

سلامت اجتماعی: ابعاد، محورها، و شاخص‌ها در مطالعات

جهانی و ایرانی^۱

محمد توکل^۱

چکیده

سلامت اجتماعی از مفاهیم نسبتاً جدیدی است که هنوز اجماع کامل و جهان شمول بر مؤلفه‌ها، ابعاد، محورها و شاخص‌های آن به وجود نیامده است. علاوه بر جذابیت مفهومی یکی از دلایل اقبال زیاد به سلامت اجتماعی در ایران و جهان این است که نوعی جمع‌بندی از شرایط اجتماعی جامعه ارایه می‌دهد که می‌تواند شاخص و ابزار تحلیلی خوبی برای جامعه‌شناسان کاربردی، آسیب‌شناسان مسایل اجتماعی و برنامه‌ریزان توسعه باشد. در این مطالعه پس از تعریف مفاهیم اصلی و کلیدی به واکاوی ادبیات نظری و پیشینه تحقیقات انجام شده در جهان و ایران با استفاده از کلمات کلیدی سلامت اجتماعی، جامعه سالم و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و همچنین کتب و مقالات می‌پردازیم و مؤلفه‌ها و شاخص‌های سلامت اجتماعی را که توسط مراجع شناخته شده مطرح و معرفی شده‌اند مرور می‌کنیم و در نهایت با یک دسته بندی جدید جدول جامعی از ابعاد و محورهای عمده در ادبیات سلامت اجتماعی ارائه می‌دهیم.

واژگان کلیدی:

سلامت اجتماعی، ابعاد، شاخص‌ها، ایران، جهان.

۱- استاد جامعه شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Email: mtavakol@ut.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۸/۱۱

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۳/۷/۹

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

در نزد عموم، مفهوم سلامت، بیشتر سلامت جسمی و روانی را به ذهن متبادر می‌سازد. اما به صورت دقیق‌تر سلامت سه پایه اساسی دارد؛ سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی. در بین این سه، سلامت اجتماعی، مفهومی است که بطور فزاینده‌ای در محافل علمی و سیاست‌گذاری و اجرایی اهمیت پیدا کرده و طرح و بحث می‌شود. در حالی که سلامت جسمی و سلامت روانی به وضعیت و عملکرد فرد ارتباط مستقیم پیدا می‌کند، سلامت اجتماعی با روابط بین فرد با دیگران و جامعه ارتباط دارد. به عبارت دیگر یک پایه مفهوم سلامت اجتماعی جامعه و به عبارت دقیق‌تر جامعه سالم است. جامعه سالم هم جامعه‌ایست که در آن برای همه افراد فرصت برابر برای دسترسی برابر به کالاها و خدماتی که برای کارکرد تام و تمام یک شهروند ضروری است، وجود داشته باشد. در نتیجه سلامت اجتماعی فرد به ابعاد و جوهی از زندگی جمعی وی مربوط می‌شود، مثل اینکه او چگونه با دیگران کنار می‌آید؟ دیگران چه عکس‌العملی نسبت به او دارند و او با نهادها و هنجارهای اجتماعی چه تعاملی دارد؟

در این ارتباط مفاهیمی چون حمایت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، یا مفهوم جامع‌تر امروزی، سرمایه اجتماعی، برای سلامت اجتماعی طرح می‌شوند. همچنین مؤلفه‌ها، محورها و شاخص‌های مختلفی در ادبیات نظری و پژوهش‌های کاربردی و در محافل مختلف علمی و تخصصی مطرح است که در طول این مقاله به آن‌ها پرداخته می‌شود.

روش

در این مطالعه جهت تبیین چارچوب مفهومی با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی و همچنین کتب و مقالات در خصوص مفاهیم سلامت اجتماعی، نظریه‌های سلامت اجتماعی، ابعاد، شاخص‌ها و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در جهان و ایران بررسی شد.

طرح مساله

موضوع اصلی این مطالعه، سلامت اجتماعی در ادبیات نظری جهانی و نیز در پژوهش‌های ایرانی است. بدین منظور مراجع معتبر، ادبیات نظری و تحقیقات جهانی مرور و مؤلفه‌های برجسته سلامت اجتماعی معرفی می‌گردند.

