

## مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر معضل اعتیاد

اکبر اعتباریان<sup>۱</sup>، محمد حسین مشرف جوادی<sup>۲</sup>، مهری کیوان منش<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۷

### چکیده

**هدف:** توسعه پایدار، انسان محور بوده و یکی از مهم ترین چالش های دهه های اخیر می باشد. گسترش معضل اعتیاد نیز مشکلات عدیده ای را در ابعاد مختلف توسعه به ویژه سلامت به دنبال دارد. این مطالعه با هدف ارائه مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر معضل اعتیاد انجام گرفته است. **روش:** این پژوهش مطالعه ای توصیفی - پس رویدادی است که به شیوه ترکیبی انجام شد. در روش کیفی با استفاده از تکنیک دلفی فازی و مصاحبه با ۳۰ نفر از خبرگان مربوطه در حوزه اعتیاد به تدوین مدل توسعه پایدار سلامت محور پرداخته شد. در روش کمی با نمونه گیری هدفمند به توزیع پرسش نامه بین ۲۰۱ نفر از کارشناسان خبره در ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران اقدام شد. **یافته ها:** مدل توسعه پایدار سلامت محور در سه بُعد اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی و با ۱۲ مولفه و ۸۶ شاخص تدوین شد. در روش کمی تمامی مولفه های مدل بر اعتیاد تأثیر معنادار و منفی داشتند و با افزایش یا ارتقای مولفه های مدل توسعه پایدار، گرایش به اعتیاد نیز کاهش می یابد. **نتیجه گیری:** از بین ابعاد مدل توسعه پایدار به ترتیب ابعاد اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی بیشترین تأثیر را بر اعتیاد نشان دادند.

**کلید واژه ها:** مدل توسعه پایدار، سلامت، اعتیاد، ابعاد اجتماعی اقتصادی و زیست محیطی

۱. دانشیار گروه مدیریت منابع انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۲. استاد یار گروه مدیریت منابع انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، پژوهشگاه مهندسی بحران های طبیعی شاخص پژوه، اصفهان،

ایران، پست الکترونیکی: Parisa\_keyvan@yahoo.com

## مقدمه

توسعه پایدار، دارای رویکردی جامع، طبیعت‌گرا، انسان‌مدار بوده و در برگیرنده مفاهیم ارزشمندی در زمینه ارتقا سلامتی، حفظ نظام‌های اکولوژیکی در بلندمدت و تأمین نیازهای بشری، بدون از بین بردن توانایی نسل آینده است (رضایی و شبیری، ۱۳۹۳). امروزه، با توجه به بیانیه هزاره سوم سازمان ملل متحد و اجلاس‌های متعدد در سراسر دنیا، پایداری به عنوان بخش اساسی نظم جهانی شناخته می‌شود و توسعه پایدار از اصولی است که اندیشمندان و صاحب‌نظران آن را مورد توجه قرار می‌دهند (دانایی، ۱۳۹۴). این بدان معنی است که حفظ استانداردهای سطح زندگی آینده بشریت، اهمیت بسیار زیادی دارد (هنرت، هری و زینک، ۲۰۱۴). از سویی، سلامتی حق تمام انسان‌هاست و در حال حاضر توسعه یافتگی هر اجتماع را از روی کیفیت سلامت آن اجتماع می‌توان قضاوت کرد. در هر سیستم اجتماعی، سیاسی و نیز در هر موقعیت جغرافیایی، تفاوت‌هایی در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف اجتماعی به چشم می‌خورد، حتی در نواحی مختلف جغرافیایی داخلی یک کشور نیز این قبیل تفاوت‌ها کاملاً مشهود می‌باشند (پور ابراهیم، ۱۳۹۳). مضاف بر آن سلامت و توسعه پایدار ارتباط تنگاتنگی با هم داشته و اصولی به هم تنیده هستند که دارای اشتراکات زیادی می‌باشند. به طوری که سلامت مردم پایه و اساس صلح و امنیت می‌باشد (دین محمدی، امینی و یزدانخواه، ۲۰۰۸). داشتن دغدغه تبیین دیدگاه‌های جامع نسبت به دو مقوله توسعه و سلامت، می‌تواند ملاحظات اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی را یکپارچه سازد (تابشان، کریم‌آباد، ۱۳۹۵). این ملاحظات در عین حال با اصولی مشترک از جمله تعهد به برابری و عدالت اجتماعی، پایداری، اقدام بین گروهی و مشارکت عمومی با یکدیگر پیوند می‌خورند (گاستین و فریدمن، ۲۰۱۵).

باید توجه داشت که یکی از مهم‌ترین عللی که میان توسعه پایدار و سلامت عمومی شکاف ایجاد نموده، معضل اعتیاد به مواد مخدر است. مصرف مواد مخدر و سایر مواد غیر قانونی توسط نوجوانان و جوانان یکی از پرچالش‌ترین معضلاتی است که سلامت

عمومی را به خطر انداخته و مشکلات فردی، اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی بسیاری بر جوامع درگیر آن تحمیل می‌کند (اسکیبا و مونرو و ودارسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). اعتیاد در کنار فقر و جهل، تشکیل مثلث شومی را تشکیل می‌دهد که نتیجه آن حذف نشاط، سرزندگی و پویایی از میان جامعه به ویژه جوانان است. طبق گزارشات دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل در سال ۲۰۱۲، حدود ۲۳۰ میلیون نفر از مردم جهان در سال ۲۰۱۰ مواد مصرف نموده‌اند، که جمعیتی بالغ بر ۵ درصد از افراد بالای ۱۸ سال را تشکیل می‌دهند (گزارش جهانی مواد مخدر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). در ایران نیز تعداد مصرف‌کنندگان مواد نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده است (مکری، ۲۰۰۲). در حال حاضر درمان اعتیاد، خط اول دفاع در جنگ بر علیه بیماری‌ها، مانند ایدز و هپاتیت و نیز به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات تهدیدکننده سلامت عمومی در سراسر جهان به‌شمار می‌رود (مارگولین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). از آنجا که جهت تحقق توسعه پایدار در یک کشور توجه به عرصه اجتماعی نیاز است و اعتیاد به عنوان یک پدیده سوءاجتماعی شناخته شده است؛ توجه به این پدیده، دستیابی به توسعه پایدار را امکان‌پذیر خواهد نمود. چرا که سلامت عمومی و توسعه پایدار دو مولفه‌ای است که هر یک مکمل دیگری می‌باشند. در حالی که پدیده اعتیاد در مقابل این دو مولفه قرار دارد و به سلامت عمومی و تحقق توسعه پایدار آسیب وارد می‌نماید. به عبارت دیگر، یکی دیگر از اقداماتی که قادر است توسعه پایدار را محقق سازد، سلامت عمومی می‌باشد. زیرا سلامتی به عنوان یک اصل مهم در حقوق بشر و یک هدف اجتماعی در جهان، شناخته شده و توجه به آن برای ارضای نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان، حیاتی است (بوتوین و کنتور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). البته طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت<sup>۵</sup>، سلامت تنها جنبه جسمانی افراد را در بر نمی‌گیرد و باید به جنبه‌های اجتماعی، رفاهی، سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و غیره آن نیز توجه کرد (گاروس فارشی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). در این باره پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته که در ادامه به آن اشاره شده است:

1. Skiba, Monroe, & Wodarski  
2. World Drug Report  
3. Botvin, & Kantor

4. world Health Organization  
5. GarusiFarshi, & Sufiani

بیزاری<sup>۱</sup>، و همکاران (۲۰۰۵)؛ دنیز<sup>۲</sup> (۲۰۱۶)، پتیگرو<sup>۳</sup>، و همکاران (۲۰۱۵)، معتقدند هرگاه سطح سلامت کاهش یابد، عملکرد در سایر حیطه‌های زندگی نیز به مخاطره می‌افتد و نتیجه آن عدم توسعه‌یافتگی می‌باشد (فرد<sup>۴</sup>، و همکاران، ۲۰۱۴). طبق گزارش جهانی مواد مخدر (۲۰۱۰)، پدیده مواد مخدر و مواد روان‌گردان از نظر ماهیت به گونه‌ای است که از نظر اهمیت در ردیف سه بحران جهانی هسته‌ای، جمعیتی و زیست محیطی تهدیدکننده بشریت و جامعه امروزی شناخته می‌شود (کوجپرس، جونکرز، دی وردت و دیجونگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). ستوده‌نیا (۱۳۹۵)، دین محمدی و همکاران (۲۰۰۸). بیزاری و همکاران (۲۰۰۵)؛ دنیز (۲۰۱۶)، پتیگرو و همکاران (۲۰۱۵) رابطه سلامت عمومی و توسعه پایدار را بررسی نمودند. در بسیاری از تحقیقات دیگر نظیر: طاهری و چراغ‌پور (۱۳۹۲)؛ گزارش جهانی مواد مخدر (۲۰۱۵)؛ حجتی (۲۰۰۹)؛ گلی‌رستمی و همکاران (۱۳۹۵)؛ مایر، وندرپلاسچن و برووکارت<sup>۶</sup> (۲۰۱۰)؛ رضوی‌حیدری، طالب‌زاده ثانی، غلامی و حسین‌پور (۱۳۹۵)؛ ویسی هادی و محمدی‌نژاد (۱۳۹۵) تأثیر اعتیاد بر سلامت عمومی بررسی شده است.

