

تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان های کشور جمهوری اسلامی ایران

فریبا زمان خانی^۱، کامبیز عباچی زاده^{۲*}، سهیلا امیدنیا^۳، علیرضا ابدی^۴، محمدعلی حیدرنیا^۵

۱. دستیار رشته تخصصی پزشکی اجتماعی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دانشیار پزشکی اجتماعی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد مشاوره، اداره سلامت اجتماعی، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، تهران، ایران

۵. دانشیار آمار حیاتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۶. دانشیار آمار حیاتی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: کامبیز عباچی زاده، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

تهران، ایران K.abachizadeh@sbmu.ac.ir

تاریخ پذیرش: خرداد ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: اردیبهشت ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Zamankhani F, Abachizadeh K, Omidnia S, Abadi A, Hiedarnia M.A. Social Health Situation Analysis of all Provinces of Islamic Republic of Iran. Community Health 2016; 3 (3): 181-89.

چکیده

زمینه و هدف: برای تحقق سلامت همه جانبه انسان ها، سلامت اجتماعی در دهه های اخیر مورد توجه قرار گرفت. تعریف و اندازه گیری سلامت اجتماعی در هر جامعه با توجه به شرایط آن متفاوت است. با تعیین ویژگی ها و اندازه گیری آن، وضعیت سلامت اجتماعی جوامع مشخص می شود و مداخله براساس شواهد برای بهبود و ارتقاء سلامت اجتماعی امکان پذیر است.

روش و مواد: مطالعه حاضر در دو فاز کیفی و کمی اجرا شده است. در فاز کیفی، با بررسی متون چارچوب مفهومی مشخص و شاخص های مرتبط استخراج شدند. در فاز کمی، اطلاعات شاخص ها به تفکیک استان ها از منابع رسمی به دست آمد. با نظرسنجی از کارشناسان درباره اهمیت و دقت اطلاعات، شاخص های نهایی استخراج شد. از طریق استانداردسازی تک تک شاخص ها و با استفاده از مدل تجمع (additive) نمره سلامت اجتماعی استان ها محاسبه و سپس رتبه بندی شدند. با استفاده از نرم افزار ArcGIS 2.2.10، نمای جغرافیایی سلامت اجتماعی استان ها ترسیم شد.

یافته ها: شاخص ترکیبی از ۳۹ شاخص تشکیل شده که طبق آن مهم ترین مشخصات جامعه سالم، جامعه ای است که در آن مصرف مواد، کار کودکان، طلاق، بی کاری تحصیل کردگان، تنبیه و مواظبت ناکافی کودکان و مصرف دخانیات وجود نداشته باشد. استان یزد بالاترین رتبه سلامت اجتماعی و استان سیستان و بلوچستان آخرین رتبه را به دست آورد.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر با ترسیم نمای کاملی از وضعیت سلامت اجتماعی استان ها، ابزار مهمی جهت سیاست گذاری مبتنی بر شواهد به دست می دهد. پیشنهاد می شود که برای پایش روندهای آینده مطالعات مشابه هر پنج سال یک بار انجام شود.

واژگان کلیدی: تحلیل وضعیت، سلامت، اجتماعی، استان، ایران

مقدمه

به این معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها

سلامت جسمی و روانی کافی نیست بلکه سلامت اجتماعی

نیز ضروری است (۱). تعریف واحد برای سلامت اجتماعی

مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در

دهه های اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد و

ایالات آمریکا براساس ۱۶ شاخص در سال ۲۰۰۸ نشان داد ایالت مینه‌سوتا بهترین عملکرد و نیومکزیکو بدترین عملکرد را در زمینه سلامت اجتماعی دارد (۸). دکتر رفیعی و همکاران ۱۷ ویژگی برای جامعه سالم در ایران تعیین کرده‌اند از جمله نبود فقر، نبود خشونت، رشد جمعیت کنترل شده باشد، تبعیض جنسی وجود نداشته باشد، قانون همه را در جزا و حمایت برابر بداند، 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 باشند، 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 و حاکمان به شیوه مردم سالارانه انتخاب شوند و پس از انتخاب نیز تحت نظارت مردم باشند. داده‌های شش شاخص متناسب با این ویژگی‌ها به دست آمد که براساس آن وضعیت سلامت اجتماعی استان‌های کشور در سال ۱۳۸۶ محاسبه گردید. استان تهران رتبه اول سلامت اجتماعی و سیستان و بلوچستان رتبه آخر را کسب کرد. در ضمن، به عقیده نویسنده لازم است در مطالعات آینده با وارد کردن شاخص‌های بیشتر شواهد تجربی قوی‌تری برای سازه سلامت اجتماعی فراهم شود (۳). دکتر هاشمی و همکاران ۳۷ شاخص برای نمایش سلامت اجتماعی ایران در سال ۱۳۹۱ معرفی کرده‌اند که تنها اطلاعات ۲۳ شاخص در سطح ملی و بین‌المللی وجود داشت و پیشنهاد شد با انجام نظرسنجی، داده‌های سایر شاخص‌ها به دست آید تا امکان محاسبه وضعیت سلامت اجتماعی کشور فراهم گردد (۹). دکتر درخشان‌نیا و همکاران در سال ۱۳۹۲ ده حیطه برای ویژگی‌های جامعه سالم بیان کردند که شامل ابعاد نظام اقتصادی، جامعه مدنی، چتر رفاه اجتماعی، سلامت همگانی، آسایش (well-being)، سلامت خانواده، فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی، سلامت جسمی، مشکلات اجتماعی، جایگاه و روابط بین‌المللی

