

بررسی تأثیر ویژگی های شخصیتی بر میزان سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی

امیر محمود حریرچی *

بهزاد خدري **

فریده السادات مومنی ماسوله ***

تاریخ دریافت: ۹۳/۳/۵

تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۱

چکیده

مطالعه و بررسی وضعیت ابعاد سلامت جانبازان شیمیایی کشور از هر نظر حائز اهمیت است و توجه به اصل فردیت و مشارکت در ارائه خدمات و تعیین وضعیت جانبازان نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است. مطالعه حاضر به بررسی تأثیر ویژگی های شخصیتی بر میزان سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی و به

* استادیار مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

** کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی. (مکاتبه کننده) behzad.khedri@gmail.com

*** کارشناس ارشد جامعه شناسی، دانشگاه شاهد

دنبال آن تعیین رابطه و سهم نسبی هر یک از این ویژگی‌ها در تبیین سلامت اجتماعی آنان می‌پردازد. پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی بوده که با ابزار پرسشنامه (کیبیز و شخصیتی نئو) و روش پیمایش انجام شده، جامعه آماری شامل کلیه جانبازان شیمیایی شهرستان سردشت بوده (۴۰۰ نفر) که با توجه به محدود بودن تعداد نمونه از روش تمام شماری استفاده شده است. بخشی از نتایج بدست آمده حاکی از آن است که از بین عوامل شخصیتی مرتبط با سلامت اجتماعی، برونگرایی با (۲۸) درصد، انعطاف پذیری با (۱۴) درصد، با وجدان بودن با (۱۵) درصد، دلپذیری با (۱۴) درصد تبیین کننده سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی بودند، توجه به اصول مشارکت و فردیت در ارائه خدمات بنیاد شهید، توسعه اشتغال، ایمن سازی و مشارکت هر چه بیشتر جانبازان شیمیایی در جامعه از مهمترین پیشنهادات جهت افزایش میزان سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی، جانبازان

شیمیایی

بیان مسئله

انسان سالم محور توسعه است و در سایه سلامت پایدار و همه جانبه تک تک آحاد جامعه، می‌توان در جامعه به سوی پیشرفت و توسعه قدم برداشت. پژوهشگران معتقدند سلامتی دارای ابعاد گوناگون جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این مفاهیم ضمن بهره‌مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند (ویسینگ و فوری^۱، ۲۰۰۰). کیبیز^۲ معتقد است پژوهشگران تا به حال برداشتی جامع از سلامت اجتماعی را مورد بررسی قرار نداده‌اند (کیبیز، ۲۰۰۶). اعتقاد بر این است که سلامت فقط فقدان بیماری روانی، یا

1. Wissing, T, Fouri, A
2. Keyes

حتی غیاب عاطفه منفی، که در بافت معینی می‌تواند پاسخی سازنده قلمداد شود، نیست (هنری^۱ و همکاران، ۲۰۰۶)، بلکه طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو (سام آرام، ۱۳۹۱: ۳۸). اما سلامت اجتماعی عبارت است از توانایی انجام موثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران؛ و دارای ابعاد گوناگونی است که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی (آمبرل^۲، ۲۰۰۶).

عوامل گوناگونی بر سلامت اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارند، از جمله سطح رفاه و کیفیت زندگی، سبک زندگی و حمایت اجتماعی، جنگ، بحران‌ها و... در مقابل برخی نظریه پردازان معتقدند عواملی همچون حمایت اجتماعی و مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی به ویژه حوادثی که دردناک و اضطراب زا هستند را درک کرده و باعث دلگرمی و خرسندی در روان و روحیه او بشود (سواتزکی و چیو^۳، ۲۰۰۵). به نوعی می‌توان گفت که در این پژوهش نیز هدف ما بر این است که تأثیر جنگ را بر ویژگی‌های شخصیتی و ابعاد سلامت اجتماعی را مورد بررسی قرار دهیم.

در مورد مسائل گوناگون مصدومین شیمیایی مطالعات متفاوتی صورت گرفته است، که حاکی از وجود مشکلات متعدد در میان این افراد بوده که نیازمندیهای پژوهشی بیشتر را می‌طلبد. مطالعه‌ای که بر اساس پرسشنامه MMPI و افسردگی بک انجام شده است، عنوان می‌کند که اختلالات PTSD و افسردگی و دیس تایمی در مصدومین شیمیایی از شیوع بالایی برخوردار است (سالبرگ^۴ و همکاران، ۱۹۹۷). تأثیرات به کارگیری سلاح‌های شیمیایی بر علائم افسردگی و اضطراب و اختلالات شخصیتی نیز به روشنی شناخته شده است. به گونه‌ای که در بازماندگان جنگ‌های

1. Henderie

2. Ambler

3. Sawatzky, R & Chiu, L

4. Solberg, Y

شیمیایی در مقایسه با آسیب دیدگان از جنگ‌های نه چندان شدید، احتمال وقوع علائم افسردگی و اضطراب به ترتیب $7/2$ و $14/6$ برابر بیشتر بوده است (هاشمیان و همکاران، ۲۰۰۶).

عوامل متعددی مثل؛ ترس، افسردگی، اضطراب، مشکلات خانوادگی، روابط اجتماعی بر سلامت اجتماعی تأثیر گزارند. برخی مطالعات نشان می‌دهد عواملی که منجر به افزایش رفاه و کیفیت زندگی می‌شوند رابطه مستقیمی با سلامت اجتماعی دارند (کاسچینگ و کراوتگارنر،^۱ ۲۰۰۲). از آنجایی که سلامتی و طول عمر جانبازان شیمیایی به علت ماهیت پیشرونده ضایعات ناشی از عوامل شیمیایی و عوارض داروهای مورد استفاده و همچنین عوارض ناشی از افزایش سن همواره در خطر است، کمتر فرصت مشارکت در اجتماع و ارتباط سازنده و موثر را دارند. پیامد این مشکلات جسمانی، کاهش کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی آنان است، پس ضروری است که این جنبه از زندگی جانبازان شیمیایی یعنی سلامت اجتماعی آنان مورد توجه قرار گیرد.

در مقابل ویژگی‌های شخصیتی نیز می‌توانند سلامت، و رضایت افراد از زندگی را تحت تأثیر قرار دهند. به طوری که دنو و کوپر^۲ (۱۹۹۸) در فرا تحلیلی از تأثیر ویژگی‌های شخصیتی بر ابعاد زندگی افراد نشان دادند، ابعاد روان نژندگرایی و برون گرایی قوی ترین پیش بینی کننده‌های شادکامی در بین عوامل پنجگانه شخصیتی نئو می‌باشند، همچنین ابعاد باوجدان بودن و روان نژندگرایی قوی ترین پیش‌بینی کننده‌های رضایت از کیفیت زندگی هستند. در کنار آن‌ها نیز جوزف^۳ (۲۰۰۲) معتقدند که ابعاد برون گرایی و انعطاف پذیری و دلپذیر بودن تا حد زیادی پیش‌بینی کننده مقیاس‌های شادکامی، رضایت از زندگی و افسردگی هستند. همچنین کنستانس و دیوید^۴ (۲۰۰۱)

-
1. Katschnig, H & Krautgartner, M
 2. Deneve, K & Cooper, H
 3. Hayes, N & Joseph, S
 4. Constance, MP, David, PR

شایعترین اختلالات مزمن ایجاد شده مصدومین شیمیایی را، اختلالات طولانی مدت خلقی، اختلالات اضطرابی، اختلال PTSD و سایر پاسخ‌ها ناشی از استرس بدنبال ضربه را گزارش کرده‌اند (کنستانس و دیوید، ۲۰۰۱: ۱۹۹-۲۱۵).

جانبازان شیمیایی قشری از مددجویان جامعه ما محسوب می‌شوند که بعد از اتمام جنگ، همچنان سلامت اجتماعی آنان مورد تهدید است. جنگ هشت ساله که با تحریک و حمایت همه جانبه استکبار جهانی بر کشور و مردم ما تحمیل شد، علاوه بر ایجاد ضایعات و صدمات فیزیکی و خسارات اقتصادی، عوارض نامطلوب عصبی، روانی و اجتماعی را نیز بر آحاد مملکت وارد آورده است که تا سالیان درازی تداوم یافته است. اما آیا صدمات شیمیایی ناشی از این جنگ‌ها می‌تواند بر ابعاد مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و یا انسجام اجتماعی (سلامت اجتماعی) مصدومین تأثیر بگذارد، یک سوال اساسی است، که کمتر پژوهشی بر این مسئله پرداخته، زیرا بیش‌تر پژوهش‌ها حول محور سلامت روانی و جسمی معطوف بوده است.

