

ارزیابی سلامت اجتماعی در ایران و جهان و ارائه مدل راهبردی چند لایه تحقق سلامت اجتماعی با تاکید بر بنیان ها و زیر ساخت های اثر گذار

داریوش جعفرزاده داشبلاغ^۱، محمد جواد نصراله زاده^۲

چکیده

یکی از وظایف حکومت ها ایجاد بستر های لازم برای ارتقای کیفیت زندگی آحاد مردم و توسعه شاخص های سلامت اجتماعی است. هدف این پژوهش ارائه مدل راهبردی چند لایه تحقق سلامت اجتماعی با تاکید بر بنیان ها و زیر ساخت های اثر گذار بر سلامت اجتماعی بود. پژوهش حاضر، به لحاظ ماهیت از نوع توصیفی - کاربردی و به لحاظ روش مبتنی بر داده های کیفی است. روش شناسی پژوهش شامل بررسی مفاهیم نظری پیرامون سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری اجتماعی، حکمرانی و سلامت اجتماعی و همچنین تحلیل خبرگی است. ابزار تحلیل، تکنیک دلفی بوده که برای شناسایی، قضاوت و غربال نظرات خبرگان و تصمیم گیری و اجماع گروهی طی چندین مرحله صورت گرفته است. در فرایند تجزیه و تحلیل اطلاعات، پژوهشگران مؤلفه های مستخرج از مطالعه ادبیات را در قالب یک رابطه علی- معلولی به قضاوت گروه کانونی قرار دادند. مرحله اول از تکنیک دلفی به تأیید مؤلفه ها و مرحله دوم به تأیید رابطه علی- معلولی اختصاص داشت. در مرحله سوم پژوهشگران در خصوص رابطه مفاهیم چهارگانه مدل راهبردی تحقق سلامت اجتماعی، قضاوت نمودند. بررسی وضعیت سلامت اجتماعی در ایران و جهان نشان داد که سلامت اجتماعی ایرانیان در وضعیت مطلوب نبوده و تحقیقات داخلی بیانگر این است که در بین گروه های سنی وضعیت سلامت اجتماعی کودکان نامناسب و سایر گروه ها در سطح متوسط می باشد. نتایج پژوهش نشان داد سلامت اجتماعی زمانی محقق خواهد شد که توجه ویژه ای به شکل گیری رابطه سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری و حکمرانی با هم شود و چگونگی رابطه آنها با مولفه های سلامت اجتماعی، نقش تعیین کننده ای در تحقق سلامت اجتماعی خواهد داشت.

واژگان کلیدی: ارزیابی، سلامت اجتماعی، مدل راهبردی، زیر ساخت های اثر گذار.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۰/۱۸

^۱ دانشجوی دکتری مدیریت راهبردی دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی، دانشکده مدیریت راهبردی، گروه مدیریت راهبردی، تهران، ایران
(Email: issaahmadi@yahoo.com)

^۲ دانشیار دانشگاه و پژوهشگاه عالی دفاع ملی و تحقیقات راهبردی و دانشکده امنیت، گروه امنیت، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
(Email: Sarah.bloodcold@gmail.com)

مقدمه

یکی از وظایف حکومت‌ها (دولت‌ها) ایجاد بسترهای لازم برای تأمین رفاه و امنیت اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی آحاد مردم و توسعه شاخص‌های سلامت اجتماعی است. (سام آرام و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۰۷)، سلامت اجتماعی، مفهوم جدیدی است که می‌تواند به عنوان یکی از ارکان اصلی شرایط و نتایج سلامت در مفهوم عام آن به حساب آید. در عین حال سلامت اجتماعی را می‌توان در چارچوب تعاملات میان افراد و نیز مشارکت اجتماعی تعریف کرد (محسنی، ۱۳۹۳: ۱۳)، سلامت اجتماعی نیز در چارچوب نظامی که بتواند ضمن بهره‌مندی از سرمایه اجتماعی، سیاست و سیاستگذاری اجتماعی و حکمرانی، پاسخگوی مسائل و موضوعات راهبردی اجتماعی باشد و مبتنی بر نیاز جامعه شکل بگیرد محقق می‌شود. سیاست‌گذاری اجتماعی مناسب در حوزه آسیب‌های اجتماعی یا حوزه‌های مرتبط می‌تواند کمک کند تا نقشه راه کشور در هر حوزه‌ای مشخص شود. (سام آرام و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۰۷)،

اهمیت توجه به بعد اجتماعی توسعه و همچنین تأکید سازمان بهداشت جهانی بر سلامت اجتماعی، در کنار سلامت فیزیکی، سبب شده است تا امروزه سلامت اجتماعی به دغدغه‌ی مشترک جامعه‌شناسان و برنامه‌ریزان اجتماعی در هر جامعه تبدیل شود. (مدیری و همکاران به نقل از فتوحی و همکاران، ۱۳۹۱: ۹)، زیرا سلامت اجتماعی افراد از یک طرف معلول متعدد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی ... است و یکی از شاخص‌های توسعه جوامع به شمار می‌رود و از طرف دیگر خودمی‌تواند در توسعه جامعه نقش اساسی ایفا کند. (گلایی، ۱۳۹۳: ۱۲۲)، سلامت اجتماعی نمی‌تواند تنها از مسیر مداخله یک سازمان یا دستگاه اجرایی محقق گردد، بلکه به عنوان یک هدف کلان اجتماعی و در چارچوب حکمرانی مطلوب، نیازمند سیاستگذاری مناسب دولتها برای تأمین شرایطی است که انسانها بتوانند در تعامل با محیط، اجتماع، شبکه‌ها از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار بوده و شرایط اجتماعی بتواند در بروز و ظهور ظرفیت افراد و جامعه موثر باشد. تحقق سلامت اجتماعی، آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده، نهادهای مدنی و جامعه و فعالیت بین‌بخشی سلامت و همکاری سازمانها، دستگاه‌های اجرایی و نهادهای دولتی در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت اجتماعی را طلب می‌کند، اما تحقق چنین آرمانی مستلزم تغییر پارادایم، سبک مدیریت دولت، بازتوزیع قدرت و سپردن نقش‌های تازه‌تر برای سازمان متولی و سایر بازیگران است، سطحی‌نگری است که بگوییم، اقدامات و برنامه‌های سلامت اجتماعی محدود به دستگاه اجرایی خاصی است، شاخص‌های این حوزه از عوامل کلان اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، اجتماعی، محیط زیست و غیره اثر می‌پذیرد، بنابراین نیازمند توجه و حمایت سیاسی تصمیم‌گیرندگان، اجماع خبرگان و مداخلات موثر و مبتنی بر شواهد در حل مسائل اجتماعی و بهبود وضعیت سلامت اجتماعی است و به عبارتی تحقق سلامت اجتماعی، نوعی از حکمرانی که ارزش‌های رفاه و سلامت اجتماعی را هدایتگر و هدف و کانون راهبردی آن باشد را ضروری ساخته است. و ابتکار مدل راهبردی چندلایه تحقق سلامت اجتماعی که برگرفته از رساله طرح راهبردی سلامت اجتماعی در جمهوری اسلامی ایران در دوره دکتری مدیریت راهبردی است به عنوان هدف پژوهش، پیشنهاد محقق برای مدیریت این حوزه حساس است. حال مسئله این است که وضعیت سلامت اجتماعی در گروه‌های سنی در ایران و در بین شاخص‌های جهانی سلامت اجتماعی و رفاه چگونه است و دیگر اینکه بنیان‌ها و زیرساخت‌های اثرگذار در تحقق سلامت اجتماعی چه هستند و رابطه آنها در مسیر تحقق سلامت اجتماعی باهم و سلامت اجتماعی چگونه شکل می‌گیرد تا سلامت اجتماعی محقق گردد. اهمیت این پژوهش بدین جهت است که تاکنون مدلی که بتواند تصویر مشخص و یکپارچه‌ای از چگونگی فرایند تحقق سلامت اجتماعی ارائه دهد در کشور ارائه نشده است، همچنین ضرورت آن بدین جهت است که علل ساختاری تحقق سلامت اجتماعی را صرفاً نباید در تحقق مولفه‌های آن جستجو نمود، بلکه به فرایند شکل‌گیری سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری اجتماعی و حکمرانی و رابطه متقابل آنها در تحقق سلامت اجتماعی توجه گردد.

چارچوب نظری پژوهش

سلامت اجتماعی به عنوان جنبه ای از سلامت فرد که به تازگی وارد حوزه جامعه شناسی شده است، به شخصیت فرد به عنوان موجودی اجتماعی بر می گردد و ارزیابی فرد از اجتماع و کیفیت و کمیت درگیر شدن شخص در اجتماع را در بر می گیرد. (سام آرام، ۱۳۸۸: ۱۱) سلامت اجتماعی را با سه تلقی می توان تعریف کرد، ۱- سلامت اجتماعی به مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد که در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت، به رابطه او با جامعه نظر دارد، ۲- جامعه سالم به مثابه «شرایط اجتماعی سلامت بخش» ۳- سلامت اجتماعی به مثابه وضعیت اجتماعی بهتر به گونه ای که بسته به اوضاع کنونی هر جامعه یا جماعت، مصادیق و معناها ی عینی متفاوت می یابد. (veenstra, ۲۰۰۰)

رویکردهای سلامت اجتماعی

سلامت اجتماعی با سه رویکرد تعریف شده است و در ادامه تلاش شده است تا هر سه تعریف تشریح شود. سلامت اجتماعی به مثابه بعد اجتماعی سلامت فرد در کنار دو بعد جسمی و روانی سلامت فرد، به رابطه او با جامعه نظر دارد.

