

ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت اجتماعی شهری*
 شیلر کیخاونی^۱، مجید صفاری‌نیا^۲، احمد علی پور^۳، ولی‌الله فرزاد^۴

Construction and evaluation of psychometric properties of urban social health

Shiler Kaikhavani¹, Majid Saffarinia², Ahmad Alipour³, Valiollah Farzad⁴

چکیده

زمینه: سلامت اجتماعی شهری به عنوان شرایط سالم جامعه یکی از شاخص‌های رفاه و پویایی جوامع محسوب می‌گردد. جهت ارتقاء سلامت اجتماعی شهری نیاز است که با توجه به شرایط هر جامعه شاخص منحصر به فردی پیشنهاد شود. در ایران هم چند شاخص برای ارتقاء سلامت اجتماعی طراحی شده است که در برنامه‌ریزی‌های مدیریت شهری مورد توجه قرار می‌گیرد ولی تاکنون مقیاسی برای سنجش وضعیت سلامت اجتماعی شهری ارائه نشده است. **هدف:** هدف از پژوهش حاضر ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سلامت اجتماعی شهری بود. **روش:** این پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی بود. جامعه آماری کلیه شهروندان شهر تهران بودند، حجم نمونه ۵۶۲ نفر از ساکنین شهر تهران بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی بیانگر ۶ عامل انسجام اجتماعی شهری، حقوق شهروندی، عدالت شهری، دلبستگی شهری، هویت شهری و پایداری شهری برای سلامت اجتماعی شهری بود. میزان قابلیت اعتماد کل مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در اجرای اولیه ۰/۸۹ و در اجرای نهایی ۰/۹۱ به دست آمد که نشان دهنده قابلیت اعتماد مطلوب مقیاس است. همچنین مقیاس از درستی محتوایی و عاملی مناسبی برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** مقیاس سلامت اجتماعی شهری در اعتباریابی اولیه از درستی و قابلیت اعتماد مطلوبی برخوردار است و می‌توان از آن به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش سلامت اجتماعی شهری استفاده کرد. **واژه کلیدیها:** اعتباریابی، مقیاس، سلامت اجتماعی شهری.

Background: Urban social health as a healthy condition of society is one of the indicators of welfare and dynamism of societies. In order to promote urban social health, it is necessary to propose a unique indicator according to the conditions of each community. In Iran, several indicators have been designed to promote social health, which are considered in urban management plans, but so far no scale has been provided to assess the status of urban social health. **Aims:** The purpose of this study was to construct and investigate the psychometric properties of the Urban Social Health Scale. **Method:** This research was descriptive and correlational. The statistical population was all citizens of Tehran, the sample size was 562 residents of Tehran who were selected through available sampling. Data were analyzed using exploratory factor analysis. **Results:** The results of exploratory factor analysis identified six factors of urban social cohesion, citizenship rights, urban justice, urban attachment, urban identity and urban sustainability for urban social health. The reliability of the whole scale was obtained using Cronbach's alpha in the initial implementation of 0.89 and in the final implementation of 0.91, which indicates the optimal reliability of the scale. The scale also had good content and factor accuracy. **Conclusions:** The Urban Social Health Scale has good validity and reliability in initial validation and can be used as a valid tool for measuring urban social health. **Key Words:** Validation, scale, urban social health.

Corresponding Author: shilerkai@gmail.com

*این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول می‌باشد.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

^۲ Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

^۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۴ Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۰۰/۰۱/۰۷

دریافت: ۹۹/۱۲/۰۸

مقدمه

سالم، ۲۰۰۱؛ هاتسون و موسکویتز، ۲۰۱۹). مطالعات و بررسی‌های انجام شده در زمینه سلامت اجتماعی جامعه بیشتر به تعریف جامعه سالم و ویژگی‌های آن اشاره دارد که در آن شاخص‌ها و نشانگرهای بسیاری تعریف و عملیاتی شده‌اند (موسوی، شیانی، فاطمی‌نیا و امیدنیا، ۱۳۹۴؛ صفاری‌نیا، ۱۳۹۲). همان‌گونه که در تعریف سلامت اجتماعی آمده است محیط مشوق و سازنده بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار است و با توجه به اینکه شهر محیط اصلی زندگی افراد محسوب می‌شود، توجه به این محیط و مستعدسازی آن بر ارتقاء سلامت اجتماعی مؤثر است (کوترایت، باکمن، تامين، هولدر و لئونارد، ۲۰۲۰؛ کیخاونی و صفاری‌نیا، ۱۳۹۹). در حال حاضر در مجامع بین‌المللی سلامت اجتماعی به عنوان شاخصی برای رفاه و پیشرفت کشورها در نظر گرفته می‌شود و بخش مهمی از سلامت جامعه را در بر می‌گیرد (آرون و هولدرورث، ۲۰۲۰؛ وحدانی‌نیا، سید موسوی، وحدانی‌نیا و وثوق مقدم، ۲۰۲۰؛ کیخاونی، صفاری‌نیا، علی‌پور و فرزاد، ۱۳۹۹). توجه به بهبود وضعیت سلامت اجتماعی در کلانشهرها با آگاهی بخشی، رشد سرمایه‌های انسانی - اجتماعی، حس مسئولیت‌پذیری شهروندان، بهبود دلبستگی به مکان، تقویت اطلاع‌رسانی و افزایش مهارت‌های اساسی و اجتماعی شهروندان همراه است (آرون و هولدرورث، ۲۰۲۰؛ اطلس جامع سلامت اجتماعی استرالیا، ۲۰۱۸). توجه به سلامت اجتماعی شهری از طریق فراهم‌سازی بستر و همفکری شهروندان با هم و با مدیران شهری، باعث تقویت سرمایه اجتماعی گردیده و از ایجاد آسیب‌های اجتماعی مانند انحصار قدرت، بزهکاری و بی‌هنجاری منجر به خشم و بیگانگی از خود جلوگیری می‌کند، بنابراین لازم است که در حوزه مدیریت شهری مد نظر قرار گیرند (شریتیان و عرفانیان قصاب، ۱۳۹۷). همچنین تأکید بر سلامت اجتماعی شهری و برنامه‌ریزی برای ارتقای آن باعث شکوفایی اجتماعی شهروندان، بهبود روابط و حمایت اجتماعی، ایجاد فرصت‌های برابر و پایدار، گسترش احساس تعلق به هویت شهری و بهبود رفاه اجتماعی می‌گردد (محبوب‌انور، آستل بورت و فنگک، ۲۰۱۹؛ بارتوس و همکاران، ۲۰۱۹؛ کیخاونی، ۱۳۹۹؛ درخشان‌نیا، ۱۳۹۷). با توجه به اهمیتی که سازمان بهداشت جهانی در قالب پروژه شهر سالم به سلامت اجتماعی شهری می‌دهد، سند

روانشناسی شهری^۱ از روانشناسی اجتماعی سربرآورده و مناسب‌ترین رویکرد برای فعالیت در زمینه شناسایی و حل مشکلات روانشناختی - اجتماعی شهری است (صفاری‌نیا، عماری و بهشتی‌مقدم، ۱۳۹۲). روانشناسان شهری به عنوان زیر مجموعه روانشناسی محیط^۲ بر مسائل گوناگون زندگی شهری متمرکز هستند که از مهمترین آنها می‌توان به سلامت شهری^۳، سلامت اجتماعی شهری^۴ (ودا، پرنیتسه، اسکات و هسیانو، ۲۰۲۰)، روابط بین گروه‌های شهری (جونز، برگر، هال و ایوز، ۲۰۱۹؛ جانسون و آکاچوک، ۲۰۱۸)، مسائل اجتماعی، بیماری‌های مزمن، محیط زیست شهری (شمس اسفندآباد، ۱۳۹۶) و تعامل بین محیط‌های فیزیکی، اجتماعی، رفتارها و تجارب افراد اشاره کرد (امیدی، حقیقتیان و هاشمیان‌فرد، ۱۳۹۶؛ فوجی، ۱۳۹۸). روانشناسی شهری از مدل اجتماعی زیستی^۵ برون فن برنر گرفته شده است. طبق این نظریه رشد هر فرد، از کیفیت نظام اجتماعی که در آن زندگی، کار و فعالیت می‌کند و نیز ماهیت تعاملی این ساختارها تأثیر می‌پذیرد (صفاری‌نیا، ۱۳۹۷). همانطور که اشاره شد یکی از محورهای مورد بررسی در روانشناسی شهری، سلامت اجتماعی شهری است (ودا، پرنیتسه، اسکات، هسیانو، ۲۰۱۹). میرینگوف سلامت اجتماعی شهری را برابر شرایط جامعه سالم می‌داند و آن را بوسیله شاخص‌های سلامت اجتماعی که متناسب با شرایط هر جامعه است تعریف می‌کند (زمان خانی، عباچی‌زاده، امیدنیا، ابدی و حیدرنیا، ۱۳۹۵؛ جابان، ایرانی، خوری، ۲۰۱۶؛ میرینگوف و میرینگوف، ۱۹۹۹). سلامت اجتماعی شهری شامل عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت، سلامت محیط، حقوق شهروندی، امکانات رفاهی شهر، سلامت جاده‌ای، شیوه‌های زندگی سالم، امنیت، سلامت غذا، سکونت‌گاه‌های سالم و امکانات تفریحی مناسب و احساس تعلق افراد به جامعه است (دماری، وثوقی‌مقدم، رستمی و سالارزاده، ۱۳۹۹؛ دماری و وثوقی‌مقدم، ۱۳۹۲). سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۸۶ با طرح ریزی برنامه شهر سالم فعالانه درصدد ارتقاء سلامت اجتماعی شهری است (گزارش سازمان جهانی بهداشت درباره شهر