در نگاه کلی، مؤلفه‌های تعیین کننده سلامت، آن شرایط اقتصادی و اجتماعی است که افراد در آن زاده می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی خود را سپری می‌سازند، کار می‌کنند و پیر می‌شوند. عوامل بازدارنده و مخرب چنین سلامتی بیشتر از مقوله «شرایط مخاطره‌آمیز اجتماعی» است تا عوامل مخاطره‌آمیز فردی. سازمان بهداشت جهانی نیز تأکید نموده است که علی‌رغم اهمیت خدمات درمانی در تشخیص و بهبود بیماری‌های جدی، شرایط اقتصادی و اجتماعی که انسان‌ها را بیمار می‌کند و احتیاج به درمان را ضروری می‌سازد، اهمیت بیشتری برای بهداشت همه مردم دارد. به عنوان شاهدی بر اهمیت این مسأله کافی است که یادآور شویم که این سازمان در سال ۲۰۰۵ کمیسیون ویژه‌ای تحت عنوان عوامل اجتماعی سلامت CSDH^۲ تشکیل داد که پس از مطالعات و بررسی‌های گسترده و همه جانبه گزارش نهایی آن در سال ۲۰۰۸ منتشر گردید (WHO, 2008).

در ادبیات تحقیق، مؤلفه‌های مهم و مطرح سلامت اجتماعی عبارتند از:

مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی، شناخت اجتماعی، مشکلات تعارض شخصیت، اختلال در رفتارهای اجتماعی، بزهکاری، مسائل اخلاقی و شاخص‌های سلامت اجتماعی، در کشورها، جوامع و فرهنگ‌های مختلف؛ از درآمد ناخالص ملی تا بیکاری، تا مرگ و میر کودکان، تا خودکشی، جرم، مسکن، ترک تحصیل، امکانات فراغت و غیر آن.

معرفی ابعاد و شاخص‌ها

چنانکه گفتیم، یکی از مفاهیم نوظهور مطالعات اجتماعی در دهه‌های اخیر، مفهوم سلامت اجتماعی است. می‌توان مفهوم سلامت اجتماعی را در هر جامعه خاص مورد ملاحظه قرار داد اما نمی‌توان آن را به مثابه امری غایی با تعریفی عام، واحد و جهان شمول در نظر گرفت؛ به عبارت دیگر ارائه تعریفی ثابت از سلامت اجتماعی آسان نیست. در این قسمت مروری کوتاه بر تاریخچه تعریف این مفهوم خواهیم داشت. در این ارتباط لازم است ابتدا ابعاد و مؤلفه‌هایی که محققان در جهان و ایران برای آن در نظر گرفته‌اند را بشناسیم و به علاوه بدانیم کدام شاخص‌ها برای سنجش این مفهوم بکار گرفته شده‌اند. دانستن این تاریخچه به ما کمک می‌کند تا بتوانیم به تعریفی مناسب برای بررسی سلامت اجتماعی در ایران برسیم. بدیهی است این تعریف هم باید بیانگر ابعاد و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی ایران باشد و هم شاخص‌های اندازه‌گیری آن را در برگیرد.

واکاوی ادبیات نظری و پیشینه تحقیقات انجام شده

به طور کلی، بر اساس واحد تعریف، تاکنون دو تلقی از سلامت اجتماعی در مطالعات جهانی رایج بوده است. تلقی اول، فرد را واحد تعریف سلامت اجتماعی

قرار می‌دهد و در واقع سلامت اجتماعی را به مثابه صفت و ویژگی‌ای از زندگی فردی و اجتماعی فرد تعریف می‌کند. سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۰۱ میلادی سلامت اجتماعی فرد را نه فقط با نبود بیماری، بلکه بر اساس تحقق آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند. رینگن^۳ (۱۹۹۵)، لارسن^۴ (۱۹۹۶)، کیز^۵ (۲۰۰۴) و اوستون^۶ و جیکوب^۷ (۲۰۰۵) هر یک تعاریفی از سلامت اجتماعی فرد ارائه کرده‌اند. در این تعاریف عمدتاً به عنصر روابط و تعاملات اجتماعی فرد توجه ویژه شده و مورد تأکید قرار گرفته است.

اما تلقی دیگری هم از مفهوم سلامت اجتماعی وجود دارد که در این مطالعه مورد نظر ماست - یعنی محوریت حول جامعه. همانطور که گفتیم تفاوت تلقی اول و دوم در واحد تعریف است. بر این اساس تلقی دوم، سلامت اجتماعی را به مثابه صفتی برای یک «جامعه» در نظر می‌گیرد و به جامعه سالم یا جامعه برخوردار از سلامت توجه دارد. در این تلقی می‌توان به تبعیت از رفیعی سلامت اجتماعی را به معنای «شرایط اجتماعی سلامت‌بخش» و جامعه برخوردار از سلامت اجتماعی را «جامعه‌ای برخوردار از شرایط مساعد برای سلامت» دانست (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.).

