌مند و بر رفاہ عمومی مؤثر است (همان). انطباق اجتماعی، درک کیفیت، سازماندهی و عملکرد دنیای اجتماعی خود است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیش‌تر بداند. افراد سالم علاقه‌مند به طرح‌های اجتماعی بوده و احساس می‌کنند قادر به فهم وقایع اطراف شان هستند. خود را با تصور این‌که در یک دنیای متکامل و عالی هستند، فریب نمی‌دهند و خواسته‌ها و آرزوهای شان را برای فهم و درک زندگی ارتقا می‌بخشند.

شکوفایی اجتماعی، ارزیابی توان بالقوه مسیر تکاملی اجتماع است و باور به این‌که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توان‌مندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان شناسایی می‌شود. شکوفایی اجتماعی یعنی باور به این‌که فرد سرنوشت خویش را در دست دارد و به همکاری توان بالقوه‌اش مسیر تکاملی را کنترل می‌کند (همان).

حمایت اجتماعی و سلامت اجتماعی

حمایت اجتماعی اشاره بر در دسترس قرار داشتن یک‌سری از منابع و روابطی می‌کند که این منابع در موقع لزوم باید از سوی فرد، خانواده و یا جامعه فراهم شده باشد، تا بتوان افراد از سلامت اجتماعی برخوردار شوند. حمایت اجتماعی یعنی احساس تعلق داشتن، پذیرفته شدن و مورد عشق و محبت قرار گرفتن؛ در واقع به این طریق برای هر فرد یک ارتباط امن به وجود می‌آورد (آرمسترانگ و همکار، ۱۳۷۲، ص ۸۷).

نتایج مطالعه توصیفی صندوق کودکان سازمان ملل متحد در ایران (۱۳۷۷)، یکی از نخستین مطالعات انجام یافته در خصوص وضعیت کودکان کار شاقه شهر تهران، حاکی از آن بود که آن‌ها گروهی متشکل از کودکان ۵ تا ۱۸ ساله‌اند که ۹۵٪ این کودکان پدر و مادر داشته و ۲۵ تا ۸۰٪ آن‌ها با والدین خود زندگی می‌کنند. اغلب این کودکان از خانواده‌های پرجمعیت بوده و تعداد افراد خانواده این کودکان بین ۵ تا ۱۰ نفر و میانگین آن‌ها ۸ نفر است. هم‌چنین اکثر این کودکان مهاجران افغانی و تنها ۲۰٪ آن‌ها ساکن تهران و حومه آن هستند. تمامی این کودکان یا بی‌سوادند و یا در مقطع ابتدایی ترک تحصیل کرده‌اند. علت اصلی ترک تحصیل این کودکان، فقر و شرایط دشوار خانوادگی مانند بدرفتاری با کودک یا نداشتن سرپرست مؤثر بوده است. بر طبق این مطالعه، این کودکان بین ۱۰ تا ۱۲ ساعت در روز کار می‌کنند و معمولاً اوقات فراغتی ندارند. مشاغل رایج این کودکان شامل فروش شیرینی، سگرت، ساجق، گل، روزنامه، رنگ کردن بوت‌ها، جمع‌آوری زباله و تعداد ناچیزی تکدی است. اکثر کودکان کار شاقه پسرند و دختران جمعیت کوچکی از کودکان کار شاقه را شامل می‌شوند (وامقی و دیگران، ۱۳۹۳). کودکان کار شاقه مورد تعرض قرار می‌گیرند و به دلیل آسیب‌پذیری و عدم رشد کامل جسمی و ذهنی و کمبود امکانات، قادر به ارائه‌ی ادله‌ی مناسب علیه متهمان و دفاع شایسته از خود نیستند. این ناتوانی به نوبه‌ی خود سبب می‌شود تا جرایم علیه آنان به لحاظ قضایی اثبات نشود. این وضعیت شرایط مناسبی را برای افراد سودجو فراهم می‌کند تا از کودکان بهره‌کشی کنند (نوبهار و صفاری، ۱۳۹۶، ص ۲۲۵).

