

ساخت و رواسازی فرم کوتاه

پرسشنامه سلامت اجتماعی در ایران (SHQ16)

۲۵۷

مقدمه: بر سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد کلیدی سلامت، نقش مهمی در آسایش افراد و جامعه ایفاء می‌کند. تحقیق در این حوزه نیازمند داشتن ابزارهایی متناسب با جامعه ایرانی و دارای روایی و پایایی مناسب است. این پژوهش با هدف ساخت و رواسازی فرم کوتاه پرسشنامه سلامت اجتماعی انجام شده است.

روش: این مطالعه از نوع تحلیل ثانویه بود که داده‌های آن بخشی از تحقیق کشوری در ۳۱ استان بوده است. حجم نمونه ۶۰۱۵۳ نفر بود. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود که از هر استان ۳ شهر انتخاب و طی چندمرحله متناسب با ترکیب سنی و جنسی پاسخگویان انتخاب شدند. مخزن اولیه گویه‌ها بر اساس مطالعات قبلی با ۴۰ گویه طراحی و روایی محتوای آن توسط ده نفر از صاحب نظران مورد تأیید قرار گرفت و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و با روش تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) انجام شد.

یافته‌ها: از مجموع گویه‌های اولیه بعد از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، ۱۶ گویه در مدل باقی ماندند که روی ۴ عامل مسئولیت‌پذیری اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت سیاسی و حمایت سازمانی بار شدند. این ۴ عامل در مجموع ۶۹,۳۸ درصد از واریانس کل سازه را تبیین می‌کنند. همچنین همخوانی درونی سوالات پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۸ نیز تأیید شد.

بحث: حجم و تنوع پاسخگویان، مقیاس ملی، نتایج مطلوب روایی و پایایی، متناسب بودن با فرهنگ ایرانی و تعداد مناسب سوالات پرسشنامه نسبت به پرسشنامه‌های قبلی، آن را به ابزار مناسبی برای سنجش سلامت اجتماعی در سطح فردی تبدیل کرده است.

۱. فردین علیپور

دکتر مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. حسن رفیعی

دکتری تخصصی روان پزشکی، گروه رفاه اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

<hassan441015@gmail.com>

۳. منیره بلوچی

دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۴. فاطمه اسلامی

دانشجوی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۵. حسین افشارپویا

دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، دانشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

واژه‌های کلیدی:

اعتباریابی، تحلیل عاملی، پرسشنامه، سلامت اجتماعی، ابزار.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۴

Construction and validation of the short form of social health questionnaire in Iran (SHQ16)



▶ **1. Fardin Alipour**
Ph.D student in Social Work,
Department of Social Work,
Social welfare management
research center, Faculty of
Social Health, University
of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran.

▶ **2. Hassan Rafiei**
Ph.D. in Psychiatry, Department
of Social Welfare, Faculty
of Social Health, University
of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences, Tehran,
Iran. (Corresponding Author)
<vosoooghi_mn@yahoo.com>

▶ **3. Monire Baloochi**
Ph.D. student in social work,
Department of Social Work,
Faculty of Social Health,
University of Social Welfare
and Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran.

▶ **4. Fatemeh Eslami**
M.A. student in social work,
Department of Social Work,
Faculty of Social Health,
University of Social Welfare
and Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran.

▶ **5. Meysam Musai**
Ph.D student in Social work,
Department of Social Work,
Faculty of Social Health,
University of Social Welfare
and Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran.

Keywords:

validation, factor analysis, questionnaire, social health, tools

Introduction: Social health, as one of the key dimensions of health, plays an important role in the comfort of individuals and society. Research in this field requires tools that are suitable for Iranian society and have appropriate validity and reliability. This research was done with the aim of creating and validating the short form of the social health questionnaire.

Method: The data for this study comes from a national conducted across 31 provinces. The sample size consisted of 60,853 individuals. The sampling method employed a multi-stage cluster approach, where three cities were selected from each province based on the age and gender composition of the participants. The initial pool of items, consisting of 40 design items, was derived from previous studies. Expert approval established content validity, and data analysis was performed using SPSS software and exploratory factor analysis (EFA).

Findings: Following exploratory factor analysis, 16 items remained in the model. These items loaded onto four factors: social responsibility, social trust, political participation, and organizational support. Collectively, these four factors explain 69.38% of the variance in the overall structure. Furthermore, the internal consistency of the questionnaire was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.88.

Discussion: Given the large and diverse participant pool, national implementation, favorable validity and reliability results, alignment with Iranian culture, and an appropriate number of questions compared to previous questionnaires, this tool is well-suited for measuring social health at the individual level.

Received: 2022/06/26

Accepted: 2023/01/24

Citation: alipoor F, rafiei H, baloochi M, eslami F, afsharpooya H. (2024). Construction and validation of the short form of social health questionnaire in Iran (SHQ16). *refahj.24(94)*, : 8 doi:10.32598/refahj.24.94.4475.1

URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4293-fa.html>



Extended Abstract

Introduction

Social health is one of the key dimensions of health that influences the well-being of individuals and society. Different perspectives on the concept of social health exist in global studies. One perspective defines social health as an attribute and characteristic of an individual's social life and considers the individual as the unit of analysis. This is the perspective adopted by the World Health Organization. Another perspective views social health as an attribute of a society and focuses on the health of the society as a whole. According to this perspective, social health means a society with favorable conditions for health. Given the importance of social health for the overall health of individuals, this study adopts the individual approach to social health. Various tools are available for measuring social health from an individual approach, but some of them are specific to certain populations or contexts. Therefore, when using tools and questionnaires, the culture and social environment of a society should be taken into account, as they may affect the way people interpret and respond to the questions. Hence, it is essential to select a tool and a questionnaire that are culturally relevant and context-sensitive for creating a social health questionnaire for the social context of a country. Consequently, it appears that research in the field of social health requires tools that are suitable for Iranian society and have adequate validity and reliability. This research was conducted to develop and validate a social health questionnaire for the culture of Iranian society.

