

# سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار

مرسده سمیعی،\* حسن رفیعی،\*\* مصطفی امینی رارانی،\*\*\* مهدی اکبریان\*\*\*\*

## چکیده

هر جامعه بسته به وضع موجود خود تعریفی از سلامت اجتماعی دارد و ویژگی‌هایی را برای جامعه سالم برمی‌شمارد. هدف از پژوهش حاضر دستیابی به ویژگی‌های جامعه سالم و ارائه تعریفی بومی برای «سلامت اجتماعی» و سپس تدوین شاخصی قابل قبول برای آن است تا به این ترتیب، امکان ارزیابی وضع موجود، مقایسه‌های درون‌کشوری و بین‌المللی، تعیین روندهای سلامت اجتماعی، تعیین نقاط مداخله برای ارتقای سلامت اجتماعی، ارزشیابی مداخلات با معیار سلامت اجتماعی، و فرضیه‌آزمایی برای یافتن عوامل سبب‌شناختی سلامت جامعه و شناسایی پیامدهای تغییرات آن فراهم شود. به منظور رسیدن به تعریفی «بومی»، با روش دلفی طی پنج دور از ۳۱ نفر از صاحب‌نظران علوم اجتماعی و سلامت نظرخواهی شد. در نهایت ۱۷ ویژگی برای جامعه سالم تعیین شد: جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن کسی فقیر نباشد، خشونت وجود نداشته باشد، رشد جمعیت کنترل شده باشد، تبعیض جنسی وجود نداشته باشد، کیفیت اجرای قانون درباره همه یکسان باشد، پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های بین‌المللی مرتبط با حقوق انسان‌ها رعایت شود، آموزش تا پایان دوره راهنمایی اجباری و رایگان، و بعد از آن رایگان باشد، همگان به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند، امنیت وجود داشته باشد، آزادی عقیده وجود داشته

\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، و مؤسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی داریوش

\*\* روانپزشک و کارشناس ارشد سلامت همگانی (MPH). دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، و مؤسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی داریوش hassan441015@gmail.com

\*\*\* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، مؤسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی داریوش

\*\*\*\* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، مؤسسه مطالعات رفتاری و اجتماعی داریوش

تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۱۸

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۱۰

مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره ۲، زمستان ۱۳۸۹

باشد، افراد از زندگی خود احساس رضایت داشته باشند، همه مردم تحت پوشش بیمه باشند، توزیع درآمدها عادلانه باشد، بیکاری وجود نداشته باشد، تبعیض قومی و نژادی و منطقه‌ای وجود نداشته باشد، حکومت نزد مردم مشروعیت داشته باشد، حاکمان به شیوه مردم‌سالارانه انتخاب شوند، و پس از انتخاب نیز تحت نظارت مردم باشند.

برای آزمون تجربی تعریف مزبور (تعیین روایی سازه) و نیز دستیابی به شاخصی ترکیبی برای سلامت اجتماعی، اطلاعات موجود در مورد ۶ شاخص رشد جمعیت، قتل عمد، فقر، بیکاری، پوشش بیمه، و سواد از ۳۰ استان کشور در سال ۱۳۸۶ تحلیل عاملی اکتشافی شد و به این ترتیب دو مؤلفه کم‌بُنیگی اجتماعی (شامل رشد جمعیت، فقر، پوشش بیمه، و سواد) و مشکلات اجتماعی (شامل بیکاری و قتل) به دست آمد که می‌توانند ۶۸/۳ درصد از پراکنش (واریانس) سازه «سلامت اجتماعی ایران» را توضیح دهند. بر این اساس، جامعه‌ای سالم است که قوی‌بُنیه و کم‌مشکل باشد، یعنی در آن آموزش و پوشش بیمه زیاد، و رشد جمعیت، فقر، خشونت، و بیکاری کم باشد. لازم است در تحقیق‌های آینده با وارد کردن شاخص‌های بیشتر شواهد تجربی قوی‌تری برای این سازه فراهم شود. در عین حال سنجش دوره‌ای سلامت اجتماعی ایران و تعیین روندهای آن در سطح کشور و گروه‌های اجتماعی گوناگون مهم‌ترین تحقیق‌هایی است که برای آینده می‌توان پیشنهاد کرد. هم‌چنین ارتقای آموزش و بیمه، کنترل جمعیت و کاهش فقر، خشونت و بیکاری، مهم‌ترین اقدام‌هایی است که بر اساس این تحقیق می‌توان برای ارتقای سلامت اجتماعی ایران پیشنهاد کرد.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، جامعه سالم، شاخص ترکیبی، دلفی، تحلیل عاملی اکتشافی.

#### مقدمه

سلامت مفهومی چندبُعدی است و تعریف «سازمان جهانی سلامت»<sup>۱</sup> نیز به سه بعد جسمی، روانی، و اجتماعی آن اشاره دارد. سلامت جسمی یا زیست‌شناختی، سلامت در کارکردهای بدن و حالت بهینه عملکرد هر یاخته یا اندام بدن در هماهنگی کامل با بقیه اعضا است

<sup>۱</sup> World Health Organization (WHO)

(کلارک، ۱۹۹۰). طبق تعریف وزارت سلامت و خدمات انسانی آمریکا (۱۹۹۹) به نقل از کییز، ۲۰۰۴)، سلامت روانی عبارت است از حالتی از عملکرد موفق فرآیندهای ذهنی، فعالیت‌های کارآمد، روابط مؤثر و پر بار با افراد، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط مطلوب. تعریف اخیر حاصل چهل سال تلاش متخصصان جهت عرضه تعریفی جامع از سلامت روان است؛ نه فقط به معنای نداشتن بیماری روانی.

شاید بعد اجتماعی سلامت پیچیده‌ترین و در عین حال، بحث‌انگیزترین جنبه از سلامت باشد. سازمان جهانی سلامت (۱۹۴۸) سلامت اجتماعی را یکی از مؤلفه‌های کلیدی سلامت معرفی کرده است، اما به دلیل فقدان ابزارهای معتبر، این مفهوم هم‌چنان موضوع بحث‌های سیاسی و اجتماعی است. مطالعات سلامت با استفاده از نمونه‌های زیستی، بیشتر بر وجه خصوصی سلامت تأکید دارند، ولی افراد در درون ساختارها و روابط اجتماعی قرار دارند (کییز، ۲۰۰۴: ۴).

مجموع نظرها را درباره‌ی بعد اجتماعی سلامت می‌توان در سه دسته یا سه تلقی یا رویکرد قرار داد:

سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی

سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش

سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم

برای دستیابی به تعریفی از سلامت اجتماعی لازم است نخست تکلیف خود را با این سه تلقی روشن کرده باشیم. به این منظور نخست این سه رویکرد و تعاریف برخاسته از آنها را مرور می‌کنیم.

سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد

لارسن (۱۹۹۶) سلامت اجتماعی را گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که عضو آنهاست، تعریف می‌کند و معتقد است مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل آن دسته از پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) است که نشان‌دهنده رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند (لارسن، ۱۹۹۶: ۱۸۳).