علاوه بر تأثیر مستقیم عوامل شیمیایی به کار رفته در سلاح‌های شیمیایی بر مرگ و میر انسان‌ها، به آثار غیر مستقیم آنها نیز بر کاهش ابعاد سلامت روانی و اجتماعی اشاراتی شده است (آشتیانی و همکاران، ۱۳۸۶). جانبازان شیمیایی نیز از این امر مستثنی نیستند، این افراد در کشور ما به عنوان قشر آسیب پذیر، کمتر مشارکتی در سطح جامعه دارند، و حمایت کمتری در محیط‌های کاری و اجتماعی از آنها صورت می‌گیرد، هر چند حمایت‌های اجتماعی در اغلب موارد توسط نزدیکان آنها صورت می‌گیرد، اما تحقیقات نشان داده که این میزان حمایت کافی نبوده و میزان سلامت اجتماعی آنها در حد پایینی گزارش شده است (محمدزاده، ۱۳۹۱). بنابراین می‌توان گفت که ناتوانی‌های جسمی تأثیر بسیاری بر میزان بهره‌مندی و مشارکت آنان در سطح جامعه داشته و به نظر می‌رسد ابعاد سلامت اجتماعی در میان این قشر مورد غفلت واقع شده و ضرورت بررسی بیشتر در این باره را آشکار می‌سازد.

از طرف دیگر ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌تواند بر میزان سلامت اجتماعی و روانی تأثیر گذارد باشد، اما خود شخصیت افراد تحت تأثیر آموزشهای محیطی و بحران‌های محیطی همچون جنگ قرار می‌گیرد که می‌تواند ابعاد سلامت افراد را تحت تأثیر قرار دهد و به عبارتی کاهش و یا افزایش سلامتی را به دنبال داشته باشد. به صورتی که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجارب جنگی نیز یکی از علل اختلالات روانی است (تولایی، ۱۳۸۴). از عوارض عصبی روانی سلاح‌های شیمیایی هم می‌توان به وجود اختلالاتی چون افسردگی، اضطراب، شکوه‌های بدنی و علائمی چون عصبانیت، پرخاشگری، لرزش‌های بدنی، تداعی مجدد، فراموشی و تحریک پذیری اشاره کرد (محمدی و نوری، ۱۳۷۲).

هر چند ویژگی‌های شخصیتی انسان تا حد بسیار زیادی متأثر از ژنتیک و وراثت است، اما تأثیرات محیط و پیامدهای آنان را نمی‌توان نادیده گرفت، به طوری که نظریه پردازان شخصیت معتقدند که این ویژگی‌ها محصول تعامل بین وراثت و محیط است (جوادی، ۱۳۸۳). بنابراین می‌توان گفت بلایای طبیعی همچون جنگ و... می‌تواند، پیامدهای بسیاری برای انسان، و ابعاد سلامتی و ابعاد شخصیتی او به دنبال داشته باشد. رزمندگان کشور ما نیز در طول هشت سال دفاع مقدس در معرض انواع استرس و آسیب‌های جسمی و روانی قرار داشته و تعدادی از آنها به انواع بیماری، مشکلات و اختلالات جسمی و روانی ناشی از جنگ دچار شده‌اند، که مجموعه این عوامل تأثیر بسیاری بر ویژگی‌های شخصیتی آنان داشته است. در همین ارتباط شیوع ۹۵/۳ درصدی انواع اختلالات روانی در میان جانبازان شیمیایی به وسیله اردکانی و همکاران (۱۳۸۶) گزارش شده که در این بین اختلال استرس پس از ضربه با ۴۱ درصد شایع‌ترین اختلال بود (وفایی، ۱۳۸۲). همچنین مطالعات در آسیب دیدگان غیر نظامی مواجه شده با عوامل شیمیایی، مشکلات متعدد سلامت روانی و اجتماعی مرتبط با جنگ را در این بیماران نشان می‌دهد (هاشمیان و همکاران، ۲۰۰۶).

در این میان خلاءهای پژوهشی در ارتباط با بررسی ابعاد زندگی جانبازان و آسیب دیدگان جنگی را نباید نادیده انگاشت. موسوی و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی دریافتند که بیماری‌های اعصاب و روان مهمترین مشکل ناشی از بیماری‌های شیمیایی بود. کرمی و همکاران (۱۳۸۵) دریافتند که مهمترین مشکلات جانبازان وضعیت روحی و نامناسب، عدم دسترسی به داروها، و کمبود تجهیزات درمانی و عدم حمایت‌های اجتماعی هستند. همچنین تحقیقات نشان داده که سهم قابل توجهی از مصدومین شیمیایی به افسردگی، اختلالات طولانی مدت خلقی، مبتلا می‌شوند (کنستانس و دیوید^۱، ۲۰۰۱: ۱۹۵-۲۱۵). در تمامی تحقیقات ذکر شده عدم توجه به ویژگی‌های وراثتی و شخصیتی، همچنین نادیده انگاشتن حمایت‌های عاطفی و اجتماعی که می‌تواند بر سلامت اجتماعی تأثیر گذار باشد، مشهود بوده و از مهمترین انتقادات وارده بر این پژوهش‌ها می‌باشد.

در خصوص رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و ابعاد سلامت اجتماعی تحقیقات اندکی صورت گرفته است، محمدزاده (۱۳۹۱) نشان داد، که آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود ابعاد سلامت روانی تأثیرگذار بوده و به میزان بسیار زیادی برونگرایی و دلپذیر بودن را در میان جانبازان شیمیایی ارتقاء داده است. در مطالعه‌ای دیگر شایع‌ترین اختلالات شخصیتی در مصدومین شیمیایی اضطراب و دلهره، اختلال هراس، و نگرانی بی‌دلیل و ترس مرضی از قرار گرفتن در فضاهای سربسته گزارش شده است (کاوانا^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). در خصوص تأثیرات ویژگی‌های شخصیتی بر هوش هیجانی، اختلالات روانی، پژوهش‌های متفاوتی صورت گرفته است که مؤید این مطلب است، شخصیت و ابعاد آن می‌تواند بسیاری از جوانب زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد، با توجه به این مهم، و خلاء پژوهشی در این باب، برآنیم در این پژوهش تأثیرات ابعاد شخصیتی را بر ابعاد سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار دهیم.

1. Constance, MP, David, PR
2. Kawana, N

از طرفی تجهیز جانبازان شیمیایی 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 می‌دانند، انطباق یابند و نقشی مفید در جامعه داشته باشند، همچنین با حصول نتایج این پژوهش می‌توان حساسیت و نگرانی مسوولان را در قبال سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی بیشتر کرد و سازمان‌ها و ارگان‌های ذیربط می‌توانند گام‌های موثری در جهت حفظ و ارتقای سلامت اجتماعی که در نهایت منجر به عملکرد بهتر فرد در جامعه می‌شود، بردارند و به مداخلات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مناسب دست زنند، تا در سایه سلامت اجتماعی ناهنجاری‌ها و مشکلات اجتماعی کاهش یافته و روابط در لوای تصحیح شیوه‌های رفتاری بهبود یابد.