در تعریف سلامت اجتماعی جامعه، در سال‌های اخیر شاهد روند انتقال معنادار تمرکز محققین از رویکردهای اپیدمیولوژیک (همه‌گیر شناختی) و زیست‌پزشکی به سوی اهمیت عوامل رفتاری و اجتماعی بوده‌ایم (نجات و احمدوند، ۱۳۸۵ ش.). بعضی از پژوهش‌ها مطرح می‌کنند که هم اکنون سهم عوامل مختلف در تعریف سلامت اجتماعی بدین صورت 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
- سهم عوامل اجتماعی ۵۰ درصد (مرندی، ۱۳۸۸ ش.).

همانطور که مشاهده می‌شود، در تعریف سلامت اجتماعی، نقش عوامل اجتماعی بطور فزاینده‌ای مورد تأکید است. بر همین اساس عده‌ای از محققین سلامت اجتماعی را حول مفهوم «جامعه‌ای بهتر» تعریف کرده‌اند. در این راستا راسل^۸ معتقد است جامعه برخوردار از سلامت اجتماعی جامعه‌ای است که در آن فرصت و دسترسی برابر به خدمات و کالاهای اساسی برای همه وجود داشته باشد تا افراد جامعه به عنوان یک شهروند عملکرد کاملی داشته باشند. بیانگرهای سلامت جامعه ممکن است شامل عمل به قانون، برابری، دسترسی عمومی به مشارکت در فرایند تصمیم‌گیری و سطح سرمایه اجتماعی باشد (راسل، ۱۹۷۳ م.). همانطور که مشاهده می‌شود او علاوه بر تعریف مفهوم سلامت اجتماعی به برخی شاخص‌های آن نیز از دیدگاه خود پرداخته است.

ائتلاف جماعت‌های سالم انترایو^۹ در سال ۲۰۰۳ مؤلفه‌های زیر را برای مفهوم سلامت اجتماعی در نظر گرفته است:

- 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 فرصت‌ها برای یادگیری و توسعه مهارت‌ها
- 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 مسؤولانه منابع به نحوی که پایداری دراز مدت آن‌ها تضمین شود
- (نقل در سمیعی، ۱۳۸۹ش..OHCC,2003).

همچنین به نظر «کارگروه سلامت اجتماعی» در کارولینای شمالی، اجتماع سالم اجتماعی است دارای: امنیت، مسکن قابل پرداخت، سامانه ترابری قابل دسترس، شغل برای جویندگان، محیط زیست سالم و امن و بوم‌سامان (اکوسیستم) پایدار، و خدمات سلامت قابل دسترس با تأکید بر پیشگیری (نقل در سمیعی، ۱۳۸۹ش..OHCC,2003).

محمد توکل

آنچه تا اینجا به اختصار مرور گردید ابعاد در نظر گرفته شده برای مفهوم سلامت اجتماعی توسط محققین این حوزه در کشورهای مختلف جهان بویژه در امریکای شمالی بود. اما پرسشی که بعد از تعریف مفهومی سلامت اجتماعی -یا هر مفهوم دیگری- همواره باید آنرا مد نظر قرار داد، این است که چگونه می‌توان این مفهوم انتزاعی را سنجید و جوامع گوناگون را بر اساس این سنجش با هم مقایسه کرد؟ این پرسش مهم ما را به مبحث مرور شاخص‌های بکار گرفته شده برای سنجش سلامت اجتماعی در تحقیقات جهانی وارد می‌کند.

شاخص‌ها

نشان‌گرهای مناسب سلامت اجتماعی نه تنها برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی در یک کشور یا یک منطقه از آن بکار می‌آیند بلکه برای سنجش وضع سلامت یک کشور در مقایسه با کشور یا کشورهای دیگر و نیز برای سنجش

نیازهای سلامت جامعه، برای تخصیص منابع محدود، و برای پایش و ارزشیابی خدمات بهداشتی و برنامه‌ها و فعالیت‌های مربوطه هم مورد نیاز هستند. نشان‌گرها کمک می‌کنند تا فاصله دستیابی به اهداف و مقاصد برنامه‌ها اندازه‌گیری شود. نشان‌گرها چنانکه از نام آن‌ها برمی‌آید، نشانه‌ای از یک موقعیت معین یا بازتاب آن موقعیت هستند و به تعبیر WHO^{۱۱} «متغیرهایی که به اندازه‌گیری دگرگونی‌ها کمک می‌کنند». غالباً نشان‌گرها هنگامی بکار گرفته می‌شوند که نمی‌توان این دگرگونی را به طور مستقیم اندازه‌گیری کرد؛ مانند اندازه‌گیری سلامت یا وضع خوراک. اگر نشان‌گرها پی در پی و مستمراً در طول زمان اندازه‌گیری شوند می‌توانند جهت و شتاب دگرگونی را نشان دهند و به منظور مقایسه وضع گروه‌های مردم یا مناطق در یک مقطع زمانی همانند بکار روند (سجادی و صدرالسادات، ۱۳۸۳ش).

