

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام و پایش شهروندان تهرانی بر اساس آن

محمد مهدی شمسایی^۱

حسن پاشاشریفی^۲

محمد باقر صابری زفرقندی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۷/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۲۲

بعد فردی سلامت اجتماعی، جنبه‌ای از سلامت فرد است که اساساً به شخصیت فرد به‌عنوان موجودی اجتماعی توجه دارد. نظریه‌های موجود در این زمینه از نظر ماهیت و کیفیت سرشت- سرنوشت انسان، تفاوت و گاه تضادهای بنیادین با نگاه اسلام دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی و سنجش بعد فردی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی‌شان انجام شده است. پژوهش حاضر از نوع کاربردی، اکتشافی و پس‌رویدادی است. ۹۶۲ آزمودنی به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای منظم انتخاب شدند. داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل واریانس بررسی گردیدند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام ۰/۹۶ و مقیاس تدوین شده ۵۹ درصد واریانس بعد فردی سلامت اجتماعی را تبیین می‌نماید. بعد فردی سلامت اجتماعی در مردان، افراد مجرد، بی‌کار و گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال پایین‌تر از زنان، افراد متأهل، شاغل و گروه‌های سنی بالاتر است. در وضعیت ترسیمی و مورد انتظار دیدگاه اسلام با وضعیت سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی تفاوت وجود دارد. پیشنهاد می‌شود نظام سلامت کشور و برنامه ملی سلامت جوانان در تدوین راهبردها و برنامه‌های کلان خود، مفهوم سلامت اجتماعی را مبتنی بر آموزه‌های اسلام مد نظر قرار دهد و ارتقای سلامت اجتماعی مردان، افراد مجرد، بی‌کار و گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال مورد توجه ویژه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: بعد فردی سلامت اجتماعی، آموزه‌های اسلام، شهروندان تهرانی و جوانان

Email: shamsaei@bandargaziiau.ac.ir

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرگز (نویسنده مسؤول)

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

۳- استادیار روان‌پزشکی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

سلامت، مفهومی پویا و گسترده در مسیر رشد و تکامل انسان است و دستیابی به آن هدف اصلی سیاست‌گذاران حوزه سلامت به شمار می‌آید. 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، اجتماعی و معنوی می‌داند (سازمان بهداشت جهانی، ۱، ۱۹۸۵). کیز و شاپیرو^۲ (۲۰۰۴) توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران به منظور ایجاد روابط ارضا کننده فردی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی را سلامت اجتماعی^۳ می‌نامند. پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال (کیز، شموتکین و رایف، ۴، ۲۰۰۲) کیفیت و کمیت تساوی افراد و میزان درگیر شدن فرد با اجتماع (دنالد، ۵، ۱۹۷۹ به نقل از رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹) و توانایی انجام راحت و موثر نقش‌های اجتماعی بدون آسیب رساندن به دیگران (نورطراپ و اسنایدر، ۶، ۲۰۱۰) از جمله سایر تعاریف ارائه شده پیرامون سلامت اجتماعی می‌باشند. استون و جیکوب^۷ (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؛ ج) سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی. در رویکرد سلامت اجتماعی به مثابه جنبه-ای از سلامت فرد، به طور بنیادی به شخصیت فرد به‌عنوان موجودی اجتماعی نگریسته می‌شود (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹). 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

۱- World Health Organization (WHO)

۲- Keyes And Shapiro

۳- Social health

۴- Ryff

۵- Denald

۶- Northrup&Snyder

۷- Ustun And Jakob

اعمال می‌شود (جیرینکوا و اسوبودا، ۲۰۱۰). مولفه‌های اصلی این رویکرد استقلال، خودجوشی، توانایی ارتباط با گستره‌ای از مردم و کار کردن با آن‌ها و مسئولیت‌پذیری اجتماعی می‌باشد (فیلیس، ۲۰۰۷).

پایه و مبنای علوم انسانی غربی مبتنی بر فلسفه‌های غیردینی، مادی‌گرا، مسئول ندانستن انسان در قبال خداوند، حیوان‌انگاشتن انسان و نداشتن نگاه معنوی به انسان می‌باشد (حسینی خامنه‌ای، ۱۳۹۱). مفهوم سلامت اجتماعی پیش‌تر در کشورهای صنعتی و توسعه یافته مورد توجه قرار گرفته، ولی و در ایران ادبیات و نظریه بومی مورد تولید نشده است. نوع نگاه به جنبه‌های ماهوی و کیفیت سرشت و سرنوشت انسان که "از خدا و به سوی خداست" (مائده، ۱۸؛ آل عمران، ۵۵؛ نور، ۴۲؛ ممتحنه، ۴؛ ق، ۴۳؛ زخرف، ۱۴؛ شوری، ۱۵؛ یس، ۸۲؛ بقره، ۲۸۵؛ ملک، ۱۵؛ تغابن، ۳؛ غافر، ۴۳؛ زمر، ۴۴؛ لقمان، ۱۴ و یونس، ۴) دیدگاهی متفاوت است که و گاه تضادهای بنیادی با نظریه‌پردازی‌های علوم انسانی غربی دارد. بدیهی است که این شناخت 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 را به نفع خود ترجیح دهد (سیف، ۱۳۸۶) - بینجامد. تمدن امروزی با پشت کردن به مشارکت، همبستگی، اخلاق اجتماعی و به جای آن گسترش تضاد، تعارض و خشونت در زندگی اجتماعی سبب بروز نوعی تنگ‌خلقی و بی‌زاری از هم‌نوع شده است (وزارت کشور، ۱۳۷۵). حمایت اجتماعی، اتحاد یا انزوای اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی، نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی، ارتباط تنگاتنگی با سلامت دارند (بلاکستر، ۱۹۹۰) ولی اهمیت بسیاری از عوامل اصلی تعیین‌کننده سلامت همچون روابط اجتماعی، اعتماد متقابل بین شهروندان و سرمایه اجتماعی مورد غفلت قرار گرفته است (به نقل از سلطانی بهرام، بهارلویی، ۱۳۸۹). دشمن امروز فقط هرزگی نیست، بلکه فردگرایی است (کوک، ۲۰۰۲؛ ترجمه نمایی، ۱۳۸۶). 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). این مسائل در کنار فقدان نظام جامع آموزش مهارت‌های زندگی اجتماعی حاکی از وجود مشکلات بالقوه‌ای در این زمینه می‌باشد. از دیدگاه فاروقی (۱۳۹۱) یکی از مراحل دوازده‌گانه اجرایی شدن اسلامی‌سازی دانش، تاکید بر شناسایی و رفع مشکلات و بحران‌های امت اسلامی است. اسلام به‌عنوان کامل‌ترین نسخه هدایت الهی تا آخرین نسل بشر

