

## ارائه مدلی جهت سنجش مؤلفه‌های تأثیرگذار بر ارتقای سلامت اجتماعی

هوشنگ گراوند\*

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۱۷

DOI: 10.30495/jisds.2022.66847.11715

### چکیده

مسئله‌های برنامه‌های ارتقای سلامت در جامعه، بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه مورد نظر به راهکارهای غیرکارآمد منجر می‌گردد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف ارائه مدلی جهت سنجش مؤلفه‌های تأثیرگذار بر ارتقای سلامت اجتماعی انجام شد. این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش، توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری، افراد بالای بیست سال ساکن استان لرستان برابر ۱۰۷۲۱۸۶ نفر است که با فرمول کوکران معادل ۳۹۵ نمونه و با نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته، بر اساس ادبیات و پیشینه پژوهش و دیدگاه خبرگان و متخصصین حوزه آموزش و پژوهش بوده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی به کمک نرم‌افزار SPSS و PLS استفاده شده است. نتایج حاصل از تحلیل عاملی با روش چرخش واریماکس منجر به استخراج شش عامل قوی با محتوای مسائل اعتقادی، اقتصادی-اجتماعی، سیاسی، فرهنگی-رفاهی، جمعیتی و جغرافیایی-ارتباطی شد که این شش عامل ۶۱/۴۳ درصد واریانس کل را در بر می‌گیرد. در گام بعدی به منظور تبیین مدل مفهومی، تحلیل عاملی تأییدی روی داده‌ها انجام شد. نتایج نشان داد عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت اجتماعی شامل شش سازه مکنون و زیربنایی می‌باشد. به منظور رتبه‌بندی عوامل مؤثر از آزمون فریدمن استفاده شد که عوامل اعتقادی، اقتصادی-اجتماعی، رفاهی-فرهنگی، سیاسی، جغرافیایی ارتباطی و جمعیتی به ترتیب بر ارتقای سلامت اجتماعی مؤثر می‌باشند. باتوجه به نتایج پیشنهاد می‌شود جهت ارتقا سلامت اجتماعی در افراد بزرگسال می‌بایستی به عوامل اعتقادی، اقتصادی-اجتماعی و رفاهی-فرهنگی توجه نمود.

**واژگان کلیدی:** سلامت اجتماعی، شناسایی عوامل مؤثر، تحلیل عاملی اکتشافی، تحلیل عاملی تأییدی.

۱ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران (نویسنده مسئول)

(Email: garavand.h@lu.ac.ir)

## مقدمه و بیان مسأله

در عصر فن آوری، در دهکده جهانی و دوران پُست مدرنیسم شاهد دور افتادن قافله تمدن بشری از ارزش‌های حقیقی هستیم. لذا در بطن این حادثه‌ی ناگوار، سلامت اجتماعی و روانی نیز بیش از پیش در معرض خطر قرار دارد. در راه تبیین مشکلات و یافتن راه‌حلی برای آن‌ها گویا تنها به نسخه‌های ترجمه‌ای و رهیافت‌های بریده از وحی نمی‌توان بسنده کرد. بی‌گمان امروزه دست‌نیاز بشریت فراتر و فریاد احتیاج و نیازمندی‌اش به تعالیم حیات‌بخش الهی بلندتر از هر زمان دیگری است؛ زیرا به هر راهی که پا نهاده، سر از بیراهه‌ها درآورده و جز گرفتار شدن و غوطه‌ور گشتن در ورطه تباهی و انحراف، سرانجامی نداشته است. بدین‌رو موضوع سلامت اجتماعی و بهداشت روانی، یکی از مهمترین مسائل انسان معاصر است. گمشده‌ی انسان متمدن قرن فرآوری‌های مدرن، شادکامی و رضایت‌مندی از داشته‌های زندگی است (کوثری، ۱۳۸۳). بنابراین موضوع سلامتی افراد جامعه یک مسأله حیاتی است که امروزه موجب چالش‌های زیادی شده است (کادیسون و دیگران، ۲۰۰۴؛ اسنایدر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

ارتقاء سلامت روانی و رشد فردی مثبت افراد جامعه اهمیت زیادی دارد، اما محققان و دست‌اندرکاران بیشتر توجه خود را معطوف به ماهیت آسیب‌های روانی در بین دانشجویان، درمان بیماری‌های روانی و همچنین پرداختن به رویکردهایی جهت جلوگیری از حوادث غم‌انگیز ناشی از بیماری‌های روانی مانند خودکشی، اعتیاد، الکلیسم و ... کرده‌اند (امبلر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). در حالیکه با گسترش و توسعه نظام‌های رفاهی و بهداشتی - درمانی و رفع نیازهای اولیه که در بستر توسعه و رشد اقتصادی روی داده است به نظر می‌رسد که رویکردها به سلامت نیز از جنبه‌های جسمانی به سمت جنبه‌های اجتماعی که بر رابطه بین افراد جامعه و عملکرد آنها در شبکه اجتماعی تاکید دارد معطوف شده و بعد اجتماعی سلامت به عنوان یکی از محورهای اصلی بحث‌های سلامت مطرح شده است. اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تاکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی سبب شده است که امروزه سلامت اجتماعی به عنوان دغدغه مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان امور توسعه در هر جامعه به شمار آید؛ زیرا سلامت اجتماعی افراد از یک سو معلول عوامل متعدد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و ... است و یکی از شاخص‌های توسعه جوامع به شمار می‌رود و از سوی دیگر خود می‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند. سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی انسان نقش مهمی در تعادل زندگی اجتماعی هر انسانی دارد و پوشش فراگیر آن در جامعه می‌تواند موجبات توسعه اجتماعی را فراهم کند (وزارت بهداشت، ۱۳۸۵: ۱۲). این امر بویژه درباره جامعه ما به عنوان یک جامعه در حال توسعه و گذار عینیت زیادی می‌یابد، به طوری که از یک سو جامعه ما یک جامعه دارای جمعیت جوان بوده و این جمعیت جوان به عنوان اصلی‌ترین سرمایه برای توسعه نیازمند توجه به سلامتی و بویژه سلامت اجتماعی و نحوه تعاملات در شبکه‌های اجتماعی است، از سوی دیگر جوانی که از سلامت اجتماعی کافی و مطلوب برخوردار نباشد، نمی‌تواند با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آمده و خود را با هنجارهای اجتماعی تطبیق دهد. بنابراین از آنجایی که سلامت اجتماعی مفهومی است که در بستر اجتماع و روابط بین افراد در شبکه‌های اجتماعی نمود و ظهور پیدا می‌کند و بر اساس مطالعاتی که در سطور پیش‌تر بیان شد می‌توان نتیجه گرفت که، عوامل اعتقادی، اجتماعی، اقتصادی، رفاهی، جمعیتی، جغرافیایی، فرهنگی و سیاسی جامعه در شکل‌گیری آن می‌توانند نقش اساسی ایفا کنند. گرچه مطالعه سلامت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن برای همه جوامع خصوصاً ایران از اهمیت تعیین‌کننده‌ای برخوردار است، با این حال توجه به این مسئله در برخی محیط‌ها و موقعیت‌ها ضروری تر به نظر می‌رسد. استان لرستان از جمله محیط‌هایی است که دارای شرایط مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و آموزشی در سطح ضعیفی است و بر اساس طبقه‌بندی ضرایب توسعه یافتگی اجتماعی نیز در زمره استان‌های خیلی محروم کشور قرار گرفته است (اکبری، ۱۳۷۸). محرومیت‌های مختلف بالا از یک طرف و وجود مشکلات اجتماعی دیگر از قبیل فقر، بیکاری و ... از طرف

<sup>1</sup> Kadison & Digeronimo

<sup>2</sup> Snyder

<sup>3</sup> Ambler

دیگر باعث حساسیت سلامت اجتماعی این استان گردیده است. از آنجاییکه سلامت اجتماعی عامل مهمی برای توسعه استان است، در همین راستا شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی به دلیل اهمیت آن، یکی از نیازهای اساسی جامعه ایران به طور عام و استان لرستان به طور خاص است. از این رو محقق به دنبال آن است که دریابد چه عواملی بر ارتقای سلامت اجتماعی افراد بالای ۲۰ سال ساکن استان لرستان مؤثر می‌باشد؟

### پیشینه‌ی تحقیق

غفاری، مولایی و مومنی (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام انجام دادند. نتایج حاکی از این است که میانگین سلامت اجتماعی در استان ایلام اندکی بالاتر از مقدار متوسط می‌باشد. از بین متغیرهای زمینه‌ای «سن»، «وضع تأهل»، «جنسیت»، «تحصیلات» و «پایگاه اقتصادی - اجتماعی» با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری داشتند و تنها دو متغیر پایگاه و جنسیت رابطه‌ی معناداری با سلامت اجتماعی نداشتند. با در نظر گرفتن سهم اثرات مستقیم و غیر مستقیم در تحلیل مسیر، متغیرهای دینداری، شبکه‌ی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی بر سلامت اجتماعی به ترتیب، بیشترین رابطه و اثر در سلامت اجتماعی داشتند.

تاج الدین (۱۳۹۶) در پژوهشی به واکاوی تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی پرداخت. نتایج نشان داد که چهار متغیر حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی همگی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی (در جایگاه متغیر وابسته) رابطه دارند و متغیرهای مستقل برشمرده شده قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت اجتماعی نیز بوده‌اند. بر این مبنا بیشترین میزان پیش‌بینی‌کنندگی مربوط به متغیر حمایت اجتماعی و پس از آن به ترتیب مربوط به متغیرهای کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی بوده است.

تاج الدین (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان تهران انجام داد. نتایج نشان داد که چهار متغیر حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی همگی با متغیر وابسته سلامت اجتماعی رابطه دارند و متغیرهای مستقل برشمرده شده قادر به پیش‌بینی متغیر سلامت اجتماعی نیز بوده‌اند. بر این مبنا بیشترین میزان پیش‌بینی‌کنندگی مربوط به متغیر حمایت اجتماعی و پس از آن به ترتیب مربوط به متغیرهای کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی بوده است.

تبریزی و نوابخش (۱۳۹۵) پژوهشی تحت عنوان بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن انجام دادند. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که بین ابعاد متغیر سلامت اجتماعی و متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد.

صباغ، معینیان و صباغ (۱۳۹۰) پژوهشی با عنوان سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز انجام دادند. نتایج تحلیل رگرسیونی عوامل تبیین‌کننده سلامت اجتماعی نشان داد که از میان متغیرهای پیش‌بین، چهار متغیر اعتقادات دینی، احساس ناامیدی، اعتماد اجتماعی و گذران اوقات فراغت در مدل نهایی باقی ماندند که این متغیرها ۲۲ درصد واریانس متغیر ملاک را تبیین نمودند.

رفیعی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «تدوین شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی در ایران» که با روش دلفی انجام داد جامعه‌ی سالم را جامعه‌ی می‌داند که حداقل دارای ویژگی‌های زیر باشد: الف) ویژگی‌هایی که بیش‌ترین اجماع بر آنها وجود دارد، شامل: ۱) کسی که زیر خط فقر نباشد، ۲) خوشنود در جامعه وجود نداشته باشد، ۳) رشد جمعیت کنترل شده باشد، ب) ویژگی‌هایی که توافق کمتری بر سر آنها وجود دارد، شامل: ۴) تبعیض جنسیتی وجود نداشته باشد، ۵) قانون همه را در اجرا و حمایت برابر بداند، ۶) پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های مرتبط با حقوق انسان‌ها رعایت شود، ۷) آموزش تا پایان دوره راهنمایی

اجباری و رایگان، و سپس رایگان باشد، ۸) همگان به خدمات سلامت دسترسی داشته باشد، ۹) امنیت وجود داشته باشد، ۱۰) آزادی عقیده وجود داشته باشد، ۱۱) افراد احساس رضایت از زندگی خود داشته باشند. ج) ویژگی‌های جامعه سالم آرمانی، شامل: ۱۲) همه مردم تحت پوشش بیمه باشند ۱۳) توزیع و درآمدها عادلانه باشد (حق افراد داده شود و همه برای کسب درآمد فرصت مساوی داشته باشند)، ۱۴) بیکاری وجود نداشته باشد، ۱۵) تبعیض قومی و نژادی و منطقه‌ای وجود نداشته باشد، ۱۶) حکومت نزد مردم مشروعیت داشته باشد، و ۱۷) حاکمان به شیوه مردم سالارانه انتخاب شوند و ۱۸) سپس نیز تحت نظارت مردم سالارانه باشند. سپس با تحلیل عاملی اکتشافی، بیانگرهای زیر را برای سلامت اجتماعی ایران تدوین نمودند: ۱) کسی زیر خط فقر نباشد، ۲) خشونت در جامعه وجود نداشته باشد، ۳) رشد جمعیت کنترل شده باشد، ۴) آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان باشد، و سپس رایگان باشد، ۵) توزیع درآمدها عادلانه باشد، ۶) همه مردم تحت پوشش بیمه باشند و ۷) بیکاری وجود نداشته باشد (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۹).

