

پیش‌بینی سلامت اجتماعی دبیران بر اساس متغیرهای باورهای فراشناختی و احساس تنهایی

ابوالقاسم بریمانی^۱
علی افراسیابی‌زاده عمران^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی سلامت اجتماعی دبیران بر اساس متغیرهای باورهای فراشناختی و احساس تنهایی بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و از نظر هدف کاربردی است. جامعه آماری شامل کلیه دبیران مقطع متوسطه شهر آمل به تعداد ۵۵۰ نفر بودند. نمونه آماری با استفاده از جدول کرجسی و مورگان، به تعداد ۲۲۶ نفر و به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای برحسب جنسیت انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴)، باورهای فراشناختی ولز و کارترایت-هاتون (۲۰۰۴) و احساس تنهایی راسل، پیلوا و کورتونا (۱۹۸۰) استفاده شده است. پایایی آن‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ برای هر یک به ترتیب برابر ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۲ به دست آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS بهره گرفته شد. نتایج نشان دادند که بین باورهای فراشناختی با سلامت اجتماعی دبیران رابطه مستقیمی وجود دارد؛ اما بین احساس تنهایی و سلامت اجتماعی رابطه معکوسی وجود دارد. هم‌چنین باورهای فراشناختی توانست ۱۶/۳ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی دبیران را پیش‌بینی نماید ($\text{sig} > 0/05$)؛ اما احساس تنهایی قادر به پیش‌بینی سلامت اجتماعی دبیران نیست؛ بنابراین توصیه می‌شود جهت افزایش سلامت اجتماعی در دبیران کیفیت باورهای فراشناختی آنان را افزایش و از احساس تنهایی آنان جلوگیری نمود.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، باورهای فراشناختی، احساس تنهایی

۱. استادیار گروه مدیریت آموزشی، واحد نکا، دانشگاه آزاد اسلامی، نکا، ایران (نویسنده مسئول) barimani@iauneka.ac.ir
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد نکا، دانشگاه آزاد اسلامی، نکا، ایران

مقدمه

سلامت مفهومی چندبعدی است و سازمان جهانی بهداشت نیز به چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آن اشاره کرده است. سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل‌دهنده سلامت است. سلامت از مفاهیم بسیار پویایی است که روزبه‌روز بر دامنه و ابعاد آن افزوده می‌شود. ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند؛ به‌عنوان مثال بعد اجتماعی سلامت اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد. سلامت اجتماعی، ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به افراد دیگر جامعه است. بدون شک شیوه برخورد فرد با مسائل مربوط به خود، نوع نگرش او را نسبت به سایر افراد و گروه‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد (حائری، طهرانی، اولیایی‌منش و نجات، ۱۳۹۴ ص ۳۱۳). امروزه سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است، به‌گونه‌ای که دیگر سلامتی تنها عاری بودن از بیماری‌های جسمی و روانی نیست بلکه چگونگی عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح کلان جامعه به شمار می‌رود (سام‌آرام، ۱۳۸۸ ص ۱۰). گلداسمیت^۱ سلامت اجتماعی را ارزیابی رفتارهای معنی‌دار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران تعریف می‌نماید و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند که منجر به کارا بودن فرد در جامعه می‌گردد (لارسون^۲، ۱۹۹۳ ص ۲۸۵). کییز^۳ (۲۰۰۴) از نظریه‌پردازان سلامت اجتماعی، در مطالعه این متغیر در ایالات متحده به این نتایج دست یافت که میان سلامت اجتماعی با رفتارهای اجتماع‌پسند و مسئولیت‌پذیری زندگی اجتماعی رابطه مثبتی وجود دارد و هم‌چنین در افرادی که با اطرافیان خود برای حل مسائل و مشکلات همکاری و همفکری می‌کردند در مقایسه با افرادی که با اطرافیان خود ارتباط نداشتند، سطوح سلامت اجتماعی به‌خصوص انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی میزان بالاتری وجود داشت (سام‌آرام، ۱۳۸۸ ص ۱۱). محیط کاری فرد نیز یکی از محیط‌های اجتماعی است که فرد بخش اعظم وقت و انرژی خود را صرف آن می‌کند و در صورت رضایت‌بخش بودن نتایج این فعالیت‌ها هم احساس سلامت اجتماعی در فرد تقویت شده و هم اثربخشی عملکردها و فعالیت‌های روزمره او بیشتر مشهود خواهد بود و رضایت درونی برای فرد و رضایت‌مندی دیگران از او حاصل خواهد شد و از سویی دیگر اگر فرد دارای سلامت اجتماعی مناسبی نباشد به دنبال آن در محیط سازمانی دچار بروز رفتارهایی می‌شود که او و افراد مرتبط با وی را دچار مشکل می‌کند؛ به‌عبارت‌دیگر فردی که از لحاظ جسمی و روانی دچار تزلزل است، نمی‌تواند در محیط کاری و در ارتباط با دیگر افراد سازمان، خصایص خوش‌رویی، مهربانی، نوع‌دوستی، مردانگی و وظیفه‌شناسی را به صورت مثبت از خود بروز دهد (کاملی و داداشی، ۱۳۹۵). در واقع زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شمارند که بتوانند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال نماید. از آنجاکه موتور اصلی حرکات، رفتار و نگرش‌های فرد در جهت کیفی، تفکر اوست و انسان