شاخص کانکتیکت^{۱۱}

این شاخص برای سنجش وضعیت سلامت اجتماعی ایالت کانکتیکت در آمریکا طراحی شده است. این شاخص، همه مراحل زندگی، همه سنین و همه گروه‌های اجتماعی - اقتصادی را در بر می‌گیرد. نشان‌گرهای این شاخص به شرح زیر است:

- میزان مرگ و میر شیرخواران
- سوء استفاده از کودکان
- بیکاری
- میانگین درآمد هفتگی
- هزینه مراقبت‌های بهداشتی

- خودکشی جوانان
- ترک تحصیل در دبیرستان
- زایمان در دوران نوجوانی
- جرم
- مسکن
- گوناگونی درآمد

این ۱۱ نشان‌گر چشم‌اندازی کلی و جامع از سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد. این نشان‌گرها حاکی از وضعیت حیطه‌ها و مؤلفه‌های کیفیت زندگی مانند سلامت، بیکاری، درآمد، آموزش، امنیت و آسایش روان‌شناختی هستند. عملکرد در هر نشان‌گر، بیان‌کننده توان نهادهای اجتماعی مانند جامعه، مدرسه و خانواده است (توکل و ناصری راد، ۱۳۹۰ش).

شاخص آسایش و رفاه اجتماعی و رمونت^{۱۲}

مفهوم آسایش و رفاه اجتماعی نزد افراد گوناگون متفاوت فهمیده می‌شود. برای نمونه، در مورد کودکان امنیت و آرامشی که از سوی پدر و مادر فراهم می‌شود؛ برای افراد بالغ؛ اطمینان از مولد بودن، ادامه یادگیری مهارت‌های جدید برای داشتن امنیت اقتصادی و داشتن حسّ به خود بالیدن؛ برای معلولان تحقق و فعلیت بخشیدن به استعدادها؛ برای سالمندان ادامه زندگی با کسانی که دوستشان دارند؛ برای همه: سلامت، تمیزی آب و هوا، فرصت‌هایی برای تفریح، و بدست آوردن آنچه برای آن ارزش قائلیم؛ چیزهایی که اندازه‌گیری و سنجش آن دشوار است. این شاخص می‌تواند برخی راه‌های عینی برای دستیابی به پیشرفت، رفاه و آسایش اجتماعی بیشتر شهروندان را نشان دهد و برای راهنمایی و هدایت

مدیر یک برنامه، قانون گذار، شهروند و... کاربرد دارد.

این شاخص دربرگیرنده ۱۷ نشان گر است و از ترکیب متغیرهای گوناگون از جمله متغیرهای بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی به دست می آید.

نشان گرهای این شاخص به شرح زیر است:

- درصد تولد با تأخیر یا بدون مراقبت های پیش از تولد
- درصد شیرخواران با وزن کم به هنگام تولد
- درصد مادران با تحصیلات کمتر از ۱۲ سال
- درصد تولدهای تک والدی
- میزان مرگ و میر شیرخواران
- میزان فقر کودکان
- میزان طلاق
- میزان دانش آموختگان دبیرستانی
- درصد زایمان در دوران نوجوانی
- درصد دانش آموزان دبیرستانی که ادامه تحصیل داده اند
- درصد بیکاران جوان
- میزان فقر
- درآمد سالانه
- میزان جرم برآمده از خشونت
- میزان جرم مالی
- میزان خودکشی
- میزان نگهداری بیماران روانی در مؤسسات (توکل و ناصری راد، ۱۳۹۰ش).

شاخص‌های دیگر

تامپسون^{۱۳} در سال ۲۰۰۱ شاخصی تحت عنوان «شاخص مسائل اجتماعی» در کانادا عرضه کرد. مسائل اجتماعی در واقع نقطه مقابل سلامت اجتماعی هستند در نتیجه این مشکلات، به نوعی نشان‌گر وضع سلامت اجتماعی یک جامعه‌اند، به این صورت که آن‌ها این مفهوم را بصورت سلبی نمایندگی می‌کنند. فقدان یا کمبود مسائل اجتماعی بیان‌گر وضعیت خوب سلامت اجتماعی است و بالعکس. شاخص ارائه شده به وسیله تامپسون بدین صورت است:

- قتل
- اقدام به قتل
- حمله
- حمله جنسی
- سرقت
- طلاق
- خودکشی

- الکلیسم (رفیعی، ۱۳۹۱ ش. و Thompson, 2001).