ابعاد سلامت اجتماعی فردی

کیز ابعاد سلامت اجتماعی را با در نظر گرفتن الگوی سلامت مطرح میکند. در واقع مدل چند وجهی کیز از سلامت اجتماعی شامل پنج جنبه می شود که میزان کارکرد بهینه افراد را در عملکرد اجتماعی شان معلوم میکند. (فقیهی فرهمند و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰۴) این ۵ عنصر عبارتند از:

۱. شکوفایی اجتماعی^۱: شکوفایی اجتماعی، دانستن و اعتقاد داشتن به رشد جامعه به شکل مثبت است (سفیری و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۰) و مولفه هایی چون اعتقاد فرد به اجتماع به عنوان عاملی برای پیشرفت جامعه؛ اعتقاد فرد به قابل تغییر بودن اجتماع در جهت تحقق خواسته ها؛ اعتقاد فرد به تاثیر داشتن تشکیلات اجتماعی مانند قانون و دولت در زندگی؛ اعتقاد فرد به مفید و پر بار بودن جامعه برای افراد. در سنجش آن مورد استفاده قرار می گیرد. (کفاشی، ۱۳۹۳: ۲۲۱)
۲. پذیرش اجتماعی^۲: نگرش مثبت به مردم داشتن و درک فرد از خصوصیات افراد جامعه به عنوان یک کلیت (فقیهی فرهمند و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۰۴) و مولفه هایی چون اثرگذار دانستن رفتار فرد روی سایر افراد جامعه؛ قابل اعتماد دانستن افراد دیگر؛ مهربان دانستن مردم؛ اعتقاد فرد به اهمیت داشتن مشکلات افراد. در سنجش آن مورد استفاده قرار می گیرد. (کفاشی، ۱۳۹۳: ۲۲۱)
۳. انسجام اجتماعی^۳: انسجام اجتماعی، احساس بخشی از جامعه بودن است. (سفیری و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۰). و مولفه هایی چون، تعلق داشتن فرد به جامعه؛ مورد توجه دانستن خواسته و ایده فرد توسط سایر افراد در صورت مطرح شدن؛ جامعه به عنوان منبع آرامش به راحتی فرد؛ جدی گرفتن خواسته یا ایده فرد توسط جامعه در صورت مطرح شدن؛ ارزش قائل شدن سایر افراد اجتماع برای فرد به عنوان یک شخص؛ احساس نزدیکی کردن نسبت به سایر افراد جامعه. در سنجش آن مورد استفاده قرار می گیرد. (کفاشی، ۱۳۹۳: ۲۲۱)
۴. مشارکت اجتماعی^۴: مشارکت اجتماعی داشتن چیزهای با ارزش برای ارائه به جامعه است. (سفیری و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۰) و مولفه هایی چون، اعتقاد فرد به داشتن محصول ارزشمند برای سهمی شدن در اجتماع؛ اعتقاد فرد به نتیجه دار بودن کارش در جامعه؛ اعتقاد فرد به مشارکت مردم. در سنجش آن مورد استفاده قرار می گیرد. (کفاشی، ۱۳۹۳: ۲۲۱)

^۱ Social Actualization

^۲ Social Acceptance

^۳ Social Coherence

^۴ Social Contribution

۵. انطباق اجتماعی^۱: ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و به اشتراک گذاشتن مشترکات خود با جامعه (Corey, Keyes, 2004: 357)، انطباق اجتماعی، قابل فهم و پیش بینی بودن جامعه است. (سفیری و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۰) و مولفه هایی چون، اعتقاد فرد به بالا بودن میزان درک محققین از پیرامون دنیای اطراف؛ فهم صحیح فرد نسبت به آنچه در دنیا پیش خواهد آمد؛ درک صحیح فرد نسبت به اغلب فرهنگ ها؛ اعتقاد فرد به ارزشمند بودن دنیا؛ اعتقاد فرد به پیچیده بودن دنیا. در سنجش آن مورد استفاده قرار می گیرد. (کفاشی، ۱۳۹۳: ۲۲۱)

سلامت اجتماعی به مثابه شرایط اجتماعی سلامت بخش (تعیین کننده های اجتماعی سلامت)

بر اساس گزارش های سازمان ملل، عامل تهدید کننده سلامت اجتماعی، پدیده فقر در ابعاد گوناگون، وجود جرائم و انحرافات، مسائل مربوط به محیط زیست، نابرابری فاحش در فرصتهای مصرف و مانند آن می باشد (یحی زاده و همکاران به نقل از زاهدی اصل، ۱۳۹۲: ۷۱)، بر این اساس، عوامل اجتماعی متعددی را می توان برشمرد که بر روی سلامت اجتماعی اثر گذار هستند، عواملی چون سرمایه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، امنیت اجتماعی^۲، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و منزلت اجتماعی، البته سایر عواملی که بر روی سلامت اجتماعی تاثیر گذار هستند عبارتند از سن، جنس، شغل، درآمد، تحصیلات، محله، وضعیت دینداری و وضعیت زناشویی (تاج الدین، ۱۳۹۶: ۷۸)

تعیین کننده اجتماعی در سطح نهادی و سیستمها توسط ساختارهای متعدد اجتماعی و اقتصادی ایجاد می شوند که زندگی و فرصت های زندگی افراد را شکل می دهند، از بازارهای مسکن گرفته تا محل کار و مدارس تا سیستم قضایی جنایی. این ساختارها می توانند شرایط نامساعدی را ایجاد کنند که منجر به موقعیت های متفاوت براساس وضعیت قانونی افراد و نیز سایر حوزه های اجتماعی مانند نژاد، طبقه یا جنسیت می شوند. (Wallace, 2019, 2, et all)، تعیین کننده های اجتماعی سلامت، به طور گسترده به عنوان شرایط در مکان هایی که افراد در آن زندگی می کنند، یاد می گیرند، کار می کنند و بازی می کنند و گستره وسیعی از ریسک ها و پیامدها را تحت تاثیر قرار می دهند اشاره دارد. (Hall, 2018: 1)، از جمله دیگر این عوامل تعیین کننده شامل صلح، درآمد، سرپناه، آموزش، غذا، اکوسیستم پایدار، منابع پایدار و عدالت اجتماعی و برابری است. آن ها با توزیع پول، قدرت و منابع در سطوح جهانی، ملی و محلی و رابطه اش با سلامت شکل می گیرند. به عنوان مثال، "هر چه وضعیت اقتصادی - اجتماعی فرد پایین تر باشد، سلامتی آنها نیز بدتر خواهد شد" اساساً، یک تعیین کننده اجتماعی سلامت، هم علل ایجاد کننده اختلافات را (۵) و هم دلایلی که زمینه ساز دلایل آن هستند در نظر می گیرد. چنین چارچوبی برای درک نابرابری های پایدار سلامتی بین افراد بومی و غیر بومی. ضروری است. (Greenwood, et al., 2012: 1)

سلامت اجتماعی به مثابه سلامت جامعه یا جامعه سالم

هسته اصلی جامعه سالم، سلامت مردمان جامعه است که سلامت آنها با عوامل اجتماعی، اقتصادی، مادی، زیست محیطی و خدمات بهداشتی سنجیده می شود (سجادی و همکاران، ۱۳۸۳: ۲۴۷)، هر آنچه باعث ارتقای کیفیت زندگی بشود شاخصی است که در جامعه سالم دارای ارزش است (صابری، ۱۳۹۶: ۷)، اگر بخواهیم شاخص برای جامعه سالم و استاندارد تعریف کنیم بسیاری موارد هستند که قابل تحلیل و بررسی می باشند ولی در یک نگاه کلی آنچه استاندارد برای یک جامعه سالم است مطابقت آن با

¹ Social Adjustment

^۲ مولار تاکید دارد که امنیت اجتماعی را می توان به عنوان یک مفهوم فرضی برای هر جمع انسانی به کار برد و آن عبارت است از قابلیت حفظ شرایط قابل پذیرش داخلی برای تکامل الگوهای سنتی زبان، فرهنگ، انجمنها، مذهب، هویت ملی و رسوم، از نظر وی امنیت جوامع آشکارا با امنیت سیاسی پیوند دارد؛ اما مجزا از آن است. امنیت سیاسی به ثبات سازمانی کشورها، نظام های دولت و ایدئولوژی ای که دولت و حکومت ها مشروعیت می بخشند مربوط می شود. اما امنیت اجتماعی به بقای گروه های اجتماعی توجه دارد که به جهت اشتراک اعضای آن در اندیشه، احساس و اعمال کلیت یکپارچه ای را تشکیل می دهند که از آن به عنوان هویت یاد می شود، امنیت دولت در برگزیده ی حاکمیت به عنوان معیار نهایی خود است، اما امنیت اجتماعی در برگزیده هویت است و هر دو آنان بر بقا دلالت دارند (رستگار و همکاران به نقل از نویدینا، ۱۳۹۴: ۸۸)

معیارهای جهانی است در جامعه سالم مسیر برای پیشرفت باید بسترسازی شده باشد پس پیشرفتی قابل قبول است که منطبق با رشد جهانی باشد بسترسازی زمانی درست صورت گرفته که با استانداردهای آن در سطح جهانی مطابقت کند و این الگوی مقایسه ای را می توان بر سایر موارد تعمیم داد و در کل می توان گفت که به جامعه ای جامعه سالم گفته می شود که امتیازات و امکانات آن جامعه مطابق با الگوهای استاندارد جهانی باشد (صابری، ۱۳۹۶: ۵)

آقای راسل در سال ۱۹۷۳ جامعه ای را سالم دانسته که «فرصت های برابر و قابل دسترسی در کالاها و خدمات اساسی برای ایفای نقش کامل شهروندان وجود دارد». مشخصه های چنین جامعه ای از نظر راسل عبارت است از وجود قانون، برابری در توزیع ثروت، دسترسی عمومی به فرایند تصمیم گیری و سطح سرمایه اجتماعی. (دماری و همکاران، ۱۳۹۲: ۲۹۸)، رابرت و لی^۱ (۲۰۰۱) سه بیانگر برای جوامع سالم پیشنهاد می کنند که به طور مستقیم به سلامت فرد مربوط اند: الف: محیط فیزیکی مثبت^۲ که تامین کننده سکوت، عدم ترافیک، روشنایی ناکافی و سایر مشخصاتی است که می تواند منجر به فقدان کارکرد در افراد سالخورده گردد؛ ب) محیط اجتماعی مثبت^۳ که فاقد جرم، توان یافتن محیط های ایمن برای پیاده روی در آن و دسترسی آسان به خرید است و ج) محیط خدماتی غنی^۴ که شامل دسترسی آسان و ایمن به حمل و نقل ارزان و سریع، موجود بودن مراکز برای سالخوردگان و دسترسی آسان به سایت های غذا خوری است (درخشان نیا به نقل از گلیکن، ۱۳۹۷: ۴۶)، نکته قابل توجه اینکه آن چه سلامتی سلول و فرد را از سلامتی جامعه متمایز می سازد، عوامل موثر بر آن ها است، بدین معنی که عوامل گوناگون زیستی، رفتاری و محیطی، میزان سلامتی فرد را تعیین می کنند. اما سلامتی جامعه بر اساس عوامل اجتماعی-اقتصادی شکل می گیرد. (رازانی و همکاران، ۱۳۹۰: ۲۰۵) کیزی (۲۰۰۴) و همه صاحب نظرانی که سلامت اجتماعی را ذیل سلامت روان مفهوم پردازی می کنند، در واقع در دیدگاه نخست قرار می گیرند، یعنی سلامت اجتماعی را بخشی از سلامت افراد قلمداد می کنند که در مددکاری اجتماعی نیز مورد عنایت است (سام آرام، ۱۳۹۱: ۴۶)