وجود ندارد (۲). شاید بعد اجتماعی سلامت پیچیده‌ترین و بحث‌انگیزترین بعد سلامت باشد. تعاریف سلامت اجتماعی در سه رویکرد خلاصه می‌شود:

- سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی
- سلامت اجتماعی به مثابه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
- سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم (۳)

بعد فردی سلامت اجتماعی نشان‌دهنده نحوه تعامل فرد با افراد دیگر جامعه، نحوه عملکرد جامعه در برابر او و نیز نحوه تعامل فرد با سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی است (۴). از نظر Keyes سلامت اجتماعی به صورت درک فرد از سهم داشتن در جامعه، پذیرش توسط دیگران، قابل پیش‌بینی بودن جامعه و رویدادهای اجتماعی، حس مشارکت در جامعه و پتانسیل و رشد جامعه عملیاتی می‌شود (۵). در ایران، در بعد سلامت اجتماعی فردی دو حیطه حمایت اجتماعی و عملکرد اجتماعی شناسایی شده است (۶). در رویکردی دیگر، سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم در نظر گرفته می‌شود (۳). Miringoff جامعه سالم را براساس شاخص سلامت اجتماعی Fordham درگروه‌های سنی کودکان (میزان مرگ نوزادان، کودک‌آزاری و فقر کودکان)، نوجوانان (میزان خودکشی نوجوانان، میزان مصرف مواد مخدر در نوجوانان، میزان ترک تحصیل در دبیرستان و میزان بارداری در نوجوانی)، بزرگسالان (میزان بی‌کاری، میانگین درآمد و میزان پوشش خدمات سلامت)، سالمندان (میزان فقر بالای ۶۵ سال و عمر مورد انتظار در ۶۵ سالگی)، و جمعیت عمومی (میزان جرم خشونت‌بار، میزان مرگ در تصادفات مرتبط با الکل، میزان مسکن قابل خرید و نابرابری درآمد) تبیین کرد (۷).

بیانگرهای سلامت اجتماعی به ما اطلاعاتی کمیته درباره مشکلات می‌دهند. پایش مداوم به ما می‌گوید که آیا تلاش‌هایمان برای بهبود شرایط واقعاً کار می‌کند یا خیر. شاخص رفاه اجتماعی هر سال در کشورهای پیشرفته اندازه‌گیری می‌شود و تحت عنوان گزارش اجتماعی منتشر می‌شود. اندازه‌گیری شاخص سلامت اجتماعی

شاخص‌های طرح پژوهشی "تعیین شاخص‌های سطح اثر و محیط سلامت اجتماعی" که در دفتر سلامت اجتماعی وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۰ انجام شده بود، ملاک قرار گرفت (۱۱). تعداد دیگری از شاخص‌ها، از سایر مطالعات داخلی و خارجی، جمع‌آوری شد. ابتدا سه حیطه سلامت اجتماعی فردی، رفاه اجتماعی و مسائل اجتماعی شناسایی شد.

۲. انتخاب شاخص‌ها: در انتخاب شاخص‌ها سعی شد به این نکته توجه شود، به علت این که اطلاعات مورد نیاز برای تحلیل و بررسی می‌بایست ویژگی رسمی بودن و قابل اعتماد بودن را داشته باشد، از شاخص‌هایی استفاده شد که اطلاعات آن از طریق مراکز آماری رسمی تامین شده باشد تا صحت اطلاعات به کار رفته مورد تایید باشد. گزارش‌های رسمی کشور بین سال ۱۳۹۳-۱۳۸۵ ملاک قرار گرفت. نحوه ارزیابی در دسترس بودن اطلاعات، مصاحبه از طریق پرسشنامه با سازمان‌های ذینفع مانند وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، مرکز آمار ایران، ثبت احوال و ... بود و با بررسی مستندات موجود رسمی (الکترونیکی و غیرالکترونیکی، ...) تکمیل شد.

