

## پرسشنامه سلامت اجتماعی - صفاری نیا (۱۳۹۳)

### مقدمه

یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث در دنیای پیچیده انسان امروزی، مفهومی به نام سلامت است. موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر، در قرون و اعصار متمادی همواره مهم و قابل طرح بوده است. سلامت در ساده ترین تعریفش یعنی سالم بودن بدن، اندیشه و روان. بیماریهای روانی از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی از هیچ طبقه اقتصادی-اجتماعی خاصی در مقابل آنها مصونیت نداشته و خطری است که بشر را مرتباً تهدید می کند. در راستای همین ایده، بهداشت روانی یا به عبارتی سلامت روانی که جزئی از بهداشت عمومی محسوب می شود در اینجا مطرح می گردد (صبوری، ۱۳۹۱). دیدگاه کنونی درباره سلامت و بیماری، دیدگاه وسیعی است که شامل تأثیر متقابل جنبه های زیستی-روانی و اجتماعی زندگی شخص است (اُگدن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). این دیدگاه جدید را الگوی زیستی-روانی و اجتماعی می خوانند. در این مدل، سلامت و بیماری محصول ترکیب عوامل زیر در نظر گرفته می شود: الف) ویژگیهای زیست شناختی (زمینه های ژنتیکی)، ب) عوامل رفتاری (سبک زندگی، استرس و باورهای سلامتی) و ج) شرایط اجتماعی (تأثیرات اجتماعی، روابط خویشاوندی و حمایت اجتماعی) (اُگدن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸).

درباره سلامتی الگوهای متعددی وجود دارد که هر کدام بر اساس دیدگاه خود آن را تعریف و تبیین کرده اند، اما دیدگاه نوین در این باره الگوی کل نگر است که سلامتی را بر حسب کلیت شخصی تعریف می کند. استقرار این الگو نوید ظهور رشته ای جدید را به میان آورده که با پذیرش یک رویکرد کلی به کار بستن این راهبرد در روش شناسی پژوهشی، در پی پاسخگویی به معماهای حل نشده دیدگاههای تک بعدی درباره سلامت و بیماری است (باباپورخیرالدین، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸). سلامت، اساسی ترین جزء رفاه جامعه به شمار می رود و در این میان سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان بیش از مداخلات پزشکی و پرستاران به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است (هزارجریبی، ۱۳۹۱).

بلوک<sup>۲</sup> و برسلو<sup>۲</sup> برای اولین بار در سال (۱۹۷۲) در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضای جامعه مترادف و شاخص سلامت اجتماعی را ساختند. آنها تلاش کردند تا با طرح پرسشهای گوناگون در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فردی، به میزان فعالیت و عملکرد فرد در جامعه برسند. فرد سالم از نظر اجتماعی جامعه را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می شود و در پیشرفت آن سهم است (کیز و شاپیرو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

1 - Ogden

2 - Block & Berslow

3 - Keyes & Shapiro

مفهوم سلامت اجتماعی مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت و جنبه اجتماعی آن با محور قرار دادن فرد و در ارتباط با تعاملات میان فردی و مشارکت اجتماعی مورد سنجش قرار گرفت و در اندازه گیری آن، ارکان عینی و ذهنی هر دو در تعریف منظور شده بود (کورنول<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). برخی پژوهشها نیز نشان داده اند، افرادی که از سلامت ضعیفی برخوردارند، در شبکه های اجتماعی خود از موقعیت ویژه ای برخوردار نیستند و دوستانشان رابطه ضعیفی با یکدیگر دارند (هاس، شافر و کورنیکو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). هدف عمده و اصلی از اجتماعی شدن هماهنگی فرد با محیط اجتماع است تا ارتباط سالم و مؤثری که بین فرد و جامعه برقرار می شود، زمینه رشد شخصی را فراهم سازد.