علیرغم نتایج محققان و پژوهشگران مختلف، در خصوص عوامل موثر در اعتیاد، متأسفانه براساس بررسی‌های انجام شده توسط محقق، پژوهشی یافت نشد که به مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر معضل اعتیاد پرداخته باشد. به نظر می‌رسد یک مدل جامعی که بتواند ضمن بیان ابعاد، مولفه و شاخص‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت عمومی به تشریح عوامل موثر و همچنین راهکارهای مقابله با آن بپردازد تا کنون ارائه نشده است. بر این مبنا، محقق با تشخیص خلاء علمی و تجربی موجود در این زمینه، اساس این پژوهش خود را بر پایه تدوین مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر معضل اعتیاد، بنا نموده است. به طوری که در نظر دارد ضمن شناسایی آسیب‌هایی که اعتیاد به مواد مخدر بر سلامت عمومی و توسعه پایدار می‌گذارد به ارائه راهکارها و مکانیزم‌هایی بپردازد که به رفع شکاف ایجاد شده اقدام نماید.

1. Bizzarri  
 2. Deniz  
 3. Pettigrew  
 4. Fard

5. Cuijpers, Jonkers, De Weerd, & De Jong  
 6. Maeyer, Vanderplasschen, & Broekaert

## روش

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش یک مطالعه اکتشافی - توصیفی (پس رویدادی) است که از حیث هدف توسعه‌ای - کاربردی بوده و در دو مرحله کیفی - کمی (ترکیبی) و در بازه زمانی سال ۱۳۹۳ تا سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری روش کیفی شامل مجموعه‌ای ۳۰ نفری از مدیران ارشد، محققان، دانش پژوهان و کارشناسان خبره ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران، که همگی دارای زمینه علمی - اجرایی مناسبی در زمینه مبارزه با مواد مخدر بودند، تشکیل شده بود. در بخش کیفی با استفاده از تکنیک دلفی فازی و مصاحبه با صاحب‌نظران مذکور به تدوین مدل توسعه پایدار سلامت محور پرداخته شد. جهت نمونه‌گیری کمی از شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی از جامعه آماری (مدیران ارشد، کارشناسان خبره دانشگاهی و پرسنل ستاد مبارزه با مواد مخدر استان تهران) به تعداد ۴۲۰ نفر بر اساس فرمول کوکران<sup>۱</sup> (حداکثر اشتباه مجاز (d) ۰/۰۵، ضریب اطمینان ۰/۹۵،  $Z = 1/96$  و مقادیر p و q معادل ۰/۵) نمونه‌ای برابر با ۲۰۱ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ضریب عدم پاسخ گویی ۱۰ درصد به حجم نمونه اضافه شد. همچنین در این مطالعه به منظور جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات لازم از دو روش اسنادی و میدانی استفاده شد. در روش اسنادی برای گردآوری اطلاعات از طریق مراجعه به مقالات، کتاب‌های مرتبط، فیش‌برداری از اسناد، مدارک و منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی داخلی و خارجی، سایت‌ها و پایگاه‌های الکترونیک مراکز علمی و تحقیقاتی کشور و جهان، آرشیو مستندات سازمان‌های مرتبط با مبارزه با مواد، گزارشات تحلیلی، اسناد دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد<sup>۲</sup> استفاده شد. در روش میدانی از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد که پس از انجام مصاحبه و نظرسنجی از هیات خبرگان (مدیران ارشد، کارشناسان خبره، محققان، دانش پژوهان و اساتیدی فعال در حوزه مبارزه با مواد مخدر)، تهیه و تدوین شد. ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه کیفی،

1. Cochran formula

2. United Nations Office on Drugs and Crime

تکنیک دلفی فازی و در مطالعه کمی، پرسش نامه بود. جهت تعیین مولفه‌ها و شاخص‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور از پرسش نامه حاوی یک سوال باز و ۱۲ مولفه استفاده شد که در سه بُعد: اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی طبقه‌بندی شدند. در انتهای هر پرسش نامه یک سوال باز مطرح شد مبنی بر این که از خبرگان خواسته شد در صورتی که علاوه بر مولفه‌های مذکور، مولفه دیگری بر تدوین مدل با تأکید بر معضل اعتیاد تأثیرگذار است را ذکر نمایند. جهت بررسی نقش مولفه‌ها و شاخص‌های مدل از پرسش نامه کمی ۸۶ سوالی استفاده شد.

با توجه به این که اعضای پانل نماینده گروه یا حوزه دانش مورد نظر بودند، روایی صوری و محتوایی تضمین شد. در پژوهش حاضر از معیار اعتبار اعضا در شیوه اعتباریابی نیومن استفاده شد. با توجه به این که نتایج مربوط به هر مرحله به خبرگان برگشت داده می‌شد و نظر آن‌ها مجدداً دریافت شد، اعتبار اعضا برقرار بود. مضاف بر آن، جهت اطمینان از روایی پرسش نامه (روایی همگرا)، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. جهت بررسی اعتبار داده‌های پژوهش در مطالعه کمی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقادیر آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ضریب آلفای کرونباخ شاخص‌ها و مولفه‌های مدل

ابعاد	تعداد مولفه	آلفای کرونباخ مولفه‌ها	تعداد شاخص	آلفای کرونباخ شاخص‌ها
توسعه پایدار اجتماعی	۷	۰/۷۵۲	۵۳	۰/۷۶۰
توسعه پایدار زیست محیطی	۳	۰/۷۵۵	۱۹	۰/۷۷۶
توسعه پایدار اقتصادی	۲	۰/۸۷۰	۱۴	۰/۸۸۱
مجموع کل	۱۲	۰/۷۷۹	۸۶	۰/۸۰۵

مولفه‌ها و شاخص‌های مدل پژوهش پس از ۶ مرحله تکنیک دلفی استخراج شد. از آنجایی که در این مطالعه پژوهشگر به دنبال طراحی و تدوین مدلی بود که داده‌های تجربی را بر پایه چند پارامتر نسبتاً اندک، توصیف و توجیه کند، لذا برای آزمون بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش و آزمون مدل از مدل معادلات ساختاری، تحلیل مسیر و تحلیل

عاملی تأییدی و تحلیل رگرسیون استفاده شد. جهت محاسبه تحلیل عاملی تأییدی نیز از نرم افزار LISREL استفاده شد که نشان از تایید روایی ۸۶ سوال استخراج شده در مرحله کیفی توسط خبرگان بود. به منظور بررسی نقش شاخص ها و مولفه های مدل توسعه پایدار سلامت محور با تاکید بر معضل اعتیاد از آزمون t استفاده شد.

