

مؤلفه‌های اجتماعی روان‌شناسی سلامت در ایران

مجید صفاری نیا

دریافت مقاله:

91/9/17

پذیرش:

93/1/20

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر به تدوین شاخص‌های سلامت اجتماعی از منظر روان‌شناسی می‌پردازد.

روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی و زمینه‌یابی است. جامعه آماری پژوهش عبارت است از کلیه متخصصان حوزه‌های روان‌شناسی (دکتری، دانشجوی دکتری و کارشناسی ارشد) که 215 نفر از آن‌ها به شیوه در دسترس از دانشگاه‌های سراسر کشور انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت است پرسشنامه محقق ساخته 60 گویه‌ای است که با استفاده از روش زمینه‌یابی (دلفی) مطابق نظر گروهی از روان‌شناسان جهت بررسی شاخص‌های سلامت اجتماعی در ایران طراحی شده است. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات و تدوین شاخص‌ها از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل اکتشافی حاکی از وجود چهار شاخص انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به‌عنوان مؤلفه‌های سلامت اجتماعی از منظر روان‌شناسی بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به شناسایی مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت اجتماعی می‌توان آن‌ها را در ایران اعتبار یابی و هنجاریابی نمود.

کلیدواژگان: انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی

* دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند (ویسینگ¹ و فوری²، 2010). سلامت و بیماری تحت تأثیر عوامل گوناگونی قرار می‌گیرند. باوجود اینکه بیماری‌های واگیر و ارثی رایج و معمول‌اند، عوامل رفتاری و روان‌شناختی زیادی وجود دارند که می‌توانند بهزیستی جسمانی و وضعیت‌های پزشکی گوناگون را تحت تأثیر قرار دهند. روان‌شناسی سلامت یک حوزه تخصصی است که بر نحوه اثرگذاری عوامل زیستی، رفتاری، روان‌شناختی و اجتماعی بر سلامت و بیماری تمرکز می‌کند. اصطلاحات دیگری نظیر روان‌شناسی پزشکی و طب رفتاری نیز گاهی مترادف روان‌شناسی سلامت در نظر گرفته می‌شوند (رادلی و چمبرلین³، 2001).

سلامت و بیماری نتیجه تعامل میان نیروهای زیستی، روانی و اجتماعی است (WHO، 2000). سلامت نه فقط نبود بیماری و نقص که آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی است. دیدگاه کنونی درباره سلامت و بیماری، دیدگاهی وسیع است که شامل تأثیر متقابل جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی زندگی شخص است. این دیدگاه جدید را الگوی زیستی- روانی- اجتماعی⁴ می‌خوانند. در این مدل، سلامت و بیماری

روان‌شناسی سلامت تحت عنوان علم مطالعه نقش روان‌شناسی در سلامت و تندرستی تعریف شده است. در این راستا، روان‌شناسی سلامت به بررسی باورهای سلامت و رخدادهای پیش‌بینی کننده سلامت در انسان‌ها می‌پردازد. روان‌شناسی سلامت همچنین به بررسی باورها درباره بیماری و چگونگی ادراک افراد از بیماری می‌پردازد. انسان موجود پیچیده‌ای است و بیماری‌ها حاصل عوامل متعددی هستند و تنها یک عامل مثلاً، ویروس یا باکتری علت بیماری نیست. روان‌شناسی سلامت تلاش می‌کند مدل ساده‌ای از سلامتی و عوامل چندوجهی مرتبط با بیماری جسمی ارائه کند (آگدن، 2008). سلامت، اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌رود و در این میان سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان بیش از مداخلات پزشکی و پرستاران به عوامل اجتماعی و اقتصادی وابسته است (هزار جریبی، 1391).

سلامت به‌عنوان یک موضوع شایع در بسیاری از فرهنگ‌ها بوده و در طی چند دهه گذشته سلامت به‌عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است (گیگر، 2004، به نقل از نیکبخت نصرآبادی، ولیئی و یعقوبی، 1391) سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این ابعاد با وجود بهره‌مندی از وجود مشترک، دارای جنبه‌های

1. Wising
2. Fouri
3. Radley & Chamberlain
4. Biopsychosocial perspective

سلامت و پیشگیری و درمان بیماری تمرکز می‌کند. روان‌شناسان سلامت همچنین به بررسی نحوه واکنش نشان دادن افراد، مقابله با بیماری‌ها و بهبودی پس از بیماری می‌پردازند. برخی روان‌شناسان سلامت در زمینه بهبود نظام مراقبت از سلامت و اصلاح رویکردهای دولت در خصوص خط‌مشی مراقبت از سلامت فعالیت می‌کنند.

روان‌شناسی سلامت ممکن است به مطالعه موارد زیر بپردازد:

- چرا و چه زمانی افراد به جستجوی مشاوره حرفه‌ای درباره سلامت خود می‌پردازند؟
- چرا متخصصان مراقبت از سلامت ابزارهای پیشگیرانه را توصیه می‌کنند؟
- چگونه بیماران و متخصصان مراقبت از سلامت با یکدیگر تعامل می‌کنند؟
- چگونه بیماران با بیماری خودسازگار می‌شوند و ارتباط بین ادراک، رفتار سلامت و کارکرد فیزیکی (فرنچ، ودهارا و کپتین²، 2010).

