

پرسشنامه سلامت اجتماعی

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 تأثیر متقابل جنبه‌های زیستی-روانی و اجتماعی زندگی شخص است (اُگدن^۱، 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) (اُگدن، 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 شخصی تعریف می‌کند. استقرار این الگو نوید ظهور رشته‌ای جدید را به میان آورده که با پذیرش یک روی آورد کلی به کار بستن 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 برای اولین بار در سال (۱۹۷۲) در پژوهشی به مفهوم سلامت اجتماعی پرداختند. آنها مفهوم سلامت اجتماعی را با درجه عملکرد اعضا 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 می‌کند که به جامعه تعلق دارد، از طرف جامعه پذیرفته می‌شود و در پیشرفت آن سهم است (کیز و شاپیرو، 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^۱، ۲۰۰۹؛ هاس، شافر و کورنیکو^۲، 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 می‌شود، زمینه رشد شخصی را فراهم سازد. لارسن (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 (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

1- Cornwell

2- Haas, Schaefer & Kornienko

رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی 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^۱، ۲۰۱۰).

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، 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 جنبه‌های مثبت و منفی بررسی می‌کند. از سوی دیگر دیدگاه کارکردگرایانه، سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی معنادار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظایف خود می‌نگرد و لذا تأکید آن بر سلامت اجتماعی در یک بازه زمانی طولانی مدت‌تر است.

نظریه مرحله‌ای توسط وین اشتاین^۲ (۱۹۸۸) مطرح می‌شود که مراحل در این نظریه‌ها، سازه‌های نظری هستند. در این نظریه‌ها 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 صفاری نیا، ۱۳۹۱).

مدل باور سلامت^۳ 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 (به نقل از 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 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^۴ (۲۰۰۴) با توجه به مفهوم‌پردازی‌های 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

1- French, Vedhara & Kaptein

2- Weinstein

3- health belief model

4- Keyes & Shapiro

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.

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 رازانی 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 تعیین‌کننده می‌باشد و همچنین بتواند مؤلفه‌های اصلی سلامت اجتماعی را اندازه‌گیری کند و این ابزار در کشور ما دارای کاربرد عملی، روایی و اعتبار باشد.

روش تهیه

پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط صفاری نیا (۱۳۹۳) براساس مدل نظری کیز و شاپیروز طراحی شد. این پرسشنامه با هدف مقیاس ادراک سلامت اجتماعی توسط افراد ساخته شده است. در پژوهش صفاری نیا این پرسشنامه بر روی ۵۵۴ نفر (۳۵۸ زن و ۱۹۶ مرد) در مناطق ۲۱ گانه شهر تهران اجرا شد و پس از پاسخگویی جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. و مشتمل بر ۲۸ سؤال نهایی و ۵ خرده قیاس «همبستگی اجتماعی» «انسجام اجتماعی» «مشارکت اجتماعی»، «شکوفایی اجتماعی» و «پذیرش اجتماعی» می‌باشد. گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴ خرده مقیاس «انسجام اجتماعی» گویه‌های ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۵ خرده قیاس «مشارکت اجتماعی» گویه‌های ۲۱، ۲۶ و ۲۷ قیاس «پذیرش اجتماعی» را اندازه‌گیری می‌کند. در تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی این پرسشنامه، استدلال‌ها به دلیل بستگی خفیف با گویه‌های دیگر حذف شدند.

نمره‌گذاری گویه‌ها براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای به صورت «کاملاً موافق = ۵»، «موافق = ۴»، «نظری ندارم = ۳»، «مخالف = ۲» و «مخالف = انجام می‌شود. بنابراین حداقل و حداکثر نمره کسب شده از این پرسشنامه به ترتیب برابر ۲۸ و ۱۴۰ خواهد بود. لازم به ذکر است گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۲۱، ۱۴، ۹، ۱۱ و ۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

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 پس از رضایت در مورد محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده در سطح شهر تهران بین ساکنین ۲۲ منطقه پخش شد که پس از جوابگویی جمع‌آوری و سپس