کیز (۲۰۰۴) نیز مثل لارسن معتقد است 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 این رو 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. به اعتقاد او و شاپیرو (۲۰۰۴) آنچه بیشتر به زندگی غنا و معنا می‌بخشد، خویشاوندان، روابط و تجارب مشترک است. لذا او به توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارض‌کننده شخصی و به انجام رساندن نقش‌های اجتماعی، عنوان سلامت اجتماعی می‌دهد.

اخیراً نیز اوستون و جیکوب (۲۰۰۵) سلامت اجتماعی را شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی، و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر دانسته‌اند و به شرایط اقتصادی و اجتماعی، رفاه، و تمامیت شخص در شبکه اجتماعی او توجه کرده‌اند.

مهم‌ترین نقد وارد بر این تلقی آن است که با توجه به تعاریف اخیر از سلامت روان، «سلامت اجتماعی بنابراین تعاریف» را می‌توان بخشی از سلامت روان دانست و به این ترتیب سلامت اجتماعی سازه‌ای حشو خواهد بود یا حداکثر بخش اجتماعی سلامت روان را تشکیل خواهد داد.

#### سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش

مطالعات نشان داده است در بین تعیین‌کننده‌های سلامت، سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است: سهم نظام ارائه خدمات سلامت ۲۵ درصد، سهم عوامل ارثی و زیستی ۱۵ درصد، سهم عوامل مادی محیط زیست و عوامل رفتاری ۱۰ درصد، و سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد (مرندی، ۱۳۸۵).

نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت از زمان‌های بسیار قدیم شناسایی شده است. فعالیت‌های بهداشتی قرن نوزدهم و بیشتر اقدامات زیربنایی بهداشت عمومی جدید، همگی نشان‌دهنده آگاهی از وابستگی بین موقعیت اجتماعی شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است. تجزیه و تحلیل‌ها مشخص کرده‌اند اغلب کاهش‌های اساسی و

جدیدی که در مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی مانند سل رخ داده، قبل از توسعه درمان‌های طبی مؤثر در این زمینه به وقوع پیوسته است که در واقع می‌توان گفت این قبیل کاهش‌ها در مرگ و میر ریشه در تغییرات حاصل در سبب غذایی و شرایط زندگی داشته است (ایروین و اسکالی، ۱۳۸۴). در کشور ما با وجود کاستی‌های موجود، به‌خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی افراد گام‌های مناسبی برداشته شده است. اما آنچه فقدان آن، در تمام عرصه‌های کشور محسوس است، توجه نکردن کافی به ابعاد روانی، رفتاری و اجتماعی افراد است. این بی‌توجهی در عصر ارتباطات و جهانی‌سازی، موجب آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی، خودکشی، سیگار کشیدن، فرار از خانه، افت تحصیلی و سایر آسیب‌های اجتماعی می‌شود. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماری‌ها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال همه‌گیر در حال وقوع است و به سرعت پیش می‌رود و موجب بیماری‌ها و اختلالات می‌شود. به نحوی که تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان منشأ برهم زننده سلامت، اختلالات و بیماری‌های روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد شد (مرندی، ۱۳۸۵: ۲۰۳۹). عوامل مؤثر بر سلامت، هم در درون شخص و هم در بیرون از او قرار دارند. این عوامل بر هم اثر می‌گذارند و از این تعامل ممکن است سلامت، ارتقا یا کاهش یابد. از این رو سلامت کل جامعه و افراد را می‌توان نتیجه تعامل‌های بسیار از جمله وراثت، محیط‌زیست، سبک زندگی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، درآمد سرانه و... دانست.

سلامت اجتماعی با این تلقی در واقع همان «تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت»<sup>۱</sup> خواهد بود و بنابراین با وجود مفهوم مزبور بار دیگر سلامت اجتماعی به مفهومی زاید بدل خواهد شد.

### سلامت اجتماعی به مثابه سلامت جامعه یا جامعه سالم

ما با توجه به نقدهای وارد بر تلقی‌های پیش‌گفته، سلامت اجتماعی را به عنوان خصوصیتی از جامعه و معادل با «جامعه سالم» مفهوم‌پردازی کرده‌ایم. در این‌گونه مفهوم‌پردازی، صاحب‌نظرانی با ما همراه بوده‌اند. مثلاً راسل (۱۹۷۳) جامعه‌ای را سالم می‌داند که در آن فرصت و دسترسی برابر به خدمات و کالاهای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا افراد

<sup>۱</sup> Social Determinants of Health (SDH)

جامعه در مقام شهروند عملکرد کاملی داشته باشند. تبیین کننده‌های سلامت جامعه ممکن است شامل عمل به قانون، برابری در ثروت، دسترسی عمومی به مشارکت در فرآیند تصمیم‌گیری و سطح سرمایه اجتماعی باشد.

«ائتلاف جماعت‌های سالم انتاریو»<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نیز جماعت سالم را دارای این مشخصات می‌داند: محیط زیست پاک و امن؛ صلح، انصاف، و عدالت اجتماعی؛ دسترسی کافی همگان به غذا، آب، سرپناه، درآمد، امنیت، کار و تفریح؛ دسترسی کافی به خدمات سلامت؛ وجود فرصت‌هایی برای یادگیری و توسعه مهارت‌ها؛ وجود روابط و شبکه‌های قوی و حامی یکدیگر؛ محیط‌های کار حامی آسایش فرد و خانواده؛ مشارکت وسیع ساکنان در تصمیم‌گیری؛ میراث فرهنگی و معنوی غنی در محل؛ اقتصاد متنوع و زنده؛ حفاظت از محیط زیست طبیعی؛ مصرف مسئولانه منابع به نحوی که پایداری درازمدت آن‌ها تضمین شود. ولی معروف‌ترین نمونه، «شاخص سلامت اجتماعی فوردهام» است که میرینگوف و میرینگوف (۱۹۹۹) در «مؤسسه نوآوری در سیاست اجتماعی»<sup>۲</sup> وابسته به دانشگاه فوردهام وضع کرده‌اند و در آن، به قرار زیر، وضعیت‌های گوناگونی را در گروه‌های سنی مختلف و تعدادی وضعیت را نیز فارغ از سن و در کل جمعیت عمومی در نظر گرفته‌اند:

کودکان: میزان مرگ نوزادان، کودک‌آزاری، فقر کودکان

نوجوانان: میزان خودکشی نوجوانان، میزان مصرف مواد مخدر در نوجوانان، میزان ترک

تحصیل در دبیرستان، میزان بارداری در نوجوانی

بزرگسالان: میزان بیکاری، میانگین درآمد، میزان پوشش خدمات سلامت

سالمندان: میزان فقر بالای ۶۵ سال، عمر مورد انتظار در ۶۵ سالگی

جمعیت عمومی: میزان جرم خشونت‌بار، میزان مرگ در تصادف‌های مرتبط با الکل، میزان

مسکن قابل خرید<sup>۳</sup>، و نابرابری درآمد.