۳. جمع‌آوری اطلاعات شاخص‌ها: از طریق جستجو در بانک‌های اطلاعات الکترونیک یا غیر الکترونیک انجام گردید. اطلاعات داده‌های میزان باسوادی جمعیت، درآمد و هزینه خانوار، نسبت اشتغال، نرخ بی‌کاری جمعیت ۱۵ سال به بالا، نرخ بی‌کاری جمعیت ۲۴-۱۵ سال، نرخ بی‌کاری جمعیت ۲۹-۱۵ سال، نرخ بی‌کاری افراد تحصیل کرده فعال و درصد خانوارهای زن سرپرست از سایت مرکز آمار ایران به دست آمد. برای اطلاعات نزاع به سایت رسمی سازمان پزشکی قانونی، نسبت ازدواج به طلاق به سایت سازمان ثبت احوال، شیوع مصرف مواد در سال ۱۳۹۰ به کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر، سازمان‌های مردم‌نهاد و فعال در امور زنان به سایت معاونت امور زنان ریاست جمهوری استناد شد. اطلاعات سایر شاخص‌ها از مطالعاتی که در حوزه وزارت بهداشت انجام شده بود از جمله Iran's Multiple Indicator Demographic and

است و پیشنهاد کردند براساس نتایج مطالعه، شاخص ترکیبی طراحی و وضعیت سلامت اجتماعی کشور (به تفکیک استان‌های مختلف) مورد بررسی قرار گیرد (۱۰). تصمیم‌گیران به آگاهی و مدیریت اطلاعات مرکب و متنوع جهت تعریف و ارزشیابی اولویت‌ها، نیاز دارند تا اطلاعات به عملکرد تبدیل شوند. در این مطالعه هدف ما طراحی شاخص ترکیبی سلامت اجتماعی استان‌ها و اندازه‌گیری مقدار آن در سطح استان‌ها است. با این کار شواهدی تولید می‌شود که می‌تواند در تدوین گزارش اجتماعی دوره‌ای کمک کند و نظام مراقبت اجتماعی را پایه‌گذاری کند و به عنوان ابزار سیاست عمومی و حمایت‌طلبی عمل کند.

روش و مواد

مطالعه از نوع توصیفی بوده و در دو فاز کمی و کیفی انجام شده است. در فاز کیفی شاخص‌های سلامت اجتماعی تعیین شد و در فاز کمی نمره سلامت اجتماعی و رتبه استان‌ها محاسبه شده است.

جامعه مورد مطالعه در مرحله کیفی، جامعه آماری خبرگان حیطه سلامت اجتماعی از جمله کارشناسان سلامت اجتماعی معاونت بهداشتی استان‌ها بودند. علت انتخاب گروه مذکور، داشتن تجربه و سابقه فعالیت در زمینه سلامت اجتماعی بود. در مرحله کمی جامعه آماری ۳۱ استان کشور بود. روش کار شامل مراحل ذیل است:

۱. انتخاب حیطه‌های دخیل در سلامت اجتماعی و

شاخص‌های مربوطه: شاخص‌های سلامت اجتماعی، کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی که در ایران و کشورهای دیگر طراحی شده بود توسط جستجو در پایگاه‌های

اطلاعات داخلی، SID, Iranmedex, magiran, IRANDOC و پایگاه‌های اطلاعات خارجی شامل Scopus, Google Scholar, PubMed, Citation Index با کلیدواژه‌های social health, social health category, social health domain, social health index, social health measurement, social health indicators, social welfare, social wellbeing, social capital, social health area بررسی گردید و با جستجوی آزاد، اسناد بالادستی، رسانه‌ها و خلاصه مقالات سمینار تکمیل شد. تعدادی از

۶. **تحلیل عاملی:** نتایج حاصل از بررسی ۳۹ شاخص که با نظر کارشناسان تایید شد، با تحلیل عاملی اکتشافی توسط نرم‌افزار SPSS-22 از نظر چند بعدی بودن آزمون شد.

۷. **تعیین نمره سلامت اجتماعی استان ها و کشور**
براساس شاخص تدوین‌شده: سه روش برای محاسبه نمره سلامت اجتماعی استفاده شد. شاخص‌های استاندارد با وزن برابر و یک، با تجمیع خطی تلفیق شدند. نمرات از زیاد به کم مرتب شدند و رتبه بندی به دست آمد.

$$\text{Index1} = \sum_{i=1}^{39} X_i$$

روش دوم اطلاعات شاخص در وزنی که کارشناسان داده بودند ضرب شد و مجموع شاخص‌های وزن داده شده برای هر استان تجمیع شدند.

$$\text{Index2} = \sum_{i=1}^{39} W_i X_i$$

روش سوم تلفیق نمرات استاندارد از روش z score است. شاخص‌هایی که جهت مثبت دارند مانند باسوادی از شاخص‌هایی که جهت منفی دارند تفريق می‌شود.

$$\text{Index2} = \sum Z p.i. - \sum Z n.i.$$

Z p.i.= Z scoer positive indicators

Z n.i.= Zscore negative indicators

۸. **نمایش وضعیت سلامت اجتماعی استان ها:**
وضعیت سلامت اجتماعی استان ها روی نقشه ایران با نرم‌افزار ArcGIS 2.2.10 ترسیم شد (۱۳).

۹. **همبستگی با سایر مطالعات:** رویی ملاکی مطالعه حاضر از طریق محاسبه همبستگی با مطالعات سلامت اجتماعی دکتررفیعی (۳) و سنجش توسعه یافتگی استان ها آقای اصغری (۱۴)، محاسبه شد.

یافته ها

یافته های اصلی مطالعه از چند بخش شامل "شاخص‌های سلامت اجتماعی اولویت‌بندی شده از نظر کارشناسان براساس اهمیت، "نمودار میله‌ای رتبه‌بندی سلامت اجتماعی استان ها"، "نقشه سلامت اجتماعی استان های کشور"، "نتایج تحلیل عاملی ۳۹ شاخص" و "همبستگی با سایر مطالعات" تشکیل شده است.