1. Urban psychology

2. Environmental Psychology

3. Urban health

4. Urban Social Health

5. Biosocial psychology

ساخته نشده است. با توجه به اهمیت موضوع و فقدان مقیاس برای سنجش سلامت اجتماعی شهری هدف از این پژوهش ساخت مقیاس سلامت اجتماعی شهری و پاسخ‌دهی به این سؤال است که آیا مقیاس سلامت اجتماعی شهری از درستی^۲ و قابلیت اعتماد^۳ مناسبی برخوردار است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی - کاربردی و از حیث گردآوری اطلاعات پیمایشی پرسشنامه‌ای و از نظر روش شناسی، از جمله مطالعات آزمون‌سازی بوده که به صورت پژوهش توصیفی از نوع همبستگی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه شهروندان شهر تهران بودند. نمونه پژوهشی را ۵۶۲ نفر از زنان (۴۷۲ نفر) و مردان (۹۰ نفر) که به اینترنت و فضای مجازی دسترسی داشتند تشکیل دادند، انتخاب نمونه از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل سکونت به مدت حداقل ۵ سال در شهر تهران، دارا بودن حداقل ۱۸ سال سن و میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر بود. ملاک‌های خروج هم عدم پاسخ‌دهی کامل به تمام سؤال‌های پرسشنامه، انتخاب پاسخ نظری ندارم به ۵ سؤال پشت سر هم یا ده سؤال در کل پرسشنامه بود. با توجه به شرایط شیوع بیماری کرونا، پرسشنامه به صورت الکترونیکی از طریق فضای مجازی تلگرام و واتساپ در اختیار گروه‌های عمومی که مخصوص اخبار شهر تهران بود و اکثر اعضاء آن را شهروندان تهرانی تشکیل می‌دادند (بعد از هماهنگی و کسب رضایت از ادمین گروه) قرار گرفت. تهیه و آماده‌سازی مقیاس در چند مرحله انجام گردید. در مرحله اول شاخص‌های سلامت اجتماعی موجود در ایران بررسی شد و با توجه به موضوع مقیاس که سلامت اجتماعی شهری بود، نشانگرهای مشترک در شاخص‌های سلامت اجتماعی که مرتبط با محیط‌های شهری بود تفکیک و بر اساس آن مقیاسی با ۶۶ گویه آماده گردید. در گام بعدی درستی محتوایی مقیاس بررسی گردید که به این منظور مقیاس برای ۷ نفر از خبرگان (روان‌شناسان و متخصصین سلامت اجتماعی) ارسال گردید تا مقیاس را از جهت مفهوم بودن گویه‌ها، جامع بودن و شکل ظاهری بررسی کنند. طبق نظر این کارشناسان ۳ گویه حذف و برخی از عبارت‌ها و گویه‌ها از لحاظ مفهوم بودن تصحیح گردید. پس از بررسی درستی

چشم‌انداز ۱۴۰۴، اصول حکمرانی خوب شهری^۱ و لزوم رسیدن به اهداف مذکور در این سند که تأکید بر ارتقاء سلامت در تمام جنبه‌ها دارد، تدوین مدل‌های منحصر به فرد جهت بهبود سلامت اجتماعی ضرورت دارد (تورنن، ساموئلسون، فیلیپ روملونس، روم و کاروس، ۲۰۲۰؛ گزارش سلامت شهری سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰؛ کیخاونی، صفاری‌نیا، علی‌پور و فرزاد، ۱۳۹۹؛ رفیعی، امینی رارانی، علی‌پور و خدمتی، ۲۰۱۷؛ عباچی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۴؛ سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، ۱۳۸۴). سنجش سلامت اجتماعی به دلیل چند بعدی بودن بویژه از دیدگاه شرایط جامعه سالم، بوسیله شاخص‌هایی که مطابق با شرایط و اولویت‌های هر جامعه است طرح ریزی می‌شود، این شاخص‌ها ترکیبی از نشانگرهایی است که ابعاد مختلف زندگی شهروندان از قبیل عوامل تأثیرگذار بر سلامت، رفاه و آسایش شهروندان را پوشش می‌دهد (توکل، ۱۳۹۳). شاخص‌های متعددی برای سنجش سلامت اجتماعی در بعد کلان (از دید جامعه سالم) در داخل و خارج از کشور وجود دارد. از جمله این شاخص‌ها، شاخص سلامت اجتماعی فوردهام، شاخص سلامت اجتماعی ادمونتون، شاخص رفاه لگاتوم، شاخص سلامت اجتماعی سن آنجلو، شاخص سلامت اجتماعی صفاری‌نیا و کیخاونی، شاخص سلامت اجتماعی رفیعی، شاخص سلامت اجتماعی توکل، شاخص سلامت اجتماعی درخشان‌نیا، شاخص سلامت اجتماعی صفاری‌نیا است که هر کدام از آنها با تمرکز بر شرایط و اولویت‌های جوامع هدف ساخته شده است. طراحی و توجه به این شاخص‌ها به عنوان دستورالعمل‌هایی برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جهت ارتقاء سلامت اجتماعی شهری ضروری است (کیخاونی، ۱۳۹۹).

اما در کنار این مدل‌ها و شاخص‌ها فقدان مقیاس‌هایی برای سنجش وضعیت سلامت اجتماعی شهری مشهود است. شاخص‌های سلامت اجتماعی راهنما و زیر بنای تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری برنامه‌های ارتقاء سلامت اجتماعی شهری را تشکیل می‌دهند و مقیاس‌هایی که وضعیت سلامت اجتماعی شهری را بسنجند می‌توانند به عنوان معیار مفید و کاربردی بودن این شاخص‌ها مورد توجه قرار گیرند. طبق بررسی که در پیشینه پژوهشی انجام گرفت تا کنون مقیاسی برای سنجش سلامت اجتماعی شهری در ایران

2. Validity

3. Reliability

1. Good urban goverency

شامل ۶۳،۵۹،۵۱،۵۰،۳۷،۳۱،۲۲،۲۱،۲۰،۱۲،۱۱، عامل دل‌بستگی شهری^۴ با ده گویه شامل ۵۷،۴۹،۴۴،۳۶،۳۴،۲۴،۲۰،۱۳،۱۱، عامل هویت شهری^۵ با ۱۰ گویه شماره ۳۸،۳۲،۲۹،۲۵،۱۶، ۴۶،۴۳،۴۱،۴۰،۳۹، عامل عدالت شهری^۶ با ده گویه با شماره‌های ۳۰،۱۷،۱۵،۱۴،۱۰،۷،۶،۵،۴ و عامل پایداری شهری^۷ با ۴ گویه شامل ۵۳،۴۲،۱۸،۹، سلامت اجتماعی شهری را می‌سنجند. این ابزار در طیف پنج درجه‌ای لیکرت ((کاملاً موافقم = ۵)، (موافقم = ۴)، (نظری ندارم = ۳)، (مخالقم = ۲)، (کاملاً مخالفم = ۱)) نمره گذاری شد، لازم به ذکر است که گویه‌های ۵۹،۵۱،۳۶،۳۳،۳۱،۲۴،۲۱،۱۳،۱۱، به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد شرکت‌کنندگان، از نظر جنسیت ۴۷۲ نفر زن (۸۳/۹۹٪) و ۹۰ نفر مرد (۱۶/۰۱٪) بودند. از ۵۶۲ فرد مورد بررسی ۲۸ نفر با سن زیر ۲۰ سال (۵٪)، ۲۸۲ نفر با سن ۲۱-۳۰ سال (۵۰/۲٪)، ۱۴۷ نفر با سن ۳۱-۴۰ سال (۲۶/۲٪)، ۷۴ نفر با سن ۴۱-۵۰ سال (۱۳/۲٪)، ۲۶ نفر با سن ۵۱-۶۰ سال (۴/۶٪)، ۵ نفر با سن بالای ۶۱ سال (۰/۹٪) مشارکت داشتند. تحصیلات آزمودنی‌ها از ۵۶۲ فرد ۳۹ نفر با تحصیلات دیپلم (۷/۰۱٪)، ۳۴۱ نفر لیسانس (۶۲/۱۱٪)، ۸۷ نفر با تحصیلات کارشناسی ارشد (۱۵/۸۵٪)، ۸۲ نفر با تحصیلات دکتری و بالاتر (۱۴/۹۴٪) مشارکت داشتند. پس از بررسی یافته‌های جمعیت شناختی در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی "میانگین، میانه، انحراف استاندارد، کشیدگی و چولگی" عامل‌های مقیاس گزارش شد.