1. Goldsmith

2. Larson

3. Keyes

می‌تواند با اتکا به آن مسائل و پدیده‌های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کند و به عملکرد خود جهت دهد، داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است. بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی بشر و چالش‌هایی که این امر می‌تواند به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی و روان‌شناختی آن غافل شد (یزدان‌پناه و نیک‌ورز، ۱۳۹۴). سلامت اجتماعی دارای پنج مؤلفه است.

- ۱- شکوفایی اجتماعی: دانستن و اعتقاد داشتن به این که جامعه به شکل مثبتی در حال رشد است.
 - ۲- همبستگی اجتماعی: اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است.
 - ۳- انسجام اجتماعی: احساس، بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به این که فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن.
 - ۴- پذیرش اجتماعی: داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به‌طور کلی پذیرفتن افراد علی‌رغم برخی رفتار سردرگم کننده و پیچیده آن‌ها.
 - ۵- مشارکت اجتماعی: این احساس که افراد چیزهای با ارزشی برای ارائه به جامعه دارند. این تفکر که فعالیت‌های روزمره آن‌ها به وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود (کامران و ناظری، ۱۳۹۶). باورهای فراشناختی^۱ یکی از متغیرهایی است که نقشی اساسی در پیش‌بینی سلامت عمومی دارد (عطادخت، پرزور، بشرپور و معاضدی، ۱۳۹۳). این متغیر که یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آن‌ها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد. رفتار انسان‌ها مبنای بسیاری از تصمیم‌های اوست. انتخاب، ترجیح و تصمیم‌های فرد از اطلاعاتی متأثرند که اثر خود را از طریق سازوکارها و فرایندهای شناختی ناخودآگاه گوناگون اعمال می‌کنند. یکی از این سازوکارهای شناختی، فراشناخت و باورهای مبتنی بر آن است. این مفهوم دربرگیرنده دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا آن را کنترل می‌کند (غفاری و زکیانی، ۱۳۹۸). باورهای فراشناختی به ساختارها، دانش و فرایندهای روان‌شناختی می‌پردازد که با کنترل، تعبیر و تفسیر افکار و شناخت‌ها سروکار دارد. اکثر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی وابسته‌اند. علاوه بر این، اطلاعاتی که از بازبینی فراشناختی پدید می‌آید، اغلب به‌عنوان احساس‌های ذهنی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار تأثیرگذارند. فراشناخت شامل دانش فراشناختی و تنظیم فراشناختی است. در این راستا، دانش فراشناختی شامل اطلاعاتی است که افراد در مورد شناخت خود و عوامل مرتبط با تکلیف یا راهبردهای یادگیری که در آن تأثیر می‌گذارند، دارند. از سوی دیگر تنظیم فراشناختی به انواع اعمال اجرایی نظیر توجه، بازبینی، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها در عملکرد اشاره می‌کند (عبدل‌پور، هاشمی، شعیری و علیزاده، ۱۳۹۷).
- یکی دیگر از عوامل پیش‌بینی کننده سلامت عمومی احساس تنهایی^۲ است (برومندنسب، اکبری بیانیانی و گنجعلی‌وند، ۱۳۹۳). تنهایی یک حقیقت اساسی زندگی است؛ بنابراین همه افراد در برخی از دوره‌های زندگی‌شان آن را با شدت متفاوت، تجربه می‌کنند. تنهایی محدود به مرزهای سنی، جنسی، نژادی، اقتصادی یا جسمی خاصی نیست. احساس، تنهایی از لحاظ کیفیت