بر اساس روان‌شناسی سلامت انتقادی³ (از زیرشاخه‌های روان‌شناسی سلامت)، روان‌شناسی سلامت به دوشاخه اصلی تقسیم می‌شود که عبارت‌اند از روان‌شناسی سلامت بالینی

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) (اگدن، 2008).

الگوی زیستی- روانی- اجتماعی به توصیف تعاملات میان عوامل روانی- اجتماعی و زیست‌شناختی در سبب‌شناسی و پیشرفت بیماری می‌پردازد. اینکه فرد محیط پیرامون خود را چگونه تفسیر کرده و به آن پاسخ می‌دهد تعیین‌کننده چگونگی واکنش نشان دادن در برابر استرس است، بر رفتارهای سلامت اثر می‌گذارد، در پاسخ‌های عصب- درون‌ریز و ایمنی سهم است و نهایتاً می‌تواند بر پیامدهای سلامت تأثیر بگذارد. مداخلات روان‌شناسی سلامت طراحی می‌شوند تا با آموزش دادن روش‌های سازگارانه‌تر تفسیر چالش‌های زندگی و پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثرتر سبب تعدیل نحوه پاسخ‌دهی به استرس شوند و رفتارهای سلامت را بهبود بخشند (لوتگندورف و کاستانزو¹، 2003).

روان‌شناسی سلامت حوزه‌ای جدید و به‌سرعت در حال رشد است و می‌تواند تحت عنوان نحوه به‌کارگیری روش‌های روان- شناختی برای مطالعه رفتارهای مرتبط با سلامت، بیماری و مراقبت از سلامت تعریف شود. حوزه روان‌شناسی سلامت بر ارتقاء

2. French, Vedhara & Kaptein
3. critical health psychology

1. Lutgendorf & Costanzo

محور¹ و روان‌شناسی سلامت اجتماعی محور² (تیموتی³، 2011).

روان‌شناسان سلامت بر مشکلات سلامت عمومی، مقدمات مراقبت از سلامت و نحوه پاسخ‌دهی به بیماری تمرکز می‌کنند. این موضوعات ممکن است توسط نهادهای مراقبت از سلامت (مراکز سلامت)، متخصصان سلامت (پزشکان، پرستاران و متخصصان توان‌بخشی) و سازمان‌ها مطرح شوند.

گستره این رشته علمی وسیع بوده و شامل موارد زیر می‌باشد:

• **رفتارهای مخاطره آمیز سلامت:**

عبارت است از رفتارهایی که ممکن است سلامت فرد را به مخاطره بیندازند (مثلاً، استعمال دخانیات، سوء مصرف مواد و رژیم‌های فاقد مواد غذایی موردنیاز) و همچنین استفاده از نظریه‌ها و مداخلات روان‌شناختی برای پیشگیری اولیه و سلامت وابسته به تغییر رفتار است.

• **رفتارهای حافظ سلامت:** عبارت از

تشویق به انجام رفتارهایی نظیر ورزش کردن، رژیم غذایی سالم و بهداشت دهان و دندان، بررسی وضعیت سلامت و شرکت در غربالگری پزشکی⁴ با استفاده از

رویکردهای روان‌شناختی است.

• **شناخته‌ای مرتبط با سلامت:** بررسی فرآیندهای شناختی است که میانجی رفتارهای سلامت و بیماری می‌شوند و آن‌ها را تعیین می‌کنند. گستره مدل‌ها و چهارچوب‌های نظری مورد استفاده وسیع است، به طوری که علاوه بر تبیین و پیش‌بینی، گسترش مداخلات را هم دربرمی‌گیرد (مثلاً، اصلاح باورهای سلامت، افزایش کنترل درونی یا باورهای خودکارآمدی).

• **فرآیندهای اثرگذار بر اشاعه مراقبت**

از سلامت: بررسی ماهیت و اثرات ارتباط بین متخصصان مراقبت از سلامت و بیماران است که می‌تواند مشتمل بر مداخلات روان‌شناختی بهبود ارتباط، تسهیل نمودن تبعیت بیمار، آمادگی بیمار برای پذیرش درمان‌های پزشکی و ... باشد.

• **جنبه‌های روان‌شناختی بیماری:**

توجه به اثر روان‌شناختی بیماری حاد و مزمن بر افراد، خانواده‌ها و مراقبان است. مداخلات روان‌شناختی ممکن است برای کمک به ارتقاء خودمدیریتی، مقابله با درد یا بیماری، بهبود کیفیت زندگی و کاهش ناتوانی به کار روند (سندرسون⁵، 2012).

