نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هفتم، تابستان ۱۴۰۲، شماره دوم، صفحات ۲۶۴ تا ۲۷۰

پژوهشی

مروری بر مطالعات سلامت اجتماعی: معرفی نشانگرهای کلان سلامت اجتماعی

نرگس تبریزچی*[۱]

۱. ***نویسنده مسئول:** استادیار پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران، narges_tabrizchi@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۳/۳۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت است و بر سایر ابعاد سلامت هم تأثیر می‌گذارد. سلامت اجتماعی به روابط افراد با یکدیگر و تعاملات آنها در جامعه می‌پردازد ولی تعریف واحدی که مورد تأیید تمام سازمان‌های بین‌المللی باشد برای سلامت اجتماعی ارائه نشده است. به دلیل تنوع تعاریفی که برای سلامت اجتماعی وجود دارد نشانگرهای مختلفی هم برای سنجش آن معرفی شده‌اند. هدف از این مقاله معرفی نشانگرهای کلان سلامت اجتماعی است.

روش: رویکرد این مطالعه به صورت ترکیبی است. در مرحله نخست با انجام مرور نظام‌مند، فهرست نشانگرها تهیه شد. در مرحله کیفی، با استفاده از نظرات صاحبنظران حوزه سلامت اجتماعی(اعضای کمیته علمی) فهرست تهیه شده مورد ارزیابی و امتیازدهی قرارگرفت و براساس میانگین امتیازها اولویت‌بندی انجام شد.

یافته‌ها: درنهایت ۵۰ مقاله وارد مطالعه شدند. نشانگرهای کلان اولویت‌دار سلامت اجتماعی به شرح زیر است:
«تعداد زندانی‌ها»، «طلاق (نسبت طلاق به ازدواج)»، «فقر»، «خودکشی»، «ترک تحصیل»، «کودکان کار»، «امکانات مشارکت سیاسی شهروندان»، «بزهکاری کودکان (دستگیری زیر۱۷سال)»، «قتل»، «امنیت»، «شاخص‌های محیط زیست»، «سرمایه اجتماعی»، فرصت درآمد عادلانه (ضریب جینی)»، «قانون‌گرایی (حاکمیت قانون)»، «احساس عدالت اجتماعی»، «فساد اجتماعی».

نتیجه‌گیری: با استفاده از فهرست نشانگرهای کلان اولویت‌دار و انجام پیمایش‌های دوره‌ای، سیاست‌گذاران و جامعه علمی تصویر صحیحی از وضعیت سلامت اجتماعی و روند تغییرات آن به‌دست می‌آورند و می‌توان برنامه‌های ارتقادهنده سلامت اجتماعی را برهمین اساس طراحی کرد.

کلیدواژه‌ها: برنامه‌ریزی بهداشت جامعه، سرمایه اجتماعی، شاخص‌های بهداشت و تندرستی، عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت

مقدمه

سلامت مفهومی پویا و گسترده در مسیر رشد و تکامل انسان است و دستیابی به آن هدف اصلی نظام های سلامت بشمار می رود. مدل های زیستی سلامت بیشتر به بُعد جسمی و روانی تأکید دارند، درحالی‌که افراد در ساختارها و بافت‌های اجتماعی مختلف حضور داشته و فعالیت می‌کنند بنابراین با چالش‌ها و تکالیف اجتماعی مختلفی روبه‌رو هستند. برای تأکید فزاینده بر نقش مهم عوامل روانی و اجتماعی در سلامت و بیماری، سازمان بهداشت جهانی تعریف چند بُعدی سلامت را ارائه کرده و سلامت را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و فراتر از نبود بیماری و ناتوانی می‌داند (۱).سلامت اجتماعی نه تنها بعدی از ابعاد سلامت است؛ بلکه بر سایر ابعاد سلامت هم اثر گذار است(۲).

سلامت اجتماعی به روابط افراد با یکدیگر و تعاملات آنها در جامعه می پردازد ولی تعریف واحدی که مورد تأیید تمام سازمان‌های بین‌المللی باشد برای سلامت اجتماعی ارائه نشده است. سلامت اجتماعی در دو دهه اخیر در مقالات علمی ایران مورد توجه قرار گرفته است و با وجود گسترش مقالات در این حیطه، برداشت‌ها متفاوت بوده است و فهم واحدی از آن وجود ندارد. یک مرور نظام‌مند مشخص کرد که مفاهیم دیگر موجود در علوم اجتماعی به دلیل هم پوشانی‌هایی که با سلامت اجتماعی دارند؛ اغلب بجای سلامت اجتماعی به‌کار می‌روند. این مفاهیم شامل سرمایه اجتماعی، رفاه اجتماعی، بهزیستن اجتماعی، حکمرانی خوب و ... بودند(۳). تفاوت در برداشت از سلامت اجتماعی و حیطه آن باعث مشکل در سنجش و به‌کار بردن شاخص معین می‌شود و شاخص و سنجه‌های مورد توافق برای رصد وضعیت سلامت اجتماعی وجود ندارد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/7.2.15]