این تنها تلقی از مفهوم سلامت اجتماعی است که از انتقادهای پیشین مبرا است. یک ویژگی اساسی در این تلقی وابستگی آن به وضعیت فعلی است و از همین رو انتظار می رود. تعریف جامعه ی سالم در جوامع گوناگون با یکدیگر تفاوتی داشته باشد (درخشان نیا به نقل از رفیعی، ۱۳۹۷: ۲۱)، سمیعی، رفیعی، امینی رازانی و اکبریان (۱۳۸۹) نیز با همین تلقی و با انجام یک تحقیق دلفی در سال ۱۳۸۵ دست به تدوین تعریفی از سلامت اجتماعی متناسب با شرایط ایران معاصر زده اند که طبق آن سلامت اجتماعی در ایران این گونه عنوان شده است: زمانی می توان گفت جامعه ای سالم است که در آن جامعه 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 پیمان های بین المللی مرتبط با حقوق انسان ها رعایت شود، (زاهدی اصل و همکاران، ۱۳۹۳: ۷۶)

وضعیت سلامت اجتماعی در ایران

در جدول (۱) وضعیت سلامت اجتماعی در ایران بر اساس آخرین مطالعات صورت گرفته بتصویر کشیده شده است.

¹ Robert & Li

² A positive Social Environment

³ A Rich Service Environment

⁴ A Rich Service Environment

جدول (۱): وضعیت سلامت اجتماعی گروه های سنی در ایران

سالمندان	بزرگسالان	نوجوانان و جوانان	کودکان
مهم ترین نیاز سالمندان درآمد، مسکن، بهداشت و سلامتی، وسیله نقلیه، مصاحبت، تغذیه، پوشاک، خدمات پزشکی و بهداشتی، توانبخشی، اوغات فراغت، ارزش گذاری اجتماعی و حمایت اجتماعی است. به طور کلی اکثر پژوهش های مرتبط با سلامت اجتماعی سالمندان، نتیجه گرفته است که سلامت اجتماعی سالمندان در حد متوسط بوده است، اما سلامت اجتماعی سالمندانی که از حمایت اجتماعی زیادی برخوردارند بیش از سایر سالمندان است.	مهارت ارتباطی بیشترین تاثیر اهمیت را در سلامت اجتماعی دارد. بین متغیرهای حمایت اجتماعی، امنیت اجتماعی، کیفیت زندگی و پایگاه اجتماعی - اقتصادی با سلامت اجتماعی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. ارتقاء سلامت اجتماعی وابستگی زیادی به ارتقای سطح کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی دارد. در نهایت سطح سلامت اجتماعی بزرگسالان در پژوهش های مختلف متوسط ارزیابی شده است.	وضعیت نوجوانان بجهت عوامل خطرزای اجتماعی در شرایط هشدار قرار دارد. تقریباً ۷۶/۵ درصد از دانش آموزان در رابطه با پنج وظیفه شکوفایی اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی در سطح متوسط است. وضعیت سلامت اجتماعی ۲۳ درصد از جوانان پایین، ۴۴/۴۰ درصد متوسط و ۳۶/۶۲ درصد نیز در شرایط بالا هستند. در کل سلامت اجتماعی نوجوانان و جوانان در حد متوسط است.	وضعیت آموزش های پیش دبستان نامناسب شیوع بالای کم وزنی، کوتاهی قد و لاغری در مناطق کشوری تعداد کودکان کار در ایران ۷ درصد کودکان را تشکیل می دهد عامل کلیدی در ورود کودکان خیابانی و کودکان کار، نیازهای مالی و مشکل اقتصادی خانواده ها است. وضعیت سلامت اجتماعی کودکان نامناسب

در شکل (۱) وضعیت سلامت اجتماعی گروه های سنی ارائه شده است



شکل (۱): وضعیت سلامت اجتماعی گروه های هدف برگرفته از مطالعه

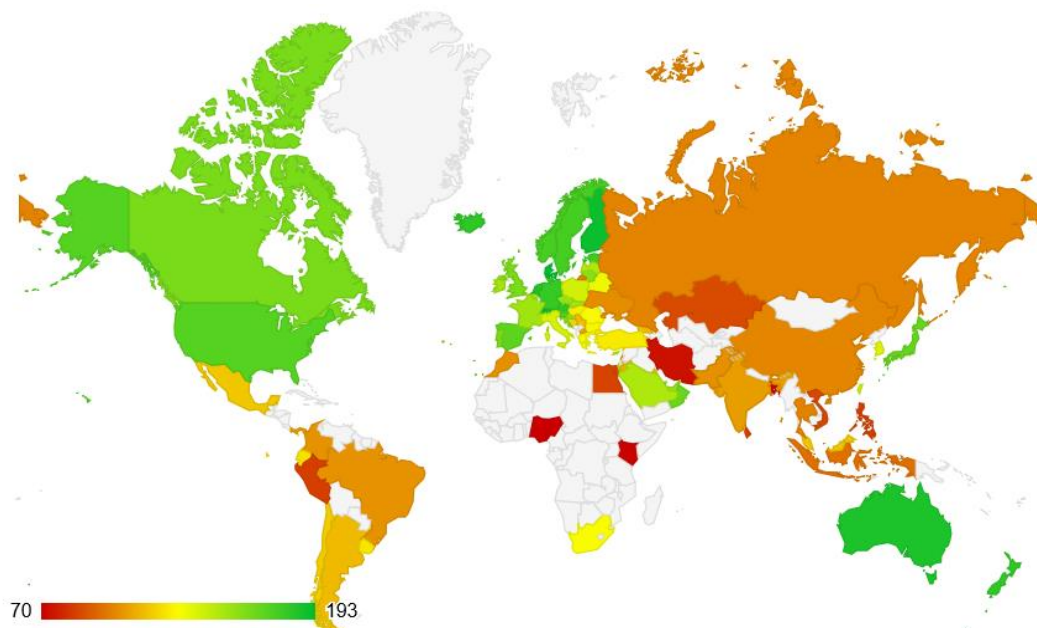
جایگاه سلامت اجتماعی ایران در شاخص های بین المللی رفاه و سلامت اجتماعی

در ادامه جایگاه کشورمان ایران در مهم ترین شاخصهای رفاه و سلامت اجتماعی شامل (شاخص کیفیت زندگی، گزارش جهانی شادی، شاخص پیشرفت اجتماعی، شاخص رفاه لگاتوم، شاخص توسعه انسانی) بررسی می گردد.

شاخص کیفیت زندگی^۱

شاخص کیفیت زندگی از جمله شاخص های حوزه سلامت اجتماعی است که به طور سالانه سطح کیفیت زندگی کشورها را می سنجد و در محاسبه این شاخص مولفه هایی چون، قدرت خرید؛ ایمنی؛ مراقبت های سلامتی؛ هزینه زندگی؛ نسبت قیمت ملک به نسبت درآمد؛ زمان رفت و آمد؛ شاخص آلودگی؛ شاخص آب و هوا به طور سالیانه و در مقایسه با سایر کشورها مورد محاسبه قرار می گیرد. در شکل (۲) وضعیت ایران در سال ۲۰۲۰ نشان داده شده است.

¹ quality of life index



شکل (۲): شاخص کیفیت زندگی ۲۰۲۰. (www.numbeo.com/quality-of-life)

جدول (۲): امتیاز و رتبه شاخص کیفیت زندگی ایران در طول سالهای ۲۰۱۶-۲۰۲۰

سال	۲۰۱۶	۲۰۱۷	۲۰۱۸	۲۰۱۹	۲۰۲۰
امتیاز	۹۶/۹۳	۹۷/۱۷	۹۲/۴۳	۸۷/۰۲	۷۴/۱۴
رتبه	۴۷	۵۲	۵۸	۷۰	۷۷

(www.numbeo.com/quality-of-life)

گزارش جهانی شادی^۱

این گزارش که سازمان ملل متحد از سال ۲۰۱۲ میلادی به صورت سالانه^۲ منتشر می کند وضعیت شادکامی در ۱۵۶ کشور را ارزیابی می کند. شش فاکتور اصلی سازمان ملل متحد برای رتبه بندی کشورها بر مبنای «میزان شادی» عبارتند از: درآمد سرانه (سرانه تولید ناخالص داخلی)، سال های سلامتی در شاخص امید به زندگی، حمایت های اجتماعی (وجود فردی که بتوان در مواجهه با مشکلات و دشواری ها به او اتکا کرد)، اعتماد و صداقت (میزان ادراک از نبود فساد در دولت و کسب و کارهای تجاری)، آزادی ادراک شده در اخذ تصمیمات زندگی و بخشش و گشاده دستی (میزان کمک های اهدایی به امور خیریه) براساس این گزارش، رتبه ایران در سال های متعدد در مجموع نشان دهنده سیری از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۸ میلادی بوده است: (مهریانی، ۱۳۹۷: ۲۶۷)