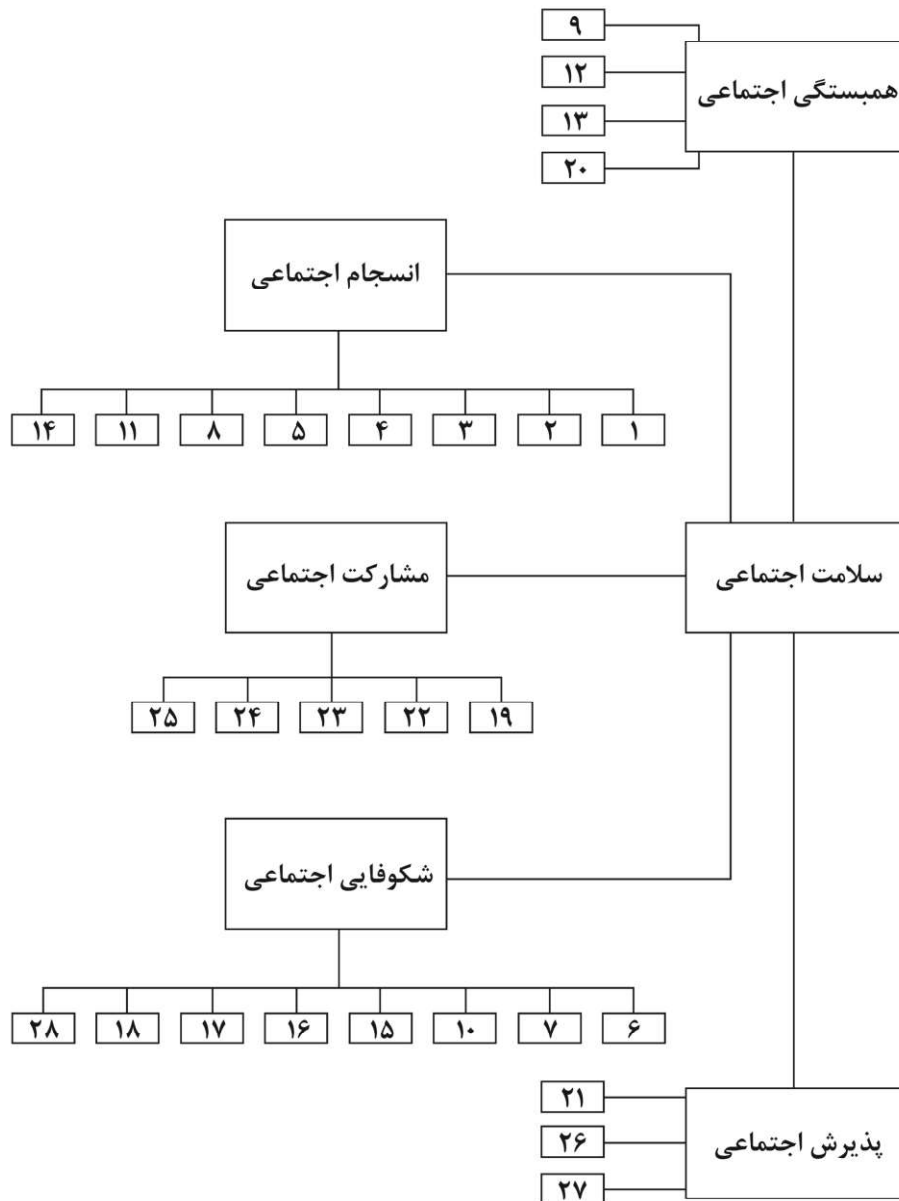
مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پایایی و روایی

در پژوهش صفاری‌نیا پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرون باخ برای کل پرسشنامه برابر (۰/۷۷) بدست آمد که میزان رضایت‌بخشی است. همچنین جهت تعیین روایی سازه از روش‌های تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی استفاده شد. در تحلیل عامل اکتشافی و با توجه به ارزش‌های ویژه عامل اول = ۳/۸۵، عامل دوم = ۲/۵۹، عامل سوم ۲/۲۵۰، عامل چهارم، ۱/۶۹ و عامل پنجم = ۱/۴۸ درصد از واریانس کل را به خود اختصاص می‌دهد.

میزان همبستگی میان نتایج دوبار آزمون بر روی یک گروه ۴۰ نفری ۰/۸۵ برآورد شده است که نشان‌دهنده پایایی رضایت‌بخش است. و برای بررسی روایی، هم زمان از اجرای این پرسشنامه هم‌زمان سلامت روان ۲۸ سؤالی گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شده است. نتایج نشان داد این ضریب برابر با ۰/۲۴۷ و نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنی‌دار میان دو آزمون و روایی هم زمان دو پرسشنامه است.