### یافته ها

یافته های این پژوهش در دو بخش کیفی و کمی ارائه شد. بخش کیفی با استفاده از تکنیک دلفی فازی، در ۶ مرحله انجام شد که شامل نظر سنجی از گروه ۳۰ نفری خبرگان در مورد تعیین مولفه های مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر معضل اعتیاد (در سه مرحله) و تاثیر شاخص های مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر معضل اعتیاد (سه مرحله) بود. بدین صورت که در هر مرحله از نظر سنجی، جهت آگاهی از نظر خبرگان در مورد این که، در راستای تدوین مدل توسعه پایدار، علل تمایل به مصرف و گرایش به مواد مخدر از سه بعد (فردی، اجتماعی و محیطی) کدامند؟ پرسش نامه هایی توزیع شد و ۱۰۱ شاخص ارسالی براساس، بررسی ادبیات و پیشینه پژوهش گردآوری شد. در مرحله دوم و سوم نظر سنجی از خبرگان، مجدداً به سوالات ارائه شده پاسخ دادند. در نهایت با توجه به دیدگاه های ارائه شده در مرحله دوم و مقایسه آن با نتایج مرحله سوم، از آنجایی که اختلاف بین دو مرحله کمتر از حد آستانه خیلی کم (۰.۱) بود، فرایند نظر سنجی متوقف شد. در نهایت پس از سه مرحله نظر خواهی از خبرگان طراحی و تدوین مدل مذکور، با بهره گیری از نظرات ۳۰ متخصص خبره انجام شد که مدل ارائه شده توسط آن ها شامل ۸۶ شاخص در ۱۲ مولفه (مانند: توانمندسازی؛ آموزش و توسعه؛ کنترل آسیب های اجتماعی؛ سلامت و رفاه اجتماعی؛ عدالت اجتماعی؛ معنویت؛ کنترل جمعیت؛ احیاء، بهسازی و نوسازی بافت های فرسوده شهری؛ ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی؛ مدیریت آلودگی های زیست محیطی؛ فرصت های شغلی؛ رضایت شهروندان) و ۳ بعد (اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی) بود. مدل ارائه شده ابعاد اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی مورد نیاز جهت تحقق توسعه پایدار سلامت محور را مورد تشریح قرارداد و نشان داد که با به کارگیری ۶ شاخص توانمندسازی در مدل توسعه پایدار

می‌توان جامعه را در حوزه‌های مخلف اجتماعی، سیاسی و اقتصادی توانمند نمود. همچنین میانگین قطعی به دست آمده پیرامون استخراج شاخص‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور در مرحله اول نظرسنجی، به منظور آگاهی از نظر خبرگان "در راستای تدوین مدل توسعه پایدار و بررسی علل تمایل به مصرف و گرایش به مواد مخدر از سه بعد (فردی، اجتماعی و محیطی)" نشان‌دهنده شدت موافقت خبرگان با هر یک از شاخص‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر معضل اعتیاد بود. طبق دیگر نتایج از بین انواع شاخص‌ها، ۹۰ شاخص بیشترین میزان موافقت خبرگان را با میانگین بالای ۷۰ درصد کسب نمودند و ۱۰ شاخص با میانگین کمتر از ۷۰ درصد نیز از فرایند نظرسنجی حذف شدند.

جدول ۲: میزان اختلاف دیدگاه خبرگان در نظرسنجی مرحله دوم و سوم استخراج شاخص‌ها

شاخص‌ها	میانگین		
	مرحله ۲	مرحله ۳	میانگین اختلاف میانگین مرحله ۲ و ۳
۱ نرخ خودکشی	۰/۸۳	۰/۸۲	۰/۰۱
۲ میزان کودک آزاری و سوء استفاده از کودکان	۰/۷۸	۰/۷۹	۰/۰۱
۳ روابط نامشروع	۰/۸	۰/۸۲	۰/۰۲
۴ میزان طلاق	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۰۳
۵ سوء مصرف مواد مخدر و الکل	۰/۸۳	۰/۸۳	۰
۶ فقر	۰/۷۳	۰/۷۶	۰/۰۳
۷ زندان	۰/۸۳	۰/۸۵	۰/۰۲
۸ شکاف بین گروه‌های فقیر و غنی در جامعه	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۰۳
۹ سطح جرم و جنایت در جامعه	۰/۸	۰/۸۲	۰/۰۲
۱۰ میزان استرس در جامعه	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۰۲
۱۱ بیکاری	۰/۷۲	۰/۷۸	۰/۰۶
۱۲ دسترسی آسان به الکل و مواد	۰/۷۸	۰/۸۲	۰/۰۴
۱۳ دسترسی برابر، به امکانات تفریحی و رفاهی و مکان‌های گذران اوقات فراغت	۰/۷۶	۰/۸۳	۰/۰۷
۱۴ دسترسی به حمل و نقل آسان و ایمن	۰/۷۴	۰/۸۱	۰/۰۷
۱۵ ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کیفیت و برای همگان (پوشش فراگیر بیمه)	۰/۸۲	۰/۷۴	۰/۰۸
۱۶ تامین رفاه اجتماعی در دوران سالمندی	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۰۳
۱۷ تامین سطح قابل قبولی از زندگی (نیازهای اولیه زندگی: خوراک مناسب، پوشاک و مسکن)	۰/۸۲	۰/۸۲	۰



جدول ۲: میزان اختلاف دیدگاه خبرگان در نظرسنجی مرحله دوم و سوم استخراج شاخص‌ها

میانگین اختلاف میانگین		میانگین		شاخص‌ها	
مرحله ۲ و ۳	مرحله ۳	مرحله ۲	مرحله ۳		
۰/۰۱	۰/۸۳	۰/۸۲	۰/۸۲	بهبود کیفیت سلامت روانی و جسمی و ذهنی مردم	۱۸
۰/۰۵	۰/۷۸	۰/۸۳	۰/۸۳	مقابله با شیوع بیماری‌های واگیردار	۱۹
۰/۰۷	۰/۷۱	۰/۷۸	۰/۷۸	ارتقای مشارکت اجتماعی (مشارکت مالی، فیزیکی، مشارکت در تصمیم‌گیری) و رفع مشکلات شهر و محله	۲۰
۰/۰۶	۰/۸۵	۰/۷۹	۰/۷۹	ارتقای تعاون و همکاری و روحیه کار گروهی	۲۱
۰/۰۴	۰/۸۷	۰/۸۳	۰/۸۳	آموزش و توسعه مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی و ارتباطی	۲۲
۰	۰/۸۳	۰/۸۳	۰/۸۳	آموزش مهارت کافی برای جذب شدن در بازار کار	۲۳
۰/۰۵	۰/۸۳	۰/۷۸	۰/۷۸	افزایش تاب‌آوری در مقابل تنش‌ها	۲۴
۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۷۹	۰/۷۹	توانبخشی مجرمان	۲۵
۰/۰۱	۰/۷۴	۰/۷۳	۰/۷۳	تقویت ایمان	۲۶
۰/۰۴	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۸۳	پایبندی اخلاقی	۲۷
۰/۰۱	۰/۷۷	۰/۷۸	۰/۷۸	بردباری در برابر مشکلات	۲۸
۰	۰/۸۳	۰/۸۳	۰/۸۳	عدم احساس یوچی و بیهودگی از طریق افزایش امید به زندگی	۲۹
۰/۰۷	۰/۸۳	۰/۷۶	۰/۷۶	پایبندی به زندگی مشترک	۳۰
۰/۰۳	۰/۸۰	۰/۸۳	۰/۸۳	عدم تبعیض نژادی، قومی و مذهبی	۳۱
۰/۰۱	۰/۷۷	۰/۷۶	۰/۷۶	توزیع عادلانه ثروت و سرمایه بین افراد جامعه	۳۲
۰/۰۵	۰/۷۷	۰/۷۲	۰/۷۲	مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر، اقشار نیازمند و محروم	۳۳
۰/۰۷	۰/۸۱	۰/۷۴	۰/۷۴	احساس خرسندی مردم از عضویت در آن جامعه	۳۴
۰/۰۲	۰/۷۸	۰/۸	۰/۸	قانون‌مداری	۳۵
۰/۰۴	۰/۷۶	۰/۸	۰/۸	اصلاح قوانین براساس نیاز جامعه	۳۶
۰/۰۱	۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۸۳	ضمانت اجرای قوانین با رعایت برابری و مساوات برای همه	۳۷
۰/۰۷	۰/۷۹	۰/۷۲	۰/۷۲	احترام به علائق یکدیگر	۳۸
۰/۰۱	۰/۷۷	۰/۷۶	۰/۷۶	سلامت نظام پیشنهادها	۳۹
۰/۰۴	۰/۸۷	۰/۸۳	۰/۸۳	رعایت حقوق شهروندان	۴۰
۰/۰۱	۰/۸۵	۰/۸۶	۰/۸۶	آموزش فراگیر همگانی و مادام‌العمر	۴۱
۰/۰۳	۰/۷۹	۰/۷۶	۰/۷۶	توانایی خودآموزی و پرورش خلاقیت و نوآوری در افراد جامعه	۴۲
۰	۰/۸۳	۰/۸۳	۰/۸۳	داشتن مهارت‌های دانشگاهی/آکادمیک	۴۳
۰/۰۶	۰/۸۴	۰/۷۸	۰/۷۸	کاهش نرخ ترک تحصیل یا عدم ثبت نام در مدرسه	۴۴
۰/۰۳	۰/۸۳	۰/۸۶	۰/۸۶	توسعه دانش و اطلاع‌رسانی مستمر	۴۵
۰/۰۶	۰/۷۹	۰/۷۳	۰/۷۳	وجود برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزش سلامت و پیشگیری	۴۶
۰/۰۳	۰/۸۶	۰/۸۳	۰/۸۳	ارتقای فرهنگ و آگاه‌سازی مردم	۴۷