جدول (۳): وضعیت ایران در گزارش جهانی شادی ۲۰۱۳-۲۰۱۸ میلادی

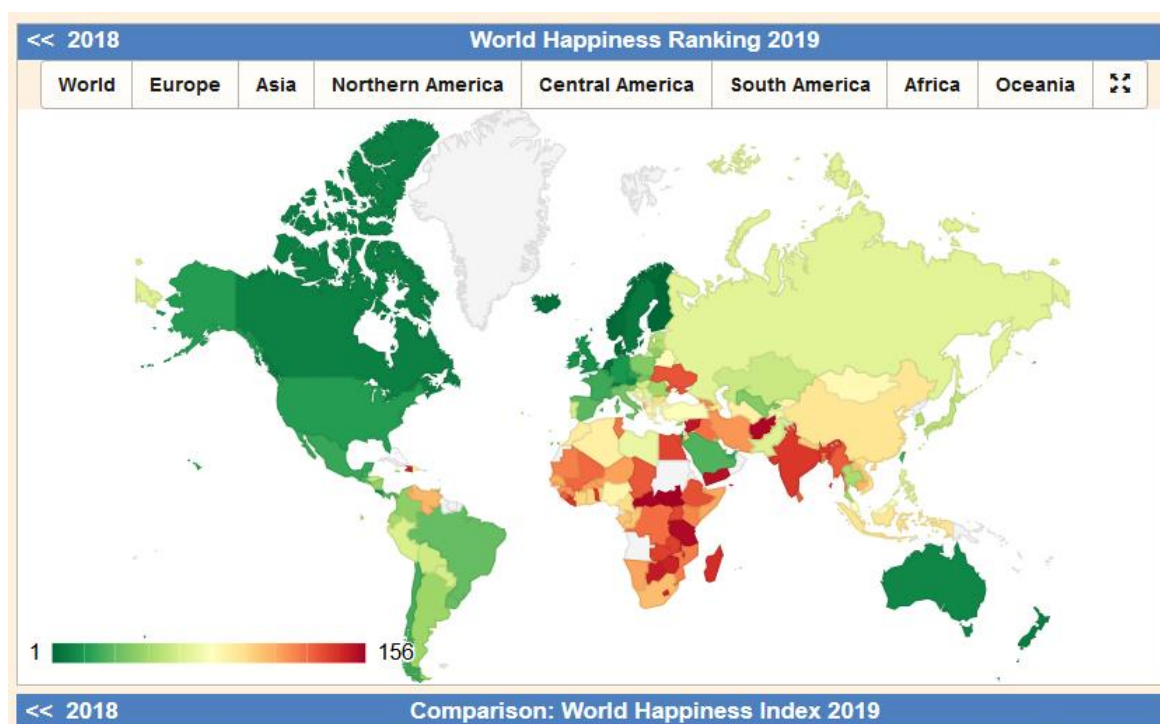
سال	۲۰۱۳	۲۰۱۵	۲۰۱۶	۲۰۱۷	۲۰۱۸	۲۰۱۹
امتیاز	۴/۶۴۳	۴/۶۸۶	۴/۸۱۳	۴/۶۹۲	۴/۷۰۷	۴/۵۴۸
رتبه	۱۱۵	۱۱۰	۱۰۵	۱۰۸	۱۰۶	۱۱۷

<https://worldhappiness.report>

^۱ World Happiness Report

^۲ به جزء سال ۲۰۱۴ میلادی

همانطور که در جدول فوق مشاهده می گردد وضعیت ایران در طول سالهای ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۸ در گزارش جهانی شادی در نوسان بوده ولی به نسبت سالهای آغازین روبه بهبود بوده است، اما در سال ۲۰۱۹ رتبه ایران به پایین ترین حد خود در سالهای اخیر رسیده است.



شکل (۳): وضعیت ایران در شاخص جهانی شادی

شاخص پیشرفت اجتماعی^۱

شاخص پیشرفت اجتماعی، مقیاسی برای اندازه گیری رفاه اجتماعی است که بدون رجوع به تولید ناخالص داخلی، راهی کاملاً جدید برای نگرستن به رفاه در لاین کشورهای جهان می باشد. این شاخص، که حدود ۹۹٪ جمعیت جهان را پوشش می دهد، توسط پرفسور مایکلپورتر^۲ از مدرسه کسب و کار دانشگاه هاروارد، پرفسور اسکات استرن^۳ از مدرسه مدیریت اسلون دانشگاه ام آی تی^۴ و سازمان ضرورت پیشرفت اجتماعی، که یک سازمان غیر انتفاعی است، طراحی شده است. مایکل گرین، عضو اجرایی هیات مدیره سازمان ضرورت پیشرفت اجتماعی معتقد است: شاخص پیشرفت اجتماعی نشان می دهد که کشورها با سطوح تولید ناخالص داخلی مشابه می توانند سطوح بسیار متفاوتی از پیشرفت اجتماعی داشته باشند. (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۴:۱)

در گزارش این موسسه، برای شاخص پیشرفت اجتماعی، سه بعد اصلی «رفع نیازهای اساسی» اصول و مبانی رفاه «دسترسی به فرصت ها» در نظر گرفته شده است. در این گزارش برای سنجش سه بعد اصلی شاخص پیشرفت اجتماعی، از مولفه های زیر استفاده شده است:

میزان رفع نیازهای اولیه: مولفه هایی همچون مراقبت های بهداشتی، وضعیت تغذیه، دسترسی به آب سالم، دسترسی به پناهگاه و مسکن و میزان امنیت شخصی؛ دسترسی به مبانی بهزیستی: مولفه های دانش عمومی، دسترسی به اطلاعات و ارتباطات، سلامتی و پایداری و ثبات اکوسیستم؛ دسترسی به فرصت ها: مولفه هایی شامل حقوق شخصی، انتخاب و آزادی فردی، تحمل ظرفیت مدارا

¹ Social progress index (spi)

² Michael E. Porter

³ Scott Stern

⁴ MIT

و دسترسی به آموزش پیشرفته در نظر گرفته شده است. (دفتر مطالعات رفاه اجتماعی معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ۱۳۹۴: ۱)

در جدول (۴) وضعیت ایران در شاخص پیشرفت اجتماعی که از وب سایت این گزارش سالانه احصا شده است ارائه می گردد. که نشان از پیشرفت ایران در این شاخص در طول سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ دارد.

جدول (۴): وضعیت ایران در گزارش شاخص پیشرفت اجتماعی

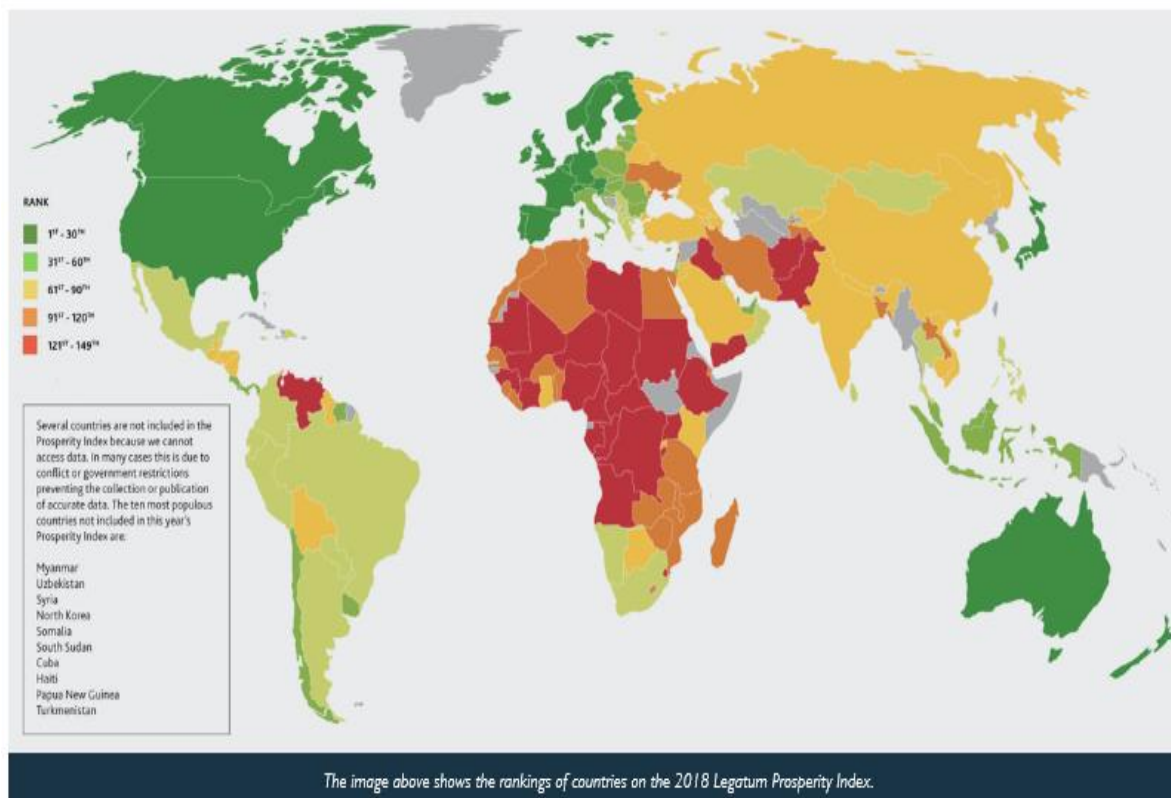
سال	۲۰۱۵	۲۰۱۶	۲۰۱۷	۲۰۱۸	۲۰۱۹
امتیاز	۶۲/۵۸	۶۳/۱۱	۶۳/۶۶	۶۳/۷۸	۶۵/۱۵
رتبه	۸۹	۸۸	۸۹	۹۰	۸۶

(<https://www.deloitte.com>)

شاخص رفاه لگاتوم^۱

شاخص رفاه لگاتوم رتبه بندی سالانه مؤسسه پژوهشی لگاتوم است که درباره سطح رفاه در ۱۴۲ کشور مختلف منتشر می شود. لگاتوم از سال ۲۰۰۷ این گزارش را ارائه می کند و پژوهشگران آن، شاخص رفاه را براساس ترکیبی از وضعیت کشورها در ۹ حوزه مختلف تعریف کرده اند. (وی کی پدیا). سطح رفاه در کشورها با مقایسه وضعیت آنها در ۱۲ حوزه؛ ایمنی و امنیت، آزادی شخصی، حکمرانی، سرمایه اجتماعی، محیط سرمایه گذاری، شرایط کسب و کار، دسترسی به بازار و زیرساخت، کیفیت اقتصادی، شرایط زندگی کردن، سلامتی، آموزش، محیط طبیعی سنجیده می شود. (<https://www.legatum.com>)

در شکل (۴) و جدول (۵) رتبه ایران در شاخص رفاه لگاتوم در بین ۱۶۰ کشور مشخص گردیده است.