در کشور ما کمتر پژوهشی به بررسی تأثیر ابعاد شخصیتی بر سلامت اجتماعی آن‌ها با رویکرد مددکاری بالینی به صورت مستقیم یا غیر مستقیم پرداخته است. و ضرورت آن به صورت جدی محسوس است. پس این خلاء پژوهشگران را بر این ساخت تا در این تحقیق به تأثیر ابعاد شخصیتی بر سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی بپردازند. چرا که همانطور نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد ویژگی‌های شخصیتی بر ابعاد گوناگون زندگی و سلامتی و رضایت از زندگی تأثیرگذار است، اما توجه به اثرات این ویژگی‌ها بر سلامت اجتماعی، آن‌هم در میان قشری فداکار مانند جانبازان شیمیایی، از خلاءهای پژوهش‌های پیشین است. در این پژوهش محققین برآنند که ارتباط ما بین ویژگی‌های شخصیتی و میزان سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی را تبیین کنند، به عبارتی مهمترین ویژگی‌های شخصیتی چه تأثیری بر ابعاد سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی دارند؟

مبانی نظری

اولین بار انستیتو دانشگاه فورد هام برای ابداع سیاست اجتماعی در سال ۱۹۸۷ شاخص سلامت اجتماعی را منتشر کرد (میرینگوف و میرینگوف^۱، ۱۹۹۹). در متون موجود تعریف رسمی از سلامت اجتماعی وجود ندارد ولی به طور کلی طبق تعاریف لارسون^۲ (۱۹۹۶)، فارل و مارتین^۳ (۲۰۰۵)، دورکیم^۴ (۱۹۷۴)، کییز^۵ (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی افراد را می‌توان در رابطه با عملکردشان به عنوان عضوی از اجتماع تعریف نمود. طبق این تعاریف سلامت اجتماعی به مانند صفتی از فرد در نظر گرفته شده است. واژه سلامت اجتماعی برگردان کلمه Social health است، این واژه از دو کلمه Social به معنی اجتماع و health به معنی سلامت است که بیش تر ناظر به شادی و رضایت است و بر مفاهیم مثبت از سلامت تاکید دارد (شاپیرو و کییز^۶، ۲۰۰۷). که هم چگونگی احساس مردم را در بر می‌گیرد و هم نحوه عملکرد آن‌ها را (هیوپرت^۷، ۲۰۰۶).

سازمان جهانی بهداشت در تعریفی سلامت را به عنوان حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری، تعریف می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۷۹). سلامت اجتماعی به نوعی بهداشت روانی، فردی و اجتماعی گفته می‌شود که در صورت تحقق آن شهروندان دارای انگیزه و روحیه شاد بوده و در نهایت، جامعه شاداب و سلامت خواهد بود. در واقع زندگی سالم محصول تعامل اجتماعی بین انتخاب‌های فردی از یک سو و محیط اجتماعی و اقتصادی احاطه کننده افراد از سوی دیگر است (گنگرلو، ۱۳۸۷). گلداسمیت سلامت اجتماعی را ارزیابی

1. Miringoff & Miringoff

2. Larson

3. Farell & Martin

4. Dorkhaim

5. Keyes

6. Keyes & Shapiro

7. Huppert

رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌کند و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر جامعه‌ای معرفی می‌نماید که منجر به کارایی فرد در جامعه خواهد شد (لارسون^۱، ۱۹۹۶:۲۸۵).

به طور کلی ما می‌توانیم سلامت را بر حسب دو عامل مورد بحث قرار دهیم؛ یکی واحد تحلیل که می‌تواند شخص، خانواده، اجتماع و به طور کلی جامعه باشد و دوم ترکیبی از جنبه‌هایی که شخص به آن‌ها توجه می‌کند؛ یعنی فضایی، محیطی، اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمانی و یا احساسی (پیری^۲، ۱۹۸۷:۷۰). عموماً دو رویکرد متفاوت در تعریف سلامت وجود دارد که عبارت‌اند از: ۱) رویکرد بیماری محور، این رویکرد با حضور و عدم حضور بیماری در مقوله‌های گوناگون جسمانی و روانی محدود شده است (بلانکو و دیاز^۳، ۲۰۰۷:۶۷). از این منظر سلامتی حالتی است که علائم بیماری در فرد وجود نداشته باشد. در این دیدگاه نقش عوامل تعیین‌کننده زیست محیطی، اجتماعی و روانشناختی نادیده گرفته می‌شود (راس^۴ و همکاران، ۱۹۹۹:۳۱۲). ۲) رویکرد سلامتی محور، که در آن سلامت را به عنوان حالت برخوردار از درجه بالایی از بهزیستی تعریف می‌کنند. طبق این رویکرد، در جامعه فردی سالم فرض می‌شود که درجات عالی شاخص‌های سلامت و بهزیستی را دارا باشد (بلانکو و دیاز، ۲۰۰۷:۶۸).

سلامت اجتماعی یا دست کم نبود آن یک نگرانی مهم در نظریه‌های کلاسیک جامعه‌شناسی است «از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه‌شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد. دورکیم معتقد است از جمله مزایای بالقوه زندگی عمومی، یکپارچگی و همبستگی اجتماعی است، یعنی یک احساس تعلق و

1. Larson

2. Perry & patricia

3. Blanco, A & Diaz, D

4. Ross

وابستگی، درک و آگاهی مشترک و داشتن سرنوشت جمعی. این مزایای زندگی اجتماعی یک احساس و بنیان برای تعریف جهانی و کلی از سلامت اجتماعی است (کاوینی، ۱۳۹۰). در بین الگوهایی که به تبیین سلامت می‌پردازند، الگوی کلی نگر از اهمیت خاصی برخوردار است. بر اساس این الگو سلامتی به جنبه‌های هیجانی، عقلانی، معنوی، روانی و اجتماعی فرد و همچنین روابط بین این ابعاد اشاره می‌کند (هرمون و هزلر^۱، ۱۹۹۹). ریف^۲ یک مدل از سلامت اجتماعی ارائه می‌دهد که ابعاد آن را شامل عملکرد مثبت ذهن و روان می‌داند، که مهم‌ترین این ابعاد شامل: پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، هدفمند بودن در زندگی، رشد شخصی و استقلال است (ریف، ۱۹۹۶).

لارسون و کیز با توجه به رویکرد سلامتی محور یک چارچوب مفهومی و نظری برای سلامت اجتماعی ارائه داده‌اند. از نظر لارسون^۳ (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است و در واقع شامل پاسخ‌های درونی فرد نسبت به محرک‌ها و احساسات، تفکرات و رفتارهایی است که نشانگر رضایت و عدم رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی است. سلامت اجتماعی را می‌توان با سه رویکرد تعریف شده است:

- ۱) سلامت اجتماعی به مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد.
- ۲) سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش
- ۳) سلامت اجتماعی به مثابه وضعیت اجتماعی بهتر، به طور کلی که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد (سام آرام، ۱۳۹۱: ۳۵).

1. Hermon, D & Hazler, R,J
2. Riff
3. Larson

کییز و همه صاحب‌نظرانی که سلامت اجتماعی را ذیل سلامت روان مفهوم پردازی می‌کنند، در واقع در دیدگاه نخست قرار می‌گیرند، یعنی سلامت اجتماعی را بخشی از سلامت افراد قلمداد می‌کنند که در مددکاری اجتماعی نیز مورد عنایت است و برخی سلامت اجتماعی را به عنوان خصوصیتی از جامعه و معادل با جامعه سالم مفهوم پردازی می‌کنند (سام آرام، ۱۳۹۱: ۳۸).

در خصوص مهمترین تحقیقات انجام گرفته در این باب می‌توان گفت، پژوهش‌ها حاکی از این هستند که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت اجتماعی، وضعیت تاهل (جیمز و رومانا^۱، ۲۰۰۱). تحقیقات نشان داده است، وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین سبب کاهش تمام ابعاد سلامتی می‌شود، زیرا به نظر می‌رسد زندگی با چنین وضعیتی به ادراک خود در جهت افزایش سلامتی آسیب می‌زند (کییز^۲، ۱۹۹۸: ۱۲۲). برخی تحقیقات نشان داده است که وقتی سن افزایش می‌یابد، افراد احساس خوشحالی بیشتری کرده، از زندگی خود رضایت بیشتری داشته و سلامت اجتماعی در بین آن‌ها افزایش می‌یابد (کار^۳، ۱۹۲: ۲۰۰۴). همچنین پاره‌ای از تحقیقات نشان داده‌اند که میزان سلامتی با افزایش تحصیلات رابطه مثبت دارد (کییز، ۱۹۹۸: ۱۲۷). رضانی (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان داد که سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار تا حد زیادی متأثر از ارتباطات اجتماعی آنان است. سام آرام در پژوهشی نشان داد، رابطه مستقیمی بین افزایش ناامنی اجتماعی و کاهش میزان سلامت اجتماعی در جامعه وجود دارد. همچنین امکان تحقق اهداف پلیس جامعه محور، در جامعه‌ای با افراد دارای سلامت

1. James, CA & Romana, JR
2. Keyes
3. carr

اجتماعی بالا، به دلیل سهولت مشارکت اجتماعی و افزایش اعتماد اجتماعی بیشتر است (سام آرام، ۱۳۹۱).