محتوا، مقیاس به صورت نمونه در اختیار ۹۰ نفر از شهروندان (دانشجویان ساکن تهران) قرار گرفت تا مشکلات احتمالی هنگام اجرا مشخص شود و آلفای کرونباخ اولیه در این مرحله ۰/۸۹ به دست آمد. بعد از گذشت یک هفته مقیاس مجدداً به ۶۰ نفر از شهروندان ارائه شد و میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ محاسبه گردید. در مرحله بعدی به منظور جمع‌آوری اطلاعات، مقیاس از طریق فضای مجازی در اختیار شهروندان شهر تهران قرار گرفت که ۵۶۲ نفر به آن پاسخ دادند، در این پژوهش هیچ اجباری به ذکر نام آزمودنی‌ها نبود و شرکت در این پژوهش به صورت اختیاری و با میل شرکت‌کنندگان بود. تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش توسط نرم‌افزارهای SMRTPLS3 و SPSS24 انجام شد.

ابزار

مقیاس سلامت اجتماعی شهری^۱: این ابزار جهت بررسی سلامت اجتماعی شهری در کشور ایران طراحی و اعتباریابی شده است. ساخت این مقیاس طی چند مرحله انجام گرفت، در مرحله اول پیشینه پژوهشی مطالعه و شاخص‌های سلامت اجتماعی که در ایران وجود دارند بررسی شد، نشانگرهای مربوط به محیط‌های شهری از این شاخص‌ها استخراج و بر مبنای آن مقیاس ابتدایی با ۶۶ گویه طراحی شد. در مرحله دوم مقیاس در اختیار ۷ نفر از متخصصین سلامت اجتماعی جهت بررسی درستی محتوایی قرار گرفت، طبق نظر این متخصصین ۳ گویه به طور کامل حذف گردید و برخی گویه‌ها تصحیح شدند. در گام بعدی اجرای پایلوت مقیاس بر روی ۹۰ نفر از دانشجویان (ساکن دائم تهران) اجرا شد و آلفای کرونباخ اولیه محاسبه گردید. پس از یک هفته مقیاس دوباره در اختیار ۶۰ نفر از دانشجویان داوطلب قرار گرفت و میزان آلفای کرونباخ آن محاسبه شد. در مرحله آخر مقیاس با ۶۳ گویه به صورت الکترونیکی از طریق فضای مجازی در اختیار شهروندان تهرانی قرار گرفت، پس از گردآوری داده‌ها و تحلیل عاملی و اکتشافی مقیاس، نسخه نهایی با ۵۶ گویه و ۶ عامل تهیه شد. عامل انسجام اجتماعی شهری^۲ با یازده گویه شامل گویه‌های ۲۸، ۳۵، ۴۵، ۶۱، ۶۰، ۵۸، ۵۶، ۵۵، ۵۴، ۵۲، ۴۸ عامل حقوق شهروندی^۳ با یازده گویه

4. Urban attachment

5. Urban Identity

6. Urban Justice

7. Urban sustainability

1. Urban Social Health Scale

2. Urban social coherence

3. Urban Rights

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

عامل	میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	کشیدگی	چولگی	کمترین	بیشترین	مجموع
انسجام اجتماعی شهری	۲/۱۴	۲/۰۹	۱/۷۳	۰/۶۱	۰/۹۰۰	۱/۹۳۳	۱/۰۰	۵/۰۰	۱۲۰/۱۸۲
حقوق شهروندی	۲/۲۴	۲/۱۷	۲/۰۹	۰/۵۶	۰/۳۳۷	۰/۳۳۱	۱/۰۰	۴/۲۷	۱۲۵۹/۲۷
عدالت شهری	۲/۳۸	۲/۴	۲/۵۰	۰/۶۷	۰/۴۳۹	۰/۵۹۶	۱/۰۰	۵/۰۰	۱۳۴۰/۳۰
دلبستگی شهری	۲/۷۸	۲/۸	۲/۳۰	۰/۶۸	۰/۰۷۶	-۰/۳۷۹	۱/۰۰	۴/۵۰	۱۵۶۴/۱۰
هویت شهری	۲/۶۷	۲/۶	۲/۵۰	۰/۶۷	۰/۵۷۶	۰/۵۲۱	۱/۱۰	۵/۰۰	۱۵۰/۱۴۰
پایداری شهری	۲/۴۴	۲/۲۵	۲/۰۰	۰/۸۳	۰/۴۷۸	-۰/۳۶۴	۱/۰۰	۵/۰۰	۱۳۷۱/۵۰
مجموع	۲/۴۴	۲/۴	۱/۸۹	۰/۵۳	۰/۳۸۰	-۰/۱۱۳	۱/۲۸	۴/۰۵	۱۳۷۳/۰۷

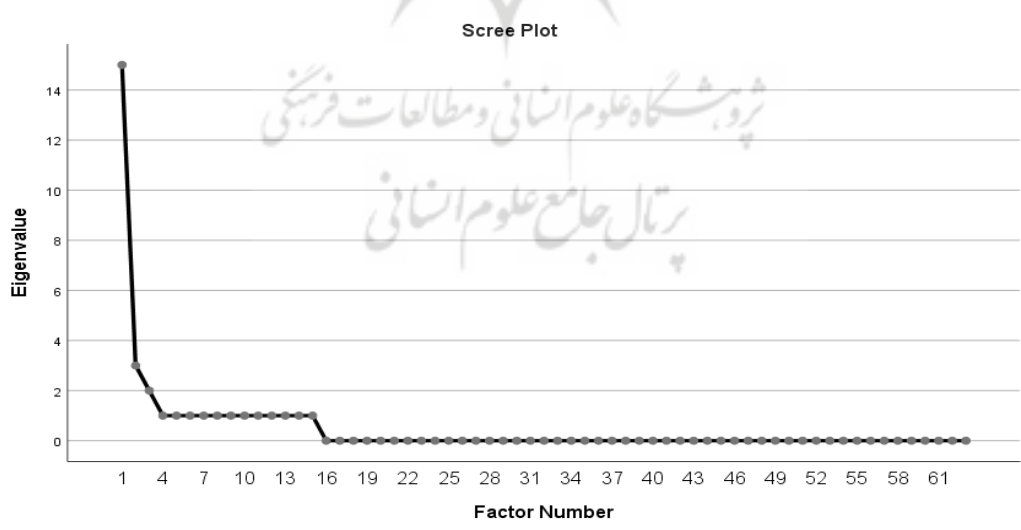
مطلوب قرار دارد و کفایت داده‌ها برای تحلیل عاملی تأیید گردید. همچنین، آزمون بارتلت مقدار کای دو (۱۲۸۸۶) در سطح کمتر از ۰/۰۰۰ معنادار به دست آمده که موید انجام تحلیل عاملی است.

جدول ۲. کفایت ماتریس همبستگی تحلیل عاملی اکتشافی از ملاک کایرز - مایرو آزمون کرویت بارتلت

کفایت نمونه‌برداری از کیسر - مایر - اوکلین	۰/۹۳۹
ضریب خی اسکوئر	۱۲۸۸۶/۳۶۰
آزمون کفایت بارتلت	۱۹۵۳
درجه آزادی	۰/۰۰۰
معناداری	

برای استخراج عامل‌های مقیاس از نمودار سنگ‌ریزه‌ای استفاده شد (شکل ۱) و ۶ عامل اصلی برای مقیاس سلامت اجتماعی شهری استخراج گردید.

برای تعیین عامل‌های اصلی مقیاس سلامت اجتماعی شهری از روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در مرحله اول میزان همبستگی تک تک گویه‌ها با نمره میانگین کل آزمون و ضریب آلفای کرونباخ بررسی گردید در نهایت یک گویه که دارای ضریب همبستگی پایین (کمتر از ۰/۳۰) بود حذف شد. ضریب آلفای کرونباخ در این مقیاس ۰/۹۱ بوده که بنا بر ملاک نانلی که مقادیر آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ را قابل قبول می‌داند، ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده مقدار مطلوبی است (نانلی و برنستین، ۱۹۹۴). جهت بررسی قابلیت کفایت ماتریس همبستگی تحلیل عاملی اکتشافی از ملاک کایزر - مایر و آزمون کرویت بارتلت استفاده شد نتایج در جدول ۲ آمده است. ملاک کفایت نمونه‌گیری برای داده‌های پژوهش حاضر ۰/۹۳۹ به دست آمد که در دامنه کاملاً



شکل ۱. نمودار سنگ‌ریزه‌ای

هماهنگی نداشتند از ساختار عاملی حذف شدند جدول ۳ ساختار نهایی استخراج شده از تحلیل عاملی اکتشافی پس از حذف گویه‌ها و شش عامل اصلی را نشان می‌دهد.