شکل (۴): رتبه ایران در شاخص رفاه لگاتوم (<https://www.legatum.com>)

¹ Legatum Prosperity Index

جدول (۶): وضعیت ایران در شاخص رفاه لگاتوم

سال	۲۰۰۹	۲۰۱۴	۲۰۱۵	۲۰۱۶	۲۰۱۷	۲۰۱۸	۲۰۱۹
رتبه	۱۱۹	۱۰۷	۱۰۶	۱۱۸	۱۱۷	۱۱۷	۱۱۹

(<https://www.legatum.com>,16)

شاخص توسعه انسانی^۱

در سال ۱۹۹۰ اولین گزارش توسعه انسانی رویکرد جدیدی را برای پیشبرد رفاه انسانی معرفی کرد. توسعه انسانی - یا رویکرد توسعه انسانی - در حال گسترش غنای زندگی انسان، به جای غنای اقتصادی است که انسان‌ها در آن زندگی می‌کنند. این رویکردی است که بر روی افراد و فرصت‌ها و انتخاب‌های آن‌ها متمرکز است. در محاسبه این شاخص از مولفه‌هایی چون امید به زندگی در بدو تولد؛ سالهای موردانتظار برای تحصیل؛ حداقل زمان تحصیل، متوسط درآمد ناخالص ملی، بهره گرفته می‌شود. در این گزارش جهانی، آمار و اطلاعات مربوط به شاخص‌های توسعه انسانی ۱۸۹ کشور جهان از جمله ایران ارائه شده است.

جدول (۷): وضعیت ایران در شاخص توسعه انسانی

سال	۲۰۱۴	۲۰۱۵	۲۰۱۶	۲۰۱۷	۲۰۱۸	۲۰۱۹
امتیاز	۰/۷۶۶	۰/۷۸۹	۰/۷۷۴	۰/۷۹۸	۰/۷۹۷	۰/۷۹۷
رتبه	۷۵	۶۹	۶۹	۶۰	۶۳	۶۵

(<http://hdr.undp.org>)

جمع‌بندی شاخص کیفیت زندگی، وضعیت گزارش جهانی شادی، شاخص پیشرفت اجتماعی و شاخص رفاه لگاتوم و شاخص توسعه انسانی، همانطور که در شکل (۵) آمده است نشان از این دارد که در چندسال اخیر، ایران در شاخص‌های مرتبط با سلامت اجتماعی از وضعیت مطلوبی برخوردار نمی‌باشد. و در هر شاخص در بین کشورها در رتبه‌های پایین قرار دارد



شکل (۵): وضعیت ایران در شاخص‌های سلامت اجتماعی (پژوهشگر)

در شکل (۶) وضعیت نهایی رتبه «شاخص‌های سلامت اجتماعی» ایران در بین کشورها اشاره شده است.



شکل (۶): رتبه ایران در شاخص‌های سلامت اجتماعی در بین کشورهای جهان (پژوهشگر)

¹ Human development index

سرمایه اجتماعی زیربنای تحقق سلامت اجتماعی

ایده اصلی سرمایه اجتماعی این است که شبکه های اجتماعی، ثروتی ارزشمند هستند. شبکه ها پایه ای برای انسجام اجتماعی به وجود می آورند زیرا افراد را قادر می سازند تا با هم و نه فقط با افرادی که به صورت مستقیم می شناسند، برای کسب منفعت متقابل همکاری کنند (جان فیلد، ۱۳۹۲: ۲۶) سرمایه اجتماعی نه تنها در کسب اعتبار بلکه هم در توسعه شناختی و هم در تکامل یک محیط امن، ارزش دارد. (Field, 2004, 24)

ابعاد سرمایه اجتماعی

از تعاریف مندرج در سرمایه اجتماعی می توان تا حدودی ابعاد آن را بدست آورد:

۱. شکل گیری تعهدات و انتظارات در درون شبکه های متنوع اجتماعی یا به عبارتی مشارکت گروهی و جمعی (صفریان، امام جمعه زاده به نقل از Murphy، ۱۳۹۶: ۱۶۰)
۲. اعتماد به عنوان یکی از مقوله های مهم چنانکه پوتنام آنرا یکی از اجزاء اصلی و برون سرمایه ی اجتماعی بر می شمارد (صفریان، امام جمعه زاده به نقل از Putnam، ۱۳۹۶: ۱۶۰)
۳. اعتماد موجب همکاری و هماهنگی بین اعضای یک جامعه میشود (صفریان، امام جمعه زاده به نقل از Rutten & Boekema، ۱۳۹۶: ۱۶۰)
۴. تبادل اطلاعات به صورت کم هزینه و راحت برای تقویت همکاری (صفریان، امام جمعه زاده به نقل از Chunchao، ۱۳۹۶: ۱۶۰)

سرمایه اجتماعی موجب رشد اعتماد نیز می گردد و این در حالی است که نوعی رابطه متقابل بین اعتماد اجتماعی و سلامت وجود دارد به گونه ای که به همراه اعتماد، مفاهیمی مانند همکاری، امید و دگرخواهی مطرح می شود و در جامعه ای که اعتماد هست نوعی همدلی، همستگی و وفاق وجود دارد که این همدلی موجب افزایش آرامش و در نهایت بهبودی در سلامت اجتماعی می گردد. (افشانی و همکاران، ۱۳۹۶: ۳)، بنابراین، سرمایه اجتماعی دارای سه قلمرو اعتماد، رفتار مشارکتی و رضایت از زندگی است. سرمایه اجتماعی بر سلامت فردی و کیفیت زندگی فرد می افزاید، حتی برخی جامعه شناسان معتقدند سرمایه ی اجتماعی سلامت گروهی و جمعی را نیز ارتقاء می دهد (Morrow, 1999.761)

سیاستگذاری اجتماعی و عملیاتی کردن مفهوم سلامت اجتماعی

سیاست گذاری عمومی اساسا جهت بهبود شرایط اجتماعی شکل گرفته است و لذا بدیهی است که رابطه نزدیکی با مسائل مربوط به جامعه داشته باشد. (جلیلی قاسم آقا، ۱۳۹۷: ۱۱۰) حوزه سیاست اجتماعی گسترده است. در حقیقت، این تا حد زیادی در خدمت تعریف جامعه و شامل بیشتر کارهایی است که یک جامعه برای محافظت از ضعیف ترین اعضای خود انجام می دهد. (International Labour Review, 2000.113) سیاست اجتماعی در درجه اول به راهبردها و مداخلات برای تغییر و نگهداری و یا ایجاد شرایط زندگی برای رفاه انسان اشاره دارد، سیاست اجتماعی شامل آموزش، بهداشت، مسکن، اشتغال و غذا برای همه مردم است سیاست اجتماعی بخشی از سیاست عمومی است اما سیاست عمومی بیش از، سیاست اقتصادی، سیاست صنعتی، و همچنین سیاست اجتماعی و غیره است. (Hernandez, Noruzi, Ali, 287) به طور منطقی، راه و مسیر ارتقای سلامت اجتماعی را باید در بهبود و تقویت شاخص های سلامت اجتماعی و تعیین کننده های اجتماعی سلامت جستجو کرد؛ اما نکته اینجاست که این رویکرد، بسیار کلی و نسبتا مبهم است و به سختی، مارا به راهکارهای اجرایی و عملیاتی رهنمون می سازد شاخص هایی نظیر مسکن، شغل و محیط کار، غذا، آموزش و ... در بیشتر کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما با مشکلات و در پاره ای موارد، بحران هایی جدی روبروست که هر یک به تنهایی، معضلی لاینحل را ایجاد کرده اند؛ بنابراین بررسی مشکلات و مسائل

ساختاری مرتبط با شاخص های سلامت اجتماعی از اهمیت و اولویت بالایی برخوردار است. (محقق کی کمال و همکاران، ۱۳۹۱:۱۷۲).

حکمرانی خوب

مفاهیم حکمرانی و حکمرانی خوب در اواخر سده ی قرن بیستم کانون توجه پژوهش های علوم اجتماعی قرار گرفته و در قلمرو اداره ی امور عمومی، حکمرانی خوب به مثابه یک پارادایم نوین، پارادایم های پیشین مدیریت دولتی را به چالش کشانده و ارزش های نوینی پیرامون نحوه ی کار دولت و تعامل این بخش با بازار و جامعه مدنی بر مدیریت دولتی افزوده است. (سالارزهی، ابراهیم پور، ۱۳۹۱، ۵۱) مفهوم حکمرانی ممکن است در زمینه های مختلف - جهانی، ملی، نهادی و جامعه بکار گرفته شود. حکمرانی یک موضوع " داغ " شده است چرا که شواهد در نقش مهمی که در تعیین رفاه اجتماعی ایفا می کند وجود دارد. حکمرانی مترادف با دولت نیست. این سردرگمی اصطلاحات می تواند عواقب ناگواری به همراه داشته باشد (Graham, Amos, Plumptre, 2003, 1). حکمرانی خوب همچنین فرایندی از تعامل بین بخش دولتی و فعالان مختلف یا گروه های بازیگران در جامعه مدنی، زندگی عمومی افراد و نهادهای خارج از کنترل دولت است. (Hasan, 2002, 5)

مدل مفهومی پژوهش: رابطه سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری اجتماعی، حکمرانی و سلامت اجتماعی

مدل مفهومی پژوهش، پس از بررسی مفاهیم و مولفه های سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری اجتماعی، حکمرانی و سلامت اجتماعی و چگونگی شکل گیری رابطه مولفه ها، در چارچوب شکل (۷) ارائه شده است.