عبدالله تبار و دیگران (۱۳۸۷) در پژوهشی نشان دادند که، بین متغیر سلامت اجتماعی در دانشجویان با متغیر وضعیت تاهل، عضویت در انجمن‌ها و وضعیت اشتغال ارتباط معنی‌داری وجود داشت. بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) در مقاله‌ای با عنوان نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی سعی کردند تا ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی را به عنوان 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، آنان دریافتند که متغیرهای بالا ارتباط مستقیمی با سلامت اجتماعی دارند (بلانکو و دیاز^۱، ۲۰۰۷). کیکو گنانی و همکارش (۲۰۰۷) در پژوهشی سعی کردند تا به ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان جوانان دانشجوی ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی بپردازند، و نهایتاً دریافتند که درک از اجتماع با میزان سلامت اجتماعی رابطه مستقیمی دارد (کیکوگنانی و پیرینی^۲، ۲۰۰۷: ۹۷). لاروچ در سال ۱۹۹۸ مطالعه‌ای مقایسه‌ای را با عنوان سلامت اجتماعی روی ۱۵۱ دانشجوی زن و مرد در بوستون انجام داد. هدف مطالعه تعیین ارتباط بین وضعیت سلامت اجتماعی، جنسیت، متوسط نمره تحصیلی و تعیین کننده‌های اصلی مرتبط و غیرمرتبط در سلامت با سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت آن‌ها بود. زنان دانشجوی به نحو معنی‌داری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسوولیت پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت رفتار بهتری از مردان داشتند (مامورت و ویلکسون^۳، ۱۳۸۷: ۳۹).

-
1. Blanco, A & Diaz, D
 2. Cicognani & Pirini
 3. Mamorrt & wilkson

چارچوب نظری

تحقیق حاضر تلفیقی از آراء کیز و تئوری پنج عامل بزرگ شخصیت (BFI)، نئو^۱ می‌باشد. در باب سلامت اجتماعی می‌توان گفت که کار کیز از یک اصل جامعه شناختی و روانشناختی نشات می‌گیرد. طبق نظر کیز سلامت اجتماعی ترکیبی از چند عامل است که در مجموع نشان می‌دهند که چقدر یک شخص در زندگی اجتماعی اش مثلاً به عنوان همسایه، همکار و شهروند عملکرد خوبی دارد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴: ۵). کیز نیز مثل محققان پیش تر گفته معتقد است سلامت روانی، کیفیت زندگی، و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی و هیجانی، و شامل تکلیف و چالش‌های اجتماعی است (اوستن و جیکوب، ۲۰۰۵، به نقل از سام آرام، ۱۳۹۱: ۳۶). کیز معتقد است بهزیستی یک اساس و بنیاد اجتماعی دارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی را ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه تعریف می‌کند (چالانگان^۲، ۲۰۰۸: ۲). در واقع مدل چند وجهی کیز از سلامت اجتماعی که بعنوان چارچوب نظری در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته، شامل پنج جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی شان معلوم می‌کند. این پنج عنصر عبارتند از:

- یکپارچگی اجتماعی: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه.
- مشارکت اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از ارزش اجتماعی خود است.
- پذیرش اجتماعی: بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است.

1. Neo
2. Challaghan

- شکوفایی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از مسیر حرکت جامعه و پتانسیل‌های آن است.

- پیوستگی اجتماعی: بیانگر ارزیابی فرد از کیفیت، سازمان بندی و طرز کار جهان اجتماعی است (شاپیرو و کییز، ۲۰۰۷).

در سه ربع اول قرن حاضر درباره شخصیت نظریه‌های گوناگونی مطرح شده است، به طوری که تعاریف متفاوتی برای شخصیت ارائه شده است که ناشی از گوناگونی این نظریه‌هاست، که صاحبانشان نظرات متفاوتی از چگونگی تشکیل و تحول شخصیت و مفاهیم انگیزشی رفتار آدمی دارند. نظریه‌های مربوط به شخصیت هر چند که باهم فرق دارند، در مواردی و در اصولی نزدیک به یکدیگرند و تا حدی همانند هستند. از این رو چنین به نظر می‌رسد که می‌توان آنها را با توجه عامل یا عواملی که در هر کدام مهمتر از عوامل دیگر پنداشته شده‌اند، طبقه بندی کرد. ولی لازم است خاطرنشان سازیم که هیچ طبقه بندی، به خصوص در مورد نظریه‌های مربوط به شخصیت، نمی‌تواند خالی از عیب و نقص باشد و قطعی محسوب شود (نوری، ۱۳۹۰). در نتیجه اختلاف آراء صاحب نظران شخصیتی، یک نظریه جدید ویژگی‌های شخصیت به نام نظریه پنج عامل شخصیت (BFI) شکل گرفت که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مدل پنج عامل شخصیت نشانگر پنج ویژگی اصلی است که در تعامل با یکدیگر، شخصیت انسان را شکل می‌دهند. با وجودی که پژوهشگران غالباً با یکدیگر بر روی نامگذاری دقیق این ابعاد اختلاف نظر دارند اما نام‌های زیر بیشتر متداول است: برون گرایی، انعطاف پذیری، وظیفه شناسی (با وجدان بودن)، دلبذیر بودن، روان نژندگرایی (فرزین راد و همکاران، ۱۳۸۷).

روش تحقیق

در این تحقیق بر اساس موضوع و اهداف آن، روش تحقیق از نوع پیمایش و تکنیک گردآوری اطلاعات مورد نیاز پرسشنامه می باشد. جامعه مورد بررسی در این تحقیق جانبازان شیمیایی شهرستان سردشت می باشد. نمونه آماری تحقیق شامل کلیه جانبازان شیمیایی شهرستان سردشت می باشد که ۴۱۶ نفر می باشند و از روش تمام شماری استفاده شده است. از میان پرسشنامه های گردآوری شده ۱۶ مورد به علت عدم اطلاعات صحیح حذف و تعداد ۴۰۰ مورد تجزیه و تحلیل گردیدند. یافته های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی به وسیله نرم افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و با توجه به سطح سنجش متغیرها از آزمون های T-test، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین برای بررسی تأثیر همزمان ویژگی های شخصیتی بر سلامت اجتماعی از معادلات رگرسیونی (همزمان و گام به گام) استفاده گردید.

متغیر ملاک این تحقیق سلامت اجتماعی است که بر اساس تئوری کیز پنج بعد یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی را در بر می گیرد، و متغیر پیش بین ویژگی های شخصیتی (نئو) می باشد. در این پژوهش برای دستیابی به اهداف پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز که شامل ۳۳ گویه بوده و ۵ زیر مقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی را مورد بررسی قرار می دهد. نمره گذاری سوالات به صورت ۵ گزینه ای در مقیاس لیکرت می باشد. باباپور و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز از همسانی درونی استفاده نموده و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ درصد بود که نشان می دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. همچنین برای ارزیابی ویژگی های شخصیتی، پرسشنامه شخصیتی نئو، که پنج ویژگی شخصیتی (روان آزوده گرایی، برون گرایی، انعطاف پذیری،

موافق بودن و با وجدان بودن) افراد را مورد سنجش قرار می‌دهد مورد استفاده قرار گرفت. نتایج بررسی اعتبار (پیش‌آزمون در بین جانبازان شیمیایی) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ درصد بود.