برخی سلامت اجتماعی را از زاویه تعاملات فردی و به مثابه جنبه‌ای از سلامت در کنار سایر ابعاد سلامت و برخی به مثابه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عده‌ای از منظر اجتماعی و به عنوان جامعه سالم در نظر می‌گیرند.سلامت اجتماعی پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط، هدفمند بودن در زندگی و استقلال است (۴) و در جامعه سالم افرادتوانایی انجام راحت و مؤثر نقش‌های اجتماعی را بدون آسیب رساندن به دیگران دارند(۵).

راسل، سلامت اجتماعی را بعدی از تندرستی افراد که به چگونگی همراهی فرد با دیگران، چگونگی واکنش مردم با فرد و چگونگی تعامل فرد با موسسات و اخلاقیات اجتماعی می پردازد؛ تعریف می‌کند و جامعه‌ای را سالم می‌داند که تمام افراد آن فرصت‌ها و دسترسی‌های برابر به امکانات و خدمات پایه برای ایفای نقش شهروندی را دراختیار داشته باشند(۶).

بلوک و برسلو، سلامت اجتماعی را درجه فعالیت افراد در جامعه تعریف کردند و در سال۱۹۷۱ برای ارزیابی عملکرد اجتماعی پرسشنامه‌ای حاوی سوالات در مورد سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را طراحی کردند(۷).

لارسن، گزارش فرد از کیفیت روابطش با اطرافیان و گروه‌های اجتماعی و بازتاب رضایت فرد از نحوه تعاملش با محیط اجتماعی و زندگی(۸) و کییز و شاپیرو توانایی فرد در تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع به منظور ایجاد روابط ارضاکننده فردی و به انجام رساندن نقشهای اجتماعی، را به عنوان سلامت اجتماعی معرفی می‌کنند(۹).

هوبر، سلامت اجتماعی را در سه سطح توانایی بالفعل درآوردن ظرفیت‌ها و انجام تعهدات، توانایی مدیریت زندگی با درجاتی از استقلال و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی تعریف می‌کند (۱۰).

یکی از تعاریفی که برای سلامت اجتماعی ارائه شده که تااندازه‌ای تمامی جنبه‌ها را در نظر گرفته عبارت است از: «کمیت و کیفیت تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقای رفاه آحاد جامعه» جنبه های مختلفی را در برمی‌گیرد و سازمان‌ها و نهادهای گوناگونی در آن فعالیت می‌کنند(۱۱).

استون و جیکوب، شاخص‌های مهم سلامت اجتماعی را مشارکت فعال در زندگی اجتماعی، پذیرش مسئولیت، شناخت حقوق و وظایف دیگران و احترام به حقوق آنان، احترام به محیط زیست و تلاش در راه حفظ آن، شناخت فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی، پرهیز از خشونت و داشتن شکیبایی و مدارا با دیگران دانسته‌اند(۱۲).

کییز با توجه به مفهوم پردازی‌های نظری از سلامت اجتماعی، یک مدل پنج بُعدی قابل سنجش ارائه داد که در سطوح فردی قابل استفاده است در پرسشنامه سنجش سلامت اجتماعی کییز ۵بُعد سلامت اجتماعی انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، همبستگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی سنجیده می‌شوند(۹). در سنجش سلامت اجتماعی این پنج بُعد به عنوان متداول‌ترین ابعاد قابل استفاده به شمار می‌روند.

در مطالعه بلانکو و دیاز نیز از این پنج بُعد برای تعیین میزان سلامت اجتماعی استفاده شد(۱۳).

نشانگرهای مناسب سلامت اجتماعی نه تنها برای اندازه‌گیری سلامت اجتماعی در یک کشور یا یک منطقه از آن به‌کار می‌آیند؛ بلکه برای سنجش وضع سلامت اجتماعی 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. با انتخاب نشانگرهای مناسب و اندازه‌گیری آن در بازه‌های زمانی مشخص می‌توان روند تغییرات را تعیین کرد. با توجه به توضیحات فوق و عدم وفاق ملی و نبود پژوهش‌های مدون ملی برای سنجش سلامت اجتماعی، معرفی نشانگرهای قابل اندازه‌گیری می‌تواند به طراحی مطالعات کشوری کمک کند تا سازمان‌هایی که به‌طور مستقیم در حوزه سلامت اجتماعی فعالیت دارند در سایه اقدامی هماهنگ با تعیین و شناخت شاخص‌های رصد این حوزه بهتر بتوانند برای ارتقای سلامت اجتماعی برنامه‌ریزی کنند.

