

ساخت و تحلیل عامل اکتشافی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام  
*Designed to explore and demonstrate individual dimension  
of social health based on Islam education*

Mohammad Mahdi Shamsaei  
Hassan Ahadi  
Hassan Pashasharifi  
Mohammad Bagher Saberi zaferghandi

محمد مهدی شمسایی  
دانشجوی دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه روان-  
شناسی، تهران، ایران. m.m.shamsaei@gmail.com

دکتر حسن احدی  
استاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران.

دکتر حسن پاشاشریفی  
دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران.

دکتر محمدباقر صابری زفرقندی  
استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روان پزشکی تهران دانشگاه علوم  
پزشکی تهران، ایران

**Abstract**

The present study designed to explore and demonstrate individual dimension of social health based on Islam education; in doing so the authors formulated a questionnaire by demonstration of its psychometric properties. The study used both qualitative and quantitative method. Based on theoretical underpins view of Delphi group experts and centered group experts, individual dimension of social health consist of five main dimensions as honesty and loyalty, spirituality, regarding rights of others and fraternity, preservation of gentiles' and chastity, collectivity and cooperation, and also 34 subcomponents. According to the subcomponents, 158 question draw out by considering to cognitive, affective, and behavioral properties of each question. In order to determine psychometric properties of the questionnaire, 231 literate male and female in the range of 18-65 years old in Tehran selected by a combination method of randomized categorical and randomized systematic sampling and each of them administered the questionnaire. Formal validity of the questionnaire had confirmed by 5 expert psychologists in this domain. Internal consistency of all items estimated 0.96 by Chronbach's alpha method. Alpha's coefficients were 0.82, 0.85, 0.91, 0.79, 0.79, for honesty and loyalty, spirituality, regarding rights of others and fraternity, preservation of gentiles' and chastity, collectivity and cooperation respectively. According to exploratory factor analysis, the formulated questionnaire accounts for 69% of the social health variance; the variance indicate acceptable validity for the questionnaire.

**Keywords:** exploratory factor analysis, social health, Islam education

**چکیده**  
این پژوهش با هدف دستیابی به ابعاد و مولفه‌های فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس بعد فردی سلامت اجتماعی انجام شده است. در این پژوهش از دو روش کیفی و کمی استفاده گردید. بر اساس مبانی نظری و نظر کارشناسان گروه دلفی و گروه متمرکز، بعد فردی سلامت اجتماعی دارای پنج بعد کلان صداقت و پابندی به پیمان، معنویت دینی، رعایت حقوق و برادری، حفظ ادب و احترام و مشارکت و همبستگی و سی و چهار مولفه زیر مجموعه آنهاست. بر اساس مولفه‌های به‌دست آمده در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، پرسشنامه‌ای ۱۵۸ سوالی تدوین گردید. به‌منظور تعیین ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه، از جامعه زنان و مردان شهر تهران که مسلمان، دارای سن ۱۸ تا ۶۵ سال و دارای سواد خواندن و نوشتن، با ترکیب تکنیک نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و سیستماتیک به حجم ۲۳۱ نفر انتخاب و پرسشنامه بر روی آنان اجرا گردید. روایی محتوایی پرسشنامه توسط پنج نفر از اساتید روان‌شناسی متخصص در این حوزه مورد تایید قرار گرفت و اعتبار آن بر اساس ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه حدود ۰/۹۶، و برای مقیاس صداقت و پابندی به پیمان ۰/۸۲، مقیاس معنویت دینی ۰/۸۵، مقیاس رعایت حقوق و برادری ۰/۹۱، مقیاس حفظ ادب و احترام حدود ۰/۷۹ و مقیاس مشارکت و همبستگی دارای ضریب آلفای کرونباخ حدود ۰/۷۹ به‌دست آمد، که نشان دهنده اعتبار مطلوب و بالای پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی است. با توجه به تحلیل عاملی اکتشافی صورت گرفته پرسشنامه تدوین شده بیش از ۶۹ درصد تغییرات سلامت اجتماعی را تبیین می‌نماید که گویای روایی قابل قبول پرسشنامه می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** تحلیل عاملی اکتشافی، سلامت اجتماعی، آموزه‌های اسلام

## بیان مسئله

سلامت مفهومی پویا و گسترده در مسیر رشد و تکامل انسان و دستیابی به آن هدف اصلی سیاست‌گذاران حوزه سلامت است. برای تاکید فزاینده بر نقش مهم عوامل روانی و اجتماعی در سلامت و بیماری، سازمان بهداشت جهانی از تعریف چند بعدی سلامت حمایت کرده و سلامت را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و فراتر از نبود بیماری و ناتوانی می‌داند (سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۱۹۸۵). مدل‌های زیستی سلامت بیشتر به بعد جسمی تأکید دارند، در حالی که افراد درون ساختارها و روابط اجتماعی قرار داشته و با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی مختلفی روبرو هستند (کیز، ۱۹۹۸). کیز و شاپیرو<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاء کننده فردی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی را می‌دهند. بلوک و برسلو<sup>۴</sup> (۱۹۷۱) سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف می‌دانند. سلامت اجتماعی پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال (کیز، شموئکین و رایف<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲)؛ کیفیت و کمیت تساوی افراد و میزان درگیر شدن فرد با اجتماع (دنالد<sup>۵</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹)؛ توانایی انجام راحت و موثر نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران (نورطراپ و اسنایدر، ۲۰۱۰)؛ سایر تعاریف ارائه شده در خصوص سلامت اجتماعی می‌باشند. استون و جیکوب<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) شاخص‌های مهم سلامت اجتماعی را مشارکت فعال در زندگی اجتماعی، پذیرش مسئولیت، شناخت حقوق و وظایف دیگران و احترام به حقوق آنان، احترام به محیط زیست و تلاش در راه حفظ آن، شناخت فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی، پرهیز از خشونت و داشتن شکیبایی و مدارا با دیگران دانسته‌اند. به‌طور کلی مجموع نظرات مربوط به سلامت اجتماعی را می‌توان در سه رویکرد جمع‌بندی نمود؛ الف) سلامت اجتماعی به مثابه عوامل اجتماعی سلامت بخش ب) سلامت اجتماعی به مثابه وضعیت اجتماعی بهتر، که با توجه به اوضاع فعلی هر جامعه مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد ج) سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی. در رویکرد سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد به این مفهوم اشاره دارد که سلامت اجتماعی حاوی شرایطی است که نه تنها به سازوکار نظام سلامت و اجتماع مربوط است، بلکه به طور بنیادی به شخصیت فرد به‌عنوان موجودی اجتماعی بر می‌گردد. سلامت اجتماعی در این معنا به توانایی فرد در شاد بودن و شاد ساختن دیگران، ارتباط با دیگران و حضور فعال در اجتماع و محل کار، توانایی ایجاد آرامش در خانواده، کار و روابط مطلوب اجتماعی می‌باشد. یعنی مهارت‌های اجتماعی فرد در روابط بین فردی مطلوب که برای حفظ بهزیستی اعمال می‌شود (به نقل از جیرینکوا و اسوبودا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). مولفه‌های اصلی این رویکرد استقلال، خودجوشی، توانایی ارتباط با گستره‌ای از مردم و کار کردن با آن‌ها و مسئولیت‌پذیری اجتماعی می‌باشد (فیلیس، ۲۰۰۷). با این حال دشمن امروز فردگرایی است (کوک، ۲۰۰۲؛ ترجمه نمایی، ۱۳۸۶). با توسعه اقتصادی جوامع، اهمیت سرمایه اجتماعی برای جلوگیری از خودکامگی، خودمحوری و خودخواهی مفرط و پایمال کردن حقوق دیگران در راستای منافع خود و افزایش سلامتی افراد جامعه اهمیت بیشتری می‌یابد (الوانی و تقوی، ۱۳۸۳). سطحی شدن روابط، تجردگرایی، کم‌رنگ شدن نظارت اجتماعی، بی‌اعتمادی به یکدیگر؛ کاهش هم‌دلی؛ گسترش تهمت، غیبت، دروغ و تجاوز به حریم خصوصی مهم‌ترین مشکلات اجتماعی جامعه امروز می‌باشد (مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۸۹).