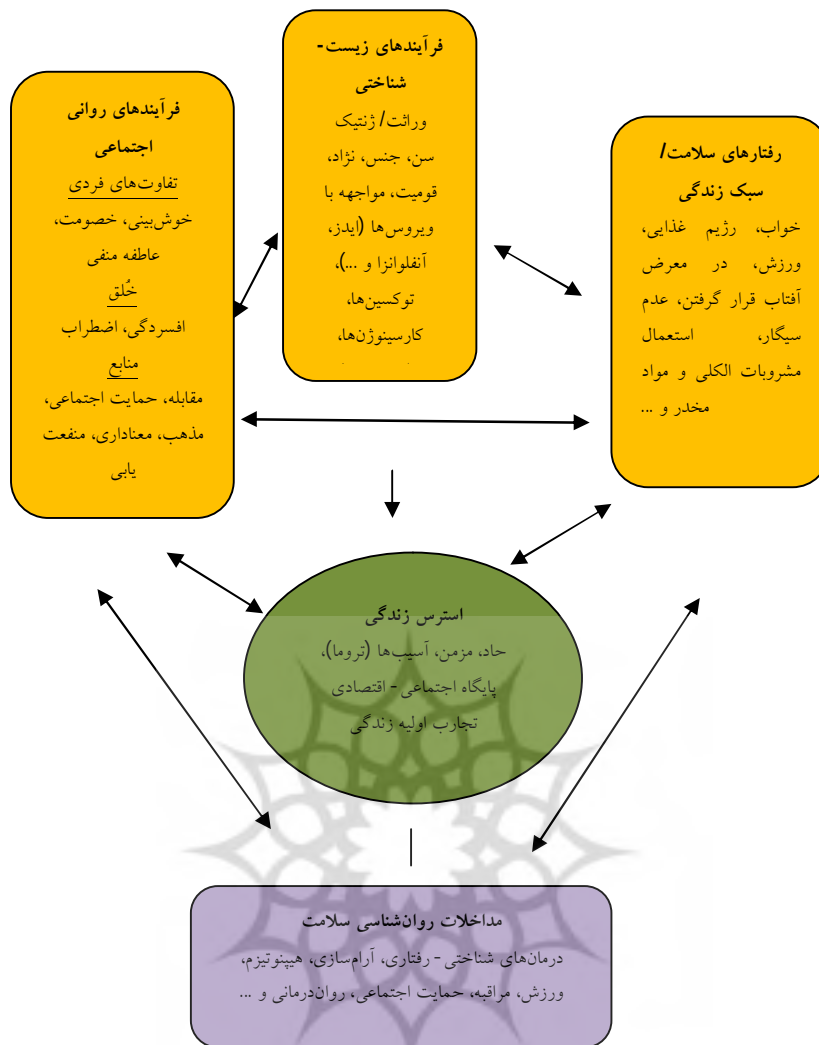
1. clinical-oriented health psychology

2. social-oriented health psychology

3. Timothy

4 - medical screening

5 - Sanderson



شکل 1. الگوی زیستی-روانی-اجتماعی (اقتباس از لوتگندورف و کاستانزو، 2003)

درباره سلامتی الگوهای متعددی وجود دارد که هرکدام بر اساس دیدگاه‌های خود آن را تعریف و تبیین کرده‌اند، اما دیدگاه نوین در این باره الگوی کل‌نگر¹ است که سلامتی را برحسب کلیت فرد تعریف می‌کند. بر اساس این الگو، سلامتی چیزی بیش از سلامت جسمانی است و به جنبه‌های هیجانی، عقلانی، معنوی، روانی و اجتماعی فرد و نیز روابط بین این ابعاد اشاره می‌کند (باباپورخیرالدین، طوسی و حکمتی، 1388). پژوهش‌ها حاکی از آن است که برخی عوامل، سلامت اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که عبارت‌اند از: وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، سن، میزان دریافت حمایت اجتماعی و وضعیت تأهل (کار، 2004). سلامت اجتماعی فقط فقدان بیماری روانی، یا حتی غیاب عاطفه منفی، که در بافت معینی می‌توانند پاسخی سازنده قلمداد شود نیست (هندری و همکاران، 2006). سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامتی، عبارت است از

1. holistic

توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب به دیگران. سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است (ریموند و همکاران، 2004).

سلامت اجتماعی از دو دیدگاه لذت جویانه و کارکردی مورد توجه قرار گرفته است (کیز و شاپیرو، 2004). 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. تحقیقات مختلف که متمرکز بر مفهوم سلامت اجتماعی هستند، شامل تحقیقات درباره سلامت عاطفی بوده‌اند و بر مبنای یک مفهوم‌سازی لذت جویانه از سلامت اجتماعی صورت گرفته‌اند و کارکردگرایی مثبتی را بررسی کرده‌اند که به‌عنوان جزئی از سلامت اجتماعی و روانی مطرح بوده است. ریف (1989) معتقد بودند که سلامت چیزی بیش از رضایت از زندگی و احساس خوشبختی است که در مفهوم لذت جویانه از سلامت مطرح می‌شود.