1. Metacognitive beliefs

2. Loneliness,

با تنهایی یا کناره‌گیری اجتماعی اختیاری و بدون تعارض متفاوت است. احساس تنهایی با تنها بودن (فیزیکی) مترادف نیست، بلکه مربوط به احساس فرد از نبود صمیمیت بین فردی است. احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین فردی دانست که به نارضایتی از روابط اجتماعی منجر می‌شود. تنهایی در افراد، نشان‌دهنده نارسایی و ضعف ارتباط‌های بین فردی با همسالان است که به نارضایتی از روابط اجتماعی با دیگران منجر می‌شود. تنهایی را هوشیاری شناختی فرد از ضعف در روابط فردی و اجتماعی خود توصیف می‌کنند که به احساس غمگینی، پوچی یا تأسف و حسرت منتهی می‌شود (جنابادی، ناستی‌زایی و مرزیه، ۱۳۹۶). احساس تنهایی با تهی شدن عاطفی، عدم ابراز احساسات بین فردی و پسرفت روان‌شناختی همراه است و گویای کاستی‌ها و کمبودهایی در برقراری پیوندهای عاطفی و اجتماعی است به بیان دیگر احساس تنهایی تجربه ذهنی و آزاردهنده است که در پیوندهای عاطفی و میان فردی است. ممکن است فردی در میان گروهی باشد اما پیوندهای اجتماعی و عاطفی خشنودکننده‌ای نداشته باشد و از احساس تنهایی شکایت کند. احساس تنهایی زمانی به وجود می‌آید که تماس و رابطه فرد با دیگران کاذب باشد به نحوی که تجربه عاطفی مشترکی برای این رابطه دوجانبه فرد با دیگران متصور نباشد و انسان در فرایند تماس با دیگران، فاقد یک ارتباط حقیقی و صمیمانه باشد (بردوده، راه‌نجات، ربیعی و کیانی‌مقدم، ۱۳۹۶).

نتایج پژوهش معتمدی، شفیعی دارابی و امینی (۱۳۹۷) نشان داد که سالمندان با سلامت اجتماعی بالا کم‌تر احساس تنهایی می‌کردند. هم‌چنین احساس تنهایی رابطه مستقیمی با زیر مقیاس‌های سلامت اجتماعی نظیر شکوفایی، انسجام، پذیرش و مشارکت دارد. منجم و سادات ابراهیمی (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که پیش‌بینی سلامت روانی دانشجویان بر اساس باورهای فراشناخت معنادار است. نتایج پژوهش عطادخت و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که پیش‌بینی مؤلفه‌های سلامت عمومی از روی باورهای فراشناختی در حافظان قرآن معنی‌دار بوده و مؤلفه‌های فراشناختی، ۱۵ درصد از واریانس نمرات سلامت عمومی حافظان قرآن را تبیین می‌کند. برومندنسب و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که بین احساس تنهایی و سلامت عمومی رابطه منفی معناداری وجود دارد. هم‌چنین احساس تنهایی پیش‌بینی کننده سلامت عمومی است. پژوهش طهماسبیان، عارفی، جهانگیری و حیدری‌اصل (۱۳۹۰) نشان داد که بین احساس تنهایی و سلامت عمومی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. عاشوری، وکیلی، بن‌سعید و نوعی (۱۳۸۸) گزارش کردند که بین نمرات افراد در مقیاس‌های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بهترین پیش‌بینی کننده وضعیت سلامت عمومی، در عامل فراشناختی کنترل ناپذیری و خطر است.

مطالعه بریقت و همکاران^۱ (۲۰۱۸) نشان داد که باورهای فراشناختی، عملکرد اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند. صمدی‌فرد و نریمانی (۲۰۱۷) ضمن پژوهشی نشان دادند که بین باورهای فراشناختی و سلامتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین باور فراشناختی می‌تواند سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند. اردیل و ارتوزون^۲ (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند که بین احساس تنهایی و جو اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. هم‌چنین احساس تنهایی و جو اجتماعی

1. Bright et al

2. Erdil & Ertosun

سازمان‌ها بر سلامت کارکنان تأثیر می‌گذارد.