تحقیق حاضر از این منظر که پیکره‌ای از اطلاعات را در اختیار ما قرار می‌دهد اهمیت زیاد دارد، چون تحقیق یک تحقیق التقاطی است و تحقیقات التقاطی دانش و اطلاعات جدید را از دید چند رشته برای ما بیان می‌کند. که این خود اهمیت علمی و نظری تحقیق را بیان می‌کند.

در کشورهای مختلف دنیا از جمله کشورمان افغانستان ضرورت پرداختن به مسأله کودکان کار شاقه به دلایل مختلفی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چون؛ کودکان کار شاقه پدیده‌ای روبه‌رشد در جامعه است، کودکان کار شاقه، محروم‌ترین کودکانی هستند که از بیش‌ترین حقوق اساسی خود بی‌بهره‌اند و شدیداً به حمایت نیاز دارند؛ کودکان کار شاقه به علت ویژگی‌های زندگی خود منشأ بسیاری از رفتارهای نادرست هستند که نه تنها به خود آسیب می‌رسانند؛ بلکه سلامت جامعه و افراد دیگر را نیز به خطر مواجه می‌سازند؛ کودکان کار شاقه به علت شرایط خاص زندگی خود به شدت مورد انواع آزار و سوء استفاده قرار می‌گیرند و به سلامت جسمی و روانی آنان آسیب‌های جدی وارد می‌شود. بناءً موضوعات فوق توجه جدی می‌خواهد که در رابطه به کودکان کار شاقه و حل این مسأله و به خصوص

بررسی میزان سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه تحقیقات علمی صورت بگیرد. انجام این تحقیق و کاربرد نظریه‌های آن برای جامعه چون افغانستان که ضرورت زیادی برای تطبیق آن دیده می‌شود، موضوعی است که چرایی انجام این تحقیق را پاسخ می‌دهد. این تحقیق به صورت عملی و کاربردی برای دست‌اندرکاران اجتماعی و سیاسی کمک زیادی می‌کند تا سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه را از چندین بعد شناسایی و راه‌حل‌های درستی برایش بسنجند.

روش تحقیق

این تحقیق از لحاظ ماهیت و ویژگی از نوع تحقیق کمی است. در تحقیقات کمی تمرکز بر اندازه‌گیری ویژگی‌های عینی قابل سنجش است که به آزمودنی‌های زیاد نیاز دارد. این تحقیق از لحاظ نحوه‌ی گردآوری داده‌ها از نوع تحقیق غیرآزمایشی (توصیفی) است.

جامعه آماری این تحقیق را کودکان کار شاقه ۷ الی ۱۸ ساله مراجعه به بنیاد خیریه احمدی که زمینه تعلیم مجانی و رایگان را در مراکز آموزشی ناحیه هفتم مهیا ساخته است، تشکیل می‌دهد. تعداد کودکان کار شاقه در ناحیه هفتم شهر کابل که عضویت در بنیاد خیریه متذکره را داشتند در حدود ۱۳۰ نفر بودند، البته با تفاوت اندک که ۹۷ پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شده است. این مطالعه شامل تمامی ۹۷ کودک کار شاقه بود که به دو منطقه (ساحه چهلستون و ده‌دانا) مشغول کار نیمه وقت و مشغول درس خواندن در کورس‌های ساحوی خود بودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه از پرسش‌نامه‌ی که توسط کییز Kyeys طراحی شده است و سلامت اجتماعی را در ۵ بُعد، مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی و انطباق اجتماعی براساس مدل نظری که کییز از سلامت اجتماعی داشت، می‌سنجد. پرسش‌نامه سلامت اجتماعی توسط گویه‌های صفاری نیا (۱۳۹۳) براساس مدل نظری کییز و شاپیرو طراحی شد. این پرسش‌نامه با هدف قیاس ادراک سلامت اجتماعی توسط افراد ساخته شده است. در تحقیق صفاری نیا این پرسش‌نامه بر روی ۵۵۴ نفر (۳۵۸ زن و ۱۹۶ مرد) در مناطق ۲۱ گانه شهر تهران اجرا شد و پس از پاسخ‌گویی جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و مشتمل بر ۲۸ سؤال نهایی و ۵ خرده قیاس «همبستگی اجتماعی»، «انسجام اجتماعی»، «مشارکت اجتماعی»، «شکوفایی اجتماعی»، و «پذیرش اجتماعی» می‌باشد. گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴ خرده قیاس «انسجام اجتماعی» گویه‌های ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۵ خرده قیاس «مشارکت اجتماعی» گویه‌های ۲۱، ۲۶، و ۲۷ قیاس «پذیرش اجتماعی» را اندازه‌گیری می‌کند. در تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی این پرسش‌نامه، استدلال‌ها به دلیل بستگی خفیف با گویه‌های دیگر حذف شدند.