شکل (۷): مدل مفهومی پژوهش، رابطه چهار وجهی، سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری، حکمرانی و سلامت اجتماعی (پژوهشگر)

روش پژوهش

فرایند طراحی یک مطالعه کیفی در خلال پویش شکل می گیرد. اما به طور کلی از الگوی پژوهش علمی تبعیت می کند. این طراحی با پیش فرض های کلانی که هسته پویش کیفی هستند، مواضع جهان بینی، و نظرگاه نظری و موضوعی برای پویش شروع می شود، پژوهش حاضر، به لحاظ ماهیت از نوع توصیفی - کاربردی و به لحاظ روش مبتنی بر داده های کیفی است. روش شناسی پژوهش شامل بررسی مفاهیم نظری پیرامون سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری، حکمرانی و سلامت اجتماعی و همچنین تحلیل خبرگی است. پس از مشخص شدن مفاهیم، سازه های تحلیل تعریف شد. جامعه آماری پژوهش، خبرگان و صاحب نظران حوزه های علوم اجتماعی، سیاستگذاری اجتماعی و مدیریت راهبردی بوده و روش جمع آوری اطلاعات، در بخش کتابخانه ای، مطالعه مقالات و ادبیات مرتبط با سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، و در بخش میدانی، تشکیل میز اندیشه با خبرگان و اخذ نظرات دست اندرکاران مجرب و صاحب نظران حوزه مورد مطالعه به عنوان گروه کانونی می باشد. ابزار تحلیل، تکنیک دلفی بوده که برای شناسایی، قضاوت و غربال نظرات خبرگان و تصمیم گیری و اجماع گروهی طی چندین مرحله صورت گرفته است.

در فرایند تجزیه و تحلیل اطلاعات، پژوهشگران مؤلفه های مستخرج از مطالعه ادبیات را در قالب یک رابطه ی علی-معلولی به قضاوت گروه کانونی قرار دادند. مرحله ی اول از تکنیک دلفی به تأیید مؤلفه ها و مرحله ی دوم به تأیید رابطه ی علی-معلولی اختصاص داشت. در مرحله ی سوم پژوهشگران در خصوص رابطه مفاهیم چهارگانه مدل قضاوت نمودند.

تجزیه و تحلیل داده ها و یافته های پژوهش

الف- تجزیه تحلیل آماری داده های جمعیت شناختی

انتخاب خبرگان در فرایند پژوهش، به صورت هدفمند صورت گرفته، ویژگی جامعه موضوع تحقیق عبارت بود از خبرگان بخش علوم اجتماعی، علی الخصوص صاحب نظران جامعه شناسی و روانشناسی، مدیریت دولتی و سیاستگذاری، پزشک اجتماعی و روانپزشکی که در سطوح مدیریتی و راهبردی دارای سابقه و ایفای نقش بوده که در ادامه برخی اطلاعات مرتبط با ویژگی های جمعیت شناختی خبرگان در چارچوب جدول (۸) ارائه می گردد.

جدول (۸): ویژگی جمعیت شناختی خبرگان میز اندیشه

رشته ی تحصیلی		سطح مدرک تحصیلی		تخصص شغلی		سابقه کار (سال)	
۴۳٪	جامعه شناسی و روانشناسی	۴۴٪	کارشناسی ارشد	۳۹٪	علوم اجتماعی و برنامه ریزی اجتماعی	۲۷٪	۱۰ تا ۵
۳۱٪	مدیریت دولتی و سیاستگذاری	۵۶٪	دکتری	۲۷٪	مدیریت اجرایی	۳۹٪	۲۰ تا ۱۰
				۳۴٪	پزشکی	۳۴٪	۳۰ تا ۲۰
۲۶٪	پزشک اجتماعی و روانپزشک						

اعداد با دقت ۱٪ گرد شده اند

منبع: محاسبات پژوهش

ب - یافته های پژوهش

برای انجام این پژوهش ابتدا ماتریس خودتعاملی ایجاد می شود، در این ماتریس از نمادهایی که در گام ۱ شرح داده شده استفاده می گردد که برای استخراج ماتریس خودتعاملی از نظر متخصصان استفاده شده است که در جدول (۹) ملاحظه می شود.

مرحله ۱: به دست آوردن ماتریس ساختاری روابط درونی متغیرها:

در این مرحله برای تعیین جهت ارتباط میان معیارها (A, J) از چهار علامت استفاده می شود:

V: معیار A بر معیار J تأثیر گذار است.

A: معیار J بر معیار A تأثیر گذار است.

X: معیار A و J بر یکدیگر تأثیر متقابل می گذارند.

O: میان معیار A و J رابطه ای وجود ندارد.

جدول (۹): ماتریس خودتعاملی

ردیف	ابعاد	تعیین کننده های اجتماعی	سلامت فرد	سلامت جامعه	شفافیت و پاسخگویی	مشارکت	حاکمیت قانون	اقدامات	ارزش ها	قوانین، مقررات، مصلحت	کنشگران فردی	تعاملات گروه های اجتماعی	راهبردها، سیاستها
۱	تعیین کننده های اجتماعی	*	x	x	A	A	A	A	A	A	A	A	A
۲	سلامت فرد	-	*	x	A	A	A	A	A	A	A	A	A
۳	سلامت جامعه	-	-	*	A	A	A	A	A	A	A	A	A
۴	شفافیت و پاسخگویی	-	-	-	*	x	x	A	A	A	A	A	A
۵	مشارکت	-	-	-	-	*	x	A	A	A	A	A	A
۶	حاکمیت قانون	-	-	-	-	-	*	A	A	A	A	A	A
۷	اقدامات	-	-	-	-	-	-	*	x	x	A	A	A
۸	ارزش ها	-	-	-	-	-	-	-	*	x	A	A	A
۹	قوانین، مقررات، مصلحت	-	-	-	-	-	-	-	-	*	A	A	A
۱۰	کنشگران فردی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	x	x
۱۱	تعاملات گروه های اجتماعی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*	x
۱۲	راهبردها، سیاستها	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*

مرحله ۲: به دست آوردن ماتریس دستیابی اولیه ابعاد. ماتریس خودتعاملی ساختاری باید به یک ماتریس باینری (صفر و یک) به نام ماتریس دستیابی اولیه با جایگزینی حروف X, A, V, O به ۱ و ۰ و با توجه به قواعد زیر تبدیل شود.

برای V: (z, i) عدد یک و (i, z) عدد صفر

برای A: (z, i) عدد صفر و (z, i) عدد یک

برای X: (z, i) عدد یک و (i, z) عدد یک

برای O: (z, i) عدد صفر و (z, i) عدد صفر

با توجه به قواعد گفته شده، ماتریس دستیابی اولیه به صورت جدول (۱۰) تنظیم شده است.

جدول (۱۰): ماتریس دستیابی اولیه

ردیف	ابعاد	تعیین کننده های اجتماعی	سلامت فرد	سلامت جامعه	شفافیت و پاسخگویی	مشارکت	حاکمیت قانون	اقدامات	ارزش ها	قوانین، مقررات، مصلحت	کنشگران فردی	تعاملات گروه های اجتماعی	راهبردها، سیاستها
۱	تعیین کننده های اجتماعی	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲	سلامت فرد	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۳	سلامت جامعه	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۴	شفافیت و پاسخگویی	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵	مشارکت	۱	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۶	حاکمیت قانون	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰

۷	اقدامات	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱
۸	ارزش ها	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱
۹	قوانین، مقررات، مصلحت	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱
۱۰	کنشگران فردی	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۱	تعاملات گروههای اجتماعی	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۲	راهبردها، سیاستها	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱

مرحله ۳: تشکیل ماتریس دستیابی نهایی. ماتریس دستیابی اولیه با بررسی انتقال پذیری به ماتریس دستیابی نهایی تبدیل می شود جدول (۱۱) انتقال پذیری با توجه به این فرض شکل می گیرد که اگر عامل A با B در ارتباط باشد و B نیز با C مرتبط باشد، آنگاه لزوماً با C در ارتباط است.

جدول (۱۱): ماتریس دستیابی نهایی

ردیف	ابعاد	تعیین کننده های اجتماعی	سلامت فرد	سلامت جامعه	شفافیت و پاسخگویی	مشارکت	حاکمیت قانون	اقدامات	ارزش ها	قوانین، مقررات، مصلحت	کنشگران فردی	تعاملات گروههای اجتماعی	راهبردها، سیاستها
۱	تعیین کننده های اجتماعی	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲	سلامت فرد	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۳	سلامت جامعه	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۴	شفافیت و پاسخگویی	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۵	مشارکت	۱	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۶	حاکمیت قانون	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۷	اقدامات	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰
۸	ارزش ها	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰
۹	قوانین، مقررات، مصلحت	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰
۱۰	کنشگران فردی	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۱	تعاملات گروه های اجتماعی	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۱۲	راهبردها، سیاست ها	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱

پس از دستیابی به ماتریس دسترس پذیری اولیه، از طریق دخیل نمودن انتقال پذیری در روابط به دست آمده، ماتریس در دسترس پذیری نهایی به دست می آید، بنابراین اقدام به محاسبه ماتریس ورودی و خروجی میشود که ورودی و خروجی هر معیار با استفاده از گام ۳ روش مدلسازی ساختاری تفسیری محاسبه می شود. به عنوان مثال؛ ورودی معیار یک یعنی تعیین کننده های اجتماعی به معنی آن دسته از معیار هایی که تعیین کننده های اجتماعی بر آنها اثر می گذارد؛ یعنی متغیرهای ۱ است. همچنین، خروجی معیار یک یعنی تعیین کننده های اجتماعی به معنی آن دسته از معیارهایی که بر تعیین کننده های اجتماعی اثر می گذارند؛ یعنی متغیرهای (۱) است. برای تعیین رتبه معیارها با نگاه کردن به اشتراک ورودی ها آن دسته از معیارها که ورودی ها آنها با مجموعه اشتراک آنها هماهنگ باشد.