1. World Health Organization (WHO)
2. Keyes And Shapiro
3. Belloc and Breslow
4. Ryff
5. Denald
6. Ustun And Jakob
7. Jirincova & Svoboda

سال‌های متمادی است اندیشمندان علوم انسانی و روان‌شناسان غربی با گمانه‌زنی و نظریه‌پردازی‌های مختلف سعی در شناسایی شاخص‌ها، مولفه‌ها و متغیرهای تاثیرگذار و مرتبط با رفتارهای بهنجار و نابهنجار داشته‌اند تا بتوانند به کنترل، پیش‌بینی و تبیین رفتار انسان برای دستیابی به سلامت پردازند. ولیکن این نظریه‌ها در جنبه‌های ماهوی، کیفیت سرشت و سرنوشت انسان تفاوت و گاه تضادهای بنیادی با نگاه اسلام داشته که این تفاوت‌ها، تاثیر مهمی در اهداف، محتوا و شایسته‌های رفتار سالم انسان در بعد اجتماعی دارد. در اسلام بزرگ‌ترین عامل محرومیت انسان از سعادت ابدی، غفلت است و برای خروج از غفلت اولین چیزی که لازم است، این است که انسان توجه پیدا کند به این که چیست، کیست، از کجا، در کجا و به‌سوی کجا است (مصباح‌یزدی، ۱۳۸۸). این شناخت کامل می‌تواند به آگاه ساختن انسان‌ها به رسالت تاریخی خود و علاقمند ساختن آنان به سرنوشت نوع بشر؛ کاستن از میزان خودخواهی‌ها و خودمیان‌بینی‌های انسان و ایجاد طرز فکری نوع‌دوستانه در انسان که از برکت آن نفع جمعی و سعادت آینده بشر به نفع خود ترجیح دهد (سیف، ۱۳۸۶). انسانی که روح الهی در وی دمیده شده و به‌عنوان موجودی اجتماعی، زندگی دنیا فرصتی برای اوست تا کیفیت زندگی جاودانه و ابدی خود را در سرای آخرت تعیین کند؛ شناخت، هیجان و رفتار اجتماعی سالم وی با دیگران چگونه است؟

در متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۹</sup> توجه جدی بر نقش و انتظارات فرهنگی برای تشخیص اختلال یا سلامت افراد دارد که حاکی از اهمیت هنجارها و ارزش‌های جوامع در تعیین مولفه‌ها و ویژگی انسان سالم می‌باشد. همان‌طور که در دیدگاه اسلام کسی که با تکبر راه می‌رود، کسی از شر او در امان نبوده و به خیرش امیدی نیست، دیوانه واقعی محسوب می‌شود (علامه مجلسی، ۱۰۳۷-۱۱۱۱ هجری، ج ۷۳، ص ۲۳۳، ح ۳۲). لذا تفاوت در معیارهای تشخیص سلامت و ابعاد تشکیل دهنده آن می‌تواند بسیار تحت تاثیر نوع نگرش به ماهیت انسان، آموزه‌ها، انتظارات فرهنگی و ارزشی جامعه قرار دارد و بدون توجه به آنها غفلت و انحراف جدی در وضعیت سلامت جامعه به‌همراه خواهد داشت. اسلام توجه و اهمیت ویژه‌ای به سلامت دارد به نحوی که خداوند متعال انسان را به سرا و راه‌های سلامت دعوت و هدایت می‌نماید (یونس، آیه ۲۵؛ مائده، آیه ۱۶). سلامت و سلام یعنی کنار بودن از آفات ظاهری و باطنی و قلب سلیم از شک، حسد و کفر دور می‌باشد (واقعه، آیات ۲۵ و ۲۶)؛ منظور گفتار و رفتاری که از هم‌دیگر در سلام باشند. در تفسیر المیزان آمده سلام کسی است که بدون شر و ضرر، با تو به سلامت و عافیت ملاقات کند (قرشی، ۱۳۷۱، ج ۳، ص: ۲۹۶). با توجه به ریشه و معنای سلامت و سلام، مسلمان باید آبروی دیگران را حفظ و هتک حیثیت نکند و مردم از دست و زبانش در امان باشند (علامه مجلسی، ۱۰۳۷-۱۱۱۱ هجری، ج ۷۲، ص ۵۱).

تا کنون هیچ پژوهشی به‌طور دقیق به‌محدوده، ابعاد و مولفه‌های فردی سلامت اجتماعی بر مبنای آموزه‌های اسلامی پرداخته نشده است. ولیکن خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۸) در طرح ملی ساخت مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقشار مختلف جامعه ایران، مؤلفه‌های دینداری را در سه بُعد باور دینی، عواطف دینی و التزام و عمل به وظایف دینی طبقه‌بندی نموده‌اند. به نحوی که بعد عواطف دینی را احساس عاطفی نسبت به دیگران می‌داند به این معنا که مؤمنان تمامی افراد بشر را مادامی که در زمره ظالمان و دشمنان خدا، اولیای الهی و بشریت قرار نگرفته‌اند، دوست دارند. همچنین یکی از مؤلفه‌های بعد التزام و عمل به وظایف دینی را اخلاق اجتماعی معرفی نموده و آن را شامل خوش‌اخلاقی و نیکوسازی رفتار، تعاون و همکاری (کمک به دیگران در نیکوکاری و پرهیز از گناه و ظلم به افراد)، وفای به عهد، ایثار و انفاق در راه خدا، پاسداری از شخصیت مؤمن (عدم غیبت و تمسخر دیگران)، اطاعت از قانون، امر به معروف و نهی از منکر، عفو و گذشت، صلح و اصلاح بین افراد، رعایت حقوق دیگران، همدلی و همدردی با

مؤمن و مخالفت با مفسدان و ستمگران، می‌داند. ایشان یکی دیگر از مؤلفه‌های بعد التزام و عمل به وظایف دینی را عبادات جمعی معرفی نموده و آن را تمامی اعمال و کنش‌های اجتماعی فرد دیندار در روابط بین فردی و شامل خمس، زکات و مالیات، حج، جهاد و یاری مظلوم می‌داند. باقری، خسروی و اسکندری (۱۳۷۸) با هدف ساخت و اعتباریابی مقیاس عمل‌سنجی بر اساس دیدگاه اسلامی، در خصوص بعد ارتباط با دیگران به مولفه‌های تمایل به ارتباط با دیگران، عدم تفاهم، و بدبینی و بدذات پنداشتن دیگران اشاره دارد. آذربایجانی (۱۳۸۰) با بررسی اجمالی ادیان جهان و بررسی تفصیلی آیات قرآن کریم و منابع روایتی شیعه، مولفه‌های تاکید شده دین در روابط با دیگران را شامل راستی (راستگویی)، وفاداری، رواداری (آنچه برخود می‌پسندی بر دیگران پسند)، امانتداری، عفت و پاکدامنی، دعوت به خیر و نیکی، مردم‌آمیزی، رعایت حقوق دیگران، احساس مسئولیت نسبت به دیگران، خوش رفتاری و پرهیز از سوء ظن و آزار دیگران می‌داند. بهرامی (۱۳۸۰) بر اساس بیانات امام صادق (ع) و با سازماندهی دستورالعمل‌ها و انتظارات دین در بخش چارچوب مناسبات انسان با دیگران مولفه‌های عفت (خویش‌داری از پای گذاشتن در حریم دیگران)؛ حلم و مدارا؛ رازداری؛ ایثار (از حق خویش‌ن گزشتن و در عین نیاز، نیاز دیگران را برطرف ساختن و خود را در راه احقاق حقوق دیگران به خطر انداختن)؛ صداقت و عدم فریب دیگران، عدالت، مسئولیت (درحل مسائل و سرنوشت دیگران)؛ خوش‌رویی و شادابی در معاشرت با دیگران را مطرح نموده است. چلبیانلو و عزیزی (۱۳۸۲) با هدف ساخت ارزیابی ابعاد و باورهای مذهبی بر اساس اصول و فروع دین مولفه‌هایی را مطرح می‌نماید که جهاد، حج، امر به معروف و نهی از منکر، خمس و زکات و دروغ‌گویی از موارد مرتبط با چگونگی ارتباط با دیگران می‌باشد. ایرانیان معتقدند از ده صفت به‌عنوان شاخص یک آدم خوب به ترتیب صداقت و سپس ایمان بالاترین اهمیت را دارند (وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۱۳۸۲). با توجه به فقدان شاخص و مولفه‌های بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، بیشتر پژوهش‌های انجام شده مبتنی بر مبانی نظری و پرسشنامه‌های غربی و با تاکید بیشتری به عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی صورت گرفته و توجه کمتری به ابعاد فردی سلامت اجتماعی شده است.