تابه‌حال هیچ پژوهشی پیش‌بینی سلامت اجتماعی دبیران بر اساس متغیرهای باورهای فراشناختی و احساس تنهایی را مورد مطالعه قرار نداده است، مطالعه حاضر با مطالعات دیگر در این زمینه متفاوت است. هم‌چنین این پژوهش در راستای پژوهش‌های قبلی قرار دارد و به تکمیل کردن پیشینه‌های قبلی در ارتباط با موضوع پژوهش کمک می‌کند. لذا با انجام این پژوهش می‌توان وضعیت موجود سلامت اجتماعی، باورهای فراشناختی و احساس تنهایی در دبیران را شناخت و برنامه‌های لازم را برای افزایش سلامت اجتماعی و باورهای فراشناختی و کاهش احساس تنهایی دبیران در نظر گرفت. در واقع با انجام این پژوهش می‌توان به مسئولان آموزش و پرورش پیشنهاد داد که در راستای بهبود سلامت اجتماعی دبیران چه اقدام‌هایی انجام دهند تا بر اساس آن کمیت و کیفیت پیامدها، برون‌دادها، نتایج و پیش‌بینی سلامت اجتماعی مبتنی بر متغیرهای باورهای فراشناختی و احساس تنهایی دبیران مشاهده و ارزیابی شود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به علت کاربرد نتایج آن در حل مسائل و مشکلات دبیران، کاربردی است؛ و با توجه به ماهیت موضوع و اهداف پژوهش، روش توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دبیران مقطع متوسطه شهر آمل در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ به تعداد ۵۵۷ نفر از دبیران که شامل (۲۸۹ نفر مرد و ۲۶۸ نفر زن)، بوده است. پژوهشگران با مراجعه به اداره آموزش و پرورش آمل و اخذ تعداد دبیران شاغل در دبیرستان‌های این شهر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بر حسب جنسیت اقدام به تعیین حجم نمونه متناسب با هر طبقه نمودند که با استفاده از جدول کرجسی و مورگان، نمونه‌ای به حجم ۲۲۶ نفر انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه، داشتن حداقل تحصیلات لیسانس، حداقل یک سال سابقه کار و مشغول تدریس در دبیرستان باشند و ملاک‌های خروج نیز شامل انصراف از تکمیل نمودن پرسشنامه و تکمیل آن به صورت ناقص بوده است. جهت جمع‌آوری داده‌های موردنیاز، به مدارس متوسطه مراجعه گردید و پرسش‌نامه‌ها به صورت تصادفی بین نمونه آماری توزیع گردید که پس از تکمیل آن‌ها توسط دبیران مرد و زن، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شد. پرسش‌نامه سلامت اجتماعی^۱: در پژوهش حاضر به منظور سنجش متغیر سلامت اجتماعی دبیران از پرسش‌نامه استاندارد شده کییز^۲ (۲۰۰۴) استفاده شده است؛ این ابزار شامل ۲۸ سؤال است که پنج مؤلفه، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی را شامل می‌شود. پرسش‌ها با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت به ترتیب با گزینه‌های کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم طراحی و تنظیم گردید؛ که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری میشود؛ روایی و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های گوناگون مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. کییز در مطالعات خود با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی این ابزار را ۰/۸۰ گزارش نموده است (یحیی‌زاده و رضانی، ۱۳۹۲). در ایران نیز توسط فتحی، عجم‌نژاد و خاک‌رنگین (۱۳۹۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی این پرسش‌نامه

1. Social health Questionnaire

2. Keyes

برابر با ۰/۹۶ گزارش شده است. مقدار پایایی مقیاس سلامت اجتماعی در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۵ به دست آمد که ضریب قابل قبولی است.

پرسش‌نامه باورهای فراشناختی^۱: جهت سنجش متغیر باورهای فراشناختی از پرسش‌نامه (MCQ-30) ولز و کارترایت - هاتون^۲ (۲۰۰۴) استفاده شده است؛ که این مقیاس از ۳۰ سؤال تشکیل شده است و حاوی پنج مؤلفه اعتماد شناختی، باورهای مثبت در باره نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در خصوص کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی در باره نیاز به کنترل افکار است؛ و بر اساس مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت به ترتیب با گزینه‌های موافق نیستم، کمی موافقم، موافقم و کاملاً موافقم تدوین شده است؛ که به ترتیب از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متفاوت مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. پایایی به دست آمده از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل بعد از ۲۲ تا ۱۱۸ روز، برابر ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌ها برابر ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (ولز و کارترایت - هاتون، ۲۰۰۴). در ایران نیز توسط، بهروزی، محمدی و امیدیان (۱۳۹۷) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۸۳ گزارش شده است. در این پژوهش جهت بررسی پایایی باورهای فراشناختی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برابر ۰/۸۲ به دست آمد که می‌توان گفت از پایایی مطلوبی برخوردار است.

پرسش‌نامه احساس تنهایی^۳: در پژوهش حاضر به منظور سنجش متغیر احساس تنهایی از پرسش‌نامه راسل، پیلوا و کورتونا^۴ (۱۹۸۰) استفاده شده است. این ابزار شامل ۲۰ گویه که به صورت ده جمله منفی و ده جمله مثبت است و دو بعد، فقدان روابط صمیمانه و فقدان شبکه اجتماعی را شامل می‌شود؛ که بر اساس مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت به ترتیب با گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی و همیشه طراحی و تنظیم گردید؛ و به ترتیب از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری شده است. ولی امتیاز سؤالات ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۱۰، ۹، ۶، ۵ و ۱ برعکس است. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ حداقل و ۸۰ حداکثر است؛ بنابراین میانگین نمره ۵۰ است و نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیش‌تر تنهایی است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متفاوت مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. راسل و دیگران (۱۹۸۰) ضریب پایایی این ابزار را برابر با ۰/۹۴ گزارش کردند و در پژوهش میردریکوند، پناهی و حسینی رمقانی (۱۳۹۵) پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی پرسش‌نامه احساس تنهایی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برابر ۰/۷۸ محاسبه شده است که می‌توان گفت از پایایی لازم برخوردار است.