یافته‌ها

آمار توصیفی بیانگر آن است که میانگین سن افراد نمونه تحقیق، ۴۶/۳۰ سال می‌باشد. واریانس مورد نظر ۳۲/۷۲ می‌باشد و انحراف معیار آن ۵/۷ می‌باشد. ضمن این که بیشترین فراوانی را سن ۴۷ دارد و میانه توزیع سن ۴۶ سال می‌باشد. بر اساس یافته‌های پژوهش مشخص شد که ۴۴ درصد از پاسخگویان زن و ۶۶ درصد مرد هستند، همچنین ۱۶/۷۵ درصد مجرد و ۸۳/۲۵ درصد متأهل بودند. همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین میزان سلامت اجتماعی جانبازان ۸۶/۴۹ می‌باشد که با توجه به دامنه نمرات (۵۴ تا ۱۴۲) در سطح متوسط به پایین می‌باشد. بررسی ابعاد پنجگانه سلامت اجتماعی جانبازان در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین یکپارچگی اجتماعی در سطح پایین بوده (میانگین ۱۵/۸۷، دامنه نمرات ۳۵-۹) و میزان پذیرش اجتماعی جانبازان نیز در سطح متوسط می‌باشد (میانگین ۱۷/۴، دامنه نمرات ۳۰-۷). در حالی که میزان مشارکت اجتماعی در حد بالایی است (میانگین ۲۲/۱، دامنه نمرات ۳۰-۷)، میزان شکوفایی اجتماعی نیز با توجه به میانگین ۲۰/۹۴ و دامنه نمرات (۳۴-۷) در سطح متوسط است، همچنین میزان پیوستگی اجتماعی جانبازان (۲۲-۷) در سطح پایینی است (میانگین ۱۰/۱۸).

جدول ۱- توصیف متغیر سلامت اجتماعی (متغیر ملاک)

سلامت اجتماعی	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	تعداد
پذیرش اجتماعی	۱۷/۴۰	۶/۳۱	۷	۳۰	۴۰۰
شکوفایی اجتماعی	۲۰/۹۴	۵/۷۲	۷	۳۴	۴۰۰
مشارکت اجتماعی	۲۲/۱۰	۴/۲۲	۷	۳۰	۴۰۰

۴۰۰	۲۲	۷	۵/۱۰	۱۴/۷۰	پیوستگی اجتماعی
۴۰۰	۳۵	۹	۷/۰۱	۲۲/۸۷	یکپارچگی اجتماعی
۴۰۰	۱۴۲	۵۴	۴/۹۳	۹۹/۲۸	سلامت اجتماعی کل

همچنین یافته‌های توصیفی حاکی از آنست که جانبازان با تحصیلات لیسانس و بالاتر از بیشترین میزان سلامت اجتماعی برخوردارند. آنچه در اینجا اهمیت ویژه‌ای دارد روند صعودی میزان سلامت اجتماعی همراه با افزایش تحصیلات است. همچنین این روند صعودی را در مورد متغیر سن نیز صدق می‌کند، به طوری که افراد سالمند در مقایسه با افراد ۳۵ تا ۳۵ ساله از سلامت اجتماعی بیشتری برخوردارند. همچنین گفتنی است که افراد با درآمدهای گوناگون از لحاظ میزان سلامت اجتماعی تقریباً در سطح یکسانی هستند. همچنین یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که جانبازان شیمیایی از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی، با توجه به میانگین‌ها در بعد روان نژندگرایی (۱۷/۶۱) در پایین‌ترین سطح و در بعد با وجدان بودن (۳۴/۳۲) در بالاترین سطح قرار گرفته‌اند.

جدول ۲- توصیف متغیر ویژگی‌های شخصیتی (متغیر پیش بین)

تعداد	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	ویژگی‌های شخصیت
۴۰۰	۴۴	۴	۶/۳۱	۲۹/۷۸	برون گرایی
۴۰۰	۴۸	۲	۷/۳۲	۳۴/۳۲	با وجدان بودن
۴۰۰	۴۶	۱۵	۵/۱۶	۳۱/۱۲	انعطاف پذیری
۴۰۰	۴۵	۱۳	۵/۹۸	۲۸/۳۵	دلپذیر بودن
۴۰۰	۴۶	۱	۸/۳۰	۱۷/۶۱	روان نژندگرایی

بررسی تأثیر ویژگی‌های شخصیتی بر میزان ... ۵۷

در این قسمت از پژوهش به بررسی استنباطی می‌پردازیم، به طوری که ارتباط ما بین متغیرهای زمینه‌ای (سن، جنس، وضع تاهل، تحصیلات، و درآمد) با متغیر ملاک پژوهش (سلامت اجتماعی) و همچنین ویژگی‌های شخصیتی با سلامت اجتماعی می‌پردازیم.

جدول ۳- توصیف و تبیین متغیر سلامت اجتماعی (ملاک) با متغیرهای زمینه‌ای

متغیر ملاک	متغیر زمینه‌ای	اختلاف میانگین	مقدار t	sig
سلامت اجتماعی	جنسیت	۴/۲۱	۰/۵۶۱	۰/۰۱۱
متغیر ملاک	متغیر زمینه‌ای	اختلاف میانگین	مقدار t	sig
سلامت اجتماعی	وضع تاهل	۱۰/۴۱	۲/۱۰۷ -	۰/۰۳
متغیر ملاک	متغیر زمینه‌ای	میانگین	پیرسون	sig
سلامت اجتماعی	سن	۴۷/۱۲	۰/۱۹	۰/۰۰۱
	درآمد	۷۰۰ هزار	۰/۰۶۷	۰/۶۱۲
	تحصیلات	(ضریب دی‌سامرز)	۰/۱۷	۰/۰۳

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ما بین جنس جانبازان شیمیایی و سلامت اجتماعی کل رابطه معناداری وجود دارد ($t=۰/۵۶۱$, $sig=۰/۰۱۱$). به صورتی که مردان در مقایسه با زنان سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. آنچه که مورد توجه است این بود، که در دو بعد سلامت اجتماعی (یکپارچگی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی) با جنس رابطه معنی‌دار مشاهده نشد، و زنان و مردان در ارزیابی از کیفیت و سازماندهی جهان اجتماعی و ارزیابی از کیفیت روابط اجتماعی در جامعه تفاوت معنی‌داری نداشتند. همچنین ما بین وضع تاهل و سلامت اجتماعی تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید ($t=-۲/۱۰۷$, $sig=۰/۰۳$). به صورتی که افراد متأهل در مقایسه با مجردین نمرات سلامت اجتماعی بیشتری را کسب کردند، و این تفاوت به ترتیب

فقط در دو بعد پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی مشاهده گردید ($t=-2/72$, $sig=0/02$) و ($t=-2/13$, $sig=0/03$). و در سایر ابعاد افراد متاهل و مجرد تفاوتی با هم نداشتند. همان طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، ما بین سن و سلامت اجتماعی نیز رابطه معنی‌داری مشاهده می‌شود ($r=0/191$, $sig=0/001$). به صورتی که افراد به تناسب اینکه سن آنها افزایش می‌یابد، سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین وضعیت درآمد بر سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی تأثیری ندارد، و افراد با درآمدهای متفاوت در وضعیت یکسانی به سر می‌برند ($t=0/067$, $sig=0/612$). همچنین ما بین تحصیلات با سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی رابطه معنی‌داری وجود دارد (آزمون دی‌سامرز) ($sig=0/03$, $t=0/17$). به صورتی که هر چه میزان تحصیلات افزایش یابد، سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. و این نشان می‌دهد که تحصیلات عاملی جهت افزایش آگاهی و سرمایه اجتماعی است، و این نیز به نوبه خود طرز فکر فرد درباره جهان اجتماعی، مشارکت در جامعه را تغییر می‌دهد، و این عوامل نیز بر پذیرش اجتماعی، و مشارکت فرد در جامعه و یکپارچگی و پیوستگی افراد در جامعه تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر از نوع تحقیقات همبستگی می‌باشد، پس جهت بررسی ارتباط ارتباط بین متغیرها، به این دلیل که در سطح فاصله‌ای اندازه‌گیری شده‌اند از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است، که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- ضریب همبستگی پیرسون مابین ویژگی‌های شخصیتی (متغیر پیش بین) با

سلامت اجتماعی (متغیر ملاک)