الگوها و مبانی جامع و دقیقی در مورد تفکر، احساس و رفتار شایسته و سالم فرد در تعامل و ارتباط با دیگران ارائه نموده است؛ به گونه‌ای که سلامت و سلام به معنای کنار بودن از آفات ظاهری و باطنی است و قلب سلیم از شک، حسد و کفر دور می‌باشد (واقعه، آیات ۲۵ و ۲۶). از این رو، گفتار و رفتار باید از هم‌دیگر در سلام باشند.

در مجموع، با توجه به وابستگی مفهوم سلامت اجتماعی به ارزش‌های فرهنگی جامعه و ماندگاری و اثربخشی بیشتر آموزش این مفاهیم در سنین پایین‌تر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر قرآن و آموزه‌های اسلام و سنجش بعد فردی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی‌شان، به‌عنوان اهداف اصلی، پژوهش تعیین گردید.

روش شناسی پژوهش

پژوهش کاربردی حاضر، از نوع اکتشافی و توصیفی است. پژوهشگر هیچ مداخله و تاثیری در میزان بعد فردی سلامت اجتماعی نداشته و از این بعد، پژوهشی پس‌رویدادی و از لحاظ مدت زمان اجرای تحقیق، جزو مطالعات مقطعی است.

جامعه و نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی شهروندان مسلمان ۱۸ تا ۶۵ ساله، اعم از زن و مرد می‌باشد که در سال ۱۳۹۰ ساکن محدوده قانونی ۲۲ منطقه شهر تهران بودند 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 بالای ۱۸ سال خانوار، بود. 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 به‌طور 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 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 می‌گردید و این عمل تا پایان تعداد ۲۰ نمونه یا 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.

برای برآورد حجم نمونه و به منظور افزایش ضریب دقت و کاهش خطای نمونه‌گیری مقدار دقیق حجم نمونه از فرمول کوکران^۱ استفاده شد که بر اساس آن n برابر با حجم نمونه، N جمعیت افراد ۱۵ تا ۶۵ سال شهر تهران در سال ۱۳۸۵ که برابر با ۵۷۶۵۲۹۹ نفر می‌باشد، $Z_{1-\alpha/2}$ برابر با ضریب اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۱/۹۶ از منحنی نرمال، p برابر با نسبت دارا بودن صفت مورد بررسی (حداکثر فرض برابر با ۰/۵)، q نسبت فقدان صفت مورد بررسی (حداکثر فرض برابر با ۰/۵) و مقدار d یا فاصله اطمینان ۰/۰۳ در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{N \left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} \right)^2 p \cdot q}{(N-1)d^2 + z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{5765299(1.96)^2 \cdot 5 \cdot 5}{(5765299 - 1) \cdot 0.003^2 + (1.96)^2 \cdot 5 \cdot 5} \rightarrow n = 1066$$

بنابراین، با در نظر گرفتن مقادیر فوق و جایگذاری آن در رابطه بالا، حداقل حجم نمونه لازم برابر ۱۰۶۶ نفر بدست آمد. در این تحقیق با توجه به احتمال عدم همکاری برخی از شهروندان، تعداد نمونه‌ها برابر ۱۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد که پس از توزیع این تعداد پرسشنامه، ۱۰۷۸ نفر حاضر به همکاری شدند و پرسشنامه‌ها را بازگرداندند. پس از گردآوری اطلاعات ۱۰۷۸ پرسشنامه بازگردانده شده و حذف پاسخگوییانی که به کمتر از هشتاد درصد از سوالات پاسخ داده بودند، در نهایت اطلاعات ۹۶۲ پرسشنامه در تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

¹ - Cochran

ابزار گردآوری اطلاعات

الف: پرسشنامه جمعیت شناختی: پرسشنامه جمعیت شناختی تنظیم شده شامل اطلاعات مربوط به جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال و گروه سنی پاسخگویان است.

ب: پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی: روایی و اعتبار پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام، بر اساس چندین مرحله مطالعات کیفی و اجرای پایلوت بر پنجاه نفر از اقشار اجتماعی مختلف مورد تایید قرار گرفت. برای امتیاز دهی به سوالات پرسشنامه به گزینه کاملاً درست امتیاز ۴، درست ۳، تا حدی درست ۲، نادرست ۱ و کاملاً نادرست امتیاز صفر تعلق گرفت و برای گویه‌هایی که بار معنایی منفی دارند، کدگذاری آنها به صورت معکوس انجام شد. این پرسشنامه دارای ۱۵۸ سوال در پنج مقیاس صداقت و پایبندی به پیمان (شامل مولفه‌های صداقت در مقابل دروغگویی، خیانت در مقابل وفای به عهد، تهمت و افترا و ظاهرسازی و دورویی)، معنویت دینی (شامل مولفه‌های 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)، رعایت حقوق و برادری (شامل مولفه‌های طمع به مال دیگران، استهزا و تمسخر، ادای حقوق در مقابل پایمال کردن حقوق دیگران، التزام به پرداخت خمس، زکات و مالیات، سخن‌چینی 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، حسد، خودبرتربینی)، رعایت کرامت و عفت (شامل مولفه‌های انتقام در مقابل گذشت بزرگوارانه، خوش‌خُلُقی در مقابل سوء خُلُق، پوشیدگی و حجاب در مقابل عدم رعایت حجاب، عفت و پاکدامنی، حفظ اسرار و عزت انسانی خود) و مقیاس مشارکت و همبستگی (شامل مولفه‌های تعاون و همکاری در امور دینی، مشورت، اصلاح میان مردم، صلح ارحام و دیدار یکدیگر در مقابل قطع رحم، ازدواج) است (شمسائی، پاشاشریفی و جدیدی، ۱۳۹۲).

روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها

بعد از جمع‌آوری و کدگذاری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم افزار آماری SPSS۱۶ و به کمک آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از روش‌های معمول در آمار توصیفی نظیر تهیه جدول

فراوانی، محاسبه شاخص‌های آماری و همچنین از روش‌های آمار استنباطی مانند آزمون تی استیودنت، آلفای کرانباخ، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

سوال اول: آیا پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی از اعتبار لازم برخوردار است؟
با توجه به محقق ساخته بودن پرسشنامه سنجش بعد فردی سلامت اجتماعی، برای بررسی اعتبار آن از روش همسانی درونی سوالات و مقیاس‌های پرسشنامه، از ضریب آلفای کرانباخ و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۱: جدول ضریب آلفای کرانباخ پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی و مقیاس‌های آن

فراوانی	مقدار ضریب آلفا	ابعاد
۹۶۲	۰/۸۲۰	صداقت و پابندی به پیمان
۹۶۲	۰/۸۵۳	معنویت دینی
۹۶۲	۰/۹۲۰	رعایت حقوق و برادری
۹۶۲	۰/۷۷۶	رعایت کرامت و عفت
۹۶۲	۰/۷۹۵	مشارکت و همبستگی
۹۶۲	۰/۹۶۲	بعد فردی سلامت اجتماعی
۹۶۲	۰/۸۴۳	پنج مقیاس

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که ضریب آلفای کرانباخ کل پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی ۰/۹۶ و برای مقیاس صداقت و پابندی به پیمان ۰/۸۲، معنویت دینی ۰/۸۵، رعایت حقوق و برادری ۰/۹۲، رعایت کرامت و عفت ۰/۷۷ و مشارکت و همبستگی ۰/۷۹ بدست آمد که نشان دهنده اعتبار مطلوب و بالای پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی است.

جدول ۲: جدول ماتریس همبستگی بین مقیاس‌های بعد فردی سلامت اجتماعی

رعایت کرامت و عفت	رعایت حقوق و برادری	معنویت دینی	صداقت و پابندی به پیمان	سلامت اجتماعی	مقیاس‌ها	
-----	-----	-----	-----	۰/۷۳۷	ضریب همبستگی	صداقت و پابندی به
-----	-----	-----	-----	۰/۰۰۰	سطح معناداری	

-----	-----	-----	-----	۹۶۲	فراوانی	پیمان
-----	-----	-----	۰/۴۷۱	۰/۸۵۷	ضریب همبستگی	معنویت دینی
-----	-----	-----	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری	
-----	-----	-----	۹۶۲	۹۶۲	فراوانی	
-----	-----	۰/۷۳۹	۰/۵۲۹	۰/۸۶۱	ضریب همبستگی	رعایت حقوق و برادری
-----	-----	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری	
-----	-----	۹۶۲	۹۶۲	۹۶۲	فراوانی	
-----	۰/۷۷۸	۰/۷۸۴	۰/۶۹۳	۰/۹۶۸	ضریب همبستگی	رعایت کرامت و عفت
-----	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری	
-----	۹۶۲	۹۶۲	۹۶۲	۹۶۲	فراوانی	
۰/۷۲۴	۰/۶۷۲	۰/۶۹۴	۰/۴۰۹	۰/۷۹۵	ضریب همبستگی	مشارکت و همبستگی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری	
۹۶۲	۹۶۲	۹۶۲	۹۶۲	۹۶۲	فراوانی	

با توجه به جدول فوق، بیشترین همبستگی درونی میان مقیاس‌ها با بعد فردی سلامت اجتماعی به ترتیب متعلق به مقیاس‌های رعایت کرامت و عفت (۰/۹۷)، رعایت حقوق و برادری (۰/۸۶)، معنویت دینی (۰/۸۵)، مشارکت و همبستگی (۰/۷۹) و صداقت (۰/۷۳) می‌باشد. همچنین بیشترین همبستگی میان مقیاس‌ها، مربوط به مقیاس رعایت کرامت و عفت با مقیاس‌های معنویت دینی و رعایت حقوق و برادری با ضریب همبستگی (۰/۷۸) و مقیاس رعایت حقوق و برادری با معنویت دینی (۰/۷۴) می‌باشد. نتایج گویای آن است که میزان همبستگی پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی با تمامی ابعاد صداقت و پایبندی به پیمان، معنویت دینی، رعایت حقوق و برادری، رعایت کرامت و عفت 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.

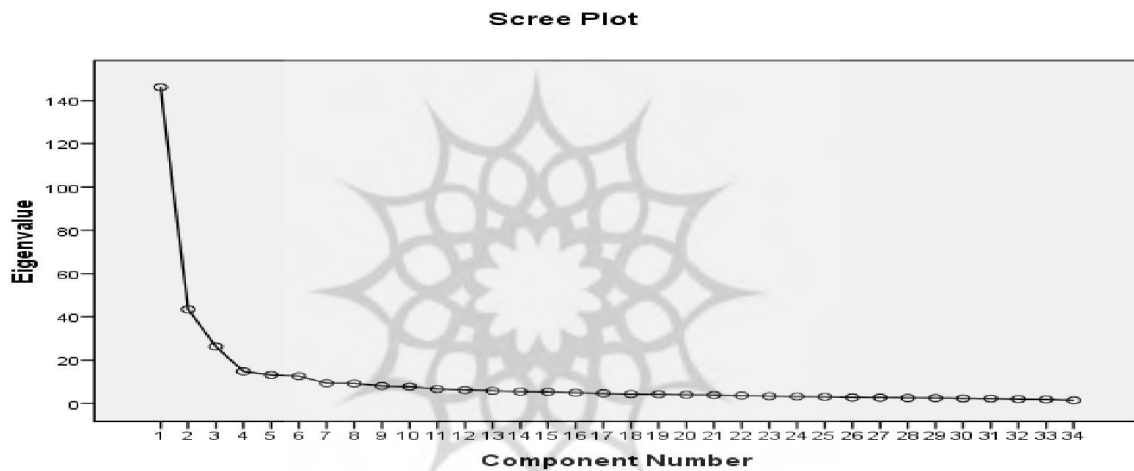
سوال دوم: آیا پرسشنامه بعد فردی سلامت اجتماعی از روایی لازم برخوردار است؟