میرینگوف^{۱۴} و میرینگوف، در «مؤسسه نوآوری در سیاست اجتماعی» وابسته به دانشگاه فوردهام^{۱۵}، «شاخص سلامت اجتماعی فوردهام» را تدوین کرده‌اند. ویژگی مهم شاخص مذکور این است که برای گروه‌های مختلف جمعیت بر حسب سن به تفکیک ارائه شده است. البته چهار شاخص هم برای کل جمعیت در نظر گرفته شده‌اند. شاخص سلامت اجتماعی فوردهام بدین شرح است:

- کودکان: میزان مرگ نوزادان، کودک‌آزاری، فقر کودکان

- نوجوانان: میزان خودکشی نوجوانان، میزان سوء مصرف مواد 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 قابل انتظار در ۶۵ سالگی
- کل جمعیت: میزان جرم خشونت‌بار، میزان مرگ و میر در تصادف‌های مرتبط با الکل، میزان مسکن قابل خرید، و نابرابری درآمد (سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹ش؛ نقل از: میرینگوف و میرینگوف، ۱۹۹۹)

ابعاد و شاخص‌های سلامت اجتماعی در پژوهش‌های انجام گرفته در ایران

در تحقیقات انجام گرفته در ایران، فقدان فقر، فقدان خشونت، رشد کنترل شده جمعیت، عدالت قضایی (برابری در پیشگاه قانون)، حقوق بشر، آموزش همگانی رایگان، دسترسی همگانی به خدمات سلامت، امنیت، آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی، پوشش بیمه، توزیع عادلانه درآمد، اشتغال و فقدان بیکاری، عدم تبعیض قومی - نژادی و منطقه‌ای، مردم‌سالاری، مشروعیت دولت و نظارت مردم‌سالارانه بر حکومت، به عنوان ابعاد سلامت اجتماعی مورد نظر گرفته شده‌اند (رفیعی، ۱۳۹۱ش).

در پژوهشی با عنوان «بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز» ضمن تعریف سلامت اجتماعی به عنوان توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب به دیگران، پنج مؤلفه برای سلامت اجتماعی ایران در نظر گرفته شده است. که عبارتند از: ادغام اجتماعی؛ پذیرش اجتماعی؛ مشارکت اجتماعی؛ شکوفایی اجتماعی؛ و انسجام اجتماعی (باباپور خیرالدین و دیگران، ۱۳۸۸ش؛ به نقل از: ریموند^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۴م). در تحقیق

دیگری، ابعاد اخلاقی سلامت اجتماعی از قبیل اخلاق اجتماعی، عرف اجتماعی، آموزه‌های اخلاقی و اخلاق جهان‌شمول بشری در نظر گرفته شده است (فدایی مهربانی، ۱۳۸۹ش). در تحقیقی با عنوان «تأثیر میزان سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان شرکت لیزینگ ایران خودرو)»، از نظریه پنجگانه کیز به عنوان الگوی تعریف و ارائه شاخص‌های مفهوم سلامت اجتماعی استفاده شده و در نتیجه مؤلفه‌های سلامت اجتماعی: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی، در نظر گرفته شده‌اند (افجه و همکاران، ۱۳۸۹ش).

معرف‌های ۷ گانه سلامت اجتماعی برای ایران در مقاله «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران» که کار مشترک مصطفی امینی رارانی، میرطاهر موسوی و حسن رفیعی می‌باشد، به قرار زیر عنوان شده است: «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 و سپس رایگان باشد ۵- توزیع درآمدها عادلانه باشد ۶- همه مردم تحت پوشش بیمه باشند و ۷- بیکاری وجود نداشته باشد» (امینی رارانی و همکاران، ۱۳۸۹ش).

در تحقیقات بررسی شده دیگر در ارتباط با سلامت اجتماعی به این حوزه‌ها بر می‌خوریم: اخلاق اجتماعی، عرف اجتماعی، آموزه‌های اخلاقی، اخلاق عملی، ادغام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، قلمروهای ارتباطی، مهارت‌های زندگی و اجتماعی شدن.

همچنین علاوه بر مؤلفه‌های مفهوم سلامت اجتماعی که به آن‌ها اشاره شد می‌توان لیستی از شاخص‌های مهم سلامت اجتماعی در تحقیقات انجام شده در ایران ارائه کرد که به شرح زیر است:

۱- شاخص توسعه انسانی (HDI)^{۱۷} که از ابعاد سه‌گانه‌ی ۱- امید به زندگی؛
۲- دانش؛ ۳- سرانه درآمد تشکیل شده است (بختیاری و همکاران، ۱۳۸۵ش.).
۲- شاخص کانکتیکت؛ در تحقیقات سلامت اجتماعی ایران همچنین از
برخی نشان‌گرهای یازده‌گانه کانکتیکت نیز استفاده شده است، از قبیل:

- مرگ و میر شیرخواران (دوازده امامی، ۱۳۸۲ش.).