فهرست ۳۹ شاخص نهایی برحسب اولویت، که از ۵۴ شاخص اولیه براساس نظر کارشناسان استخراج شده در جدول شماره یک آمده است.

Health Survey، انجام شده در سال ۱۳۸۹، مطالعه بررسی عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در سال ۱۳۸۸، مطالعه سیمای بهداشت استان ها سال ۱۳۸۹ به دست آمد. اطلاعات شاخص‌ها از نظر داده‌های گمشده (missed) و پرت (outliers)، بررسی و اصلاح شدند.

۴. **وزن‌دهی و اولویت‌بندی شاخص‌ها:** ۵۴ شاخص جمع‌آوری شدند که دارای اطلاعات به تفکیک استان ها بودند. شاخص‌های مذکور در قالب پرسشنامه‌ای تنظیم شد که در آن از اهمیت (وزن) با مقیاس یک تا ده، دقت اطلاعات با مقیاس یک تا سه، جامعیت کل ابزار و پوشش حیطه‌های مختلف سلامت اجتماعی توسط کل ابزار با مقیاس یک تا ده سوال شد و از طریق ایمیل برای تعدادی از کارشناسان سلامت اجتماعی معاونت بهداشتی استان ها ارسال گردید. هشت نفر کارشناس پرسشنامه را تکمیل کردند. نقطه برش، برای اهمیت شاخص (وزن) هشت و برای دقت اطلاعات شاخص دو در نظر گرفته شد.

۵. **استانداردسازی شاخص‌ها:** قبل از تلفیق شاخص ها، به علت این که دارای واحد یکسان نیستند به عنوان مثال به صورت درصد، نسبت، ریال و ... هستند، از دو روش برای استانداردسازی استفاده شد. روش استانداردسازی مقایسه‌ای و روش Zscore. روش استانداردسازی مقایسه‌ای با فرمول ذیل در مواردی که شاخص جهت مثبت داشت مانند شاخص "ازدواج به طلاق" استفاده شد:

$$100 \times \frac{\text{کمترین مقدار} - \text{ارزش واقعی}}{\text{کمترین مقدار} - \text{بیشترین مقدار}} = \text{استانداردسازی}$$

برای هم جهت شدن نمرات، در مواردی که شاخص جهت منفی داشت مانند کار کودکان، از روش ذیل برای استاندارد کردن نمره خام استفاده گردید (۱۲).

$$100 \times \frac{\text{ارزش واقعی} - \text{بیشترین مقدار}}{\text{کمترین مقدار} - \text{بیشترین مقدار}} = \text{استانداردسازی}$$

و استانداردسازی به روش Zscore از طریق فرمول زیر انجام شد.

$$Z \text{ score} = \frac{x - \mu}{SD}$$

اجتماعی استان‌ها با روش استانداردسازی مقایسه‌ای با وزن برابر می باشد که استان یزد رتبه اول و استان سیستان و بلوچستان رتبه آخر را دارد. نقشه وضعیت شاخص سلامت اجتماعی استان های کشور در شکل دو به نمایش در آمده است. رنگ تیره تر نشانه نمره بیشتر و وضعیت بهتر سلامت اجتماعی است.

میانگین (انحراف معیار) پوشش حیطه‌های مختلف سلامت اجتماعی (توسط ۵۴ شاخص) (از یک تا ده) به ترتیب ۸/۷ (۰/۷۴) بود و میانگین نمره جامعیت لازم برای نمایش تصویر کلی سلامت اجتماعی یک استان در یک مقیاس لیکرت ۱ تا ۱۰، ۸/۵ برآورد شد. شکل شماره یک، بیان گر نمودار میله‌ای نمره سلامت