Method

This study employed a correlational design. Exploratory factor analysis was used to assess the validity of the instrument and Cronbach's alpha test was used to evaluate its reliability. The study was conducted in 31 provinces of the country, and from each province, three cities were randomly selected: the capital city, one city with low social damage, and one city with high social damage (based on the available provincial statistics and the opinions of experts in the field of social damage). Thus, the total number of cities was 93. The study's sample size was 60,853 people, which was determined according to the prevalence of the lowest

percentage of social harm and the aim of describing the prevalence of the types of harm measured in the study at the provincial level with a 95% confidence interval. The sampling method in each city was multi-stage cluster sampling. The required sample size was randomly selected based on the sex and age ratio of each city and the research questionnaires were completed by the participants. Initially, based on the review of sources and the available instruments, including the social health questionnaire of Raffei et al. and the social health questionnaire with the social capital approach of Mousavi et al., 40 items for the "social health questionnaire" were developed. This pool was given to ten experts related to the topic of social health to express their opinion about the content validity of each item on a scale from 0 (completely inappropriate) to 10 (completely appropriate). The items that received an average positive evaluation from the experts were selected. Then, these items were administered along with the checklist of demographic variables. Based on the remaining items in the factor analysis, Cronbach's alpha was also computed and the final form of the questionnaire, which consisted of 16 main items, was obtained. In this study, exploratory factor analysis was used to develop the instrument. Data analysis was performed with SPSS software and principal component analysis with Varimax orthogonal rotation.

Findings

Exploratory factor analysis was used to investigate and identify the number of factors based on the questions in the researcher's social health questionnaire. Bartlett's test of sphericity and Kaiser-Meir-Olkin (KMO) scale were used to check the data fit for factor analysis. The result of Bartlett's test of sphericity and the value of the KMO scale ($KMO=0.876$) indicated the suitability of the data for factor analysis. Based on this criterion, four factors were extracted, which explained about 70% of the data variance (Chart 1). Table 2 shows the cumulative percentage of explained variance for each factor and how much each factor accounts for the variance of the entire questionnaire. Ultimately, four factors were able to explain about 69.38% of the total variance. These four factors are social responsibility, social trust, political participation, and organizational support. Table 3 displays the correlation between items and factors, and the rotated component matrix of the items. It can be determined which factor each question is loaded on after rotation, and the position

of each question in the corresponding factor by referring to the factor loadings. Cronbach's alpha coefficient was used to check the internal consistency of the researcher's social health questionnaire. The value of Cronbach's alpha coefficient for each factor and the entire social health questionnaire are presented in Table 4. According to the obtained coefficients, it was found that the questionnaire has high internal consistency in terms of components and the whole questionnaire.

Discussion

The questionnaire has acceptable internal consistency and validity regarding components and the whole questionnaire. Also, according to the results, it was found that the researcher's social health questionnaire has acceptable validity. The optimal size of a questionnaire depends on the context and purpose of the study, but some studies suggest that shorter questionnaires yield better results. In this research, an attempt was made to create a questionnaire that is fully compatible with the native culture of the country and based on its social and cultural characteristics. Designing a questionnaire specifically for a country's culture is beneficial in this way: it ensures that the questions are relevant and meaningful for the target population. This can improve the quality of the data collected and increase the validity of the study results. In general, the size and diversity of the participants, national implementation, favorable validity and reliability results, suitability to Iranian culture, and the appropriate number of questions in the questionnaire compared to previous questionnaires, have made it a suitable tool for measuring social health at the individual level.

Ethical considerations

Authors' contributions: All authors contributed in designing, running, and writing all parts of the research.

Funding: No direct financial support was received from any institution or organization for the preparation of this article.

Conflicts of interest: This article does not overlap with other published works of the authors.

Following the ethics of research: In this article, all rights related to research ethics have been respected.

مقدمه

در حال حاضر بیماری و سلامت، پدیده‌هایی تنها جسمی نیستند (لارسون، ۱۹۹۶) بلکه متغیرهای اجتماعی در پیدایش آنها دخیل هستند. تأکید چشمگیر اثرات فراگیر عوامل اجتماعی در زمینه سلامت و بیماری سبب شد که واژه اجتماعی در یکی از نخستین تعاریف سازمان بهداشت جهانی از سلامتی گنجانده شود. سازمان بهداشت جهانی در اساسنامه خود در سال ۱۹۴۸، سلامتی را به‌عنوان حالتی از بهزیستی اجتماعی، روانی و جسمی و نه تنها فقدان بیماری تعریف کرده است (مارموت، ۲۰۱۲).

درواقع مفهوم سلامت اجتماعی برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط بلوک و بارسلو^۱ مورد توجه قرار گرفت. این دو، مفهوم سلامت اجتماعی را با میزان فعالیت و عملکرد اعضای جامعه مترادف دانسته و شاخص سلامت اجتماعی را ابداع کردند (والاس، ۲۰۱۹).