### اهداف تحقیق:

۱. تعیین ابعاد و مولفه‌های فردی سلامت اجتماعی با توجه به دیدگاه اسلام؛
۲. آماده‌سازی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر دیدگاه اسلام؛
۳. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر دیدگاه اسلام؛

### سوالات تحقیق:

۱. ابعاد کلان و مولفه‌های فردی سلامت اجتماعی بر اساس مبانی و آموزه‌های دین اسلام کدام‌اند؟
۲. آیا پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر دیدگاه اسلام از اعتبار لازم برخوردار است؟
۳. آیا پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر دیدگاه اسلام از روایی لازم برخوردار است؟
۴. نرم مناسب برای تفسیر نمره‌های پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی چگونه است؟

### روش جمع‌آوری اطلاعات

برای پاسخگویی به سوالات پژوهش حاضر از دو روش کیفی (کتابخانه‌ای، دلفی<sup>۱</sup> و گروه متمرکز<sup>۲</sup>) و کمی (اجرای میدانی) استفاده گردید. در گام اول با استفاده از روش کتابخانه‌ای و بررسی قرآن، کتب حدیثی، اخلاقی، تفاسیر و نرم‌افزارهای تخصصی گنجینه روایات نور، جامع تفاسیر نور، اندیشه مطهر، کتابخانه اهل‌البیت و سماء مبانی نظری و مولفه‌های بعد فردی سلامت اجتماعی

9. Delphi

10. Focus Group

گردآوری گردید. همزمان با مطالعه کتابخانه‌ای، این مولفه‌ها از صاحب‌نظران و کارشناسان گروه دلفی دریافت گردید. در روش دلفی با کمک یک سلسله پرسشنامه عمیق برای نیل به اجماع در موضوعی خاص، به‌خصوص موضوعات مبهمی که اطلاعات زیادی درباره آن در دست نیست، انجام می‌شود. دلفی روشی برای پردازش افکار، عقاید و نظرات گروه متخصصان برگزیده است که برای اعلام افکار و عقاید خود، پیرامون موضوعی خاص، اعلام آمادگی کرده‌اند. پایه تکنیک دلفی بر این است که نظر متخصصان هر حوزه علمی در موضوعات مرتبط با آن حوزه اصلح‌ترین نظر است. بنابراین برخلاف روش‌های تحقیق پیمایشی، اعتبار روش دلفی نه به تعداد شرکت‌کنندگان که به اعتبار علمی متخصصان شرکت‌کننده در پژوهش بستگی دارد (اسکالاموسکی، هارتمن و کراهن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۷). برای تعیین اعضا و صاحب‌نظران گروه دلفی تحقیق طی بارش فکری<sup>۱۲</sup> فهرستی ۵۵ نفره از پژوهشگران و کارشناسان رشته‌های مرتبط با روان‌شناسی، جامعه‌شناسی و علوم اسلامی که دارای دو شاخص تسلط بر مبانی و آموزه‌های اسلامی و مفاهیم و مسائل اجتماعی و سلامت بودند، تهیه گردید. طی مدت یک‌ماه با تمامی صاحب‌نظران تعیین شده در بارش فکری به صورت حضوری، تلفنی و ارسال ایمیل ارتباط برقرار شد و کلیات، اهداف و مراحل طرح، نقش، وظایف مورد انتظار و طول مدت دریافت نظرات برای این افراد توضیح داده شد. از لیست پنجاه و پنج نفره صاحب‌نظران و کارشناسان، بیست و نه نفر حضور در مراحل دلفی را پذیرفتند و تا آخرین مرحله نیز همکاری خود را حفظ نمودند. ترکیب اعضای گروه از نظر مدرک و رشته تحصیلی شامل بیست و سه نفر پژوهشگر و متخصص معارف و علوم قرآنی و اسلامی از سطح کارشناسی ارشد تا دکترای تخصصی و خارج فقه، یک نفر دکتری تخصصی جامعه‌شناسی، یک نفر روانپزشک و چهار نفر دکتر تخصصی روان‌شناسی از رتبه دانشگاهی استادیاری تا استاد تمامی دانشگاه قرار داشتند. در گام دوم با استفاده از روش دلفی که در دو مرحله انجام شد، ابتدا فرمی که در آن مفهوم سلامت اجتماعی از رویکردهای مختلف غربی توضیح داده شد برای اعضای گروه ارسال و از آنها خواسته شد تا با توجه به آموزه‌های اسلام ویژگی و مولفه‌های تعیین‌کننده بعد فردی سلامت اجتماعی را ارائه نمایند. سپس مولفه‌های ارائه شده توسط صاحب‌نظران گروه دلفی با مولفه‌های به‌دست آمده از مطالعه کتابخانه‌ای جمع‌بندی و موارد تکراری حذف و برای وزن‌دهی به اعضای گروه ارسال گردید و از آنها خواسته شد تا با توجه به تاکید مبانی و آموزه‌های اسلامی بر مولفه‌های ارائه شده، وزن اولویت و اهمیت هر یک از مولفه‌ها را از خیلی کم تا خیلی زیاد با عددی بین یک تا بیست مشخص نمایند. همچنین اگر پیشنهادی برای ویرایش مولفه‌های قبلی یا ارائه مولفه جدیدی (به‌همراه وزن آن) دارند، موارد را در قسمت مشخص شده ارائه گردد. در این مرحله هیچ مولفه جدید و قابل استفاده‌ای توسط اعضای گروه ارائه نگردید و ویرایش‌های پیشنهادی در مولفه‌ها اعمال گردید.

با توجه به اینکه برای ساخت پرسشنامه و ارائه تعریفی جامع از بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس مبانی و آموزه‌های اسلامی نیاز به دستیابی به ابعاد کلان و محدودی می‌باشد در گام سوم با تشکیل یک گروه متمرکز پنج نفره از اعضای گروه دلفی که تمایل خود را برای ادامه همکاری اعلام نمودند، ۱۲۴ مولفه‌ای که دارای اهمیت زیاد و خیلی زیاد بودند بر اساس مبانی نظری و آموزه‌های اسلامی و ماهیت و ارتباطشان با یکدیگر طبقه‌بندی و هر طبقه بر حسب ماهیت مولفه‌های زیر مجموعه خود به‌عنوان بعد کلان نامگذاری گردیدند. سپس میانگین هر بعد کلان محاسبه و مولفه‌هایی که وزن آنها از میانگین وزن بعد کلان مرتبط با خود کمتر بود، حذف شدند. در این مرحله پنج بعد کلان شامل سی و چهار مولفه به‌دست آمد. در گام چهارم برای تنظیم مقیاس بعد فردی سلامت اجتماعی برای هر یک از سی و چهار مولفه به‌دست آمده، در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری گویه‌هایی تنظیم شد و در نهایت ۲۰۲ سوال مورد تایید محتوایی قرار گرفتند. با توجه به اینکه مولفه‌های به‌دست آمده موارد مورد انتظار از افراد مسلمان، دارای رشد و بلوغ

11.Skulmoski, Hartman, &amp; Krahn

12.Brain storming

فکری و اجتماعی و مسئولیت شرعی می‌باشد، جهت تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی اولیه (روایی و اعتبار) مقیاس تدوین شده از نمونه-گیری هدفمند استفاده گردید. به این منظور پنجاه نفر از اقشار مختلف جامعه زنان و مردان شهر تهران (شامل دانشجو، خانه‌دار، بیکار، کاسب، کارمند و...) که مسلمان، دارای سن ۶۵-۱۸ سال و سواد خواندن و فهم سوالات را داشتند انتخاب و پرسشنامه بر روی آنان اجرا گردید و سوالات با ضریب آلفای کرونباخ و همبستگی درونی پایین حذف و ۱۵۸ سوال باقی ماند. در آخرین گام پژوهش پرسشنامه ۱۵۸ سوالی بر ۲۳۱ نفر از شهروندان تهرانی برگزار گردید. در این پژوهش چارچوب نمونه‌گیری دربرگیرنده اطلاعات مربوط به حوزه و بلوک شهر تهران؛ واحد نمونه‌گیری شامل خانوارهای مسلمان ساکن در این بلوک‌ها؛ و عنصر نمونه‌گیری یک نفر از اعضای خانوار بالای ۱۸ سال، را تشکیل می‌دهند. در این پژوهش با این پیش فرض که ساکنان هر منطقه از شرایط یکسان و مشابهی به لحاظ کالبد و فرهنگ برخوردار نبوده و با دیگر مناطق متفاوت هستند از ترکیب تکنیک نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی با تخصیص متناسب و تکنیک نمونه‌گیری سیستماتیک استفاده شد. بر این اساس هر یک از حوزه‌های شمال، غرب، شرق، جنوب و مرکز شهر تهران به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و سپس از هر طبقه، متناسب با جمعیت ساکن در آن، نمونه‌ها انتخاب شدند. برای انتخاب اعضای نمونه از داخل هر طبقه، تعدادی بلوک آماری به روش تصادفی انتخاب و سپس از داخل هر بلوک به طور متوسط تعداد ۲۰ خانوار (واحد مسکونی) به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شد و توسط یک نفر از اعضای خانوار به عنوان عنصر نمونه‌گیری پرسشنامه تکمیل شد. در انتخاب خانوارها، بدین صورت عمل شد که پس از تخمین تعداد کل خانه‌های موجود در هر بلوک آماری، از اولین خانه واقع در ضلع جنوب غربی، انتخاب خانوار شروع شده و بعد از شمارش ۵ زنگ، منزل بعدی انتخاب می‌شد. در صورت عدم پاسخگویی یا عدم همکاری خانوارها، بلافاصله منزل بعدی به عنوان نمونه جایگزین شده و این عمل تا اتمام پرسشنامه‌ها ادامه پیدا می‌نمود. با توجه به تعداد بالای سوالات، پرسشنامه‌ها همراه با یک هدیه به افراد تحویل و مجدداً برای بازپس گرفتن پرسشنامه‌های تکمیل شده به درب منازل مراجعه می‌گردید.