روشن است که میرینگوف‌ها بر خلاف کییز و لارسن و همانند ما سلامت اجتماعی را صفت جامعه می‌دانستند. از آن پس، گام‌های مهمی در زمینه شاخص‌های اجتماعی در ایالات متحده برداشته شده است. مؤسسه فوردهام به جز انتشار سالیانه شاخص، با یونیسف در تدوین

<sup>1</sup> Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC)

<sup>2</sup> Institute for Innovation in Social Policy

<sup>3</sup> Affordable house

اولین شاخص سلامت اجتماعی کودکان در کشورهای صنعتی و هم‌چنین با دولت کانادا به منظور تدوین شاخص سلامت اجتماعی کانادا همکاری داشت. شاخص سلامت اجتماعی در کل با هدف بررسی کیفیت زندگی ملت‌ها و جوامع و مشکلات اجتماعی آن‌ها تدوین شد و کمتر به مشکلات شخصی افراد می‌پردازد (ساندرا و میرینگوف، ۲۰۰۸).

ملاحظه می‌شود که در تلقی و رویکرد سوم، تعاریف متعددی از سلامت اجتماعی وجود دارد. یکی از مهم‌ترین دلایل یا علل این تفاوت‌ها، تفاوت در وضع موجود جوامع و جماعت‌های مختلف است که سبب می‌شود هر جامعه یا جماعت وضع مطلوبی را برای خود به عنوان جامعه یا جماعت سالم تعریف کند که با دیگران متفاوت باشد.

از آن‌جا که تعریف سلامت اجتماعی با این تلقی (جامعه سالم) به شرایط اجتماعی و فرهنگی هر جامعه بستگی دارد، هدف نخست ما به دست آوردن تعریف خاص سلامت اجتماعی در ایران و شناسایی اجزای آن بود. بر پایه تعریف مزبور، هدف بعدی، شناسایی و تعیین شاخص‌های نشان‌دهنده وضعیت جامعه ایران از حیث سلامت اجتماعی است.

با تدوین این شاخص ترکیبی، امکان سنجش دوره‌ای سلامت اجتماعی در ایران و جماعت شهری و روستایی آن، مطالعه روند تغییرات جامعه از نظر سلامت اجتماعی، مقایسه گروه‌های جمعیتی و مناطق مختلف کشور از نظر سلامت اجتماعی، مقایسه کشور با کشورهای دیگر از نظر سلامت اجتماعی، تعیین نقاط مداخله برای ارتقای سلامت اجتماعی، ارزشیابی مداخلات معطوف به ارتقای سلامت اجتماعی، و آزمون فرضیه‌هایی به منظور شناسایی پیش‌آیندهای سلامت اجتماعی یا پیامدهای کمبود آن فراهم می‌شود. به این منظور، نخست تعریفی بر پایه اجماع صاحب‌نظران تدوین کردیم و سپس این تعریف را به محک شواهد تجربی گذاشتیم.

**بخش کیفی: نیل به اجماع صاحب‌نظران درباره ویژگی‌های جامعه سالم**

روش: نیل به اجماع در روش دلفی با کمک سلسله پرسش‌نامه‌های عمیق<sup>۱</sup> و دادن بازخوردهای کنترل‌شده، در مورد یک موضوع خاص، به خصوص موضوعی که اطلاعات زیادی درباره آن در دست نیست، انجام می‌شود. در فرآیند دلفی، اطلاعات بسیاری خلق و

<sup>۱</sup> Intensive

جمع‌آوری و نتیجه آن‌ها به صورت آماری و نیز روایتی به خود شرکت‌کنندگان بازخورد داده می‌شود. دلفی، روشی برای پردازش افکار و عقاید و نظرات گروه متخصصان برگزیده است که برای اعلام افکار و عقاید خود، پیرامون موضوعی خاص، اعلام آمادگی کرده‌اند. این افراد در طول تحقیق، برای یکدیگر بی‌نام و ناشناس باقی می‌مانند. محقق و تسهیل‌گر<sup>۱</sup> با همه متخصصان برگزیده (که «اعضای گروه دلفی» یا «شرکت‌کنندگان» نامیده می‌شوند) تماس مستقیم دارد و با ارائه اطلاعات اولیه، طرح پرسش‌ها، پردازش پاسخ‌ها، و برقرار کردن بازخوردها، با هدف نیل به اجماع، به جریان اطلاعات، ساخت می‌دهد (رانند، ۲۰۰۰).

پس از مطالعه در مورد روش‌های پردازش گروهی، به ویژه روش دلفی و قوت‌ها و ضعف‌های آن، هسته اولیه تحقیق تشکیل شد. این هسته طی اندیشه‌باران<sup>۲</sup> فهرستی از متخصصان رشته‌های مرتبط با موضوع سلامت جامعه را بر اساس دو معیار زیر تهیه کرد:

۱. صاحب‌نظر بودن و داشتن اعتبار علمی در مسائل سلامت و مسائل اجتماعی،

۲. داشتن تجربه در مسائل سلامت و مسائل اجتماعی.

سپس هسته اولیه تحقیق، از جهت معیارهای مزبور به آن‌ها امتیاز داد و با توجه به احتمال ریزش، ۶۳ نفر از آن‌ها که میانگین امتیازهای شان از ۶۰ درصد بیشتر شد، به عنوان شرکت‌کنندگان تحقیق انتخاب شدند. با آنان در مورد موضوع، روش و مدت احتمالی تحقیق گفتگو و موافقت اولیه آن‌ها اخذ شد. سرانجام برای کسانی که موافقت خود را اعلام کرده بودند پرسش‌نامه‌ها با پست سریع (پیک) ارسال گردید. بیش از نیمی از افرادی که در مرحله اول موافقت کرده بودند به همکاری ادامه ندادند: از ۱۵ نفر در دوره‌های مختلف پاسخی دریافت نشد، ۱۵ نفر با وجود موافقت اولیه، اعلام انصراف کردند، ۱ نفر به مرخصی بدون حقوق رفت و ۱ نفر نیز از کشور مهاجرت کرد (جمع ۳۲ مورد). به این ترتیب ۳۱ نفر تا مرحله پایانی به طور کامل در گروه دلفی شرکت داشتند. ترکیب اعضای گروه دلفی از حیث مدرک دانشگاهی چنین بود (به ترتیب الفبایی نام رشته‌ها): اقتصاد ۲ نفر، پزشکی اجتماعی ۱ نفر، توسعه ۱ نفر، جامعه‌شناسی ۴ نفر، جمعیت‌شناسی و سلامت روان ۱ نفر (دو رشته‌ای)، روان‌پزشکی ۸ نفر، روان‌پزشکی و سلامت ۲ نفر (دو رشته‌ای)، روان‌شناسی اجتماعی ۱ نفر،

<sup>1</sup> Facilitator

<sup>2</sup> Brain storming



روانشناسی بالینی ۵ نفر، سلامت ۳ نفر، مددکاری اجتماعی ۱ نفر، مدیریت ۱ نفر، همه‌گیرشناسی ۱ نفر. هم‌چنین از مجموع ۳۱ نفر اعضای دلفی ۹ نفر زن بودند.