در حال حاضر، دو تلقی از سلامت اجتماعی در مطالعات جهانی وجود دارد؛ تلقی اول، فرد را واحد تعریف سلامت اجتماعی قرار می‌دهد و در واقع سلامت اجتماعی را به‌مثابه صفت و ویژگی‌ای از زندگی فردی و اجتماعی فرد تعریف می‌کند. تعریف سازمان جهانی بهداشت، از این بعد به سلامت اجتماعی می‌نگرد. اما برداشت دیگر، سلامت اجتماعی را به‌مثابه صفتی برای یک جامعه در نظر می‌گیرد و به جامعه سالم یا جامعه برخوردار از سلامت توجه دارد. لذا سلامت اجتماعی به معنای جامعه‌ای برخوردار از شرایط مساعد برای سلامت است (جعفرزاده، ۲۰۲۱).

منظور از سلامت اجتماعی در سطح فردی، آن بعد از رفاه یا بهزیستی فرد است که مربوط به چگونگی برقراری ارتباط با سایر افراد جامعه است. اینکه دیگران چگونه با او برخورد می‌کنند یا واکنش نشان می‌دهند و تعامل او با نهادهای اجتماعی و اخلاق جمعی چگونه است. منظور از سلامت اجتماعی در سطح جامعه این است که یک جامعه سالم، از فرصتهای

1 Belloc and Breslow

برابر برای همه در دستیابی و استفاده از کالاها و خدمات ضروری برای کارایی و عملکرد تمام و کمال شهروندان برخوردار است (گرین وود، ۲۰۱۲).

کیز^۱ به‌عنوان یکی از مهمترین صاحب‌نظران این حوزه که بیشتر در سطح فردی به سلامت اجتماعی پرداخته است و با استفاده از مدل‌های زیستی، بیشتر بر وجه خصوصی از سلامت تأکید دارد؛ معتقد است که سلامت روانی، 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 و هیجانی و شامل تکالیف و درگیریهای اجتماعی است. از این‌رو، او سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنها است، می‌داند. وی در سال ۲۰۰۴ در یک تحلیل عاملی گسترده، یک مدل پنج‌بعدی قابل‌سنجش از سلامت اجتماعی ارائه داد. همچنین با توجه به تعریف وی، سلامت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان شاخص اجتماعی سنجش کیفیت زندگی افراد در نظر گرفته شود؛ زیرا کیفیت زندگی به‌عنوان یک مفهوم ذهنی، مبتنی بر ارزشها و تمایلات فردی در ارتباط با میزان رضایتمندی از زندگی تعریف شده است (ساندکوئیست، ۲۰۰۷).

یکی از رایج‌ترین شاخصهای به‌کاررفته اجزای نظریه پنج‌گانه کیز شامل پنج مؤلفه است که در بسیاری از تحقیقات به‌عنوان شاخصهای مفهوم سلامت اجتماعی به کار رفته‌اند؛ اجزاء نظریه سلامت اجتماعی کیز عبارت است از:

- شکوفایی اجتماعی: ارزیابی پتانسیل و خط سیر جامعه و درک افراد از این موضوع که آنها هم از رشد اجتماعی سود خواهند برد.
- انسجام اجتماعی: به معنای احساس بخشی از جامعه بودن، فکرکردن به این‌که فرد به جامعه تعلق دارد.

1 Keyes

- پذیرش اجتماعی: داشتن گرایش مثبت نسبت به دیگران و نگاه مثبت به ماهیت انسانها از جمله مشخصه‌های پذیرش اجتماعی است.

- انطباق اجتماعی: انطباق اجتماعی در مقابل بی‌معنایی در زندگی است، درکی است که فرد نسبت به کیفیت، سازماندهی و اداره دنیای اجتماعی اطراف خود دارد.

- مشارکت اجتماعی: باوری است که طبق آن فرد خود را عضو حیاتی در اجتماع می‌داند.

طبق این مدل فرد سالم از نظر اجتماعی، زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار درک کند و برای رشد و شکوفایی خود در راستای پیشرفت جامعه تلاش کند؛ بنابراین به گروههای اجتماعی احساس تعلق داشته، خود را در راستای پیشرفت اجتماعات محلی و در نهایت جامعه سهم می‌داند (کیز، ۲۰۰۴).

با توجه به اینکه مفهوم سلامت اجتماعی یک مفهوم انتزاعی است، برای سنجش آن باید شاخصهایی به کار گرفته شود؛ مانند شاخص آسایش و رفاه اجتماعی و رمونت^۱، کانکتیکت^۲، فوردهام^۳، ادمونتون^۴، آلبرتا^۵ و ...