پس از استخراج عامل‌ها، برخی از گویه‌ها به دلیل اینکه با هیچ کدام از عامل‌ها بار معنی‌داری نداشتند یا از لحاظ منطقی و معنایی با توجه به پیشینه پژوهش با عامل مربوطه یا سایر گویه‌های آن عامل

جدول ۳. عامل های استخراج شده نهایی پس از حذف گویه های معیوب

شماره گویه	گویه	عامل ها					
		۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵۸	در شهر من به شهروندان آموزش های لازم درباره حقوق شهروندی داده می شود.						۰/۶۱۶
۵۵	در شهر من آموزش های روانشناسی به شهروندان داده می شود.						۰/۶۰۷
۵۶	اصول مدیریت شهری در شهر من رعایت می شود.						۰/۵۴۹
۵۴	در شهر من مکان های گردهمایی عمومی وجود دارد.						۰/۴۹۱
۴۵	به وضعیت معیشتی افراد حاشیه نشین در شهر من توجه می شود.						۰/۴۸۰
۴۸	بستر مناسبی جهت همکاری شهروندان برای انجام کارهای مربوط به محلات وجود دارد.						۰/۴۷۱
۵۲	مراکز کارآفرینی مؤثر و فعال در شهر من وجود دارد.						۰/۴۴۸
۶۰	در شهر من شبکه ها و انجمن های مختلفی به منظور شبکه سازی و تقویت حمایت های اجتماعی در بین اقشار مختلف جامعه با هدف پیش بینی پذیری رویدادهای شهری وجود دارد.						۰/۴۲۸
۲۸	مدیران شهری شهر من با شهروندان تعامل و ملاقات حضوری دارند.						۰/۳۹۲
۳۵	کمر بند سبز برای پیاده روی در اطراف شهر وجود دارد.						۰/۳۵۸
۶۱	در اجرای پروژه های شهری شفافیت مالی وجود دارد.						۰/۳۵۱
۱	محیط زیست شهر من سالم و امن نیست.						۰/۵۳۸
۶۳	به آموزش افراد آسیب پذیر و قشر ضعیف توجه می شود.						۰/۱۵۵
۳۱	شهر من افراد بهبود یافته از آسیب های اجتماعی را نمی پذیرد و حمایت نمی کند.						۰/۵۲۸
۲۲	در شهر من مدیریت پسماند به درستی انجام می شود.						۰/۴۶۰
۳۷	حقوق معلولین در شهر من رعایت می شود.						۰/۴۵۶
۵۰	در شهر من به سلامت روان شهروندان حاشیه نشین و کمتر برخوردار توجه نمی شود.						۰/۴۴۰
۳	در شهر من امکانات شهری و رفاهی برای تمام شهروندان به صورت عادلانه توزیع نشده است.						۰/۴۳۵
۲۱	در شهر من شهروندان احساس تسلط بر محیط نمی کنند.						۰/۴۳۴
۲	در شهر من آموزش هایی لازم درباره مقررات رانندگی به شهروندان داده می شود.						۰/۴۱۰
۵۹	بیمه سلامت به شهروندان شهر من ارائه نمی شود.						۰/۳۸۲
۵۱	در شهر من تمام تعرفه ها به منظور از جلوگیری از فساد کاملاً مشخص و واضح نیست.						۰/۳۷۴
۱۳	در شهر من نمایشگاه ها و جشنواره های خیریه با هدف صرف درآمد حاصله برای افراد نیازمند برگزار نمی شود.						۰/۶۷۹
۳۴	مکان هایی برای عرضه محصولات فرهنگی در شهر من وجود دارد.						۰/۵۵۵
۴۴	انجمن ها و خیریه های متعددی در شهر من وجود دارد.						۰/۵۳۰
۱۱	در شهر من کنسرت موسیقی یا نمایش خیابانی برگزار نمی شود.						۰/۵۲۵
۲۰	در شهر من نمایشگاه هایی برای عرضه محصولات و دست آفریده های اقشار آسیب پذیر برپا می شود.						۰/۴۳۵
۳۳	رعایت عدالت و مساوات در ارائه خدمات به شهروندان شهر من انجام نمی شود.						۰/۳۸۱
۵۷	در شهر من بازارهایی برای عرضه محصولات محلی شهروندان در نظر گرفته شده است.						۰/۳۶۰
۲۴	در شهر من ماموران امنیتی برای مقابله با جرم و برقراری امنیت به اندازه وجود ندارد.						۰/۳۵۵
۳۶	در شهر من خیرین و افراد جامعه پسند به سایر شهروندان معرفی نمی شوند.						۰/۳۵۳
۴۹	در شهر من امکانات ورزشی کافی و مناسب وجود دارد.						۰/۳۵۹
۲۵	در شهر من به میراث فرهنگی و معنوی بومی توجه می شود.						۰/۵۴۰
۳۸	هویت ملی در شهر من مورد توجه است.						۰/۴۹۲
۳۹	در شهر من خدمات شهروندی به صورت مطلوب به شهروندان ارائه می شود.						۰/۴۳۵
۴۳	رنگ آمیزی شهر من زیبا و چشم نواز است.						۰/۳۹۳

جدول ۳. عامل‌های استخراج شده نهایی پس از حذف گویه‌های معیوب

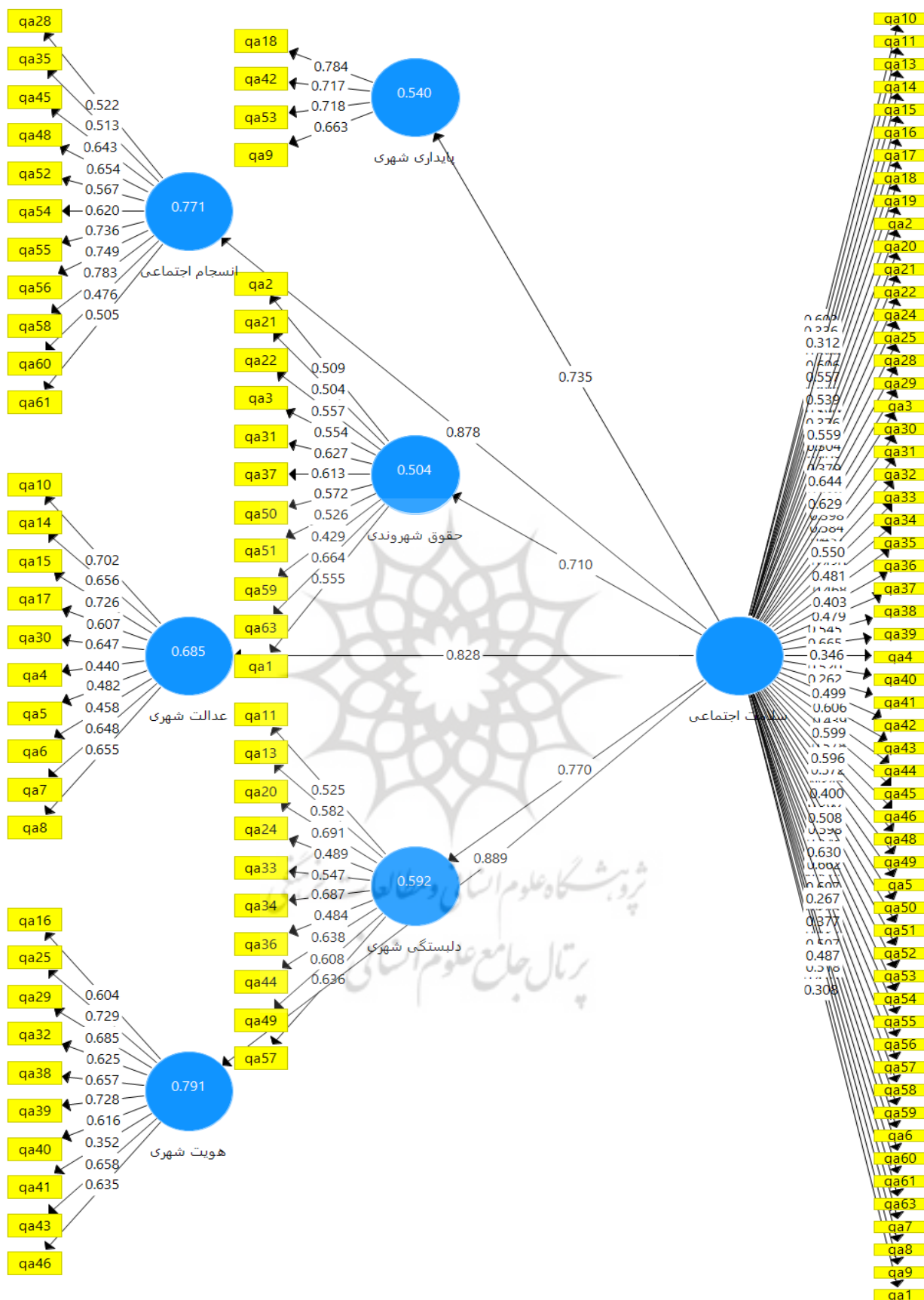
عامل‌ها						گویه	شماره گویه
۶	۵	۴	۳	۲	۱		
		۰/۳۹۲					۴۰. در شهر من با جرایم جنسی و تجاوز به عنف مبارزه می‌شود.
		۰/۳۷۳					۳۲. در شهر من به امنیت مناطق حاشیه‌نشین و جرم خیز توجه می‌شود.
		۰/۳۷۲		۰/۱۲۵			۲۹. در شهر من حقوق سالمندان رعایت می‌شود.
		۰/۳۶۳					۴۱. در شهر من المان‌ها و نمادهای ملی و مذهبی دیده می‌شود.
		۰/۳۵۹					۱۶. در شهر من سیاست‌های مناسب تردد در طرح ترافیک در نظر گرفته شده است.
		۰/۳۵۴					۴۶. در شهر من هویت محله‌ها به خوبی حفظ شده است.
	۰/۵۷۳						۷. امکانات شهر من باعث هدفمند شدن زندگی شهروندان می‌شود.
	۰/۴۶۱			۰/۱۴۴			۱۰. در شهر من حقوق شهروندی رعایت می‌شود.
	۰/۴۵۴						۴. در شهر من اماکن مناسب برای وقت‌گذرانی شهروندان در اوقات فراغت وجود دارد.
	۰/۴۵۳						۶. در شهر من مکان‌های مناسبی برای ایجاد بازارچه‌های محلی جهت ساماندهی دست‌فروشان در نظر گرفته شده است.
	۰/۴۴۷						۵. در شهر من سیاست‌گذاری‌های لازم برای امنیت کارگران در ساختمان‌های در حال ساخت وجود دارد.
	۰/۴۴۱			۰/۱۱۶			۱۵. در شهر من به بقای گونه‌های گیاهی و جانوری توجه می‌شود.
	۰/۵۱۸						۸. در پروژه‌های شهری به بهره‌برداری پایدار از محیط زیست توجه می‌شود.
	۰/۴۰۲						۱۴. امکانات شهری زمینه مناسبی برای رشد شخصی فراهم می‌کند.
	۰/۳۶۳			۰/۰۳۷			۱۷. در شهر من به حقوق اقلیت‌ها احترام گذاشته می‌شود.
	۰/۳۵۶			۰/۱۳۹			۳۰. در شهر من به آزادی‌های فردی احترام گذاشته می‌شود.
۰/۴۸۸							۹. در شهر من پارکینگ‌های مکانیزه و مناسب وجود دارد.
۰/۴۳۷							۱۸. باغ‌های پرندگان، گل‌ها و آکواریوم در شهر من به اندازه کافی وجود دارد.
۰/۳۶۰							۵۳. آموزش استفاده بهینه از انرژی به شهروندان داده می‌شود.
۰/۳۵۲							۴۲. در شهر من پردیس‌های فرهنگی (سینما، کتاب و...) به اندازه وجود دارد.
۱/۶۲۸	۲/۹۶	۳/۱۱۷	۳/۷۰۷	۴/۹۴۲	۵/۶۹		
۲/۵۸۴	۴/۶۹۸	۴/۹۴۸	۳/۸۸۴	۷/۸۴۵	۹/۰۳۱	درصد واریانس	