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 ۳: آزمون K-M-O و بارتلت

۰/۹۵۵	آزمون KMO و بارتلت
۰/۰۰۰	سطح معناداری

بر اساس نتیجه آزمون KMO که مقدار آن برابر با ۰/۹۵۵ و بزرگتر از ۰/۷۰ است و شاخص کرویت بارتلت که از نظر آماری معنادار می‌باشد، 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 به‌دست آمده قابل تحلیل به مولفه‌های بنیادی‌تری هستند که تعداد مولفه‌ها در محور عمود نمودار مشخص گردیده‌اند. در جدول ۸، ارزش ویژه و درصد واریانس تبیین شده توسط عامل‌ها نشان داده شده است. بر اساس معیار کیزر عامل‌هایی که از ارزش ویژه کمتر از یک برخوردارند، در انتخاب عامل‌ها به حساب نمی‌یابند.

جدول ۴: جدول تحلیل عاملی سی و چهار مولفه تشکیل دهنده بعد فردی سلامت اجتماعی

ارزش ویژه اولیه			مولفه‌ها
تجمع واریانس‌ها	درصد واریانس	مجموع	
۳۸/۴۵۲	۳۸/۴۵۲	۱۴۶/۰۸۵	1
۲۹/۸۹۲	۱۱/۴۴۰	۲۳/۴۶۴	2
۵۶/۷۹۵	۶/۹۰۳	۲۶/۲۲۷	3
۶۰/۶۹۲	۳/۸۹۷	۱۴/۸۰۶	4

۶۴/۱۶۰	۳/۴۶۸	۱۳/۱۷۶	5
۶۷/۴۸۴	۳/۳۲۴	۱۲/۶۲۷	6
۶۹/۹۵۰	۲/۴۶۶	۹/۳۶۸	7
۷۲/۳۸۰	۲/۴۳۰	۹/۲۳۴	8
۷۴/۵۰۸	۲/۱۲۸	۸/۰۸۵	9
۷۶/۵۴۵	۲/۰۳۷	۷/۷۳۹	10
۷۸/۲۸۸	۱/۷۴۳	۲/۶۲۳	11
۷۹/۹۲۳	۱/۶۳۵	۶/۲۱۲	12
۸۱/۴۵۹	۱/۵۳۶	۵/۸۳۴	13
۸۲/۸۹۰	۱/۴۳۱	۵/۴۳۷	14
۸۴/۳۰۲	۱/۴۱۲	۵/۳۶۶	15
۸۵/۵۹۸	۱/۲۹۶	۴/۹۲۴	16
۸۶/۸۲۴	۱/۲۲۶	۴/۶۵۷	17
۸۷/۹۵۵	۱/۱۳۱	۴/۲۹۶	18
۸۹/۰۶۶	۱/۱۱۰	۴/۲۱۹	19
۹۰/۱۱۹	۱/۰۵۴	۴/۰۰۳	20
۹۱/۱۴۶	۱/۰۲۷	۳/۹۰۱	21
۹۲/۱۰۷	۰/۹۶۲	۳/۶۵۳	22
۹۲/۹۸۲	۰/۸۵۷	۳/۳۲۳	23
۹۳/۸۳۰	۰/۸۴۸	۳/۲۲۰	24
۹۴/۶۴۴	۰/۸۱۴	۳/۰۹۲	25
۹۵/۳۷۳	۰/۷۲۹	۲/۷۷۱	26
۹۶/۰۹۱	۰/۷۱۸	۲/۷۲۹	27
۹۶/۷۵۸	۰/۶۶۷	۲/۵۳۳	28
۹۷/۴۱۵	۰/۶۵۷	۲/۴۹۷	29
۹۸/۰۳۱	۰/۶۱۶	۲/۳۴۰	30
۹۸/۶۳۱	۰/۶۰۰	۲/۲۷۹	31
۹۹/۱۵۳	۰/۵۲۲	۱/۹۸۴	32
۹۹/۶۳۲	۰/۴۷۹	۱/۸۲۰	33
۱۰۰/۰۰۰	۰/۳۶۸	۱/۳۹۸	34

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، پرسشنامه تدوین شده می‌تواند حدود ۵۹ درصد از سلامت اجتماعی فرد را بسنجد که گویای روایی قابل قبول پرسشنامه می‌باشد. همچنین، می‌توان دریافت که بیش از

۶۰ درصد واریانس سازه مورد نظر به وسیله این شش عامل تبیین می‌شود. از آنجا که ۶۰ درصد بیشتر از ۵۰ درصد است، بنابراین نتیجه می‌گیریم که مقیاس مورد نظر از روایی سازه خوبی برخوردار است.

سوال سوم: آیا بین بعد فردی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی بر اساس جنسیت‌شان تفاوت دارد؟
جدول ۵: جدول آزمون t مقایسه میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس جنسیت

آزمون t		آزمون لوینسون		انحراف استاندارد	میانگین	فراوانی	جنسیت	
معناداری	درجه آزادی	t	معناداری					
۰/۰۱۴	۹۴۱	-۲/۴۶۵	۰/۰۰۱	۱۰/۸۶۲	۶۸/۸۸۹	۴۳۱	مرد	بعد فردی
					۵۹/۲۴۳	۴۰۰/۵۹	۵۱۲	زن

طبق جدول فوق چون t محاسبه شده (-۲/۴۶۵) از اندازه مبین جدول در سطح ۹۹ درصد بزرگتر است، می‌توان گفت که تفاوت میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی زنان در مقایسه با مردان از لحاظ آماری معنادار است؛ به نحوی که زنان از بعد فردی سلامت اجتماعی بالاتری نسبت به مردان برخوردارند.