یافته‌ها: دور اول: در پرسش‌نامه اولیه از اعضای گروه دلفی خواسته شده بود، در پاسخ به پرسش اولیه («یک جامعه سالم چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد؟») با روش اندیشه‌باران فردی<sup>۱</sup>، هر تعداد ویژگی را که متناسب با شرایط ایران معاصر به نظرشان می‌رسد، بنویسند. در مجموع ۴۱۸ ویژگی (گویه اولیه) به دست آمد. گویه‌ها قابل طبقه‌بندی در ۲۷ مقوله و ۴ سطح بودند. اگرچه این طبقات در پردازش‌های بعدی به کار نیامدند، ذکر آن‌ها در این‌جا از آن جهت مفید است که تصویر کلانی از دیدگاه‌های اعضا به دست می‌دهد.

جدول ۱. طبقه‌بندی ویژگی‌های جامعه سالم از دیدگاه شرکت‌کنندگان دلفی در دور اول

گویه‌ها	مقوله‌ها	سطح‌ها	پرسش اولیه
۱۹	عدالت اجتماعی	ارزش‌های اجتماعی (ویژگی‌های مثبت)	ویژگی‌های جامعه سالم
۱۶	حفظ و ارتقای محیط زیست		
۱۵	وفاق، مدارا، و مشارکت		
۸	ارزش‌های بین‌المللی		
۸	علم‌گرایی		
۷	آزادی		
۷	معنویت		
۵	استقلال		
۱۴	جرم	انحرافات اجتماعی (ویژگی‌های منفی)	
۱۰	خشونت		
۸	انحرافات جنسی		
۶	اعتیاد		
۵۹	نهادهای متولی سلامت	ویژگی‌های ساختاری (ساختارها و نهادهای اجتماعی)	
۴۹	نهادهای متولی سلامت روان		
۳۹	نهادهای متولی اقتصاد و رفاه اجتماعی		
۲۱	نهادهای متولی اشتغال		
۱۸	نهاد آموزش		
۱۷	نهاد حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه		
۱۳	نهادهای متولی اوقات فراغت		
۱۱	نهادهای متولی تأمین نیازهای اساسی		

<sup>۱</sup> Individual brain storming

۵	نهادهای متولی فرهنگ	ویژگی‌های معطوف به وضعیت گروه‌های اجتماعی	۴	۱
۵	نهادهای متولی سایر خدمات عمومی			
۱۷	وضعیت کودکان			
۱۴	وضعیت زنان			
۱۱	وضعیت خانواده‌ها			
۸	وضعیت سالمندان			
۸	وضعیت جمعیت عمومی			
۴۱۸	۲۷			

دور دوم: در دور دوم اعضای گروه دلفی به ۴۱۸ گویه اولیه، امتیازهایی بین ۰ تا ۱۰ دادند. هم‌چنین برخی از اعضای گروه در مورد برخی از گویه‌های اولیه اظهار نظر کردند. علاوه بر این ۲۳۱ ویژگی جدید نیز مطرح شد و به این ترتیب، در پایان دور دوم مجموع ویژگی‌های برشمرده برای جامعه سالم به ۶۴۹ رسید. با توجه به احتمال تفاوت دیدگاه‌های مردم عادی با متخصصان، هم‌زمان با دور دوم یک نظرخواهی از مردم عادی نیز انجام شد که نتایج آن در دور سوم به اطلاع رسید.

دور سوم: در دور سوم، استدلال‌ها و امتیازهایی که اعضا داده بودند و نیز جمع‌بندی نظرات مردم بازخورد داده شد. سپس از اعضای گروه دلفی خواسته شد با توجه به داده‌های به دست آمده (نتایج پردازش دور دوم) و نیز با توجه به نتایج نظرخواهی از مردم (که به صورت درصد موافق، ممتنع، و مخالف به آن‌ها اعلام شده بود)، نمره جدید بدهند. در پایان دور سوم از ۴۱۸ ویژگی، ۱۵۹ ویژگی که امتیاز زیر ۸ (میانگین) داشتند، حذف شد و ۲۵۹ ویژگی باقی ماند.

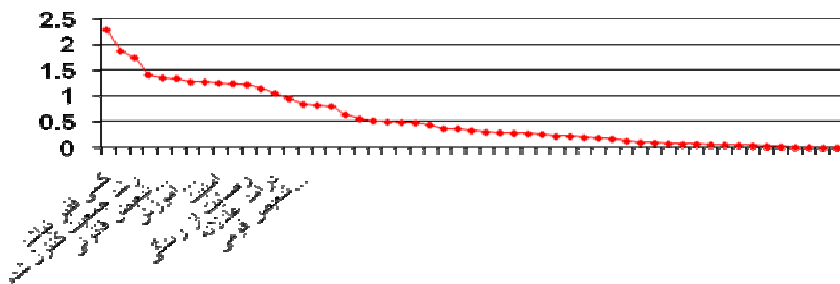
دور چهارم: در دور چهارم نیز پس از اجرای مشابه دور سوم، ۱۰۵ ویژگی با امتیازهای زیر میانگین (باز هم ۸) حذف شد و ۲۸۵ ویژگی باقی ماند. از اعضای دلفی خواسته شد دوباره به این ۲۸۵ گویه امتیاز بدهند.

دور پنجم: تحقیق دلفی زمانی به پایان می‌رسد که نتایج دورها به تکرار رسیده باشند. اگر در این تحقیق خاص، نتیجه را برابر با فهرستی از ویژگی‌های جامعه سالم بدانیم، زمانی می‌توانیم تحقیق خود را خاتمه یافته تلقی کنیم که مشابهت این فهرست در دور آخر با فهرست دور پیش از آخر هر چه بیشتر باشد. از این رو مشابهت امتیازهای تعداد معینی از ویژگی‌ها را با همان تعداد در دور پیش ملاک قرار دادیم. یعنی ویژگی‌هایی را که اعضای دلفی برای جامعه

سالم برشمرده بودند، در دو فهرست آخر (چهارم و سوم) از نخستین ویژگی دارای بیشترین میانگین تا دو ویژگی دارای بیشترین میانگین از بالا (اول و دوم)، سه ویژگی دارای بیشترین میانگین از بالا (اول و دوم و سوم)، چهار ویژگی دارای بیشترین میانگین از بالا (اول و دوم و سوم و چهارم)،... یک به یک با هم مقایسه کردیم و درصد موارد مشابه در دو فهرست را محاسبه کردیم. مشاهده شد که در میان ۵۴ ویژگی دارای بیشترین میانگین از بالا (اول تا پنجاه و چهارم) ۵۱ درصد مشابهت در دو فهرست وجود دارد. از این رو برای سرعت بیشتر در رسیدن به اجماع، در دور پنجم فقط همین ۵۴ ویژگی اول به نظرخواهی گذاشته شد که هم دارای بیشترین امتیازها بودند و هم ۵۱ درصد با دور پیش مشابهت داشتند.