روش

مطالعاتی که در حوزه‌های مختلف سلامت اجتماعی انجام گرفته‌اند با جستجوی نظام‌مند در تارنماهای مقالات ایرانی و بین‌المللی مانند نورمگز، سیویلیکا و Google scholar, Pubmed, SID, magiran و کلید واژه‌های سلامت اجتماعی، بهزیستی اجتماعی، ابعاد، وجوه، شاخص، نشانگر، سنجش، اندازه‌گیری و معادل‌های انگلیسی آن بدون محدودیت زمانی استخراج شدند. معیار ورود به مطالعه در دسترس بودن مقاله کامل و زبان انگلیسی یا فارسی بود. مقالات مرتبط براساس عنوان انتخاب و با مرور چکیده، مقالات دسته‌بندی شدند. سپس محتوای مقالات بررسی شده و مفاهیم سلامت اجتماعی و فهرست نشانگرها استخراج شد. علاوه بر فهرست مقالات فوق با مراجعه به منابع مقالات موارد مرتبط که در بررسی فوق شناخته نشده بودند نیز وارد مطالعه شد.

در مرحله کیفی، با استفاده از نظرات صاحبنظران حوزه سلامت اجتماعی(اعضای کمیته علمی) فهرست تهیه شده مورد ارزیابی و امتیازدهی قرارگرفته و براساس امتیازها اولویت‌بندی انجام شد. نتایج این بخش در جلسه گروهی باحضور صاحبنظران حوزه سلامت اجتماعی ارائه شد. ۲۰صاحبنظرمشارکت‌کننده در این تحقیق متخصصان و فعالان حوزه‌های سلامت اجتماعی، روان‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی، آموزش بهداشت، بهداشت عمومی، علوم اجتماعی، پزشکی اجتماعی، روان‌پزشکی و مددکاری اجتماعی بودند.

در طراحی پرسشنامه معیارهای معرفی شده توسط آکادمی ملی علوم آمریکا و سازمان بهداشت جهانی لحاظ شد و برای اولویت‌بندی از روش

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/7.2.15]

«مدل کوچک» پیشنهادی شورای پژوهش علوم پزشکی برای توسعه (COHRED) استفاده شد(۱۷-۱۴). قبل از ارائه پرسشنامه به مدت ۳۰ دقیقه توضیحاتی در مورد مطالعه و هدف آن و نحوه تکمیل داده شد و به همراه پرسشنامه هم ، راهنمای امتیازدهی ارائه شد.

پس از جمع‌بندی امتیازات و انجام اولویت بندی، نشانگرهایی که بیش از ۷۵ درصد امتیازات را کسب کرده بودند؛ مشخص شدند و نتایج به گروه بازگردانده شد تا نظرات تکمیلی اخذ و اجماع حاصل شود.

نتایج

در جستجوی اولیه ۲۵۸۰مقاله وارد مطالعه شد. پس از غربالگری براساس عنوان و حذف موارد نامرتبط و تکراری ۵۷۰ مقاله باقی ماند که با بررسی چکیده مقالات این تعداد به ۱۱۵عدد کاهش یافت. سپس متن کامل مقالات مطالعه شد و درنهایت ۵۰مقاله برای استخراج نشانگرها باقی ماند.

معرفی نشانگرهای سلامت اجتماعی

نشانگرهای سلامت اجتماعی براساس چارچوب مفهومی و تعریف ارائه شده از سلامت اجتماعی در مقالات به سه بخش تقسیم شد(۱۸):

- سلامت اجتماعی در سطح فردی به عنوان بعدی از ابعاد سلامت فرد که به رابطه وی با اجتماع بر می‌گردد؛
- سلامت اجتماعی به مثابه اجتماعی سالم و صفتی برای جامعه؛
- سلامت اجتماعی به معنای شرایطی از اجتماع که به سلامت افراد می انجامد (عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت).

سلامت اجتماعی در سطح فردی

این مفهوم اشاره می‌کند که سلامت اجتماعی در کنار سایر ابعاد سلامت به ویژگی‌ها و شخصیت فرد است و توانایی فرد در ارتباط با دیگران و حضور فعال دراجتماع، شادزیستن و شاد کردن دیگران، ساختن محیط آرامش بخش درخانواده و به‌طورکلی روابط مطلوب اجتماعی بر می‌گردد(۱۹). با این تعاریف داشتن مهارت‌های اجتماعی فرد که به روابط مطلوب وی کمک می‌کند؛ منجربه ارتقای سلامت اجتماعی می‌شود.

کییز با معرفی مدل چند وجهی میزان کارکرد بهینه افراد را درعملکرد اجتماعی‌شان معلوم می‌کند این مدل ۵ جنبه را در قالب پرسشنامه‌ای می‌سنجد که براساس تحقیق حاضر بیشترین کاربرد را در مطالعات مرتبط با سلامت اجتماعی داشته است(بیش از ۵۰درصد).