لارسن<sup>۶</sup> (۱۹۹۶) و کیز (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را استنباط فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت و پاسخ های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) را می سنجد که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی اش است. به اعتقاد کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می بخشد، ارتباط با خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. بنابراین آنان به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکننده شخصی و به انجام رساندن نقشهای اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی را می دهند. اخیراً نیز اوستون و جیکوب<sup>۷</sup> (۲۰۰۵) سلامت اجتماعی را شامل مهارتهای اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ تر دانسته اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه و تمامیت شخص در شبکه اجتماعی توجه کرده اند.

در تعریف دیگر، سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه های اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست تعریف می کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد و شامل پاسخهای درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعیش می باشد. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی توان بدون توجه به معیار های اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالشهای اجتماعی را در بر می گیرد (فرنچ، ودهارا و کپتین<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). پژوهشها حاکی از آن است که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهند که عبارتند از: وضعیت اقتصادی- اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت اجتماعی و وضعیت تأهل (کار<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴).

سلامت اجتماعی از دو دیدگاه لذت جویانه و کارکردی مورد توجه قرار گرفته است (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). دیدگاه لذت جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه های مثبت و منفی بررسی می کند. از سوی دیگر دیدگاه کارکردگرایانه، سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی معنادار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظایف خود می نگرد و لذا تأکید آن

---

4 - Cornwell

5 - Haas, Schaefer & Kornienko

6 - Larson

7 - Uston & Jacob

8 - French, Vedhara & Kaptein

9 - Carr

بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی مدت تر است. نظریه مرحله ای توسط وین اشتاین<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۸)، به نقل از صفاری نیا، (۱۳۹۱) مطرح می شود که مراحل در این نظریه ها، سازه های نظری هستند. در این نظریه ها افراد به طبقات اختصاص پیدا می کنند. این مدل مشتمل بر هفت مرحله است که عبارتند از: (۱) عدم آگاهی از اقدام سلامت، (۲) آگاهی و شخصاً درگیر نشدن، (۳) درگیر شدن و تلاش برای تصمیم گیری درباره اقدام، (۴) تصمیم گیری برای اقدام نکردن (مرحله ای خارج از توالی برای اقدام)، (۵) تصمیم گیری برای اقدامی که هنوز محقق نشده است، (۶) اقدام کردن و (۷) نگهداری رفتار حافظ سلامت جدید.

مدل باور سلامت<sup>۱۱</sup> که توسط بکر (۱۹۷۴) عنوان شده دارای ۶ سازه کلیدی است که عبارتند از: حساسیت یا آمادگی ادراک شده، شدت یا وخامت ادراک شده، منافع ادراک شده، موانع ادراک شده، سرنخهای اقدام و خودکارآمدی (سام آرام، ۱۳۸۹). مدل سلامت اجتماعی که توسط ریف (۱۹۹۶)، به نقل از رفیعی، سمیعی، امیری رارانی و اکبریان، (۱۳۸۹) مطرح شد، مفهوم سلامت اجتماعی را شامل ابعاد عملکرد مثبت ذهن در روابط اجتماعی می داند. این ابعاد عبارتند از: پذیرش خود، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال. کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) با توجه به مفهوم پردازی های نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل پنج بُعدی قابل سنجش ارائه دادند که در سطوح فردی قابل استفاده است. در این نظریه منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است (کیز، ۱۹۹۸). همبستگی اجتماعی یعنی ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش. انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی معنابودن زندگی است و شامل دیدگاههایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و پیش بینی است. پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است و مشارکت اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد. علاقه و توجه روان شناسان به حوزه سلامت و اجتماع باعث پیدایش مفاهیم جدید در ادبیات جامعه شناسی شده است و هر جامعه بسته به وضع موجود خود تعریفی از عوامل سلامت اجتماعی دارد و ویژگی هایی را برای جامعه سالم برمی شمارد (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹). بنابراین در تلاش برای ساخت ابزاری دقیق، استاندارد و مناسب برای افراد مختلف این نکته مورد توجه قرار می گیرد که فرهنگ در نمرات آزمون مهم و تعیین کننده می باشد و این ابزار باید بتواند مؤلفه های اصلی سلامت اجتماعی را اندازه گیری کند و در کشور ما دارای کاربرد عملی، پایایی و روایی باشد.

