

بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در ساکنین شهر تهران

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۱۳

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۷

مجید صفاری نیا^۱

چکیده

مقدمه: در این پژوهش اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در شهروندان شهر تهران بررسی شده است.

روش: نمونه‌ای با حجم ۵۵۴ نفر (۳۵۸ زن و ۱۹۶ مرد) از طریق نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. پرسشنامه ۳۳ سوالی اولیه سلامت اجتماعی بر اساس دیدگاه کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) طراحی شده و نمره‌گذاری آن بر پایه طیف لیکرت ۵ درجه‌ای انجام یافت.

یافته‌ها: در مرحله تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از نرم افزار SPSS تعداد ۴ سؤال به علت بار عاملی ضعیف از کل پرسشنامه حذف شدند و در نتیجه ضریب پایایی پرسشنامه ۲۸ سوالی با استفاده از روش باز آزمایی (۰/۸۵) و همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر (۰/۷۷) بدست آمد. نتایج مؤلفه‌های اصلی نشان داد که ۵ عامل بر روی هم ۴۰/۹۹ درصد از کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کنند. در مرحله تحلیل عامل تأییدی با استفاده از نرم افزار AMOS همان نتایج به دست آمد، اما سوال ۹ در هیچ کدام از عوامل بارگذاری نشد. در نتیجه این پرسشنامه به ۲۸ سوال کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد این پرسشنامه ۵ عاملی سلامت اجتماعی از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، اعتبار، روایی، تحلیل عامل اکتشافی، تحلیل عامل تأییدی

۱ دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور m.saffarinia@yahoo.com

Investigating of reliability, validity and standardization of social health questionnaire in Tehran citizens

Safarina, M.

Abstract

Introduction: In this study, reliability, validity and standardization of Social health questionnaire among Tehran citizens are investigated.

Methods: A sample size of 554 people (358 females and 196 males) was selected through multistage random sampling. Questionnaire of 33 item primary social health was designed based on the Keys and Shapiro (2004) perspective, and the scoring based on 5 degrees Likert was done.

Results: In the exploratory factor analysis, 4 questions from entire questionnaire were omitted because of weakened loading and, resulting reliability coefficient of the 28 item questionnaire using a test-retest (0/85) and internal consistency using Cronbach's alpha coefficient equal (. /77), were obtained. Principal component analysis showed that 5 factors together explained 40.99% of variance. In the confirmatory factor analysis by using AMOS software, the same results were obtained, but question of 9 in none of factors were reloaded. As a result, the questionnaire was reduced to 28 items.

Conclusions: The results showed that 5 factor social health questionnaire has suitable reliability and validity.

Keywords: Social health, Validity, Reliability, Exploratory factor analysis, Confirmatory factor analysis

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 ساده‌ترین 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 می‌کند. در راستای همین ایده، بهداشت روانی یا به عبارتی سلامت روانی که جزئی از بهداشت عمومی محسوب می‌شود در اینجا مطرح می‌گردد (صبوری، ۱۳۹۱).

دیدگاه کنونی درباره سلامت و بیماری، دیدگاه وسیعی است که شامل تاثیر متقابل جنبه‌های زیستی- روانی و اجتماعی زندگی شخص است (اُگین، ۲۰۰۸). این دیدگاه جدید را الگوی زیستی- روانی و اجتماعی می‌خوانند. در این مدل، سلامت و بیماری محصول ترکیب عوامل زیر در نظر گرفته می‌شود:

الف- ویژگی‌های زیست‌شناختی (مثلاً: زمینه‌های ژنتیکی)؛

ب- عوامل رفتاری (مثلاً: سبک زندگی، استرس و باورهای سلامتی) و

ج- شرایط اجتماعی (مثلاً: تأثیرات اجتماعی، روابط خویشاوندی و حمایت اجتماعی) (اُگین، ۲۰۰۸).

درباره سلامتی الگوهای متعددی وجود دارد که هر کدام براساس دیدگاه خود آن را تعریف و تبیین کرده‌اند اما دیدگاه نوین در این باره الگوی کل‌نگر است که سلامتی را برحسب کلیت شخص تعریف می‌کند. استقرار این الگو نوید ظهور رشته‌ای جدید را به میان آورده که با پذیرش یک روی-آورد کلی به کاربردن این راهبرد در روش‌شناسی پژوهشی، در پی پاسخ‌گویی به معماهای حل نشده دیدگاه‌های تک بعدی درباره سلامتی و بیماری است (باباپورخیرالدین، طوسی و حکمتی، ۱۳۸۸).