ابعاد فردی سلامت اجتماعی براساس آموزه‌های دینی

شمسایی و همکاران در مقاله‌ای به معرفی پرسشنامه سلامت اجتماعی بر مبنای آموزه‌های اسلام پرداختند و در ۵بعد شاخص‌ها و مؤلفه‌های ذیل هر شاخص را بیان کردند (۲۰):

- صداقت و پایبندی به پیمان(شامل مؤلفه‌های صداقت در مقابل دروغگویی، خیانت در مقابل وفای به عهد، تهمت و افترا و ظاهرسازی و دورویی)؛
- معنویت دینی (شامل: مؤلفه‌های ایمان به خدا، همنشینی با افراد نااهل و مشارکت در گناه، نیت الهی در مقابل غیرالهی، اشاعه زشتی بین دیگران، جهاد و از جان گذاشتن در راه خدا)؛
- رعایت حقوق و برادری (شامل مؤلفه‌های طمع به مال دیگران، استهزا و تمسخر، ادای حقوق در مقابل پایمال کردن حقوق دیگران، التزام به پرداخت خمس، زکات و مالیات، سخن چینی و غیبت، تحقیر و سرزنش، پرده دری در مقابل رعایت حریم خصوصی دیگران، مهربانی در مقابل آزار و سنگدلی، سوءظن و بدگمانی، بی‌تفاوتی نسبت به مشکلات دیگران در مقابل حفظ و خیرخواهی آنان، بخل در مقابل رواداری، امر به معروف و نهی از منکر، سبقت در کارهای خیر، حسد، خودبرتربینی)؛
- رعایت کرامت و عفت (شامل: مؤلفه‌های انتقام در مقابل گذشت بزرگوارانه، خوش خُلقی در مقابل سوء خُلق، پوشیدگی و حجاب در مقابل عدم رعایت حجاب، عفت و پاکدامنی، حفظ اسرار و عزت انسانی خود)؛
- مشارکت و همبستگی (شامل: مؤلفه‌های تعاون و همکاری در امور دینی، مشورت، اصلاح میان مردم، صله ارحام و دیدار یکدیگر در مقابل قطع رحم، ازدواج).

در مطالعه حجت الاسلام و المسلمین دکتر پسندیده که به بررسی سلامت اجتماعی در منابع اسلامی پرداخته بود؛ یازده مؤلفه سلامت اجتماعی در سطح بین فردی را به شرح زیر گزارش کرد(۲۱):

تکریم و دفاع اجتماعی، کرامت اجتماعی، خویشتن‌داری اجتماعی، امنیت/ایمنی اجتماعی، اهتمام اجتماعی، سرمایه اجتماعی، درستکاری اجتماعی، اعتماد اجتماعی، پیوند اجتماعی، نشاط اجتماعی، و زینت اجتماعی.

سلامت اجتماعی صنفی برای اجتماع

توکل در مطالعه مروری شاخص‌های سلامت اجتماعی را درقالب اجتماع سالم معرفی می‌کند(۲۲):

- عدالت اجتماعی: 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؛
- عمل به قانون؛
- برابری؛
- دسترسی عمومی به مشارکت در فرایند تصمیم‌گیری؛
- سرمایه اجتماعی در سطح کلان؛

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/7.2.15]

- 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.

سلامت اجتماعی از نظر عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت

این رویکرد به عقیده راسل اشاره دارد مبنی بر این‌که سلامت انسان فقط مرتبط باعوامل فیزیولوژیکی- شخصیتی نیست؛ بلکه به چگونگی سازگاری افراد با دیگران و نهادهای اجتماعی، ساز و کار نظام سلامت، نقش عناصر نظام‌های اقتصادی- اجتماعی در مقابله با مرگ‌ومیر و بیماری نظیر قانون و نظام قضایی، آموزش و پرورش، ابزارهای اقتصادی، رسانه‌های جمعی و غیره، هم بستگی دارد (۲۳).

سمیعی و همکاران با استفاده از روش دِلفی هجده مؤلفه عدم وجود فقیر، بیکار، خشونت و تبعیض جنسی، قومی و نژادی، رشد کنترل شده جمعیت، برابری همه دراجرای قانون وحمایت قانون از آن‌ها، رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های بین‌المللی مرتبط با حقوق انسان‌ها، آموزش اجباری و رایگان تا اتمام مقطع راهنمایی، دسترسی همگان به خدمات سلامت، آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی در افراد، پوشش همگانی بیمه، توزیع عادلانه درآمدها، مشروعیت حکومت نزدمردم، شیوه مردم سالارانه انتخاب و نظارت بر حاکمان را به عنوان عوامل اجتماعی سلامت بخش معرفی کرده‌اند. (۲۴)

ائتلاف جماعت سالم انتاریو در سال ۲۰۰۳ مؤلفه‌های زیر را برای مفهوم سلامت اجتماعی در نظر گرفت(۲۵):

- اقتصاد متنوع و زنده؛
- حفاظت از محیط زیست طبیعی؛
- مصرف مسؤولانه منابع به نحوی که پایداری دراز مدت آنها تضمین شود؛
- امنیت؛
- هزینه مسکن قابل پرداخت؛
- سامانه ترابری قابل دسترس؛
- شغل برای جویندگان؛
- محیط زیست سالم و امن و بوم سامان(اکوسیستمِ پایدار)؛
- خدمات سلامت قابل دسترس با تأکید بر پیشگیری.