ابزارهای زیادی برای سنجش سلامت اجتماعی وجود دارد، اما برخی از آنها مختص جمعیتها یا زمینه‌های خاصی هستند. به طور مثال تنهایی، انزوای اجتماعی و روابط اجتماعی ابعاد مختلف سلامت اجتماعی هستند که پیامدهای متفاوتی برای سلامتی دارند. یک چارچوب جدید برای طبقه‌بندی و مقایسه ابزارهایی که این جنبه‌ها را اندازه‌گیری می‌کنند، توسط والتورتا^۶ و همکاران ارائه شد. در واقع والتورتا و همکاران (۲۰۱۶) چارچوب جدیدی را برای طبقه‌بندی و مقایسه ابزارهایی که تنهایی، انزوای اجتماعی، حمایت اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی یا سرمایه اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کنند، پیشنهاد کرده‌اند. اینها جنبه‌های مختلفی

1. Vermont Quality of Life Index
4. Edmonton Index

2. Connecticut Index
5. Alberta Index

3. Fordham Index
6. Valtorta

از روابط اجتماعی هستند که می‌توانند بر سلامت و رفاه تأثیر بگذارند. این چارچوب بر اساس بررسی ۵۹ ابزار بود که در مطالعات اپیدمیولوژیک مورداستفاده قرار گرفتند. این چارچوب با هدف کمک به محققان و متخصصان در انتخاب مناسب‌ترین ابزار برای اهداف خود و مقایسه نتایج در بین مطالعات انجام شد (والتورتا، ۲۰۱۶). اما برای استفاده از ابزار و پرسشنامه باید فرهنگ و محیط اجتماعی یک جامعه را در نظر گرفت، زیرا ممکن است بر نحوه درک و پاسخ افراد به سؤالات تأثیر بگذارد. به‌عنوان مثال، برخی از فرهنگها ممکن است هنجارها و انتظارات متفاوتی در مورد روابط اجتماعی داشته باشند، مانند میزان صمیمیت، فراوانی تماس یا ابراز احساسات. همچنین برخی از جوامع ممکن است سطوح مختلفی از انسجام اجتماعی، اعتماد یا تنوع را داشته باشند که امکان دارد، بر احساس افراد در مورد ارتباطات اجتماعی خود تأثیر بگذارد.

به‌طور مثال رفیعی و همکاران، پرسشنامه سلامت اجتماعی ایرانیان (IrSHQ) را در سال ۲۰۱۷ تنظیم و اعتبارسنجی کردند؛ یک پرسشنامه ۲۹ سؤالی است و در هفت خرده‌مقیاس تعامل اجتماعی، مسئولیت اجتماعی، وظیفه‌شناسی، نگرش به جامعه، همدلی، روابط خانوادگی و مشارکت اجتماعی تنظیم شده است. پرسشنامه در یک نمونه معرف ۵۰۰ نفری در شهر تهران آزمایش شد و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار بود. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که IrSHQ با توجه به حجم و تنوع شرکت‌کنندگان، اعتبار نتایج، انطباق با فرهنگ ایرانی و کوتاه‌بودن نسبی آن ابزار مفیدی برای سنجش سلامت اجتماعی افراد در بافت اجتماعی ایران است (رفیعی، ۲۰۱۷).

همچنین زمان‌خانی و همکاران، در سال ۲۰۱۶ مطالعه‌ای مربوط به تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استانهای کشور جمهوری اسلامی ایران انجام دادند. در این مطالعه، نویسندگان با استفاده از ۳۹ شاخص سلامت اجتماعی، وضعیت سلامت اجتماعی استانها را محاسبه و رتبه‌بندی کرده‌اند که این شاخصها در هفت دسته قرار گرفتند؛ شاخصهای

اجتماعی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، محیط‌زیست و بهداشت و درمان. بر اساس نتایج، استان یزد بالاترین رتبه و استان سیستان و بلوچستان آخرین رتبه سلامت اجتماعی را در کشور دارند. این مطالعه با ترسیم نمای جغرافیایی سلامت اجتماعی استانها، ابزار مهمی برای سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد به دست می‌دهد (زمان‌خانی، ۲۰۱۶).

می‌توان گفت، پرسشنامه‌ها به‌عنوان ابزارهای مهم در پژوهشهای سلامت‌محور مورد استفاده قرار می‌گیرند. ساخت و رواسازی فرمهای کوتاه از این پرسشنامه‌ها، به تشخیص سریع و دقیق سلامت اجتماعی کمک می‌کند و معمولاً پاسخگویان یک پرسشنامه کوتاه را بر یک پرسشنامه طولانی ترجیح می‌دهند، زیرا خطر خستگی، بی‌حوصلگی و ترک پاسخ‌دهنده را کاهش می‌دهد و کیفیت و قابلیت اطمینان داده‌ها را بهبود می‌بخشد. همچنین انتخاب ابزار و پرسشنامه‌ای که از نظر فرهنگی مناسب و حساس به بافت جامعه باشد، حائز اهمیت است و با توجه به اهمیت سلامت اجتماعی از نظر وضعیت کلی سلامت فردی، این مطالعه روی رویکرد فردی به سلامت اجتماعی متمرکز شده است تا یک پرسشنامه سلامت اجتماعی را برای بافت اجتماعی کشور ایجاد کند. این ابزار جدید می‌تواند درک ما را از جنبه‌های اجتماعی سلامت افزایش دهد و راه را برای گسترش مفهوم سلامت اجتماعی و همچنین ترویج مداخلات مؤثر مرتبط با سلامت اجتماعی هموار کند. در نهایت با ایجاد فرمهای کوتاه پرسشنامه سلامت اجتماعی مرتبط با فرهنگ جامعه، می‌توان وضعیت سلامت اجتماعی جامعه را ارزیابی کرد و به مسئولان حوزه سلامت و تصمیم‌گیران در این زمینه کمک کرد.