**جدول ۲: میزان اختلاف دیدگاه خبرگان در نظرسنجی مرحله دوم و سوم استخراج شاخص‌ها**

شاخص‌ها	میانگین مرحله ۲	میانگین مرحله ۳	اختلاف میانگین مرحله ۲ و ۳
تولدهای تک والدی	۰/۸	۰/۸۴	۰/۰۴
میزان متولدین کم وزن، با تاخیر یا بدون مراقبت‌های پیش از تولد	۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۰۲
رشد بی رویه جمعیت	۰/۷۶	۰/۸۴	۰/۰۸
میزان تراکم جمعیت	۰/۸۱	۰/۸۱	۰
میزان مرگ و میر نوزادان	۰/۷۶	۰/۷۹	۰/۰۳
مهاجرت از روستا به شهر و تغییر محیط زندگی	۰/۷۲	۰/۸	۰/۰۸
آب و هوای سالم	۰/۸۳	۰/۸۵	۰/۰۲
کیفیت مسکن	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۰۲
محیط زیست پاک و امن	۰/۸۶	۰/۸۴	۰/۰۲
مصرف مسئولانه منابع و انرژی	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۰۳
رضایت از محیط شهر و محله و پاکیزگی آن	۰/۷۶	۰/۸۲	۰/۰۶
مدیریت دفع فاضلاب و زباله	۰/۸۱	۰/۷۸	۰/۰۳
مدیریت آلودگی خاک	۰/۷۶	۰/۷۷	۰/۰۱
رفع کمبود غذا (امنیت غذایی)	۰/۸۲	۰/۷۵	۰/۰۷
بهداشت مواد غذایی	۰/۸	۰/۸۵	۰/۰۵
مسکن، تغذیه و پوشاک مناسب و کافی	۰/۷۶	۰/۸۳	۰/۰۷
پاکیزگی و ایمنی محیط زندگی و کار	۰/۸۶	۰/۸۴	۰/۰۲
وجود نورگیری و روشنایی کافی در محل زندگی	۰/۷۶	۰/۷۱	۰/۰۵
وجود راه ارتباطی مناسب	۰/۷۶	۰/۸۶	۰/۰۱
میزان رضایت از دفع آب‌های سطحی	۰/۷۳	۰/۷۳	۰
شناسایی محل‌های ناامن	۰/۸۱	۰/۸۵	۰/۰۴
مدیریت حاشیه‌نشینی در جامعه	۰/۸۶	۰/۸۷	۰/۰۱
توجه به مهندسی شهرسازی	۰/۷۲	۰/۷۶	۰/۰۴
توسعه فضاهای سبز شهری	۰/۸۳	۰/۷۷	۰/۰۶
مدیریت افراد بی خانمانی	۰/۷۹	۰/۸۳	۰/۰۴
رضایت از شغل	۰/۷۶	۰/۸۳	۰/۰۷
داشتن امنیت شغلی	۰/۸۶	۰/۸۳	۰/۰۳
محیط کار حامی فرد و خانواده	۰/۷۳	۰/۷۵	۰/۰۲
توسعه کسب و کارها	۰/۷۲	۰/۷۸	۰/۰۶
اعطای تسهیلات بانکی	۰/۸	۰/۷۷	۰/۰۳
سرمایه گذاری جهت ایجاد مشاغل جدید	۰/۸۳	۰/۸۷	۰/۰۴

**جدول ۲: میزان اختلاف دیدگاه خبرگان در نظرسنجی مرحله دوم و سوم استخراج شاخص‌ها**

میانگین			شاخص‌ها	
میانگین اختلاف	مرحله ۳	مرحله ۲ و ۳		
۰/۰۴	۰/۸۵	۰/۸۱	متوسط درآمد ماهیانه خانوار- متوسط هزینه‌های ماهیانه خانوار	۷۹
۰/۰۳	۰/۷۹	۰/۷۶	میزان مصرف مواد غذایی خانوارها	۸۰
۰/۰۲	۰/۸۳	۰/۸۱	میزان استطاعت در خرید یا ساخت مسکن	۸۱
۰/۰۲	۰/۸۵	۰/۸۳	برقراری ساختار الگوهای درآمدی و توزیعی عادلانه	۸۲
۰/۰۴	۰/۸۳	۰/۷۹	امنیت درآمد در سطح خانواده	۸۳
۰/۰۳	۰/۷۹	۰/۷۶	میزان قدرت خرید	۸۴
۰/۰۱	۰/۸۷	۰/۸۶	دسترسی به مسکن ارزان قیمت	۸۵
۰/۰۷	۰/۸۰	۰/۷۳	شفافیت پاسخ‌گویی اقتصادی در حکومت	۸۶

همانگونه که جدول ۲ نشان می‌دهد میزان اختلاف نظر خبرگان در مراحل دوم و سوم کمتر از حد آستانه خیلی کم می‌باشد. لذا نظرسنجی در این مرحله متوقف شد. شاخص‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور با تأکید بر نقش اعتیاد پس از سه مرحله براساس عوامل اجتماعی، زیست محیطی و اقتصادی جدول فوق استخراج شد.

**جدول ۳: اولویت‌بندی مولفه‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور**

رتبه	میانگین رتبه	مولفه‌ها	ابعاد
اول	۱۷/۲۷	توانمندسازی	
دوم	۱۶/۲۹	آموزش و توسعه	
سوم	۱۵/۷۵	کنترل آسیب‌های اجتماعی	
چهارم	۱۴/۳۵	سلامت و رفاه اجتماعی	اجتماعی
پنجم	۱۳/۵۴	عدالت اجتماعی	
ششم	۱۳/۲۰	معنویت	
هفتم	۱۳/۰۲	کنترل جمعیت	
اول	۱۵/۳۵	احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری	
دوم	۱۴/۸۵	ارتقای بهداشت و سلامت و کیفیت محیط زندگی	زیست محیطی
سوم	۱۴/۳۳	مدیریت آلودگی‌های زیست محیطی	
اول	۱۴/۶۰	فرصت‌های شغلی	اقتصادی
دوم	۱۴/۲۳	رضایت شهروندان	

مطابق با یافته‌های جدول ۳، نتیجه آزمون فریدمن در خصوص اولویت‌بندی مولفه‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور نشان داد که مولفه‌ها و شاخص‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت دارای اهمیت یکسانی نمی‌باشند. به طوری که در بعد اجتماعی به ترتیب توانمندسازی، آموزش و توسعه و کنترل آسیب‌های اجتماعی نسبت به دیگر مولفه‌ها (سلامت و رفاه اجتماعی، عدالت اجتماعی، معنویت، کنترل جمعیت) از اهمیت بیشتری برخوردار بودند. در بعد زیست‌محیطی نیز به ترتیب احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری، ارتقای بهداشت و سلامت و کیفیت محیط زندگی، مدیریت آلودگی‌های زیست‌محیطی دارای اهمیت بیشتری بوده و در بعد اقتصادی اشتغال و فرصت‌های شغلی بر رضایت خانواده‌ها اولویت داشته است.