عوامل تأثیرگذار بر سلامت اجتماعی

فلاحی و همکاران نشان دادند توسعه اجتماعی با سلامت اجتماعی ارتباط قوی دارد. بنابراین، افزایش شاخص‌های توسعه اجتماعی می‌تواند نشانگر افزایش سلامت اجتماعی باشد.در این تحقیق سطح توسعه اجتماعی بر اساس شاخص‌هایی چون میزان (کیفیت زندگی، وفاق اجتماعی، اخلاق توسعه اجتماعی و امنیت اجتماعی) محاسبه شد. (۲۶)

تاج‌الدین حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی- اقتصادی را مرتبط با سلامت اجتماعی می‌داند. بر این مبنا بیشترین میزان پیش‌بینی‌کنندگی سلامت اجتماعی به ترتیب مربوط به حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، امنیت اجتماعی و پایگاه اجتماعی- اقتصادی است و ارتقای سلامت اجتماعی وابستگی زیادی به ارتقای چهار عامل فوق دارد(۲۷).

محسنی تبریزی و نوابخش بین ابعاد متغیر سلامت اجتماعی و متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، پایگاه اقتصادی ـ اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی، مذهب و میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی ارتباط معناداری را نشان دادند به طوریکه جنسیت، وضعیت تأهل، مذهب، میزان استفاده از شبکه‌های اجتماعی، مهارت‌های ارتباطی و پایگاه اقتصادی ـ اجتماعی به ترتیب بیشترین اثرگذاری بر سلامت اجتماعی داشت(۲۸).

اسدی و همکاران تحصیلات را با همه ابعاد سلامت اجتماعی (انسجام، مشارکت، پذیرش، انطباق، و شکوفایی) مرتبط دانستند(۲۹).

مدیری و همکاران در بررسی یک دهه مطالعات از دهه۸۰ تا ۹۰ ، نتیجه‌گیری کردند مهارت‌های ارتباطی، کیفیت زندگی، گذران اوقات فراغت، سن، پایگاه اقتصادی ـ اجتماعی و جنس به ترتیب بیشترین تأثیرگذاری را بر سلامت اجتماعی دارند ولی میان تأهل و تحصیلات با سلامت اجتماعی رابطه‌ی معناداری برقرار نیست(۳۰).

منفرد و همکاران متغیرهای دینداری و حمایت اجتماعی را با سلامت اجتماعی مرتبط دانستند(۳۱).

به‌طورکلی می‌توان انتظار داشت با افزایش شاخص‌های توسعه اجتماعی، افزایش حمایت اجتماعی، بهبود کیفیت زندگی، افزایش امنیت اجتماعی و بهبود جایگاه اجتماعی-اقتصادی، ارتقای مهارت‌های اجتماعی و مشارکت در شبکه‌های اجتماعی، استفاده بهینه از اوقات فراغت، سلامت اجتماعی نیز ارتقاء یابد.

در این مطالعه با استفاده از مرور نظام‌مند و تحلیل مقالات، نشانگرهای مورد استفاده برای سنجش سلامت اجتماعی مورد شناسایی قرار گرفت و پس از حذف موارد مشابه و ادغام برخی از آنها فهرستی مشتمل بر ۶۰ نشانگر به شرح زیر تهیه شد:

۱. پنج بعد کییز(شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی)، ۲. سرمایه اجتماعی، ۳. امنیت، ۴. مهاجرت، ۵. طلاق(نسبت طلاق به ازدواج)، ۶. بارداری

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/7.2.15]