#### یافته‌ها

##### ابعاد کلان و مولفه‌های فردی سلامت اجتماعی بر اساس مبانی و آموزه‌های دین اسلام کدام‌اند؟

پس از جمع‌بندی و حذف موارد تکراری مولفه‌های ارائه شده توسط صاحب نظران گروه دلفی و روش کتابخانه‌ای در مجموع ۱۲۶ مولفه در بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی به دست آمد. از این تعداد ۷۵ مولفه مثبت که توصیه و سفارش به رعایت آنها شده (جدول ۱) و ۵۱ مولفه منفی که تاکید به پرهیز و دوری از آنها شده (جدول ۲) است.

جدول ۱: مولفه‌های مثبت بعد فردی سلامت اجتماعی ارائه شده توسط صاحب‌نظران گروه دلفی و روش کتابخانه‌ای

۱	صداقت در گفتار و رفتار	۳۹	زهد (کم‌هزینه و پر بهره بودن برای دیگران)
۲	انتخاب دوست بر اساس میزان التزام وی به دستورات دینی	۴۰	حفظ اسرار، عزت و کرامت انسانی خود در ارتباط با دیگران
۳	یک‌رنگی و یک‌دلی (یکسان بودن گفتار و رفتار در ظاهر و باطن)	۴۱	آگاهی از مسئولیت‌های دینی خود در ارتباط با دیگران
۴	رعایت عدالت	۴۲	مشورت (با افراد آگاه، شجاع و خدا ترس)
۵	ایثار و از خودگذشتگی	۴۳	مودت (ایراز محبت و علاقه به دیگران)
۶	احترام به دیگران در گفتار، رفتار و نگاه	۴۴	شرکت در غم و شادی دیگران
۷	وفای به عهد و پیمان	۴۵	مهربانی و محبت
۸	رعایت نظم و انضباط اجتماعی (در حضور و غیاب دیگران)	۴۶	التزام به پرداخت تعهدات مالی: خمس، زکات و مالیات
۹	رعایت نظافت و آراستگی ظاهر در روابط با دیگران	۴۷	ملایم و نرم بودن نسبت به مومنین
۱۰	صله ارحام و دیدار یکدیگر	۴۸	سخت‌گیری نسبت به کافران
۱۱	تلاش برای رشد و موفقیت دیگران	۴۹	مقایسه خود با پایین‌ترین افراد اجتماع از لحاظ مالی
۱۲	رعایت و ادای حقوق دیگران	۵۰	توجه و یاری بیشتر به زنان
۱۳	اعتماد و حسن ظن	۵۱	شجاعت
۱۴	مقایسه خود با بالاترین افراد اجتماع از لحاظ دینی	۵۲	به نیکی یاد کردن از برادر دینی در غیاب او
۱۵	صفح، گذشت، تساهل، تسامح، چشم‌پوشی، تغافل، رفق، مدارا و گذشت بزرگوارانه از خطای دیگران	۵۳	تعاون و همکاری با دیگران در امور و دستورات دینی
۱۶	سخاوت و گشاده دستی	۵۴	توجه و یاری بیشتر به کودکان
۱۷	ایمان و تقوی	۵۵	جهاد در برابر دشمنان اسلام
۱۸	تواضع و فروتنی در تمامی کارهای خود	۵۶	ازدواج
۱۹	حضور موثر در اجتماعات سالم (نماز جماعت، نماز جمعه، حج و ...)	۵۷	احساس مسئولیت و اهتمام ورزیدن به امور دیگران (با جان، مال، دست، پا و زبان)
۲۰	خوش‌خُلعتی و خوش‌رویی	۵۸	گسترش روابط با دیگران
۲۱	اطعام دیگران	۵۹	توجه و یاری بیشتر به سالمندان
۲۲	هدیه دادن و گرفتن	۶۰	ایجاد و حفظ وحدت و انسجام با دیگر مسلمانان
۲۳	نشست و برخاست با افراد ضعیف جامعه	۶۱	وقار و متانت
۲۴	آنچه برای خود می‌پسندد برای دیگران پسندیدن	۶۲	احساس سرشت و سرنوشت مشترک با دیگران
۲۵	ناهی از منکر بودن	۶۳	قناعت
۲۶	حفظ (کرامت، جان، مال، آبرو و ناموس) مومن	۶۴	دعا برای دیگران
۲۷	استقبال و بدرقه کردن	۶۵	بی‌رغبتی به امکانات دیگران
۲۸	خیرخواهی دیگران (در افکار، رفتار و گفتار)	۶۶	مشکل‌گشا بودن
۲۹	انتقادپذیری و جبران اشتباه خود	۶۷	عدم ترجیح رضای دیگران بر رضای خدا
۳۰	حفظ پوشیدگی و حجاب در روابط با نامحرم	۶۸	رعایت حریم خصوصی دیگران
۳۱	خلوص و پاکی نیت (تنها قرب الهی نه انگیزه ترحم، نفع شخصی و ...)	۶۹	شادکامی و پیروزی دیگران را، شادکامی و پیروزی خود دانستن
۳۲	عفت و پاکدامنی	۷۰	توجه و یاری بیشتر به مستمندان و نیازمندان
۳۳	آمر به معروف بودن	۷۱	رعایت انصاف
۳۴	الگوی ایمانی مناسب بودن برای دیگران	۷۲	سبقت بر دیگران در کارهای خیر
۳۵	انجام تمامی وظایف و مسئولیت‌های اجتماعی؛ با نگرش ادای امانت الهی	۷۳	ناراحتی و شکست دیگران را، ناراحتی و شکست خود دانستن
۳۶	نگرانی نسبت به آینده دیگران	۷۴	غیبت
۳۷	روحیه تشکر و قدردانی داشتن	۷۵	اصلاح میان مردم
۳۸	آنچه برای خود نمی‌پسندد برای دیگران پسندیدن	---	-----

جدول ۲: مولفه‌های منفی بعد فردی سلامت اجتماعی ارائه شده توسط صاحب‌نظران گروه دلفی و روش کتابخانه‌ای			
۱	جدال و مشاجره	۲۷	تجسس در عیوب و زندگی دیگران
۲	تملق و چاپلوسی	۲۸	تعاون و همکاری در گناه
۳	همنشینی با افراد ناهل (بی‌اهمیت به نماز و دستورات دینی، دروغ‌گو، حسود، می‌خوار، نادان، قاطع رحم، کافر، ثروتمند و...)	۲۹	ناپاکی نیت (نیت غیررضایت خدا در تعاملات با دیگران)
۴	آزار و ستم به دیگران	۳۰	رعایت نکردن عفت در نگاه، کلام و رفتار
۵	انتقام	۳۱	هزل (سخن بیهوده و لغو گفتن)
۶	ترس و نگرانی از آسیب دیدن از جانب دیگران	۳۲	تن دادن به ظلم دادن (رضایت به مظلوم واقع شدن)
۷	قهر	۳۳	تجمل‌گرایی
۸	انزواگرایی	۳۴	خودخواهی
۹	غرور و تکبر	۳۵	قطع رحم
۱۰	اشاعه زشتی بین دیگران	۳۶	پرده‌داری و آشکار نمودن اسرار
۱۱	سوء خُلق (احم، ترش‌رویی، دشنام، فحاشی و...)	۳۷	عدم رعایت حجاب
۱۲	بخل و خساست	۳۸	خودداری از جهاد
۱۳	تهمت	۳۹	خیانت
۱۴	حسد	۴۰	سنگدلی
۱۵	سخن‌چینی و غیبت	۴۱	رقابت با دیگران در مادیات
۱۶	تمسخر	۴۲	عیب‌جویی
۱۷	مکر و نیرنگ	۴۳	زیاده‌خواهی
۱۸	تحقیر و سرزنش	۴۴	پایمال کردن حقوق دیگران
۱۹	کینه‌ورزی	۴۵	خودبرتربینی
۲۰	سوء ظن و بدگمانی	۴۶	گناه کردن به خاطر دیگران
۲۱	شکایت از مشکلات خود پیش دیگران	۴۷	شایعه پراکنی
۲۲	بی‌تفاوتی به عهد و پیمان	۴۸	یاری طلبیدن از غیر خدا
۲۳	ظاهرسازی و دورویی	۴۹	دلبستگی و وابستگی زیاد به دیگران
۲۴	بی‌تفاوتی نسبت به مشکلات دیگران	۵۰	تمنا و درخواست از دیگران
۲۵	دروغ‌گویی	۵۱	خشم و غضب
۲۶	طمع به مال دیگران		

در مرحله بعد بر اساس وزن‌دهی صورت گرفته توسط صاحب‌نظران گروه دلفی، از میان ۱۲۶ مولفه، ۱۲۴ مولفه دارای اهمیت زیاد و خیلی زیاد (وزن‌های ۱۳ تا ۲۰) بودند و تنها دو مولفه استقبال و بدرقه و هدیه دادن دارای اهمیت متوسط (وزن‌های ۹ تا ۱۲) بودند که حذف شدند.