حسینی (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان و عوامل مؤثر بر آن به این نتیجه دست یافت که میزان سلامت اجتماعی جامعه آماری در سطح متوسط بود. بین میزان مهارت‌های ارتباطی و میزان سلامت اجتماعی، میزان باورهای مذهبی و میزان سلامت اجتماعی و میزان پایگاه اقتصادی - اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. اما بین نحوه گذران اوقات فراغت و میزان سلامت اجتماعی رابطه‌ای مشاهده نشد.

کنگولو (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبایی به این نتیجه دست یافت که بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد با محل تحصیل آنها، میزان پنهان کردن سهمیه شاهد تفاوت معناداری وجود دارد. هم چنین بین میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و ازدواج مجدد مادرانشان، وضعیت تأهل و جنسیت آنان رابطه معناداری وجود ندارد.

تباردرزی (۱۳۸۶) در پژوهشی تحت عنوان بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به این نتیجه رسید که سلامت اجتماعی در بین دانشجویان با توجه به نمرات به دست آمده در حد متوسط بوده و سلامت اجتماعی دانشجویان کارشناسی ارشد بالاتر از کارشناسی، متأهل بیشتر از مجرد، شاغل بیشتر از غیر شاغل و پسر بیشتر از دختر بوده است. هم چنین سلامت اجتماعی با رشته تحصیلی، تحصیلات والدین، سن، وضعیت سکونت و مذهب ارتباط نداشته است (تباردرزی، ۱۳۸۶: ۹۷).

آباجی زاده و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان «اندازه‌گیری سلامت اجتماعی خود امتیاز از ایرانیان (یک بررسی مبتنی بر جمعیت سه شهرستان)» نشان داده‌اند میانگین نمره سلامت اجتماعی نمونه بررسی شده، برابر با ۱۰۵ بوده است و ۵۰٪ شرکت کنندگان، سلامت اجتماعی در سطح متوسط داشته‌اند. نمره سلامت اجتماعی در ارومیه بالاتر از تهران برآورد شده است. در این مقاله صرفاً سنجش شاخص‌های سلامت اجتماعی به اختصار، بیان و رابطه آن با متغیرهای زمینه‌ای مطالعه شده است (آباجی زاده و همکاران، ۲۰۱۴: ۷۹).

پاول<sup>۱</sup> (۲۰۱۲: ۲۰) در پژوهشی ارتباط بین عملکردهای ارتباطی، سلامت اجتماعی و معنوی بر کیفیت زندگی بیماران را بررسی کرده است. نتایج بدست آمده نشان داد همبستگی مثبت و قوی بین سلامت اجتماعی و معنوی، عملکردهای ارتباطی و کیفیت زندگی وجود دارد. سلامت معنوی به طور معناداری ۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرده است. فوجیسواوا و تاکاگوا<sup>۲</sup> (۲۰۰۹: ۵۰۳) در مطالعه‌ای در ژاپن نشان داده‌اند پس از تعدیل متغیر سرمایه اجتماعی فردی ادراک شده، دو متغیر به پیوست سرمایه اجتماعی جامعه (مهربانی و صمیمیت) رابطه معناداری با سلامت عمومی دارند.

<sup>۱</sup> Paul

<sup>۲</sup> Fujisawa & Takegawa

کیکوگنانی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) با ارزیابی ارتباط بین مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع در میان دانشجویان ایتالیایی، آمریکایی و ایرانی و تأثیر این دو متغیر بر سلامت اجتماعی نشان داده است مشارکت اجتماعی، درک از اجتماع و سلامت اجتماعی در میان دانشجویان آمریکایی در سطح بالایی قرار دارد و مشارکت اجتماعی تنها در میان دانشجویان ایتالیایی به طور مثبتی سلامت اجتماعی را تبیین می‌کند. در این پژوهش تنها به یک بعد از سرمایه اجتماعی اشاره شده است. بلانکو و دیزا<sup>۲</sup> (۲۰۰۷: ۷۱-۶۱) در بررسی نظم اجتماعی و سلامت روانی با رویکردی به سلامت اجتماعی نشان داده است بین ابعاد سلامت اجتماعی، شاخص نظم اجتماعی، با جنبه‌های دیگری از سلامت مانند میزان افسردگی، عزت نفس، سلامت درک‌شده، محرومیت، میزان آنومی و کنش‌های متقابل اجتماعی، احساسات مثبت و منفی و رضایت رابطه وجود دارد. در این پژوهش، رابطه نظم اجتماعی به نوعی در ارتباط با سلامت روانی سنجیده شده و حتی تقلیل یافته است.

## چهارچوب نظری

### نظریه‌های مربوط به سلامت اجتماعی

**رویکرد سیستمی:** این رویکرد به انسان و رفتارهای او به عنوان یک سیستم نگاه می‌کند که خود جنبه‌های بسیار متنوع زیستی، روانی و اجتماعی دارد. در رویکرد سیستمی، مطالعه یک پدیده در ارتباط با پدیده‌های دیگر در نظر گرفته می‌شود که در اطراف و محیط آن وجود دارد و بر آن تأثیر می‌گذارد و از آن متأثر می‌شود (کافی، بوله‌دی، بیرونی، ۱۳۷۳: ۱۴، به نقل از حسینی، ۱۳۸۷: ۴۰).

**رویکرد اکولوژیکی:** در اکولوژی انسانی، وابستگی و تأثیر متقابل محیط و انسان مورد مطالعه قرار می‌گیرد. محیط شامل، محیط داخلی و خارجی است که هرگونه تغییر در آن می‌تواند بر تعادل فرد تأثیر بگذارد و بدین ترتیب سلامت اجتماعی- روانی یا بیماری اجتماعی- روانی می‌تواند متأثر از محیط داخلی و خارجی باشد (شولتس و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۰۲).

**دیدگاه سلامت اجتماعی کبیز:** از نظر کبیز کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد. سلامت اجتماعی فردی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه یا همان جامعه‌پذیری وی اشاره دارد. سلامت اجتماعی بر ابعادی از سلامت تاکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر یا جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند مربوط می‌شود (کی‌یس، ۱۹۹۸: ۱۰).

همان‌طور که گفته شد درباره سلامت الگوهای متعددی وجود دارد که هرکدام بر اساس دیدگاه‌های خود آن را تبیین و تعریف کرده‌اند اما دیدگاه نوین در این باره، الگوی کلی‌نگر است که سلامتی را بر حسب کلیت شخص تعریف می‌کند. استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو رشته‌ای جدیدی را به میان آورده که با پذیرش یک روی‌آوری کلی و به کار بستن این راهبرد در روش‌شناسی پژوهشی، در پی پاسخگویی به معماهای حل نشده دیدگاه‌های تک‌بعدی درباره سلامت و بیماری است (آزاد فلاح، ۱۳۸۷). این الگو متعلق به کوری کی‌یس (۱۹۹۸) است. بر اساس این الگو سلامتی چیزی بیش از سلامتی جسمانی است و لذا الگوی کلی‌نگر به جنبه‌های هیجانی، عقلانی، معنوی، روانی و اجتماعی فرد و همچنین روابط بین این ابعاد اشاره می‌کند (هرمون و هزلر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). بنابراین سلامت دارای ابعاد مختلف، جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این ابعاد با وجود بهره‌مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند (ویسینگ و فوری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

<sup>۱</sup> Cicognani

<sup>۲</sup> Blanco & Dize

<sup>۳</sup> Hermon & Hazler

<sup>۴</sup> Wissing & Fouri

سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. برخی از چالش‌های اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفائی اجتماعی، و چسبندگی اجتماعی (کی‌یس، ۱۹۹۸، ۹).

**انسجام اجتماعی<sup>۱</sup>:** احساس بخشی از جامعه بودن، فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از سوی جامعه و سهم داشتن در آن. بنابراین، انسجام، آن درجه‌ای است که در آن مردم احساس می‌کنند که چیز مشترکی بین آنان و کسانی که واقعیت اجتماعی آنان را می‌سازند، وجود دارد (کی‌یس، ۲۰۰۲).

**پذیرش اجتماعی<sup>۲</sup>:** پذیرش اجتماعی عبارت است از داشتن گرایش‌های مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به طور کلی پذیرفتن افراد با وجود برخی رفتارهای سردرگم کننده و پیچیده آنان. پذیرش اجتماعی مصداق اجتماعی از پذیرش خود (یکی از ابعاد سلامت روان است) است (کی‌یس، ۲۰۰۲).

**مشارکت اجتماعی<sup>۳</sup>:** مشارکت اجتماعی، موازی با بعد هدف در زندگی (داشتن باورهایی که به زندگی هدف می‌دهد) و از مقیاس‌های سلامت روان است. مشارکت اجتماعی همچنین به مفهوم مسئولیت‌پذیری و کارآمدی شبیه است. خودکارآمدی، یعنی اینکه فرد می‌تواند رفتارهای معینی را انجام دهد و مقاصد خاصی را به اتمام رساند (باندورا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). مسئولیت اجتماعی، یعنی ایجاد تعهدات شخصی در ارتباط با اجتماع؛ بنابراین، از مجموع این دو مفهوم، مشارکت اجتماعی پدید می‌آید. مشارکت اجتماعی، یعنی اینکه آیا و به چه میزان فرد احساس می‌کند که آنچه در دنیا انجام می‌دهد، به وسیله اجتماع ارزشمند تلقی می‌شود و در رفاه عمومی مؤثر است (کی‌یس و شاپیرو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴).

**شکوفایی اجتماعی<sup>۶</sup>:** ارزیابی توان بالقوه و مسیر تکاملی اجتماعی و باور به اینکه اجتماع در حال تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان قابل شناسایی می‌باشد. افراد سالم، در مورد شرایط آینده جامعه، امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای مهم هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند. شکوفایی اجتماعی معادل مفهوم خودتعیین‌گری و رشد شخصی در سلامت روانی است (کی‌یس و شاپیرو، ۲۰۰۴).

**انطباق اجتماعی<sup>۷</sup>:** انطباق اجتماعی عبارت است از دانستن و علاقه مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن و اعتقاد به این که اجتماع قابل فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است. افراد سالم و اجتماعی در مقابل دسیسه‌های اجتماع مراقب هستند و احساس می‌کنند که می‌توانند آنچه که در اطرافشان رخ می‌دهد را بفهمند (کی‌یس، ۲۰۰۲). انطباق اجتماعی مفهوم «تسلط بر محیط» در مقیاس سلامت روان است. تسلط بر محیط، یعنی احساس صلاحیت و توانمندی برای مدیریت محیط پیچیده و انتخاب یا خلق زمینه‌های مناسب شخصی. انطباق اجتماعی متضاد پوچی و بی‌معنایی است (کی‌یس و شاپیرو، ۲۰۰۴).

امروزه سلامت چه از بعد روانی و چه از بعد جسمی، یک محصول اجتماعی است. تنظیم یک برنامه بهبود سلامت، بدون توجه به زمینه اجتماعی و فرهنگی جامع مورد نظر به راهکارهایی غیر کارآمد می‌انجامد. به نظر می‌رسد، سلامت اجتماعی را با سه تلقی می‌توان تعریف کرد:

۱- سلامت اجتماعی به مثابه «بعد اجتماعی سلامت فرد» که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت فرد به رابطه او با جامعه نظر دارد.

<sup>1</sup> social integration

<sup>2</sup> social acceptance

<sup>3</sup> social contribution

<sup>4</sup> Bandura

<sup>5</sup> Keyes & Shapiro

<sup>6</sup> social Actualization

<sup>7</sup> social Coherence

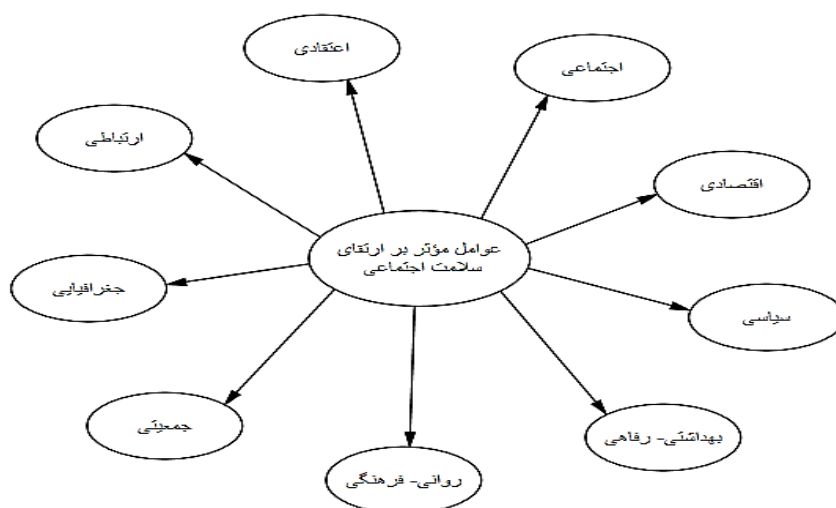
۲- جامعه سالم به مثابه «شرایط اجتماعی سلامت بخش».