در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-22 و روش‌های آماری در سطح توصیفی و در سطح آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است.

1. Metacognitive beliefs Questionnaire
2. Wells & Cartwright-Hatton
3. Loneliness Questionnaire
4. Russell, Peplau & Cutrona

یافته‌های پژوهش

بررسی‌ها در خصوص ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که ۵۲ درصد از پاسخگویان مرد و ۴۸ درصد زن هستند. از نظر مدرک تحصیلی ۴۰ درصد لیسانس و ۶۰ درصد فوق لیسانس بودند. هم‌چنین سابقه کار ۲۱ درصد از آزمودنی‌ها زیر ۵ سال، ۲۴ درصد بین ۵ تا ۱۵ سال و ۵۵ درصد بیش از ۱۵ سال گزارش شده است.

جدول ۱: نتایج ضریب همبستگی بین متغیرها

متغیرها	ضریب همبستگی	(α)	Sig
سلامت اجتماعی و باورهای فراشناختی	۰/۳۸۱	۰/۰۵	۰/۰۰۰
سلامت اجتماعی و احساس تنهایی	-۰/۱۹۵	۰/۰۵	۰/۰۰۰

با توجه به جدول ۲، میزان معنی‌داری این آزمون ($\text{sig}=۰/۰۰۰$) کم‌تر از ۰/۰۵ است، لذا با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان بیان نمود که بین سلامت اجتماعی و متغیرهای باورهای فراشناختی و احساس تنهایی رابطه وجود دارد. هم‌چنین مقدار ضریب همبستگی محاسبه‌شده ($r=۰/۳۸۱$) بین سلامت اجتماعی و باورهای فراشناختی حاکی از آن است که بین دو متغیر همبستگی مثبت و رابطه معناداری وجود دارد؛ یعنی با افزایش سلامت اجتماعی، باورهای فراشناختی دبیران نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. مقدار ضریب همبستگی محاسبه‌شده ($r=-۰/۱۹۵$) بین سلامت اجتماعی و احساس تنهایی حاکی از آن است که بین دو متغیر همبستگی منفی و رابطه معناداری وجود دارد؛ یعنی با افزایش سلامت اجتماعی، احساس تنهایی دبیران کاهش می‌یابد و بالعکس.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون

متغیر	همبستگی بین متغیرها	ضریب تعیین	F	Sig
مؤلفه‌های باورهای فراشناختی	۰/۳۲۲	۰/۱۰۳	۲۷/۳۳	۰/۰۰۰
باورهای فراشناختی و احساس تنهایی	۰/۴۰۴	۰/۱۶۳	۱۸/۰۷۵	۰/۰۰۰

همان‌طوری که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد، بین مؤلفه‌های باورهای فراشناختی و سلامت اجتماعی همبستگی وجود دارد و ۱۰/۳ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط مؤلفه‌های باورهای فراشناختی پیش‌بینی می‌شود؛ هم‌چنین بین باورهای فراشناختی و احساس تنهایی با سلامت اجتماعی همبستگی وجود دارد و ۱۶/۳ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی توسط باورهای فراشناختی و احساس تنهایی پیش‌بینی می‌شود. مابقی مربوط به دیگر مؤلفه‌ها است که در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفته است. هم‌چنین میزان معنی‌داری این آزمون ($\text{sig}=۰/۰۰۰$) کم‌تر از ۰/۰۵ است. لذا این نتیجه حاصل می‌گردد که معادلات رگرسیون در سطح ۹۵ درصد معنی‌دار بوده و استفاده از معادلات رگرسیون مجاز است.

جدول ۳. ضرایب رگرسیون متغیرهای پژوهش

Sig	T	ضرایب غیراستاندارد شده		مدل	
		Beta	B		
۰/۰۰۰	۹/۸۶	-	۰/۲۲۲	۲/۱۹	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۵/۷۱	۰/۳۱	۰/۰۴۴	۰/۱۷۷	باورهای مثبت درباره نگرانی
۰/۰۰۰	۸/۳۳	۰/۲۳	۰/۰۴۱	۰/۲۷۳	باورهای منفی در کنترل ناپذیری افکار
۰/۰۲۱	۳/۲۲	۰/۱۸	۰/۰۳۴	۰/۲۱۷	اعتماد شناختی
۰/۰۱۳	۴/۷۶	۰/۲۲	۰/۰۵۶	۰/۳۲۱	باورها در مورد نیاز به کنترل افکار
۰/۰۰۰	۷/۶۴	۰/۳۴	۰/۰۵۱	۰/۲۵۳	خودآگاهی شناختی
۰/۰۰۰	۵/۹۱۳	-	۰/۳۷۴	۲/۲۰۹	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۵/۲۲۵	۰/۴۰۰	۰/۰۶۳	۰/۳۲۷	باورهای فراشناختی
۰/۹۰۴	-۰/۱۲۱	-۰/۰۰۹	۰/۰۷۳	-۰/۰۰۹	احساس تنهایی