جدول (۱۲): ماتریس در دسترس پذیری نهایی (مربوط به سطح ۱)

سطح	مشترک	خروجی	ورودی	عوامل
۱	۱	۱۰۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹	۱	تعیین کننده های اجتماعی
۱	۲	۲ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹	۲	سلامت فرد
۱	۳	۳	۳	سلامت جامعه

شفافیت و پاسخگویی	۴ و ۱	۹ و ۷ و ۴		
مشارکت	۵ و ۲ و ۱	۹ و ۷ و ۵		
حاکمیت قانون	۶ و ۲ و ۱	۹ و ۷ و ۶		
اقدامات	۷ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱	۷		
ارزش ها	۸ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱	۸		
قوانین، مقررات، مصلحت	۹ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱	۹		
کنشگران فردی	۱۲ و ۱۱ و ۱۰ و ۶ و ۵ و ۴ و ۳ و ۲ و ۱	۱۲ و ۱۱ و ۱۰		
تعاملات گروه های اجتماعی	۱۲ و ۱۱ و ۶ و ۵ و ۴ و ۳ و ۲ و ۱	۱۲ و ۱۱		
راهبردها، سیاست ها	۱۲ و ۱۱ و ۶ و ۵ و ۴ و ۳ و ۲ و ۱	۱۲		

بعد از قرار دادن معیارهای سلامت اجتماعی به عنوان سطح یک معیارهای حکمرانی در سطح دوم قرار می گیرد که نتیجه محاسبات در آمده است.

جدول (۱۳): ماتریس در دسترس پذیری نهائی (مربوط به سطح ۲)

عوامل	ورودی	خروجی	مشترک	سطح
شفافیت و پاسخگویی	۴	۹ و ۷ و ۴	۴	۲
مشارکت	۵	۹ و ۷ و ۵	۵	۲
حاکمیت قانون	۶	۹ و ۷ و ۶	۶	۲
اقدامات	۷ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱	۷		
ارزش ها	۸ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱	۸		
قوانین، مقررات، مصلحت	۹ و ۴ و ۵ و ۶ و ۱	۹		
کنشگران فردی	۱۲ و ۱۱ و ۱۰ و ۶ و ۵ و ۴ و ۳ و ۲ و ۱	۱۲ و ۱۱ و ۱۰		
تعاملات گروه های اجتماعی	۱۲ و ۱۱ و ۶ و ۵ و ۴ و ۳ و ۲ و ۱	۱۲ و ۱۱		
راهبردها، سیاست ها	۱۲ و ۱۱ و ۶ و ۵ و ۴ و ۳ و ۲ و ۱	۱۲		

جدول (۱۴): ماتریس در دسترس پذیری نهائی (مربوط به سطح ۳)

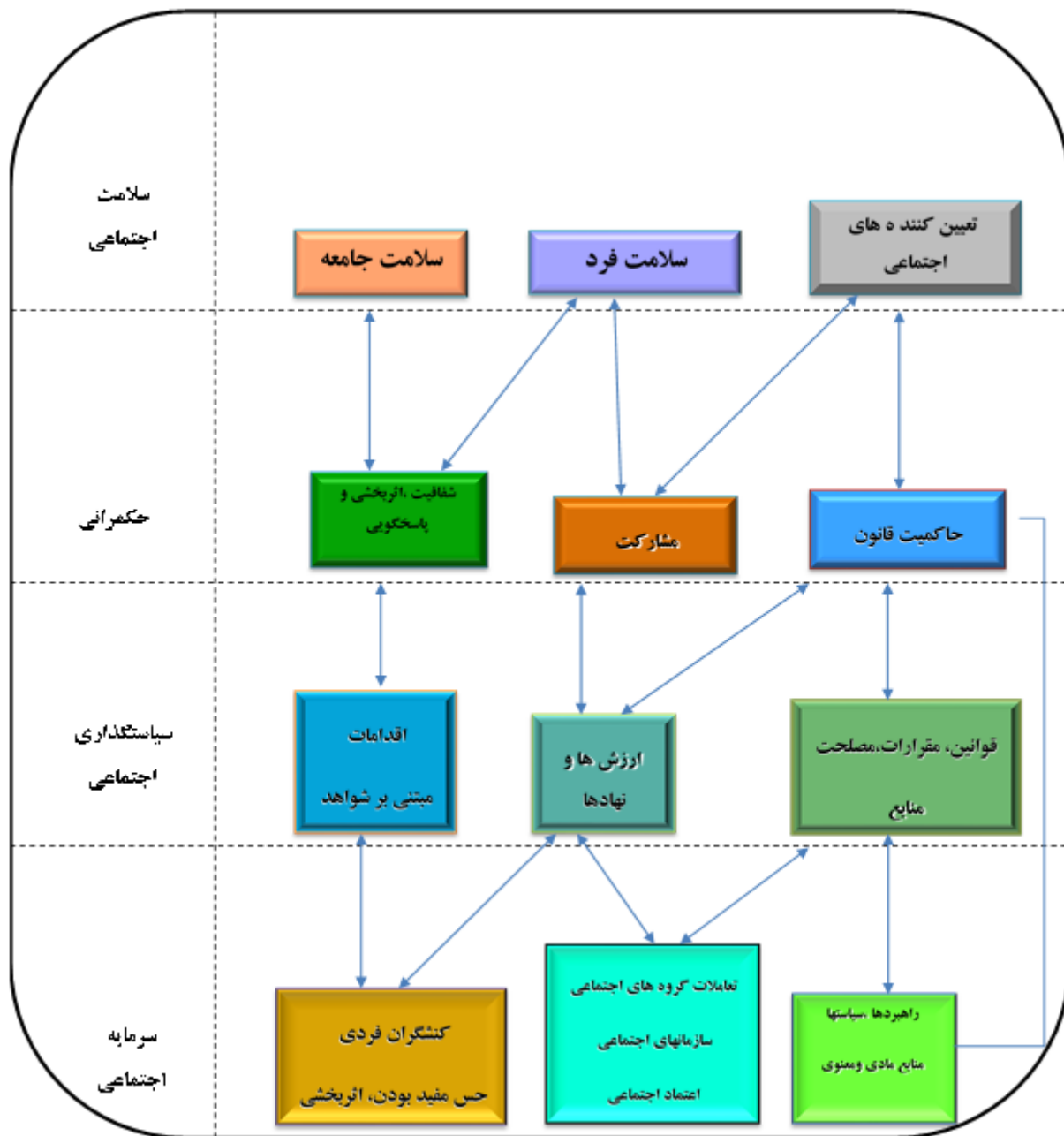
عوامل	ورودی	خروجی	مشترک	سطح
اقدامات	۷	۷	۷	۳
ارزش ها	۸	۸	۸	۳
قوانین، مقررات، مصلحت	۹	۹	۹	۳
کنشگران فردی	۱۲ و ۱۱ و ۱۰	۱۲ و ۱۱ و ۱۰		
تعاملات گروه های اجتماعی	۱۲ و ۱۱	۱۲ و ۱۱		
راهبردها، سیاست ها	۱۲ و ۱۱ و ۱۰	۱۲		

جدول (۱۵): ماتریس در دسترس پذیری نهائی (مربوط به سطح ۴)

کنشگران فردی	۱۲ و ۱۱ و ۱۰	۱۲ و ۱۱ و ۱۰	۴
تعاملات گروه های اجتماعی	۱۲ و ۱۱	۱۲ و ۱۱	۴
راهبردها، سیاستها	۱۲ و ۱۱ و ۱۰	۱۲	۴

تشکیل مدل ساختاری تفسیری

پس از مشخص شدن سطوح هر کدام از عوامل و همچنین با در نظر گرفتن ماتریس در دسترس پذیری نهایی، مدل اولیه ساختار تفسیری ترسیم می شود. مدل نهایی در شکل (۸) نشان داده شده است. مدل نهایی به دست آمده از ۴ سطح تشکیل شده است.



شکل (۸): مدل راهبردی چند لایه تحقق سلامت اجتماعی

بحث و نتیجه گیری

تحقق سلامت اجتماعی، آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده، نهادهای مدنی و جامعه و فعالیت بین بخشی سلامت و همکاری سازمان ها، دستگاه های اجرایی و نهادهای دولتی در تامین، حفظ و ارتقاء سلامت اجتماعی را طلب می کند، بررسی وضعیت سلامت اجتماعی در ایران و جهان نشان داد که سلامت اجتماعی ایرانیان در وضعیت مطلوب نبوده و تحقیقات داخلی بیانگر این است که در بین گروه های سنی وضعیت سلامت اجتماعی کودکان نامناسب و گروه های سنی نوجوانان، جوانان، بزرگسالان و سالمندان در سطح متوسط می باشد، همچنین بررسی شاخص های جهانی، رفاه و سلامت اجتماعی، ایران را در زمره پایین ترین کشورها در رتبه سلامت اجتماعی و رفاه قرار می دهد، در شاخص کیفیت زندگی از بین ۸۰ کشور مورد بررسی رتبه ۷۷ و خیلی ضعیف؛ در شاخص جهانی شادی از بین ۱۵۶ کشور رتبه ۱۱۹ و ضعیف؛ در شاخص پیشرفت اجتماعی از بین ۱۴۹ کشور رتبه ۸۶ و متوسط؛ در شاخص رفاه لگاتوم از بین ۱۶۷ کشور رتبه ۱۱۹ و ضعیف و در شاخص توسعه انسانی از