۳- سلامت اجتماعی به مثابه «وضعیت اجتماعی بهتر، به طور کلی» که بسته به اوضاع فعلی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناهای عینی متفاوتی می‌یابد.

یک ویژگی اساسی در این تلقی، وابستگی آن به وضعیت فعلی هر جامعه است و از همین رو انتظار می‌رود تعریف جامعه سالم در جوامع گوناگون با یکدیگر تفاوت‌هایی داشته باشد.

### مدل نظری پژوهش

با توجه به مروری بر مبانی نظری متغیر مورد مطالعه، مشاهده می‌شود عوامل متعددی بر سلامت اجتماعی تأثیر دارد. یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین و مبانی نظری، نه متغیر به عنوان متغیرهای مستقل انتخاب شدند که مدل زیر نشان دهنده این عوامل و به عبارتی دیگر مدل مفهومی تحقیق است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

### روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی است، و روش تحقیق به کار گرفته شده در این پژوهش، روش توصیفی از نوع تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی افراد بالای ۲۰ سال استان لرستان در حدود ۱۰۷۲۱۸۶ نفر است. نمونه آماری این پژوهش بر اساس فرمول کوکران در حدود ۳۹۵ نفر به دست آمد که پرسشنامه به صورت تصادفی چند مرحله‌ای بین این تعداد افراد، توزیع شد. به این نحو که از میان شهرستان‌های استان لرستان سه شهرستان (خرم‌آباد، بروجرد، کوهدشت) به تصادف انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری در اختیار افراد قرار گرفت، پیش از توزیع پرسشنامه، ابتدا توضیحات لازم در خصوص هدف پژوهش جهت جلب همکاری به آنها داده شد و از آنها خواسته شد تا به تمامی سؤالات پرسشنامه‌ها به دقت پاسخ دهند اما با این حال بعضی از افراد سواد خواندن سؤالات را نداشته بنابراین تک تک سؤالات برای آنها خوانده شد. نحوه انتخاب واحدهای مسکونی در شهرها به این شکل بوده است که از پرسشگران خواسته شده است پس از ورود به خیابان و یا کوچه‌ای که آدرس آن قبلاً به صورت تصادفی مشخص شده و در اختیار آنان قرار گرفته، اولین ساختمانی که پلاک آن به صفر ختم می‌شود (نظیر پلاک ۲۰ و یا ۱۸۰) را به عنوان نقطه شروع تعیین کرده و در صورتی که چنین پلاکی در آن کوچه و یا خیابان وجود نداشت، اولین پلاکی که به عدد ۵ ختم می‌شود (نظیر پلاک ۴۵ و یا ۱۲۵) را به عنوان نقطه شروع در نظر گیرند. سپس آن نقطه شروع را در سمت

راست خود قرار داده و کار خود را از اولین ساختمان مسکونی سمت چپ خود آغاز کنند. پرسشگران موظف بوده‌اند در ساختمان‌های یک یا دو طبقه از واحد سمت چپ در طبقه اول کار خود را آغاز کرده و اگر ساختمان مورد نظر سه طبقه یا بیشتر بوده، طبقه میانی رو به پایین انتخاب شده و واحد سمت چپ آسانسور یا راه پله را مورد مراجعه قرار دهند. در صورتی که قبل از آغاز پرسشگری امکان ورود به ساختمان نبود، پرسشگران می‌بایست زنگ میانی رو به پایین در ردیف سمت چپ را انتخاب کنند. پس از مراجعه به واحد مسکونی مورد نظر، چه در صورت انجام موفق مصاحبه و چه در صورت انجام نگرگفتن مصاحبه به هر دلیل، پرسشگر می‌بایست از ساختمان خارج شده و پس از شمردن دو ساختمان، به ساختمان مسکونی بعد مراجعه کرده و کار خود را مطابق با روش ذکر شده برای انتخاب اولین واحد ادامه دهند.

روش جمع‌آوری اطلاعات شامل؛ روش‌های کتابخانه‌ای و میدانی است. اطلاعات مربوط به اندازه‌گیری داده‌های تحقیق با پرسشنامه‌ای معتبر و محقق ساخته جمع‌آوری گردید. به منظور سنجش روایی پیش از توزیع پرسشنامه دو بخش اصلی روایی، یعنی روایی محتوا و روایی صوری در این پژوهش مورد تأکید قرار گرفته است و برای سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ برای عامل اعتقادی ۰/۹۵، اقتصادی ۰/۹۳، اجتماعی ۰/۹۴، سیاسی ۰/۸۹، بهداشتی-رفاهی ۰/۹۰، روانی-فرهنگی ۰/۹۴، جمعیتی ۰/۸۴، جغرافیایی ۰/۸۰ و ارتباطی ۰/۸۶ است.

### یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر برای توصیف داده‌های جمع‌آوری شده از انواع شاخص‌های آماری از جمله فراوانی، درصد فراوانی، انواع جدول‌ها و نمودارها استفاده شده، در بخش آمار استنباطی، به جهت بررسی فرضیات تحقیق از روش بررسی معادلات ساختاری و تحلیل مسیر به روش حداقل مربعات جزئی (PLS) استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی از نرم‌افزارهای رایج آماری مانند SPSS و در بخش آمار استنباطی از نرم افزار Smart-PLS استفاده شده است. در این تحقیق ابتدا با نرم‌افزار SPSS تحلیل عاملی اکتشافی صورت گرفت و در ادامه با کمک نرم‌افزار PLS ابعاد تولید شده به صورت فرضیه نشان داده شد. علاوه بر این نرم‌افزار PLS تکمیل کننده تحلیل عاملی است، چرا که تحلیل عاملی تأییدی را نیز نشان می‌دهد.

تعداد آزمودنی‌های زن ۱۸۵ نفر (۴۶/۸ درصد)، و آزمودنی‌های مرد ۲۱۰ نفر (۵۳/۲ درصد) و تعداد افراد بی سواد ۳۰ نفر (۷/۵۹ درصد)، ابتدایی ۳۵ نفر (۸/۸۶ درصد)، سیکل ۷۰ نفر (۱۷/۷۲ درصد)، دیپلم ۱۰۰ نفر (۲۵/۳۱ درصد) و لیسانس و بالاتر ۱۶۰ نفر (۴۱/۷۷ درصد) می‌باشند. همچنین تعداد آزمودنی‌های مجرد ۲۹۷ نفر (۷۵/۲ درصد)، و آزمودنی‌های متأهل ۹۸ نفر (۲۴/۸ درصد) می‌باشند.

### پرسش اول: عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی افراد بالای ۲۰ سال ساکن استان لرستان کدامند؟

برای پاسخ به این پرسش با توجه به مبانی نظری و مطالعات انجام شده، پرسشنامه‌ای تنظیم و پس از بررسی روایی و پایایی، بر روی نمونه‌های تحقیق اجرا شد و نتایج به کمک تحلیل عامل اکتشافی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این ابزار دارای نه دسته عوامل زیر می‌باشد.

عوامل اعتقادی که دارای ۹ گویه (اعتقاد به وحدانیت و یگانگی خداوند در ذات؛ اعتقاد به وحدانیت و یگانگی خداوند در صفات؛ اعتقاد به وحدانیت و یگانگی خداوند در افعال؛ اعتقاد به اینکه خداوند متعال هر یک از بندگان خویش را به اندازه ظرفیت وجودی و به قدر قابلیتشان از کمالات بهرمنند ساخته؛ اعتقاد به فروگذاری نکردن خداوند در وضع تکالیف و قوانین مربوط به سعادت انسان؛ اعتقاد به مکلف نکردن انسان توسط خداوند به عملی بیش از طاقت و استطاعت او؛ اعتقاد به اینکه خداوند در مقام پاداش و کیفر بندگان خود جزای هر انسانی را متناسب با اعمالش مقرر کرده؛ اعتقاد به اینکه خداوند براساس ویژگی‌های انسان و



هدف از خلقت او با برانگیختن پیامبران انسان را به راه سعادت و کمال فرجامین راهنمایی کرده؛ اعتقاد به اینکه استمرار جهت‌گیری انبیا توسط دین شناسان معصوم و خطاناپذیر است) می‌باشد.

عوامل اجتماعی که دارای ۱۱ گویه (بالا بودن روابط خوب اجتماعی و شبکه‌های حمایتی؛ بالا بودن کیفیت زندگی؛ شروع خوب در زندگی یعنی حمایت درست و متناسب مادر از فرزندان؛ روش‌های مدیریت و روابط اجتماعی حاکم در محیط؛ عدم گرایش افراد به الکل، مواد مخدر و دخانیات؛ نبود خشونت در جامعه؛ نبود تبعیض جنسیتی در جامعه؛ وجود امنیت؛ احساس رضایت از زندگی خود؛ عدالت اجتماعی؛ عدم تبعیض قومی و نژادی و منطقه‌ای) می‌باشد.

عوامل اقتصادی که دارای ۷ گویه (بالا بودن سطح اشتغال به کارهای مفید؛ عدم بیکاری در جامعه؛ نداشتن فقر (زیر خط فقر) در جامعه؛ عادلانه بودن توزیع و درآمدها؛ سیستم پرداخت یارانه‌ای؛ حمایت‌های اقتصادی از اقشار آسیب‌پذیر؛ نبود تورم) می‌باشد. عوامل سیاسی که دارای ۱۵ گویه (مقبولیت قوانین اداری؛ انتخاب مردم سالارانه حاکمان؛ نظارت مردم سالارانه بر حاکمان؛ بالا بردن نرخ مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی؛ آزادی عقیده؛ رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های مرتبط با حقوق انسان‌ها؛ برابری قانون در اجرا و حمایت برای همه؛ قوانین مدنی به ویژه قوانین مربوط به ازدواج، طلاق و خانواده؛ قوانین کیفری و جزایی در مورد بزهکاری جوانان و آسیب‌پذیری گروه‌های اجتماعی؛ قوانین مربوط به کودکان، نوجوانان و زنان؛ قوانین حمایت از گروه‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر؛ منطقی بودن تصمیمات مربوط به تخصیص منابع؛ انتخاب فناوری و میزان استفاده از آنها در خدمات مختلف؛ معطوف بودن تعهد سیاسی و مدیریت جامعه به پیشرفت و سلامت اجتماعی؛ تخصیص متناسب درآمد سرانه کشور به مسائل) می‌باشد.

عوامل بهداشتی-رفاهی که دارای ۱۰ گویه (تحت پوشش بیمه بودن همه مردم؛ دسترسی داشتن همگان به خدمات سلامت؛ در دستور کار بودن ایمن‌سازی کودکان توسط دولت؛ تدارک آب آشامیدنی سالم برای همه اقشار؛ وجود کالاهای ضروری برای همه؛ مراقبت از زنان باردار؛ افزایش پوشش واکسیناسیون؛ مسکن داشتن؛ سلامت جسمانی؛ بهسازی محیط) می‌باشد.

عوامل روانی-فرهنگی که دارای ۹ گویه (اجباری بودن آموزش تا پایان دوره راهنمایی؛ رایگان بودن آموزش تا پایان دوره راهنمایی؛ سطح سواد افراد جامعه؛ طرز تفکر نسبت به مسائل بهداشتی؛ عادات غذایی؛ نوع تفریح‌ها و سرگرمی‌ها؛ پایین بودن استرس شغلی؛ بالا بودن امنیت شغلی؛ تحرک یا عدم تحرک و ورزش) می‌باشد.

عوامل جمعیتی که دارای ۷ گویه (توزیع سن؛ نرخ پایین رشد جمعیت؛ پراکندگی جمعیت در شهرها و روستاها؛ مهاجرتها؛ کنترل کردن رشد جمعیت؛ طول عمر زیاد؛ تعداد کم افراد خانوار) می‌باشد.

عوامل جغرافیایی که دارای ۲ گویه (منابع طبیعی غنی؛ آب و هوا مناسب) می‌باشد. عوامل ارتباطی که دارای ۵ گویه (ارتباطات گسترده؛ حمل و نقل سالم یعنی رانندگی کمتر و راهپیمایی و دوچرخه سواری بیشتر؛ افزایش تعداد رسانه‌ها؛ ایمن‌سازی وسایل حمل و نقل جاده‌ای و هوایی؛ کمیت و کیفیت رسانه‌های چاپی، دیداری و شنیداری) می‌باشد.