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار سطح معناداری تمامی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی از مقدار ۰/۰۵ کم‌تر است. لذا هر پنج مؤلفه در مدل رگرسیون باقی می‌مانند؛ و در واقع مؤلفه‌ها قادر می‌باشند تا سهمی از سلامت اجتماعی دبیران را تبیین نمایند. در نتیجه سهم هر یک از مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در پیش‌بینی سلامت اجتماعی دبیران از بیش‌ترین تا کم‌ترین سهم به ترتیب عبارت است از: ۱- خودآگاهی شناختی ۲- باورهای مثبت درباره نگرانی ۳- باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار ۴- باورها در مورد نیاز به کنترل افکار ۵- اعتماد شناختی.

هم‌چنین مقدار سطح معناداری متغیر احساس تنهایی از مقدار ۰/۰۵ بیش‌تر است لذا این متغیر از مدل حذف می‌گردد؛ و مقدار سطح معناداری متغیر باورهای فراشناختی از مقدار ۰/۰۵ کم‌تر است. لذا این متغیر در مدل رگرسیون باقی می‌ماند؛ و در واقع متغیر احساس تنهایی قادر نیست تا سلامت اجتماعی دبیران را تبیین نمایند. در نتیجه فقط متغیر باورهای فراشناختی قادر به پیش‌بینی سلامت اجتماعی دبیران است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین باورهای فراشناختی و سلامت اجتماعی دبیران رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی، هر چه باورهای فراشناختی دبیران بیش‌تر باشد، سلامت اجتماعی آنان بیش‌تر می‌شود. علاوه بر این بین احساس تنهایی و سلامت اجتماعی دبیران رابطه منفی و معناداری وجود دارد؛ یعنی هر چه احساس تنهایی دبیران بیش‌تر باشد، سلامت اجتماعی آنان کم‌تر می‌شود. هم‌چنین، باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن پیش‌بینی کننده مناسبی برای سلامت اجتماعی دبیران می‌باشند؛ اما احساس تنهایی قادر به پیش‌بینی سلامت اجتماعی دبیران نیست. بررسی پیشینه پژوهش حاکی از همسانی نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های دیگر محققان دارد. نتایج بررسی‌های

پژوهش معتمدی و همکاران (۱۳۹۷) که بین سلامت اجتماعی و احساس تنهایی رابطه وجود دارد. منجم و همکاران (۱۳۹۶) که پیش‌بینی سلامت روانی دانشجویان بر اساس باورهای فراشناختی معنادار است. عطادخت و همکاران (۱۳۹۳) که پیش‌بینی مؤلفه‌های سلامت عمومی از روی باورهای فراشناختی در حافظان قرآن معنی‌دار است. برومندنسب و همکاران (۱۳۹۳) که بین احساس تنهایی و سلامت عمومی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. طهماسبیان و همکاران (۱۳۹۰) که بین احساس تنهایی و سلامت عمومی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. عاشوری و همکاران (۱۳۸۸) که بین مقیاس‌های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بریقت و همکاران (۲۰۱۸) که باورهای فراشناختی، عملکرد اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند. صمدی‌فرد و همکاران (۲۰۱۷) که بین باورهای فراشناختی با سلامتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین باور فراشناختی می‌تواند سلامت عمومی را پیش‌بینی کند. اردیل و همکاران (۲۰۱۱) که بین احساس تنهایی کارکنان و جو اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. با یافته‌های این پژوهش همسو می‌باشند.