سلامت، اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌رود 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 (هزار جریبی، ۱۳۹۱). بلوک و برسلو (۱۹۷۹)، به نقل از جین کیتس، پیردی، آلیسون و داگلاس جی، ترجمه شجاعی‌زاده و دیگران، ۱۳۸۴) 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 بصورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و بالقوه برای رشد و شکوفایی دانسته و احساس می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در

پیشرفت آن سهیم است (کیز و شاپیرو^۱، ۲۰۰۴). 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 اندازه‌گیری آن، ارکان عینی و ذهنی هر دو در تعریف منظور شده بود.

برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند، افرادی که از سلامت ضعیفی برخوردارند، در شبکه‌های اجتماعی خود از موقعیت ویژه‌ای برخوردار نیستند و دوستانشان رابطه ضعیفی با یکدیگر دارند (کورن ول^۲، ۲۰۰۹؛ هاس، شافر و کورنیکو^۳، ۲۰۱۰).

هدف عمده و اصلی از اجتماعی شدن هماهنگی فرد با محیط اجتماع است تا ارتباط سالم و موثری که بین فرد و جامعه برقرار می‌شود، زمینه رشد شخصی را فراهم سازد. لارسن^۴ (۱۹۹۶) و کیز (۲۰۰۴) سلامت اجتماعی را استنباط فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت و پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش است. به اعتقاد کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، ارتباط با خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. بنابراین آنان به توانایی فرد در تعامل موثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکنده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی را می‌دهند. اخیراً نیز اوستون و جیکوب^۵ (۲۰۰۵) سلامت اجتماعی را شامل مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه و تمامیت شخص در شبکه اجتماعی توجه کرده‌اند.

در تعریف دیگر، سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر (نزدیکان و گروه‌های اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست تعریف می‌کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش می‌باشد. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد (فرنچ، ودهارا و کپتین^۶، ۲۰۱۰).

1 Keyes & Shapiro

2 Cornwell

3 Haas, Schaefer & Kornienko

4 Larson

5 Uston & Jacob

6 French, Vedhara & Kaptein

پژوهش‌ها حاکی از آن است که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که عبارتند از: وضعیت اقتصادی- اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت اجتماعی و وضعیت تأهل (کار^۱، ۲۰۰۴). سلامت اجتماعی از دو دیدگاه لذت‌جویانه و کارکردی مورد توجه قرار گرفته است (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). دیدگاه لذت‌جویانه، سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه‌های مثبت و منفی بررسی می‌کند. از سوی دیگر دیدگاه کارکردگرایانه، سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی‌معدنار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظایف خود می‌نگرد و لذا تأکید آن بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی‌مدت‌تر است.

نظریه مرحله‌ای توسط وین اشتاین^۲ (۱۹۸۸) مطرح می‌شود که مراحل در این نظریه، سازه‌های نظری هستند. در این نظریه افراد به طبقات اختصاص پیدا می‌کنند. 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 تصمیم‌گیری درباره اقدام؛ (۴) تصمیم‌گیری برای اقدام نکردن (مرحله‌ای خارج از توالی برای اقدام)؛ (۵) تصمیم‌گیری برای اقدامی که هنوز محقق نشده است؛ (۶) اقدام کردن و (۷) نگهداری رفتار حافظ سلامت جدید (به نقل از صفاری‌نیا، ۱۳۹۱).

مدل باور سلامت^۳ که توسط بکر^۴ (۱۹۷۴) عنوان شده دارای ۶ سازه کلیدی است که عبارتند از: از: حساسیت یا آمادگی ادراک شده، شدت یا وخامت ادراک شده، منافع ادراک شده، موانع ادراک شده، سرخ‌های اقدام و خودکارآمدی (به نقل از سام آرام، ۱۳۸۹).

مدل سلامت اجتماعی که توسط ریف^۵ (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 می‌داند. 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 پردازشی‌های 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 بی‌معنابودن زندگی است و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و پیش‌بینی است. پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است و مشارکت اجتماعی عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد.