متغیر وابسته	برون گرایی	انعطاف پذیری	با وجدان بودن	دلپذیر بودن	روان نژدگرایی
سلامت اجتماعی	$r=0/288$ $sig=0/000$	$r=0/147$ $sig=0/001$	$r=0/156$ $sig=0/000$	$r=0/146$ $sig=0/002$	$r=0/172$ $sig=0/021$
پذیرش اجتماعی	$r=0/421$ $sig=0/000$	$r=0/142$ $sig=0/001$	$r=0/189$ $sig=0/004$	$r=0/172$ $sig=0/001$	$r=0/056$ $sig=0/083$
مشارکت اجتماعی	$r=0/311$	$r=0/219$	$r=0/110$	$r=0/128$	$r=0/045$

sig = ۰/۹۸۲	sig = ۰/۰۰۴	sig = ۰/۰۱۲	sig = ۰/۰۰۰	sig = ۰/۰۰۲	
r = ۰/۰۸۳	r = ۰/۱۳۶	r = ۰/۲۱۵	r = ۰/۱۹۶	r = ۰/۳۴۱	شکوفایی اجتماعی
sig = ۰/۰۷۸۹	sig = ۰/۰۰۱	sig = ۰/۰۰۱	sig = ۰/۰۰۲	sig = ۰/۰۰۰	
r = ۰/۰۹۱	r = ۰/۰۴۵	r = ۰/۱۲۴	r = ۰/۰۵۱	r = ۰/۲۰۷	پیوستگی اجتماعی
sig = ۰/۰۶۲۳	sig = ۰/۱۲۰	sig = ۰/۰۰۲	sig = ۰/۰۶۴۱	sig = ۰/۰۰۲	
r = ۰/۰۷۹	r = ۰/۰۸۹	r = ۰/۱۰۱	r = ۰/۲۰۱	r = ۰/۱۷	یکپارچگی اجتماعی
sig = ۰/۰۷۲۱	sig = ۰/۲۰۸	sig = ۰/۰۲۹	sig = ۰/۰۰۳	sig = ۰/۰۰۰	

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد ویژگی‌های شخصیتی شامل برون‌گرایی با مقدار ضریب ۰/۲۸ و انعطاف‌پذیری با مقدار ضریب ۰/۱۴۷ و ویژگی با وجدان بودن با ضریب ۰/۱۵۶ و نیز بعد دل‌پذیری شخصیت با ضریب ۰/۱۴۶ با سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی دارای همبستگی مثبت است، اما همبستگی بعد روان‌نژندگرایی با سلامت اجتماعی در این پژوهش تایید نشد. در ارتباط بین ابعاد سلامت اجتماعی با ویژگی‌های شخصیتی همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد بعد پذیرش اجتماعی با ضریب (r=۰/۴۲) بیشترین همبستگی را با بعد برون‌گرایی دارد، همچنین بعد مشارکت اجتماعی با انعطاف‌پذیری بیشترین همبستگی را دارد (r=۰/۲۱) و بعد شکوفایی اجتماعی با ویژگی با وجدان بودن بیشترین همبستگی (r=۰/۲۱۵) را دارد. در حالی که بعد دل‌پذیری با بعد پذیرش اجتماعی بیشترین همبستگی را دارد (r=۰/۱۷۲). همچنین ابعاد پیوستگی و یکپارچگی اجتماعی با دل‌پذیر بودن همبستگی معنی‌داری ندارند، همچنین مشاهده می‌شود که ویژگی روان‌نژندگرایی با هیچ‌کدام از ابعاد سلامت اجتماعی همبستگی معنی‌داری ندارد. در این پژوهش برای تعیین اثر متغیرهای پیش‌بین از روش رگرسیون چند متغیره جبری (همزمان) استفاده شده است.

جدول ۵- تحلیل رگرسیون چند متغیره تأثیر متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

همبستگی چند گانه	ضریب تعیین (R ²)	ضریب تعیین تعدیل یافته	F آزمون	sig
۰/۴۸	۰/۳۴	۰/۳۵	۸۵/۴۶	۰/۰۰۱

با نگاهی به جدول ۶ متوجه می‌شویم که متغیرهای پیش بین (ویژگی‌های شخصیتی) این تحقیق تا ۳۴ درصد تغییرات متغیر ملاک یعنی سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند، و ۶۶ درصد باقیمانده متعلق به عوامل دیگری می‌باشد، که خارج از این بررسی هستند. داده‌های جدول نشان می‌دهد که ضریب همبستگی چند گانه معادل ۰/۴۸ محاسبه شده است، که بیانگر این مطلب است که متغیرهای پیش بین (ویژگی‌های شخصیتی) این تحقیق به طور همزمان ۰/۴۸ با سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی همبستگی دارند و در نهایت به منظور این که تبیین کنیم که کدام یک از ویژگی‌های شخصیتی (روان‌آزرده‌گرایی، برون‌گرایی، انعطاف پذیری، موافق‌بودن و با وجدان بودن) نقش تعیین کننده تری در پیش بینی میزان سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی دارد، از روش رگرسیون گام به گام استفاده شده است. بعد روان نژند گرایی به علت عدم همبستگی و عدم پیش بینی در جدول رگرسیونی نیامده است.

جدول ۶- ضرایب تاثیر مدل تبیین کننده متغیرهای وارد شده

Correlations			sig	T	Beta	B	متغیر
Part	Partial	Zero-order					
۰/۲۱	۰/۳۵	۰/۳۹	۰/۰۱	۴/۳۷	۰/۳۲۵	۸/۹۱	برون گرایی
۰/۱۸	۰/۲۰	۰/۴۳	۰/۰۱	۳/۶۷	۰/۲۴۲	۷/۸۴	با وجدان بودن
				-			
۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۰۱	۲/۹۹	۰/۱۵۲	۰/۲۳	انعطاف پذیری
۰/۶۴	۰/۶۸	۰/۷۴	۰/۰۱	۳/۳۰	۰/۱۲۷	۰/۶۷	دلپذیر بودن

در جدول معادله رگرسیونی اهمیت نسبی هر متغیر در توضیح تغییرات متغیر ملاک با مشاهده مقدار ضرایب یا وزن‌های رگرسیونی به دست آمده، که نشان می‌دهد؛ ویژگی برون گرایی با ضریب تأثیر رگرسیونی ۰/۳۲ قوی‌ترین پیش‌بینی کننده سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی می‌باشد. همچنین ضریب همبستگی تفکیکی بین متغیر برون گرایی با سلامت اجتماعی بدون کنترل سایر متغیرهای پیش بین (۰/۵۱) بوده است اما پس از کنترل سایر متغیرهای پیش بین به (۰/۴۲) کاهش یافته است. در رتبه دوم، متغیر با وجدان بودن با ضریب

۰/۲۴ می‌باشد که نسبت به دو ویژگی انعطاف‌پذیری و دلپذیر بودن قدرت پیش‌بینی بیشتری دارد. که همبستگی تفکیکی بین متغیر با وجدان بودن با سلامت اجتماعی بدون کنترل سایر متغیرهای پیش بین تحقیق (۰/۴۷) بوده است، که پس از کنترل سایر متغیرهای پیش بین به (۰/۲۰) کاهش یافته است. در رتبه سوم متغیر انعطاف‌پذیری قرار دارد، که با ضریب استاندارد رگرسیونی ۰/۱۵ نسبت به ویژگی دلپذیر بودن دارای قدرت تبیین بیشتری می‌باشد. که همبستگی تفکیکی بین ویژگی انعطاف‌پذیری با سلامت اجتماعی بدون کنترل سایر متغیرهای پیش بین تحقیق (۰/۱۹) بوده است که پس از کنترل سایر متغیرهای پیش بین به (۰/۱۱) کاهش یافته است. و در نهایت ویژگی دلپذیر بودن قرار گرفت که در حدود ۱۲ درصد تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی می‌کند

بحث و نتیجه‌گیری

ویژگی‌های شخصیتی تأثیری عمیق بر ابعاد زندگی هر فردی دارد، به طوری که ابعاد اجتماعی، جسمانی و روانی هر انسانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه حاضر به بررسی ارتباط بین مهمترین ویژگی‌های شخصیتی (روان‌آزرده‌گرایی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیر بودن و با وجدان بودن) با سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی شهرستان سردشت پرداخت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی با میانگین ۹۹/۲۸ در سطح متوسطی است. همچنین نتایج نشان داد که متغیرهای سن، تاهل، جنسیت، و تحصیلات با سلامت اجتماعی جانبازان رابطه معنی‌داری داشتند، به طوری که هرچه تحصیلات افراد بیشتر باشد، متقابلاً سلامت اجتماعی بالاتری را تجربه می‌کنند، که با نتایج تحقیقات کییز (۱۹۹۸) همخوانی دارد، بدیهی است که تحصیلات ارتباط مستقیمی با افزایش آگاهی و سرمایه اجتماعی دارد، که خود این عامل نیز به نوبه خود موجب مشارکت اجتماعی و افزایش دیگر شاخص‌های سلامت اجتماعی است.