امروزه سلامت اجتماعی را محصول عوامل شناختی، روانی و اجتماعی و معلول عوامل زیست‌شناختی می‌دانند و این نگرش با یک رویکرد کلی‌تر به مقوله سلامت و بیماری و معالجه مشکلات آسیب‌زنده همراه می‌شود. این رویکرد جدید به سلامت منجر به استفاده از دامنه‌ای از واژه‌ها شده که باهم ارتباط درونی

دارند از جمله کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی - ذهنی و سلامت روانی، کارکرد مثبت فردی و سلامت عاطفی و سلامت اجتماعی (کیز، 1998). این مفهوم‌سازی گسترده از سلامت و سلامت اجتماعی اجازه می‌دهد بررسی جامع‌تری از عوامل روانی و شناختی داشته باشیم که مرتبط با درک افراد از میزان کارایی مطلوب خود در محیط اطرافشان است. این تأکید بر عوامل روانی مثبت که مرتبط با سلامت اجتماعی هستند را می‌توان به حوزه روان‌شناسی هم تعمیم داد.

مدل سلامت اجتماعی که توسط ریف (1996)، به نقل از رفیعی، سمیعی، امیری رارانی و اکبریان، (1389) مطرح شد، مفهوم سلامت اجتماعی را شامل ابعاد عملکرد مثبت ذهن در روابط اجتماعی می‌داند. این ابعاد عبارت‌اند از: پذیرش خود، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال.

کیز¹ (1998) بیان کرد که حلقه مفقوده در تاریخچه مطالعات مربوط به سلامت، پاسخ به این سؤال است که آیا ممکن است کیفیت زندگی و عملکرد شخصی افراد را بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد؟ وی در پاسخ به این سؤال بیان می‌کند، عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی و روانی است و تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. کیز (1998) مفهوم سلامت اجتماعی را این‌طور تعریف می‌کند: «سلامت اجتماعی عبارت از چگونگی ارزیابی فرد از عملکردش در اجتماع».

همبستگی اجتماعی⁴، انسجام اجتماعی⁵، پذیرش اجتماعی⁶ و مشارکت اجتماعی⁷.

منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است (کیز، 1998). 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، 2004). شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود را در دست دارد. منظور از همبستگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کیز، 1998). 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، 2004). 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، 1391).

فرد سالم از نظر اجتماعی، اجتماع را به‌صورت 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. بین مفهوم سلامت روانی و سلامت اجتماعی فاصله نزدیکی وجود دارد. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده‌اند که معیارهای (مقیاس‌های) سلامت اجتماعی همبستگی مثبت با معیارهای سلامتی روانی دارند (سام آرام، 1389).

سلامت اجتماعی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا کرده، یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف، محسوب می‌گردد؛ لذا هدف تمامی جوامع این است که شرایطی را فراهم نمایند تا سلامت اعضایشان را حفظ نموده و ارتقا بخشند (سفیری و منصوریان، 1393).

کیز و شاپیرو¹ (2004) با توجه به مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل پنج بُعدی قابل سنجش ارائه داد که در سطوح فردی قابل استفاده است. در سنجش سلامت اجتماعی این پنج بعد به‌عنوان متداول‌ترین ابعاد قابل استفاده به شمار می‌روند.

در مطالعه ملی خط متوسط بنیاد مک آرتور² نیز از این پنج بُعد جهت تعیین میزان سلامت اجتماعی استفاده شده است: شکوفایی اجتماعی³،

4. social integration
5. social coherence
6. social acceptance
7. social contribution

1. Keyes & Shapiro
2. The MacArthur Foundation's successful midlife national study
3. social actualization

همبستگی اجتماعی در واقع شاخصی برای شناخت میزان وحدت و انسجام گروه و جامعه است و به عبارتی کشش (احساس تعلق و هم‌سرنوشتی) بین اعضای گروه و جامعه را نشان می‌دهد. انسجام وقتی رخ می‌دهد که عواطف افراد به وسیله نمادهای فرهنگی تنظیم شوند، جایی که افراد متصل به جماعت، اجتماعی شده باشند، جایی که کنش‌ها تنظیم شده و به وسیله هنجارها هماهنگ شده‌اند و جایی که نابرابری‌ها قانونی تصور می‌شود (اکبری، 1383). انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن 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، 1989). آنتونوفسکی 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، 1998). کیز (1998) معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی است. 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، 1989). منظور از پذیرش

اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کیز، 1998). 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، 2004). کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طور کلی سازنده هستند. همان‌طور که سلامت روان شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند به سلامت اجتماعی بینجامد (صبوری، 1391). مشارکت اجتماعی 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، 1389).

از آنجاکه مفهوم سلامت اجتماعی، مفهومی است که در کنار ابعاد جسمی و روانی سلامت مورد توجه قرار گرفته و جنبه اجتماعی آن را با محور قرار دادن فرد مورد بررسی قرار می‌دهد، از این رو پژوهش حاضر به تدوین شاخص‌های

از چند مرحله پاسخگویی و حذف شاخص‌های نامربوط توسط گروه دلفی که نمرات آن‌ها زیر چارک سوم قرار داشت، پرسشنامه نهایی با 60 گویه تدوین گردید و به 215 روان‌شناس ارائه و تکمیل شد. در این مطالعه جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات و تدوین شاخص‌ها از روش‌های آماری نظیر تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد.