1 Carr

2 Weinstein

3 health belief model

4 Becker

5 Ryff

علاقه و توجه روان‌شناسان به حوزه سلامت و اجتماع باعث پیدایش مفاهیم جدید در ادبیات جامعه‌شناسی شده است و هر جامعه بسته به وضع موجود خود تعریفی از عوامل سلامت اجتماعی دارد و ویژگی‌هایی را برای جامعه سالم برمی‌شمارد (سمیعی، رفیعی، امیری رارانی و اکبری‌ان، ۱۳۸۹). بنابراین پژوهش حاضر تلاش برای ساخت ابزاری دقیق، استاندارد و مناسب برای افراد مختلف است تا این نکته مورد توجه قرار گیرد که فرهنگ در نمرات آزمون مهم و تعیین کننده می‌باشد و همچنین بتواند مولفه‌های اصلی سلامت اجتماعی را اندازه‌گیری کند و این ابزار در کشور ما دارای کاربرد عملی، روایی و اعتبار باشد.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه شهروندان شهر تهران در سال ۱۳۹۱ که تعداد ۵۵۴ نفر (۳۵۸ زن و ۱۹۶ مرد) با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. پس از تعیین اعتبار و روایی مقدماتی، پرسشنامه مذکور ضمن اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده در سطح شهر تهران بین ساکنین ۲۲ منطقه پخش شد که پس از پاسخ‌گویی جمع‌آوری و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در نسخه مقدماتی، پرسشنامه ۳۳ گویه‌ای براساس طیف لیکرت و مدل کیز و شاپیرو و با رعایت ابعاد فرهنگی و اجتماعی ساخته شد. پس از تجزیه و تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی ابزار دارای ۵ عامل شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی و پذیرش اجتماعی در ۲۸ سوال می‌باشد که با مطالعه مآلی خط متوسط بنیاد مک آرتور^۱ بر اساس مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) همخوانی دارد. برای برآورد ضریب اعتبار پرسشنامه سلامت اجتماعی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

برای شناسایی عامل‌ها و همچنین تعیین متغیرهایی که هر عامل را می‌سازد از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. مقادیر $KMO=0/831$ و مقدار تقریبی کای اسکوئر آزمون کروییت بارتلت، $df=403$ و $2997,159$ نشان دادند که داده‌ها توان عامل شدن را دارند. از آنجا که گویه‌های ۳-۱۰-۱۴-۳۳ همبستگی ضعیف با دیگر گویه‌ها داشتند، از مقیاس حذف شدند و ضریب اعتبار کل $0/77$ بدست آمد. پس از حذف این ۴ گویه ۲۹ سوال در تست باقی ماند. گویه ۱ دارای کمترین میزان اشتراک ($0/237$) و گویه ۲۰ دارای بیشترین میزان اشتراک ($0/623$) بود. بر اساس نمودار سنگریزه و با توجه به ارزش‌های ویژه، تحلیل عاملی داده‌ها بر اساس چرخش واریماکس انجام و ۵ عامل استخراجی از داده‌ها پیشنهاد شد. عامل اول = $3/855$ ، عامل دوم = $2/597$ ، عامل سوم =

۲/۲۵۵، عامل چهارم = ۱/۶۹۳ و عامل پنجم = ۱/۴۸۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند و در مجموع ۴۰/۹۹۳ درصد از واریانس تراکمی کل آزمون توسط این ۵ عامل تبیین شد. پس از گذشت دو هفته، پرسشنامه مجدداً بر روی همان ۴۰ نفر اجرا شد. میزان همبستگی میان نتایج دو بار اجرای پرسشنامه برابر با ۰/۸۵۱ بود که نشان‌دهنده پایایی رضایتبخش آن است.