## روش تهیه

پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط صفاری نیا (۱۳۹۱) بر اساس الگوی سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) طراحی شده است. پرسشنامه مذکور پس از ساخته شدن، از نظر مفهومی و دقت به کارگیری کلمات معادل و جمله بندی مناسب توسط چند تن از متخصصان روان شناسی مورد مقایسه و بازبینی قرار گرفته است. برای رفع نواقص و ابهامات مفهومی و رسیدن به ترکیب بندی سلیس و کم نقص تر،

<sup>10</sup> - Weinstein

<sup>11</sup> - health belief model

پرسشنامه توسط ۴۰ دانشجو تکمیل شد و از آنان خواسته شده تا نظرات خود و کلمات و نکات مبهمی را که احتمالاً مخاطب را دچار اشتباه می کند علامت گذاری کرده و توضیح دهند. این پرسشنامه بر روی ۵۵۴ زن و مرد تهرانی (۳۵۸ زن و ۱۹۶ مرد) اجرا شده است.

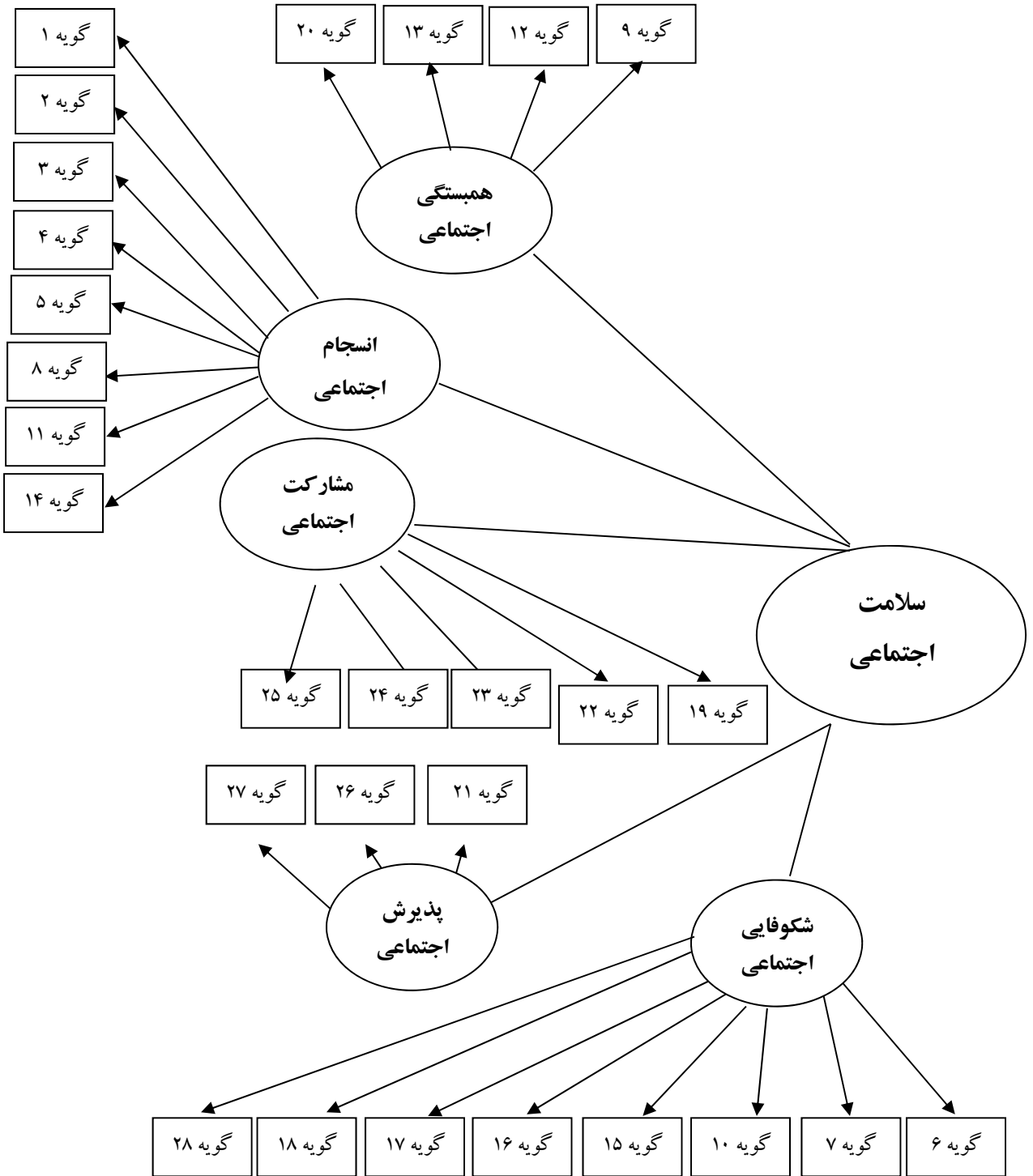
## نمره گذاری

این پرسشنامه که از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش دهی است، مشتمل بر ۲۸ گویه می باشد. گویه های ۹، ۱۲، ۱۳، ۲۰ خرده مقیاس «همبستگی اجتماعی»، گویه های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴ خرده مقیاس «انسجام اجتماعی»، گویه های ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵ خرده مقیاس «مشارکت اجتماعی»، گویه های ۶، ۷، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۸ خرده مقیاس «شکوفایی اجتماعی» و گویه های ۲۱، ۲۶، ۲۷ خرده مقیاس «پذیرش اجتماعی» را اندازه گیری می کنند. نمره گذاری گویه ها روی مقیاس لیکرت پنج درجه ای «کاملاً موافق = ۵»، «موافق = ۴»، «نظری ندارم = ۳»، «مخالف = ۲» و «کاملاً مخالف = ۱» انجام می شود. بنابراین، حداقل و حداکثر نمره ای که به دست می آید به ترتیب برابر با ۲۸ و ۱۴۰ خواهد بود. لازم به ذکر است که گویه های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۴، ۲۱ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند.

## پایایی و روایی

در پژوهش صفاری نیا (۱۳۹۱) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۷۷ به دست آمد که میزان رضایتبخشی است. همچنین، جهت تعیین روایی سازه پرسشنامه از روشهای تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی استفاده شد که نتایج تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از شاخصهایی نظیر  $\chi^2/df=2/7$ ،  $RMSEA=0/06$ ،  $GFI=0/89$  و  $AGFI=0/87$  نشان دهنده برآزش متوسط مدل در تعیین عاملها به شکل اولیه بیان شده توسط کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) بود. به علاوه، نتایج پژوهش جهت تعیین روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصان حاکی از روایی محتوایی پرسشنامه و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل مؤلفه های اصلی (PC) از طریق چرخش واریماکس مؤید وجود پنج عامل دارای ارزش ویژه بزرگتر از یک تحت عنوان «همبستگی اجتماعی»، «انسجام اجتماعی»، «مشارکت اجتماعی»، «شکوفایی اجتماعی» و «پذیرش اجتماعی» بوده است.

ساختار عاملی



پاسخ دهنده عزیز:

این پرسشنامه شامل یک سری گویه های مربوط به نگرش شما به سلامت اجتماعی است. برای هر گویه پنج گزینه ممکن وجود دارد. لطفاً گزینه ای را که بیانگر احساس شما می باشد علامت بزنید. لطفاً برای هر گویه فقط یک گزینه را انتخاب کنید.