نمره‌گذاری گویه‌ها براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای به صورت «کاملاً موافق = ۵»، «موافق = ۴»، «نظری ندارم = ۳»، «مخالف = ۲» و «کاملاً مخالف = ۱» انجام می‌شود. بنابراین حداقل و حداکثر نمره کسب شده از این پرسش‌نامه به ترتیب برابر ۲۸ و ۱۴۰ خواهد بود. لازم به ذکر است که گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴، ۲۱، ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه‌های مختلف به تأیید رسیده است. به عنوان مثال در مطالعه که تحقیق صفاری‌نیا پایایی پرسش‌نامه از روش الفای کرون باخ برای کل پرسش‌نامه برابر (۰.۷۷) به دست آمد که میزان رضایت‌بخشی است. هم‌چنین جهت تعیین روایی سازه از روش‌های تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی استفاده شد. در تحلیل عامل اکتشافی و با توجه به ارزش‌های ویژه عامل اول = ۳.۸۵، عامل دوم = ۲.۵۹، عامل سوم = ۲.۲۵۰، عامل چهارم = ۱.۶۹ و عامل پنجم = ۱.۰۴۸ درصد از واریانس کل را به خود اختصاص می‌دهد. میزان همبستگی میان نتایج دوباره آزمون بر روی یک گروه ۴۰ نفری ۰.۸۵ برآورد شده است که نشان‌دهنده پایایی رضایت‌بخش است. و برای بررسی روایی، هم‌زمان از اجرای این پرسش‌نامه هم‌زمان سلامت روان ۲۸ سؤالی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شده است. نتایج نشان داد این ضریب برابر با ۰.۲۴۷ و نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنی‌دار میان دو آزمون و روایی هم‌زمان دو پرسش‌نامه است. اطلاعات به دست آمده پس از ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، چارک‌ها، کمترین و بیشترین نمرات، میانگین و انحراف معیار، آزمون همبستگی پیرسون، آزمون مقایسوی تی یک نمونه و آنوا) تجزیه و تحلیل شدند.

جدول توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی

جدول ۱: توصیف متغیر سن

متغیر	فراوانی	درصدی
۷الی ۱۱سال	۶	۶.۲٪
۱۲الی ۱۶سال	۵۱	۵۲.۶٪
۱۷الی ۱۸سال	۴۰	۴۱.۲٪

براساس جدول ۱ در این تحقیق گروه‌های مختلف سنی وجود داشته است. بیشترین افراد در گروه سنی ۱۲ الی ۱۶ سال قرار داشته است که ۵۲.۶ درصد را تشکیل می‌دهد. بعد از آن گروه سنی ۱۷ الی ۱۸ قرار داشته که ۴۱.۲ درصد را تشکیل داده است. گروه سنی ۷الی ۱۱ با ۶.۲ درصد کم‌ترین تعداد را داشته است.

جدول ۲: توصیف متغیر وجود والدین

متغیر وجود والدین	فراوانی	درصدی
هر دو	۸۹	۹۱.۸٪
تنها پدر	۱	۱.۰٪
تنها مادر	۷	۷.۲٪
هیچکدام	۰	۰٪

براساس جدول ۲، ۹۱.۸٪ کودکان هر دو (پدر و مادر) داشتند، ۷.۲ درصد تنها مادر داشتند، فقط یک نفر تنها پدر داشتند و هیچکدام شان فاقد والدین نبودند.

جدول ۳: توصیف متغیر تعلیمات

متغیر	فراوانی	درصدی
شاگرد مکتب	۹۳	۹۵.۹٪
بی سواد	۴	۴.۱٪

براساس جدول ۳، ۹۳ نفر کودک شاگرد مکتب بودند و ۴ نفر بی سواد بودند.