این متغیرها در قالب پرسشنامه با ۷۵ سؤال تدوین و پس از اطمینان از روایی محتوایی آن و برای شناسایی مجموعه عواملی که پرسشنامه با آن اشباع می‌شود، تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد تا سازه‌های تشکیل دهنده این پرسشنامه شناسایی گردد. از آنجا که اجرای این روش بر پایه مفروضه‌هایی استوار است که هر کدام می‌تواند در قابل اجرا بودن این روش اثر داشته باشد، از این رو ابتدا وجود این مفروضه‌ها بررسی شده است:

۱. مناسب بودن داده‌ها: در پاسخ برای اطمینان از مناسب بودن داده‌ها و کفایت نمونه‌برداری از آماره کومو<sup>۱</sup> استفاده شد. کومو بین صفر تا یک است. اما اگر مقدار آن حداقل ۰/۷۰ باشد، نشان دهنده کفایت داده‌ها می‌باشد. اگر اندازه KMO

<sup>۱</sup> Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

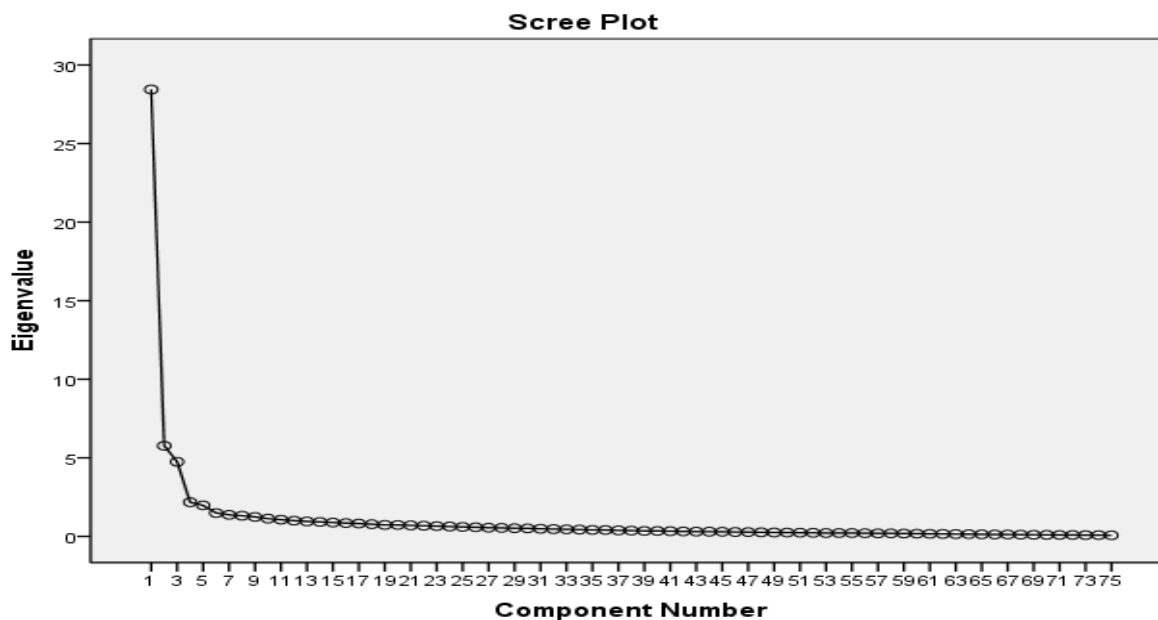
بالاتر از ۰/۷۰ باشد می توان تحلیل عاملی را انجام داد و از کفایت نمونه برداری برخوردار است (هومن، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر مقدار KMO به دست آمده برابر ۰/۹۵ است که نشان دهنده کفایت داده ها می باشد.

۲. همبسته بودن متغیرها: این پیش فرض با استفاده از آماره بارتلت<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار می گیرد و مقدار این آماره باید معنی دار باشد (هومن، ۱۳۸۰). در این پژوهش مقدار آماری آزمون کرویت بارتلت ( $\chi^2_{2775} = 2630.6/36, p < 0/001$ ) شد که سطح معنی داری آن کمتر از ۰/۰۰۱ است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه، قابل توجیه بوده است.

۳. بار عاملی سؤال ها: مقدار بار عاملی به عنوان یک معیار تجربی برای تفسیر عامل ها استفاده می شود و اگر بار عاملی ۰/۳۰ و یا بیشتر باشد می توان آن را معنی دار فرض کرد و هر عامل باید حداقل به سه سؤال تعلق داشته باشد.

### ساختار پرسشنامه

برای به دست آوردن ساختار عاملی پرسشنامه، عامل های استخراج شده با استفاده از چرخش واریماکس<sup>۲</sup>، به محورهای جدید که نسبت به هم با زاویه ای قائم قرار می گیرند، انتقال داده شد پس از دو بار اجرای تحلیل عاملی و استخراج عامل های متعدد و مقایسه عامل های استخراج شده با ساختار و مبانی نظری موجود و نیز در نظر گرفته مفروضه های تحلیل عاملی، تعداد ۶ عامل اصلی استخراج شد. برای تعیین اینکه ابزار سنجش مورد مطالعه از چند عامل معنی دار اشباع شده، دو شاخص عمده ارزش ویژه و نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل، مورد توجه قرار گرفته است. برای نمایش مقدار ویژه در برابر تعداد عامل های مشخص شده از نمودار اسکری<sup>۳</sup> استفاده شده است. از نمودار اسکری که در شکل ۲ نشان داده شده است، می توان استنباط کرد که شیب نمودار در عامل ششم تقریباً افقی می شود و این امر نشان دهنده آن است که مجموعه متغیرها احتمالاً از شش عامل اشباع شده است و نیز سهم شش عامل اول در تبیین واریانس کل متغیرها چشم گیر است.



شکل ۲. نمودار شیب ارزش های ویژه مجموعه ۷۵ سؤالی

<sup>۱</sup> Bartlett's sphericity test

<sup>۲</sup> Varimax rotation

<sup>۳</sup> Scree plot

جدول ۱: ارزش ویژه، درصد واریانس و درصد تراکمی عامل‌های شش گانه

عامل	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد تراکمی واریانس
۱	۲۹/۴۶	۳۹/۲۸	۳۹/۲۸
۲	۵/۷۴	۷/۶۵	۴۶/۹۳
۳	۵/۰۳	۶/۷۰	۵۳/۶۴
۴	۲/۳۵	۳/۱۴	۵۶/۷۸
۵	۱/۹۲	۲/۵۷	۵۹/۳۵
۶	۱/۵۵	۲/۰۷	۶۱/۴۳

با توجه به جدول ۱، شش عامل استخراج شده، میزان ۶۱/۴۳ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند. در این میان عامل اول با ارزش ویژه ۲۹/۴۶، عامل دوم با ارزش ویژه ۵/۷۴، عامل سوم با ارزش ویژه ۵/۰۳، عامل چهارم با ارزش ویژه ۲/۳۵، عامل پنجم با ارزش ویژه ۱/۹۲ و عامل ششم با ارزش ویژه ۱/۵۵ به ترتیب ۳۹/۲۸، ۷/۶۵، ۶/۷۰، ۳/۱۴، ۲/۵۷ و ۲/۰۷ از کل واریانس را تبیین می‌کنند. به منظور تحقیق درباره ماهیت روابط بین متغیرها و نیز دستیابی به نام گذاری مناسب عامل‌ها، ضرایب بالاتر از ۰/۳۰ در تعریف عامل‌ها مهم و با معنی بوده و ضرایب کمتر از این حدود به عنوان عامل تصادفی در نظر گرفته شده است. چونز<sup>۱</sup> کمترین مقدار این ضریب را برابر با ۰/۳۰ می‌داند. از این رو این نظریه در تحقیق حاضر مبنا قرار گرفته است. هرچه بار عاملی یک سؤال زیادت‌تر باشد، نفوذ آن سؤال در تبیین ماهیت عامل مورد نظر بیشتر است. در این پژوهش با توجه به این که ابزار تحقیق برای نخستین بار اجرا می‌شود، درباره تحلیل سؤال‌ها و به ویژه حذف یا ابقاء عامل‌ها در مرحله نهایی، کمیته ملاک ۰/۳۰ به کار رفته است. نامگذاری عامل‌ها نیز با توجه به بار عاملی گویه‌هایی که عامل‌های استخراج شده در آنها بزرگ‌ترین سهم را داشته‌اند، صورت گرفت و نتایج ماتریس چرخش یافته با شیوه واریماکس در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۲: ماتریس چرخش یافته ساختار مواد پرسشنامه

عوامل						
سوالات	مسائل اعتقادی	اقتصادی-اجتماعی	سیاسی	رفاهی-فرهنگی	جمعیتی	جغرافیایی
۱	۰/۷۹					
۲	۰/۸۳					
۳	۰/۸۳					
۴	۰/۷۶					
۵	۰/۸۰					
۶	۰/۷۸					
۷	۰/۸۱					
۸	۰/۸۳					
۹	۰/۷۲					
۱۰		۰/۷۰				
۱۱		۰/۷۶				
۱۲		۰/۷۶				
۱۳		۰/۷۷				
۱۴		۰/۶۲				
۱۵		۰/۶۳				
۱۶		۰/۶۶				
۱۷		۰/۶۹				

<sup>۱</sup> Jones

عوامل						
سوالات	مسائل اعتقادی	اقتصادی- اجتماعی	سیاسی	رفاهی- فرهنگی	جمعیتی	جغرافیایی
۱۸	۰/۷۱					
۱۹	۰/۶۱					
۲۰	۰/۷۶					
۲۱	۰/۶۰					
۲۲	۰/۷۳					
۲۳	۰/۷۷					
۲۴	۰/۴۷					
۲۵	۰/۶۶					
۲۶	۰/۷۰					
۲۷	۰/۷۰					
۲۸		۰/۳۲				
۲۹		۰/۴۱				
۳۰		۰/۴۴				
۳۱		۰/۴۶				
۳۲		۰/۵۵				
۳۳		۰/۶۱				
۳۴		۰/۶۰				
۳۵		۰/۶۲				
۳۶		۰/۵۵				
۳۷		۰/۵۵				
۳۸		۰/۵۲				
۳۹		۰/۵۹				
۴۰		۰/۴۵				
۴۱				۰/۵۰		
۴۲				۰/۶۷		
۴۳				۰/۷۰		
۴۴				۰/۶۸		
۴۵				۰/۷۱		
۴۶				۰/۶۸		
۴۷				۰/۶۷		
۴۸				۰/۷۵		
۴۹				۰/۷۳		
۵۰				۰/۷۶		
۵۱				۰/۵۹		
۵۲				۰/۵۹		
۵۳				۰/۶۴		
۵۴				۰/۶۵		
۵۵				۰/۶۲		
۵۶				۰/۶۸		
۵۷				۰/۷۱		
۵۸				۰/۷۰		
۵۹				۰/۶۸		
۶۰						۰/۵۳

عوامل						
سوالات	مسائل اعتقادی	اقتصادی- اجتماعی	سیاسی	رفاهی- فرهنگی	جمعیتی	جغرافیایی
۶۱					۰/۷۱	
۶۲					۰/۶۹	
۶۳					۰/۶۷	
۶۴					۰/۶۳	
۶۵					۰/۵۵	
۶۶					۰/۵۴	
۶۷						۰/۳۱
۶۸						۰/۳۶
۶۹						۰/۳۸
۷۰						۰/۴۷
۷۱						۰/۵۱
۷۲						۰/۴۴
۷۳						۰/۵۵

با استنتاج ماتریس چرخش یافته (برای ساده سازی استفاده از ساختار عامل‌ها در این ماتریس، متغیرهایی که بار عاملی آنها کمتر از ۰/۳۰ بود یا در ساختار هیچ یک از مؤلفه‌ها قرار نمی‌گرفتند حذف شدند)، عامل‌ها یا مجموعه سؤال‌هایی که مشترک با یک عامل همبسته بوده و تشکیل یک پاره تست را می‌دهند به شرح زیر استخراج و نام‌گذاری شدند.

عامل اول با ۹ متغیر که به عامل اعتقادی مربوط می‌شود. این عامل ۳۹/۲۸ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.  
 عامل دوم با ۱۸ متغیر که به عامل اقتصادی- اجتماعی مربوط می‌شود. این عامل ۷/۶۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.  
 عامل سوم با ۱۳ متغیر که به عامل سیاسی مربوط می‌شود. این عامل ۶/۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.  
 عامل چهار با ۱۹ متغیر که به عامل رفاهی- فرهنگی مربوط می‌شود. این عامل ۳/۱۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.  
 عامل پنج با ۷ متغیر که به عامل جمعیتی مربوط می‌شود. این عامل ۲/۵۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.  
 عامل ششم با ۷ متغیر که به عامل جغرافیایی- ارتباطی مربوط می‌شود. این عامل ۲/۰۷ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند.  
 بنابراین از مجموع ۹ عامل اولیه با ۷۵ متغیر که از مبانی نظری استخراج شده بود، پس از تحلیل عاملی اکتشافی تعداد ۶ عامل با ۷۳ متغیر باقی ماند به طوری که در مقایسه با دسته‌بندی نظری اولیه، تغییرات قابل توجهی در ساختار مؤلفه‌ها و عامل‌ها ایجاد شده است.

### یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
ارتقای سلامت اجتماعی	۳۹۵	۱/۵۳	۵	۳/۷۱	۰/۷۳۷
مسائل اعتقادی	۳۹۵	۱	۵	۴/۱۹	۰/۸۴۶
اقتصادی- اجتماعی	۳۹۵	۱/۲۲	۵	۳/۷	۰/۹۵
سیاسی	۳۹۵	۱	۵	۳/۶۳	۰/۹۵۵
رفاهی- فرهنگی	۳۹۵	۱	۵	۳/۶۷	۰/۹۴
جمعیتی	۳۹۵	۱	۵	۳/۴۳	۰/۸۴۳
جغرافیایی- ارتباطی	۳۹۵	۱	۵	۳/۵۹	۰/۸۹۴

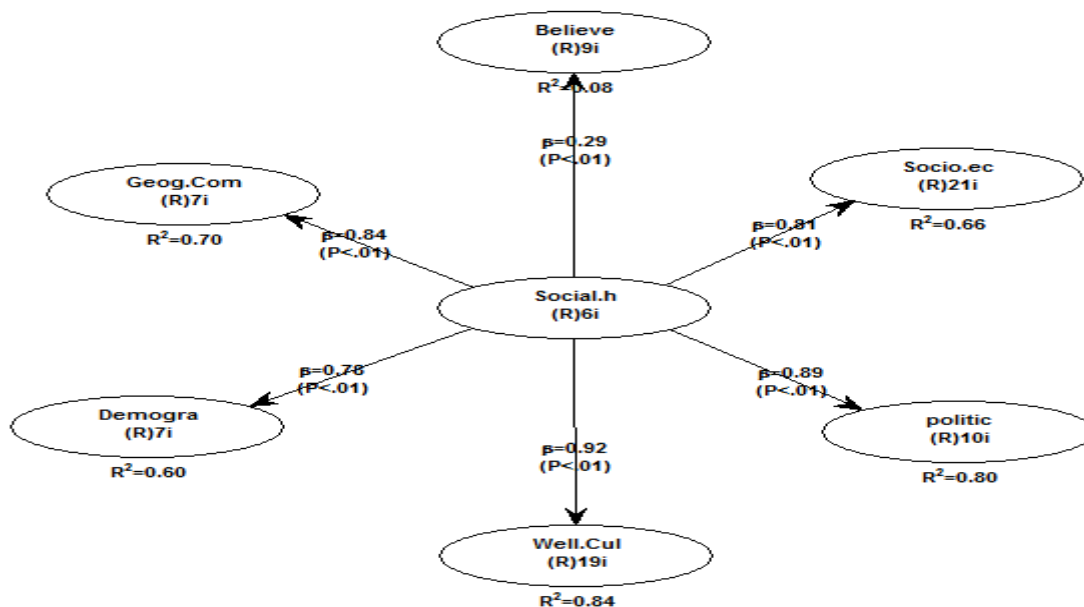
همان‌طور که مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد، از بین مؤلفه‌های اصلی بیشترین میانگین مربوط به مسائل اعتقادی ۴/۱۹ و کمترین میانگین مربوط به جغرافیایی - ارتباطی ۳/۵۹ می‌باشد.

### تحلیل مدل‌های اندازه‌گیری

در ادامه مدل اندازه‌گیری ابعاد و مؤلفه‌های ارتقای سلامت اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است.

### تحلیل مدل اندازه‌گیری عوامل ارتقای سلامت اجتماعی

طبق گفته محققان قدرت رابطه بین عامل (متغیر پنهان) و متغیر قابل مشاهده بوسیله بار عاملی نشان داده می‌شود. بار عاملی مقداری بین صفر و یک است. اگر بار عاملی کمتر از ۰/۴ باشد رابطه ضعیف در نظر گرفته شده و از آن صرف نظر می‌شود. بار عاملی بین ۰/۴ تا ۰/۶ قابل قبول است و اگر بزرگتر از ۰/۶ باشد خیلی مطلوب است (کلاین، ۲۰۱۵). برخی از صاحب‌نظران پیشنهاد حذف متغیرهای مشاهده‌پذیری را از مدل می‌دهند که بار عاملی آنها زیر ۰/۴ باشد. همان‌طور که نمودار ۶-۴ خروجی WARP-PLS نسخه‌ی ۶ در خصوص مدل اندازه‌گیری عوامل ارتقای سلامت اجتماعی مجازی نشان داد مدل عاملی از نوع تحلیل عاملی مرتبه دوم می‌باشد. در این روش یک سازه اصلی به چند سازه فرعی تقسیم می‌شود. برای سازه‌های سطح آخر تعدادی سوال یا گویه مطرح می‌شود. بنابراین در تحلیل عاملی مرتبه دوم علاوه بر بررسی رابطه متغیرهای مشاهده‌پذیر با متغیرهای پنهان، رابطه متغیرهای پنهان با سازه اصلی خود نیز بررسی می‌شود. به این صورت که در مرتبه اول از ترکیب ۷۳ سوال پژوهش ۶ مؤلفه با عناوین مسائل اعتقادی، اقتصادی - اجتماعی، سیاسی، رفاهی - فرهنگی، جمعیتی و جغرافیایی - ارتباطی حاصل می‌شود. این ۶ مؤلفه عامل‌های مرتبه اول می‌باشند. از ترکیب این ۶ مؤلفه یک سازه به نام ارتقای سلامت اجتماعی حاصل می‌شود، که مرتبه دوم نامیده می‌شود.



شکل ۳. آزمون مدل اندازه‌گیری ارتقای سلامت اجتماعی

### تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

در تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول رابطه عامل یا عامل‌ها (متغیرهای پنهان) با گویه‌ها (متغیرهای مشاهده‌پذیری) مورد سنجش قرار می‌گیرد. این نوع مدل اندازه‌گیری صرفاً برای اطمینان از آن است که متغیرهای پنهان درست اندازه‌گیری شده‌اند. در روش تحلیل عاملی تأییدی، نخست لازم است تا روایی سازه مورد مطالعه قرار گرفته تا مشخص شود نشانگرهای انتخاب شده برای اندازه‌گیری

سازه‌های مورد نظر خود از دقت لازم برخوردار هستند. زمانی که ضرایب معنی‌دار باشند در این صورت این نشانگر از دقت لازم برای اندازه‌گیری آن سازه یا صفت مکنون برخوردار است (نانالی و برنستین، ۱۹۹۴). نتایج نشان داد که همه‌ی گویه‌ها دارای بار عاملی مناسبی بر متغیر مکنون مربوط به خود هستند، و این بارهای عاملی با توجه به سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند. در نتیجه، می‌توان گفت این نشانگرها از دقت لازم برای اندازه‌گیری سازه‌های مربوط به خود برخوردار هستند.

## آزمون پایایی

برای بررسی پایایی از دو معیار پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی پرسشنامه‌ها استفاده می‌شود. در مورد میزان مورد قبول آلفای کرونباخ نظرات متفاوتی ذکر شده است. برای مثال فیلد (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ را برای تست‌هایی که به سنجش توانایی افراد می‌پردازد مناسب دانسته و قاعدتاً به طور قوی‌تر این عدد برای پرسشنامه‌های نگرش‌سنج نیز مناسب است. درنی (۲۰۰۷)؛ به نقل از نوروزی و موحدی‌فر، (۱۳۹۴) نیز به طور کلی آلفای بالای ۰/۷ را مناسب دانسته و برای پرسشنامه‌هایی که تعداد سؤالات آن کم است نیز با دیده اغماز، آلفای کمتر از ۰/۷ را نیز قبول می‌کند، لکن هشدار می‌دهد که این مقدار نباید کمتر از ۰/۶ برسد. در این پژوهش نیز آلفای بالای ۰/۷ میزان مناسبی برای پایایی ابزار اندازه‌گیری در نظر گرفته می‌شود مقادیر قابل پذیرش نیز باید ۰/۷ یا بیشتر باشند (فرنل و لارکر، ۱۹۸۱). به طور کلی میزان این دو معیار باید بالاتر از ۰/۷ باشد.

جدول ۴. مقادیر پایایی ترکیبی، آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ارتقای سلامت اجتماعی

مؤلفه‌ها	Composite Reliability	Cronbach's Alpha
مسائل اعتقادی	۰/۹۴	۰/۹۳
اقتصادی-اجتماعی	۰/۹۶	۰/۹۶
سیاسی	۰/۹۵	۰/۹۴
رفاهی-فرهنگی	۰/۹۶	۰/۹۶
جمعیتی	۰/۸۸	۰/۸۴
جغرافیایی-ارتباطی	۰/۹۱	۰/۸۸

همانطور که از جدول ۴ مشخص است پایایی ترکیبی (p دلوین- گلدشتاین) و آلفای کرونباخ تمامی متغیرهای مربوط به متغیرهای نهان بالاتر از ۰/۷ است، لذا پایایی ابزار اندازه‌گیری مورد تأیید قرار می‌گیرد.

## آزمون روایی

برای بررسی روایی مدل اندازه‌گیری از روایی همگرا و روایی واگرا استفاده گردید.

### روایی همگرا

برای بررسی روایی همگرا از شاخص میانگین واریانس استخراج شده (AVE) استفاده گردید. در این معیار که نشان دهنده روایی ابزار اندازه‌گیری است، فرض بر این است که متغیر پنهان مورد نظر واریانس مشترک بیشتری با نشانگرهای تعیین شده نسبت به هر متغیر پنهان دیگری دارد. محققین مقادیر میانگین واریانس استخراج شده ۰/۵۰ و بیشتر را توصیه می‌کنند و این امر به معنای آن است که سازه مورد نظر حدود ۵۰ درصد و یا بیشتر واریانس‌های نشانگر خود را تبیین می‌کند. با توجه به جدول ۵ شاخص AVE در مورد همه مؤلفه‌ها از میزان ۰/۵۰ بیشتر است که خود دلیلی بر روایی همگرای مناسب مدل اندازه‌گیری متغیرهای نهان است.

جدول ۵. مقادیر AVE برای مدل مؤلفه‌های ارتقای سلامت اجتماعی

مؤلفه‌ها	AVE
مسائل اعتقادی	۰/۶۴
اقتصادی-اجتماعی	۰/۵۶
سیاسی	۰/۶۷
رفاهی-فرهنگی	۰/۵۹
جمعیتی	۰/۵۲
جغرافیایی-ارتباطی	۰/۵۹

### روایی واگرا یا تشخیصی

در ادامه، جهت بررسی روایی تشخیصی یا واگرایی مدل اندازه‌گیری در نرم افزار WARP-PLS از دو معیار آزمون بار عرضی و آزمون فورنل- لارکر استفاده می‌شود، که در ادامه به شرح هر یک پرداخته شده است.

### الف) شاخص بار عرضی

طبق این شاخص، انتظار می‌رود که متغیرهای مشاهده‌پذیر مربوط به یک سازه خاص، بار عاملی بیشتری نسبت به سایر متغیرهای مشاهده‌پذیر روی سازه مربوط به خود داشته باشند. به عبارتی دیگر، بار عرضی کمتری بر مدل‌های اندازه‌گیری دیگر داشته باشند. نتایج نشان داد که تمام متغیرهای مشاهده‌پذیر، بار عاملی بیشتری روی متغیر مکنون مربوط به خود را دارند، لذا با توجه به شاخص بار عرضی می‌توان گفت که این مدل اندازه‌گیری از روایی تشخیصی مناسبی برخوردار است.

### ب) شاخص فورنل لارکر

طبق این شاخص، جذر میانگین واریانس استخراج شده (AVE) هر متغیر پنهان باید بیشتر از حداکثر همبستگی آن متغیر پنهان با متغیرهای پنهان دیگر باشد. همانطور که در جدول ۶ مشخص است جذر میانگین واریانس استخراج شده هر متغیر پنهان بیشتر از حداکثر همبستگی آن متغیر پنهان با متغیرهای پنهان دیگر باشد، که این خود بیان‌کننده روایی تشخیصی مناسب مدل اندازه‌گیری مورد بررسی می‌باشد.

جدول ۶. نتایج شاخص فورنل لارکر برای آزمون روایی تشخیصی مدل اندازه‌گیری مؤلفه‌های ارتقای سلامت اجتماعی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. مسائل اعتقادی	(۰/۸۰)					
۲. اقتصادی-اجتماعی	۰/۲۰	(۰/۷۵)				
۳. سیاسی	۰/۱۶	۰/۷۴	(۰/۸۲)			
۴. رفاهی-فرهنگی	۰/۱۷	۰/۶۸	۰/۸۰	(۰/۷۷)		
۵. جمعیتی	۰/۱۴	۰/۴۴	۰/۵۹	۰/۶۱	(۰/۷۲)	
۶. جغرافیایی-ارتباطی	۰/۱۶	۰/۴۸	۰/۶۷	۰/۷۶	۰/۶۴	(۰/۷۷)

### تحلیل عاملی مرتبه دوم سازه ارتقای سلامت اجتماعی

چون در تحقیق حاضر، هر کدام از متغیرهای مسائل اعتقادی، اقتصادی-اجتماعی، سیاسی، رفاهی-فرهنگی، جمعیتی و جغرافیایی-ارتباطی به عنوان نشانگر ارتقای سلامت اجتماعی هستند لذا تحلیل عاملی مرتبه دوم انجام شده است.