و معناداری t در سطح ۹۵ درصد اطمینان برای تک‌تک گویه‌های هر عامل در جدول ۴ مشخص شده‌اند.

قابلیت اعتماد مرکب میزان کفایت گویه‌های یک عامل را می‌سنجد (وتزل، گبی و کلودیا، ۲۰۰۹) که هر چقدر مقدار به دست آمده بالاتر از ۰/۷ باشد نشان از پایداری درونی است و ذکر این نکته ضروری است که قابلیت اعتماد مرکب معیار بهتری از آلفای کرونباخ به شمار می‌رود. در این پژوهش تمام مقادیر قابلیت اعتماد مرکب بالاتر از ۰/۷ است که ضریب قابل قبولی می‌باشد.

با توجه به جدول ۳، بار عاملی همه گویه‌ها بر عامل‌ها از ۰/۳۵ بالاتر است. ستون آخر این جدول میزان اشتراک تک‌تک گویه‌ها را نشان می‌دهد و دو ردیف آخر این جدول نیز مقدار ویژه و واریانس تبیین شده هر عامل را نشان می‌دهد. عامل اول بیشترین مقدار از اطلاعات مورد تحلیل را تبیین می‌کند و عوامل دوم تا ششم در رتبه‌های بعدی هستند. برای تأیید نهایی ساختار عاملی مقیاس سلامت اجتماعی شهری از مدل اندازه‌گیری انعکاسی استفاده شد (طباطبایی و لسانی، ۲۰۱۷) که در ابتدا ساختار عاملی و عامل‌ها بوسیله تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج شکل ۲ نشان می‌دهد که ساختار عاملی پرسشنامه قابل قبول است.

پس از تأیید ساختار عاملی مقیاس سلامت اجتماعی شهری، قابلیت اعتماد مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. بار عاملی استاندارد



شکل ۲. سلسه مراتب عامل‌ها و گویه‌های عامل‌ها

در جدول ۴، مقادیر آلفای کروناخ متغیرهای پژوهش آمده است که تمام عامل‌ها مقدار قابل قبولی دارند. در میان عامل‌های مقیاس، عامل پایداری شهری دارای تعداد گویه‌های کمی است و مقدار آلفای کروناخ ۰/۶۹۳ به دست آمده است که این مقدار برای عامل‌هایی با تعداد گویه‌های کم، ضریب قابل قبولی (بالتر از ۰/۶) محسوب می‌شود (وینزی، ترینچرا و آماتو، ۲۰۱۰). مقدار ضرایب مسیر از ۲/۵۸ بالاتر هستند که معنی‌دار بوده و نشان

دهنده صحت رابطه‌ها در سطح اطمینان ۰/۹۹ است (طباطبایی و لسانی، ۲۰۱۷). جهت تعیین قدرت پیش‌بینی مدل از شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون‌زا استفاده شد که مقادیر به دست آمده همه قابل قبول بودند (هسلر، کریستین و سینکوویکس، ۲۰۰۹). برای سنجش درستی همگرایی مقیاس سلامت اجتماعی شهری از معیار متوسط واریانس استخراجی فورنل و لارکر استفاده شد که مقادیر به دست آمده طبق جدول ۵ و منابع موجود قابل قبول هستند.

جدول ۴. مدل اندازه‌گیری و شاخص‌های ارزیابی جزئی

عامل	شماره گویه	شاخص‌ها		عامل‌ها		
		بار عاملی	معنادار t	آلفای کروناخ	پایایی مرکب	پیش‌بینی مدل 2Q
انسجام اجتماعی شهری	۲۸	۰/۵۲۲	۱۱/۲۰۰	۰/۸۳۷	۰/۸۷۲	۰/۲۸۰
	۳۵	۰/۵۱۳	۱۳/۲۸۱			
	۴۵	۰/۶۴۳	۲۰/۵۸۰			
	۴۸	۰/۶۵۴	۲۱/۲۵۷			
	۵۲	۰/۵۶۷	۱۶/۴۳۲			
	۵۴	۰/۶۲۰	۱۹/۰۱۷			
	۵۵	۰/۷۳۶	۳۱/۰۶۵			
	۵۶	۰/۷۴۹	۳۱/۴۶۰			
	۵۸	۰/۷۸۳	۳۹/۳۰۸			
	۶۰	۰/۴۷۶	۱۲/۲۷۷			
حقوق شهروندی	۶۱	۰/۵۰۵	۱۱/۲۵۵	۰/۷۷۸	۰/۸۳۲	۰/۱۴۶
	۱	۰/۵۵۵	۱۲/۶۵۹			
	۲	۰/۵۰۹	۱۳/۲۹۵			
	۳	۰/۵۵۴	۱۴/۲۳۸			
	۲۱	۰/۵۰۴	۱۱/۷۵۰			
	۲۲	۰/۵۵۷	۱۲/۸۴۸			
	۳۱	۰/۶۲۷	۱۷/۸۰۹			
	۳۷	۰/۶۱۳	۱۸/۱۸۴			
	۵۰	۰/۵۷۲	۱۳/۰۱۰			
	۵۱	۰/۵۲۶	۱۲/۷۲۹			
عدالت شهری	۵۹	۰/۴۲۹	۹/۷۳۲	۰/۸۰۹	۰/۸۵۲	۰/۲۳۷
	۶۳	۰/۶۶۴	۲۲/۶۶۵			
	۴	۰/۴۴۰	۹/۳۹۰			
	۵	۰/۴۸۲	۱۰/۵۸۱			
	۶	۰/۴۵۸	۱۰/۱۳۳			
	۷	۰/۶۴۸	۱۳/۸۳۸			
	۸	۰/۶۵۵	۲۱/۳۱۵			
	۱۰	۰/۷۰۲	۲۳/۱۶۰			
	۱۴	۰/۶۵۶	۲۲/۱۷۰			
	۱۵	۰/۷۲۶	۳۰/۹۴۶			
دلبستگی شهری	۱۷	۰/۶۰۷	۱۶/۶۶۳	۰/۷۹۳	۰/۸۴۲	۰/۱۸۹
	۳۰	۰/۶۴۷	۲۰/۷۵۸			
	۱۱	۰/۵۲۵	۱۲/۱۹۹			
	۱۳	۰/۵۸۲	۱۳/۸۰۴			