جدول ۴: توصیف سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
سلامت اجتماعی	۸۳.۱۶	۸	۶۵	۹۹

براساس جدول ۴ سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه با میانگین ۸۳.۱۶ با انحراف استاندارد ۸ که کمترین نمره آن ۶۵ و بیشترین نمره آن ۹۹ بوده به دست آمده است.

جدول ۵: توصیف بعد همبستگی اجتماعی در کودکان کار شاقه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
همبستگی اجتماعی	۱۳.۱۶	۲.۵	۶	۲۰

براساس جدول ۵ همبستگی اجتماعی کودکان کار شاقه با میانگین ۱۳.۱۶ با انحراف استاندارد ۲.۵ که کمترین نمره آن ۶ و بیشترین نمره آن ۲۰ بوده به دست آمده است.

جدول ۶: توصیف بعد پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی در کودکان کار شاقه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره
پذیرش اجتماعی	۹.۶	۲.۲	۵	۱۵
شکوفایی اجتماعی	۲۲.۷	۵	۱۱	۳۳

براساس جدول ۶ بعد پذیرش اجتماعی در کودکان کار شاقه با میانگین ۹.۶ با انحراف استاندارد ۲.۲ که کمترین نمره آن ۵ و بیشترین نمره آن ۱۵ بوده و همچنان بعد شکوفایی اجتماعی در کودکان کار شاقه با میانگین ۲۲.۷ با انحراف استاندارد ۲.۲ که کمترین نمره آن ۱۱ و بیشترین نمره آن ۳۳ بوده به دست آمده است و میانگین نمرات کودکان در هر دو بعد پایینتر از متوسط بوده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تی-یک نمونه

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	نمره تی	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگین
سلامت اجتماعی	۸۳.۱۶	۸	-۶.۵	۹۶	۰.۰۰۰۱	-۵.۳

براساس جدول ۷ که میانگین نمره سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه با معیار حد مطلوب یعنی ۷۵٪ مقایسه شده است نشان می‌دهد که سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه در حد مطلوب قرار نداشته است. این تفاوت میانگین به اندازه ۵.۳۳ واحد از معیار حد مطلوب یعنی ۸۸.۵ پایینتر قرار داشته است و همچنان این تفاوت میانگین به لحاظ آماری معنادار بوده است ($t = -6.5$, $p = 0.0001$ و $df = 96$).

جدول ۸: نتایج آزمون آنوا (مقایسه میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه در سنین مختلف)

سلامت اجتماعی	میانگین مربعات	F	درجه آزادی (df)	سطح معناداری
بین گروهی	۱۵.۸۴		۲	
درون گروهی	۶۵.۶۹	۰.۲۴	۹۴	۰.۷

براساس جدول ۸ سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه در گروه‌های سنی مختلف تفاوت معناداری باهم نداشته است که نتیجه می‌رساند که سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه از سن ۷ الی ۱۸ تغییر یاب نیست.

جدول ۹: نتایج آزمون تی-مستقل (مقایسه میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه باسواد و بی‌سواد)

سواد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	سطح معناداری
باسواد	۸۳	۷.۹	۹۳	
بی‌سواد	۸۶.۳	۹.۹	۴	۰.۴

براساس جدول ۹ میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه باسواد ۸۳ با انحراف استاندارد ۷.۹ که مجموعاً ۹۳ نفر بودند و میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه بی‌سواد ۸۶.۳ با انحراف استاندارد ۹.۹ که مجموعاً ۴ نفر بودند با سطح معناداری ۰.۴ به دست آمده است. بناءً بین گروه‌های باسواد و بی‌سواد از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود ندارد. این که میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه بی‌سواد بیش‌تر از سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه باسواد است دال بر این است که تعداد کودکان کار شاقه بی‌سواد کم‌تر نسبت به باسواد بودند.