جدول ۱. بار عاملی پس از چرخش در آزمودنی‌های پژوهش (N = ۵۵۴)

عوامل					گویه‌ها
۵	۴	۳	۲	۱	
			۰/۴۱۹		Q1
			۰/۵۱۱		Q2
			۰/۶۴۵		Q4
			۰/۵۰۹		Q5
			۰/۴۸۱		Q6
				۰/۳۲۶	Q7
	۰/۳۶۸			۰/۵۷۹	Q8
	۰/۳۶۹				Q9
	۰/۴۴۶		۰/۵۲۵		Q11
	۰/۳۹۸				Q12
				۰/۶۶۹	Q13
			۰/۵۶۴		Q15
	۰/۴۸۷				Q16
	۰/۶۳۵				Q17
			۰/۳۲۷		Q18
				۰/۶۸	Q19
				۰/۷۷۳	Q20
				۰/۵۸۲	Q21
				۰/۷۲۴	Q22
		۰/۵۳۵		۰/۷۰۵	Q23
	۰/۳۵۸				Q24
۰/۴۸۶			۰/۴۸۳		Q25
		۰/۶۴۸			Q26
		۰/۶۵۱			Q27
		۰/۶			Q28
		۰/۵۷۸			Q29
۰/۶۲۶					Q30
۰/۴۹۵					Q31
				۰/۷۳۸	Q32

بر اساس نتایج جدول ۱، گویه‌های ۶-۷-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۲۸ خرده مقیاس «شکوفایی اجتماعی»، گویه‌های ۱-۲-۳-۴-۵-۸-۱۱-۱۴ خرده مقیاس «انسجام اجتماعی»، گویه‌های ۱۹-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵ خرده مقیاس «مشارکت اجتماعی»، گویه‌های ۹-۱۲-۱۳-۲۰ خرده مقیاس «همبستگی اجتماعی» و گویه‌های ۲۱-۲۶-۲۷ مقیاس «پذیرش اجتماعی» را اندازه‌گیری می‌کنند. در پرسشنامه نهایی گویه‌های ۲۱-۱۴-۱۱-۹-۸-۶-۵-۴-۳-۲-۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری شد.

در مرحله بعدی بر روی ابعاد این پرسشنامه (سلامت اجتماعی) به صورت جداگانه و کل آن تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. نتایج بیانگر همان نتایج تحلیل عامل اکتشافی بود و سوال ۹ در هیچ کدام از عامل‌ها بارگذاری نشد. در نتیجه از پرسشنامه حذف شد و تعداد سوالات به ۲۸ عدد کاهش یافت.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل کلی

مدل کلی	مدل	Chi-squar e	df	RM R	GF I	AG FI	NFI	RFI	IFI	CFI	RM SEA	CMI N/DF
مدل کلی	۹۳۴/۶۱	۳۴۵	۰/۰۷۹	۱/۸۸۸	۰/۱۸۶۹	۰/۶۷۹	۰/۶۴۸	۰/۷۷	۰/۷۶۷	۰/۰۵۶	۲/۷۰۹	

در پژوهش حاضر برای بررسی روایی همزمان از همبستگی آزمون سلامت روان ۲۸ سؤالی که توسط گلدبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹) ساخته شده و دارای ۴ مقیاس (علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی) است استفاده شد که توسط سعادتمند (۱۳۷۶) و نوربالا (۱۳۸۰) پایایی آن در سطح بالا تأیید شده است. همچنین اعتبار داده‌های پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ بوده است. در این پژوهش همبستگی سلامت اجتماعی با سلامت روان در گروه نمونه با حجم ۱۲۰ نفر محاسبه شد. نتایج نشان داد که این ضریب برابر با ۰/۲۴۷ و بیانگر آن است که همبستگی بین دو پرسشنامه در سطح ۰/۰۰۳ معنی‌دار و بیانگر روایی همزمان دو پرسشنامه است. بر اساس عوامل، در این پژوهش با در نظر گرفتن نمره خام هر فرد و با استفاده از جداول توزیع فراوانی می‌توان وضعیت نسبی هر فرد را مشخص کرد که در جدول ۳ ارائه شده است.

1 Goldberg & Hillier

جدول ۳. نرم مقوله‌ای در مجموعه مواد پرسشنامه سلامت اجتماعی

مقوله	جمع نمره‌های خام
قوی	بالاتر از ۹۱
متوسط	۶۸-۹۰
ضعیف	۲۸-۶۷

بحث

پژوهش حاضر به منظور ساخت، بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی شهروندان شهر تهران انجام یافت. پس از اجرای پرسشنامه سلامت اجتماعی بر روی ۵۵۴ زن و مرد، اطلاعات جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای پاسخ به این پرسش که "آیا ابزار مورد پژوهش از اعتبار کافی برخوردار است؟" تعداد ۴ سؤال به علت بار عاملی ضعیف از کل پرسشنامه حذف شدند و ضریب پایایی پرسشنامه ۲۹ سؤالی با استفاده از روش باز آزمایی (۰/۸۵) و همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر (۰/۷۷) بدست آمد.