روش

این پژوهش از نوع تحلیل ثانویه است که داده‌های آن بخشی از طرح «رصد ملی آسیبهای اجتماعی و تعیین‌کننده‌های آن در ایران» است که در سال ۱۳۹۸ توسط سازمان بهزیستی

کشور حمایت شده است. این مطالعه مثل غالب مطالعات رواسازی^۱ از نوع همبستگی است. برای تعیین روایی ابزار از تحلیل عاملی اکتشافی و برای تعیین پایایی آن از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. این تحقیق در ۳۱ استان کشور انجام شده است و از هر استان علاوه بر شهر مرکز استان، یک شهرستان کم‌آسیب و یک شهرستان پرآسیب (بر اساس آمارهای موجود استانی و نظرات کارشناسان حوزه آسیبهای اجتماعی) به صورت تصادفی انتخاب شدند. بنابراین از هر استان سه شهر و در مجموع ۳۱ استان و ۹۳ شهرستان انتخاب شدند. حجم نمونه تحقیق با توجه به شیوع کمترین درصد آسیب اجتماعی و با هدف توصیف شیوع انواع آسیبهای موردسنجش در مطالعه در سطح استانی و فاصله اطمینان ۹۵ درصدی، حدود ۶۰ هزار نفر بوده است. روش نمونه‌گیری در هر شهرستان به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. بدین صورت که بر اساس طبقه‌بندیهای اقتصادی و اجتماعی موجود، مناطق مختلف شهر به چند دسته تقسیم شد و سپس از هر دسته به تصادف دو منطقه انتخاب شد و در درون هر منطقه نیز به تصادف محلات مختلف با تنوع اقتصادی و اجتماعی انتخاب شد. در سطح منطقه، با لحاظ قرارداد معیار سکونت در همان منطقه، حجم نمونه لازم بر اساس نسبت جنسی و سنی مربوط به همان شهر و به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌های تحقیق تکمیل شدند. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌ها توسط خود فرد منتخب تکمیل شد و پرسشگر با رعایت تمامی جوانب اخلاقی در محل و در کنار وی حضور داشت تا در صورت نیاز به سؤالی احتمالی پاسخ دهند. علاوه بر این سعی شد بازه‌های مختلف زمانی و حداکثر تنوع مکانی برای انتخاب پاسخگویان انتخاب شود. همچنین داده‌ها به صورت دستی بررسی شد و اعدادی که به هر دلیلی اشتباه بودند اصلاح شد. در مواردی که امکان اصلاح نبود و داده‌های گمشده (مفقود) زیادی وجود داشت، فرد از مطالعه خارج می‌شد. در واقع مطالعه اولیه مقطعی بود و مطالعه فعلی از نوع تحلیل ثانویه است.

1. validation study

در ابتدا مخزن گویه‌ها قبل از اجرای طرح تهیه شد. با روش بررسی متون و از بین ابزارهای موجود، مخزنی از گویه‌ها طراحی شد. سؤالهای مخزن گویه‌ها مربوط به پرسشنامه‌هایی بوده است که توسط تیم تحقیق از قبل ساخته شده بودند و برای کشور ایران مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته‌اند. به این شکل مخزن گویه‌های «پرسشنامه سلامت اجتماعی» طراحی شد. این مخزن در اختیار ده صاحب‌نظر مرتبط با موضوع سلامت اجتماعی قرار داده شد تا درباره روایی محتوای هر گویه نظر خود را با عددی از صفر (کاملاً نامناسب) تا ۱۰ (کاملاً مناسب) بیان کنند.

گویه‌هایی که میانگین ارزیابی مثبت صاحب‌نظران درباره آنها مناسب بود، انتخاب شدند. سپس این گویه‌ها همراه با واری‌نامه (چک‌لیست) متغیرهای جمعیت‌شناختی اجرا شد. بر اساس گویه‌های بازمانده در تحلیل عاملی، آلفای کرونباخ نیز محاسبه و شکل نهایی پرسشنامه که شامل ۱۶ گویه اصلی بود، حاصل شد. در این تحقیق برای رواسازی ابزار از تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) با نرم‌افزار SPSS استفاده شده است.

یافته‌ها

نمونه این تحقیق را ۶۰۸۵۳ نفر از افراد ۱۵ تا ۶۰ سال کشور در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این تعداد ۴۸.۴ درصد (۲۹۴۷۰ نفر) را زنان و ۵۰.۱ درصد (۳۰۵۱۶ نفر) را مردان تشکیل دادند. ۲۲.۳ درصد (۱۳۵۴۰ نفر) دارای تحصیلات کمتر از دیپلم، ۲۸.۳ درصد دیپلم (۱۷۲۳۸ نفر) و بقیه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

به منظور بررسی و شناسایی تعداد عامل مکنون با توجه به سؤالات موجود در پرسشنامه سلامت اجتماعی محقق ساخته، از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. به منظور بررسی تناسب داده‌ها برای تحلیل عاملی از آزمون کرویت بارتلت و مقیاس کایزر-میر-اولکین استفاده شد. نتیجه آزمون کرویت بارتلت و مقدار مقیاس کایزر-میر-اولکین ($KMO=0.876$)

مناسب بودن داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی را نشان داد.

مقدار ویژه^۱ که سهم نسبی هر عامل از کل واریانس متغیرهای تحقیق را نشان می‌دهد، باید بالاتر از مقدار یک باشد تا هدف از تحلیل عاملی که تقلیل داده‌ها^۲ است، تأمین شود. آزمون سنگریزه‌ای^۳ نیز روش نموداری برای انتخاب تعداد مناسب عاملهاست، ولی این روش نیز بر ویژگی مبتنی است (نمودار ۱). با این معیار، ۴ عامل به دست آمد که در مجموع ۶۹.۳۸ درصد از پراکنش داده‌ها را تبیین کردند (نمودار ۱).