جدول ۳: میانگین وزن مولفه‌های بعد فردی سلامت اجتماعی ارائه شده توسط صاحب‌نظران گروه دلفی

ردیف	میانگین وزن ابعاد کلان	مولفه‌های ناظر به هر بعد کلان	میانگین وزن هر مولفه
۱	صداقت و پابندی به پیمان (۱۸.۷۰)	صداقت در گفتار و رفتار	۱۹/۵۹
		یک‌رنگی و یک‌دلی (یکسان بودن گفتار و رفتار در ظاهر و باطن)	۱۸/۵۲
		تملق و چاپلوسی	۱۷/۵۲
		وفای به عهد و پیمان	۱۹/۱۷
		خیانت	۱۹/۲۸
		تهمت و افتراء	۱۹/۲۴
		مکر و نیرنگ	۱۸/۳۸
		ظاهرسازی و دورویی	۱۸/۹۳
		بی‌تفاوتی به عهد	۱۸/۴۵
		شایعه پراکنی	۱۷/۰۳
		دروغگویی	۱۹/۶۶
		ایمان به خدا	۱۸/۶۶
		۲	معنویت دینی (۱۷.۳۲)
مقایسه خود با بالاترین افراد اجتماع از لحاظ دینی	۱۶/۲۸		
تعاون و همکاری در گناه	۱۸/۳۸		
انتخاب دوست بر اساس میزان التزام وی به دستورات دینی	۱۶/۲۲		
خلوص نیت (تنها قرب الهی نه انگیزه ترحم، نفع شخصی و...)	۱۸/۰۳		
عدم ترجیح رضای دیگران بر رضای خدا	۱۸/۲۱		
انجام تمامی مسئولیت‌های اجتماعی؛ با نگرش ادای امانت الهی	۱۸/۴۸		
گناه کردن به خاطر دیگران	۱۷/۷۲		
اشاعه زشتی بین دیگران (بازداشتن از راه و یاد خدا)	۱۸/۳۱		
خودداری از جهاد (از جان گذاشتن در راه خدا)	۱۷/۱۰		
جهاد در برابر دشمنان اسلام (از جان گذاشتن در راه خدا)	۱۷/۴۵		
سخت‌گیری نسبت به کافران	۱۵/۹۰		
ناپاکی نیت (نیت غیررضایت خدا در تعاملات با دیگران)	۱۸/۰۳		
الگوی ایمانی مناسب بودن برای دیگران	۱۶/۲۱		
ترس و نگرانی از مردم	۱۴/۴۵		
یاری طلبیدن از غیر خدا	۱۷/۲۱		
۳	رعایت حقوق و برادری (۱۶.۸۷)		
		پایمال کردن حقوق دیگران	۱۹/۳۴
		آگاهی از مسئولیت‌ها و تکالیف دینی خود در ارتباط با دیگران	۱۷/۵۵
		رعایت نظم و انضباط اجتماعی (در حضور یا غیاب دیگران)	۱۶/۶۹
		التزام به پرداخت تعهدات مالی در قبال دیگران (خمس، زکات، مالیات)	۱۸/۴۸
		استهزاء و تمسخر	۱۸/۷۶
		رعایت نکردن عفت در نگاه، کلام و رفتار	۱۸/۲۸
		سخن‌چینی و غیبت	۱۸/۹۳
		تحقیر و سرزنش	۱۷/۹۰
		عیب‌جویی	۱۸/۰۳
		تجسس در عیوب و زندگی دیگران	۱۸/۶۶
		بی‌رغبتی به امکانات دیگران	۱۵/۱۴
		آزار و اذیت دیگران	۱۹/۳۸
رعایت و ادای حقوق دیگران	۱۹/۱۷		

ردیف	میانگین وزن ابعاد کلان	مولفه‌های ناظر به هر بعد کلان	میانگین وزن هر مولفه
	<b>رعایت حقوق و برادری (۱۶.۸۷)</b>	رعایت عدالت	۱۸/۹۳
		سوءظن و بدگمانی	۱۸/۱۰
		اعتماد و حسن ظن	۱۶/۲۱
		احترام به دیگران در گفتار، رفتار و نگاه	۱۶/۵۹
		پرده‌داری و آشکار نمودن اسرار	۱۷/۶۹
		رعایت حریم خصوصی دیگران	۱۸/۰۳
		زهد (کم‌هزینه و پربهره بودن برای دیگران)	۱۶/۲۴
		بخل و خساست	۱۷/۴۸
		احساس مسئولیت و اهتمام ورزیدن به امور دیگران (با جان، مال، دست، پا و زبان)	۱۷/۱۰
		خیرخواهی دیگران (در افکار، رفتار و گفتار)	۱۶/۱۴
		نگرانی نسبت به آینده دیگران	۱۴/۵۹
		توجه و یاری بیشتر به مستمندان و نیازمندان	۱۶/۵۹
		تلاش برای رشد و موفقیت دیگران	۱۴/۵۹
		ملایم و نرم بودن نسبت به مومنین	۱۵/۸۶
		مهربانی و محبت	۱۷/۱۴
		توجه و یاری بیشتر به زنان	۱۵/۰۷
		توجه و یاری بیشتر به کودکان	۱۶/۰۰
		توجه و یاری بیشتر به سالمندان	۱۵/۴۵
		مشکل‌گشا بودن	۱۶/۲۱
		دعا برای دیگران	۱۶/۱۴
		حفظ مومن (کرامت، جان، مال، آبرو و ناموس)	۱۹/۴۵
		به نیکی یاد کردن از برادر دینی در غیاب او	۱۶/۶۶
		بی‌تفاوتی نسبت به مشکلات دیگران	۱۶/۹۰
		آنچه برای خود نمی‌پسندد برای دیگران نپسندیدن	۱۷/۲۸
		آمر به معروف بودن	۱۸/۰۳
		ناهی از منکر بودن	۱۷/۵۵
		اطعام دیگران	۱۳/۲۱
		سبقت بر دیگران در کارهای خیر	۱۷/۲۸
		سنگدلی	۱۷/۰۳
		مودت (ابراز محبت و علاقه به دیگران)	۱۶/۳۱
		ناراحتی و شکست دیگران راه، ناراحتی و شکست خود دانستن	۱۶/۰۰
		رعایت انصاف	۱۷/۷۹
		مقایسه خود با پایین‌ترین افراد اجتماع از لحاظ مالی	۱۵/۶۲
		حسد	۱۸/۷۲
		شادکامی و پیروزی دیگران راه، شادکامی و پیروزی خود دانستن	۱۴/۹۷
		احساس سرشت و سرنوشت مشترک با دیگران	۱۴/۵۲
	خودبر تربینی	۱۷/۲۱	
	رقابت با دیگران در مادیات	۱۵/۰۷	
	خودخواهی	۱۵/۹۷	
	تواضع و فروتنی در تمامی کارهای خود (خشوع)	۱۵/۴۵	
	انتقادپذیری و جبران اشتباه خود	۱۵/۸۶	

ردیف	میانگین وزن ابعاد کلان	مولفه‌های ناظر به هر بعد کلان	میانگین وزن هر مولفه
۴	ادب و کرامت (۱۶.۵۹)	نشست و برخاست با افراد ضعیف جامعه	۱۳/۵۹
		غرور و تکبر	۱۸/۲۴
		زیاده‌خواهی	۱۵/۳۴
		آنچه برای خود می‌پسندد برای دیگران پسندیدن	۱۷/۲۱
		غیرت	۱۷/۱۷
		تجمل‌گرایی	۱۴/۹۰
		ایثار و از خودگذشتگی	۱۶/۱۴
		صفح (گذشت)، تساهل، تسامح، چشم‌پوشی، تغافل، رفق، مدارا	۱۶/۸۶
		جدال و مشاجره	۱۶/۵۲
		روحیه تشکر و قدردانی داشتن	۱۶/۴۵
		شجاعت	۱۵/۶۶
		کینه‌ورزی	۱۷/۸۶
		قناعت	۱۵/۳۱
		انتقام	۱۶/۶۶
		سوء خلق (اخم، ترش‌رویی، دشنام، فحاشی و...)	۱۷/۵۹
		رعایت نظافت و آراستگی ظاهر در روابط با دیگران	۱۵/۸۳
		عدم رعایت حجاب	۱۷/۶۶
		حفظ پوشیدگی و حجاب در روابط با نامحرم	۱۷/۸۶
		تن دادن به ظلم دادن (رضایت به مظلوم واقع شدن)	۱۷/۲۸
۵	مشارکت و همبستگی (۱۶.۲۲)	خوش خلقی و خوش‌رویی	۱۷/۵۲
		عفت و پاکدامنی	۱۸/۷۶
		خشم و غضب	۱۷/۳۸
		وقار و متانت	۱۵/۶۹
		هذل (سخن بیهوده و لغو گفتن)	۱۵/۷۹
		سخاوت و گشاده دستی	۱۵/۳۴
		حفظ اسرار، عزت و کرامت انسانی خود در ارتباط با دیگران	۱۷/۸۶
		شکایت از مشکلات خود پیش دیگران	۱۴/۶۶
		دلبستگی و وابستگی زیاد به دیگران	۱۵/۰۳
		تمنا و درخواست از دیگران	۱۴/۹۳
		تعاون و همکاری با دیگران در امور و دستورات دینی	۱۷/۱۴
		حضور موثر در اجتماعات سالم (نماز جماعت، نماز جمعه، حج و)	۱۵/۲۸
		مشورت (با افراد شجاع، خدا ترس، آگاه و عالم ربانی)	۱۶/۳۸
		شرکت در غم و شادی دیگران	۱۴/۰۳
		گسترش روابط با دیگران (مردم‌آمیزی)	۱۴/۳۴
		قهق	۱۶/۰۷
		حفظ وحدت و انسجام با دیگر مسلمانان	۱۶/۲۱
		اصلاح میان مردم	۱۷/۹۷
		انزواگرایی	۱۴/۳۱
قطع رحم	۱۸/۳۸		
ازدواج	۱۷/۰۷		
صله ارحام و دیدار یکدیگر	۱۷/۵۵		