- بیکاری (صیدایی و همکاران، ۱۳۸۹ش.).

- خودکشی جوانان (بخشا و همکاران، ۱۳۹۰ش.).

- جرم (مهرگان و همکاران، ۱۳۹۰ش.).

- مسکن (ملکی و همکاران، ۱۳۸۸ش.).

- گوناگونی درآمد (مهرگان و همکاران، ۱۳۹۰ش.).

۳- شاخص آسایش و رفاه اجتماعی ورمونت؛ که چنانکه قبلاً گفتیم
دربرگیرنده هفده نشان‌گر است و از ترکیب متغیرهای گوناگون از جمله متغیرهای
بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی بدست می‌آید. از این شاخص نیز
در تحقیقات حوزه سلامت اجتماعی ایران استفاده شده و نشان‌گرهای زیر ملاک
سنجش گرفته است:

- درصد شیرخواران با وزن کم هنگام تولد (میرزا رحیمی و همکاران، ۱۳۸۵ش.).

- میزان مرگ‌ومیر شیرخواران (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۸۴ش.).

- میزان خودکشی (بخشا و همکاران، ۱۳۹۰ش.).

- میزان جرم (مهرگان و همکاران، ۱۳۹۰ش.).

جمع‌بندی و پیشنهاد

با مرور مجموعه ابعاد، محورها، شاخص‌ها و مؤلفه‌های مطروحه در این

مطالعه که مأخوذ از مراجع مهم در ارتباط با سلامت اجتماعی هستند، مشاهده می‌کنیم که تعداد زیادی از این مؤلفه‌ها، محورها و شاخص‌ها تکراری‌اند و مجموعه شاخص‌های معروف هم همپوشانی قابل توجهی دارند، لهذا برای بررسی‌های بعدی در سلامت اجتماعی و همین‌طور مسائل اجتماعی، در ایران، جدول زیر که دربرگیرنده ابعاد، محورها و شاخص‌های شناخته‌شده و پرمراجعه در ادبیات سلامت اجتماعی است نهایی می‌گردد.

جدول ۱-۱: لیست جامع و طبقه‌بندی شده ابعاد و محورهای سلامت اجتماعی

ابعاد	محورها
الف- معیشتی-اقتصادی	الف-۱. دسترسی به مسکن و آب مناسب
	الف-۲. توسعه اقتصادی، فقدان فقر و درآمد سرانه
	الف-۳. کاهش درصد بیکاری و وضع مطلوب اشتغال
	الف-۴. محیط کار حامی فرد و خانواده
ب- اجتماعی	ب-۱. صلح، امنیت یا احساس امنیت
	ب-۲. توزیع مناسب درآمد و عدالت اجتماعی، قومی-نژادی، منطقه‌ای و قضایی
	ب-۳. وجود شبکه‌های ارتباطی و حمایتی کافی
	ب-۴. توسعه مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی
	ب-۵. مشارکت اجتماعی
	ب-۶. رعایت اخلاق اجتماعی
	ب-۷. وجود امکانات تفریحی کافی و مناسب
	ب-۸. دسترسی به سامانه‌های ترابری و حمل و نقل مناسب
ج- آسیب‌های اجتماعی	ج-۱. کاهش میزان تولدهای تک‌والدی
	ج-۲. کاهش نرخ خودکشی
	ج-۳. پایین بودن سوء مصرف مواد
	ج-۴. مهار الکلیسم و سوانح ناشی از آن
	ج-۵. کاهش میزان کودک‌آزاری و سوءاستفاده از کودکان
	ج-۶. کاهش میزان جرم و بزهکاری

ج-۷. کاهش خشونت در رفتارها و مناسبات اجتماعی	
ج-۸. کاهش میزان طلاق	
د-۱. کاهش میزان مرگ و میر نوزادان	د- سلامت
د-۲. دسترسی به خدمات سلامت و پوشش فراگیر بیمه	
د-۳. تعداد بیماران روانی تحت مراقبت در مراکز تخصصی	
ه-۱. رشد کنترل شده جمعیت	ه- جمعیتی
ه-۲. افزایش امید به زندگی	
ه-۳. کاهش میزان بارداری و زایمان مادران نوجوان یا بی سواد	
ه-۴. کاهش میزان متولدین کم وزن، با تأخیر یا بدون مراقبت‌های پیشاتولد	
و-۱. آموزش و پرورش همگانی	و- آموزشی
و-۲. کاهش نرخ ترک تحصیل یا عدم ثبت نام در مدرسه	
و-۳. تعداد دانش‌آموختگان دبیرستانی	
و-۴. توسعه دانش و منابع انسانی	
ز-۱. محیط زیست پاک و امن	ز- محیط زیست
ز-۲. مصرف مسئولانه منابع که ضامن پایداری درازمدت آنها باشد	