برای بررسی تاثیر شاخص‌های مدل توسعه پایدار سلامت محور با تاکید بر معضل اعتیاد نتایج آزمون t نشان داد در بعد اجتماعی در مولفه‌ی کنترل آسیب‌های اجتماعی نرخ خودکشی ( $t = -12/40, P < 0/001$ )، کودک آزاری و سوءاستفاده از کودکان ( $t = -10/12, P < 0/001$ )، روابط نامشروع ( $t = -14/72, P < 0/001$ )، میزان طلاق ( $t = -10/57, P < 0/001$ )، سوءمصرف مواد و الکل ( $t = -9/24, P < 0/001$ )، فقر ( $t = -16/87, P < 0/001$ )، زندان ( $t = -14/25, P < 0/001$ )، شکاف بین گروه‌های فقیر و غنی در جامعه ( $t = -14/58, P < 0/001$ )، سطح جرم جامعه ( $t = -11/49, P < 0/001$ )، میزان استرس در جامعه ( $t = -9/57, P < 0/001$ )، بیکاری ( $t = -16/27, P < 0/001$ )، دسترسی آسان به الکل و مواد ( $t = -10/79, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند. همچنین در بعد اجتماعی در مولفه‌ی رفاه اجتماعی، دسترسی برابر، به امکانات تفریحی و رفاهی و مکان‌های گذران اوقات فراغت ( $t = -14/25, P < 0/001$ )، ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کیفیت برای همگان (پوشش فراگیر بیمه) ( $t = -8/24, P < 0/001$ )، تامین رفاه اجتماعی در دوران سالمندی ( $t = -6/58, P < 0/001$ )، تامین سطح قابل قبولی از زندگی (نیازهای اولیه زندگی: خوراک مناسب، پوشاک و مسکن) ( $t = -14/57, P < 0/001$ )، بهبود کیفیت سلامت روانی و جسمی و ذهنی مردم ( $t = -15/35, P < 0/001$ )، مقابله با شیوع بیماری‌های واگیردار ( $t = -16/58, P < 0/001$ )،

دارای تاثیر منفی بودند و شاخص دسترسی به حمل و نقل آسان و ایمن ( $t = -1/25, P > 0/05$ )، فاقد تاثیر بود. در بعد اجتماعی در مولفه‌ی توانمندسازی شاخص ارتقای مشارکت اجتماعی (مشارکت مالی، فیزیکی، مشارکت در تصمیم‌گیری) و رفع مشکلات شهر و محله ( $t = -12/48, P < 0/001$ )، ارتقای تعاون و همکاری و روحیه کار گروهی ( $t = -11/84, P < 0/001$ )، آموزش و توسعه مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی و ارتباطی ( $t = -14/84, P < 0/001$ )، آموزش مهارت کافی برای جذب شدن در بازار کار ( $t = -12/35, P < 0/001$ )، افزایش تاب‌آوری در مقابل تنش‌ها ( $t = -9/02, P < 0/001$ )، توانبخشی مجرمان ( $t = -8/57, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند. در بعد اجتماعی در مولفه‌ی معنویت شاخص تقویت ایمان ( $t = -13/64, P < 0/001$ )، پایبندی اخلاقی ( $t = -12/45, P < 0/001$ )، بردباری در برابر مشکلات ( $t = -12/87, P < 0/001$ )، عدم احساس پوچی و بیهودگی با افزایش امید به زندگی ( $t = -14/67, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند. در بعد اجتماعی در مولفه‌ی عدالت اجتماعی شاخص پایبندی به زندگی مشترک ( $t = -15/24, P < 0/001$ )، عدم تبعیض نژادی، قومی و مذهبی ( $t = -9/68, P < 0/001$ )، توزیع عادلانه ثروت و سرمایه بین افراد جامعه ( $t = -15/84, P < 0/001$ )، مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر، اقبال نیازمند و محروم ( $t = -12/57, P < 0/001$ )، احساس خرسندی مردم از عضویت در آن جامعه ( $t = -9/74, P < 0/001$ )، قانون‌مداری ( $t = -8/19, P < 0/001$ )، اصلاح قوانین براساس نیاز جامعه ( $t = -3/57, P < 0/001$ )، ضمانت اجرای قوانین با رعایت برابری و مساوات برای همه ( $t = -12/46, P < 0/001$ )، احترام به علایق یکدیگر ( $t = -4/67, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند. در بعد اجتماعی در مولفه‌ی آموزش و توسعه در شاخص سلامت نظام پیشنهادها ( $t = -4/27, P < 0/001$ )، رعایت حقوق شهروندان ( $t = -10/34, P < 0/001$ )، آموزش فراگیر همگانی و مادام‌العمر ( $t = -15/65, P < 0/001$ )، توانایی خودآموزی و پرورش خلاقیت و نوآوری در افراد جامعه ( $t = -12/19, P < 0/001$ )، داشتن مهارت‌های دانشگاهی/آکادمیک ( $t = -11/84, P < 0/001$ )، کاهش نرخ ترک تحصیل یا عدم ثبت نام در مدرسه ( $t = -8/65, P < 0/001$ )، توسعه دانش و اطلاع‌رسانی مستمر

( $t = -12/29, P < 0/001$ )، وجود برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزش سلامت و پیشگیری  
 ( $t = -14/18, P < 0/001$ )، ارتقای فرهنگ و آگاه‌سازی مردم ( $t = -13/84, P < 0/001$ )،  
 دارای تاثیر منفی بودند. در بعد اجتماعی در مولفه‌ی کنترل جمعیت شاخص تولدهای تک  
 والدی ( $t = -11/28, P < 0/001$ )، میزان متولدین کم وزن، با تاخیر یا بدون مراقبت‌های  
 پیش از تولد ( $t = -9/35, P < 0/001$ )، رشد بی‌رویه جمعیت ( $t = -8/24, P < 0/001$ )، میزان  
 تراکم جمعیت ( $t = -8/15, P < 0/001$ )، میزان مرگ و میر نوزادان ( $t = -8/57, P < 0/001$ )،  
 مهاجرت از روستا به شهر و تغییر محیط زندگی ( $t = -7/24, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی  
 بودند. در بعد زیست محیطی مولفه‌ی مدیریت آلودگی‌های زیست محیطی شاخص آب و  
 هوای سالم ( $t = -7/04, P < 0/001$ )، کیفیت مسکن ( $t = -7/87, P < 0/001$ )، محیط زیست  
 پاک و امن ( $t = -6/57, P < 0/001$ )، رضایت از محیط شهر و محله و پاکیزگی آن (محله  
 سالم) ( $t = -8/57, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند. شاخص مصرف مسئولانه منابع و  
 انرژی ( $t = -1/14, P > 0/05$ )، فاقد تاثیر بود. در بعد زیست محیطی مولفه‌ی ارتقای بهداشت  
 و کیفیت محیط شاخص مدیریت دفع فاضلاب و زباله ( $t = -6/57, P < 0/001$ )، مدیریت  
 آلودگی خاک رفع کمبود غذا (امنیت غذایی) ( $t = -7/27, P < 0/001$ )، بهداشت مواد  
 غذایی ( $t = -8/67, P < 0/001$ )، مسکن، تغذیه و پوشاک مناسب و کافی  
 ( $t = -9/37, P < 0/001$ )، پاکیزگی و ایمنی محیط زندگی و کار ( $t = -8/19, P < 0/001$ )،  
 دارای تاثیر منفی بودند. در بعد زیست محیطی مولفه‌ی احیا، بازسازی، و نوسازی بافت‌های  
 فرسوده شهری شاخص وجود نورگیری و روشنایی کافی در محل زندگی  
 ( $t = -6/27, P < 0/001$ )، وجود راه ارتباطی مناسب ( $t = -4/27, P < 0/001$ )، شناسایی  
 محل‌های ناامن ( $t = -10/27, P < 0/001$ )، مدیریت حاشیه نشینی در جامعه  
 ( $t = -12/37, P < 0/001$ )، توجه به مهندسی شهرسازی ( $t = -9/57, P < 0/001$ )، توسعه  
 فضاهای سبز شهری ( $t = -5/27, P < 0/001$ )، مدیریت افراد بی‌خانمان  
 ( $t = -8/68, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند و شاخص میزان رضایت از دفع آب‌های  
 سطحی ( $t = -1/13, P > 0/05$ )، فاقد تاثیر بود. در بعد اقتصادی مولفه‌ی فرصت‌های شغلی  
 شاخص رضایت از شغل ( $t = -12/01, P < 0/001$ )، داشتن امنیت شغلی