نوجوانان، ۷. فرار از منزل، ۸. روابط فـرا زناشـویی، ۹. رضـایت از زنـدگی، ۱۰. کودکان کار، ۱۱. ترک تحصیل، ۱۲. خودکشی، ۱۳. احساس عـدالت اجتماعی، ۱۴. انزوای اجتماعی، ۱۵. فقر، ۱۶. شاخص‌های سلامت کودکان (مرگ زیر ۵ سال ، مرگ زیر یکسال)، ۱۷. قتـل، ۱۸. بزهکـاری کودکـان (دستگیری زیر۱۷سال)، ۱۹. تعداد زندانی‌ها، ۲۰. روسـپیگری، ۲۱. فسـاد اجتماعی (کلاهبرداری، اختلاس، پارتی‌بازی، تقلب)، ۲۲. کودکان خیابانی، ۲۳. وندالیسم، ۲۴. قاچاق انسان، ۲۵. فرار مالیاتی، ۲۶. شاخص‌های محیط زیست، ۲۷. احترام به محـیط زیسـت، ۲۸. تمـایز نسـلی، ۲۹. شـادمانی، ۳۰. کمیت ارتباط با دیگران، ۳۱. کیفیت ارتباط با دیگران (میزان اعتماد، احترام به عقاید دیگران، قبول تنوع ، نقدپذیری)، ۳۲. تعـداد عضـویت در گروه‌ها، شوراها و شبکه ها، ۳۳. افتخار به ملیـت (هویـت)، ۳۴. احسـاس تعلق (آینده وضع وحدت و همدلی)، ۳۵. میزان کـار داوطلبانـه در طـول هفته، ۳۶. مراقبـت از دیگـران در اشـکال عـاطفی و مـادی، ۳۷. اهـدای داوطلبانه خون، ۳۸. تعادل کار، خانواده و تفریح، ۳۹. مشارکت اجتمـاعی، ۴۰. قـانون‌گرایـی (حاکمیـت قـانون)، ۴۱. تسـهیلات در دسـترس بـرای مشارکت اجتماعی، ۴۲. تعداد سازمان های مردم نهاد، ۴۳. شوراهای شهر و روستا، ۴۴. آموزش مهارت‌های سلامت اجتماعی در نظام آموزشی و در سطح جامعه، ۴۵. میزان حمایت اجتماعی دولت، ۴۶. وضعیت جشن‌های ملی و استانی، ۴۷. برنامه‌هـای آشـنایی اقـوام و قومیـت هـا، ۴۸. حقـوق شهروندی و حقوق بشر، ۴۹. سیستم‌های دیده‌بانی مستقل،۵۰. پاسخگویی مسئولان و منتخبان مردم و دستگاه ها، ۵۱. وضعیت شبکه‌های اجتماعی سنتی و روزآمدسازی آنها، ۵۲. آموزش مهارت‌های زندگی از جمله مهارت دوست‌یـابی و کـار تیمـی، ۵۳. نظـام اداری و بوروکراسـی، ۵۴. امکانـات مشارکت سیاسی شهروندان، ۵۵. فرصت درآمـد عادلانـه، توزیـع عادلانـه ثـروت و درآمـد ملـی، ۵۶. دسترسـی رایگـان بـه نشـریات و کتـب، ۵۷. آموزش‌های سلامت جنسی به نوجوانان و کل افراد جامعه، ۵۸. نقدپذیری و فرصت انتقاد، ۵۹. کیفیت زندگی،۶۰. اوقات فراغت و نحوه گذران آن.

این فهرست پس از اولویت‌بندی به۱۷نشانگر نهایی برای نشـان دادن وضعیت سلامت اجتماعی کشور تقلیل یافت(جدول۱).

جدول ۱. فهرست شاخص‌های دارای اولویت نخست به ترتیب امتیاز

عنوان شاخص	میانگین امتیاز
تعداد زندانی‌ها	۷۰
طلاق (نسبت طلاق به ازدواج)	۶۸
فقر	۶۷
خودکشی	۶۹
ترک تحصیل	۶۶
کودکان کار	۶۵
امکانات مشارکت سیاسی	۶۴
بزهکاری کودکان (دستگیری زیر ۱۷ سال)	۶۴
قتل	۶۳
امنیت	۶۱
شاخص‌های محیط زیست	۶۱
سرمایه اجتماعی	۵۹
فرصت درآمد عادلانه	۵۹
قانون‌گرایی (حاکمیت قانون)	۵۹
احساس فساد (کلاهبرداری، اختلاس، پارتی‌بازی، تقلب)	۵۹
احساس عدالت اجتماعی	۵۸
مشارکت در امور سیاسی مانند رای دادن	۵۳

بحث و نتیجه‌گیری

به دلیل پیچیدگی و تنـوع در تعریـف و برداشـت از مفهـوم سـلامت اجتماعی، اندازه‌گیری و رصـد سـلامت اجتمـاعی بحـث برانگیـز بـوده و مطالعات مختلف با نشـانگرهای گونـاگون وضـعیت سـلامت اجتمـاعی را سنجیده‌اند. همین امر و جزیره‌ای بـودن مطالعـات و یـا محـدودبودن بـه جمعیت خاص مثلا دانش آموزان، دانشجویان، معلمان و... باعث می‌شـود وضعیت کلی کشور در سلامت اجتماعی قابل رصد نبوده و به تبع آن روند آن طی سالیان مشخص نباشد. در این تحقیق بااولویت بندی نشـانگرهای استفاده شده در مطالعات مختلف، در نهایت هفده نشانگر به عنوان نشانگرهای اولویت‌دار سنجش سلامت اجتماعی معرفی شـدند. برخـی از نشانگرها به‌طور مستقیم نمایانگر سـلامت اجتمـاعی (سـرمایه اجتمـاعی، امنیت، شاخص‌های محیط زیست، احساس عدالت اجتماعی، قانون‌گرایـی (حاکمیت قانون)، امکانات مشارکت سیاسی و فرصـت درآمـد عادلانـه) و بقیه به صورت مستقیم نمایـانگر انحرافـات اجتمـاعی و کـاهش سـلامت اجتماعی (طلاق، ترک تحصیل، فقر، خودکشی، قتـل، تعـداد زنـدانی‌هـا، کودکان کار، بزهکاری کودکان، کلاهبرداری، اختلاس، پارتی‌بـازی، تقلـب (احساس فساد) بودند.