جدول شماره ۱- شاخص های اولویت دار سلامت اجتماعی توسط کارشناسان از نظر اهمیت

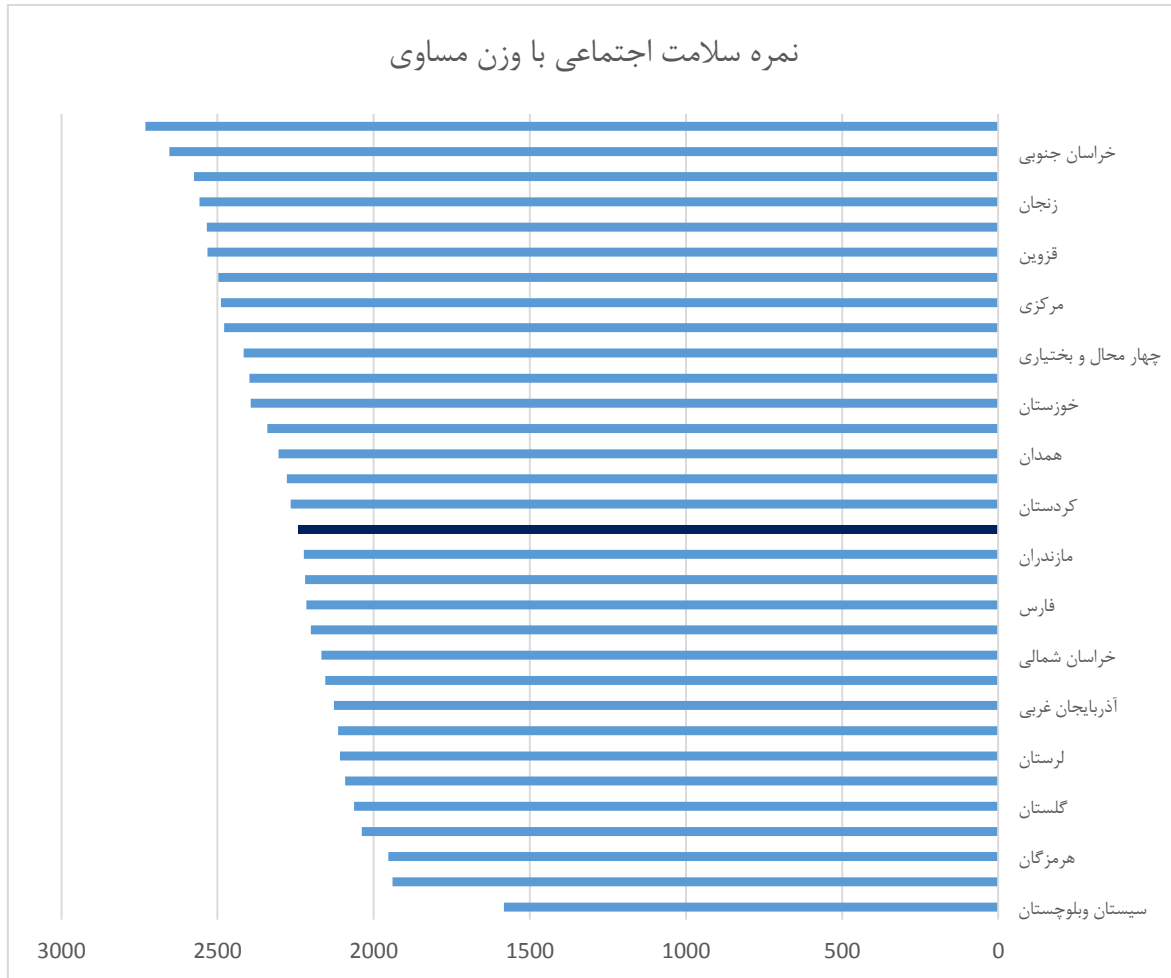
| ردیف | شاخص | میانگین | انحراف معیار | ردیف | شاخص | میانگین | انحراف معیار |
|------|---|---------|--------------|------|--|---------|--------------|
| ۱ | شیوع مصرف مواد | ۹/۹ | ۰/۴ | ۲۱ | کودکان ۱۷-۰ سال محروم از زندگی با حداقل یکی از والدین | ۸/۵ | ۱/۲ |
| ۲ | کار کودکان ۵-۱۴ سال | ۹/۵ | ۰/۹ | ۲۲ | درآمد خانوار شهری | ۸/۵ | ۱/۲ |
| ۳ | نسبت ازدواج به طلاق | ۹/۴ | ۷/۸ | ۲۳ | میزان باسواد جمعیت ۶ ساله و بالاتر | ۸/۵ | ۱/۴ |
| ۴ | جمعیت تحصیل کرده بیکار به کل جمعیت تحصیل کرده فعال | ۹/۳ | ۱/۰ | ۲۴ | ضریب جینی روستایی | ۸/۵ | ۱/۴ |
| ۵ | میزان تنبیه جسمی شدید (کودکان) | ۹/۱ | ۱/۱ | ۲۵ | نرخ بیکاری جمعیت ۱۵ ساله و بیشتر | ۸/۵ | ۱/۸ |
| ۶ | مواظبت ناکافی کودکان | ۹ | ۰/۹ | ۲۶ | شاخص برابری جنسیتی در آموزش ابتدایی | ۸/۵ | ۱/۹ |
| ۷ | شیوع مصرف قلیان شهری | ۹ | ۱/۱ | ۲۷ | شهرهای بالای سیصد هزار نفر که آلاینده‌ها در آن سنجش می‌شوند. | ۸/۴ | ۱/۵ |
| ۸ | شیوع مصرف قلیان روستایی | ۹ | ۱/۲ | ۲۸ | درصد خانوارهای زن سرپرست | ۸/۴ | ۱/۶ |
| ۹ | رضایت از زندگی زنان ۲۴-۱۵ ساله | ۸/۹ | ۱/۰ | ۲۹ | زایمان قبل ۱۸ سالگی | ۸/۳ | ۱/۵ |
| ۱۰ | میزان باسواد زنان جوان | ۸/۹ | ۱/۱ | ۳۰ | درصد زنان با حداقل یک بیماری مزمن | ۸/۳ | ۰/۹ |
| ۱۱ | شیوع مصرف سیگار | ۸/۹ | ۱/۴ | ۳۱ | درآمد خانوار روستایی | ۸/۳ | ۱/۲ |
| ۱۲ | دسترسی به آب آشامیدنی در مناطق روستایی | ۸/۹ | ۱/۵ | ۳۲ | نمره رضایت زندگی (خود ادراک) | ۸/۳ | ۱/۵ |
| ۱۳ | درصد نزاع مراجعه کننده به پزشکی قانونی | ۸/۹ | ۰/۶ | ۳۳ | دانش آموزان پایه اول ابتدایی که به پایه پنجم می‌رسند. | ۸/۳ | ۱/۶ |
| ۱۴ | میزان خالص ورود به موقع به آموزش ابتدایی | ۸/۹ | ۰/۸ | ۳۴ | میزان خالص تکمیل دوره ابتدایی | ۸/۳ | ۱/۷ |
| ۱۵ | درصد زنان ۵۴-۱۵ سال که در ماه گذشته فرآورده دخانی استفاده کرده‌اند. | ۸/۷ | ۰/۵ | ۳۵ | شاخص سرمایه اجتماعی | ۸/۱ | ۱/۰ |
| ۱۶ | دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی در مناطق شهری | ۸/۷ | ۱/۲ | ۳۶ | میزان انتقال به دوره راهنمایی | ۸,۱۳ | ۱/۳ |
| ۱۷ | نرخ بیکاری جمعیت ۲۹-۱۵ ساله | ۸/۷ | ۱/۸ | ۳۷ | درصد لاغری در کودکان (وزن برای قد) | ۸/۱ | ۱/۴ |
| ۱۸ | ضریب جینی شهری | ۸/۶ | ۱/۳ | ۳۸ | نسبت اشتغال جمعیت ۱۵ ساله و بیشتر | ۸/۱ | ۱/۸ |
| ۱۹ | میزان تنبیه کلامی (کودکان) | ۸/۵ | ۰/۸ | ۳۹ | چاقی | ۸/۰ | ۰/۹ |