سوال چهارم: آیا بین بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت تأهل تفاوت وجود دارد؟
جدول ۶: جدول آمار توصیفی بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت تأهل

مقیاس	وضعیت تأهل	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
بعد فردی سلامت اجتماعی	مجرد	۴۱۲	۳۸۳/۹۸۰	۶۲/۱۵۶
	متأهل	۴۷۲	۴۰۴/۴۶۳	۶۵/۱۲۲
	متارکه	۳۰	۴۱۵/۲۹۲	۵۲/۶۵۵
	مطلقه	۱۱	۴۰۱/۰۲۴	۵۱/۹۶۹
	فوت همسر	۱۱	۳۸۰/۵۵۷	۵۱/۹۶۹
	مجموع	۹۳۶	۳۹۵/۴۷۳	۶۳/۹۴۸

جدول ۷: جدول نتایج آزمون تحلیل واریانس بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت تأهل

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	بین گروه‌ها	بعد فردی سلامت اجتماعی
۰/۰۰۰	۶/۷۱۰	۲۶۷۸۵/۷۸۸	۴	۱۰۷۱۴۳/۱۵۴	بین گروه‌ها	
		۳۹۹۱/۸۸۳	۹۳۱	۳۷۱۶۴۴۲/۸۰۸	درون گروه‌ها	
			۹۳۵	۳۸۲۳۵۸۵/۹۶۲	مجموع	

با توجه به جدول فوق بین میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی پاسخگویان بر اساس وضعیت تأهل تفاوت معنادار وجود دارد، چرا که F محاسبه شده ($6/710$) از اندازه مبین جدول در سطح ۹۹ درصد بزرگتر است. برای تعیین اینکه تفاوت میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی بین کدامیک از گروه بندی‌های مربوط به وضعیت تأهل وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۸: جدول نتایج آزمون توکی مقایسه میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت تأهل

متغیر مستقل	وضعیت تأهل (I)	وضعیت تأهل (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	معناداری
بعد فردی سلامت اجتماعی	متأهل	متأهل	-۲۰/۴۸۴	۴/۲۶	۰
	متأهل	مجرد	-۲۰/۴۸۴	۴/۲۶	۰

طبق جدول آزمون توکی میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی افراد مجرد در مقایسه با سایر گروه‌بندی‌های مربوط به وضعیت تأهل تنها با میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی افراد متأهل تفاوت معنادار دارد؛ به اموری که افراد مجرد میانگین پایین‌تری در بعد فردی سلامت اجتماعی نسبت به افراد متأهل کسب نموده‌اند.

سوال پنجم: آیا بین میزان بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت اشتغال تفاوت وجود دارد؟

جدول ۹: جدول آمار توصیفی بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت اشتغال

مقیاس	وضعیت اشتغال	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
بعد فردی سلامت اجتماعی	بیکار	۱۱۰	۳۷۰/۷۷۰	۵۸/۶۶۳
	شاغل	۴۳۲	۴۰۳/۲۶۱	۶۵/۶۵۶
	خانه دار	۱۷۲	۴۰۱/۲۷۵	۶۰/۷۴۸
	سرباز	۱۳	۳۲۹/۳۲۷	۵۶/۲۸۰
	دانشجو	۱۳۷	۳۸۹/۴۷۶	۵۴/۴۱۷
	طلبه	۳	۳۵۸/۸۴۴	۶۷/۲۰۳
	بازنشسته	۲۷	۴۲۳/۸۶۰	۶۷/۲۸۲
	مجموع	۸۹۴	۳۹۶/۱۶۷	۶۳/۶۵۰

جدول ۱۰: جدول نتایج آزمون تحلیل واریانس بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت اشتغال

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	بین گروه‌ها	بعد فردی سلامت اجتماعی
۰/۰۰۰	۸/۰۲۵	۳۱۰۴۶/۹۲۷	۶	۱۸۶۸۱/۵۶۰	درون گروه‌ها	
		۳۸۶۸/۷۸۲	۸۸۷	۳۴۳۱۶۰۹/۸۱۵	مجموع	
		-----	۸۹۳	۳۶۱۷۸۹۱/۳۷۵		

با توجه به جدول فوق، میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت اشتغال پاسخگویان تفاوت معنادار دارد، چرا که F محاسبه شده (۸/۰۲۵) از اندازه مبین جدول در سطح ۹۹ درصد بزرگتر است. برای تعیین اینکه تفاوت بین کدامیک از گروه‌بندی‌های مربوط به وضعیت اشتغال پاسخگویان می‌باشد، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۱۱: جدول آزمون توکی مقایسه میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس وضعیت اشتغال

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	وضعیت اشتغال (J)	وضعیت اشتغال (I)	متغیر مستقل
۰	۶/۶۴۳	-۳۲/۴۹۲	شاغل	بیکار	بعد فردی سلامت اجتماعی
۰/۰۰۱	۷/۵۹۴	-۳۰/۵۰۵	خانه دار		
۰/۰۰۱	۱۳/۳۵۹	-۵۳/۰۹۰	بازنشسته		
۰	۶/۶۴۳	۳۲/۴۹۲	بیکار	شاغل	
۰/۰۰۱	۱۷/۵۰۹	۷۳/۹۳۵	سرباز		
۰/۰۰۱	۷/۵۹۴	۳۰/۵۰۵	بیکار	خانه دار	
۰/۰۰۱	۱۷/۸۹۱	۷۱/۹۴۸	سرباز		
۰/۰۰۱	۱۷/۵۰۹	-۷۳/۹۳۵	شاغل	سرباز	
۰/۰۰۱	۱۷/۸۹۱	-۷۱/۹۴۸	خانه دار		
۰/۰۱۶	۱۸/۰۵۱	-۶۰/۱۴۹	دانشجو		
۰	۲۰/۹۹۷	-۹۴/۵۳۳	بازنشسته	دانشجو	
۰/۰۱۶	۱۸/۰۵۱	۶۰/۱۴۹	سرباز		
۰/۰۰۱	۱۳/۳۵۹	۵۳/۰۹۰	بیکار	بازنشسته	
۰	۲۰/۹۹۷	۹۴/۵۳۳	سرباز		

طبق جدول آزمون توکی فوق، میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی افراد شاغل، بازنشسته، خانه‌دار و دانشجو در مقایسه با افراد بیکار و سرباز تفاوت معنادار دارد؛ به طوری که به ترتیب سربازان و بیکاران میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی کمتری به دست آورده‌اند.