همانطور که مشخص اسـت بـرخلاف بسـیاری از مطالعـات کـه بـرای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه کییز استفاده می نمایند در فهرست نهایی نشانگرهای پنجگانه کییز امتیاز کافی را کسب ننمـود و وارد فهرسـت منتخب نشد. مطالعه حاضر هم‌راستا با سایر مطالعاتی است که نشانگر هـای ترکیبی برای سنجش سلامت اجتماعی ارائه کرده‌اند (۲۴، ۳۲، ۳۳).

از محدودیت‌های این طرح عدم امکان دسترسـی بـه برخـی از گزارش‌هایی اسـت کـه بـه مطالعـات اجتمـاعی و بررسـی وضـعیت سلامت اجتماعی می پردازند بود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی تعریـف و روش مشـخص و اسـتانداردی بـرای بررسـی نشـانگرهای اولویت دار معرفی شده ارائه شود و پیمایش هـای دوره‌ای ارزیـابی وضعیت نشـانگرها را در بـازه‌هـای ۵ سـاله انجـام و گـزارش‌هـا در دسترس محققان قرارگیرد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-29]
[DOI: 10.22034/7.2.15]

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی با عنوان «رصد وضعیت سلامت اجتماعی کشو و روند آن» در فرهنگستان علوم پزشکی ج.ا.ا با کد اخلاق IR.AMS.REC.1401.012 است. این تحقیق با الهام از رهنمودهای مرحوم دکتر دماری و حمایت و همکاری اعضای تخصصی گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان (جناب آقایان دکتر سیدحسن امامی‌رضوی، دکترعلی رمضانخانی، دکترعباس وثوق مقدم، دکتر عباس پسندیده، دکترابوالقاسم پوررضا، دکتر عباسعلی ناصحی، دکتر مجید صفاری‌نیا، دکتر فرهاد نصرتی‌نژاد، دکتر حبیب‌الله مسعودی فرید، دکتر سیدمحمدحسین جوادی و سرکار خانم‌ها دکتر ملیحه کدیورو دکتر رهبر)انجام شده است که از تک‌تک ایشان سپاسگزاری می‌شود.