( $t = -11/78, P < 0/001$ )، محیط کار حامی فرد و خانواده ( $t = -10/24, P < 0/001$ )، توسعه کسب و کار ( $t = -11/27, P < 0/001$ )، اعطای تسهیلات بانکی ( $t = -7/97, P < 0/001$ )، سرمایه گذاری جهت ایجاد مشاغل جدید ( $t = -13/17, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بود. در بعد اقتصادی مولفه‌ی رضایت شهروندان شاخص متوسط درآمد ماهیانه خانوار- متوسط هزینه‌های ماهیانه خانوار ( $t = -11/67, P < 0/001$ )، میزان مصرف مواد غذایی خانوارها ( $t = -9/75, P < 0/001$ )، میزان استطاعت در خرید یا ساخت مسکن ( $t = -8/62, P < 0/001$ )، برقراری ساختار الگوهای درآمدی و توزیعی عادلانه ( $t = -10/27, P < 0/001$ )، امنیت درآمد در سطح خانواده ( $t = -11/18, P < 0/001$ )، میزان قدرت خرید و رفع مایحتاج زندگی ( $t = -10/68, P < 0/001$ )، دسترسی به مسکن ارزان قیمت ( $t = -9/57, P < 0/001$ )، شفافیت پاسخ‌گویی اقتصادی در حکومت ( $t = -9/18, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بود.

بطور کلی، نتایج آزمون  $t$  نشان داد در بعد اجتماعی مولفه‌های کنترل آسیب‌های اجتماعی ( $t = -14/25, P < 0/001$ )، رفاه اجتماعی خانواده ( $t = -13/64, P < 0/001$ )، توانمندسازی خانواده‌ها ( $t = -16/40, P < 0/001$ )، معنویت ( $t = -10/57, P < 0/001$ )، عدالت اجتماعی ( $t = -11/28, P < 0/001$ )، آموزش و توسعه خانواده ( $t = -15/65, P < 0/001$ )، کنترل جمعیت خانواده ( $t = -8/27, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند. در بعد زیست محیطی مولفه‌ی مدیریت آلودگی‌های زیست محیطی ( $t = -7/04, P < 0/001$ )، ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی ( $t = -7/24, P < 0/001$ )، احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری ( $t = -8/27, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند. در بعد اقتصادی مولفه‌های فرصت‌های شغلی خانواده ( $t = -12/01, P < 0/001$ )، و رضایت اعضای خانواده ( $t = -11/67, P < 0/001$ )، دارای تاثیر منفی بودند.

## بحث و نتیجه‌گیری

می‌توان گفت با وجودی که قبلا مدل‌ها و الگوهای متفاوت و متنوعی از توسعه پایدار ارائه شده اما هیچ کدام نتوانستند به تنهایی نیازها و خواسته‌های مورد نظر جهت رفع مشکلات موجود در زمینه سلامت را تامین نمایند. مدل پژوهش حاضر با بهره‌گیری از نظرات

متخصصین مختلف طراحی و با تعیین ۸۶ شاخص در ۱۲ مولفه (کنترل آسیب‌های اجتماعی؛ رفاه اجتماعی؛ توانمندسازی؛ معنویت؛ عدالت اجتماعی؛ آموزش و توسعه؛ کنترل جمعیت؛ مدیریت آلودگی‌های زیست‌محیطی؛ ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی؛ احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری؛ فرصت‌های شغلی؛ رضایت شهروندان) توانسته تمام ابعاد (اجتماعی، زیست‌محیطی و اقتصادی) مورد نیاز جهت تحقق توسعه پایدار سلامت محور را در قالب یک مدل جامع به طور دقیق بررسی و راهکارهای مناسبی را ارائه نماید. در این مدل با به کارگیری ۶ شاخص توانمندسازی در مدل توسعه پایدار می‌توان جامعه را در حوزه‌های مخلف اجتماعی، سیاسی و اقتصادی توانمند نمود که در ذیل به آن‌ها اشاره شده است:

الف- مولفه‌های بعد اجتماعی: یافته‌ها نشان داد با به کارگیری ۷ شاخص سلامت و رفاه اجتماعی (دسترسی برابر به امکانات؛ حمل و نقل آسان و ایمن؛ مراقبت‌های بهداشتی و درمانی همگانی، تامین رفاه اجتماعی؛ بهبود کیفیت سلامت روانی و جسمی و ذهنی؛ مقابله با شیوع بیماری‌های واگیردار)، می‌توان سلامت و رفاه اجتماعی یک جامعه را محقق نمود. چراکه راهبردهای معطوف به رفاه اجتماعی امری موثر بر جنبه‌های سیاست‌گذاری نظام می‌باشد. رفاه اجتماعی مهمترین بخش مفاهیم توسعه پایدار را تشکیل می‌دهد که امکان تامین نیازهای انسان امروز بدون از بین بردن توانمندی نسل‌های آینده برای دستیابی به آرزو و نیازهای‌شان را فراهم می‌کند (پراز-اشستان، ولف، کوروالان، بوس و نیرا، ۲۰۱۶). امروزه توانمندسازی، محور اصلی توسعه پایدار است. توانمندسازی جامعه و اقدام‌های پیشگیرانه عاملی موثر در کاهش آسیب‌های اجتماعی به ویژه اعتیاد محسوب می‌شود (تودارو و اسمیت، ۲۰۱۰). با به کارگیری ۶ شاخص "توانمندسازی" در مدل توسعه پایدار (ارتقای مشارکت اجتماعی؛ همکاری و روحیه کار گروهی؛ آموزش و توسعه مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های زندگی و ارتباطی؛ توانبخشی خانواده‌ها به ویژه خانواده مجرمان یا معتادان)، می‌توان جامعه را در حوزه‌های مخلف اجتماعی، سیاسی و



اقتصادی توانمند نمود. از طرفی باید توجه داشت که توسعه پایدار امری است که باید در حوزه "معنویت و اخلاق" تحقق یابد چرا که ضعف در معنویت و سستی یا پای‌بند نبودن به ارزش‌های معنوی، اخلاقی، اعتقادی و مذهبی و خانوادگی زمینه را برای گرایش فرد به اعتیاد فراهم می‌سازد (سقفی عامری، ۲۰۱۰). شخصی که دارای ایمان قوی، پایبند به اخلاقی، بردباری برابر مشکلات، دارای امید به زندگی بالا و پایبندی به زندگی خویش باشد که تمامی این موارد را می‌توان در ۵ شاخص "معنویت" مدل توسعه پایدار سلامت محور مشاهده نمود. از سوی دیگر، هدف تمامی جمعیت‌ها و سرزمین‌ها رسیدن به "عدالت اجتماعی و توسعه" است. زیربانی عدالتی و توزیع نابرابر دستاوردهای اجتماعی موجب تعمیق شکاف طبقاتی، تضعیف عزم ملی و تنزل روحیه تلاش و فعالیت می‌شود و بر آسیب‌های روان‌شناختی اعضای جامعه می‌افزاید؛ در حالی که توسعه پایدار متضمن کاهش فاصله‌ی طبقاتی، تقویت عزم ملی، بهره‌مندی از افراد خانواده‌های سالم و امیدوار است؛ بنابراین رعایت عدالت، رمز بقا و پایداری جریان توسعه می‌باشد. لذا مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت عمومی با در بر گرفتن ۱۰ شاخص عدالت اجتماعی (عدم تبعیض نژادی، قومی و مذهبی؛ توزیع عادلانه ثروت و سرمایه بین افراد جامعه؛ مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر؛ قانون‌مداری؛ ضمانت اجرای قوانین با رعایت برابری و مساوات؛ احترام به یکدیگر؛ رعایت حقوق شهروندان) تمامی موارد عدالت اجتماعی در یک جامعه را در بر می‌گیرد. طبق مطالعات انجام شده توسط صلحی و ابوالفتحی (۱۳۹۰) نظام آموزشی یکی از ارکان مهم و به عبارتی تکیه‌گاه دولت‌ها برای تحقق توسعه پایدار می‌باشد. لذا ارتقاء جایگاه آموزش و پرورش در نظام‌های اجتماعی نیز، به عنوان یک الزام محسوب شده و به کشورها در حرکت به سوی توسعه پایدار کمک خواهد کرد. در این زمینه به کارگیری شاخص‌های آموزش می‌تواند کمک شایانی به فرآیند آموزش و توسعه و تحقق توسعه پایدار نماید. جمعیت و توسعه پایدار نیز رابطه معناداری با هم دارند، چرا که رشد جمعیت باعث می‌شود که بخش اعظم منابع و سرمایه‌هایی که باید صرف سرمایه‌گذاری، ایجاد اشتغال، تولید و رونق اقتصادی و در نهایت توسعه شوند، صرف

هزینه‌های مصرفی شود (اطاعت، ۱۳۹۰). بر این مبنا شاخص‌های کنترل جمعیت می‌تواند راهکاری مناسب برای کنترل جمعیت و تحقق توسعه پایدار باشد.