اقدام دیگری که برای تسریع در نیل به اجماع کردیم، تغییر روش ارزیابی گویه‌ها از امتیاز به رتبه بود. به این ترتیب امکان دادن رتبه‌های مشابه به گویه‌های متفاوت وجود نداشت (در حالی که با دادن امتیاز چنین امکانی وجود داشت و غالباً نیز چنین می‌شد)؛ لذا اعضای دلفی اولویت‌بندی روشن‌تری از گویه‌ها ارائه می‌کردند. ولی جمع‌بندی رتبه‌ها با این روش مشکلی دارد و آن این است که اگر صاحب‌نظری دو گویه انتخاب کرده و به آن‌ها رتبه‌های ۱ و ۲ داده باشد و صاحب‌نظر دیگری ۱۰ گویه انتخاب کرده و به آن‌ها از ۱ تا ۱۰ رتبه داده باشد، رتبه ۱ صاحب‌نظر نخست با همین رتبه از نظر صاحب‌نظر دوم یک معنا ندارند و لذا به سادگی نمی‌توان آن‌ها را با هم جمع کرد. برای حل این مشکل لازم بود بار دیگر رتبه‌های داده شده را به امتیاز برگردانیم و در این تبدیل، تفاوت رتبه‌دهی دو صاحب‌نظر فرضی مزبور را هم ببینیم و منظور کنیم. برای این کار، فرض را بر مساوات مجموع نظرات هر صاحب‌نظر با صاحب‌نظر دیگر (نه مساوات تک‌تک رتبه‌های‌شان) گذاشتیم. یعنی با تقسیم عدد واحد (۱) بر مجموع رتبه‌هایی که هر فرد به کل ویژگی‌های منتخب خود داده بود، امتیاز وی برای هر ویژگی تعیین شد. با این کار در واقع رتبه‌هایی که شرکت‌کنندگان مختلف به تعدادهای متفاوتی از ویژگی‌ها داده بودند، به امتیاز تبدیل و امکان جمع بستن آن‌ها فراهم شد. اگر کسی به دو گویه رتبه داده بود، مجموع امتیازهای حاصل از تبدیل رتبه‌های او با مجموع امتیازهای حاصل از تبدیل رتبه‌های کس دیگری که به ۱۰ گویه رتبه داده بود، یکی می‌شد و تنها تفاوت در رتبه‌های منفرد آن‌ها و لذا امتیازهای منفرد آن‌ها می‌بود. سرانجام ویژگی‌ها از بیشترین به کمترین امتیاز مجموع، مرتب شدند و بر اساس فواصل هر یک با ویژگی‌های قبل و بعد، دسته‌بندی شدند (نمودار).

نمودار ۱. امتیازهای تراز شده با تسهیم واحد



نمودار ۲. امتیازهای تراز شده - ویژگی‌های برتر



جدول ۲. جمع‌بندی دور پنجم

رتبه	شماره گویه	مقوله	سطح
۱	۱۰۰ (اولیه)	خشونت	انحرافات اجتماعی
۲	۴۲۳ (اولیه)	وضعیت جمعیت عمومی	ویژگی‌های معطوف به گروه‌های اجتماعی
۳	۳۸۸ (اولیه)	وضعیت زنان	ویژگی‌های معطوف به گروه‌های اجتماعی
۴	۱۶۷/۱ جایگزین - ثانویه	سلامت	ویژگی‌های ساختاری
۵	۱۶۱ جایگزین	سلامت	ویژگی‌های ساختاری
۶	۵۰ جدید	تأمین نیازهای اساسی	ویژگی‌های ساختاری
۷	۱۰ (اولیه)	عدالت اجتماعی	ارزش‌ها
۸	۱۲۴ جایگزین	تأمین نیازهای اساسی	ویژگی‌های ساختاری
۹	۴۸ جدید	تأمین نیازهای اساسی	ویژگی‌های ساختاری
۱۰	۲۷۶ (اولیه)	اشتغال	ویژگی‌های ساختاری
۱۱	۹۹ جدید	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	ویژگی‌های ساختاری
۱۲	۱۰۶ جدید جایگزین	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	ویژگی‌های ساختاری
۱۳	۵۴ (اولیه)	معنویت	ارزش‌ها
۱۴	۲۷ جایگزین ۲	ارزش‌های بین‌المللی	ارزش‌ها
۱۵	۲۰۵ (اولیه)	سلامت روان	ویژگی‌های ساختاری
۱۶	۳۰ (اولیه)	ارزش‌های بین‌المللی	ارزش‌ها
۱۷	۱۱۲ جایگزین	انحرافات جنسی	انحرافات اجتماعی

سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار

ارزش‌ها	عدالت اجتماعی	۱۱ (اولیه)	۱۸
ویژگی‌های معطوف به گروه‌های اجتماعی	وضعیت کودکان	۳۷۵ (اولیه)	۱۹
ویژگی‌های ساختاری	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	۱۰۴ جدید	۲۰
انحرافات اجتماعی	جرم	۳۷ جدید جایگزین ۲	۲۱
ویژگی‌های ساختاری	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	۳۶۱ (اولیه)	۲۲
ویژگی‌های ساختاری	سلامت	۱۴۶ (اولیه)	۲۳
ویژگی‌های ساختاری	تأمین نیازهای اساسی	۴۶ جدید	۲۴
ویژگی‌های ساختاری	اوقات فراغت	۳۳۶ (اولیه)	۲۵
ویژگی‌های معطوف به گروه‌های اجتماعی	وضعیت زنان	۱۱۷ جدید	۲۶
ارزش‌ها	عدالت اجتماعی	۱ جایگزین ۲	۲۷
ویژگی‌های ساختاری	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	۳۶۰ (اولیه)	۲۸
ویژگی‌های ساختاری	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	۱۰۳ جدید	۲۹
ارزش‌ها	عدالت اجتماعی	۱۸ جایگزین	۳۰
ارزش‌ها	ارزش‌های بین‌المللی	۲۸ (اولیه)	۳۱
ویژگی‌های ساختاری	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	۹۸ جدید	۳۲
ویژگی‌های ساختاری	سلامت	۱۵۸ (اولیه)	۳۳
ارزش‌ها	معنویت	۵۳ (اولیه)	۳۴
ویژگی‌های معطوف به گروه‌های اجتماعی	وضعیت زنان	۳۹۲ (اولیه)	۳۵
انحرافات اجتماعی	جرم	۸۹ (اولیه)	۳۶
ویژگی‌های ساختاری	سلامت	۱۶۶ (اولیه)	۳۷
ویژگی‌های معطوف به گروه‌های اجتماعی	وضعیت سالمندان	۴۰۳ جایگزین	۳۸
ارزش‌ها	آزادی	۲۱ (اولیه)	۳۹
ویژگی‌های ساختاری	سلامت	۱۵۹ (اولیه)	۴۰
انحرافات اجتماعی	اعتیاد	۱۲۰ جدید	۴۱
ویژگی‌های ساختاری	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	۳۶۴/۲ ثانویه	۴۲
انحرافات اجتماعی	جرم	۸۸ جایگزین ۴	۴۳
ارزش‌ها	ارزش‌های بین‌المللی	۲۹ (اولیه)	۴۴
ویژگی‌های معطوف به گروه‌های اجتماعی	وضعیت زنان	۱۱۹ جدید جایگزین	۴۵
ویژگی‌های ساختاری	سلامت	۱۶۰ (اولیه)	۴۶
انحرافات اجتماعی	جرم	۸۶ (اولیه)	۴۷
ویژگی‌های ساختاری	سایر خدمات عمومی	۳۴۹ (اولیه)	۴۸
ارزش‌ها	ارزش‌های بین‌المللی	۳۲ (اولیه)	۴۹
ویژگی‌های ساختاری	حکومت، نظام سیاسی، مدیریت جامعه	۳۶۵ جایگزین	۵۰
ویژگی‌های معطوف به گروه‌های اجتماعی	وضعیت زنان	۴۰۰ جایگزین	۵۱
ویژگی‌های ساختاری	سایر خدمات عمومی	۹۶ جدید	۵۲
ویژگی‌های ساختاری	سلامت	۱۴۱ (اولیه)	۵۳
ارزش‌ها	ارزش‌های بین‌المللی	۳۴ جایگزین ۳	۵۴