یافته‌ها

جهت آزمون میزان تبیین شدن واریانس درون داده‌ها توسط عوامل و تأیید توانایی عاملی بودن داده‌ها در آزمودنی‌ها از اندازه کفایت نمونه‌گیری و آزمون کروییت بارتلت استفاده شده که نتایج نشان داد که اندازه کفایت نمونه‌گیری KMO تقریباً برابر با 0/95 است که اندازه خوبی است، زیرا به یک نزدیک است و نشان می‌دهد که واریانس درون داده‌ها توسط عوامل تبیین می‌شود. همچنین، سطح معنی‌داری در آزمون کروییت بارتلت کوچک‌تر از 0/5 است که مؤید توانایی عاملی بودن داده‌هاست.

جهت تعیین میزان تبیین واریانس توسط عوامل در آزمودنی‌های پژوهش، از کل واریانس تبیین شده به‌وسیله راه‌حل تحلیل عاملی استفاده شد که خلاصه نتایج آن در جدول 1 آورده شده است.

سلامت اجتماعی از منظر روان‌شناسی اجتماعی پرداخته است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع زمینه‌یابی است. جامعه آماری پژوهش عبارت است از کلیه متخصصان حوزه‌های روان‌شناسی و سلامت (دکتری، دانشجوی دکتری و کارشناسی ارشد) که 215 نفر از آن‌ها به شیوه در دسترس از دانشگاه‌های سراسر کشور انتخاب شدند. 14/89 آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دکتری، 15/81 درصد دانشجوی دکتری و 69/3 درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند.

ابزار پژوهش: عبارت است پرسشنامه محقق ساخته که جهت بررسی شاخص‌های سلامت اجتماعی در ایران طراحی شده است. در این پژوهش برای طراحی پرسشنامه و تعیین شاخص‌های سلامت اجتماعی از طریق نظرسنجی به روش دلفی (42 عضو گروه دلفی) از متخصصان روان‌شناسی خواسته شد متغیرهای سلامت اجتماعی را از منظر خود بیان کنند. سپس متغیرهای شناسایی شده جمع‌آوری شدند و توسط کارگروهی متشکل از تعدادی از مدرسان روان‌شناسی مورد بازبینی قرار گرفتند. تعدادی از متغیرهای مشترک حذف شدند. سپس طراحی مقدماتی پرسشنامه صورت گرفت و در اختیار 42 عضو دلفی (پاسخ‌دهندگان) قرار گرفت. پس

جدول 1. کل واریانس تبیین شده به وسیله راه حل تحلیل عاملی در آزمودنی‌های پژوهش (N=215)

عوامل	مقادیر ویژه اولیه			مقادیر استخراج			مقادیر عوامل استخراج بعد از انجام چرخش		
	کل واریانس	درصد واریانس	درصد تراکمی واریانس	کل واریانس	درصد واریانس	درصد تراکمی واریانس	کل واریانس	درصد واریانس	درصد تراکمی واریانس
1	27/238	45/397	45/397	27/238	45/397	45/397	10/679	17/798	17/798
2	3/608	6/013	51/41	3/608	6/013	51/41	10/611	17/685	35/483
3	2/475	4/124	55/534	2/475	4/124	55/534	9/44	15/733	51/216
4	1/564	2/607	58/141	1/564	2/607	58/141	3/58	5/967	57/183
5	1/346	2/243	60/384	1/346	2/243	60/384	1/92	3/201	60/384
6	1/193	1/988	62/372						
7	1/174	1/957	64/329						
8	1/063	1/771	66/1						
9	1/03	1/717	67/817						
10	1/01	1/679	69/496						
11	0/975	1/624	71/12						
12	0/957	1/596	72/716						
13	0/879	1/465	74/181						
14	0/844	1/406	75/587						
15	0/79	1/317	76/904						
16	0/767	1/278	78/182						
17	0/73	1/216	79/398						
18	0/683	1/138	80/536						
19	0/657	1/094	81/631						
20	0/593	0/988	82/619						
21	0/572	0/953	83/572						
22	0/541	0/901	84/474						
23	0/518	0/864	85/337						
24	0/502	0/836	86/174						
25	0/48	0/8	86/973						
26	0/468	0/78	87/753						
27	0/444	0/74	88/493						
28	0/425	0/708	89/201						
29	0/401	0/668	89/869						
30	0/394	0/656	90/525						
31	0/375	0/624	91/149						
32	0/344	0/573	91/723						

						92/29	0/567	0/34	33
						92/815	0/525	0/315	34
						93/296	0/482	0/289	35
						93/766	0/47	0/282	36
						94/21	0/444	0/266	37
						94/634	0/424	0/254	38
						95/027	0/393	0/236	39
						95/41	0/383	0/23	40
						95/769	0/359	0/215	41
						96/11	0/341	0/205	42
						96/447	0/337	0/202	43
						96/779	0/331	0/199	44
						97/085	0/306	0/184	45
						97/371	0/286	0/171	46
						97/65	0/279	0/167	47
						97/908	0/259	0/155	48
						98/154	0/246	0/148	49
						98/384	0/229	0/138	50
						98/605	0/221	0/133	51
						98/819	0/214	0/129	52
						99/016	0/197	0/118	53
						99/197	0/18	0/108	54
						99/36	0/164	0/098	55
						99/506	0/146	0/088	56
						99/649	0/143	0/086	57
						99/784	0/134	0/081	58
						99/908	0/125	0/075	59
						100	0/092	0/055	60

روش استخراج: تحلیل عنصر اصلی

به منظور ساده‌سازی استخراج عامل‌ها و نام‌گذاری آن‌ها از روش‌های چرخش متعامد واریماکس استفاده شد. خلاصه نتایج ماتریس عاملی که بر اثر چرخش واریماکس به وجود آمد، در جدول 2 نمایش داده شده است.