کودکان، درصد نزاع مراجعه کننده به پزشکی قانونی، شیوع مصرف قلیان شهری، شیوع مصرف قلیان روستایی، درصد زنان ۱۵-۵۴ که در ماه گذشته یک روز یا بیش از یک روز از فرآورده دخانی استفاده کرده‌اند، دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی در شهر. ۲۲/۴٪ واریانس را توضیح می‌داد.

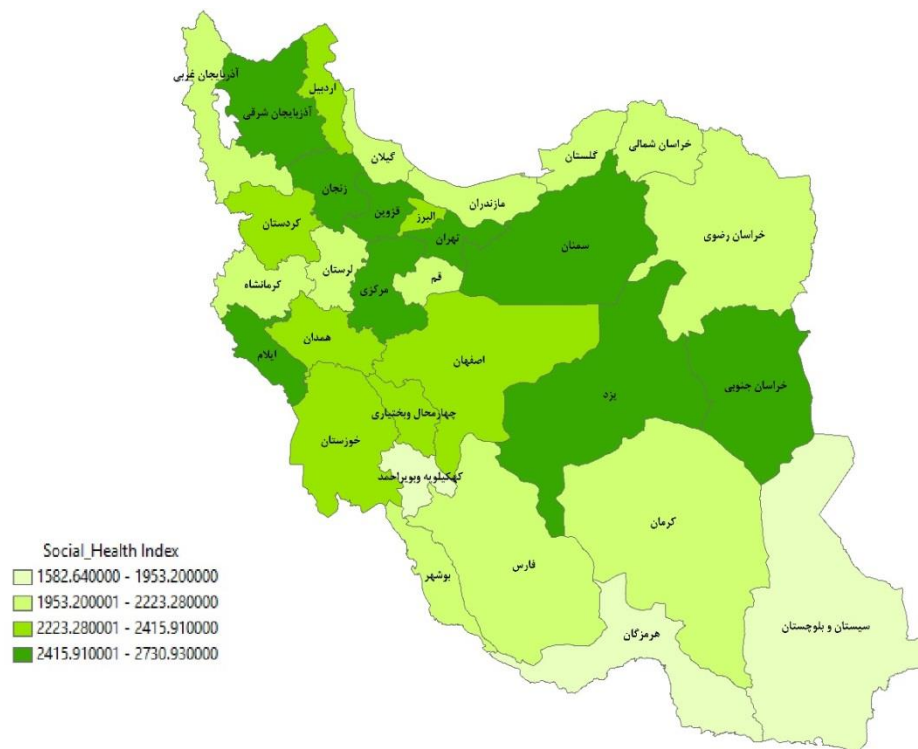
همبستگی مطالعه فعلی با روش استاندارد مقایسه‌ای با وزن برابر با مطالعه توسعه استان های آقای اصغری در پژوهشکده آمار ایران بررسی و ضریب همبستگی ۰/۶ به