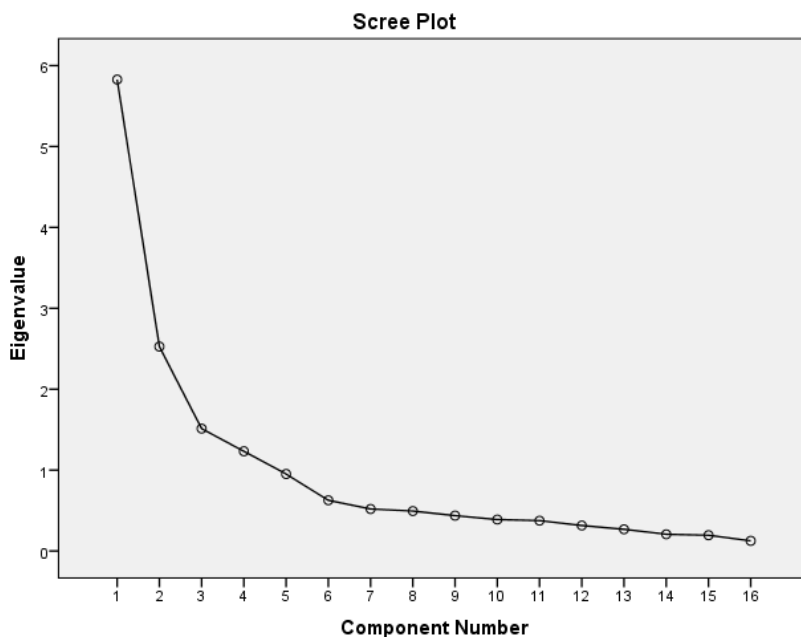
مطابق جدول شماره ۲ با توجه به ستون درصد تجمعی واریانس تبیین شده می‌توان درصد تبیینی هر یک از عوامل را مشاهده کرد و اینکه هر عامل به چه میزانی واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کند. در نهایت ۴ عامل روی هم توانسته‌اند ۶۹.۳۸ درصد واریانس کل را تبیین کنند. این ۴ عامل عبارتند از: مسئولیت‌پذیری اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت سیاسی و حمایت سازمانی.

با توجه به جدول ۳ که همبستگی بین گویه‌ها و عوامل را نشان می‌دهد و با توجه به ماتریس مؤلفه‌ای چرخش یافته گویه‌ها می‌توان مشخص کرد که هر سؤال پس از چرخش روی کدام عامل بار شده است و جایگاه هر سؤال در عامل مرتبط با رجوع به بار عاملی مشخص می‌شود. لازم به ذکر است که این ابزار نقطه برش ندارد و تعیین درجه سلامت اجتماعی افراد با سطح بندی نمرات برحسب اختلاف از میانگین امکان دارد.

به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه سلامت اجتماعی محقق ساخته، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ هر عامل و همچنین کل پرسشنامه سلامت اجتماعی در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به ضرایب به دست آمده مشخص شد که پرسشنامه مذکور از لحاظ مؤلفه‌ها و همچنین کل پرسشنامه دارای همسانی درونی بالایی است

113 eigen value
214 data reduction
315 scree plot

نمودار ۱: نمودار سنگریزه‌ای حاصل از تحلیل مؤلفه‌های اصلی



جدول ۲. ماتریس ساختار عوامل و ضرایب حاصل از تحلیل عاملی

تحلیل عاملی اکتشافی				عوامل
درصد تجمعی واریانس تبیین شده	درصد واریانس تبیین شده	ویژند (مقدار ویژه)	تعداد سؤالات	
۲۰.۳۵	۲۰.۳۵	۳.۲۶	۵	مسئولیت‌پذیری اجتماعی
۳۹.۲۹	۱۸.۹۴	۳.۰۳	۵	اعتماد اجتماعی
۵۵.۷۲	۱۶.۴۳	۲.۶۳	۳	مشارکت سیاسی
۶۹.۳۸	۱۳.۶۶	۲.۱۹	۳	حمایت سازمانی

جدول ۳. ماتریس نحوه پوشش سؤاها توسط عاملها

مسئولیت پذیری اجتماعی		اعتماد اجتماعی		مشارکت سیاسی		حمایت سازمانی	
گویهها	بارعاملی	گویهها	بارعاملی	گویهها	بارعاملی	گویهها	بارعاملی
۱	۰.۷۹	۲	۰.۶۳	۳	۰.۹۰	۴	۰.۸۲
۵	۰.۸۲	۸	۰.۷۹	۹	۰.۸۷	۶	۰.۸۰
۷	۰.۷۴	۱۰	۰.۸۰	۱۲	۰.۸۸	۱۱	۰.۷۵
۱۳	۰.۷۶	۱۵	۰.۵۴				
۱۴	۰.۵۶	۱۶	۰.۸۲				

جدول ۴: نتایج همسانی درونی خرده مقیاسها و مقیاس کلی بر اساس ضریب آلفا کرونباخ

مؤلفه	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
مسئولیت پذیری اجتماعی	۵	۰.۸۳
اعتماد اجتماعی	۵	۰.۸۳
مشارکت سیاسی	۳	۰.۹۴
حمایت سازمانی	۳	۰.۷۸
کل سؤالات	۱۶	۰.۸۸