با توجه به نتایج جدول 1، کل واریانس تبیین شده به وسیله راه‌حل تحلیل عاملی نشان داد که پس از انجام چرخش واریماکس چهار عامل دارای مقدار ویژه بزرگ‌تر از 1/5 هستند.

جدول 2. بار عاملی پس از چرخش در آزمودنی‌های پژوهش (N=215)

عوامل				گویه‌ها
4	3	2	1	
		0/691		احساس امنیت اجتماعی
		0/497	0/559	بیکاری
	0/309	0/724		شادی اجتماعی
		0/743		توزیع عادلانه درآمد
0/382		0/418	0/569	عدم صلاحیت در سطح برنامه ریزان و مدیران جامعه
		0/64		هویت اجتماعی
		0/721	0/312	رفاه اجتماعی (بیمه، بهداشت، خدمات بهداشتی و درمانی)
		0/485	0/593	فقر
		0/746		تأمین اجتماعی و حمایت اجتماعی
	0/357	0/617		رعایت آزادی‌های فردی و رعایت حریم خصوصی
	0/4	0/619		قانونمندی و رعایت حقوق شهروندی
	0/326	0/712		رضایت شغلی
				امید به زندگی
		0/7		امنیت شغلی و حرفه‌ای
0/378				پذیرش اجتماعی
	0/346	0/598		کیفیت زندگی
				نفوذ اعتیاد
	0/48	0/513	0/331	راهبردهای کنار آمدن با استرس
		0/677	0/314	دسترسی برابر به خدمات اجتماعی
		0/605	0/32	نظارت بر اجرای صحیح قانون
				انسجام و همبستگی اجتماعی
				تبعیض شغلی و زورگیری در نظام اداری
	0/458	0/484	0/301	مسئولیت‌پذیری اجتماعی
	0/408	0/428	0/353	سرپناه
0/389		0/303	0/562	سطح پایین کرامت و پایگاه اجتماعی متخصصان
0/562	0/414			سازگاری اجتماعی
	0/484	0/318		پیش‌بینی‌پذیری رویدادهای اجتماعی
0/55			0/387	رواج رذیلت‌های اخلاقی نظیر دروغ، غیبت، تهمت و ... در اجتماع و کاهش سطح قباحات آنها
0/464			0/528	پیوند بیمارگونه سیاست با اقتصاد و معیشت مردم (شایعات، شرکت در انتخابات، یارانه)
0/384	0/463	0/473		عزت نفس اجتماعی

			عدم تعهد و وفاداری زوجین در نظام خانواده
	0/443	0/493	حمایت خانواده
	0/37	0/5	اعتماد به حاکمیت
0/301	0/613	0/35	برقراری روابط مؤثر با دیگران
0/511	0/544		تاب‌آوری اجتماعی
	0/488	0/507	شایسته سالاری
	0/548	0/386	0/334 امکانات و خدمات شهرها
	0/33		0/625 طلاق عاطفی و سازگاری‌های معیوب بین زوجین
			0/696 نزاع و کشمکش‌های سیاسی در داخل
	0/406		محیط‌زیست پاک
	0/721	0/342	نوع‌دوستی
	0/629	0/457	دسترسی همگان به تفریح و اوقات فراغت
0/342	0/638		تیزفهمی اجتماعی
	0/367		0/659 رفع مسئولیت و دلیل‌تراشی در سطوح زندگی فردی و اجتماعی (افسردگی اجتماعی)
0/336			0/554 ارتباط مؤثر و مناسب با سایر کشورها، عدم تهدیدها و تحریم‌های بین‌المللی
			0/672 خشونت
			0/652 کاهش انگیزه تحصیل در همه سطوح و پیشرفت روزافزون تحصیلات پولی و مدارک پولی
0/386			0/732 اخبار، رسانه‌ها و بی‌اعتمادی
			0/75 جنگ و تهدید هرروزه
			0/68 ابهام و نوسانات در قیمت‌ها
	0/491		0/61 کاهش سرعت تغییرات اجتماعی
	0/624	0/368	0/35 خودکارآمدی
	0/416		0/663 زنان بی‌سرپرست و بدسرپرست
	0/686		روابط مؤثر یا ارتباط پایدار با شبکه‌های اجتماعی
	0/731		هوش هیجانی
	0/77		صمیمیت
	0/635		0/377 خودمداری
	0/389		0/705 ناکافی بودن نظام آموزشی در توسعه مهارت‌های زندگی
	0/337		0/765 ترافیک شهری و پیامدهای روانی و اجتماعی آن
	0/344		0/724 آلودگی نوری، تصویری، صوتی

روش استخراج: تحلیل عنصر اصلی

اجتماعی»، عامل 3 تحت عنوان «مشارکت اجتماعی» و عامل 4 تحت عنوان «پذیرش اجتماعی» نام‌گذاری می‌شوند.