جدول ۴. مدل اندازه گیری و شاخص های ارزیابی جزئی						
عامل	شماره گویه	شاخص ها		عامل ها		
		بار عاملی	معنادار t	آلفای کرونباخ	پایایی مرکب	
هویت شهری	۲۰	۰/۶۹۱	۲۵/۶۹۹			
	۲۴	۰/۴۸۹	۱۱/۲۱۳			
	۳۳	۰/۵۴۷	۱۳/۵۰۱			
	۳۴	۰/۶۸۷	۲۴/۹۸۲			
	۳۶	۰/۴۸۴	۱۰/۹۲۱			
	۴۴	۰/۶۳۸	۱۸/۸۰۹			
	۴۹	۰/۶۰۸	۱۹/۷۱۶			
	۵۷	۰/۳۶۳	۲۰/۱۵۰			
	۱۶	۰/۶۰۴	۱۷/۶۱۳			
	۲۵	۰/۷۲۹	۳۰/۳۱۶			
	۲۹	۰/۶۸۵	۲۴/۴۱۷			
	۳۲	۰/۶۲۵	۱۷/۸۲۳			
	۳۸	۰/۶۷	۱۹/۷۹۴	۰/۸۳۲	۰/۸۶۹	۰/۳۰۰
	۳۹	۰/۷۲۸	۲۶/۶۸۷			
	۴۰	۰/۶۱۶	۲۰/۸۸۳			
پایداری شهری	۴۱	۰/۳۵۲	۷/۰۵۶			
	۴۳	۰/۶۵۸	۲۳/۲۸۸			
	۴۶	۰/۶۳۵	۱۸/۳۳۵			
	۹	۰/۶۶۳	۱۶/۹۹۵			
	۱۸	۰/۷۸۴	۳۳/۸۱۹	۰/۶۹۳	۰/۸۱۳	۰/۲۶۳
	۴۲	۰/۷۱۷	۲۷/۳۳۸			
	۵۳	۰/۷۱۸	۲۹/۱۹۳			

جدول ۵. ماتریس همبستگی و درستی واگرا فورنل و لارکر								
عامل	روایی همگرا	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱ انسجام اجتماعی شهری	۰/۴۸۹	۰/۶۹۹						
۲ حقوق شهروندی	۰/۴۱۳	۰/۵۵۶	۰/۶۴۲					
۳ عدالت شهری	۰/۴۷۲	۰/۵۵۴	۰/۵۹۳	۰/۶۸۷				
۴ دلبستگی شهری	۰/۴۵۲	۰/۶۰۶	۰/۵۵۵	۰/۴۸۸	۰/۶۷۲			
۵ هویت شهری	۰/۴۰۶	۰/۵۲۷	۰/۵۵۵	۰/۵۸۴	۰/۵۴۶	۰/۶۳۷		
۶ پایداری شهری	۰/۵۲۱	۰/۶۰۸	۰/۳۵۴	۰/۵۴۱	۰/۶۲۹	۰/۵۰۲	۰/۷۲۲	
۷ سلامت اجتماعی شهری	۰/۵۵۰	۰/۸۷۸	۰/۷۱۰	۰/۸۲۸	۰/۷۷۰	۰/۸۸۹	۰/۷۳۵	۰/۷۴۲

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر ساخت مقیاس سلامت اجتماعی شهری و بررسی خصوصیات روانسنجی آن بود. با مطالعه منابع مختلف در زمینه سلامت اجتماعی مقیاس اولیه با ۶۶ گویه طراحی شد و پرسشنامه از طریق فضای مجازی در اختیار شهروندانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند قرار گرفت. پس از تأیید ساختار عاملی، قابلیت اعتماد و درستی مقیاس مورد بررسی قرار گرفت و در هر دو مورد مقادیر به دست آمده حاکی از قابلیت اعتماد و درستی مطلوب

داده های جدول ۵ درستی واگرایی عامل ها را نشان می دهد. یک عامل در مقایسه با سایر عامل ها، باید تمایز و تفکیک بیشتری را در بین گویه های خودش داشته باشد تا بتوان گفت عامل مد نظر درستی واگرایی بالایی دارد. با توجه به داده های جدول ۵ و جذر درستی همگرا (اعداد روی قطر جدول) بزرگ تر از همبستگی هر عامل با عامل های دیگر است که نشان می دهد تمامی عامل های مقیاس سلامت اجتماعی شهری از درستی واگرایی مناسبی برخوردار است.

نوع استراتژی و برنامه‌ای برای توسعه اجتماعی در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی مستلزم قدرت بخشی به اعضای آن جامعه (شهروندان) و مهیا کردن مهارت‌هایی برای آنهاست تا به کمک آنها تغییرات مطلوب را ایجاد کنند (اندرسون و گیسون، ۲۰۲۰؛ باقری بنجار و مرجانی، ۱۳۹۶). دل‌بستگی شهری با ۱۱ گویه در برخی از شاخص‌های سلامت اجتماعی مورد تأیید است (کیخاونی، ۱۳۹۹؛ توکل، ۱۳۹۳؛ صفاری‌نیا، ۱۳۹۱). منظور از دل‌بستگی شهری ارزیابی یک فرد با در نظر گرفتن کیفیت همراهی او با جامعه اطرافش است (صفاری‌نیا، ۱۳۹۷). فردی که احساس کند نیازهایش در جامعه مورد توجه مسئولان است نسبت به شهر و شهروندان احساس دل‌بستگی، تعلق و یکپارچگی به جامعه دارد و این یکپارچگی سبب تقویت و ارتقاء سلامت اجتماعی شهری می‌شود (کیخاونی، صفاری‌نیا، علی‌پور و فرزاد، ۱۳۹۹).

هویت شهری در شاخص‌های سلامت اجتماعی رفیعی، درخشان‌نیا، توکل، صفاری‌نیا و کیخاونی مورد تأیید است. هویت شهری در این مقیاس دارای ۱۰ گویه بوده و انعکاس ارزش‌های محیطی، تاریخی، اجتماعی - فرهنگی، کاربردی و مکانی در فضای شهری است، هویت شهری بازگوکننده تاریخ شهر و فرهنگ مردمان آن است (حکیمیان، ۱۳۹۴؛ اوکتای، ۲۰۰۲). هویت شهری به واسطه ایجاد خاطرات عمومی در شهروندان و احساس تعلق مکانی که ایجاد می‌کند، شهرنشینان را به سوی شهروند شدن که گستره‌ای فعال‌تر است هدایت می‌کند و باعث ایجاد دل‌بستگی اجتماعی و حس تعلق مکان می‌گردد (کیخاونی، صفاری‌نیا، علی‌پور و فرزاد، ۱۳۹۹). هویت شهری و هویت مکانی احساسی را در فرد ایجاد می‌کند که خود را بخشی از آن محیط می‌داند و هویت اجتماعی در او شکل می‌گیرد. افرادی که هویت اجتماعی قوی دارند به دلیل اینکه شهرشان را بخشی از هویت خود می‌دانند رفتارهای جامعه پسند بیشتری انجام می‌دهند، حس مسئولیت‌پذیری و تعلق اجتماعی آنها قوی‌تر است و به واسطه فرآیند شهروندسازی وظایف اجتماعی خود را بهتر انجام می‌دهند و در بهبود شرایط جامعه خود گام بر می‌دارند (بلانش، کاسالو و فلاوین، ۲۰۱۷). عدالت شهری با ۱۰ گویه یکی از نشانگرهای اصلی در شاخص سلامت اجتماعی در مدیریت شهری است و یکی از اصول شهر سالم است (کیخاونی، ۱۳۹۹؛ کیخاونی، صفاری‌نیا، علی‌پور و فرزاد، ۱۳۹۹). عدالت شهری، از منظر مدیریت شهری، به معنی