این مطالعه نشان داد که خوشبختانه پرداختن به مساله مهم سلامت اجتماعی در یکی دو دهه اخیر رو به افزایش بوده، منتها اینرا هم نشان داد که تمرکز مطالعات بیشتر روی منابع انسانی و سپس روی مولفه‌های توسعه اقتصادی-اجتماعی یعنی فقر و درآمد، بیکاری و اشتغال، و عدالت اجتماعی بوده است، و کمتر به موضوعات مهمی نظیر خودکشی، خشونت، بیمه، و همینطور بهداشت، تخریب محیط زیست، و رشد جمعیت توجه شده است. بنابراین لازم است که هم محافل علمی و هم محافل اجرایی تمهیدات پرداختن بیشتر به این

مسایل را فراهم کنند.

علاوه بر این، با توجه به طرح و استفاده روز افزون از سلامت اجتماعی در جهان، به عنوان معیار موجهی برای ترسیم وضعیت توسعه‌ای و رفاهی و همینطور میزان بروز و تنوع مسائل اجتماعی یک کشور، مقایسه آن کشور با سایر کشورها، و مقایسه مناطق مختلف در یک کشور، شایسته است محققین کشور ما نیز هم در بعد نظری و هم در بعد تجربی و کاربردی، مطالعات روی سلامت اجتماعی را کم‌ و کیفی ارتقا دهند و بر عمق و غنای این حوزه بیفزایند. در این راستا، جدول فوق که دربرگیرنده شاخص‌ها و محورهای مطرح در ادبیات سلامت اجتماعی است، میتواند به عنوان ابزاری جامع در مطالعات آتی توسط پژوهشگران اجتماعی در کشور مورد بهره‌برداری و تست قرار گیرد.

پی‌نوشت‌ها

^۱بر گرفته از طرح سلامت اجتماعی. از همکاری م.ناصری راد و م.س.عنصری در تدوین و نهائی کردن اینکار قدر دانی می‌شود.

^۲Commission for SocialDeterminants of Health

^۳Ringen

^۴Larsen

^۵Keyes

^۶Ustun

^۷Jakob

^۸Russell

^۹ Ontario Healthy Communities Coalition:OHCC

^{۱۰} World Health Organization

^{۱۱}Connecticut

^{۱۲}Vermont

^{۱۳}Thompson

^{۱۴}Miringoff

^{۱۵}Fordham

^{۱۶}Raymond

^{۱۷}Human Development Index

فهرست منابع

افجه، سید علی‌اکبر. سام‌آرام، مریم. (۱۳۸۹ش.). تأثیر میزان سلامت اجتماعی بر میزان رضایت شغلی (مورد مطالعه: کارکنان شرکت لیزینگ ایران خودرو). فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. شماره ۳.

امینی رازانی، مصطفی. موسوی، میر طاهر. رفیعی، حسن. (۱۳۹۰ش.). رابطه سرمایه اجتماعی با

سلامت اجتماعی در ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی ۴۲. ۲۰۳ - ۲۲۸.

باباپور خیرالدین، جلیل. طوسی، فهیمه. حکمتی، عیسی. (۱۳۸۸ش). بررسی نقش عوامل تعیین کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز؛ فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز. سال چهارم؛ شماره ۱۶.

بختیاری، صادق. دهقانی‌زاده، مجید. حسین‌پور، سیدمجتبی. (۱۳۸۵ش). بررسی جایگاه استان‌های کشور از منظر شاخص توسعه انسانی. مجله دانش و توسعه؛ شماره ۱۹.

بخشا، فوزیه. بهنام‌پور، ناصر. چرکزی، عبدالرحمان. (۱۳۹۰ش). فراوانی اقدام به خودکشی در مراجعین به مراکز درمانی استان گلستان ۸۷-۱۳۸۳؛ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. شماره ۳۸.

توکل، محمد. نصری‌راد، محسن. (۱۳۹۰ش). مشخصه‌ها و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی. گزارش پژوهشی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

حسن زاده، علی. فخریم‌علیزاده، سعید. (۱۳۸۴ش). فقر، سلامت و تغذیه؛ مجله پزشکی تأمین اجتماعی. شماره ۲۴.