برای پاسخ به این سوال که "پرسشنامه سلامت اجتماعی از چه عواملی تشکیل و تا چه حد اشباع شده است؟" از روش تحلیل مولفه‌های اصلی (PC) استفاده شده است. با استفاده از شیوه چرخش متعامد تعداد ۴ سؤال به علت بار عاملی ضعیف از کل پرسشنامه حذف شدند و با توجه به مفروضه تحلیل عاملی، درصد تبیین واریانس شیب نمودار در نهایت ۵ عامل استخراج شد. کفایت نمونه‌برداری با استفاده از KMO و رد فرض صفر مبتنی بر درست بودن همسانی در جامعه به وسیله آزمون کرویت بارلتل اجرای تحلیل عاملی را امکان‌پذیر می‌کند. ماتریس عاملی حاکی از آن بود که بیشترین بار عاملی برای عامل نخست است و پرسشنامه از ۵ عامل اشباع شده است.

از یافته‌های این پژوهش بر پایه طرح نمونه‌برداری و از آزمون‌های آماری به خصوص تحلیل عاملی و روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و بهره‌گیری از پیشینه پژوهش در خصوص سلامت اجتماعی نتایج ذیل بدست آمد که با نظریه‌پردازی مدل ۵ عاملی کیز و شاپیرو (۲۰۰۴) مطابقت داشت.

عامل یکم تحت عنوان شکوفایی اجتماعی نامگذاری شده است که منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است (کیز، ۱۹۹۸). شکوفایی اجتماعی شامل درک افراد از این موضوع است که آنها از رشد اجتماعی سود خواهند برد و نهادها و افراد حاضر در جامعه به شکلی در حال شکوفایی‌اند که نوید توسعه بهینه را می‌دهد، هرچند این امر برای همه افراد درست نیست (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود را در دست دارد.

عامل دوم تحت عنوان انسجام اجتماعی نامگذاری شده است که انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنابودن زندگی است و شامل دیدگاه‌هایی در این باره است که جامعه قابل سنجش و پیش‌بینی

است. از حیث روان‌شناختی، افراد سالم زندگی شخصی خود را با معنا و منسجم می‌بینند (ریف، ۱۹۸۹). آنتونوفسکی^۱ معتقد است که احساس انسجام در وجود فرد می‌تواند نشانه سلامتی او باشد. افرادی که از انسجام برخوردارند تلاش می‌کنند هنگام مواجهه با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، انسجام خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازماندهی و عملکرد اوست (کیز، ۱۹۹۸). کیز (۱۹۹۸) معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی است.

عامل سوم تحت عنوان مشارکت اجتماعی نامگذاری شده است که عبارت است از ارزیابی ارزش اجتماعی که فرد دارد و شامل این عقیده است که آیا فرد جزئی مهم از جامعه است و چه ارزشی را به جهان خود اضافه می‌کند. مشارکت اجتماعی با مفاهیم بازدهی و مسئولیت‌پذیری شباهت دارد. بازدهی فردی به این معنا است که عقیده داشته باشیم می‌توانیم رفتار خاصی را از خود نشان دهیم و به اهداف ویژه‌ای برسیم. مسئولیت اجتماعی عبارت است از تعیین الزامات فردی برای نقش‌آفرینی در جامعه. این بعد از سلامت اجتماعی معرف این است که آیا افراد فکر می‌کنند آنچه که انجام می‌دهند برای جامعه ارزشمند است یا نه؟ (حاتمی، ۱۳۸۹).