همچنین افراد به تناسب این که سنشان بالا می‌رود سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. کار (۲۰۰۴) دریافت که سن رابطه مستقیمی با افزایش سلامت اجتماعی دارد. تجارب فرد در طول زندگی و انباشت معرفت موجب افزایش شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌شود. در این تحقیق افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد سلامت اجتماعی بیشتری داشتند، که با نتایج تحقیقات مونک و محمود (۱۹۹۹) همخوانی دارد. خانواده و حمایت اجتماعی همسر و فرزندان سپری قوی در مقابله با مشکلات می‌باشد، که مجموعه این عوامل بر ابعاد سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی تأثیر گذار است. همچنین نتایج نشان داد که جنس با سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی رابطه معنی داری دارد، به طوری که مردان در مقایسه با زنان سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. که در جامعه مرد سارالانه کردستان، با مشارکت و درگیری بیشتر مردان در امور روزانه و نیز پذیرش اجتماعی آنان در امور کاری و نیز سطح سواد بیشتر مردان طبیعی به نظر می‌رسد. نتایج نشان داد که جانبازان شیمیایی از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی در بعد برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری و با وجدان بودن میانگین بالاتری نسبت به دو بعد روان‌نژندگرایی و دلبذیر بودن داشتند.

در تبیین متغیر پیش‌بین (ویژگی‌های شخصیتی) با متغیر ملاک (سلامت اجتماعی) نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، با وجدان بودن و دلبذیر بودن با سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. که تحقیقات بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) نیز از آن پشتیبانی می‌کند. آنان دریافتند که ویژگی‌های شخصیتی تأثیری مستقیم بر میزان سلامت اجتماعی افراد دارد. در این تحقیق نیز به طوری که هرچه جانبازان شیمیایی نمرات بالاتری در این شاخص‌ها کسب کنند متقابلاً سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. اما بعد روان‌نژندگرایی با سلامت اجتماعی همبستگی ندارد و در تبیین سلامت اجتماعی در این پژوهش بی‌تأثیر است. همچنین ویژگی‌های شخصیتی (روان‌آزرده‌گرایی، برون‌گرایی،

انعطاف‌پذیری، موافق بودن و باوجدان‌بودن) با ابعاد مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی همبستگی معنی داری داشتند.

همچنین ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و باوجدان بودن با پیوستگی اجتماعی همبستگی معنی داری داشتند، اما ویژگی‌های انعطاف‌پذیری و دلپذیر بودن و روان‌نژندگرایی با پیوستگی اجتماعی همبستگی معنی داری نداشتند. همچنین ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری و باوجدان بودن با یکپارچگی اجتماعی همبستگی معنی داری داشتند. نتایج رگرسیون همزمان نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی در این تحقیق تا ۳۴ درصد تغییرات متغیر ملاک یعنی سلامت اجتماعی جانبازان را پیش‌بینی می‌کند. و ۶۶ درصد باقیمانده متعلق به عوامل دیگری بودند که خارج از این بررسی بودند. ویژگی‌های شخصیتی در کل ۴۸ درصد با سلامت اجتماعی همبستگی داشتند. در پایان نتایج رگرسیونی گام به گام نشان داد که در گام اول متغیر برون‌گرایی با ضریب تأثیر رگرسیونی ۰/۳۲ و در گام دوم متغیر باوجدان بودن با ضریب ۰/۲۴ قدرت بیشتری در پیش‌بینی سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی داشتند، و در گام‌های سوم و چهارم متغیرهای انعطاف‌پذیری با ضریب ۰/۱۵ و دلپذیر بودن با ضریب ۰/۱۲ قرار داشتند.

در پایان می‌توان گفت که چارچوب نظری کیز در باب سلامت اجتماعی در این پژوهش مورد تایید قرار گرفت و ویژگی‌های شخصیتی نیز تبیین‌کننده ابعاد سلامت اجتماعی بوده، به صورتی که جانبازانی که در خرده‌مقیاس‌های برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری و باوجدان بودن و دلپذیری نمرات بالایی را کسب کرده بودند، طبیعتاً میزان سلامت اجتماعی بیشتری را از خود نشان دادند، همچنین به تبع آن این افراد به لحاظ مشارکت اجتماعی بیشتر با جامعه خود مشارکت اجتماعی داشتند، و همچنین ارزیابی مثبتی از خود و جامعه داشتند، و جهان‌اطراف را مثبت ارزیابی کرده و آن را قابل فهم و منطقی پیش‌بینی می‌کردند. همچنین این افراد اجتماع را به صورت یک کلیت در نظر گرفته و از ارزش اجتماعی خود و جامعه‌شان آگاه بودند، و به صورت مثبت با محیط

اجتماعی خود در کنش متقابل بودند. که بیانگر این است جانبازان از شان اجتماعی خود آگاه بوده و در ازای فداکاری‌های انجام داده برای میهن خود ابراز خرسندی داشتند. پس نتایج این پژوهش به طور شفاف با چارچوب نظری در ارتباط می‌باشد، به صورتی که ویژگی‌های شخصیتی به عنوان یک متغیر پیش بین تا ۳۴ درصد تغییرات متغیر ملاک یعنی سلامت اجتماعی را پیش بینی می‌کنند، و ۶۶ درصد باقیمانده متعلق به عوامل دیگری می‌باشد، که خارج از این بررسی هستند. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چند گانه معادل ۰/۴۸ محاسبه شده است، که بیانگر این مطلب است که متغیرهای پیش بین (ویژگی‌های شخصیتی) این تحقیق به طور همزمان ۰/۴۸ با سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی همبستگی دارند.

پیشنهادات کاربردی را می‌توان به این صورت مطرح نمود که مددکاران اجتماعی می‌توانند با ارائه مشاوره فردی و بالینی در مراکز بنیاد شهید و ایثارگران، در جهت حل مشکلات خانوادگی و اجتماعی و فردی جانبازان گام بردارند، و ابعاد مثبت شخصیتی آنان را تقویت نمایند، تا زمینه خود اتکایی و توانمندی آنان را مهیا سازند، و به دنبال آن سلامت اجتماعی آنان افزایش یابد. همچنین شرایط استفاده و مشارکت آنان را در ارائه خدمات و استفاده از امکانات به توجه به اصول و ارزشهای مددکاری اجتماعی تسهیل سازند و رعایت ارزش حرمت مقام انسان و اصل فردیت و توجه به ویژگی‌های فردی را در ارائه خدمات مراعات نمایند تا زمینه‌های توانمند سازی جانبازان فراهم آید، همچنین تاسیس واحد مشاوره و مددکاری اجتماعی در مراکز بنیاد شهید و ایثارگران جهت ارائه خدمات به این قشر، همچنین کارآفرینی و ایجاد اشتغال در منزل برای جانبازانی قادر به رفت و آمد زیاد نمی‌باشند، از جمله پیشنهادات کاربردی می‌باشد. در پایان با توجه به نتایج بدست آمده مهمترین پیشنهادات نظری در حوزه سیاست‌گذاری‌های اجتماعی، جهت افزایش سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی ارائه می‌گردد:

- ۱) اتخاذ تدابیر اجتماعی و اقتصادی و برنامه ریزی‌های رفاهی در حوزه تقویت رضایت از زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی جانبازان شیمیایی در مراکز بنیاد شهید و امور ایثارگران.
- ۲) ایجاد و توسعه برنامه‌های توانمند سازی مددکار محور جهت استقلال فردی و تقویت خود باوری در جانبازان شیمیایی.
- ۳) توسعه اشتغال و ایمن سازی و فراهم کردن شرایط مناسب محیط‌های کاری و مشارکت هر چه بیشتر جانبازان شیمیایی در جامعه جهت افزایش سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی آنان با مشارکت بخش خصوصی.
- ۴) توسعه و ایجاد برنامه‌های بهداشتی مناسب برای جانبازان شیمیایی و رسیدگی بیشتر به وضعیت ابعاد سلامت جانبازان و خانواده‌هایشان با همکاری مراکز بهزیستی و توانبخشی.