بین ۱۸۹ کشور رتبه ۶۵ و متوسط می باشد. در ادامه پژوهش و پس از شکل گیری میز اندیشه، مؤلفه‌های مستخرج از مطالعه ادبیات در قالب یک رابطه‌ی علی-معلولی به قضاوت گروه کانونی قرار داده شد. مرحله‌ی اول از تکنیک دلفی به تأیید مؤلفه‌ها و مرحله‌ی دوم به تأیید رابطه‌ی علی-معلولی اختصاص داشت. در مرحله سوم پژوهشگران در خصوص رابطه مفاهیم چهارگانه مدل، شامل سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری اجتماعی، حکمرانی و سلامت اجتماعی، قضاوت نمودند نتایج پژوهش نشان داد سلامت اجتماعی زمانی محقق خواهد شد که توجه ویژه‌ای به بنیان‌ها و وزیر ساخت‌های اثر گذار شده و رابطه سرمایه اجتماعی، سیاستگذاری و حکمرانی با هم و شکل‌گیری رابطه آنها نقش تعیین کننده‌ای در تحقق سلامت اجتماعی خواهد داشت. توجه به سرمایه اجتماعی با ابعاد کنشگران فردی، تعاملات گروه‌های اجتماعی و راهبردها و سیاستهای مرتبط به عنوان اولین سطح پایه‌ای از این مدل نشان می‌دهد که تاثیر متقابل سرمایه اجتماعی با سیاستگذاری اجتماعی و رابطه معنادار سرمایه اجتماعی و حکمرانی در حاکمیت قانون و جاری سازی و جریان سازی راهبردهایی که موجب تقویت سرمایه اجتماعی میشود. می تواند نقش تعیین کننده‌ای در تحقق سلامت اجتماعی ایفا نماید. همچنین ابعاد سیاستگذاری اجتماعی همچون اقدامات مبتنی بر شواهد، ارزش‌ها و نهادها و قوانین، مقررات، مصلحت و منابع می تواند از طریق رابطه دوسویه با ابعاد حکمرانی در تحقق سلامت اجتماعی تعیین کننده باشد، در لایه بعدی مدل، حکمرانی با برقراری حاکمیت قانون، مشارکت و شفافیت، اثربخشی و پاسخگویی منجر به تحقق سلامت اجتماعی با در نظر گرفتن سه رویکرد سلامت فرد، تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و سلامت جامعه و همچنین تاثیر گذاری این ابعاد بر حکمرانی خواهد شد. این رابطه‌ها همانطور که از نتایج تحقیق برآمده است نشان می‌دهد که تحقق سلامت اجتماعی در یک رابطه چندلایه قابل تحقق است و در پایین ترین سطح مدل، زمانی می توان حرکت و جریان رو به ترقی سلامت اجتماعی را انتظار داشت که جامعه از سرمایه اجتماعی برخوردار گشته و همانطور که از مدل مفهومی بر می آید این جریان از سطح راهبردی و فرموله سازی آن آغاز و باید تا شناسایی سنج‌ها ادامه یافته و در هر یک از سه وجه لایه‌های بالاتر ادامه داشته و به نقش متقابل سیاستگذاری و حکمرانی و رابطه متقابل آنها با یکدیگر و سلامت اجتماعی توجه گردد تا فرایند تحقق سلامت اجتماعی در خلال توسعه اجتماعی صورت گیرد.

پیشنهادات کاربردی

مداخله گران و بازیگران سلامت اجتماعی در کشور در سطوح سیاستگذاری اجتماعی، راهبردی، تامین منابع استراتژیک و اجرا بسیارند، اما آنچه که از نتایج مشخص است، هر یک از بازیگران، بدون در نظر گرفتن همسویی راهبردی، صرفاً در چارچوب ماموریت و رسالت خود، برنامه‌های مرتبط را عملیاتی می نمایند و با بررسی در این زمینه میتوان متوجه شد که این حوزه مهم از هم افزایی و هم راستایی برخوردار نبوده و نیازمند تدوین طرحی است که ضمن توجه به لایه‌های تحقق سلامت اجتماعی، حدود و ثغور مداخلات هر یک از بازیگران را مشخص و از یک تقسیم کار ملی برخوردار شود. با این هدف که منابع بدرستی تخصیص داده شده و در چارچوب باز آفرینی ساختار و فرآیندها، تحقق سلامت اجتماعی در مسیر توسعه اجتماعی ممکن و شاخص‌های آن ارتقاء یابد.

پیشنهادات به پژوهشگران آتی

- طرح راهبردی سلامت اجتماعی با محوریت حکمرانی مطلوب در جمهوری اسلامی ایران
- تعیین مؤلفه‌های سلامت اجتماعی و ارائه مدل پرداخت یارانه مشروط برای تحقق سلامت اجتماعی در ایران
- طراحی مدل همسویی راهبردی بازیگران سلامت اجتماعی در جمهوری اسلامی ایران

۱. الهی منش، محمد حسین وهمکاران، (۱۳۹۷)، بررسی تطبیقی مولفه های سلامت اجتماعی با رویکرد توسعه در استان های ایران، چهارمین کنگره بین المللی فرهنگ و اندیشه دینی
۲. تاج الدین، محمد باقر، (پاییز ۱۳۹۶)، تعیین کننده های سلامت اجتماعی، شهروندان منطقه ۱۲ تهران، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۳۲
۳. جواهری، رضا (آبان ۱۳۹۶)، نظام بهداشت و درمان روسیه در یک نگاه، مجله مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ایران، قابل دسترسی در
۴. دانایی فرد، حسن، (۱۳۹۴)، چالشهای مدیریت دولتی در ایران، چاپ نهم، تهران، سمت
۵. درخشان نیا، فریبا، ۱۳۹۲، تعیین شاخص و بیانگرهای سلامت اجتماعی در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۶. دماری، بهزاد و همکاران، (خرداد و تیر ۱۳۹۲)، بسته های خدمات سلامت اجتماعی، الگویی برای مداخله نظام مدیریت سلامت شهری، فصلنامه پایش، شماره سوم
۷. رازانی، امینی و همکاران (۱۳۹۰)، رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال پانزدهم، شماره ۴۲
۸. زاهدی اصل، محمد وهمکاران (تابستان ۱۳۹۳)، فراتحلیلی بر مطالعات مربوط به سلامت اجتماعی، فصلنامه علوم اجتماعی: برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی: شماره ۱۹
۹. زاهدی اصل، محمدمو همکاران، (بهار ۱۳۹۵)، عوامل اجتماعی موثر بر میزان سلامت اجتماعی سالمندان (مطالعه موردی: سالمندان شهر کوهدشت)، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، سال هفتم، شماره ۲۶
۱۰. سام آرام، عزت اله، (پاییز ۱۳۹۱)، سلامت اجتماعی نظریه محوری مددکاری اجتماعی، فصلنامه علوم اجتماعی: مددکاران اجتماعی متخصص، شماره ۱
۱۱. سجادی، حمیرا وهمکاران، (آذر و دی ۱۳۸۳)، شاخص های سلامت اجتماعی، فصلنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی: آذر و دی ۱۳۸۳، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸
۱۲. سجادی، حمیرا وهمکاران، (آذر و دی ۱۳۸۳)، شاخص های سلامت اجتماعی، فصلنامه اطلاعات سیاسی-اقتصادی: آذر و دی ۱۳۸۳، شماره ۲۰۷ و ۲۰۸
۱۳. سفیری خدیجه و همکاران، (بهار ۱۳۹۳)، تبیین رابطه هویت جنسیتی و سلامت اجتماعی زنان و مردان جوان شهر تهران، فصلنامه جامعه شناسی کاربردی، دوره ۸۳، شماره اول
۱۴. سلطانی، علیو همکاران، (اردیبهشت ۱۳۹۰)، توانمند سازی بافت های روستا- شهری در محیط های پیرانشهری با رویکرد مشارکت مردمی (مطالعه موزدی: روستای کلم خوران)، سومین کنفرانس برنامه ریزی و مدیریت شهری
۱۵. شهریاری پور، رضا وهمکاران، (زمستان ۱۳۹۵)، مروری بر عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در دانشجویان، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال ۳، شماره ۱۳
۱۶. صابری، علی، (اسفند ۱۳۹۶)، تعریف جامعه سالم، کنفرانس ملی پژوهشهای نوین حسابداری و مدیریت در هزاره سوم
۱۷. عبادله زاده ملکی، شهرام وهمکاران، (۱۳۹۵)، تبیین توانمندسازی اجتماعی به منظور تاب آوری جوامع محلی در مقابل بحران (زلزله)، کنفرانس بینالمللی محازرات و بحران هایزیست محیطی ایران، راهکارها و چالش ها
۱۸. فقیهی فرهمند، ناصر، (بهار ۱۳۹۰)، بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی با امنیت خانواده، فصلنامه مطالعات جامعه شناسی، سال سوم، شماره دهم
۱۹. کفاشی، مجید، (بهار ۱۳۹۶)، مدل معادلات ساختاری رابطه مولفه های دینداری با مولفه های سلامت اجتماعی دانشجویان، فصلنامه راهبرد اجتماعی فرهنگی، سال چهارم، شماره چهاردهم
۲۰. گلایبی، فاطمه، (پاییز و زمستان ۱۳۹۲)، گونه های فراغت و تاثیر آن بر سلامت اجتماعی جوانان، دوفصلنامه جامعه شناسی اقتصادی و توسعه، سال دوم، شماره دوم
۲۱. گوتمار، سالی و همکاران (۱۳۹۶)، مداخلات سلامت اجتماع محور، چاپ اول، تهران، مجسمه
۲۲. محسنی، منوچهر، (۱۳۹۳)، مبانی سلامت اجتماعی، چاپ اول، تهران، دوران
۲۳. مدیری، فاطمه و همکاران (زمستان ۱۳۹۶)، بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن، فصلنامه توسعه اجتماعی، دوره ۱۲، شماره ۲
۲۴. هزارجریبی، جعفر و همکاران، (۱۳۹۱)، آنا تومی رفاه اجتماعی، چاپ اول، تهران، جامعه و فرهنگ

۲۵. یحیی زاده، حسین وهمکاران، (پاییز ۱۳۹۲)، سلامت اجتماعی و عوامل اجتماعی موثر بر آن؛ مطالعه موردی: زنان سرپرست خانوار شهر قروه، فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی، شماره ۱۶

1. Gunn, S. William, A, et al (2005), Understanding The Global Dimensions Of Health, Springer
2. Hall, Anthony, (2004), Social Policy for Development, Sage publications Ltd
3. Keyes, Corey Lee M, Social Well-Being, Vol. 61. No. 2
4. Lab, P. Steven, Crime Prevention; Approaches, Practices and Evaluations, Anderson Publishing, 2014.
5. Lianne Greenwood, Margo, et al, (2012), Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada, vol 17
6. Reisman, David, (), Health care and Public Policy, Edward Elgar
7. Veenstra, Gerry, (2000), Social capital, SES and health: an individual-level analysis. Pergamon
8. Wallace, Steven P, (2019). A social determinants framework identifying state-level immigrant policies and their influence on health, Elsevier