جدول ۷. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم برای ارتقای سلامت اجتماعی

مولفه‌ها	بار عاملی	SE	سطح معنی‌داری	نتیجه
مسائل اعتقادی	۰/۲۷	۰/۰۴۸	۰/۰۰۱	تأیید نشانگر
اقتصادی-اجتماعی	۰/۷۹	۰/۰۴۵	۰/۰۰۱	تأیید نشانگر
سیاسی	۰/۹۰	۰/۰۴۴	۰/۰۰۱	تأیید نشانگر
رفاهی-فرهنگی	۰/۹۱	۰/۰۴۴	۰/۰۰۱	تأیید نشانگر
جمعیتی	۰/۷۶	۰/۰۴۵	۰/۰۰۱	تأیید نشانگر
جغرافیایی-ارتباطی	۰/۸۳	۰/۰۴۵	۰/۰۰۱	تأیید نشانگر
AVE				۰/۶۰
Composite Reliability				۰/۸۹
Cronbach's Alpha				۰/۸۵

همانطور که از جدول ۸ نشان می‌دهد مقادیر بار عاملی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در نتیجه، می‌توان گفت این نشانگرها از دقت لازم برای اندازه‌گیری سازه‌های مربوط به خود برخوردار هستند. همچنین پایایی ترکیبی (p دلونین - گلدشتاین) و آلفای کرونباخ گزارش شده بالاتر از ۰/۷ است، لذا پایایی ابزار اندازه‌گیری مورد تأیید قرار می‌گیرد.

### آزمون کیفیت مدل اندازه‌گیری

قدرت پیش‌بینی مدل طراحی شده، با استفاده از مقدار ضریب تعیین (R2) برای متغیرهای وابسته، تحلیل می‌شود (لئال و رولدن، ۲۰۰۱)، فالک و میلر (۱۹۹۲) مقادیر بزرگتر یا مساوی ۰/۱ را برای ضریب تعیین قید کرده‌اند. در تحقیق حاضر، با توجه به مقادیر جدول ۹، می‌توان نتیجه گرفت که مدل ساختاری تحقیق حاضر از قدرت پیش‌بینی کافی برخوردار است. در نهایت مقتضی است که تجزیه و تحلیل مدل ساختاری تخمین زده شده با تکنیک PLS، با استفاده از آزمون استون-گیسر (Q2) تکمیل شود. ضریب Q2 یک معیار ناپارامتریک است. این معیار برای ارزیابی اعتبار پیش‌بین متغیرهای مکنون در مدل استفاده می‌شود. مقادیر Q2 معمولاً نزدیک به مقدار R2 است، اگر چه بر خلاف ضریب R2، ضرایب Q2 مقادیر منفی را نیز می‌توانند اختیار کنند (کواک و لین، ۲۰۱۲). در تحقیق حاضر مقادیر آزمون استون-گیسر بالاتر از صفر محاسبه شده است که نشان می‌دهد مدل در نظر گرفته شده، ظرفیت و توان پیش‌بینی لازم را دارد (سانچز و لگرو، ۲۰۱۰؛ به نقل از نوروزی و موحدی‌فر، ۱۳۹۴).

جدول ۹. ضرایب تعیین و آزمون استون-گیسر متغیرهای مدل اندازه‌گیری پژوهش

مولفه‌ها	R2	Q2
مسائل اعتقادی	۰/۰۸	۰/۰۸
اقتصادی-اجتماعی	۰/۶۶	۰/۶۶
سیاسی	۰/۸۰	۰/۸۰
رفاهی-فرهنگی	۰/۸۴	۰/۸۴
جمعیتی	۰/۶۰	۰/۶۰
جغرافیایی-ارتباطی	۰/۷۰	۰/۷۰

با توجه به نتایج جدول بالا و مطالب عنوان شده در خصوص تحلیل مدل پژوهش، ملاحظه می‌شود که تمامی شاخص‌های مورد بررسی، شرایط لازم را دارا بودند و بنابراین این مدل، از قدرت پیش‌بینی کنندگی کافی برخوردار است. پس از بررسی و تحلیل مدل اندازه‌گیری، در ادامه به شاخص‌های نیکویی براز پرداخته می‌شود.

## شاخص های نیکویی برازش

با آنکه انواع گوناگون آزمون‌ها، که به گونه کلی شاخص‌های برازش یا شاخص نیکویی برازش نامیده می‌شوند پیوسته در حال مقایسه، توسعه و تکامل هستند، اما هنوز درباره حتی یک آزمون بهینه نیز توافق همگانی وجود ندارد. نتیجه آن است که پژوهش‌های مختلف، شاخص‌های مختلفی را ارائه کرده‌اند و حتی نرم‌افزارهای مختلف نیز تعداد زیادی از شاخص‌های برازش بدست می‌دهند. نرم‌افزار مورد استفاده در این تحقیق یعنی WARPPLS6 سه شاخص برازش ارائه می‌کند: میانگین ضریب مسیر (APC)<sup>۱</sup>، میانگین R<sup>2</sup> (ARS)<sup>۲</sup> و شاخص برازش (GOF)<sup>۳</sup>. برای شاخص‌های APC و ARS، مقدار احتمال (P-value) نیز طی مراحل پیچیده محاسبه می‌شود. محاسبه مقدار احتمال لازم است چرا که هر دو این شاخص‌ها به عنوان میانگین پارامترهای دیگر محاسبه شده‌اند (کواک و لین، ۲۰۱۲). مهمترین شاخص برازش مدل در تکنیک حداقل مجذورات جزئی شاخص GOF است. این شاخص با استفاده از میانگین هندسی شاخص R<sup>2</sup> و میانگین شاخص‌های اشتراکی قابل محاسبه است. معیار GOF توسط تنهاوس و همکاران (۲۰۰۴) ابداع گردید و طبق رابطه زیر محاسبه می‌شود.

$$GOF = \sqrt{\text{average (Commonality)} \times \text{average (R}^2)}$$

از آنجا که در حداقل مربعات جزئی مقدار Commonality با AVE برابر است و تنزل و همکاران (۲۰۰۹) فرمول زیر را ارائه کرده‌اند:

$$GOF = \sqrt{\text{average (AVE)} \times \text{average (R}^2)}$$

وتنزل و همکاران (۲۰۰۹) سه مقدار برای ارزیابی شاخص GOF در نظر گرفته‌اند:

- ضعیف: اگر بین ۰/۱ تا ۰/۲۵ باشد.
- متوسط اگر بین ۰/۲۵ تا ۰/۳۶ باشد.
- قوی: اگر از ۰/۳۶ بیشتر باشد.

تنهاوس و همکاران معتقدند شاخص GOF در مدل PLS راه‌حلی عملی برای این مشکل بررسی برازش کلی مدل است. این شاخص همانند شاخص‌های برازش در روش‌های مبتنی بر کوواریانس عمل می‌کند. همچنین می‌توان از آن برای بررسی اعتبار یا کیفیت مدل PLS به صورت کلی استفاده کرد. این شاخص نیز همانند شاخص‌های برازش مدل لیزرل عمل می‌کند و بین صفر تا یک قرار دارد و مقادیر نزدیک به یک نشانگر کیفیت مناسب مدل هستند. البته هسنلر استفاده از این شاخص را زیر سوال برده است و اعتقاد چندانی به آن ندارد.

جدول ۱۰. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقدار	P-value	نتیجه
میانگین ضریب مسیر (APC)	۰/۷۵	۰/۰۰۱	برازش عالی
میانگین R <sup>2</sup>	۰/۶۱	۰/۰۰۱	برازش عالی
GOF	۰/۶۱	بزرگ‌تر از ۰/۳۶ می‌باشد	برازش عالی

## پرسش دوم پژوهش: اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت اجتماعی افراد بالای ۲۰ سال ساکن استان لرستان چگونه است؟

این سوال با استفاده از آزمون فریدمن مورد آزمایش قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره (۱۱) مشاهده می‌گردد. برای این

<sup>1</sup> Average Path Coefficient (APC)

<sup>2</sup> Average R-Squared (ARS)

<sup>3</sup> Goodness of Fit

کار ابتدا سوالات هر عامل به مقیاس واحدی تبدیل شدند (یعنی مجموع سوالات هر عامل بر تعداد سوالات آن عامل تقسیم شد). میانگین و انحراف معیار هر عامل در جدول شماره (۱۱) مشاهده می‌گردد.

جدول ۱۱: میانگین و انحراف معیار عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی

عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی	میانگین	انحراف معیار
عوامل اعتقادی	۴/۱۹	۰/۸۴
عوامل اقتصادی - اجتماعی	۳/۷۳	۰/۹۵
عوامل سیاسی	۳/۶۳	۰/۹۵
عوامل رفاهی - فرهنگی	۳/۶۷	۰/۹۴
عوامل جمعیتی	۳/۴۳	۰/۸۴
عوامل جغرافیایی	۳/۵۹	۰/۸۹

جدول ۱۲: نتایج آزمون فریدمن در باره عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی

عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی	میانگین رتبه ای
عوامل اعتقادی	۴/۴۷
عوامل اقتصادی - اجتماعی	۳/۵۹
عوامل سیاسی	۳/۳۶
عوامل رفاهی - فرهنگی	۳/۴۵
عوامل جمعیتی	۲/۸۷
عوامل جغرافیایی	۳/۲۵

$$X^2 = 166/93, sig < 0/001$$

با توجه به جدول بالا، سه عامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی در بین کل افراد مورد مطالعه به ترتیب عامل اعتقادی، اقتصادی - اجتماعی و رفاهی - فرهنگی می‌باشد.

## بحث و نتیجه گیری

یکی از مفاهیم ضروری و همواره مورد بحث در دنیای پیچیده انسان مفهوم سلامتی است. هدف اساسی دانشمندان در حیطه‌های روانشناسی و پزشکی، به حداکثر رساندن سلامت افراد است. سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای همه افراد ضروری و اساسی است (احقر، ۱۳۸۹). در واقع آرامش و سلامت، گمشده‌ای است که بشر به دنبال آن می‌گردد. ولی هرگاه از آن سخنی به میان آمده، بیشتر بعد جسمانی آن مورد توجه بوده و جنبه اجتماعی و روانی آن کمتر به بحث گذاشته شده است. سالیان دراز، بسیاری از محققان بهداشتی و درمانی باور داشتند که عوامل مؤثر بر سلامتی محدود به عوامل زیستی (بیولوژیک)، رفتاری و محیطی هستند. اما به تدریج، مفهوم سلامتی سلول و سلامتی فرد از سلامتی جامعه تمیز داده شد و تلاش برای شناسایی عوامل مؤثر بر سلامت جامعه و شاخص‌های آن آغاز گردید. نکته قابل توجه این که آن چه سلامتی سلول و فرد را از سلامتی جامعه متمایز می‌سازد، عوامل مؤثر بر آنها است، بدین معنی که عوامل گوناگون زیستی، رفتاری و محیطی، میزان سلامتی فرد را تعیین می‌کنند. اما سلامتی جامعه بر اساس عوامل اجتماعی - اقتصادی شکل می‌گیرد. سازمان جهانی بهداشت هم ضمن توجه دادن کشورها در راستای تأمین سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی اعضاء جامعه، بر این نکته تأکید دارد که هیچ کدام از ابعاد سلامتی بر دیگری برتری ندارد. نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی که بر سلامت مردم مؤثر هستند از زمانهای بسیار قدیم شناسایی شده‌اند. فعالیت بهداشتی قرن نوزدهم و پیش‌تر اقدامات زیر بنایی بهداشت عمومی نوین، همگی نشان دهنده آگاهی از وابستگی بین موقعیت

اجتماعی شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است. مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان بعد مهم دیگر سلامت در سالهای اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد و به این معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست بلکه از آنجا که انسان در محیط جمعی زندگی می‌کند، سلامت اجتماعی نیز ضروری است.