جدول ۱۰: نتایج آزمون اسپیرمن (رابطه بین سن و سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه)

متغیر	R	سطح معناداری
سلامت اجتماعی		
سن	-۰.۰۳	۰.۷

براساس جدول ۱۰ بین سلامت اجتماعی و سن کودکان کار شاقه رابطه معنادار وجود ندارد که این مفهوم را می‌رساند سن بالای سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه تأثیر ندارد.

مناقشه و نتیجه‌گیری

کودکان کار شاقه، کودکانی هستند که عموماً خانه و خانواده دارند و به دلیل مشکلات اقتصادی و برای کسب درآمد و کمک به خانواده، برای کار به خیابان می‌آیند. برای این‌ها کار نه یک انتخاب که ضرورتی برای بقای خود و خانواده است. اما محیط خیابان محیطی نامناسب برای کودک به دلایل متعدد است؛ ضمن این‌که زمانی که آن‌ها برای آموزش نیاز دارند، در خیابان سپری می‌شود. از این‌رو کودکان کار شاقه، به‌عنوان قشری آسیب‌پذیر در اجتماع هستند. زندگی روزمره این کودکان تجربه‌ای مملو از تحقیر، سرزنش و خشونت است. از لحاظ نظری قابل فهم است که چگونگی ارزیابی منفی دیگران از آن‌ها ارزیابی ایشان از خود را نیز در درازمدت عمیقاً متأثر ساخته و اختلالات جدی در فرایند تکوین آن‌ها به‌وجود می‌آورد. مواجهه مردم نیز یکسان نیست؛ گاه همدلانه و حمایتی است و گاه خصمانه، تقابلی و تحقیرآمیز و در مواردی حتی همراه با سوءاستفاده.

در تحقیق حاضر برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن از مقیاس ۲۸ ماده‌ای سلامت اجتماعی که پنج مؤلفه آن شامل انسجام، پذیرش، شکوفایی، مشارکت و انطباق اجتماعی است و آن را کیز (۱۹۹۸) ساخته است، بهره‌برده شد و طبق این پرسش‌نامه، شاخص سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه ساخته شد. تجزیه و تحلیل آماری نشان می‌دهد که ۹۷ نفر کودک در این تحقیق شرکت داشتند که ۶ نفر در گروه سنی ۷ الی ۱۱، ۵۱ نفر که بیش‌ترین فراوانی را داشت در گروه سنی ۱۲ الی ۱۶ قرار داشت و ۴۰ نفر در گروه سنی ۱۷ و ۱۸ بودند. در این تحقیق ۸۹ نفر کودک دارای والدین (پدر و مادر) بودند، ۱ نفر تنها دارای والد (پدر) بود، ۷ نفر کودک تنها دارای والده (مادر) بودند و هیچ کودک فاقد والدین نبود. هم‌چنان ۴ نفر کودک بی‌سواد و ۹۳ نفر باسواد یا شاگرد برحال مکتب بودند.

میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه ۸۳.۱۶ به‌دست آمده است که در مقایسه با معیار حد مطلوب (۸۸.۵) به‌طور معناداری پایین‌تر به‌دست آمده است. در بعد همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی کودکان کار شاقه به ترتیب از میانگین ۱۳.۱۶، ۹.۶ و ۲۲.۷ برخوردار بوده است. براساس نتایج داده‌ها میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه در سنین مختلف تفاوت معناداری باهم ندارند. وجود رابطه معنادار بین سن و سلامت اجتماعی در این تحقیق با نتایج کیز (هماهنگ) نیست. به‌نظر او با بالا رفتن سن، مهارت‌ها و تجربیات فرد افزایش یافته و بهتر از عهده چالش‌های اجتماعی بر می‌آید. متغییر باسواد بودن و بی‌سواد بودن نیز تفاوت معناداری با سلامت اجتماعی کودکان نداشته است؛ به‌طوری‌که مشاهده شد افراد بی‌سواد نسبت به باسوادها از سلامت

اجتماعی بیش‌تری برخوردارند. از آن‌جا که جامعه بدون داشتن افرادی سالم نمی‌تواند به حیات خود ادامه دهد، لذا برخورداری اعضای جامعه خصوصاً کودکان و نوجوانان از سلامت اجتماعی و میزان پیوند میان آن‌ها و جامعه زمینه‌کافی برای تبادلات اجتماعی، فرهنگی و عاطفی را فراهم می‌آورد. لازم به ذکر است که تحلیل و برنامه‌ریزی با هدف بهبود سلامت اجتماعی نیازمند هر سه سطح خرد، میانی و کلان است.