مؤلفه‌ها بر اساس مبانی نظری، ماهیت و ارتباط بین آنها توسط اعضای گروه متمرکز طبقه‌بندی و پنج بعد کلان به دست آمد. مؤلفه‌هایی که میانگین وزن آنها از میانگین بعد کلان مربوط به خودشان کمتر بود، حذف و پنج بعد کلان از سی و چهار مؤلفه تشکیل گردیدند. به نحوی که از تعداد یازده مؤلفه مربوط به بعد کلان صداقت و پابندی به پیمان (۱۸.۷۰)؛ چهار مؤلفه صداقت در مقابل دروغگویی؛ خیانت در مقابل وفای به عهد؛ تهمت و افترا؛ ظاهرسازی و دورویی؛ از هفده مؤلفه مربوط به بعد کلان معنویت دینی (۱۷.۳۲) پنج مؤلفه ایمان به خدا؛ همنشینی با افراد ناهل و مشارکت در گناه؛ نیت الهی در مقابل غیرالهی؛ اشاعه زشتی بین دیگران؛ جهاد و از جان گذاشتن در راه خدا؛ از شصت و دو مؤلفه مربوط به بعد کلان رعایت حقوق و برادری (۱۶.۸۷) پانزده مؤلفه طمع به مال دیگران؛ استهزاء و تمسخر؛ ادای حقوق در مقابل پایمال کردن حقوق دیگران؛ التزام به پرداخت خمس، زکات و مالیات؛ سخن چینی و غیبت؛ تحقیر و سرزنش؛ پرده‌داری در مقابل رعایت حریم خصوصی دیگران؛ مهربانی در مقابل آزار و سنگدلی؛ سوءظن و بدگمانی؛ بی‌تفاوتی نسبت به مشکلات دیگران حفظ و خیرخواهی آنان؛ بخل در مقابل رواداری؛ امر به معروف و نهی از منکر؛ سبقت در کارهای خیر؛ حسد؛ خودبرتربینی؛ از بیست و دو مؤلفه مربوط به بعد کلان ادب و عفت (۱۶.۵۶) پنج مؤلفه انتقام در مقابل گذشت بزرگوارانه؛ خوش‌خلقی در مقابل سوء خلق؛ پوشیدگی و حجاب در مقابل عدم رعایت حجاب؛ عفت و پاکدامنی؛ حفظ اسرار و عزت انسانی خود؛ از دوازده مؤلفه مربوط به مشارکت و همبستگی (۱۶.۲۲)، پنج مؤلفه تعاون و همکاری در امور دینی؛ مشورت (با افراد شجاع، خدا ترس، آگاه و عالم ربانی)؛ اصلاح میان مردم؛ صلح ارحام و دیدار یکدیگر در مقابل قطع رحم و ازدواج باقی ماند.

جدول ۴: ابعاد کلان و مؤلفه‌های بعد فردی سلامت اجتماعی

ردیف	ابعاد کلان	تعداد مؤلفه	تعداد مؤلفه باقیمانده	مؤلفه‌های باقیمانده
۱.	صداقت و پابندی به پیمان	۱۱	۴	صداقت در مقابل دروغگویی خیانت در مقابل وفای به عهد تهمت و افترا ظاهرسازی و دورویی
۲.	معنویت دینی	۱۷	۵	ایمان به خدا همنشینی با افراد ناهل و مشارکت در گناه نیت الهی در مقابل غیرالهی اشاعه زشتی بین دیگران جهاد و از جان گذاشتن در راه خدا
۳.	رعایت حقوق و برادری	۶۲	۱۵	طمع به مال دیگران استهزاء و تمسخر ادای حقوق در مقابل پایمال کردن حقوق دیگران التزام به پرداخت خمس، زکات و مالیات سخن چینی و غیبت تحقیر و سرزنش پرده‌داری در مقابل رعایت حریم خصوصی دیگران مهربانی در مقابل آزار و سنگدلی سوءظن و بدگمانی بی‌تفاوتی نسبت به مشکلات دیگران در مقابل حفظ و خیرخواهی آنان بخل در مقابل رواداری امر به معروف و نهی از منکر سبقت در کارهای خیر

ردیف	ابعاد کلان	تعداد مولفه	تعداد مولفه باقیمانده	مولفه‌های باقیمانده
				حسد
				خود برترینی
۴	رعایت کرامت و عفت	۲۲	۵	انتقام در مقابل گذشت بزرگوارانه
				خوش خلقی در مقابل سوء خلق
				پوشیدگی و حجاب در مقابل عدم رعایت حجاب
				عفت و پاکدامنی
				حفظ اسرار و عزت انسانی خود
۵	مشارکت و همبستگی	۱۲	۵	تعاون و همکاری در امور دینی
				مشورت (با افراد شجاع، خدا ترس، آگاه و عالم ربانی)
				اصلاح میان مردم
				صله ارحام و دیدار یکدیگر در مقابل قطع رحم
				ازدواج

### آیا پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر دیدگاه اسلام از اعتبار لازم برخوردار است؟

برای تدوین پرسشنامه بر اساس سی و چهار مولفه باقیمانده، خزانه سوالاتی شامل ۳۸۳ گویه در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، تنظیم گردید و پس از ویرایش روایی صوری ۲۰۲ سوال مورد تایید پنج نفر از اساتید و صاحب نظران روان شناسی و علوم اسلامی قرار گرفت. به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه، از جامعه زنان و مردان شهر تهران که مسلمان، دارای سن ۱۸ تا ۶۵ سال و سواد خواندن و نوشتن، نمونه‌ای با حجم پنجاه نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پرسشنامه بر روی آنان اجرا گردید و سوالات دارای همبستگی منفی یا ضریب همبستگی پایین، حذف و ۱۵۸ سوال باقی ماند.

جدول ۵: ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی ۱۵۸ سوالی و مقیاس‌های آن

ابعاد	تعداد سوالات/مقیاس	مقدار ضریب آلفا	فراوانی
صداقت و پابندی به پیمان	۲۵	۰/۸۲۰	۲۳۱
معنویت دینی	۲۳	۰/۸۵۳	۲۳۱
رعایت حقوق و برادری	۶۷	۰/۹۱۴	۲۳۱
رعایت کرامت و عفت	۲۵	۰/۷۸۷	۲۳۱
مشارکت و همبستگی	۱۸	۰/۷۸۵	۲۳۱
بعد فردی سلامت اجتماعی	۱۵۸	۰/۹۵۹	۲۳۱
پنج مقیاس	۵	۰/۸۹۴	۲۳۱

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود در اجرای پرسشنامه ۱۵۸ سوالی بعد فردی سلامت اجتماعی بر ۲۳۱ نفر از شهروندان تهرانی، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه حدود ۰/۹۶، و برای مقیاس صداقت و پابندی به پیمان ۰/۸۲، مقیاس معنویت دینی ۰/۸۵، مقیاس رعایت حقوق و برادری ۰/۹۱، مقیاس حفظ ادب و احترام حدود ۰/۷۹ و مقیاس مشارکت و همبستگی دارای ضریب آلفای کرونباخ حدود ۰/۷۹ به دست آمد، که نشان دهنده اعتبار مطلوب و بالای پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی است.