شاخص سلامت اجتماعی از نظر چند بعدی بودن آزمون شد. در تحلیل عاملی ۳۹ شاخص به دست آمده در نظرخواهی کارشناسان، ۱۲ عامل با مقادیر ویژه بالای یک وجود داشت که ۸۲/۹٪ واریانس داده‌ها را بیان می‌کرد. عواملی که مقادیر ویژه بالای دو داشتند، انتخاب شدند که شش عامل بود و ۶۰/۷٪ واریانس داده‌ها را بیان می‌کرد. عامل اول شامل درصدی از دانش آموزان پایه اول ابتدایی که به پایه پنجم می‌رسند، نسبت اشتغال جمعیت ۱۵ ساله و بیشتر، میزان تنبیه جسمی شدید

شکل شماره ۱- نمودار رتبه‌بندی سلامت اجتماعی استان‌های کشور (روش استاندارد سازی وزن برابر)



شکل شماره ۲- نقشه سلامت اجتماعی استان‌های کشور



همبستگی بیشتری با سایر مطالعات داشت و به نظر می‌رسد روش بهتری در رتبه‌بندی استان‌ها باشد. همبستگی متوسط با مطالعات قبلی می‌تواند به دلیل متفاوت بودن شاخص‌ها، زمان مطالعه و تعداد شاخص‌ها باشد. نمونه‌هایی از عدم همبستگی وضعیت سلامت اجتماعی و شاخص‌های دیگر توسعه در جهان وجود دارد. برای مثال، شاخص سلامت اجتماعی Miringoff در آمریکا از سال ۱۹۷۶ روند نزولی داشته در حالی که شاخص توسعه انسانی آن روند صعودی داشته است (۱۵). در فرانسه هم استان‌هایی که بالاترین شهرنشینی را داشته‌اند از لحاظ سلامت اجتماعی سطح پایینی را کسب کرده‌اند (۱۶). لذا تفاوت فوق با مطالعه شاخص‌های توسعه پژوهش‌شده آمار را به این ترتیب می‌توان تفسیر کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعه حاضر سه استان اول یعنی یزد، ایلام و خراسان جنوبی و سه استان آخر سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد و هرمزگان هستند. لازم است سیاست‌گذاران، توجه بیشتر و سریع‌تری با استناد به نتایج این مطالعه و مطالعات قبلی به استان‌هایی که رتبه‌های انتهایی را دارند، داشته باشند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، ورود شاخص‌های جدید مانند درصد حاشیه نشینی، جرایم سایبری، و شیوع مصرف سیگار در جوانان و شاخص‌های سلامت اجتماعی جوانان مد نظر قرار گیرد. در ضمن، بررسی هر پنج سال یک بار انجام مطالعه مشابه برای بررسی روند سلامت اجتماعی کشور پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از مدیر و کارشناسان اداره سلامت اجتماعی وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی به خاطر کمک در جمع‌آوری داده‌ها تشکر می‌نماییم. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی خانم دکتر فریبا زمان‌خانی با شماره ثبت ۶۶۸ در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است و با کد اخلاق IR.SBMU.MSP.REC.1395.128 مورد تصویب قرار گرفت.

دست آمد. ضریب همبستگی داده‌های مطالعه حاضر با مطالعه دکتر رفیعی ۰/۵ بود. همبستگی نتایج در دو روش استاندارد سازی (وزن متغیر یا مساوی) و روش Z Score بالای ۰/۹۷ بود.

بحث

در مطالعه حاضر از بین ۵۴ شاخص، ۳۹ شاخص به عنوان شاخص‌های نهایی سلامت اجتماعی استخراج شد. ده اولویت اول شاخص‌ها شامل: شیوع مصرف مواد، کار کودکان، نسبت ازدواج به طلاق، جمعیت تحصیل کرده بی‌کار به کل جمعیت تحصیل کرده فعال، تنبیه جسمی شدید کودکان، مواظبت ناکافی کودکان، شیوع مصرف قلیان شهری، شیوع مصرف قلیان روستایی، رضایت از زندگی زنان، باسوادی زنان است. پنج استان اول که دارای سلامت اجتماعی بهتر نسبت به دیگران بودند براساس ۳۹ شاخص استاندارد مقایسه‌ای و روش وزن برابر شامل استان‌های یزد، خراسان جنوبی، ایلام، زنجان و سمنان و پنج رتبه انتهایی استان‌ها گلستان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد، هرمزگان، سیستان و بلوچستان هستند.

پایش سلامت اجتماعی نیازمند شاخص‌های بومی است و هر کشور متناسب با شرایط و ارزش‌های خود آن را تعیین می‌کند. براساس بررسی متون انجام گرفته توسط پژوهشگران این مطالعه، تنها مطالعه‌ای که در آن شاخص‌های سلامت اجتماعی تدوین و براساس آن ارزش سلامت اجتماعی استان‌های کشور را در سال ۱۳۸۶ تعیین شد، مطالعه دکتر رفیعی و همکاران بود (۳). در این مطالعه در مرحله کیفی ۱۷ شاخص برای سلامت اجتماعی به دست آمد و در مرحله کمی براساس شش شاخص متناسب با مرحله اول شامل رشد جمعیت، فقر، پوشش بیمه، سواد، قتل عمد و بی‌کاری سلامت اجتماعی اندازه‌گیری شد و براساس آن سه استان اول تهران، سمنان و اصفهان و سه استان آخر سیستان و بلوچستان، لرستان و ایلام بودند. همبستگی بین شاخص سلامت اجتماعی مطالعه دکتر رفیعی، مطالعه اصغری و مطالعه حاضر وجود داشت. با توجه به نتایج همبستگی بین مطالعه حاضر و دو مطالعه مذکور، بین سه روش رتبه‌بندی استان‌ها روش استاندارد مقایسه‌ای با وزن برابر