با وجود این تأمل در شرایط کنونی جامعه و در نظر گرفتن گسترش روزافزون ارتباطات انسانی در سطوح بین‌المللی، می‌توان به این نکته حساس پی برد که عوامل برهم‌زننده تعادل، آرامش و سلامت افراد و علل بروز بحران‌های اجتماعی و روانی، افزایش و پیچیدگی خاصی یافته و متقابلاً احساس نیاز فردی و اجتماعی به سلامت اجتماعی و روانی بیش‌تر شده است. روشن است هرگونه تلاش در زمینه دست‌یابی به سلامت اجتماعی و روانی به‌عنوان نیازی فردی و اجتماعی، مستلزم آشنایی با معنا و مفهوم این اصطلاح، چگونگی اندازه‌گیری و نیز یافتن راه‌های ارتقای آن است. با وجود جست‌وجو و تلاش‌های فراوان در زمینه سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه هیچ تحقیقی در داخل و خارج کشور یافت نشد که نشان می‌دهد این موضوع هیچ مورد تحقیق قرار نگرفته است. در حوزه کودکان کار شاقه پایان‌نامه‌ها و تحقیق‌های متعددی در داخل و خارج از کشور انجام گرفته که مروری بر آن‌ها تصویری از وضعیت کودکان کار شاقه در جهان را نشان می‌دهد. از جمله کارهای تحقیقی در این زمینه می‌توان به تحقیق‌های زیر اشاره کرد. الهام شریفی (۱۳۸۳)؛ شاپور احمدی خویی (۱۳۸۳)؛ نقی سبحان (۱۳۸۲)؛ قاسم‌زاده (۱۳۸۲)؛ حسینی (۱۳۸۴)؛ اداره بهزیستی برجند (۱۳۸۰)؛ ریکاردو لاجینی (۱۹۹۸)؛ لوئیس ابتکار، دی باخاتوف، ای بوخ ارف و دیگران (۲۰۰۰)؛ اما تحقیقی که مرادی و دیگران تحت عنوان بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به مراکز مردم‌نهاد حمایت از حقوق کودکان تهران در سال ۱۳۹۳ سلامت اجتماعی کودکان کار با میانگین ۵۴.۴۴ در حد متوسط بود. اما براساس نتایج داده‌های این تحقیق سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه پایین‌تر از حد مطلوب به‌دست آمده است که سطح میزان درآمد، فقر، مورد توهین و تحقیر قرار گرفتن، جنگ و دعوا در پایین بودن سلامت اجتماعی آن‌ها احتمالاً تأثیر داشته است. هم‌چنان در این تحقیق سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه در گروه‌های سنی مختلف تفاوت معناداری باهم نداشته است که نتیجه می‌رساند که سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه از سن ۷ الی ۱۸ تغییر یاب نیست؛ احتمالاً به این دلیل که همه در گروه کودکان قرار می‌گیرند و همه‌شان در شرایط یکسانی زندگی می‌کنند. در این تحقیق میانگین سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه بی‌سواد بیش‌تر از سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه باسواد بوده

که دلیل آن کم بودن تعداد کودکان کار شاقه بی سواد می باشد. بین سلامت اجتماعی و سن کودکان کار شاقه رابطه معنادار وجود ندارد. که این مفهوم را می رساند سن بالای سلامت اجتماعی کودکان کار شاقه تأثیر ندارد به دلیل که همه کودکان در شرایط یکسان با یک نوع مهارت و معلومات بوده اند.