در نهایت ۱۸ ویژگی برای جامعه سالم تعیین شد: جامعه سالم، جامعه‌ای است که در آن (۱) فقر وجود نداشته باشد، (۲) خشونت وجود نداشته باشد، (۳) رشد جمعیت کنترل شده باشد، (۴) تبعیض جنسیتی وجود نداشته باشد، (۵) قانون همه را در اجرا و حمایت برابر بداند، (۶) پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های بین‌المللی 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 باشند، (۹) امنیت وجود داشته باشد، (۱۰) آزادی عقیده وجود داشته باشد، (۱۱) افراد احساس رضایت از زندگی خود داشته باشند، (۱۲) همه مردم تحت پوشش بیمه باشند، (۱۳) توزیع درآمدها عادلانه باشد، (۱۴) بیکاری وجود نداشته باشد، (۱۵) تبعیض قومی و نژادی و منطقه‌ای وجود نداشته باشد، (۱۶) حکومت نزد مردم مشروعیت داشته باشد، (۱۷) حاکمان به شیوه مردم‌سالارانه انتخاب شوند، و (۱۸) پس از انتخاب نیز تحت نظارت مردم‌سالارانه باشند.

### بخش کمی: روایی سازه با تحلیل عاملی اکتشافی

روش: اکنون باید ببینیم آیا اجماع صاحب‌نظران از پشتوانه تجربی نیز برخوردار است یا نه؟ به این منظور از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کردیم. متناسب با ۱۷ ویژگی مزبور توانستیم تنها ۸ شاخص در ۳۰ استان کشور به دست آوریم: نسبت هزینه‌های خوراکی به غیرخوراکی (شاخصی برای فقر)، میزان ضرب و جرح و قتل (شاخص‌هایی برای خشونت)، رشد طبیعی جمعیت<sup>۱</sup>، میزان باسوادی (شاخصی برای آموزش)، میزان پوشش بیمه‌ای، ضریب جینی (شاخصی برای توزیع عادلانه درآمدها)، و میزان بیکاری.

دو شاخص میزان ضرب و جرح و ضریب جینی، هر یک به دلیلی، از تحلیل عاملی کنار گذاشته شدند: میزان ضرب و جرح به این دلیل کنار گذاشته شد که برخلاف انتظار با میزان قتل در هر استان رابطه‌ای معکوس داشت ( $r = -0.248, p = 0.09$ ). تفسیر این یافته این بود که احتمالاً در برخی استان‌ها موارد ضرب و جرح به خوبی گزارش نمی‌شود و ای بسا به دلیل همین کم‌گزارش دهی<sup>۲</sup> است که میزان قتل نیز در استان بالا می‌رود. مطابق این تفسیر به نظر رسید که میزان قتل در هر استان شاخص بهتری برای بیان وضعیت استان از حیث خشونت

<sup>۱</sup> Natural Growth Rate (NGR)

<sup>۲</sup> under-reporting

باشد؛ خاصه آن که ماهیت قتل به گونه‌ای است که امکان کم گزارش‌دهی آن نیز تقریباً وجود ندارد. شاخص ضریب جینی نیز از آن رو کنار گذاشته شد که باز بر خلاف انتظار تقریباً هیچ‌گونه همبستگی با شاخص‌های دیگر نداشت (به عنوان مثال، با فقر:  $r = 0.007, p = 0.48$  و با بیکاری:  $r = 0.005, p = 0.48$ ). دلیل این وضع نیز بنا به تفسیر ما، نبود ارتباط میان نابرابری با سایر وضعیت‌های اجتماعی نیست، بلکه پراکنش (واریانس) اندک آن بین استان‌ها یا اصطلاحاً محدودیت دامنه<sup>۱</sup> است: هرگاه پراکنش متغیری محدود باشد، آن عامل را باید عاملی ثابت، نه متغیر، دانست که طبیعتاً با متغیرهای دیگر همبستگی نشان نخواهد داد. به این ترتیب، تحلیل عاملی اکتشافی بر ۶ شاخص انجام شد.

یافته‌ها: مقدار سنجه کی.ام.ا (۰/۶۶۰) و معناداری آزمون کرویت بارتلت ( $p < 0.001$ ) انجام تحلیل عاملی اکتشافی را مجاز می‌ساخت. بر اساس نتایج ماتریس همبستگی، از چرخش اوبلیمین مستقیم استفاده شد و به این ترتیب دو مؤلفه کم‌بُنیگی (شامل رشد جمعیت، فقر، پوشش بیمه، و سواد) و مشکل (شامل بیکاری و قتل) به دست آمد که می‌توانند ۶۸/۳ درصد از پراکنش سازه «سلامت اجتماعی ایران» را توضیح دهند. بر این اساس، جامعه‌ای سالم است که قوی‌بُنیه و کم‌مشکل باشد، یعنی در آن همه افراد باسواد و تحت پوشش بیمه باشند، رشد جمعیت کنترل شده باشد، و فقر، قتل و بیکاری در آن وجود نداشته باشد. برای تعدیل این بیان آرمانی به منظور زمینی و عملی کردن آن، بهتر است گفته شود جامعه‌ای که در آن آموزش و پوشش بیمه هرچه بیشتر، رشد جمعیت هرچه کنترل‌شده‌تر، و فقر، خشونت، و بیکاری هرچه کمتر باشد، آن جامعه سالم‌تر است.