ردیف	عبارت	کاملاً موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملاً مخالف
۱	خیلی از جوانان تحصیل کرده فاقد شغل مناسب هستند.					
۲	به نظرم فقر و مشکلات اقتصادی از مهمترین مشکلات شهرها می باشند.					
۳	یکی از مشکلات اساسی جامعه امروز کاهش انگیزه برای کسب تحصیل و اخذ مدرک است.					
۴	امروزه خشونت های اجتماعی یکی از مشکلات اصلی بعضی از شهر های کشور است.					
۵	متأسفانه امروز متخصصان از سطح منزلت اجتماعی کمتری برخوردار هستند.					
۶	احساس میکنم نظام آموزشی از کفایت لازم برای توسعه مهارت های زندگی برخوردار نمیشود.					
۷	می توانم برای چند سال آینده خود با خیال آسوده برنامه ریزی کنم.					
۸	همواره از اینکه روزی بیمار شده و متحمل هزینه های سنگین شوم نگرانم.					
۹	بیشتر مشاغل اجتماعی بر اساس روابط و مناسبات واگذار می شود نه شایستگی ها.					
۱۰	معمولاً از حمایت سازمان ها و خدمات اجتماعی که به ارباب رجوع می دهند راضی ام.					
۱۱	سکوت و بی تفاوتی فضای عاطفی زوجین را پر کرده است.					
۱۲	من برای اوقات فراغت خود برنامه ریزی دارم.					
۱۳	به جای مقصر دانستن دیگران در زندگی ام خود را مسئول سرنوشتم می دانم.					

					۱۴	خیلی از مردم از شرایط سازگاری روانی خوبی برخوردار نیستند.
					۱۵	احساس می‌کنم مردم از عدالت نسبی برخوردارند.
					۱۶	فکر می‌کنم حقوق شهروندی برای همه‌ی مردم رعایت می‌شود.
					۱۷	عملاً از فعالیت شغلی و حرفه‌ای که دارم احساس امنیت می‌کنم.
					۱۸	مردم جامعه احساس سربلندی و افتخار دارند.
					۱۹	پذیرش در گروه احساس خوشایندی را برای من به ارمغان می‌آورد.
					۲۰	من معمولاً آینده را پیش بینی می‌کنم.
					۲۱	در برابر خطر ها و ناملايمات معمولاً احساس بی‌پناهی می‌کنم.
					۲۲	با شناخت توانایی ها و استعداد خویش باعث ارتقاء سازمان می‌شوم.
					۲۳	تلاش می‌کنم که در فعالیت های نوع دوستانه و کمک به دیگران پیش قدم باشم.
					۲۴	معمولاً با نزدیکانم روابط صمیمی دارم.
					۲۵	من فکر می‌کنم در موقعیت های اجتماعی از پذیرش لازم برخوردارم.
					۲۶	به عقیده‌ی من برای رسیدن به اهداف و آرزو ها نباید دست به هر کاری زد.
					۲۷	من احساس می‌کنم عقاید و دیدگاه های من مورد پذیرش سایرین قرار می‌گیرد.
					۲۸	به نظرم سازمان ها و موسسات خدمات اجتماعی و شهری به اندازه‌ی کافی در یاری رساندن به مردم موفق هستند.

- باباپورخیرالدین، جلیل، طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۱۶، ۲۶-۸.
- رفیعی، حسن، سمیعی، مرسده، امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار. نخستین هم‌اندیشی ملی سلامت اجتماعی. مجموعه مقالات و سخنرانیها. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد.
- سام آرام، عزت‌الله. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی و شاخصهای آن. نخستین هم‌اندیشی ملی سلامت اجتماعی. مجموعه مقالات و سخنرانیها. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد.
- صبوری، سعید. (۱۳۹۱). بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان کارمندان آموزش و پرورش منطقه ۱۱ شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور تهران.
- صفاری نیا، مجید. (۱۳۹۱). ممیزی روان‌شناسی سلامت اجتماعی در ایران. گزارش تحقیق معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری.
- هزارجریبی، جعفر. (۱۳۹۱). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. فصلنامه علمی - پژوهشی برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۴، ۱۷-۱۰.

- Carr, A. (2004). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner-Routledge.
- Cornwell, B. (2009). Good Health and the Bridging of Structural Holes. *Social Networks*, 31, 92-103.
- French, D., Vedhara, K., & Kaptein, A. (2010). *Health psychology*. Wiley-Blackwell.
- Haas, S.A., Schaefer, D.R., & Kornienko, O. (2010). Health and the Structure of Adolescent Social Networks. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 424-439.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-140.
- Keyes, C.L.M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging and Mental Health*, 8, 266-274.
- Keyes, C.L.M. & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology*. University of Chicago Press.