مقیاس سلامت اجتماعی شهری است. در مجموع نتایج به دست آمده از این مقیاس با شاخص‌های سلامت اجتماعی هماهنگی دارد. عامل اول انسجام اجتماعی شهری دارای ۱۱ گویه است که بسیاری از گویه‌های آن در شاخص‌های سلامت اجتماعی به تأیید رسیده است (کیخاونی و صفاری‌نیا، ۱۳۹۹؛ توکل، ۱۳۹۳؛ صفاری‌نیا، ۱۳۹۱؛ شاخص رفاه اجتماعی لگاتوم، ۲۰۲۱؛ شاخص سلامت اجتماعی فوردهام، ۲۰۱۹). انسجام اجتماعی شهری بر ارتباط عاطفی و اجتماعی شهروندان با همدیگر و محل سکونت‌شان دلالت دارد. عوامل متعددی مانند شرایط اقتصادی، ارزش‌های اجتماعی، امکانات رفاهی شهری در تأمین نسبی انسجام اجتماعی شهروندان تأثیر دارند (گوینداسامای و همکاران، ۲۰۲۰؛ میری، ذوالقدر و قاسمی، ۱۳۹۸). انسجام اجتماعی بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار جهان اجتماعی و اهمیت به شناخت دنیا و ادراک معنای زندگی و قابل پیش‌بینی بودن زندگی است (آهنگرزاده، رفیعی‌پور، مسلمی، حیدری و نوری، ۱۳۹۷). در جامعه‌ای که انسجام اجتماعی دیده می‌شود، آزادی‌های فردی مورد احترام است، افراد جامعه حس مشترکی دارند که جامعه را متعلق به خود می‌دانند و در جهت پویایی و سلامت جامعه تلاش می‌کنند. انسجام اجتماعی حس حمایت اجتماعی را تقویت می‌کند و از طریق حمایت اجتماعی، بر ارتقاء سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارد (برایانت، رالف، سکر، لابونت، ۲۰۱۱). عامل حقوق شهروندی با ۱۱ گویه با سند حقوق شهروندی، اصول شهر سالم و شاخص‌های سلامت اجتماعی مطابقت دارد (کیخاونی، صفاری‌نیا، علی‌پور و فرزاد، ۱۳۹۹؛ مشهور اوتواوا (۱۹۸۶) به نقل از گزارش شهر سالم سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰؛ سند حقوق شهروندی، ۱۳۹۶؛ زیاری و باباجانپور، ۱۳۹۱). توجه به حقوق شهروندی سبب می‌شود شهروندان، آگاه و متعهد به حقوق و وظایف خود و برخوردار از مهارت‌های ارتباطی، شناختی و هیجانی باشند که از کارایی بالایی برای تعامل با نظام اجتماعی، فرهنگی و سیاسی خویش برخوردارند. آگاهی از حقوق شهروندی باعث توسعه اجتماعی به مثابه فرآیندی است که با ایجاد تحول در ساختار جامعه، ظرفیت آن را برای تأمین نیازهای اعضای آن ارتقا می‌دهد و مستلزم کیفیتی در جامعه است که بر مبنای آن، شهروندان نگرشی مسئولانه، بازاندیشانه، پیشروانه و خلاقانه به مسائل پیرامون خویش یافته و با شناسایی ظرفیت‌ها و محدودیت‌های جامعه خویش، برای اعتلای آن می‌کوشند. بر این اساس، هر

منابع

آهنگرزاده، ژیلا؛ رفیعی پور، امین؛ مسلمی، مریم؛ حیدری، محمد و نوری نیستانک، آناهیتا (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت چندوجهی تئیدی بر فزون کاری و فرسودگی شغلی کارکنان شرکت داروسازی. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*. ۱۷ (۷۱)، ۷۹۲-۷۸۳.

امیدی، مصطفی؛ حقیقتیان، منصور و هاشمیان فر، سید علی (۱۳۹۶). سلامت اجتماعی و کارکردهای آن در جوامع شهری. *مطالعات جامعه شناختی شهری*. ۷(۲۴)، ۱۵۷-۱۸۸.

باقری بنجار، عبدالرضا و مرجانی، سجاد (۱۳۹۶). تحلیل رابطه آگاهی از حقوق شهروندی با توسعه اجتماعی. *دو فصلنامه مشارکت و توسعه اجتماعی*. ۳(۵)، ۱-۲۵.

تابشیان، امیر و کریم آباده، نازنین (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت. *همایش بین رشته‌ای انسان، جامعه، سلامت*.

توکل، محمد (۱۳۹۳). سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها و شاخص‌ها در مطالعات جهان و ایران. *فصلنامه اخلاق زیستی*. ۴(۱۴)، ۱۱۵-۱۳۵.

حکیمیان، پانته آ (۱۳۹۴). فضاها شهری سلامت محور: ویژگی‌های کالبدی تأثیرگذار بر چاقی افراد. *معماری و شهرسازی آرمانی*. ۱۱۵(۱)، ۲۲۴-۲۱۵.

درخشان‌نیا، فریبا (۱۳۹۷). *شاخص‌ها و بیانگرهای سلامت اجتماعی در ایران*، تهران: انتشارات رسانه.

دماری، بهزاد؛ وثوق مقدم، عباس؛ رستمی، نرگس و سالاریان‌زاده، حسین (۱۳۹۹). آیا رویکرد تعیین‌گری اجتماعی سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران استقرار پیدا کرده است؟. *نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی*. ۲(۱۱)، ۱۶۵-۱۵۵.

دماری، بهزاد و وثوق مقدم، عباس (۱۳۹۲). بسته‌های خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری. *فصلنامه پایش*. ۱۲(۳)، ۲۹۷-۳۰۴.

رفیعی، حسن؛ سمیعی، مرسلده؛ امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار. *مجموعه مقالات و سخنرانی‌ها. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد*.

زمان‌خانی، فریبا؛ عباچی‌زاده، کامییز؛ امیدنیا، سهیلا؛ ابدی، علی‌رضا و حیدرنیا، محمدعلی (۱۳۹۵). تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان‌های کشور جمهوری اسلامی ایران. *مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*. ۳(۳)، ۱۸۹-۱۸۱.

تأمین نیازهای گوناگون اجتماعی، خدماتی، رفاهی و فرهنگی است. عدالت شهری به اصل تعادل اشاره دارد که در صورت فراهم نبودن این تعادل محیط ناپایدار خواهد بود و در نهایت از هم گیسخته شده و از بین می‌رود (گاریسا، کریستین، گاریسا اسکالونا و گوتزالز، ۲۰۲۰؛ عزیزی و شکوهی بیدهندی، ۱۳۹۴). در جوامعی که عدالت شهری توسط شهروندان ادراک شود، دل‌بستگی به جامعه بیشتر است و شهروندان خود را مکلف می‌دانند که در جهت فعال شدن و پویایی محیط زندگی خود تلاش کنند (پاپا چریسو و باب کاسالا، ۲۰۱۹). سازمان بهداشت جهانی اختلاف طبقات اجتماعی و شکاف در طبقات به دلیل توزیع ناعادلانه و نابرابر منابع در جامعه را به عنوان یکی از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت می‌داند (تابشیان و کریم آباده، ۱۳۹۵). برایان و همکاران هم توزیع عادلانه درآمد و میزان درآمد را از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت اجتماعی می‌دانند (برایان و همکاران، ۲۰۱۱).

عامل پایداری شهری با ۴ گویه یکی از اصول اهداف توسعه پایدار، شهر سالم و حکمرانی خوب شهری است (گزارش سازمان بهداشت جهانی - اهداف توسعه پایدار، ۲۰۱۶؛ مقتدری، ۱۳۹۸). شهر پایدار امکان فراهم‌سازی شرایط مساعد و محیط پویا و هدفمند برای شهروندان را فراهم می‌کند. علی‌رغم تأیید درستی و قابلیت اعتماد مقیاس سلامت اجتماعی شهری و هماهنگی با شاخص‌های سلامت اجتماعی بومی، این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه است. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به روش نمونه‌گیری (دردسترس) اشاره کرد که که میزان خطای آن نسبت به روش‌های احتمالاتی بیشتر بود. همچنین تعداد شرکت‌کنندگان از لحاظ جنسیت ناهمگون است. این پژوهش در دوران شیوع بیماری کرونا انجام شد و مقیاس از طریق فضای مجازی در اختیار شهروندان قرار گرفت و فقط شهروندانی که به فضای مجازی دسترسی داشتند امکان شرکت در این مطالعه برای آنها فراهم بود بنابراین پیشنهاد می‌شود در فرصت‌های آتی مقیاس به صورت حضوری هم اعتبارسنجی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود همبستگی بین این مقیاس و سایر آزمون‌های مشابه بررسی گردد و در گام‌های بعدی اعتبارسنجی این مقیاس در سایر شهرها انجام شود. در پایان از تمام شهروندان تهرانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند سپاسگزاریم.