شاخص سلامت اجتماعی نیز به قرار زیر قابل محاسبه است:

$$\text{ISHI} = \text{ZLit.} + \text{ZIns. Cov.} - (\text{ZNGR} + \text{ZPov.} + \text{ZMurd.} + \text{ZUnemp.})$$

ISHI: Iranian Social Health Index  
 ZLit: Z score of literacy rate  
 ZIns. Cov.: Z score of insurance coverage  
 ZNGR: Z score of Natural Growth Rate  
 ZPov.: Z score of poverty index (i.e. food/non-food expenditures of households)  
 ZMurd.: Z score of willful murder rate  
 ZUnemp.: Z score of unemployment rate

<sup>۱</sup> Range restriction

به عبارت ساده‌تر همه بیانگرهای مندرج در شاخص ترکیبی فوق را نخست به عدد استاندارد<sup>۱</sup> تبدیل می‌کنیم و سپس در فرمول مزبور قرار می‌دهیم تا به عددی برسیم که سلامت اجتماعی آن جمعیت را نشان می‌دهد.

جدول ۳. ماتریس همبستگی

سواد	پوشش بیمه	بیکاری	فقر	قتل عمد	رشد جمعیت	
-۰/۶۳۳ p = ۰/۰۰۰	-۰/۳۶۶ p = ۰/۰۲۳	۰/۱۹۶ p = ۰/۱۴۹	۰،۴۱۸ p = ۰/۰۱۰	۰،۲۳ p = ۰/۱۱۰	۱	رشد جمعیت
-۰/۱۲۲ p = ۰/۲۶۰	-۰/۰۴۴ p = ۰/۴۰۹	۰/۳۳۷ p = ۰/۰۳۴	۰/۳۸۲ p = ۰/۰۱۹	۱		قتل عمد
-۰/۶۵۲ p = ۰/۰۰۰	-۰/۴۹۶ p = ۰/۰۳۰	۰/۳۵۹ p = ۰/۰۲۶	۱			فقر
-۰/۱۹۰ p = ۰/۱۵۷	-۰/۳۰۰ p = ۰/۰۵۰	۱				بیکاری
۰/۷۱۰ p = ۰/۰۰۰	۱					پوشش بیمه
۱						سواد

نمودار ۳. نمودار سنگریزه‌ای

KMO measure of adequacy: 0.660  
 Bartlett's Test of Sphericity:  $p < 0.001$   
 Total Variance Explained = 68.3%  
 Extraction Method: Principal Component Analysis  
 Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization



<sup>۱</sup> Z score



جدول ۴. ماتریس الگوی

مؤلفه ۲	مؤلفه ۱	
مشکل	کم‌بینگی	
۰/۰۷۶	۰/۶۹۹	رشد جمعیت
۰/۳۶۹	۰/۶۴۰	فقر
۰/۱۰۴	-۰/۸۵۵	پوشش بیمه
۰/۰۹۴	-۰/۹۶۶	سواد
۰/۸۹۳	-۰/۱۰۴	قتل عمد
۰/۷۰۸	۰/۱۰۴	بیکاری

بر اساس این شاخص، وضعیت سلامت اجتماعی در استان‌های کشور در سال ۸۶ به شرح جدول ۹ است.

جدول ۵. وضعیت سلامت اجتماعی در استان‌های کشور در سال ۸۶

رتبه سلامت اجتماعی	مقدار شاخص سلامت اجتماعی	استان
۱	۷/۳۷	تهران
۲	۶/۴۲	سمنان
۳	۵/۱	اصفهان
۴	۴/۵۵	بوشهر
۵	۳/۵۷	مازندران
۶	۳/۴۴	قم
۷	۳/۳۷	یزد
۸	۲/۶۳	خراسان رضوی
۹	۲/۵۲	هرمزگان
۱۰	۱/۹۷	گیلان
۱۱	۱/۹۲	مرکزی
۱۲	۱/۹	قزوین
۱۳	۱/۸۸	آذربایجان شرقی
۱۴	۱/۸۵	زنجان
۱۵	۰/۹	خراسان جنوبی
۱۶	- ۰/۵۸	فارس
۱۷	-۰/۷۴	گلستان
۱۸	-۰/۷۸	خوزستان
۱۹	-۱/۲۲	همدان
۲۰	-۱/۴۷	کردستان

۲۱	-۱/۵۲	اردبیل
۲۲	-۲/۳۳	آذربایجان غربی
۲۳	-۲/۴۶	چهارمحال و بختیاری
۲۴	-۲/۸۹	خراسان شمالی
۲۵	-۳/۱۷	کرمان
۲۶	-۴/۱۱	کرمانشاه
۲۷	-۴/۴۲	کهگیلویه و بویر احمد
۲۸	-۴/۹۶	ایلام
۲۹	-۷/۶۳	لرستان
۳۰	-۱۰/۹۸	سیستان و بلوچستان

### بحث و نتیجه‌گیری

تعریف ما از سلامت اجتماعی با تعاریف جوامع دیگر، مشابهت‌ها و نیز تفاوت‌هایی دارد: نبود فقر و خشونت و بیکاری و بی‌سوادی و وجود بیمه همگانی در غالب تعاریف دیگر نیز به صورت‌های مختلف دیده می‌شود، اما رشد کنترل‌شده جمعیت آن را خاص و بومی کرده است. توجه صاحب‌نظران به این موضوع نشان از درگیری ویژه جامعه ایران با این مشکل در سال‌های اخیر دارد که حساسیت آن‌ها را چنین برانگیخته است. اما این نکته نیز درخور توجه است که اهمیت رشد جمعیت فقط در دیدگاه صاحب‌نظران منعکس نبوده، بلکه شواهد تجربی نیز حاکی از ضرورت توجه به آن برای سلامت اجتماعی کشور است.

دلفی در هر حال تعریف متخصصان را به دست می‌دهد که با نظر مردم متفاوت خواهد بود. از این رو بهتر است تحقیق‌های دلفی، خاصه در موضوعاتی مثل سلامت، با نظرسنجی از مردم تکمیل شود. ما در این تحقیق، بنا بر پیشنهادنامه مصوب، امکان این کار را نداشتیم و با این حال برای نیل به پاسخ‌هایی هرچه قابل اتکاتر، نظرسنجی محدودی از مردم هم انجام دادیم و نتایج آن را در دور دوم به اطلاع صاحب‌نظران رساندیم. شاید اگر امکان داشت، بهتر بود این نظرسنجی با انجام بحث‌های گروهی متمرکز و سپس انجام یک پیمایش کمی با حجم نمونه بیشتر انجام می‌شد و از آن مستقلاً یا در دل این دلفی استفاده می‌شد.