داده‌ها به وسیله تحلیل عناصر اصلی، با چرخش واریماکس، تحلیل شدند. شاخص‌های توانایی عاملی شدن خوب بودند. چهار عامل با مقدار ویژه بزرگ‌تر از 1/5 یافت شد. جدول 3 گویه‌های بارشده بر هر عنصر (عامل) در آزمودنی‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج جدول 2، گویه‌های 2، 5، 8، 25، 29، 38، 39، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 53، 58، 59، 60 روی عامل 1، گویه‌های 1، 3، 4، 6، 7، 9، 10، 11، 12، 14، 16، 18، 19، 20، 23، 24، 30، 32، 33، 36 روی عامل 2، گویه‌های 27، 34، 35، 37، 40، 41، 42، 43، 52، 54، 55، 56، 57 روی عامل 3 و گویه‌های 15، 26، 28 روی عامل 4 قوی‌ترین بارها را دارند. بر این اساس عامل 1 تحت عنوان «انسجام اجتماعی»، عامل 2 تحت عنوان «شکوفایی

جدول 3. فهرست گویه‌های بارشده بر هر عنصر (عامل) در آزمودنی‌های پژوهش (N=215)

عامل 1 (انسجام اجتماعی)	عامل 2 (شکوفایی اجتماعی)	عامل 3 (مشارکت اجتماعی)	عامل 4 (پذیرش اجتماعی)
بیکاری	احساس امنیت اجتماعی	پیش‌بینی پذیری رویدادهای اجتماعی	پذیرش اجتماعی
عدم صلاحیت در سطح برنامه ریزان و مدیران جامعه	شادی اجتماعی	برقراری روابط مؤثر با دیگران	سازگاری اجتماعی
فقر	توزیع عادلانه درآمد	تاب‌آوری اجتماعی	رواج ردیلت‌های اخلاقی نظیر دروغ، غیبت، تهمت و ... در اجتماع و کاهش سطح قباحت آن‌ها
سطح پایین کرامت و پایگاه اجتماعی متخصصان	هویت اجتماعی	امکانات و خدمات شهرها	
پیوند بیمارگونه سیاست با اقتصاد و معیشت مردم (شایعات، شرکت در انتخابات، یارانه)	رفاه اجتماعی (بیمه، بهداشت، خدمات بهداشتی و درمانی)	محیط‌زیست پاک	
طلاق عاطفی و سازگاری‌های معیوب	تأمین اجتماعی و حمایت اجتماعی	نوع دوستی	

			بین زوجین
	دسترسی همگان به تفریح و اوقات فراغت	رعایت آزادی‌های فردی و رعایت حریم خصوصی	نزاع و کشمکش‌های سیاسی در داخل
	تیزفهمی اجتماعی	قانونمندی و رعایت حقوق شهروندی	رفع مسئولیت و دلیل‌تراشی در سطوح زندگی فردی و اجتماعی (افسردگی اجتماعی)
	خودکارآمدی	رضایت شغلی	ارتباط مؤثر و مناسب با سایر کشورها، عدم تهدیدها و تحریم‌های بین‌المللی
	روابط مؤثر یا ارتباط پایدار با شبکه‌های اجتماعی	امنیت شغلی و حرفه‌ای	خشونت
	هوش هیجانی	کیفیت زندگی	کاهش انگیزه تحصیل در همه سطوح و پیشرفت روزافزون تحصیلات پولی و مدارک پولی
	صمیمیت	راهبردهای کنار آمدن با استرس	اخبار، رسانه‌ها و بی‌اعتمادی
	خودمداری	دسترسی برابر به خدمات اجتماعی	جنگ و تهدید هرروزه
		نظارت بر اجرای صحیح قانون	ابهام و نوسانات در قیمت‌ها
		مسئولیت‌پذیری اجتماعی	کاهش سرعت تغییرات اجتماعی
		سرپناه	زنان بی‌سرپرست و بدسرپرست
		عزت‌نفس اجتماعی	ناکافی بودن نظام آموزشی در توسعه مهارت‌های زندگی
		حمایت خانواده	ترافیک شهری و پیامدهای روانی و

			اجتماعی آن
		اعتماد به حاکمیت	آلودگی نوری، تصویری، صوتی
		شایسته‌سالاری	

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج پژوهش نشان داد که شاخص‌های سلامت اجتماعی از منظر روان‌شناسی اجتماعی عبارت‌اند از انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی. نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهش کیز (1998) همخوان است. منظور از شکوفایی اجتماعی ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه است (کیز، 1998). 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، 2004). شکوفایی اجتماعی دربرگیرنده این درک است که جامعه کنترل آینده خود را در دست دارد. منظور از همبستگی اجتماعی، ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (کیز، 1998). 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، 2004). 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، 1391).