ب- مولفه‌های بعد زیست‌محیطی: دستیابی به توسعه پایدار بدون توجه به مسائل زیست‌محیطی غیر ممکن است. حرکت به سمت توسعه پایدار نیازمند حل مشکلات زیست‌محیطی است (گزارش سازمان ملل متحد، ۲۰۱۵). توجه به شاخص‌های مدیریت آلودگی‌های زیست‌محیطی (آب و هوای سالم؛ محیط زیست پاک؛ مدیریت دفع فاضلاب و زباله و غیره)، می‌تواند کمک فراوانی به سلامت محیط زیست و تحقق توسعه پایدار زیست‌محیطی نماید. همچنین بدون تردید ارتقای بهداشت و توسعه ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و توجه و با برنامه‌ریزی در راستای ۴ شاخص ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی (مانند: رفع کمبود غذا؛ بهداشت مواد غذایی؛ پاکیزگی و ایمنی محیط زندگی و کار) می‌توان "ارتقای بهداشت و کیفیت محیط زندگی" را در پی داشت (بورنس ایدل، ۲۰۱۶). مدل توسعه پایدار با هدف قرار دادن ۸ شاخص احیاء، بهسازی و نوسازی بافت‌های فرسوده شهری (نور و روشنایی کافی محل زندگی؛ توجه به مهندسی شهرسازی؛ توسعه فضاهای سبز شهری و غیره) زمینه را برای "احیاء، بهسازی و نوسازی بافت فرسوده شهری" فراهم می‌نماید.

ج- مولفه‌های بعد اقتصادی: مضاف بر موارد مذکور، داشتن "فرصت اشتغال و امنیت شغلی" در زندگی اجتماعی و شهروندی افراد حیاتی است که در این زمینه نیز شاخص‌های فرصت اشتغال در مدل توسعه پایدار (رضایت شغلی؛ امنیت شغلی؛ اعطای تسهیلات بانکی و غیره) جهت ایجاد مشاغل جدید، تمامی ابعاد یک فرصت شغلی مناسب در جامعه را پوشش می‌دهد و در صورت پیاده‌سازی این ارکان، رضایت از فرصت‌های شغلی و توسعه پایدار محقق می‌شود (درخشان‌نیا، رفیعی، خانکه، اقلیما و رهگذر، ۱۳۹۲). رضایت اعضای خانواده‌ها با توسعه پایدار شهری عجین شده است. احساس رضایت شهروندان از حق و حقوق خویش، محیط شهر و خدماتی که ارائه می‌شود، عامل مهمی در جهت ایجاد انگیزه در مردم برای مشارکت در توسعه شهری و بهبود کیفیت محل سکونت

خویش است (پیتگرو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). از طرفی در این تحقیق ۸ شاخص رضایت اعضای خانواده (شامل: متوسط هزینه‌های ماهیانه خانوار؛ میزان مصرف مواد غذایی خانوارها؛ میزان استطاعت در خرید یا ساخت مسکن و غیره) ارائه شد که در صورت تحقق می‌تواند رضایت شهروندان را در حوزه اقتصادی تامین نماید. همچنین طبق مطالعات انجام شده توسط متیو و جنر<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)؛ رولز، مورکین، پاول، کوشلیک و اسلاتر<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) از آنجا که اغلب آسیب‌های اجتماعی (به ویژه معضل اعتیاد) ریشه در فقر و بیکاری دارند، تحقق توسعه پایدار به‌عنوان محور اصلی مقابله با آسیب‌های اجتماعی باید مورد توجه ویژه قرار گیرد تا به دنبال آن شاهد کاهش نرخ جرم و جنایت و بزهکاری و طبیعتاً بالا رفتن ضریب امنیت اجتماعی باشیم (دهقانی، ۲۰۱۶).

می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که این مدل از طریق کنترل ۱۲ شاخص آسیب‌های اجتماعی در مدل توسعه پایدار می‌تواند در جهت رفع یا کاهش آسیب‌های اجتماعی و قدم نهادن در راه تحقق توسعه پایدار پردازد (پروس و همکاران، ۲۰۱۶). مضاف بر آن می‌توان گفت به زعم بسیاری از کارشناسان، دستیابی به توسعه پایدار در گرو توسعه سه بعد اقتصادی، اجتماعی، محیطی می‌باشد؛ به گونه‌ای که با دیدی جامع به آن نگریسته شود. کارکردهای هر یک نه تنها بر دیگری لطمه‌ای وارد نمی‌کند بلکه می‌تواند مکمل آن باشد. هرچند این ابعاد به‌طور طبیعی به یکدیگر وابسته می‌باشند و بر عملکرد دیگری تأثیر می‌گذارند، اما لزوم تصمیم‌گیری یکپارچه و مدیریت چگونگی اجرای هر یک از این ابعاد به شیوه‌هایی که بالاترین بازدهی و کیفیت را به ارمغان آورد، ضروری است. می‌توان گفت بالا بردن کیفیت خدمات‌دهی و نظارت و مدیریت کیفیت در تمامی بخش‌های زندگی، سبب ارتقای کیفیت زندگی سالم افراد جامعه، رفاه عمومی، ارتقای سلامت عمومی خانواده و به تبع آن توسعه یافتگی جامعه و زمینه‌ساز دستیابی به اهداف پایداری و توسعه پایدار می‌شود. از طرفی اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه

بشری محسوب شده و موجب رکود اجتماعی در زمینه‌های مختلف می‌شود. همچنین ویرانگری‌های حاصل از آن زمینه‌ساز سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی شده و بدین ترتیب سلامت جامعه و تحقق توسعه را به طور جدی به مخاطره می‌اندازد. بنابراین مبارزه با مواد مخدر، بالا بردن کیفیت خدمات‌دهی و نظارت و مدیریت کیفیت در تمامی بخش‌های زندگی شهروندان، سبب ارتقای کیفیت زندگی، رفاه مردم، ارتقای سلامت عمومی و به تبع آن توسعه یافتگی جامعه و زمینه‌ساز دستیابی به اهداف پایداری و توسعه پایدار می‌شود (فرهادیان، و همکاران، ۲۰۰۹). در نهایت براساس نتایج پژوهش در زمینه تحقق توسعه پایدار سلامت محور با تاکید بر معضل اعتیاد موارد ذیل پیشنهاد می‌شود:

تدوین استراتژی و نقشه راه به منظور اجرای برنامه‌های مدل توسعه پایدار با محوریت سلامت عمومی و به کارگیری روش‌های صحیح و کارآمد؛ ضرورت مطالعه مدل‌های موفق توسعه پایدار با محوریت سلامت، در دیگر کشورها و تربیت کارشناسان زبده برای فعالیت در این حوزه؛ لزوم همکاری سازمان‌ها و نهادهای دولتی، صنعتی، دانشگاهی و غیره در سطح کلان برای تحقق توسعه پایدار؛ انجام پژوهش‌های بنیادی به منظور شناسایی و کمک به تحقق شاخص‌های توسعه پایدار با همکاری دانشگاه‌ها؛ هر جامعه بایستی، زمینه بهداشتی، حیاتی و بی‌خطری را برای تعامل انسان‌ها و تحصیلات و اشتغال و تفریحات سالم و سرگرمی‌ها و توسعه فرهنگی فراهم نماید؛ برنامه‌ریزی جهت بالا بردن رفاه مردم، درآمد، کم کردن فقر و بیکاری با استفاده بهینه از منابع موجود در یک منطقه می‌تواند در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی تعادل ایجاد کند و برقراری تعادل اولین گام به سوی توسعه پایدار است؛ لزوم توجه به شرایط خاص مناطق مختلف کشور و استفاده از مبانی توسعه‌ای مناسب در زمان تدوین برنامه‌های کلان توسعه؛ جلب مشارکت سازمان‌های غیردولتی و افراد برای طراحی برنامه‌های کلان توسعه و افزایش آگاهی و تأثیرگذاری آنان؛ آموزش مردم و آگاه کردن آن‌ها از منافع توسعه پایدار با محوریت سلامت عمومی؛ وضع و اجرای استانداردهای علمی بومی در کشور توسط دانشگاه‌ها برای پیشبرد توسعه پایدار و عدم قضاوت بر مبنای استانداردهای خارجی متناسب با شرایط دیگر

کشورها؛ و انتقال مفاهیم مربوط به توسعه پایدار به کتب درسی و آموزشی و آموزش بخشی از آن‌ها در رسانه‌های کشور.