بنابراین با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی انسان‌ها و چالش‌هایی که این امر می‌تواند به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی و روان‌شناختی آن غافل شد. برخوردار بودن دبیران از سلامت اجتماعی در مدارس به توانمندی و کارا بودن آنان در دبیرستان منجر می‌گردد. در واقع زمانی دبیر را واجد سلامت اجتماعی برمی‌شمارند که بتواند در فرآیند آموزش و یاددهی - یادگیری دانش‌آموزان فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز و ظهور دهد و با محیط دبیرستان و هنجارهای اجتماعی حاکم بر آن احساس پیوند و ارتباط برقرار نماید. از آنجاکه محرکه اصلی حرکات، رفتار و نگرش‌های معلم تفکر اوست. لذا دانش و سازوکارهای فراشناختی راهبردهایی را برای چگونگی شناخت، تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر در دبیران ایجاد نموده و مبنای بسیاری از تصمیم‌های آنان می‌گردد. با توجه به این‌که فعالیت‌های دبیران در مدارس اکثر به‌عنوان یک فعالیت شناختی مطرح است که به عوامل فراشناختی وابسته است که در این راستا اطلاعات و آگاهی معلم در مورد شناخت خویش و عوامل مرتبط با فرآیند آموزش و توانایی‌های دانش‌آموزان بر عملکرد او تأثیرگذار است؛ و او می‌تواند با اتکا به دانش و باورهای فراشناختی، مسائل و پدیده‌های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کند و با بروز رفتارهایی نظیر توجه، بازبینی، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها به عملکرد خویش جهت دهد، بنابراین داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخوردار بودن معلم از ذهنیت مثبت نسبت به محیط مدرسه، برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است.

بنابراین پیشنهاد می‌شود که مسئولان آموزش و پرورش موضوع سلامت اجتماعی دبیران را به‌طور جدی مورد توجه قرار دهند و جهت افزایش و بهبود رفتارهایی نظیر شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی در دبیران، برنامه‌ریزی‌های مناسبی را در قالب برگزاری کارگاه‌های منظم آموزشی و پژوهشی تدارک ببینند. توصیه می‌شود مدیران دبیرستان‌ها از طریق برقراری پیوندهای عاطفی و اجتماعی بین دبیران و توسعه صمیمیت بین آنان می‌توانند با افزایش رضایت دبیران از روابط اجتماعی با سایر همکاران زمینه کاهش احساس تنهایی در آنان را فراهم نمایند.

پیشنهاد می‌گردد مدیران دبیرستان‌ها زمینه آموزش مهارت‌های فراشناختی مانند اعتماد شناختی، باورهای مثبت درباره نگرانی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در خصوص کنترل ناپذیری افکار و خطر و باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار را برای دبیران فراهم نمایند. یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از پرسش‌نامه به‌عنوان تنها ابزار گردآوری داده‌ها بوده است. محدودیت دیگر این پژوهش استفاده از روش همبستگی بود که قادر به بررسی روابط علت و معلولی بین متغیرها نیست و با توجه به حجم پایین نمونه و محدود شدن پژوهش به دبیران مقطع متوسطه شهر آمل، لذا در تعمیم نتایج آن به معلمان سایر مقاطع تحصیلی و آموزش و پرورش دیگر شهرها، بایستی جانب احتیاط را رعایت نمود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مشابه این پژوهش در شهرهای دیگر، مقاطع تحصیلی مختلف و همچنین سایر ادارات کل آموزش و پرورش استان‌های کشور و با استفاده از روش تحقیق دیگری و به کمک سایر ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، اجرا گردد و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که وزارت آموزش و پرورش بایستی حمایت، تقویت، ترویج و بهبود سلامت اجتماعی و توسعه باورهای فراشناختی در دبیران را به‌عنوان امری مهم سرلوحه برنامه‌های خویش قرار داده تا بتوانند از طریق باورهای فراشناختی و کاهش احساس تنهایی، سلامت اجتماعی دبیران را افزایش دهند.

منابع

- بردوده، سهیلا؛ راه‌نجات، امیر محسن؛ ربیعی، مهدی و کیانی‌مقدم، امیر سام. (۱۳۹۶). تعیین رابطه بین احساس تنهایی با وابستگی به اینترنت و تعارض زناشویی در زوجین. پرستار و پزشک در رزم، ۱۶(۵)، ۳۱-۳۷.
- برومندنسب، مسعود؛ اکبری بیاتیانی و گنجعلی‌وند، ناهید. (۱۳۹۳). رابطه ساده و چندگانه اندازه شبکه اجتماعی و احساس تنهایی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۹(۳۴)، ۱۵-۳۹.
- بهروزی، ناصر؛ فروغ، محمدی و امیدیان، مرتضی. (۱۳۹۷). مقایسه حمایت اجتماعی، باورهای فراشناختی، سلامت روان و سرزندگی در نوجوانان پسر عادی و بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اهواز. پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی، ۷(۱)، ۸۱-۹۶.
- جنابادی، حسین؛ ناستی‌زایی، ناصر و مرزیه، افسانه. (۱۳۹۶). نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی در عود اعتیاد (مطالعه موردی: معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان). اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۱۱(۴۴)، ۹۱-۱۰۶.
- حائری، سیده مریم؛ طهرانی، هادی؛ اولیایی‌منش، علیرضا و نجات، سحرناز. (۱۳۹۴). عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، ۳(۴)، ۳۱۱-۳۱۸.
- سام‌آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. فصلنامه انتظام اجتماعی، ۱(۱)، ۹-۲۹.
- طهماسبیان، حجت‌اله؛ عارفی، مختار؛ جهانگیری، مهدی و حیدری‌اصل، حسین. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین احساس تنهایی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه رازی. همایش منطقه‌ای روانشناسی