منابع

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 1946. Available at: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf
2. de Vugt M, Dröes RM. Social health in dementia. Towards a positive dementia discourse. Aging Ment Health 2017 Jan; 21(1):1-3.
3. Nosrati Nejad F, Sharifi H. The Concept of Social Health in Persian Research Articles. Iran J Cult Health Promot 2022; 6(2) :307-314. [In Persian]
4. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. J Pers Soc Psychol. 2002 Jun;82(6):1007-22.
5. Northrup-Snyder K, Thongtanunam Y. Motivational Interviewing education leading to a social justice learning outcome. 138st APHA Annual Meeting and Exposition. 6-10 Nov 2010. Denver: American Public Health Association; 2010.
6. Russell RD. Social Health: An Attempt to Clarify This Dimension of Well-Being. International Journal of Health Education 1973; 16: 74–82.
7. Belloc NB, Breslow L, Hochstim JR. Measurement of physical health in a general population survey. Am J Epidemiol 1971 May; 93(5): 328-36.
8. Larson JS. The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. Soc Indic Res 1996; 38: 181–192.
9. Keyes CLM. Social well-being. Soc Psychol Q 1998; 61(2): 121–140.
10. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ 2011 Jul 26. 343: d4163.
11. Damari B, Nasehei A, Vosoogh Moghaddam A. What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research 2013; 11(1): 45-58. [In Persian]
12. Ustun BT, Jakob R. Re-defining Health. Bull World Health Organ 2005; 83: 802.
13. Blanco A, Diaz D. Social order and mental health: a social well-being approach. Psychology in Spain 2007; 11(5): 61-71.
14. Tabrizchi N. What are the macro-social health research priorities? Social Determinants of Health 2016. 2(1): 2-7.
15. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Informing the Selection of Leading Health Indicators for Healthy People 2030: Proceedings of a Workshop—in Brief. Washington (DC): National Academies Press; 2020.
16. Pan American Health Organization. Health Indicators: Conceptual and operational considerations. 2018. Available at: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
17. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on Informing the Selection of Leading Health Indicators for Healthy People 2030. Criteria for Selecting the Leading Health Indicators for Healthy People 2030. Washington (DC): National Academies Press; 2019.
18. Samiei M, Rafiei H, Amini M, Rarani, Akbarian M. Iran's social health: from consensus-based definition to evidence-based index. Journal of Social Problems of Iran 2010; 1(2):31-51. [In Persian]
19. Jirincova B, Svoboda M. Social Health In Terms of Students of Educational Courses. School and Health 2010; 21: 191-199.
20. Shamsaee MM, Pasha Sharifi H, Saberi Zafarghandi MB. Youth Social Health and Islam Education (Case Study: Tehran City). Strategic Studies on Youth and Sports 2015; 14(28): 185-202. [In Persian]
21. Pasandideh A. Dimensional Model of Social Health in Islamic References. Iran J Cult Health Promot 2021; 5(1): 88-96. [In Persian]
22. Tavakol M. Social Health: Dimensions, Axes, Indexes in National and International studies. Bioethics 2014; 14(4): 115-135. [In Persian]
23. Tognetti M. (2014). Social Health. In: Michalos AC, editor. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Dordrecht: Springer; 2014.
24. Samiei M, Rafiei H, Amini M, Rarani , Akbarian M. Iran's social health: from consensus-based definition to evidence-based index Journal of Social Problems of Iran, 2010; 1(2):31-51.[Persian]
25. Green Communities Canada. Ontario Healthy Communities Coalition 1992-2019. 2019. Available at: https://greencommunitiescanada.org/wp-content/uploads/2019/11/Legacy-Report-web.pdf
26. Fallahi A, Kaffashi M. The Effect of Social Development on Social Health in Tehran Metropolis. Journal of Iranian Social Development Studies 2018; 10(2): 59-72. [In Persian]
27. Tajeddin MB. Determinants of Social Health of Citizens in District 12 of Tehran. Social Development & Welfare Planning 2017; 9(32): 61-96. [In Persian]
28. Mohseni Tabrizi A, Navabakhsh M. Investigating the social health of Tehran citizens and its effective factors. Journal of Iranian Social Development Studies 2016; 8(4): 111-128. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/7.2.15]

29. Asadi ZS, Jafari M, Molavi D. Evaluating the Social Health of Students in AJA University of Medical Sciences. Paramedical Sciences and Military Health 2022; 16(3): 46-51. [In Persian]
30. Modiri F., Safiri K., Mansourian F. A Study on Social Health and its Effective Factors. Quarterly Journal of Social Development (Previously Human Development) 2018; 12(2): 7-28. [In Persian]
31. Monfared M., Hashemzehi N., Shekarbeagi A. Study of social well-being and related sociological factors among the citizens of Ilam province. Journal of Economic & Developmental Sociology 2021; 10(1): 53-77. [In Persian]
32. Hasan poor T, Hoseini M, Ghobadpoor H, Sharifi M. Indicators of Social Health Promotion. Iran J Cult Health Promot 2021; 5(1): 83-87. [In Persian]
33. Zamankhani F, Abachizadeh K, Omidnia S, Abadi A, Hiedarnia MA. Composite social health index: Development and assessment in provinces of Iran. Med J Islam Repub Iran 2019 Aug 3; 33: 78.

Original

Reviewing Social Health Studies: Introducing Macro-Social Health Indicators

Narges Tabrizchi[1*]

1. ∗Corrospanding Author: Assistant professor of community medicine. Academy of Medical Sciences of I.R of Iran, narges_tabrizchi@yahoo.com

Abstract

Background: Social health is a dimension of health that affects other aspects .Social health deals with people's relationships with each other and their interactions in the society, but there is not a single approved definition by all international organizations. Due to diversity of definitions for social health, various indicators have been introduced to measure it. The purpose of this article is to introduce macro social health indicators.

Methods: The research approach in this study is a mixed method. Initially, a list of indicators was extracted via systematic review. In the qualitative phase, the prepared list was evaluated and scored by experts in the field of social health (as members of the scientific committee). Prioritization was achieved based on average scores.

Results: Finally, 50 articles were included in the study. Priority macro indicators of social health include the following:

Number of prisoners, divorce number (ratio of divorce to marriage), poverty, suicide, school drop-out rate, child labor rate, youth incarceration rate, homicide, security, environmental performance index, social capital, equality of income opportunities (Gini index), legalism (rule of law), social justice feeling, political participation index (e.g., vote in presidential elections).

Conclusion: Using the list of macro indicator priorities and conducting periodical surveys, policy makers and scientific societies could have a true picture of social health and its trend. Social health promoting programs could then be designed accordingly.

Keywords: Community Health Planning, Health Status Indicators, Social Capital, Social Determinants of Health

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-01-29]

[DOI: 10.22034/7.2.15]