جدول ۶: ضریب همبستگی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی ۱۵۸ سوالی و مقیاس‌های آن

مقیاس‌ها	صداقت و پابندی به پیمان	معنویت دینی	رعایت کرامت و عفت	رعایت حقوق و برادری	مشارکت و همبستگی
صداقت و پابندی به پیمان	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████
معنویت دینی	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████
رعایت کرامت و عفت	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████
رعایت حقوق و برادری	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████
مشارکت و همبستگی	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████
بعد فردی سلامت اجتماعی	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████
سطح معناداری	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████
فراوانی	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████

با توجه به جدول فوق در اجرای پرسشنامه ۱۵۸ سوالی بعد فردی سلامت اجتماعی بر ۲۳۱ نفر از شهروندان تهرانی، بیشترین همبستگی درونی میان مقیاس‌ها با بعد فردی سلامت اجتماعی به ترتیب متعلق به مقیاس‌های رعایت حقوق و برادری (۰.۹۷)، حفظ ادب و احترام (۰.۸۶)، معنویت دینی (۰.۸۵)، مشارکت و همبستگی (۰.۷۹) و صداقت (۰.۷۱) می‌باشد. همچنین بیشترین همبستگی میان مقیاس‌ها، مربوط به همبستگی مقیاس حفظ ادب و احترام با مقیاس رعایت حقوق و برادری (۰.۷۸) و با مقیاس معنویت دینی (۰.۷۷) می‌باشد. همبستگی مقیاس رعایت حقوق و برادری با مقیاس معنویت دینی (۰.۷۵)، و با مقیاس مشارکت و همبستگی (۰.۷۲) است و کمترین ضریب همبستگی میان مشارکت و همبستگی با صداقت و پابندی به پیمان، (۰.۳۴۱) می‌باشد. نتایج گویای آن است که میزان همبستگی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی با تمامی ابعاد صداقت و پابندی به پیمان، معنویت دینی، رعایت حقوق و برادری، حفظ ادب و احترام و مشارکت و همبستگی مثبت معنادار و قوی دارد که حاکی از همسانی درونی بالای ابعاد مختلف پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی با یکدیگر می‌باشد.

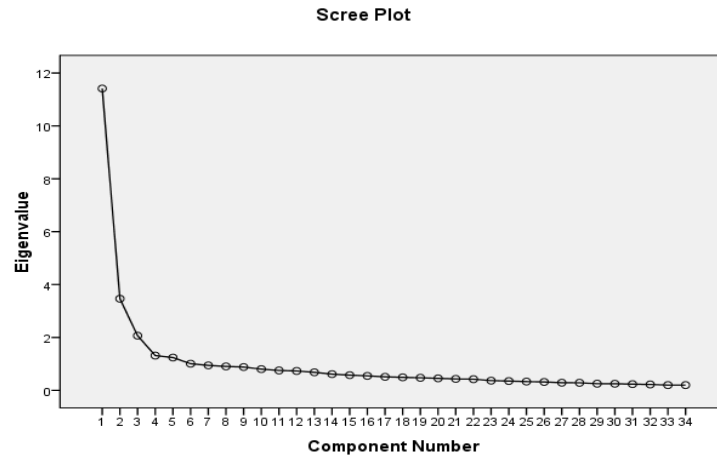
### آیا پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر دیدگاه اسلام از روایی لازم برخوردار است؟

برای تعیین روایی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی و مشخص ساختن اینکه آیا پرسشنامه تدوین شده واقعاً سلامت اجتماعی فرد را می‌سنجد، سی و چهار مولفه تشکیل دهنده سلامت اجتماعی فرد بر اساس آموزه‌های اسلام مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند.

جدول ۷: آزمون K.M.O و بارتلت

آزمون KMO و بارتلت	سطح معناداری
██████████	██████████

بر اساس نتیجه آزمون KMO که مقدار آن برابر با ۰.۹۲۳ و بزرگتر از ۰.۷۰ و شاخص کرویت بارتلت نیز از نظر آماری معنادار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که داده‌ها برای تحلیل عاملی شرایط لازم را دارند. برای اینکه معلوم شود، چند عامل بنیادی می‌توان استخراج کرد، نمودار اسکری توسط نرم‌افزار SPSS تولید شد که در زیر نشان داده شده است.



طبق نمودار فوق سی و چهار مولفه به دست آمده قابل تحلیل به مولفه‌های بنیادی تری هستند که تعداد مولفه‌ها در محور عمود نمودار مشخص گردیده‌اند.

جدول ۸: ماتریکس مولفه‌های چرخش یافته

ردیف	مولفه‌ها	عامل‌ها
۱.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۲.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۳.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۴.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۵.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۶.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۷.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۸.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۹.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳
۱۰.	مولفه ۱۳، ۲۷، ۲۸، ۲۹	۱، ۲، ۳

با توجه به جدول فوق سی و چهار مولفه بعد فردی سلامت اجتماعی به چهار عامل بنیادی تقلیل یافتند. به نحوی که مولفه‌های ۱۳، ۲۷ و ۲۸، به ترتیب شامل داشتن پوشیدگی و حجاب، عدم سوءظن و بدگمانی و برخورداری از عفت و پاکدامنی در روابط اجتماعی، در عامل اول قرار گرفتند. مولفه‌های ۲۲، ۳۲ و ۱۹ به ترتیب شامل نیت الهی، اصلاح میان مردم و فقدان خودبرتربینی، در عامل دوم قرار گرفتند. مولفه‌های ۲۹ و ۱۶ شامل حفظ اسرار و عزت انسانی خود در روابط اجتماعی و امر به معروف و نهی از منکر در عامل سوم و همچنین مولفه‌های ۱۸ و ۲۴ شامل پرهیز از حسد و جهاد و از جان گذاشتن در راه خدا در عامل چهارم قرار دارند.

جدول ۹: تحلیل عاملی سی و چهار مولفه تشکیل دهنده بعد فردی سلامت اجتماعی

مولفه‌ها	ارزش ویژه اولیه			مجموع مجدورات بارهای عاملی استخراج شده			مجموع مجدورات بارهای عاملی چرخش یافته		
	مجموع	درصد واریانس	تجمع واریانس‌ها	مجموع	درصد واریانس	تجمع واریانس‌ها	مجموع	درصد واریانس	تجمع واریانس‌ها
۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۲	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۳	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۴	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

بر اساس معیار کیزر عامل‌هایی که از ارزش ویژه کمتر از یک برخوردار بودند، در انتخاب عامل‌ها به حساب نیامدند. طبق جدول فوق چهار عامل بنیادی مذکور بیش از ۶۹ درصد واریانس سازه مورد نظر را تبیین می‌کنند. از آنجا که ۶۹ درصد بیشتر از ۵۰ درصد است، بنابراین نتیجه می‌گیریم که مقیاس مورد نظر از روایی سازه خوبی برخوردار است.

### نرم مناسب برای تفسیر نمره‌های پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی چگونه است؟

جدول ۹: جدول آمار توصیفی مقیاس‌های پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی

مقیاس‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	واریانس
صداقت و پابندی به پیمان	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
معنویت دینی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
رعایت کرامت و عفت	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
رعایت حقوق و برادری	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
مشارکت و همبستگی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
بعد فردی سلامت اجتماعی	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

برای تفسیر نمره‌های خام افراد در هر یک از مقیاس‌های پنج‌گانه بعد فردی سلامت اجتماعی می‌توان نمره‌های خام را به صورت نمره-های T با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ تبدیل و آن را به صورت زیر تفسیر کرد. به عنوان مثال اگر نمره خام مقیاس صداقت و پابندی به پیمان یک آزمودنی برابر ۶۰ باشد، با توجه به جدول ۹ میانگین و انحراف معیار این مقیاس به ترتیب برابر با ۱۰۰ و ۱۰۰ است، که نمره T این آزمودنی به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$T = \frac{x - \bar{x}}{s} \times 10 + 50$$

$$T = \frac{60 - 100}{10} \times 10 + 50 = 50$$

نمره‌های T بین ۴۰ تا ۶۰ نشان دهنده وضعیت بهنجار و نمره‌های بالاتر از ۶۰ نشان دهنده سطح بالای خصیصه مورد سنجش و نمره-های کمتر از ۴۰ نشان دهنده سطح پایین خصیصه مورد سنجش خواهد بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل عاملی صورت گرفته بر سی و چهار مولفه بعد فردی سلامت اجتماعی که در روش کیفی بر اساس آموزه‌های اسلام و نظرات اساتید و صاحب‌نظران گروه دلفی و گروه متمرکز به دست آمد، گویای آن است که اصلی‌ترین این مولفه‌ها برای تعیین سلامت اجتماعی افراد اصلاح میان مردم، نیت الهی در رفتارهای اجتماعی، فقدان خودبرتربینی، گذشت بزرگووارانه، حفظ پوشیدگی و حجاب، فقدان سوءظن و بدگمانی، عفت و پاکدامنی، امر به معروف و نهی از منکر و حفظ اسرار و عزت انسانی خود در روابط اجتماعی می‌باشند. یافته‌های پژوهش در خصوص ابعاد و مولفه‌های بعد فردی سلامت اجتماعی با بخشی از نتایج پژوهش‌های



خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۸)، باقری، خسروی و اسکندری (۱۳۷۸)، آذربایجانی (۱۳۸۰)، بهرامی (۱۳۸۰)، چلبیانلو و عزیزی (۱۳۸۲) و پیمایش ملی ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان (۱۳۸۲) همسو می‌باشد.