سوال ششم: آیا بین بعد فردی سلامت اجتماعی و مقیاس‌های آن در گروه‌های مختلف سنی ۱۸ تا ۶۵ سال تفاوت وجود دارد؟

جدول ۱۲: جدول آمار توصیفی بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس گروه سنی

مقیاس‌ها	گروه سنی	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
بعد فردی سلامت اجتماعی	تا ۲۰ سال	۱۷۱	۳۸۱/۲۴۴	۵۶/۶۴۳
	بین ۲۰ تا ۳۰ سال	۳۸۳	۳۸۶/۷۳۷	۶۲/۰۵۴
	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۲۲۲	۴۰۶/۸۸۵	۶۳/۱۰۷
	بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۱۰۴	۴۱۵/۲۰۶	۶۷/۹۴۸
	بین ۵۱ تا ۶۰ سال	۴۱	۴۰۹/۴۳۵	۶۹/۹۹۴
	بالای ۶۰ سال	۱۴	۴۲۶/۴۰۷	۸۲/۶۰۳
	مجموع	۹۳۵	۳۹۵/۲۷۲	۶۳/۸۸۰

جدول ۱۳: جدول نتایج آزمون تحلیل واریانس بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس گروه سنی

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مقیاس‌ها
۰/۰۰۰	۷/۸۵۶	۳۰۹۲۱/۸۰۳	۵	۱۵۴۶۰۹/۰۱۵	بین گروه‌ها
		۳۹۳۶/۲۴۵	۹۲۹	۳۶۵۶۷۷۱/۷۵۴	درون گروه‌ها
			۹۳۴	۳۸۱۱۳۸۰/۷۶۹	مجموع

با توجه به جدول فوق ملاحظه می‌شود که بین گروه‌های سنی مختلف از نظر بعد فردی سلامت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد، چرا که F محاسبه شده (۷/۸۵۶) از اندازه مبین جدول در سطح ۹۹ درصد بزرگتر است. بنابراین بین بعد فردی سلامت اجتماعی در گروه‌های مختلف سنی ۱۸ تا ۶۵ سال تفاوت وجود دارد. برای تعیین اینکه این تفاوت بین کدامیک از گروه‌های سنی وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۱۴: جدول آزمون توکی مقایسه میانگین بعد فردی سلامت اجتماعی بر اساس گروه‌های سنی

معناداری	انحراف استاندارد	(I-J) تفاوت میانگین‌ها	گروه سنی (J)	گروه سنی (I)	متغیر مستقل
۰/۰۰۱	۶/۳۸۴	۲۵/۶۴۰	تا ۲۰ سال	بین ۳۱ تا ۴۰ سال	بعد فردی سلامت اجتماعی
۰/۰۰۲	۵/۲۹۲	۲۰/۱۴۸	بین ۲۱ تا ۳۰ سال		
۰	۷/۸۰۲	۳۳/۹۶۱	تا ۲۰ سال	بین ۴۱ تا ۵۰ سال	
۰/۰۰۱	۶/۹۳۷	۲۸/۴۶۹	بین ۲۱ تا ۳۰ سال		

طبق جدول آزمون توکی فوق مشاهده می‌شود گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال و ۳۱ تا ۴۰ سال، از بعد فردی سلامت اجتماعی بیشتری نسبت به گروه سنی زیر ۲۰ سال برخوردارند. همچنین، به ترتیب گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال و ۳۱ تا ۴۰ سال از بعد فردی سلامت اجتماعی بیشتری نسبت به گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال برخوردارند. به ترتیب گروه سنی تا ۲۰ سال و ۲۱ تا ۳۰ سال از بعد فردی سلامت اجتماعی کمتری نسبت

به گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال برخوردارند. همچنین، به ترتیب گروه سنی تا ۲۰ سال و ۲۱ تا ۳۰ سال از بعد فردی سلامت اجتماعی کمتری نسبت به گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال برخوردارند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به بدیع و جدید بودن نوع نگاه و رویکرد انتخابی در تعریف و ابزار سنجش بعد فردی سلامت اجتماعی در پژوهش حاضر و تفاوت و تضادهای اساسی رویکرد انتخابی با دیدگاه‌های موجود، تبیین و مقایسه نتایج با یافته‌های همسو و ناهمسو در زمینه بعد فردی سلامت اجتماعی امکان‌پذیر نمی‌باشد.