در این بخش، برخی سؤاها در مورد سلامت اجتماعی شما پرسیده‌ایم. لطفاً با دقت پاسخ دهید.					
کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم	گویه‌ها
					در حفظ محیط‌زیست در خارج از خانه‌ام کوشا هستم.
					به همسایگان و اهالی محل اعتماد دارم.
					معمولاً در انتخابات مجلس شرکت می‌کنم.
					در زمان مشکل مالی، سازمانی هست که به من کمک کند.
					به قوانین جامعه مانند قوانین راهنمایی و رانندگی احترام می‌گذارم.
					جامعه امکان رشد و پیشرفت را برایم فراهم می‌کند.
					وظایف شغلی‌ام را به‌خوبی انجام می‌دهم.
					به مجلس شورای اسلامی اعتماد دارم.
					معمولاً در انتخابات شوراهای شهر و روستا شرکت می‌کنم.
					به دولت اعتماد دارم.
					جامعه شرایطی را فراهم می‌کند که من سالم باشم و بیمار نشوم.
					معمولاً در انتخابات ریاست جمهوری شرکت می‌کنم.
					به سنتها و رسوم اجتماعی احترام می‌گذارم.
					در محیط زندگی به حقوق مردم توجه دارم.
					به خویشان و اقوام (فامیل) اعتماد دارم.
					به شهرداریها و شوراها اعتماد دارم.

بحث

این مطالعه با هدف ساخت و رواسازی پرسشنامه سلامت اجتماعی صورت گرفته است. با توجه به نتایج به دست آمده مشخص شد که پرسشنامه سلامت اجتماعی محقق ساخته از روایی قابل قبولی برخوردار است. در ادامه بعد از چند مرحله تحلیل عاملی، با توجه به بارهای عاملی هر گویه و همچنین منطقی بودن حضور هر گویه در عامل مشخص، تعدادی از گویه‌ها حذف و نهایتاً ۱۶ سؤال پرسشنامه باقی ماند که مشتمل بر چهار عامل بود از جمله: مسئولیت پذیری اجتماعی، حمایت سازمانی، مشارکت اجتماعی و اعتماد اجتماعی. به منظور بررسی همسانی درونی پرسشنامه سلامت اجتماعی محقق ساخته، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. با توجه به ضرایب به دست آمده مشخص شد که پرسشنامه مذکور از لحاظ مؤلفه‌ها و همچنین کل پرسشنامه دارای همسانی درونی قابل قبولی است.

هرچند که اندازه بهینه یک پرسشنامه به زمینه و هدف مطالعه بستگی دارد، اما برخی مطالعات نشان می‌دهند که اگر پاسخ به پرسشنامه، زمان کمی را به خود اختصاص دهد، نتیجه بهتری دریافت می‌شود. در این پژوهش نیز، همان‌طور که ذکر شد، از پرسشنامه کوتاه ۱۶ سؤالی استفاده شده و در عین حال سعی شده، جامعیت و کیفیت سؤالات حفظ شود.

در حال حاضر؛ یکی از مشکلاتی که در مطالعات حوزه سلامت اجتماعی وجود دارد، نبود ابزارهای سنجش مناسب و مرتبط با فرهنگ آن منطقه است. از طرفی، توجه به زمینه و بستر فرهنگی هر حوزه جغرافیایی، برای جمع‌آوری اطلاعات دقیق و مفید بسیار اهمیت دارد؛ از این رو بایستی در به‌کارگیری ابزارهای سایر کشورها، احتیاطی به مراتب بیشتر در مقایسه با ابزارهای بومی به خرج داد.

در این پژوهش سعی شده؛ پرسشنامه‌ای، کاملاً سازگار با فرهنگ بومی کشور و بر اساس ویژگیهای اجتماعی و فرهنگی آن، ساخته شود. طراحی یک پرسشنامه به طور خاص

برای فرهنگ یک کشور از این جهت مفید است که این اطمینان حاصل می‌شود که دارای سؤالاتی مرتبط و معنادار برای جمعیت مورد مطالعه است. این امر می‌تواند کیفیت داده‌های جمع‌آوری شده را بهبود بخشد و اعتبار نتایج مطالعه را افزایش دهد. همان‌طور که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد ابزار ساخته شده برای سنجش سلامت اجتماعی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و این ابزار می‌تواند به‌عنوان جایگزینی برای ابزارهای موجود مثل مدل پنج بعدی سلامت اجتماعی کیز باشد که صرفاً ترجمه و رواسازی شده و بستر فرهنگ را نادیده گرفته است، به کار گرفته شود.

همچنین در مقایسه با مدل‌های داخلی مثل پرسشنامه ۲۹ سؤالی رفیعی، این پرسشنامه از سؤالات کمتری برخوردار است و خطر خستگی، بی‌حوصلگی و ترک پاسخ‌دهنده را کاهش می‌دهد. همچنین در این پرسشنامه سعی شده است مشخصاً شاخصهای سلامت اجتماعی در بعد فردی سنجیده شود در صورتی‌که در بعضی از مطالعات تعریف سلامت اجتماعی و شاخصهای آن ابهام دارد و مرز مشخصی با سایر ابعاد سلامت ندارد، مثلاً در مطالعه عباچی‌زاده برای اندازه‌گیری شاخصهای سلامت اجتماعی از عنوان سلامت مثبت استفاده شده است (عباچی‌زاده، ۲۰۱۸).