ترتیب اولویت پنج بعد کلان سلامت اجتماعی می‌تواند گویای نکات قابل توجهی است. التزام و پابندی به مولفه‌های صداقت و پابندی به پیمان نیاز ضروری برای برخورداری از حداقل سلامت اجتماعی است و بدون آن التزام به سایر ابعاد ارزش خاصی نخواهند داشت. زیرا بعد صداقت و پابندی به پیمان بیشترین وزن را نسبت به چهار بعد دیگر به دست آورده و اولویت دارترین مولفه‌های این بعد، پرهیز از دروغگویی و رعایت صداقت در گفتار و رفتار اجتماعی و دومین اولویت مربوط به بعد معنویت دینی می‌باشد. پس از آن انتظار می‌رود که فرد صادق و پایبند به پیمانی که ایمان به خدا و نیت خالص در تمامی روابط اجتماعی دارد، در روابط خود با سایر مسلمانان نیز می‌بایست بعد حقوق و برادری ایمانی را رعایت نماید. چرا که طبق آموزه‌های اسلامی خداوند حقوق مردم را بر حقوق خود مقدم داشته (تمیمی آمدی، ۱۳۶۶ ح ۴۷۸۰). چنانچه مولفه‌های بعد حقوق و برادری از تعداد و گستردگی بیشتری نسبت به مولفه‌های سایر ابعاد برخوردار است. همچنین برای دستیابی به حداکثر سلامت اجتماعی ضروری است مولفه‌های دو بعد کرامت و عفت و مشارکت و همبستگی در ارتباط با دیگران رعایت نماید. بر اساس آموزه‌های اسلامی رعایت کرامت و همبستگی با دیگران بدون پابندی به صداقت، معنویت دینی و رعایت حقوق و برادری چیزی بیش از شرک، تظاهر و ریا، خودخواهی، نیرنگ و کشش حیوانی موقتی نیست. به عبارتی میزان بالای مولفه‌های معنویت دینی در صورت پایین بودن میزان مولفه‌های صداقت و پابندی به پیمان؛ یا میزان بالای مولفه‌های رعایت حقوق و برادری در صورت پایین بودن میزان مولفه‌های معنویت دینی؛ یا میزان بالای مولفه‌های مشارکت و همبستگی در صورت پایین بودن میزان مولفه‌های حفظ کرامت و عفت خود در ارتباط با دیگران چیزی جز نیرنگ، شرک و ریا، خودخواهی و رفتار ناسالم اجتماعی نمی‌باشد.

پیروی افراد جامعه از رفتارهای منافی سلامت رسانه‌های بین‌المللی؛ آسیب‌های ناشی از پیروی از نظام، شاخص و محصولات وارداتی سلامت و فقدان نظام جامع آموزش مهارت‌های زندگی و سلامت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی اهمیت موضوع را چند برابر می‌نماید (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۷). مفهوم سلامت اجتماعی پیش‌تر در کشورهای صنعتی و توسعه یافته مورد توجه قرار گرفته ولیکن با توجه به تاثیرگذاری ارزش‌های فرهنگی هر جامعه بر تعیین شاخص و مولفه‌های ابعاد مختلف سلامت به ویژه سلامت اجتماعی، تعمیم و پیروی از آن در جامعه اسلامی ما درست نمی‌باشد. با توجه به نقشه جامع علمی کشور یکی از اولویت اول علم و فناوری در حوزه سلامت "الگوهای شیوه زندگی سالم منطبق با آموزه‌های اسلامی" است و یکی از راهبرد ملی آن به "توسعه آموزش و پژوهش در زمینه ترویج شیوه‌های زندگی سالم و اسلامی و نیز عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و بهداشت" تاکید داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر به برخی از مولفه‌های بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس آموزه‌های اسلامی اشاره نموده که فرهنگ‌سازی و نهادینه‌سازی آنها با استفاده از ظرفیت نهادهای فرهنگی و آموزشی، گامی مهم در دستیابی به ابعاد مختلف سلامت خواهد بود.

#### منابع

آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۰). **آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. پژوهشکده حوزه و دانشگاه قم.

الوانی، مهدی و تقوی، میرعلی (۱۳۸۳). **مفاهیم و نظریه‌های سرمایه اجتماعی**. فصلنامه مطالعات مدیریت، شماره ۳۴، ۳۳ و ۴۷ صص ۷۰-۵۳.

باقری، خسرو؛ خسروی، زهره و حسین اسکندری (۱۳۷۸). **ساخت و اعتباریابی مقیاس عمل‌سنجی بر اساس دیدگاه اسلامی**. پژوهش منتشر نشده.

بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۰). **بررسی مقدماتی میزان اعتبار و روایی مقیاس جهت‌گیری مذهبی**. پژوهش منتشر نشده.  
خداپاری‌فرد، محمد؛ غباری بناب، باقرو محسن شکوهی یکتا (۱۳۷۹). **آماده‌سازی مقیاس نگرش مذهبی دانشجویان**. مجله روان‌شناسی. شماره ۱۵، سال چهارم، صص ۲۸۵-۲۶۸.

رفیعی، حسن؛ سمیعی، مرصده؛ امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی (۱۳۸۹). **سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار**. مجموعه مقالات و سخنرانی‌های نخستین هم‌اندیشی ملی سلامت اجتماعی. تهران: وزارت سلامت، درمان و آموزش پزشکی.

رمضان‌خانی، خالقی، سلطانی، میرآقایی و کیهانی (۱۳۸۹). **عوامل موثر بر سلامت اجتماعی زنان شهر تهران**. اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت [خلاصه مقالات]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات سلامتی و درمانی ایران.

سازمان ملی جوانان (۱۳۸۷). **برنامه ملی ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی جوانان** (منتشر نشده). سیف، علی‌اکبر (۱۳۸۶). **تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه‌ها و روش‌ها**. چاپ نهم، تهران: نشر دوران.  
عبداله تباری، هادی؛ کلدی، علیرضا؛ محقق، کمال؛ سیدحسین، فروزان؛ آمنه، ستاره و صالحی، مسعود (۱۳۸۷). **بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان**. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۸ (۳۰-۳۱): ۱۷۱-۱۸۹.

عطاردی، عزیز (۱۳۷۸). **الله ایمان و کفر - ترجمه الایمان و الکفر بحار الانوار**. تهران: انتشارات عطارد.  
قرشی، سید علی اکبر (قرن ۱۵). **قاموس قرآن**. ناشر: دار الکتب الإسلامیة، ج ۳، ص ۲۹۶؛ تهران: سال چاپ: ۱۳۷۱؛ نوبت چاپ: ششم.

کوک، مایکل (۱۳۸۶). **امر به معروف و نهی از منکر در اندیشه اسلامی**. ترجمه احمد نمایی. مشهد: بنیاد پژوهش‌های اسلامی (سال نشر اثر به زبان اصلی ۲۰۰۲).

مجلسی، علامه محمد باقر بن محمد تقی (۱۰۳۷-۱۱۱۱ هجری). **بحار الأنوار الجامعة لدرر أخبار الأئمة الأطهار علیهم السلام**. تهران: ناشر اسلامیة. علامه مجلسی.

مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۸۹). **آسیب‌شناسی مشکلات اجتماعی و اخلاقی در جامعه ایران**. گزارش راهبردی، مرکز تحقیقات استراتژیک. سال ۴ شماره ۹۸.

مصباح یزدی، محمد تقی (۱۳۸۸). **رستگاران**. تدوین و نگارش محمد مهدی نادری قمی. قم: انتشارات موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی (۱۳۸۲). **پیمایش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان**. دفتر طرح‌های ملی.

Belloc, N. B., Breslow, L., and Hochstim, J. R. (1971). Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 93, 328-336.

Jirincova, B., & Svoboda, M. (2010). Social Health In Terms of Students of Educational Courses. *School and Health*, 21, 191-199.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 61, 121-141.

- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. (2004). Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology, Pp. 350-372 in *How Healthy Are We? A National Study of Well Being at Midlife*, edited by Orville G. Brim, Carol Ryff and Ronald Kessler. Chicago: University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022.
- Northrup-Snyder, K. (2010). Community Health Concepts. Retrieved from database: <http://www.CommunityHealthConcepts.com>
- of Religion, 34, 259-267.
- Skulmoski, G. J., Hartman, F. t. & Krahn, J. (2007). The Delphi Method for Graduate Research. *Journal of Information Technology Education*, 6, (1), 1-21
- Ustun, B. T., & Jakob, R. (2005). Re-defining 'Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 802.
- World Health Organization (1985). Targets in Support of the European Strategy for Health for All. Retrieved from database: [http://ped.sagepub.com/content/9/1\\_suppl/12](http://ped.sagepub.com/content/9/1_suppl/12).





پښتونستان د علومو او انساني مطالعاتو فریښتی  
پرتال جامع علوم انسانی