دوازده امامی، شراره. (۱۳۸۲ش). بررسی برخی عوامل اجتماعی مرتبط با مرگ و میر شیرخواران؛ مجله تحقیقات پرستاری و مامایی، شماره ۲۳.

رفیعی، حسن. (۱۳۹۱ش). سلامت اجتماعی: کدام مفهوم؟ کدام ابعاد؟ دبیرخانه ممیزی توسعه علوم انسانی.

سجادی، حمیرا. صدرالسادات، سیدجلال‌الدین. (۱۳۸۳ش). شاخص‌های سلامت اجتماعی. ماهنامه اطلاعات سیاسی - اقتصادی، سال نوزدهم؛ شماره ۳ و ۴.

سمیعی مرسده، رفیعی، حسن، امینی رارانی، مصطفی، اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹ش). سلامت اجتماعی در ایران: از تعریف اجتماع مدار تا شاخص شواهد مدار، مسائل اجتماعی ایران، شماره ۲.

صیدایی، سیداسکندر. بهاری، عیسی؛ زارعی، امیر. (۱۳۸۹ش). بررسی وضعیت اشتغال و بیکاری در ایران طی سال‌های ۱۳۳۵-۱۳۸۹. راهبرد یاس؛ شماره ۲۵.

فدایی مهربانی، مهدی. (۱۳۸۹ش). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (رسانه‌های درحال گذار و سلامت اجتماعی شهروندان. فصلنامه پژوهش و سنجش، شماره ۴۹.

مرندی، علیرضا. (۱۳۸۸ش). عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت. مشهد: کتاب‌پردازان.

ملکی، سعید. شیخی، حجت. (۱۳۸۸ش). بررسی نقش شاخص‌های اجتماعی مسکن در سطح استان‌های کشور با استفاده از روش شاخص ترکیبی توسعه انسانی، مجله برنامه‌ریزی مسکن و

محیط روستا.

مهرگان، نادر. گرشاسبی فخر، سعید. (۱۳۹۰ش.). *نابرابری درآمد و جرم در ایران*، پژوهش‌های رشد و توسعه پایدار (پژوهش‌های اقتصادی) سال یازدهم، شماره ۴.

میرزا رحیمی، مهرداد و همکاران. (۱۳۸۵ش.). میزان بروز و علل تولد نوزادان کم‌وزن در بیمارستان‌های اردبیل در سال ۱۳۸۵، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، شماره ۳۱.

نجات، سحرناز، احمدوند، علیرضا. (۱۳۸۶ش.). *ترسیم جایگاه سلامت اجتماعی در نظام سلامت کشور*، موسسه ملی تحقیقات سلامت.

Keyes C. M , Shapiro.A. (2004). *Social well-being in the U.S.A Descriptive Epidemiology*. In Orville Brim, Carol D. Ryff& Ronald C.

Larsen, James. (1996). "The World Health Organization's Definition of Health: Social versus Spiritual Health." *Social Indicators Research*: 38(2):181-192.

Miringoff, Marque-Luisa, and Sandra Opdycke. (2010). "The Arts in a Time of Recession," *International Journal of the Arts in Society*, vol. 4, no. 5 (2010), 140-168.

OHCC. (2003). *What Makes a Healthy Community?* www.ohcc-ccso.ca/en

Ringen, Stein.(1995). "Well-being, Measurement, and Preferences". *Acta Sociologica* 38:3-15.

Russell, R. D. (1973). "Social Health: An Attempt to Clarify This Dimension of Well-Being." *International Journal of Health Education*. 16:74-82.

Thompson,AH.,(2001).A Social Problem index for Canada

<https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2001/Feb/Original4.asp>

Üstün B.,Jakob,R.(2005). Calling a spade a spade: meaningful definitions of health conditions. *Bull World Health Organ*;83:802.

WHO .(2008). Commission on Social Determinants of Health-final report www.who.int/social_determinants/final_report/

یادداشت شناسه مؤلف

محمد توکل: استاد جامعه شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نشانی الکترونیکی: mtavakol@ut.ac.ir

Social Health: Dimensions, Components, and Indicators in Iranian and World Studies

M.Tavakol

Abstract

Social health is a relatively new concept, and there is no consensus over its dimensions and indicators. A reason for its attraction and its growing use in Iranian and world studies is that it provides an overview of the social conditions of the society, and can be instrumental, as an indicator and an analytic kit, for applied sociologists, social pathologists, and development strategists. In this study, after defining the main concepts, the theoretical and research literature of the subject matter in Iran and abroad will be reviewed, and a new classification of social health and its components in the form of a table will be presented. This table can serve as a comprehensive set of Social Health elements for the applied research in social studies.

Keywords: social health, dimensions, components, indicators, Iran