ساختار عاملی



نمونه پرسشنامه

پاسخ دهنده عزیز:

این پرسشنامه شامل سؤالات مربوط به نگرش شما به سلامت اجتماعی است. برای هر گویه پنج گزینه ممکن وجود دارد. لطفاً گزینه‌ای را که بیانگر احساس شما می‌باشد علامت بزنید. انتخاب پاسخ برای شما بین گزینه‌های (کاملاً موافق، موافق، نظری ندارم، مخالف و کاملاً مخالف) می‌باشد. لطفاً برای هر گویه فقط یک گزینه را انتخاب کنید.

* سن:

* جنس:

* میزان تحصیلات:

* شغل: ☐ کارمند ☐ کارگر ☐ آزاد ☐ خانه‌دار ☐ دانشجو ☐ بیکار

* منطقه سکونت: ☐ شمال ☐ جنوب ☐ شرق ☐ غرب ☐ مرکز

ردیف	گویه	کاملاً موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	کاملاً مخالف
۱	خیلی از جوانان تحصیلکرده فاقد شغل مناسب می‌باشند					
۲	به نظرم فقر و مشکلات اقتصادی از مهمترین مشکلات مردم شهرها می‌باشد					
۳	یکی از مشکلات اساسی جامعه امروز کاهش انگیزه برای کسب تحصیل و اخذ مدرک است					
۴	امروزه خشونت‌های اجتماعی یکی از مشکلات اصلی بعضی از شهرهای کشور است					
۵	متأسفانه امروزه متخصصان از سطح منزلت اجتماعی کمتری برخوردار هستند					
۶	احساس می‌کنم نظام آموزشی از کفایت لازم برای توسعه مهارت‌های زندگی برخوردار نمی‌باشد					
۷	می‌توانم برای چند سال آینده خود با خیالی آسوده برنامه‌ریزی کنم					
۸	همواره از اینکه روزی مریض شده و متحمل هزینه‌های سنگین شوم، نگرانم					
۹	بیشتر مشاغل اجتماعی براساس روابط و مناسبات واگذار می‌شود نه شایستگی‌ها					
۱۰	معمولاً از حمایت سازمان‌ها و خدمات اجتماعی که به ارباب رجوع می‌دهند، رضایتمندم					
۱۱	سکوت و بی‌تفاوتی فضای عاطفی زوجین را پر کرده است					

ردیف	نقش	کاملاً موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	کاملاً مخالف
۱۲	من برای اوقات فراغت خود برنامه‌ریزی دارم					
۱۳	بجای مقصر دانستن دیگران در زندگی‌ام خود را مسئول سرنوشتم می‌دانم					
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 همه 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 پیش‌بینی می‌کنم					
۲۱	در برابر خطرها و نامایمات معمولاً احساس بی‌پناهی می‌کنم					
۲۲	با دانستن توانایی‌ها و استعداد خویش باعث ارتقا سازمان می‌شوم					
۲۳	تلاش می‌کنم که در فعالیت‌های نوع دوستانه و کمک به دیگران پیش قدم باشم					
۲۴	معمولاً با نزدیکانم روابط صمیمی دارم					
۲۵	من فکر می‌کنم در موقعیت‌های اجتماعی از پذیرش لازم برخوردارم					
۲۶	به عقیده من برای رسیدن به اهداف و آرزوها نباید دست به هر کاری زد					
۲۷	من احساس می‌کنم عقاید و دیدگاه‌های من مورد پذیرش سایرین قرار می‌گیرد					
۲۸	به نظرم سازمان‌ها و موسسات خدمات اجتماعی و شهری به اندازه کافی در یاری رسانی به مردم موفق هستند					

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.
- حاتمی، پریرسا. (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.
- رفیعی، حسن، سمیعی، مرصده، امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شوهدمدار. 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.
- سمیعی، مرصده، رفیعی، حسن، امینی رازانی، مصطفی و اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار. *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 پیام نور.
- 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.
- 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. & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology*. University of Chicago Press.
- 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.