- زیاری، کرامت‌اله و جانبابانزاد، محمدحسین (۱۳۹۱). اصول و معیارهای شهر سالم. *مجله سپهر*، ۲۱ (۸۲)، ۵۶-۵۰.
- سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران، مستندات دفتر ریاست جمهوری (۱۳۸۴).
- شربتیان، محمدحسن و عرفانیان قصاب، المیرا (۱۳۹۷). تأثیر سرمایه اجتماعی بر بهزیستی اجتماعی بواسطه نقش میانجی کیفیت زندگی و رضایت از زندگی. *فصلنامه توسعه اجتماعی*، ۱۳ (۱)، ۲۲۷-۱۹۵.
- شمس اسفندآباد، حسن (۱۳۹۶). *روانشناسی محیط*. تهران: انتشارات روانشناسی هنر.
- فوجی، ساتوشی (۱۳۹۸). *شناخت تنگناهای اجتماعی*، ترجمه مجید صفاری‌نیا و شیلر کیخاونی. تهران: نشر ویرایش.
- صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۷). *روانشناسی سلامت اجتماعی*. تهران: انتشارات آوای نور.
- صفاری‌نیا، مجید؛ عماری، حسن و بهشتی‌مقدم، الهام (۱۳۹۲). *روانشناسی شهر*. تهران: انتشارات آوای نور.
- صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۱). *مطالعات ممیزی سلامت اجتماعی*. تهران: نهاد ریاست جمهوری.
- عزیزی، محمدمهدی و شکوهی بیدهدی، محمد صالح (۱۳۹۴). تحلیل سیر تحول تاریخی مفهوم عدالت اجتماعی در برنامه‌های توسعه شهری ایران. *دو فصلنامه تحقیقات تاریخ اجتماعی*، ۱۰۲ (۱)، ۱۴۹-۱۲۵.
- کیخاونی، شیلر و صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۹). *مطالعات بررسی پارادایم‌های سلامت اجتماعی و ارائه بهترین مدل برای شهر تهران*. تهران: دفتر مطالعات فرهنگی اجتماعی شهرداری تهران.
- کیخاونی، شیلر (۱۳۹۹). *تدوین مؤلفه‌ها و ارائه مدل روانشناسی سلامت اجتماعی در مدیریت شهری*، رساله دکتری، دانشگاه پیام‌نور تهران واحد تحصیلات تکمیلی.
- کیخاونی، شیلر؛ صفاری‌نیا، مجید؛ علی‌پور، احمد و فرزاد، ولی‌الله (۱۳۹۹). *تدوین ابعاد اجتماعی سلامت از منظر مدیریت شهری*. *فصلنامه علمی پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۰ (۳۸)، ۶۴-۴۱.
- مقدری، مهدی (۱۳۹۸). *درس‌هایی از حکمرانی خوب*. تهران: انتشارات نگاه معاصر.
- میری، هانیه‌سادات؛ ذوالقدر، خدیجه م قاسمی، عاصمه (۱۳۹۸). *مقایسه تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر سلامت اجتماعی زنان سرپرست و غیرسرپرست خانوار شهر مشهد*. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸ (۸۴)، ۲۳۰۲-۲۲۹۵.
- موسوی، میرطاهر؛ شیانی، ملیحه، فاطمی‌نیا؛ سیاوش و امیدنیا، سهیلا (۱۳۹۴). *بسط مفهومی سرمایه اجتماعی با رویکرد سلامت اجتماعی*. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۸ (۵۷)، ۱۴۸-۱۰۹.
- Abachizadeh, K., Tayefi, B., Nasehi, A.A., Memaryan, N., Rassouli, M., & Omidnia, S. (2014). Development of a scale for measuring social health of Iranians living in three big cities. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 28(1), 6-14.
- Anderson, E., & Gibson, S. (2020). Social citizenship and social psychology. *Social and personality psychology compass*, 14(2), 1-35.
- Annual Report of Edmonton's social health (2019). Edmonton: Canadian Mental Health Association.
- Arun, Ö., & Holdsworth, J.K. (2020). Integrated social and health care services among societies transition: Insights from Turkey. *Journal of Aging Studie*, 53:100850.
- Australian health (2018). Sidney: Australian Institute of Health and Welfare.
- Barros, P., Ng Fat, L., Garcia, L.M.T., Slovic, A.D., Thomopoulos, N., Herick de Sá, TH. & Mindell, J.S. (2019). Social consequences and mental health outcomes of living in high-rise residential buildings and the influence of planning, urban design and architectural decisions: A systematic review. *Cities*, 93, 263-272.
- Belanch, D., Casaló, L., & Flavin, C. (2017). Understanding the cognitive, affective and evaluative components of social urban identity: Determinants, measurement, and practical consequences. *Journal of environmental Psychology*, 50, 138-153.
- Bryant, T., Raphael, D., Schrecker, T. & Labonte, R. (2011). Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health. *Journal Health Policy*, 101, 44-58.
- Civil society organizations to promote human rights in mental health and related area. (2020). Geneva: World Health Organization.
- Chabban, J., Irani, A. & Khoury, A. (2016). The Composite Global Well-Being Index (CGWBI): A New Multi-Dimensional Measure of Human Development. *Social Indicators Research*, 129, 465-487.
- Cortright, L., Buckman, C., Tumin, D., Holder, D., & Leonard, S. (2020). Social Determinants of Health and Emergency Department Use Among Children With Sickle Cell Disease. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 42, 42-45.
- Fordham's pope Francise global poverty index (2019). New York: Graduate Program In International Political Economy And Development.
- Gaby, O., and Van Oppen, C. (2009). "Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration." *MIS quarterly*, pp: 177-195.
- Garcia-Garcia, M.J., Christie, N., García-Escalona, E. & González-García, C. (2020). Sensitivity of green

- practices of heavy drinking and exercise among young people. *International Journal of Drug Policy*, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102825>.
- Vada, S., Prentice, C., Scott, N., Hsiao, A. (2020). Positive psychology and tourist well-being: A systematic literature review. *Tourism Management Perspectives*, 33:100631.
- Vahdaninia, V., Said Mosavi, M.S., Vahdaninia, M.A., Vosough Moghaddam, A. (2020). Health as Human Right; Legal Narrative of "Governance For Health" Logic. *Medical Ethics and History of Medicine*. 13(1), 1-18.
- Vinzi, V.E., Trinchera, L. & Amato, S. (2010). *PLS path modeling: from foundations to recent developments and open issues for model assessment and improvement*. In: Handbook of Partial Least Squares: Concepts, Methods and Applications. Springer Handbooks of Computational Statistics. Berlin, Heidelberg. Springer Berlin Heidelberg. 47-82.
- Why Urban Health Matters?. (2012). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. The world health report (2000). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). How to make cities healthier. (retrieved from http://www.who.dk/healthy_cities/how_2_MakeCities).
- spaces to the process of urban planning. Three case studies of Madrid, *Cities*, 100, 102655.
- Global Report on URBAN equitable, healthier cities for sustainable development Health(2016). World Health organization.
- Govindasamy, D., Ferrari, G., Maruping, K., Bodzo, P., Mathews, G. & Seeley, J. (2020). A qualitative enquiry into the meaning and experiences of wellbeing among young people living with and without HIV in KwaZulu-Natal, South Africa. *Social Science & medicine*. 258, 1-11.
- Henseler, J.R., Christian, M., Sinkovics, R.R. (2009.) The Use of Partial Least Squares Path Modeling in International Marketing. *Advances in International Marketing*, (AIM).; 20, 277-319.
- Hutson. M. & Moscovitz. A. (2019). *Urban Health, Encyclopedia of Environmental Health*. 2nd edition, Ch 7. Johnson, B.T., Acabchuk, R.L. (2018). What are the keys to a longer, happier life? Answers from five decades of health Psychology research. *Social Science & Medicine*, 196, 218-226.
- Jones, N., Burger, J., Hall, A. & Reeves., K. (2019). The Intersection of Urban and Global Health. *Pediatr Clinics Journal*. 66: 561-573.
- Legatum Wellbeing Index (2021). London: Legatum Institute.
- Mehub Anwar, A.H.M., Astell-Burt, T.H., & Feng, X. (2019). Does social capital and a healthier lifestyle increase mental health resilience to disability acquisition? Group-based discrete trajectory mixture models of pre- post longitudinal data. *Social Science & Medicine*, 235, 112143.
- Miringof, M., & Miringof, M. L. (1999). *The social health of the nation: How America is really doing*. London: Oxford.
- Nunnally JC, Bernstein, IH., (1994) *Psychometric theory*. (3rd ed). New York: McGraw Hill.
- Oktay. d. (2002). The quest for Urban identity in changini context of the city: Northern Cyprus. *Cities*, 4, 261-271.
- Papachristou, I.A., & Rosas-Casals, M. (2019). Cities and quality of life. Quantitative modeling of the emergence of the happiness field in urban studies. *Cities*, 88, 191-208.
- San Angelo Social Health Index (2017). San Angelo: Community Development Initiatives at the ASU Center for Community Wellness, Engagement, and Development.
- Rafiey, H., Amini Rarani, M., Alipour, F., & Khedmati Morasae, E. (2017). Development and validation of the Iranian Social Health Questionnaire (IrSHQ). *Journal of Health and Social Sciences*, 2(1), 19-30.
- Tabatabaei, S., Lesani, M. (2017). Validation of the openness to vocational opportunity (OVOS) with the partial least squares (PLS) approach. *Quarterly of Educational Measurement*, 7(25), 157-180
- Torronen, J., Samuelsson, E., Filip Roumeliotis, F., Room, R., & Kraus, L. (2020). Social health, physical health, and well-being: Analysing with bourdieusian concepts the interplay between the