همان طور که گفته شد درباره سلامت اجتماعی الگوهای متعددی وجود دارد که هر کدام بر اساس دیدگاه های خود آن را تبیین و تعریف کرده‌اند اما دیدگاه نوین در این باره، الگوی کلی نگر است که سلامتی را بر حسب کلیت شخص تعریف می‌کند. استقرار این الگو نوید ظهور قلمرو رشته‌ای جدیدی را به میان آورده که با پذیرش یک روی آوری کلی و به کار بستن این راهبرد در روش شناسی پژوهشی، در پی پاسخ گوئی به معماهای حل نشده دیدگاه‌های تک بعدی درباره سلامت و بیماری است (آزاد فلاح، ۱۳۸۷). بر اساس این الگو سلامتی چیزی بیش از سلامتی جسمانی است و لذا الگوی کلی نگر به جنبه‌های هیجانی، عقلانی، معنوی، روانی و اجتماعی فرد و همچنین روابط بین این ابعاد اشاره می‌کند (هرمون و هزلر، ۱۹۹۹). بنابراین سلامت دارای ابعاد مختلف، جسمانی، روانی، هیجانی، عقلانی، معنوی و اجتماعی است که این ابعاد با وجود بهره مندی از وجوه مشترک، دارای جنبه‌های متفاوت نیز بوده و از عوامل متعددی تأثیر می‌پذیرند (ویسینگ و فوری، ۲۰۰۰).

سلامت اجتماعی به عنوان یکی از این ابعاد، عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمدی نقش‌های اجتماعی بدون آسیب به دیگران. سلامت اجتماعی در واقع همان ارزیابی شرایط و کار فرد در جامعه است. برخی از چالش‌های اجتماعی، ابعاد مختلف سلامت اجتماعی را تشکیل می‌دهند که عبارتند از: یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفائی اجتماعی، و چسبندگی اجتماعی (ریموند و همکاران، ۲۰۰۴).

بنابراین با ملاحظه اهمیت موضوع سلامت اجتماعی و نقش عوامل متعدد محیطی و اجتماعی در شکل‌گیری سلامت اجتماعی افراد، اهداف این پژوهش ارائه مدلی جهت سنجش مؤلفه‌های تأثیرگذار بر ارتقای سلامت اجتماعی افراد بالای بیست سال ساکن استان لرستان و تعیین اولویت‌بندی این مؤلفه‌ها می‌باشد.

با انجام تکنیک تحلیل عاملی برای ۷۳ متغیر عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی در افراد بالای ۲۰ سال ساکن استان لرستان در شش عامل اعتقادی، اقتصادی-اجتماعی، سیاسی، رفاهی - فرهنگی، جمعیتی و جغرافیایی - ارتباطی دسته بندی شدند که نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز این مولفه‌ها را تأیید نمود. این یافته از بعضی جنبه‌ها با نتایج پژوهش غفاری و همکاران (۱۳۹۷)، تاج‌الدین (۱۳۹۶)، تبریزی و نوابخش (۱۳۹۵)، حسینی (۱۳۸۷)، صباغ، معینیان و صباغ (۱۳۹۰)، رفیعی و همکاران (۱۳۸۸)، کنگرلو (۱۳۸۷)، تباردزی (۱۳۸۶)، آباچی‌زاده و همکاران (۲۰۱۴)، پاول (۲۰۱۲)، فوجیسوا و تاکاگاوا (۲۰۰۹)، کیکوگانی و همکاران (۲۰۰۸)، بلانکو و دیاز (۲۰۰۷) پاول (۲۰۰۷) و کی‌یس (۱۹۹۸) هماهنگ می‌باشد.

عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی در بین کل افراد مورد مطالعه به ترتیب اهمیت عوامل اعتقادی، اقتصادی - اجتماعی، رفاهی - فرهنگی، سیاسی، جغرافیایی - ارتباطی و جمعیتی می‌باشد. در پژوهش حاضر عوامل اعتقادی مهمترین عامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی بوده است؛ این یافته با نتایج پژوهش محسنی تبریزی و نوابخش (۱۳۹۵) ناهمخوان می‌باشد. در پژوهش محسنی تبریزی و نوابخش (۱۳۹۵) مذهب نسبت به متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، شبکه‌های اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی، عامل سوم تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی بود. همچنین در این پژوهش عوامل اقتصادی - اجتماعی و رفاهی - فرهنگی به ترتیب مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی بودند. پرویزی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش کیفی خود به این نتیجه رسید که، بعد اجتماعی سلامت نوجوانان با زیرگروه‌هایی که با خانواده، اشتغال، رفاه و توسعه ارتباط دارد می‌تواند در طراحی زیربنای سلامت آینده مفید باشد. حسینی (۱۳۸۷) همچنین به این نتیجه رسیده است که بین پایگاه اقتصادی اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. تحقیق گودرزی نشان می‌دهد که برخورداری از تسهیلات رفاهی (وضعیت محل زندگی) بر سلامت اجتماعی زنان شاغل اثرگذار می‌باشد.

از دیدگاه جامعه‌شناختی، دین به عنوان نهاد اجتماعی، دارای کارکردهای اساسی مانند انضباط، انسجام، حیات بخشی و خوشبختی آفرینی در نظر گرفته می‌شود که فقدان آن بقای جامعه را مخدوش می‌سازد. از دیدگاه روانشناختی نیز دین و دینداری از منظر کارکردهای بهداشت روانی و روان‌درمانی دین توجه ویژه‌ای شده است (خدایاری فرد، ۱۳۸۸: ۲). همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که چون مذهب در جامعه ایرانی بر خلاف اینکه به صورت سنتی از والدین به فرد منتقل و پذیرفته می‌شود، به صورت تحقیقی پذیرفته می‌شود و مذهب برای فرد درونی شده است، در نتیجه افرادی که مذهب را به این صورت پذیرفته باشند در شرایط زندگی خود نیز نیازمند به محرک‌ها و انگیزه‌های بیرونی نیستند، در این صورت افراد از بهزیستی و سلامت اجتماعی بیشتری برخوردار خواهند بود. در همین راستا می‌توان چنین گفت که بر اساس نظریه خود تعیین‌گری دسی و رایان (۲۰۰۰)، افرادی که مذهب و رفتارهای مذهبی را به دلیل وجود کنترل‌کننده‌های خارجی انجام می‌دهند، در مقایسه با افرادی که مذهب را به دلایل وجود انگیزه‌های درونی و ذاتی می‌پذیرند، بیشتر آن را رفتاری اجباری تلقی کرده و رغبتی به آن ندارند. آن دسته از افراد که مذهب را به دلایل ذاتی و درونی قبول دارند سعی در یکپارچه کردن عقاید مذهبی با باورها و ارزش‌های شخصی خود دارند، در این صورت است که می‌توان گفت مذهب در شخص درونی شده است. هرچه میزان درونی‌سازی این عقاید بیشتر باشد، پذیرش آن و انجام اعمال مذهبی به صورت آزادانه و از روی اراده بیشتر خواهد بود.

در نهایت نیز می‌توان گفت این یافته‌ها با آموزه‌های دینی نیز همسو است. به این معنا که افراد مذهبی موقعیت‌های فشارزای زندگی را برنامه و تدبیری الهی که گریزی از آن نیست تلقی نموده و معتقدند که خدا خیراندیش آنها بوده و به آنها آسیبی نمی‌رساند (سوره یونس، ۱۰۹)، همچنین مطمئن هستند کسانی که شکیبایی کنند و تقوی پیشه کنند، خداوند پاداشی عظیم به آنها عطا می‌نماید (سوره هود، ۱۱، و سوره آل عمران، ۱۲۵) و اعتقاد راسخ دارند که با هر سختی، آسانی است (سوره انشراح، ۵). نگرش دینی، اعتقاد به خداوند و قدرت لایزال او و اعتقاد به حاکمیت قوانین او بر جهان و اعتقاد به ناپایداری دنیا و همچنین جهان پس از مرگ و روز جزا و پاداش و باور به اینکه همه چیز در دست خداست و اوست پشتیبان قدرتمند انسان که می‌تواند موقعیت‌ها را گواه نماید و باور اینکه ارتباط با او مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی و پدری مهربان و قابل اتکاء است که با تکیه و توکل به او می‌توان بدون هراس گام برداشت. این نگرش باعث افزایش ایمان و افزایش سطح تحمل و صبر و استقامت فرد در مقابل مشکلات می‌شود. رفتارهای دینی از طریق، ایجاد امید و نگرش‌های مثبت باعث آرامش درونی فرد می‌شود (کران<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). دعا و نیایش باعث تقرب فرد به خدا و ارتباط با آن قادر متعال می‌گردد و باعث می‌شود که فرد از رذایل اخلاقی که آفت سلامت روان و اعصاب است به دور باشد و در مواجهه با مشکلات صبر و توان مقاومت خود را از دست نداده و به خداوند توانا تکیه کند. در دستورات دینی هم اعمال و عبادات فردی و هم اعمال گروهی و جمعی وجود دارد. عبادات جمعی باعث افزایش حمایت اجتماعی، احساس تعلق، روابط اجتماعی و دوستی بین افراد می‌گردد و ایجاد چنین روابط مثبت اجتماعی قطعاً موجبات افزایش خشنودی و شادکامی فرد می‌شود. عبادات فردی نیز باعث ایجاد امید و آرامش روحی روانی شده و ترس و اضطراب و احساس تنهایی را کاهش می‌دهد (شلمزاری و معتمدی، ۱۳۸۰).

افزایش دینداری باعث افزایش و اصلاح دانش و نگرش و رفتارهای دینی در افراد شده و موجبات افزایش ایمان به خدا، تغییر نگاه فرد به دنیا و مشکلات آن، افزایش توکل به خدا در همه احوال و افزایش ارتباط بیشتر فرد با خدا و مردم و به وسیله رفتارهایی چون عبادت گشته و همه این مسائل تأثیرات زیادی بر جنبه‌های روحی و روانی افراد دارد و باعث کاهش هیجان‌نا منفی مانند افسردگی و اضطراب و افزایش هیجان‌نا مثبت مانند خشنودی، اعتماد به نفس و خودکوفایی و ... در فرد می‌گردد.

از جمله آثار دیگر دین‌داری افزایش قناعت و کاهش طمع و زیاده‌خواهی افراد است که این در افزایش بهزیستی و سلامت اجتماعی افراد مؤثر است. همچنین دینداری و عمل به دستورات دینی باعث کاهش گناه در نتیجه احساس پشیمانی از گناه و عذاب

<sup>۱</sup> Krohne

وجدان می‌گردد و انجام کار نیک باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. در تبیین این موضوع می‌توان به این مطلب اشاره کرد که حضور و شرکت در امور مذهبی برای افراد حمایت اجتماعی ایجاد می‌کند و این خود بر خوشحالی و روحیه و خلق بالای افراد و سلامت اجتماعی آنها اثر دارد. باید توجه داشت که افراد در زندگی روزانه خود بر پایه باورهای شخصی و دیدگاهی که درباره دیگران، خود (مثلاً من شایسته هستم)، جهان (مثلاً جهان عادلانه است)، و یا هر دو (مثلاً من می‌توانم جهان را تغییر دهم)، دارند، رفتار می‌کنند. این باورها و دیدگاه‌ها برای هر فرد یک سیستم معنایی شکل می‌دهند. این سیستم معنایی به فرد اجازه می‌دهد که به جهان اطراف خود معنا دهد و براساس این معنادهی به انتخاب هدف و سپس عمل و رفتار مبتنی بر اهداف انتخاب شده بپردازد. مذهب می‌تواند منبع عظیم و بی‌ظنیری برای سیستم معنادهی فرد باشد چرا که در مرکز اینکه چه چیزی مقدس ادراک می‌شود قرار دارد. مؤلفه‌های سیستم معنادهی که متأثر از مذهب هستند شامل باورها، وابستگی‌ها، انتظارات و اهداف به عنوان نقطه مرکزی هیجانانگیز و اعمال فرد عمل می‌کنند (سیلبرمن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). دین به واسطه نقشی که در مدارا در برابر فشارهای روانی دارد، می‌تواند باعث ارتقای بهزیستی روان‌شناختی در فرد شود. باورهای شناختی افراد متدین، نظیر اعتقاد به اینکه خداوند در سختی‌ها به انسان کمک می‌کند، اعتقاد به اینکه خداوند انسان را آزاد و مسئول رفتار خودش آفریده است، یا احساس اطمینان و آرامش از طریق نیایش، به مدارای فرد متدین با فشار روانی کمک می‌کند. دین‌داری با نزدیک کردن فرد به خدا و رهایی از احساس ناامیدی او را از بی‌هدفی می‌رهاند و این خود منجر به کاهش افسردگی در نتیجه عزت نفس بالا و رضایت از زندگی بالا و افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. یکی از کارکردهای مهم دین در طول تاریخ، ایجاد اعتماد و اطمینان اجتماعی بوده و هر چه ارزش‌های دینی و اخلاقی در جامعه‌ای تقویت شده باشند، رفتار افراد پیش‌بینی‌پذیرتر می‌شود؛ چرا که افراد در چارچوب قواعد خاصی رفتار می‌کنند و قابلیت اعتماد به افراد بیشتر و مناسبات اجتماعی روان‌تر و کم‌هزینه‌تر صورت می‌گیرد. البته آموزه‌های دینی، نقشی دو جانبه دارد و کسانی که به طور شخصی یا اجتماعی با آموزه‌های دینی ارتباط دارند، هم مورد اعتماد هستند و هم اعتماد بیشتری به دیگران می‌کنند (کندوانی اصل و تقوی لو، ۱۳۹۴). در صورتی که آموزش‌های دینی بتواند به نحو مؤثر در باورهای جوانان جای گرفته و در آنها نهادینه شود و سپس با واسطه‌هایی از قبیل انجام فرایض دینی و شرکت در مناسب دینی و اجتماعی تقویت گردد از سویی موجب تحکیم پیوندهای اجتماعی و درک ضرورت رعایت هنجارها و قوانین اجتماعی می‌گردد و از سویی دیگر خود به مثابه‌ی عاملی منجر به کسب تجربه‌های معنوی در زندگی؛ و به نوبه‌ی خود موجبات تقویت دین‌داری افراد می‌گردد و می‌تواند به تقویت رعایت هنجارهای اجتماعی در دانشجویان و از این طریق به افزایش بهزیستی و سلامت اجتماعی منجر شود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد عوامل اعتقادی مهمترین مؤلفه تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی می‌باشد. به عبارت دیگر ایمان راستین به خداوند سیستم شناختی در فرد به‌وجود می‌آورد که بر اثر آن رویدادهای فشارزای زندگی به صورت تجربه یادگیری، فرصت برای رشد و تعالی تجربه می‌شود و در اثر چنین تلقی، سلامت افراد افزایش می‌یابد. پژوهش حاضر از این جهت کاربردی می‌تواند داشته باشد که آموزش و پرورش و سازمان‌های مربوط به سلامت و بهداشت با مداخلات مذهبی می‌توانند به ابعاد سلامت اجتماعی افراد کمک نمایند. به نظر می‌رسد که در برنامه‌های ارتقای سلامت اجتماعی، این موضوع باید مد نظر قرار گرفته و بر این اساس برنامه ریزی شود. اگر چه پژوهش حاضر به درک تأثیر عوامل اعتقادی، بر سلامت اجتماعی یاری می‌کند، اما ابعاد و چگونگی این تأثیر نیازمند بررسی‌های طولی است. بررسی‌های مقطعی تنها برش‌هایی از واقعیت را نمایان می‌سازند و برای دریافت عمیق‌تر، بررسی درازمدت تأثیر دین ضروری به نظر می‌رسد.