منابع

- آشتیانی، علی و همکاران. (۱۳۸۶)، بررسی علائم روانشناختی و عزت نفس در جانبازان شیمیایی سردشت، *فصلنامه طب نظامی*، شماره ۵.
- تولایی، سید عباس. (۱۳۸۱)، بررسی سلامت روانی مجروحین شیمیایی سردشت، *فصلنامه پایش*، شماره ۲۲ تولایی، سید عباس. (۱۳۸۴)، ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان بیماران کلیوی، *مجله روانشناسی*، سال نهم، شماره ۴.
- جوادی، مرتضی. (۱۳۸۳)، شناسنامه سلامت جانبازان شیمیایی، *مجموعه مقالات اولین کنگره بررسی پیامدهای کاربرد سلاحهای شیمیایی*، تهران، دهم تیر ماه.
- حقدادی، غلام، پرچمی، مریم. (۱۳۷۲)، بررسی مقایسه‌ای جانبازان با علائم سایکولوژیک بین دو گروه شیمیایی و غیر شیمیایی، *مجموعه مقالات همایش بررسی عوارض روانی ناشی از جنگ*، تهران: موسسه چاپ و نشر بنیاد.

- سام آرام، عزت الله. (۱۳۹۱)، *نظریه‌های مددکاری اجتماعی*، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- فرزین راد، بنفشه؛ اصغر نژاد، علی؛ حبیبی، مجتبی. (۱۳۸۸)، مفایسه راهبردهای مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی در بین دانشجویان افسرده و غیر افسرده، *مجله علوم رفتاری*، دوره ۴، شماره ۱.
- کاویانی، نسترن. (۱۳۹۰)، بررسی رابطه سلامت اجتماعی و سرمایه اجتماعی دانشجویان، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه شاهد.
- کرمی، غلامرضا، امیری، ماندانا، عاملی، جواد، کچویی، حسین. (۱۳۸۵)، بررسی وضعیت سلامت روانی جانبازان شیمیایی ناشی از گاز خردل، *فصلنامه طب نظامی*، شماره ۷.
- گنگرلو، مریم. (۱۳۸۷)، سنجش میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی.
- مامورت، مایکل، ویلکسون، ریچارد. (۱۳۸۷)، مولفه‌های سلامت اجتماعی، ترجمه علی منتظری، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- محمدزاده، عبدالله. (۱۳۹۱)، اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر سلامت روان جانبازان شیمیایی شهرستان سردشت، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه علامه طباطبائی.
- محمدی، مهدی، نوری، علی. (۱۳۷۲)، بررسی اختلالات شایع روانی در مجروحین شیمیایی، *مجموعه مقالات همایش بررسی عوارض روانی ناشی از جنگ*، تهران: موسسه چاپ و نشر بنیاد.
- موسوی، بتول؛ منتظری، علی؛ سروش، محمد رضا. (۱۳۸۶)، کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به ضایعه نخاعی، *مجله پایش*، شماره ۱۳.

- نعمت زاده، کاظم، درتاج، فریبرز، حسن زاده، علی. (۱۳۸۵)، احساس ذهنی سلامتی و عوامل جمعیتی آن در دانشجویان کرمان، *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت و روان دانشجویان*، انتشارت رشد.

- وفایی، بهرام. (۱۳۸۲)، بررسی میزان شیوع و شدت افسردگی در جانبازان شیمیایی جنگ تحمیلی در تبریز، *مجله طب نظامی*، شماره ۱۱.

- Ambler, V. M. (2006). Who Flourishes in College? Using Positive Psychology and Student Involvement Theory to Explore Mental Health among Traditionally Aged Under Graduates, In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. A Dissertation Presented to the Faculty of the School Education the College of William and Mary, *Psychological Inquiry*, 6 (1), pp: 75-80.
- Blanco, Amalio & Diaz. Dario. (2007). Social order and mental health: a social well-being approach, Autonomy university of Madrid, *psychology in Spain*, vol.11 (5), pp: 117-131.
- Callaghan, Lisa. (2008). Social Well-Being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature, personal social service research unit, established at the university of Kent an Canterbury, www.ukc.ac.uk/PSSRU.
- Carr, A . (2004). Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths (1st edition), *Published by New York: Brunner-Routledge*, pp:192-193.
- Cicognani, Elvira & Pirini, Claudia. (2007). Social Participation, Sense of Community and Social Well Being: A Study on American, University Students, *Springer Science Business Media B.V*, vol.16 (9), pp: 97-112.

- Constance, MP & David, PR. (2001). Veterans at risk: Relationship of Mustard agents Lewisite exposure to Psychological dysfunction, edited by Committee on the survey of health effects of Mustard Gas and Lewisite, *Institute of Medicine. Washington DC*, pp: 199-215.
- Deneve, K & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality trait & subjective, *well-being psychological, bulition*, vol.124 (17), pp:197-219.
- Hashemian, F. Khoshnood, K. Desai, M. Falahati, F. Kasl, S. (2006). Anxiety, Depression, and Posttraumatic Stress in Iranian Survivors of Chemical Warfare. *JAMA*, vol.296 (5), pp: 560-66.
- Hayes, N & Joseph, S. (2002). big five correlates of 3 measures of subjective well-being. *Personality & individual differences*. Vol.33 (9), pp:1325-1342.
- Henderie, H. C. Albert, M. S. Butters, M. Gao, S. Knopman, D. S. Launer, L. et al. (2006). The NIH cognitive and emotional health project: Report of the critiquevaluation study committee Alzheimer & Dementia, *Developmental Psychology*, vol.10 (3), pp:12-32.
- Hermon, D. A, Hazler, R.J. (1999). Adherence to a Wellness Model and Perceptions of Psychological Well Being, *Journal of Counseling and Development*, vol.77 (3) pp:339-343.
- Huppert, Felicia & Marks, nic & clark, Andrew &etal. (2006). personal and social well-being module for the European social survey, *A thesis submitted to the faculty of San Francisco State University*.
- James, C. A & Romana, J. R. (2001). Psychological casualties resulting from chemical and biological weapons. *J Military Medicine*, vol.10 (6), pp:482-488.

- Katschnig, H & Krautgartner, M. (2002). Quality of life: A new dimension in Mental Health Care, *Psychiatry in society*, vol.17 (9), pp:171-85.
- Kawana, N & Ishimatsu, S & Kanda, K. (2001). Psycho- Physiological effects of the Terrorist Sarin attack on the Tokyo Subway system. *J Military Medicine*, vol.23 (11), pp:166-178.
- Keyes, C .L .M & Shapiro, Adam. (2004). social well-being in the United States: *A Descriptive Epidemiology*.
- Keyes, C .L .M. (1998). Social Well-being, *Social Psychology Quarterly*, vol. 61 (21), pp: 121-141.
- Keyes, C .L .M. (2006). Mental health in adolescents: is Americas youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 76, pp: 395-402.
- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization definition of health: Social versus spiritual health, *Social Indicators Research*, vol.38 (13), pp:181-192.
- Miringof, Marc & Miringof, Marque-Luisa. (1999). The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing, *Oxford, London*.
- Monk, E. M. & Mahmood, Z. (1999). Student mental health: A pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, vol.12 (2), p:199-210.
- Parry, S & Patricia, M. (1987). A study of the relationship between visitation and the perceived social well-being of nursing home residents, *Ph.D Thesis. University of Organ*.
- Riff, C. E. (1996). Psychiatric disorders in America: the epidemiological catchment area study. *Newyork:free press*.

- Ross, S. E. & Neibling, B. & Heckert, T. (1999). Sources of stress among college students. *College Student Journal*, vol.33 (2), pp:312-317.
- Sawatzky, R & Chiu, L. (2005). A metaanalysis of relationship between spirituality and quality of life, *Social Indicators Research*, vol.72 (16), pp:153-188.
- Shapiro, Adam & Keyes, Corey, L .M. (2007). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Springer Science Business Media B.V.*
- Solberg, Y & Alcalay, M & Belkin, Ocular. (1997). injury by Mustard gas. *Survay Ophthalmol*, vol.41 (6), pp:461-466.
- Wissing, T. F & Fouri, A. (2000). Spirituality as a Component of Psychological Well-being, *27th International Congress of Psychology*, 23-28 July, Stockholm, Sweden.
- World Health organization (WHO). (1979). *Health for all, Sr.No5*.