REFERENCES

1. World Health Organization. WHO definition of Health. Available from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (05.07.2016)
2. Allin P. Measuring Societal Wellbeing. *Economic and Labour Market Review*. 2007;1(10):46.
3. Samiee M, Rafiee H, Amini RM, Akbarian M. Social Health of Iran: from a Consensus-based Definition to an Evidence-based Index. *jof soc probl in Iran*. 2011.
4. Russell RD. Social Health: an Attempt to Clarify this Dimension of Well-being. *International Journal of Health Education*. 1973;16(2):74-84.
5. Keyes CLM. Social Well-being. *Social psychology quarterly*. 1998:121-40.
6. Abachizadeh K, Omidnia S, Memaryan N, Nasehi A, Rasouli M, Tayefi B, et al. Determining Dimensions of Iranians' Individual Social Health: A Qualitative Approach. *Iranian journal of public health*. 2013;42(1):88.
7. Miringoff ML, Miringoff M-L. *The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing*. OUP Catalogue. 1999.
8. Opdycke S, Miringoff M-L. *The Social Health of the States*. Institute for Innovation in Social Policy, 2008.
9. Hashemi FM, Pourmalek F, Tehrani A, Abachizadeh K, Memaryan N, Hazar N, et al. Monitoring Social Well-Being in Iran. *Social Indicators Research*. 1-12.
10. Derakhshannia F. *Define Index and Indicators of Social Health in Iran* (Dissertation). Tehran: University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare; 2013.
11. Mirbaha H, F, Pourmalek F, Tehrani A, Abachizadeh K, Memaryan N, Hazar N, et al. Monitoring Social Well-Being in Iran. In: social h, editor. ministry of health. 2012.
12. Hokmabadi R SH, Jafari M. . Preparation of an Implementation Index to Measure Safety Performance of Roads in Iran. *Ir J Epidemiology*. 2009;5 ((3)):7-13. . (Full Text in Persian).
13. ArcGIS for Desktop [computer program]. version 10.2,2,3552. ed. Landers (CALIF): Esri; 2014.
14. Asghari S, Ghodrat SR, Roshan Sangachin D, Rakhshan S. Check Indicators of Development of the Province According to the Census of 1385 and 1390. In: Center AR, editor. St Seyed Gamaledin Asadabadi; 2014.
15. Jahan S, E. J. *Human Development Report 2015. Work for Human Develop* New York: United Nations Development Programme.
16. Jany-Catrice F. The French Regions and Their Social Health. *Social indicators research*. 2009;93(2):377-91.

Original Article

Social Health Situation Analysis of all Provinces of Islamic Republic of Iran

Fariba Zamankhani¹, Kambiz Abachizadeh^{2,3*}, Sohiala Omidnia⁴, Alireza Abadi^{5,6},
Mohammad Ali Hiedarnia³

1. Resident of Community Medicine, Department of Community Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor of Community Medicine, Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Associate Professor of Community Medicine, Department of Community Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MA, MPH, Social Health Office, Health Deputy of Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran
5. Associate Professor of Vital Statistics, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Associate Professor of Vital Statistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Kambiz Abachizadeh; Social Determinants of Health Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: K.abachizadeh@sbmu.ac.ir

Received: 28 May 2016

Accepted: 30 June 2016

Published: 8 August 2016

How to cite this article:

Zamankhani F, Abachizadeh K, Omidnia S, Abadi A, Hiedarnia M.A. Social Health Situation Analysis of all Provinces of Islamic Republic of Iran. Community Health 2016; 3(3): 181-89.

Abstract

Background and Objective: To achieve overall human health, social health in recent decades has been considered as one of the main health dimensions. Defining and measurement social health of any society varies according to its situation. By determining and measuring its characteristics, social health status of society is determined to make evidence-based interventions.

Materials and Methods: This study was conducted in two phases of qualitative and quantitative. In qualitative phase, framework and indicators were extracted by literature review. In quantitative phase, the information of provinces was obtained from official sources. The final indicators were extracted by expert's opinions about the importance and accuracy of the information respectively. Through standardization of individual indicators and using additive model, total score of social health is calculated and then provinces were ranked. Using ArcGIS software, geographical view of social health was constructed.

Results: Based on composite index including 39 indicators, the most important characteristics of a healthy society is a society where there are no drug use, child labor, divorce, unemployment academics, discipline and inadequate care for children and smoking. Yazd had highest social health and "Sistan and Baluchestan" Province won the last rank.

Conclusion: This study draws a complete view of the province's social health as an important tool for evidence based policy making. It is suggested that for monitoring future trends, similar studies should be conducted every 3-5 years.

Keywords: Situation analysis, Iran, Social, Health