<sup>۱</sup> Silberman

## منابع

- آزاد فلاح، پرویز؛ دادستان، پریخ، اژه‌ای، جواد؛ مؤذنی، سید محمد (۱۳۷۸). تنیدگی، فعالیت مغزی / رفتاری و تغییرات ایمنوگلوبولین ترشحي A، مجله روانشناسی، ۳ (۱): ۳-۲۲.
- اکبری، غضنفر. (۱۳۷۸). وضعیت جامعه ایران با نظر به شاخص‌های توسعه اجتماعی. مجموعه مقالات همایش توسعه اجتماعی. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- پرویزی، سرور؛ احمدی، فضل اله؛ پوراسدی، حسین (۱۳۹۰). زمینه‌های اجتماعی سلامت نوجوانان: پژوهش کیفی. نشریه پرستاری. ۲۴ (۶۹): ۸-۱۷.
- تاج الدین، محمدباقر (۱۳۹۶). تعیین کننده‌های سلامت اجتماعی شهروندان منطقه ۱۲ تهران. فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. ۸ (۳۲): ۶۱-۹۶.
- تاج الدین، محمدباقر (۱۳۹۶). عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان (مورد مطالعه: شهروندان منطقه ۱ تهران). پژوهشنامه مددکاری اجتماعی. شماره ۱۵، ۱-۳۶.
- تباردرزی، هادی عبدالله (۱۳۸۶). بررسی ارتباط سلامت اجتماعی و متغیرهای دموگرافیک اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- حسینی، سیده فاطمه (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی.
- خدایاری فرد، محمد (۱۳۸۸). آماده سازی مقیاس دینداری و ارزیابی سطوح دینداری اقشار مختلف جامعه ایران، مؤسسه روانشناسی دانشگاه تهران.
- رفیعی، حسن؛ امینی رارانی، مصطفی؛ سمیعی، مرسده؛ اکبریان، مهدی (۱۳۸۹). سلامت اجتماعی در ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد محور. همایش سلامت اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- سیدعباس زاده، میرمحمد؛ امانی، جواد؛ خضری، آذر، پاشوی، قاسم (۱۳۹۱). مقدمه‌ای بر مدل‌یابی معادلات ساختاری به روش PLS و کاربردهای آن در علوم رفتاری، انتشارات دانشگاه ارومیه.
- شلمزاری، عبدالله؛ معتمدی، عبدالله (۱۳۸۰). رابطه هوش، نگرش‌های مذهبی و رویدادهای زندگی با سالمندی موفق در شهر کرد. پایان نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- شولنس. (۱۳۷۹). روانشناسی کمال، الگوی شخصیت (ترجمه گیتی خوشدل). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- صباغ، صمد؛ معینیان، نرمنه؛ صباغ، سارا (۱۳۹۰). سنجش سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با آن در بین خانوارهای شهر تبریز. مجله مطالعات جامعه شناسی. ۴ (۱۰): ۲۷-۴۴.
- غفاری، غلامرضا؛ مولایی، جابر؛ مؤمنی، حسن (۱۳۹۷). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام. فصلنامه علمی- پژوهشی توسعه اجتماعی. ۱۳ (۱): ۴۹، ۳۷-۶۶.
- قدسی، احقر؛ رشیدی، فرنگیس؛ شفیق آبادی، عبدالله. (۱۳۸۹). نقش باورهای غیر منطقی بر سلامت روان دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر تهران. اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، ۵ (۲): ۴۹-۶۵.
- کندوانی اصل؛ علیرضا؛ تقی لو، فرامرز (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین دینداری و اعتماد اجتماعی در میان دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز. مطالعات جامعه شناسی. ۵ (۲۰): ۷۹-۹۷.
- کنگر لو، مریم (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت اجتماعی دانشجویان شاهد و غیر شاهد دانشگاه علامه طباطبائی. پایان نامه کارشناسی ارشد.

- کوثری، یدالله (۱۳۸۳). بهداشت روان در پرتو آموزه‌های نبوی. مریان، سال ششم، شماره ۲۲.
- محسنی تبریزی، علیرضا؛ نوابخش، محمدرضا (۱۳۹۵). بررسی سلامت اجتماعی شهروندان تهرانی و عوامل مؤثر بر آن. مجله علمی پژوهشی مطالعات توسعه اجتماعی ایران. ۸(۴)، ۱۱۱-۱۲۸.
- نوروزی، حسین؛ موحدی‌فر، عرفان (۱۳۹۴). روش تحقیق با رویکرد پایان نامه نویسی. تهران: موسسه کتاب مهربان نشر.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۷۶). راهنمای تدوین گزارش پژوهشی، رساله و پایان‌نامه تحصیلی. تهران: نشر پارسا.
- وامقی، روشنگر؛ رفیعی، حسن؛ و مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۸۴). تدوین سند ملی کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی ۱۳۸۵-۱۳۸۴. فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، ۹(۳۲): ۶۵-۸۶.
- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت. معاونت سلامت، دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

Abachizadeh, K. Tayefi, B. Nasehi, A. Memariyan, N. Rassouli, M. Omidian, S. & Bagherzadeh, L. (2014) Measuring Self Rated Social Health of Iranians Apoplation Based Survey in Three Cities, NBM (Novelty in Biomedicine). 2(3): 79- 84.

Ambler, V.M., (2006). Who Flourishes in College? Using Positive Psychology and Student Involvement Theory to Explore Mental Health among Traditionally Aged Under Graduates, In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. A Dissertation Presented to the Faculty of the School Education the College of William and Mary.

Bandura, A (1997). Self- efficacy pathway to childhood depression. Journal of personality and social psychology.

Blanco, A. & Diaz, D. (2007) "Social Order and Mental Health: A Social Well-Being Approach", Autonoma University of Madrid, Psychologie in Spain, 11(5): 61-71.

Cicognani, E. Pirini, C. Keyes, C. L. M. (2008) "Social "Participation, Sense of Community and social well-being: A Study on American, Italian and Iranian University Students", Social Indicators Research, 89(1): 97-112.

Deci, E. L. and Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry, 11(4): 227- 268.

Field, A. (2009). Discovering statistics using spss third edition.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50.

Fujisawa, Y. Hamano, T. Takegawa, S. (2009) "Social Capital and Perceived Health in Japan: An Ecological and Multilevel Analysis". *Jornal of Social Science Medicine*, 69: 500-505.

Hermon, D.A., Hazler, R.J. (1999). Adherence to a Wellness Model and Perceptions of Psychological Well Being. *Journal of Counseling and Development*, 77(3): 339-343.

Kadison, R., & Digeronimo, T.F. (2004). *College of the Overwhelmed: The Compos Mental Health Crisis and what to Do About*. San Francisco: Jossey-Bass.

Keyes C.M. & Shapiro. A. (2004). Social well- being in the U.S.A descriptive epidemiology. In orville brim, in orville brim, carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds). *Healthing Are you? National study of well-being of midlif*, university of Chicago press.

Keyes, C. L. & Lpez, S. j. (2002). Toward a science of mental health. In C. R. Snyder and Lopez, S. J. (ED). *The Handbook of positive psychology* (pp. 45- 60). New York. Oxford University press.

Keyes, C.L.M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-141.

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford publications.

Kock, N., & Lynn, G. (2012). Lateral collinearity and misleading results in variance-based SEM: An illustration and recommendations. *Journal of the Association for information Systems*, 13(7).

Krohne, M (2000). The assessment of dispositional vigilance and cognitive avoidance. *Journal of cognitive therapy*, 24,(3)297-377.

Leal, A., & Roldan, J. L. (2001). Benchmarking and knowledge management. *Or Insight*, 14(4), 11-22.

Nunnally, J. C. (1994). *Psychometric theory 3E*: Tata McGraw-hill education.

Prince-Paul, M. (2012) "Relationships among Communicative Acts, Social Well-Being, and Spiritual Well-Being on the Quality of Life At the End of Life in Patients with Cancer Enrolled in Hospice", *Journal of Palliative Medicine*, 11(1): 20-25.

Silberman, I. (2005). Religion as a meaning system: Implications for the new millennium. *Journal of social issues*, 61(4), 641-663.



Snyder, M.B. (2004). Senior Student Affairs Officer Round Table: Hottest Topics in Student Affairs. Session Held at the Annual Meeting of the National Association of Student, Personnel Administrators, Denver, Colorado.

Tenenhaus, M., Amato, S., & Esposito Vinzi, V. (2004). *A global goodness-of-fit index for PLS structural equation modelling*. Paper presented at the Proceedings of the XLII SIS scientific meeting.

Wetzels, M., Odekerken-Schröder, G., & Van Oppen, C. (2009). Using PLS path modeling for assessing hierarchical construct models: Guidelines and empirical illustration. *MIS quarterly*, 177-195.

Wissing, T.F., Fouri, A. (2000). Spirituality as a Component of Psychological Well-being. 27th International Congress of Psychology, 23-28 July, Stockholm, Sweden.

## **Provide a Model for Measuring the Factors Affecting the Promote Social Health**

**Houshang Garavand<sup>1</sup>**

*Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran (Corresponding Author)*

**Abstract:** *Indeed the development of health promotion programs in the community would result in ineffective solutions if social and cultural backgrounds are not considered. Therefore, this study was conducted to provide a model for measuring the factors affecting social health. This research is applied in terms of purpose and in terms of nature is a descriptive-analytic method. The statistical population were the Persons over 20 year's resident of Lorestan province, equal to 1072186 people. According to Cochran formula, 395 people were selected as multistage random sampling method. The data collection tool was a researcher-made questionnaire based on the literature and background of the research. In its construction, the views of experts and also specialists in the field of education and research have been used. Exploratory and confirmatory factor analysis using SPSS software (PLS) was used for data analysis. Principal components analysis using varimax rotation yielded a six-factor solution of "believe factors", "socio-economic", "political" "well-being-cultural", "demographic" and "geographical-communication" that jointly accounted for 61.43 percent of the total variance. The next step to explain the concept, confirmatory factor analysis was performed. The results showed Factors affecting the promotion of social health building from six construct latent. Friedman test was used to rank the effective factors, which means "believe factors, socio-economic, well-being-cultural, political, geographical-communication and demographic", respectively, are effective on social health. According to the results, it is suggested that in order to promote social health in adults, believe factors, socio-economic and well-being-cultural factors should be considered.*

**Keywords:** *social health, identify factors affecting, exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis.*

---

<sup>1</sup> Email: garavand.h@lu.ac.ir