همان‌طور که نظریه شناختی- اجتماعی بندورا و رویکرد اجتماعی و فرهنگی، بخش مهمی از منشاء اندیشه و رفتار انسان را در اجتماع جستجو می‌کند، میانگین بالاتر بعد فردی سلامت اجتماعی در زنان می‌تواند ناشی از تأکید بیشتر خانواده، آموزش و فرهنگ جامعه بر رعایت مولفه‌های مثبت سلامت اجتماعی توسط زنان باشد. به عبارتی، طبق "قانون اثر" ثرندایک و "قرارداد وابستگی" اسکینر خانواده، مدرسه و اجتماع با حساسیت و دقت بیشتری در برابر میزان پایبندی و رعایت مولفه‌های مذکور، واکنش‌های تقویتی و تنبیهی به زنان ارائه می‌دهد و در نتیجه به قول کلارک هال، زنان در مولفه‌های یاد شده از نیرومندی عادت بیشتری نسبت به مردان برخوردار می‌شوند. همچنین، طبق دیدگاه مکینتاش می‌توان گفت که زنان توجه و پردازش اطلاعات بیشتری را نسبت به مردان در برابر این مولفه‌ها دارند. این یافته بر خلاف فرض‌های نظریه روانکاوی است که معتقدند زنان به دلیل صرف هزینه کمتر نسبت به مردان برای حل "عقد الکتر" از "فرامن" ضعیف‌تری نسبت به مردان برخوردارند. در روان‌شناسی جنایی نیز، دلایل احتمالی آمار پایین جرایم و مشکلات قضایی زنان به عوامل بیرونی و مواردی مانند حضور و فعالیت اجتماعی کم‌رنگ‌تر و چشم‌پوشی و اغماض بیشتر در خصوص جرائم زنان اسناد داده شده، ولیکن طبق یافته‌های پژوهش احتمالاً این وضعیت ناشی از عوامل درونی مانند برخورداری بیشتر از بعد فردی سلامت اجتماعی می‌باشد؛ همان‌طور که کارول گیلیگان دریافت زنان از چشم‌اندازی متفاوت به مسائل اخلاقی می‌نگرند. زنان بر حساسیت نسبت به احساسات و حقوق دیگران و توجه و مراقبت از آنان تأکید دارند و توجه به انسان مهم‌تر از اطاعت از اصول انتزاعی است. به عبارت دیگر، طبق رویکرد انسان‌گرایی احتمالاً زنان به‌طور آزاد و ارادی خود پایبندی بیشتر به این مولفه‌ها را انتخاب نموده‌اند.

با توجه به میانگین پایین‌تر بعد فردی سلامت اجتماعی افراد مجرد نسبت به متأهل، به نظر می‌رسد تشکیل خانواده و تاهل به لحاظ سرمایه‌گذاری جسمی، روانی و اجتماعی و رعایت حقوقی و خیرخواهی که فرد برای همسر خود دارد، تمرین و آمادگی برای ایجاد تعامل و ارتباطی سالم با سایر افراد جامعه باشد. به بیان دیگر، ازدواج و برخورداری از زندگی مشترک می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد آمایه ثرندایکی یا به قول کلارک هال، توان واکنش موثر بیشتری برای رعایت، مولفه‌های سلامت اجتماعی در روابط بین فردی شود.

افراد بازنشسته در میان گروه‌بندی‌های مربوط به وضعیت اشتغال، دارای بالاترین میانگین و سربازان پایین‌ترین میانگین در بعد فردی سلامت اجتماعی بودند. به نظر می‌رسد سرمایه‌گذاری جسمی، روانی و اجتماعی افراد و ایجاد احساس تعلق با جامعه به‌واسطه اشتغال در مشاغل مختلف، با ارتقای بعد فردی سلامت اجتماعی مرتبط باشد، به طوری که افرادی که سی سال از زمان مفید عمر خود را در این مسیر قرار داده و بیشترین سرمایه‌گذاری را در این خصوص انجام داده‌اند، بهترین وضعیت را در بعد فردی سلامت اجتماعی دارند. از سویی، گویا هر چقدر افراد نقش، جایگاه و کارکرد مشخص‌تری در جامعه داشته باشند، پایبندی بیشتری به مولفه‌های بعد فردی سلامت از خود نشان می‌دهند. به عبارتی، احساس تعلق و ارائه خدمات به جامعه به‌واسطه جایگاه و کارکرد مشخص شغلی و سرمایه‌گذاری جسمی، روانی و اجتماعی در جامعه که تحت آن به عنوان "سرمایه انسانی" و "سرمایه اجتماعی" یاد می‌شود، تعاملی دوسویه با بعد فردی سلامت اجتماعی دارد؛ به طوری که افرادی که سی سال از زمان مفید عمر خود را در این مسیر قرار داده و بیشترین سرمایه‌گذاری را در این خصوص انجام داده‌اند، از بهترین وضعیت در بعد فردی سلامت اجتماعی برخوردارند. به نظر می‌رسد حتی اگر این احساس تعلق، نقش، جایگاه و کارکرد مانند افراد خانه‌دار در محدوده اعضای خانواده باشد، زمینه‌ساز وضعیت بهتر بعد فردی سلامت اجتماعی نسبت به افراد بیکار، سرباز و دانشجوی خواهد بود. از سوی دیگر، هر چند انتظار می‌رود جایگاه، کارکرد و کیفیت ارتباطی افراد بیکار با دیگران نسبت به سربازان و دانشجویان متفاوت باشد، اما سربازان و دانشجویان نیز مانند افراد بیکار، احساس تعلق، نقش، جایگاه و کارکرد مشخصی را در ارتباط با دیگران و جامعه ندارند و سربازان حتی وضعیت پایین‌تری در این زمینه نسبت به دانشجویان دارند.

یافته‌های تفاوت بعد فردی سلامت اجتماعی در گروه‌های مختلف سنی حاکی از آن است که در میان گروه‌بندی‌های مربوط به سن، محدوده سنی ۳۱ تا ۵۰ سال نسبت به محدوده سنی زیر ۲۰ تا ۳۰ سال از وضعیت بهتری در بعد فردی سلامت اجتماعی برخوردارند. به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها بیشتر در ارتباط با تغییر در کیفیت و ویژگی‌های روانی، عاطفی و اجتماعی مراحل مختلف رشد و تحول سنی افراد باشد تا اینکه مبتنی بر تاکید آموزه‌های اسلام بر رعایت مولفه‌های مثبت و پرهیز از مولفه‌های منفی از ابتدای سن تکلیف و پذیرش مسئولیت اجرای دستورات دین در ارتباط با دیگران و اجتماع، زیرا اقتضای ثبات نسبی در ویژگی‌های روانی- اجتماعی محدوده سنی ۳۱ تا ۵۰ سال که همراه با پشت سر گذاشتن بحران‌های مختلف فردی و اجتماعی است، پایبندی بیشتری به مولفه‌های سلامت اجتماعی است. گذار جامعه از دوران سنتی به صنعتی موجب تداوم بحران‌های هویتی، شغلی و اجتماعی افراد جامعه تا حدود سن ۳۰ سالگی گردیده که پایبند و متعهد نبودن نسبت به دیگران و اجتماع یکی از پیامدهای جدی آن است- همان‌طور که طبق نظر اریکسون تشکیل صفت پایبندی، تعهد و مسئولیت‌پذیری ناشی از حل مطلوب این بحران‌های هویتی و شغلی است. به عبارت دیگر، رعایت بیشتر مولفه‌های سلامت اجتماعی در گروه‌های سنی ۳۱ تا ۵۰