نتیجه‌گیری

این پرسشنامه کوتاه، سلامت اجتماعی را در سطح فردی اندازه‌گیری می‌کند و برای سنجش شاخصهای سلامت جامعه در سطح کلان لازم است، ابزارهای دیگری ارائه شوند یا از شاخصهای موجود استفاده شود. با توجه به اینکه این پرسشنامه فرم کوتاهی از سلامت اجتماعی در سطح فردی است، ممکن است ابعاد و مؤلفه‌های دیگری را نیز بتوان بر اساس مبانی نظری برای آن در نظر گرفت و در مطالعات آتی موردسنجش و ابزارسازی قرار داد. این نکته به این مهم اشاره دارد که مسیر پژوهش و تولید ابزارهای سنجش و شواهد علمی

در این راستا همچنان باز و نیازمند توجه بیشتری است. در عین حال؛ با توجه به اینکه این پژوهش در افراد بالای ۱۵ سال انجام گرفته است، در مورد تعمیم نتایج آن باید احتیاط کرد. علاوه بر این استفاده از این ابزار در جمعیت‌های خاص با احتیاط باید صورت بگیرد. همچنین همان‌طور که ذکر شد در این پژوهش از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است و به نظر می‌رسد در تکمیل این رویکرد، بهتر است پژوهشگران در پژوهش‌های آتی با استفاده از این پژوهش و سایر پژوهش‌ها و تئوریا، یک مدل از پیش تعیین شده را آماده و سپس با استفاده از شاخصهای برازش، میزان همخوانی مدل با داده‌های جمع‌آوری شده را بسنجند، در واقع از روش تحلیل عاملی تأییدی برای اطمینان از چارچوب مناسب و قابل اعتماد برای سنجش و بهبود کارآمدی ابزار سنجش استفاده کند.

در این پژوهش سعی شده است که با استفاده از تمامی پژوهش‌های منتشر شده در دسترس و با هدف ساخت فرم کوتاهی از ابزارهای موجود، مخزنی از گویه‌ها تشکیل و مراحل ابزارسازی انجام شود. به نظر می‌رسد، با توجه به اهمیت مفهوم و تأثیر سلامت اجتماعی بر سطح رفاه فردی و اجتماعی افراد، به‌عنوان یکی از شاخصهای ارزشیابی خدمات و سیاستهای رفاه اجتماعی مورد اهتمام قرار گیرد و سبب اتخاذ رویکردهایی جامع‌نگرتر و عمیق‌تر از سوی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران عرصه رفاه و سلامت شود.

از حیث محدودیتهای پژوهش، بایستی گفت که اگرچه نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شده است، اما همچنان ممکن است نمونه‌ها نمایانگر جامعه آماری نباشند. این مسئله به‌عنوان «سوگیری نمونه» شناخته می‌شود. از گویه‌هایی که از مطالعات قبلی انتخاب شده‌اند، استفاده شده است؛ اما همچنان ممکن است گویه‌ها نمایانگر تمام جنبه‌های مورد مطالعه نباشند.

ملاحظات اخلاقی

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش تمام بخشهای تحقیق مشارکت داشتند.

منابع مالی

برای تهیه این مقاله هیچگونه حمایت مالی مستقیم از هیچ نهاد یا سازمانی دریافت نشده است.

تضاد منافع

این مقاله با سایر آثار منتشرشده نویسندگان همپوشانی ندارد.

پیروی از اخلاق تحقیق

در این مقاله همه حقوق مربوط به اخلاق تحقیق رعایت شده است.

- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38, 181–192. <https://doi.org/10.1007/BF00300458>
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011–1029. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
- Wallace, S. P., Young, M. E., Rodríguez, M. A., & Brindis, C. D. (2019). A social determinants framework identifying state-level immigrant policies and their influence on health. *SSM - Population Health*, 7, 100316. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.10.016>
- Jafarzadeh Dashbolagh, D., & Nasrollahzadeh, M. (2021). Assessing social health in Iran and the world and presenting a multi-layered strategic model for achieving social health with emphasis on effective foundations and infrastructures. *Journal of Iranian Social Development Studies*, 13(51), 33–52. (in Persian).
- Greenwood, M. L., & de Leeuw, S. N. (2012). Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada. *Paediatrics & Child Health*, 17(7), 381–384. <https://doi.org/10.1007/BF00300458>
- Sundquist, K., & Yang, M. (2007). Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden. *Health & Place*, 13(2), 324–334. <https://doi.org/10.1016/j.health-place.2006.02.002>
- Keys, C. M., & Shapiro, A. (2004). Social wellbeing in the USA: Descriptive epidemiology. In B. Orville, D. Carol, A. Ryff, & C. Ronald (Eds.), *Healthing Are You*. <https://awspntest.apa.org/record/2004-00121-012>
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness, social isolation and social relationships: What are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open*, 6(4), e010799. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>
- Rafiey, H., Rarani, M. A., Alipour, F., & Morasae, E. K. (2017). Development and validation of the Iranian social health questionnaire (Ir-SHQ). *Journal of Health and Social Sciences*, 2(1), 19–30. (in Persian).

- Zaman Khani, F., Abachizadeh, K., Omidnia, S., Abdi, A., & Heidar-nia, M. A. (2016). Analysis of the social health status in the provinces of the Islamic Republic of Iran. *Journal of Social Health*, 3(3), 181–189. (in Persian).
- Abachizadeh, K., Omidnia, S., Hajebi, A., Shekarriz-Foumani, R., & Mohseny, M. (2018). Measuring positive health of Iranians: Findings from Iran social health survey (ISHS). *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 63. (in Persian).