همبستگی اجتماعی در واقع شاخصی برای شناخت میزان وحدت و انسجام گروه و جامعه است و به عبارتی کشش (احساس تعلق و هم‌سرنوشتی) بین اعضاء گروه و جامعه را نشان می‌دهد. انسجام وقتی رخ می‌دهد که عواطف افراد به‌وسیله نمادهای فرهنگی تنظیم شوند، جایی که افراد متصل به جماعت، اجتماعی شده باشند، جایی که کنش‌ها تنظیم شده و به‌وسیله هنجارها هماهنگ شده‌اند و جایی که نابرابری‌ها قانونی تصور می‌شود (اکبری، 1383). انسجام اجتماعی قابل قیاس با بی‌معنا بودن 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 بامعنا و منسجم می‌بینند (ریف، 1989). آنتونوفسکی 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

به سلامت اجتماعی بینجامد (صبوری، 1391). مشارکت اجتماعی 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، 1389).

از محدودیت‌های پژوهش فوق می‌توان به روش آنکه از نوع زمینه‌یابی است اشاره کرد. به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که شاخص‌های روان‌شناسی سلامت را دیدگاه علوم مختلف بررسی نموده و رابطه آن را با متغیرهای دیگر بسنجند. در پایان لازم می‌دانم از حمایت معاونت علمی و فن‌آوری ریاست جمهوری به‌واسطه کمک به انجام این پژوهش تشکر نمایم.

خود را حفظ کنند. انسجام اجتماعی درک فرد از کیفیت جهان اجتماعی خود و شیوه سازمان‌دهی و عملکرد اوست (کیز، 1998). کیز (1998) معتقد است که انسجام اجتماعی عبارت از درک این موضوع است که جامعه را می‌توان درک کرد و عقلانی و قابل پیش‌بینی است. 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، 1989). منظور از پذیرش اجتماعی، درک فرد از جامعه با توجه به خصوصیات سایر افراد است (کیز، 1998). 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، 2004). کسانی که دیگران را می‌پذیرند به این درک رسیده‌اند که افراد به‌طورکلی سازنده هستند. همان‌طور که سلامت روان شامل پذیرش خود می‌شود، پذیرش دیگران در جامعه هم می‌تواند

منابع

- باباپورخیرالدین، جلیل، طوسی، فهیمه و حکمتی، عیسی. (1388). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، 16، 8-26.

- اکبری، امین. (1383). نقش سرمایه اجتماعی در مشارکت: بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر مشارکت سیاسی- اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه تهران.

- سفیری، خدیجه، منصوریان راوندی، فاطمه. (1393). تبیین رابطه هویت جنسی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران. فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی، 25(53)، 51-70.

- صبوری، سعید. (1391). بررسی میزان سلامت اجتماعی در میان کارمندان آموزش و پرورش منطقه 11 شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور.

- نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، ولیئی، سینا، یعقوبی، مختار. (1391). معنای سلامت از دیدگاه گروهی از سالمندان ایرانی؛ یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی کردستان، 1(1).

- هزار جریبی، جعفر و ارفعی عین‌الدین، رضا. (1391). اوقات فراغت و سلامت اجتماعی. فصلنامه علمی، پژوهشی برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، 4، 10.

- Carr, A. (2004). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths*. New York: Brunner-Routledge.

- French, D. Vedhara, K. & Kaptein, A. (2010). *Health psychology*. Wiley-Blackwell.

-GigerJ N, DavidhizarR E. (2004) *Transcultural nursing assessment and intervention*. 4ed. Mosby.

- حاتمی، پریرسا. (1389). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی دانشجویان با تأکید بر شبکه‌های اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.

- رفیعی، حسن، سمیعی، مرسله، امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی. (1389). 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. (1389). 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.

-Henderie, H. C. Albert, M. S. Butters, M. A. Gao, S. Knopman, D. S. Launer, L. J. et al (۲۰۰۶). *The NIH cognitive and emotional health project: Report of the critical evaluation study committee*. *Alzheimer & Dementia*, ۲: ۱۲-۳۲.

- 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.

Bulletin of the World Health Organization, 35, 420-435.

- Lutgendorf, S.K. & Costanzo, E.S. (2003). Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, 225-232.

- Ogden, J. (2008). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.

- Radley, A. & Chamberlain, K. (2001). Health psychology and the study of the case: From method to analytic concern. *Social Science & Medicine*, 53, 321-332.

- Raymond; Corsini, Wedding, Danny. (2004). *current psychology*, F.E.peacock publisher.Inc.

- 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.

- Sanderson, C.A. (2012). *Health psychology*. Wiley-Blackwell

-Timothy, P.M. (2011). Professional psychology as a health care profession. *Foundations of Professional Psychology*, 42, 17-26

-Wissing, T.F. Fouri, A. (2010). Spirituality as a Component of Psychological Well-being, 27th International Congress of Psychology, 23-28 July, Stockholm, Sweden.

- World Health Organization. (2000). World Health Organization Report.