منابع

- رضیعی، ش. (۱۳۸۶). کودکان خیابانی؛ آینه‌های ناگهانی. مجموعه آثار برگزیده نخستین جشنواره رسانه‌ای برای بهتر زیستن. پوهنتون تبریز.
- روزنامه اعتماد کودکان و مشکلات اجتماعی آن‌ها. (۱۳۸۷). تهران.
- سام‌آرام، ع. (۱۳۸۸). «بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تأکید بر رهیافت پلیس جامعه محور»، انتظام اجتماعی.
- سفیری، خ. منصوریان راوندی، ف. (۱۳۹۳). تبیین رابطه هویت جنسی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران. فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۵ (۵۳)، ۵۱-۷۰.
- شربتیان، م. (۱۳۹۱). «تأملی بر پیوند معنایی مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی و میزان بهره‌مندی از سلامت اجتماعی در بین محصلان پوهنتون پیام نور مشهد»، جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۵ (۲): ۱۷۴-۱۴۹.
- صدیقی، خ. (۱۳۹۶). آسیب‌شناسی اجتماعی، چاپ، چهارم، کابل: انتشارات، سعید.
- صفاری نیا، م. (۱۳۹۳). مؤلفه‌های اجتماعی روان‌شناسی سلامت در ایران.
- عبدالله تباردرزی، ه. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی محصلان، پوهنخی علوم بهزیستی و توان‌بخشی، پایان‌نامه ماستری، گروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی، پوهنتون علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- قاضی‌نژاد، م. و سنگری سلیمانی، ه. (۱۳۹۵). رابطه شغل و سلامت اجتماعی زنان. زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۴، شماره ۳، ص ۲۷۷.
- محمدی، ا. (بی‌تا). روزنه سلامت. گزارش طرح تحقیقاتی، پوهنتون تهران.
- مرادی، اکرم. و دیگران. (۱۳۹۳). بررسی سلامت اجتماعی کودکان کار مراجعه‌کننده به مراکز مردم نهاد حمایت از حقوق کودکان تهران در سال ۱۳۹۳. مجله پوهنتون علوم طبی رفسنجان، ۱۳۹۴ دروه ۱۴.
- میری آشتیانی، ا. (۱۳۸۳). نگاهی به وضعیت کودکان خیابانی در ایران. مجله برداشت اول، شماره‌های ۲۴ و ۲۵.
- نوبهار، د. صفاری، ف. (۱۳۹۶). بایسته‌های جرم‌انگاری برای حمایت از کودکان خیابانی. نشریه اطلاعاتی حقوق کیفری. پوهنتون گیلان، شماره دوم ص ۲۲۵.
- وامقی، م. و دیگران. (۱۳۸۸). مرور نظام‌مند مطالعات کودکان خیابانی در یک دهه اخیر در ایران. گزارش طرح تحقیقاتی، پوهنتون علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- وامقی، م. (۱۳۸۴). کودکان خیابانی ایران و رویکردهای دولتی. فصل نامه رفاه اجتماعی، شماره ۱۹.
- وامقی، م. و دیگران (۱۳۹۳). بررسی ترکیبی و ارزیابی سریع وضعیت کودکان خیابانی و ویژگی‌های کار آنان در تهران. بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۶ شماره ۲ ص ۳۹۱-۴۱۶.
- هزار جریبی، ج. و ارفعی عین‌الدین، ر. (۱۳۹۱). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. فصلنامه علمی، تحقیقی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۴، ۱۰.

Jean, I and others.(2009). Social Health. Chicago. The university of Chicago press:

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Health and / or Mental Illness? Investigation Axioms of the complete state model of Health. *Journal of consulting and Clinical psychology*. Vol 73(3), jun,pp: 539-548
- Keyes, Corey Lee. M & Shapiro, Adam. (2004). *Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. Chicago LI, The University of Chicago press: 35-372
- Keyes, Corey Lee. M, (1998), *Social well-being, social Psychology uarterly*. (61) 2: 121-190.
- kits, jain, K. (1384). Health psychology and the study of the case: From method to analytic concern. *Social Science & Medicine*, 53, 321-332.
- Ogden, J. (2008). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.
- Radley, A.& Chamberlain, K. (2001). Health psychology and the study of the case: From method to analytic concern. *Social Science & Medicine*, 53, 321-332.
- Rasfaield,A. (2002). *Mental and Social Healt, Social Sience*.
- Wissing. T.F. Fouri, A. (2010). Spirituality as a Component of Psychological Well-being, 27th International Confress of Psychology, 23-28 July, Stockholm, Sweden.