عامل چهارم تحت عنوان همبستگی اجتماعی نامگذاری شده است که منظور از همبستگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کیز، ۱۹۹۸). احساس تعلق می‌تواند جنبه‌ای محوری از سلامت باشد و لذا یکپارچگی با دیگران در محیط و جامعه اطراف می‌بایست حاصل یک تجربه مشترک شباهت با دیگران باشد (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). نبود حس همبستگی اجتماعی در بالاترین سطح خود به خودکشی می‌انجامد. افراد سالم احساس می‌کنند که جزئی از جامعه‌اند، لذا همبستگی اجتماعی احساس اشتراک فرد با دیگرانی است که واقعیت اجتماعی او را می‌سازند و به جامعه خود تعلق دارند. همبستگی اجتماعی متکی بر مفاهیمی چون انسجام اجتماعی (دورکیم)، بیگانگی فرهنگی و انزوای اجتماعی (سیمن) و آگاهی طبقاتی (مارکس) است (صبوری، ۱۳۹۱).

عامل پنجم تحت عنوان پذیرش اجتماعی نامگذاری شده است که پذیرش اجتماعی نسخه اجتماعی پذیرش خود است. افرادی که نگرش مثبتی به شخصیت خود دارند و جنبه‌های خوب و بد زندگی خود را توأمان می‌پذیرند، نمونه‌هایی از سلامت روانی و اجتماعی هستند (ریف، ۱۹۸۹). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کیز، ۱۹۹۸). پذیرش اجتماعی شامل پذیرش تکثر با دیگران، اعتماد به خوب بودن ذاتی دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسانها است که همگی آنها باعث می‌شوند فرد در کنار سایر اعضای جامعه انسانی، احساس راحتی کند (کیز و شاپیرو، ۲۰۰۴). کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به

طور کلی سازنده هستند. همان‌طور که سلامت روان شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بینجامد (صبوری، ۱۳۹۱).

نتایج این آزمون با استفاده از تحلیل عامل تأییدی همان ۵ عامل را تأیید کرد و گویه ۹ در هیچ عامل بارگذاری نشد و حذف گردید. برای اطمینان از روایی ابزار از روایی همزمان استفاده شد که نشان از همبستگی بالا بین آزمون سلامت اجتماعی و آزمون سلامت روان داشت.

در هنجاریابی این پرسشنامه افراد با نمرات خام کمتر از ۶۷ دارای سلامت اجتماعی ضعیف، نمرات خام بین ۶۸-۹۰ دارای سلامت اجتماعی متوسط و نمرات خام بالای ۹۱ دارای سلامت اجتماعی قوی هستند.

با توجه به اعتبار و پایایی مطلوب این مقیاس استفاده آن در زمینه‌های تحقیقی و تشخیصی سلامت اجتماعی توصیه می‌شود.

این طرح با حمایت مالی دانشگاه پیام‌نور انجام شده است.

منابع

- باباپورخیرالدین، جلیل، طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی. (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۱۶، ۲۶-۸.
- جین کیتس، پیردی، آلیسون و داگلاس جی. (۱۳۸۴). ارتقاء سلامت دانش و رفتار. ترجمه داوود شجاعی‌زاده و دیگران. چاپ اول. نشر آینده سازان شهر آب. تهران.
- حاتمی، پریسا. (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- 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.
- سام‌آرام، 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.
- سمیعی، مرسده، رفیعی، حسن، امینی رارانی، مصطفی و اکبری‌ان، مهدی. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار. مسائل اجتماعی ایران، ۲، ۴۳-۵۴.
- صبوری، سعید. (۱۳۹۱). بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان کارمندان آموزش و پرورش منطقه ۱۱ شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام‌نور.

- صفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۱). ممیزی روان‌شناسی سلامت اجتماعی در ایران. گزارش تحقیق معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری.
- هزار جریبی، جعفر و ارفعی عین‌الدین، رضا. (۱۳۹۱). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. فصلنامه علمی - پژوهشی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، ۴، ۱۰.
- Antovsky, A. (1979). Health Stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Carr, A. (2004). Positive psychology: The science of happiness and human strengths. New York: Brunner-Rutledge.
- 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.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A Scaled version of General Health Questionnaire. Psychological Medicine, 9, 131-145.
- 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. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology. University of Chicago Press.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. Social Psychology Quarterly, 61, 121-140.
- Larson, J.S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Social Indicators Research, 38, 181-192.
- Ogden, J. (2008). Health psychology: A textbook. Buckingham: Open University Press.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1069-1081.
- Uston, B., & Jacob, R. (2005). Re-defining Health. Bulletin of the World Health Organization, 83, 802-806.