سال احتمالاً ناشی از گذراندن نسبتاً مطلوب این بحران‌ها و بی‌توجهی و ضعف در پایبندی به این مولفه‌ها در محدوده سنی زیر ۲۰ تا ۳۰ سال است.

به‌طورکلی نتایج پژوهش گویای آن بود که نسبت بر خورداری شهروندان تهرانی از سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام در سطح متوسط است. همچنین بر خلاف نتایج پژوهش حاضر پیرامون وجود تفاوت در سلامت اجتماعی افراد بر اساس جنسیت، وضعیت تاهل، اشتغال و گروه سنی‌شان، الگوی ترسیمی سلامت اجتماعی در اسلام منوط به هیچ‌یک از این متغیرها نیست و از تمامی مسلمانانی که به بلوغ و تکلیف شرعی رسیده‌اند انتظار می‌رود به مولفه‌های مطرح شده در سلامت اجتماعی پایبند باشند.

با توجه به تاکید نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت پیشنهاد می‌شود در برنامه سلامت اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه ملی سلامت جوانان و اقدامات دستگاه‌های اجرایی مرتبط با سلامت، بعد فردی سلامت اجتماعی مبتنی بر آموزه‌های اسلام مد نظر قرار گیرد و در این زمینه ارتقای سلامت اجتماعی مردان، افراد مجرد، بی‌کار و گروه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال با توجه ویژه دنبال گردد.



منابع

- آذربایجان، مسعود (۱۳۸۰) "آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام". پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، پژوهشکده حوزه و دانشگاه قم.
- رفیعی، حسن؛ سمیعی، مرسله؛ 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.
- سلطانی بهرام، سعید و بهارلویی، حمزه (۱۳۸۹) "سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی یک نگرش جامعه‌شناختی". اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت [خلاصه مقالات]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات سلامتی و درمانی ایران.
- سیف، علی‌اکبر (۱۳۸۶) تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه‌ها و روش‌ها. چاپ نهم، تهران: نشر دوران
- شمسانی، محمد مهدی؛ پاشاشریفی، حسن و جدیدی، محسن (۱۳۹۲) سنجش بعد فردی سلامت اجتماعی. تهران: نشر برزآفرین
- عبدالله 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 الإیمان و الکفر بحار الانوار. تهران: انتشارات عطارد
- قرشی، سید علی اکبر (قرن ۱۵) قاموس قرآن. ناشر: دار الکتب الإسلامیه، ج ۳، ص ۲۹۶؛ تهران؛ سال چاپ: ۱۳۷۱؛ نوبت چاپ: ششم.
- کوک، مایکل (۱۳۸۶) امر به معروف و نهی از منکر در اندیشه اسلامی. 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 عليهم السلام. تهران: ناشر اسلامیه

- 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. محمد مهدی نادری قمی. قم: انتشارات موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)
- الوانی، مهدی و تقوی، میرعلی (۱۳۸۳) "مفاهیم و نظریه‌های سرمایه اجتماعی". فصلنامه مطالعات مدیریت. شماره ۳۳، ۳۴ و ۴۷ صص ۷۰-۵۳.
- وزارت کشور (۱۳۷۵) "بحران اخلاقی، تهدید و امنیت ملی". نشریه امنیت. سال ۴. شماره ۹ و ۱۰.
- 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.
- Blaxter, M. (1990) **Health and Lifestyles**. London: Routledge
- 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**". 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**".
- 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".

Youth Social Health and Islam Education (Case Study: Tehran City)

Mohammad Mahdi Shamsaee

Ph.D., Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Bandargaz Branch

Hassan Pasha Sharifi

Ph.D., Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rudehen Branch

Mohammad Bagher Saberi zafarghandi

Ph.D., Assistant Professor in psychiatry, Department of Psychiatry, Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences

Received: 2 Oct. 2014

Accepted: 13 Mar. 2015

An aspect of social health relates to Individual dimension of social health which substantially considers human as a social organism. Derived theories of this domain related to quality of nature, fate and temperament of human; these theories have great differences and paradoxes to Islam perspective. Present study designed to investigate psychometric properties of individual dimension of social health questionnaire and also to evaluate individual dimension of social health in Tehran citizens.

The present study is an applied and ex post facto research. 962 subjects were selected by systematic categorical randomized sampling and recruited data was analyzed by exploratory factor analysis.

Chronbach's alpha of the individual dimension of social health based on Islam education is 0.96, and the questionnaire account for 59 percent of variance of individual dimension of social health of the sample. Results of exploratory factor analysis indicate that individual dimension of social health consist of 2 principle factor: A) Components of divine intentions, faith, lack of grandeur, solving problems of social communications, humorness, visiting relatives, and marriage. b) Components of avoiding tendering of others, advising to benevolence and preventing inappropriate behaviors, and avoiding inferiority and blaming others. Results of the study show significant differences between the male, single and jobless subjects than their counterparts in respect to individual dimension of social health.

Results indicate that there is difference between Islam expected perspective and present individual dimension of social health. Healthy patterns of life style consistent with Islam education is one of the primary preferences of health

system in universal scientific plan of Iran. Thus, a necessary issue of health system in providing strategies and programs would be relate to social health concept based on Islam education.

Key words: Individual Dimension of Social Health, Islam Education, Factor Analysis and Youth