اکنون که شاخص سلامت اجتماعی فراهم است، لازم است اطلاعات اجزای آن به صورت منظم جمع‌آوری و شاخص به صورت دوره‌ای محاسبه شود تا هم سلامت جامعه پایش شود، هم تأثیر اقدامات دستگاه‌های مرتبط با سلامت اجتماعی ارزشیابی شود، هم امکان

مقایسه جمعیت‌های مختلف و مناطق مختلف فراهم شود، و هم عوامل مرتبط با آن، اعم از عوامل سبب‌شناختی (عوامل خطر و عوامل محافظ) و عوارض و پیامدهای افول سلامت اجتماعی شناسایی گردد. در هر حال سلامت اجتماعی مفهومی سیال است. همان‌طور که در جوامع مختلف بسته به سطح دستیابی آن‌ها به شرایط مطلوب تعریف متفاوتی می‌طلبد، در مقاطع مختلف زمانی هم ثبات نخواهد داشت و از این رو بازتعریف آن در هر ۵ تا ۱۰ سال ضروری به نظر می‌رسد.

اگر بتوان از یک محک تجربی استفاده کرد، تعریف سلامت اجتماعی و شاخص مبتنی بر آن، از نوعی روایی ملاکی نیز برخوردار خواهد شد. اما یافتن ملاک برای مفهوم «سلامت اجتماعی» دشوار به نظر می‌رسد. هم‌چنین لازم است در تحقیق‌های آینده، با وارد کردن شاخص‌های بیشتر در تحلیل عاملی، شواهد تجربی قوی‌تری برای این سازه فراهم شود. در عین حال، سنجش دوره‌ای سلامت اجتماعی ایران و تعیین روندهای آن در سطح کشور و گروه‌های اجتماعی گوناگون مهم‌ترین تحقیق‌هایی است که برای آینده می‌توان پیشنهاد کرد. هم‌چنین ارتقای آموزش و سلامت، کنترل جمعیت و کاهش فقر، خشونت و بیکاری، مهم‌ترین اقدام‌هایی است که بر اساس این تحقیق می‌توان برای ارتقای سلامت اجتماعی ایران پیشنهاد کرد.

## منابع

- ابن سینا (۱۳۶۴) *قانون در طب*، ترجمه عبدالرحمن شرفکندی، تهران: سروش.
- اعزازي، شهلا (۱۳۸۳) «خشونت خانوادگی - خشونت اجتماعی، مجموعه مقالات آسیب‌های اجتماعی ایران»، *انجمن جامعه‌شناسی ایران*، تهران: آگه.
- ایروین، الک و اسکالی، النا (۱۳۸۴) *عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*، ترجمه محمدحسین نیکنام، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- بابایی، نعمت (۱۳۸۲) «نیازهای سلامت نوجوانان در بستر تحولات اجتماعی»، *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال دوم، شماره ۷: ۴۹-۵۹.
- پارک، جی. ای. پارک، ک. (۱۳۸۰) *درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی (کلیات خدمات سلامتی) بخش نخست*، جلد دوم، ترجمه حسین شجاعی تهرانی و حسین ملک‌افضلی. تهران، سماط، چاپ چهارم: ۴۲-۲۶.

- خالدی، کوهسار و زورار پرمه (۱۳۸۴) «بررسی وضعیت فقر در مناطق شهری و روستایی ایران»، *مجله اقتصاد کشاورزی و توسعه*، شماره ۴۹: ۲۶-۵۷.
- راغفر، حسین و زهرا ابراهیمی (۱۳۸۶) «فقر در ایران طی سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۶۳»، *فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی*، شماره ۲۴: ۳۰۵-۳۱۶.
- راولین، مارتین (۱۳۷۶) *مقایسه فقر*، ترجمه حمیدرضا اشرف زاده، تهران: وزارت جهاد سازندگی.
- روغنجی، محمود (۱۳۸۴) رابطه جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه رازی پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- سید نوازی، محسن (۱۳۸۵) «سلامت و بیماری»، کتاب *جامع سلامت عمومی*، وزارت سلامت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن‌آوری، کمیته رایانه‌ای کردن طب و سلامت، چاپ دوم: ۵۸-۴۴.
- فکوهی، ناصر (۱۳۸۳) *انسان‌شناسی شهری*، تهران: نی.
- محمدنبی، مریم (۱۳۸۷) «سلامت اجتماعی و قلمرو آن»، *سلامت اجتماعی با محور قرار دادن فرد در جامعه*، مؤسسه تحقیقات بهبود زندگی زنان، موجود در <http://www.farsi.riwl.org> به تاریخ ۱۳۸۸/۱۱/۱۲.
- مردی، سید علیرضا (۱۳۸۵) «عوامل اجتماعی سلامت»، کتاب *جامع سلامت عمومی*، وزارت سلامت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فن‌آوری، چاپ دوم.
- میرزایی، محمد (۱۳۸۴) *جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران*، تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- Clarke, J. (1990) *Health, Illness and Medicine in Canada*, Toronto: McClland & Stewart.
- Etienne, G., Linda L. Kruey, J. Dahlberg (2002) *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO.
- Fishbein, D. (1990) "Biological Perspectives in Criminology", *Criminology*, 28 (1): 27-72.
- Keyes, C. M. (1998) "Social Well-being", *Social Psychology Quarterly*, 61 (2): 121 – 140.
- Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004) "Social Well-being in the U.S.: A Descriptive Epidemiology", in Orville Brim, Carol D. Ryff & Ronald C. Kessler (Eds.), *How Healthy Are You? A National*

- Study of Well-Being of Midlife*, Chicago: University of Chicago Press.
- Larouch, R.(1998) "Determinants of College Students Health Promoting Lifestyle", *Clinical Excellence Nurse Practitioners*, 2 (1): 35-44.
- Larson, J. S. (1996) "The World Health Organization Definition of Health: Social Versus Spiritual Health", *Social Indicators Research*, 38: 181-192.
- Linstone, H.L.(2002)*The Delphi Method: Techniques And Applications*, Portland State University.
- Miringoff, M.L. (2003) *Index of Social Health: Monitoring the Social Well-Being of the Nation*. Tarrytown, NY: Fordham Institute for Innovation in Social Policy.
- National Research Council Staff. (1996) *Understanding Violence Against Women*, Washington DC: National Academy Press.
- Ontario Healthy Communities Coalition (OHCC), (2003) *What Makes a Healthy Community?* <http://www.ohcc-ccso.ca/en/what-makes-a-healthy-community>, connected at June, 2003.
- RAND (2000), [www.rand.org/international\\_programs/pardee/pubs/methodologies.htm](http://www.rand.org/international_programs/pardee/pubs/methodologies.htm), connected at June 2000.
- Russel, R. D. (1973) "Social Health: an Attempt to Clarify This Dimension of Wellbeing", *International Journal of Health Education*, 16: 74 – 82.
- Segrin C, Eliton SN. "Social Skills Rating J. Poor Social Skills Are A Vulnerability Factor In The Development Of Psychosocial", *Human Communication Research* 2000, 26: 489-514.
- Ustun ,B., Jakob ,R. (2005) "Re-Defining Health", *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, 83: 802.
- WHO (2000) *World Health Organization Report*, [www.who.int](http://www.who.int). connected at June 2002.