- کودک و نوجوان، دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه، ۱۳۹۰.
- عاشوری، احمد؛ و کیلی، یعقوب؛ بن‌سعید، سارا و نوعی، زهرا. (۱۳۸۸). پژوهش باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان. اصول بهداشت روانی، ۱۱(۱)، ۱۵-۲۰.
- عبدل‌پور، قاسم؛ هاشمی، تورج؛ شعیری، محمدرضا و علیزاده، فریدون. (۱۳۹۷). رابطه عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی با نگرانی در افراد مبتلا به نشانه‌های افسردگی، روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۵(۲)، ۱۵-۲۶.
- عطادخت، اکبر؛ پرزور، پرویز؛ بشرپور، سجاد و معاضدی، کاظم. (۱۳۹۳). مقایسه نقش باورهای فراشناختی در پیش‌بینی سلامت عمومی حافظان قرآن و افراد عادی، سلامت و بهداشت، ۵(۴)، ۳۰۹-۳۰۰.
- غفاری، سعید و زکیانی، شعله. (۱۳۹۸). رابطه بین باورهای فراشناختی با میزان سازگاری فردی و اجتماعی کتابداران دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (پی‌اورد سلامت)، ۱۳(۱)، ۳۳-۲۴.
- فتحی، منصور؛ عجم‌نژاد، رضا و خاک‌رنگین، مریم. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. رفاه اجتماعی، ۱۲(۴۷)، ۲۲۵-۲۴۳.
- کامران، فریدون و ناظری، سیما. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین سلامت اجتماعی بر کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی. پژوهش اجتماعی، ۹(۳۴)، ۱-۲۱.
- کاملی، محمدجواد و داداشی، کاظم. (۱۳۹۵). بررسی رابطه سلامت اجتماعی با رفتار شهروندی سازمانی (مورد مطالعه کارکنان فرماندهی انتظامی استان آذربایجان شرقی). فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی، ۱۱(۱)، ۷-۲۴.
- معمودی، نرگس؛ شفیع‌داری، سیده مهرانوش و امینی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان در سال‌های ۹۷-۱۳۹۶. دانشکده پزشکی اصفهان، ۳۶(۴۸۶)، ۷۵۶-۷۵۰.
- منجم، عارفه و سادات ابراهیمی، مرضیه. (۱۳۹۶). رابطه باورهای فراشناخت و ذهن آگاهی و پذیرش و عمل با سلامت عمومی دانشجویان. طب انتظامی، ۶(۱)، ۳۱-۴۲.
- میردریگوند، فضل‌اله؛ پناهی، هادی و حسینی رمقانی، نسرین‌السادات. (۱۳۹۵). روانشناسی پیری، ۲(۲)، ۱۱۳-۱۰۳.
- یحیی‌زاده، حسین و رضانی، محمود. (۱۳۹۲). سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن. برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۴(۱۶)، ۶۸-۱۰۲.
- یزدان‌پناه، لیلا و نیک‌ورز، طیبه. (۱۳۹۴). رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان. جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۶(۳)، ۹۹-۱۱۶.

Bright, M., Parker, S., French, P., Fowler, D., Gumley, A., Morrison, A. P., Birchwood, M., Jones, P. B., Stewart, S. L. K., & Wellsa, A. (2018). Metacognitive beliefs as psychological predictors of social functioning: An investigation with young people at risk of psychosis. *Psychiatry Res*, 262: 520-526.

Erdil, O., & Ertoşun, O.G. (2011). The Relationship between Social Climate and Loneliness in the Workplace and Effects on Employee Well-Being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 24, 505-525.

- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A Descriptive Epidemiology. *How healthy are we*, 350-372.
- Larson, J. (1993). The Measurement of Social Well-Being, *Social Indicators Research*, 28, 285-296.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminate validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- Samadifard, H. R., & Narimani, M. (2017). The Role of Cognitive Belief, Fusion and Distortion in Predicting the General Health of Couples. *Journal of Community Health Research*, 6(3): 132-140.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A Short Form of the Meta-Cognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Therapy*, 42:385-396.