## منابع

- اطاعت، جواد (۱۳۹۰). جمعیت و توسعه پایدار در ایران. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۲)، ۷-۳۶.
- پورابراهیم، شراره (۱۳۹۳). ارزیابی سهم مولفه‌های پایداری در سلامت محیط شهری کلان شهر اراک. *فصلنامه انسان و محیط زیست*، ۷(۲۸)، ۶۳-۷۳.
- تابشان، امیر؛ و کریم‌آباد، نازنین (۱۳۹۵). *عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت*. اولین همایش بین‌رشته‌ای انسان/جامعه/سلامت، دانشگاه قم.
- حجتی، حمید؛ آلوستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گلپهار؛ حیدری، بهروز و شریف‌نیا، سیدحمید (۱۳۹۰). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۳)، ۲۱۴-۲۰۷.
- داناوی، نسرين (۱۳۹۴). ارتباط اعتیاد و امنیت اجتماعی در جامعه شهری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۶)، ۳۱-۴۸.
- درخشان‌نیا، فریبا؛ رفیعی، حسن؛ خانکه، حمیدرضا؛ اقلیما، مصطفی و رهگذر، مهدی (۱۳۹۲). ویژگی‌های جامعه سالم براساس تجارب و ادراکات شهروندان ایرانی. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۵(۵۶)، ۳۴۶-۳۱۵.
- رضایی، مهدیه؛ و شبیری، سیدمحمد (۱۳۹۳). تحلیلی بر نقش برنامه‌ریزی راهبردی در آموزش توسعه پایدار با تأکید بر ابعاد زیست‌محیطی. *علوم و تکنولوژی محیط‌زیست*، ۴(۱۶)، ۴۱۹-۴۰۹.
- رضوی حیدری، سیدمحمدناصر؛ طالب‌زاده ثانی، کاظم، غلامی، جعفر؛ و حسین‌پور، حسین (۱۳۹۵). رابطه بین کیفیت زندگی با سلامت عمومی زندانیان دارای سابقه سوء‌مصرف مواد مخدر. اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس، موسسه بین‌المللی مطالعات و توسعه علم خاورمیانه.
- ستوده‌نیا، سلمان؛ دانش‌نیا، محمد؛ قزلباش، اعظم و احمدی‌راد، حسین (۱۳۹۵). تأثیر تفاوت دهک‌های درآمدی بر شاخص سلامت در ایران. *فصلنامه سیاست‌های راهبردی و کلان*، ۴(۱۳)، ۱۶۷-۱۳۷.
- طاهری، امین؛ و چراغ‌پور، روح‌الله (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین مصرف مواد مخدر صنعتی (شیشه) و کیفیت زندگی افراد مصرف‌کننده شهرستان قلعه گنج. چهارمین همایش منطقه‌ای چالش‌ها و راهکارهای توسعه در مناطق محروم، کهنوج: دانشگاه آزاد اسلامی واحد کهنوج.

گلی رستمی، کلتوم؛ شیردل، خیرالنساء؛ حاجی سیاح، خدیجه؛ و پورشریعی، طالبعلی (۱۳۹۵). اثر بخشی ترکیب مواد مخدر بر بهبود کیفیت زندگی در معتادان گمنام. سومین کنفرانس بین المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی، ایتالیا-رم، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا. ویسی، هادی و محمدی نژاد، شهناز (۱۳۹۵). تأثیر قاچاق مواد مخدر بر امنیت اجتماعی مطالعه موردی: استان کرمان. فصلنامه جغرافیا و توسعه، ۱۴(۴۲)، ۱۰۷-۱۲۵.

Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., & Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1765-1776.

Botvin, G. J., & Kantor, L. W. (200۴). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol research and health*, 24(4), 250-257.

Burns-Edel, T. (2016). Environmental Impacts of Illicit Drug Production. *Global Societies Journal*, 4, 1-14. Retrieved from: <https://escholarship.org/uc/item/4w64g29s>.

Cuijpers, P., Jonkers, R., De Weerd, I., & De Jong, A. (2002). The effects of drug abuse prevention at school: the Healthy School and Drugs project. *Addiction*, 97(1), 67-73.

Dehghani, A. (2016). Evaluating and analyzing the health indices in rurals of nomadic settlement: (Case Study: Nomadic Rurals of Fars and Isfahan Provinces). *Journal of Research & Rural Planning*, 4(4), 95-109.

Deniz, D. (2016). Improving perceived safety for public health through Sustainable development. *Procedia-social and behavioral sciences*, 216, 632-642.

Din Mohammadi, M. R., Amini, K., & Yazdankhah, M. R. (2008). Social and environmental factors affecting this trend Afyuni Perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*, 15(59), 85-94.

Ehnert, I. (2009). *Sustainable human resource management: A conceptual and exploratory analysis from a paradox perspective*. Heidelberg: Physica-Verlag.

Ehnert, I., Harry, W., Zink, K. J (2014). *Sustainability and Human Resource Management, CSR, Sustainability, Ethics & Governance*. ISBN 978-3-642-37524-8. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Fard, J. H., Gorji, M. A. H., Jannati, Y., Golikhatir, I., Bozorgi, F., Mohammadpour, R., & Gorji, A. M. H. (2014). Substance dependence and mental health in northern Iran. *Annals of African medicine*, 13(3), 114-118.

- Farhodian, A., Sadrasadat, S., Mohammadi, F., Manokyan, A., Jafari, F., & Sadeghi, M. (2009). Evaluated knowledge and attitudes of a group of Armenians in Tehran and drug addiction. *Journal Membership Cognitive*, 10(2), 9-20.
- GarusiFarshi, M. T., & Sufiani, H. (2009). The relationship between personality dimensions and general health in Tabriz's University students. *Studies in Education and Psychology*, 2(19), 47-63.
- Gostin, L. O., & Friedman, E. A. (2015). The sustainable development goals: one-health in the world sdevelopment agenda. *Jama*, 314(24), 2621-2622.
- Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21, 364° 380.
- Mathew, S. Jenner. (2011). International drug trafficking: a global problem with a domestic solution, *Indiana Journal of Global Studies*, 18(2). Retrieved from: <https://www.repository.law.indiana.edu/ijgls/vol18/iss2/10>.
- Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Arch Iranian Medicine*, 5(3), 184-190.
- Pettigrew, L. M., De Maeseneer, J., Anderson, M. I. P., Essuman, A., Kidd, M. R., & Haines, A. (2015). Primary health care and the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 386(10009), 2119-2121.
- Prüss-Üstün, A., & Neira, M. (2016). *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. World Health Organization.
- Rolles, S., Murkin, G., Powell, M., Kushlick, D., & Slater, J. (2012). The Alternative drug report: Counting the costs of the war on drugs. ISBN: 978 0 9556428 3 8.
- Saghafi-Ameri, N. (2010). The Afghan Drugs Problem° A challenge to Iran and International security. *Iranian Review of Foreign Affairs*, 1(2), 213-235.
- Skiba, D., Monroe, J., & Wodarski, J. S. (2004). Adolescent substance use: Reviewing the effectiveness of prevention strategies. *Social Work*, 49(3), 343-353.
- Todaro, M., & Smith, S. (2010). *Economic Development*. Addison-Wesley.
- World drug report (2015). *Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime*. Retrieved from: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015).



پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی