

فصلنامه علمی «پژوهش انحرافات و مسائل اجتماعی»

شماره سوم، بهار ۱۴۰۱: ۱۹۵-۱۷۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۱۰

نوع مقاله: پژوهشی

مشکلات اجتماعی تهدیدکننده سلامت اجتماعی و دارای اولویت در ایران

* حسن رفیعی

** آمنه ستاره فروزان

*** سینا احمدی

چکیده

با توجه به محدودیت منابع و لزوم تخصیص صحیح آنها و همچنین برای پیش و ارزشیابی برنامه‌ها و فعالیت‌های مرتبط با کاهش بار مشکلات اجتماعی، در درجه اول نیازمند اولویت‌بندی خود مشکلات اجتماعی هستیم. مطالعه حاضر با هدف شناسایی مهم‌ترین مشکلات اجتماعی دارای اولویت ایران در سال ۱۳۹۸ انجام شد. این مطالعه در دو مرحله شامل مرور مطالعات قبلی و نظرسنجی از صاحب‌نظران انجام گرفت. در مرحله اول با مرور منابع، چارچوبی برای طبقه‌بندی مشکلات اجتماعی تدوین شد و بر اساس این چارچوب، فهرستی از زیرطبقه‌های مشکلات اجتماعی تهیه گردید و در اختیار متخصصان سلامت اجتماعی قرار گرفت. در مرحله دوم مطالعه با مرور بر مقاله‌ها و کتاب‌های منتشرشده در حوزه سلامت اجتماعی، بیست نفر از صاحب‌نظران این حوزه انتخاب شدند و با روش دلفی از آنها خواسته شد که فهرست مزبور را بر اساس

* دانشیار گروه آموزشی رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، روان‌پزشک
hassan441015@gmail.com

** دانشیار گروه آموزشی مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی
asforouzan@gmail.com

*** نویسنده مسئول: استادیار گروه مدیریت رفاه اجتماعی دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی
sinaahmadi25@gmail.com



سه معیار شیوع، شدت و اهمیت درجه‌بندی کنند. نظرهای آنها در سه دور گرفته شد و مجموع مشکلات اجتماعی کشور به ترتیب اولویت در سه طبقه دسته‌بندی شد. هرچند مشکلات اجتماعی زیادی در جامعه وجود دارد، ده مشکلی که بیشترین اولویت را دارد، به ترتیب عبارتند از بیکاری، فساد اداری و مالی، نابرابری درآمدی، گرانی مسکن، کمبود اعتماد، فقر، کاهش سرمایه‌گذاری مولد، اعتیاد، جرم و ناامیدی از آینده. برنامه‌ریزی برای مداخلات و نیز پژوهش‌های سلامت اجتماعی در سال‌های پیش رو را باید به نحوی هدفمند انجام داد تا مشکلاتی که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می‌کنند، در اولویت تخصیص منابع و امکانات محدود کشور قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: سلامت اجتماعی، رفاه اجتماعی، مشکلات اجتماعی، اولویت و ایران.

مقدمه

سلامت، واژه‌ای چندمعنایی و یکی از مفاهیم قابل بحث از قدیم بوده است. طی سالیان، تعاریف سلامت دچار تغییر شده است. در ابتدا و تا قبل از قرن بیستم، تعاریف سلامت بیشتر بر جنبه جسمانی و نبود بیماری متمرکز بود. بعد از پایان جنگ جهانی دوم و تشکیل سازمان ملل و به دنبال آن تشکیل سازمان جهانی سلامت (WHO) و با توجه به مشکلات اجتماعی و روانی و از جمله مشکلات زندگی شهرنشینی و زندگی ماشینی و تنوع بیماری‌های جدید و ناشناخته، تعریف سلامت از حالتی ساکن به تعریفی پویا تغییر یافت. بر اساس این تعریف، سلامت فقط فقدان بیماری یا نقص^۱ نیست، بلکه عبارت است از آسایش^۲ کامل جسمی، روانی و اجتماعی. هرچند در دوره‌های مختلف تلاش شده است که تعاریف جدیدتر و جامع‌تری از سلامت از جمله تأکید بر جنبه اقتصادی ارائه شود (ر.ک: Tamashiro, 2021)، تعریف سازمان جهانی سلامت هنوز به عنوان جامع‌ترین تعریف در منابع مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد.

تعریف سازمان جهانی سلامت، نخست بیانگر چندبعدی بودن مفهوم سلامت است و آن را از مفهومی صرفاً متمرکز بر جسم برکشیده و ابعاد روانی و اجتماعی را نیز برای آن برمی‌شمرد (ر.ک: Bradley et al, 2018). به عبارت دیگر در تعریف جدید، سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی در کنار هم به عنوان ابعاد سلامت مطرح می‌شوند. دوم اینکه برخلاف تعریف گذشته که تنها وجه سلبی (بیماری) را برای سلامت برمی‌شمرد، تعریف جدید قائل به وجود دو وجه مثبت و منفی برای سلامت است. قبول بعد اجتماعی سلامت در حکم نوعی پذیرش رسمی مفهوم «سلامت اجتماعی» در کنار سلامت جسمانی و سلامت روانی بود.

سلامت اجتماعی به عنوان بعدی از سلامت در راستای امنیت اجتماعی، حمایت، رفاه، آسایش، عدالت، برابری فرصت‌ها، تدوین سیاست‌های اجتماعی، برخورداری از کیفیت زندگی خوب و مناسب دارای مضامین و معانی خاصی متناسب با فرهنگ آن جامعه است که شهروندان باید خود را با آن مفهوم که مطابق با ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی حاکم بر ساختار است، سازگار نمایند (ر.ک: Enayat, 2022). پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و بسترسازی برای ارتقای سرمایه‌های شهروندی، گسترش اعتماد و

1. infirmity
2. wellbeing

اطمینان در میان شهروندان، تعاملات مناسب و سازنده و مشارکت پایدار شهروندان در عرصه توسعه، نمونه‌هایی از فعالیت‌های تحت عنوان سلامت اجتماعی است (ر.ک: Mousavi et al, 2020).

دو تلقی رایج از سلامت اجتماعی در مطالعات وجود دارد. در تلقی اول، سلامت اجتماعی در عرض سلامت جسمی و روانی قرار می‌گیرد و در واقع آن را به مثابه صفت و ویژگی‌ای از فرد تعریف می‌کند. در این تعریف، واحد تحلیل، فرد است و عمدتاً به عنصر روابط و تعاملات اجتماعی فرد، توجه ویژه شده و مورد تأکید قرار گرفته است (ر.ک: توکل و ناصری راد، ۱۳۹۳). به عبارت دیگر سلامت اجتماعی در این تلقی، بخش اجتماعی یا بین‌فردی سلامت روان فرد است.

تلقی دیگر از مفهوم سلامت اجتماعی با محوریت جامعه است. در این رویکرد، سلامت اجتماعی، صفتی از جامعه در نظر گرفته می‌شود و جامعه برخوردار از سلامت اجتماعی یا جامعه سالم را می‌توان جامعه‌ای عاری از مشکلات اجتماعی و برخوردار از شرایط مساعد دانست (ر.ک: امینی رازانی و دیگران، ۱۳۹۰). بنابراین از تلقی دوم (سطح اجتماعی) به مشکلات اجتماعی رسیدیم. شناسایی مشکلات و آسیب‌های اجتماعی و تلاش در راستای پیشگیری و کاهش بار آنها می‌تواند رفاه اجتماعی و به دنبال آن سلامت اجتماعی را در جامعه افزایش دهد؛ زیرا همچنان که اشاره شد، سلامت اجتماعی به مثابه مفهومی در سطح جامعه شامل وجود ویژگی‌های مطلوب جامعه یا نبود ویژگی‌های منفی جامعه است و در نتیجه خویشاوند مفاهیم مثبتی چون جامعه سالم، جامعه توسعه‌یافته (توسعه اجتماعی) و جامعه برخوردار (رفاه اجتماعی) است و از سوی دیگر نقطه مقابل مفاهیم منفی نظیر مشکلات (مسائل) اجتماعی است. مشکل اجتماعی، وضعیت اجتماعی ناخوشایند و نامطلوبی است که کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار داده، ارزش‌های مورد توافق در جامعه را تهدید نموده، دارای علل و/یا عوارض اجتماعی باشد (ر.ک: رفیعی و دیگران، ۱۳۹۷).

انواع مشکلات اجتماعی را می‌توان در چهار دسته کلی تقسیم کرد: فقر، نابرابری، مشکلات نهادهای اجتماعی و انحرافات (آسیب‌های) اجتماعی (همان). هرچند این طبقه‌بندی برای همه جوامع قابل کاربرد است، در جوامع مختلف و با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی متفاوت، برخی از این مشکلات پررنگ‌تر است و تأثیرات

مخرب بیشتری بر آسایش و فرآیند ترقی آن جامعه دارد. اگر درباره این مشکلات، سیاست‌های مناسبی طراحی و به کار گرفته شود، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت اجتماعی جامعه خواهد داشت. شناخت عوامل خطر مشکلات اجتماعی و تلاش برای کاهش بار آنها می‌تواند مسیر حرکت جامعه را به سوی ترقی و تعامل هموار ساخته، راه‌حلهایی برای افزایش سلامت اجتماعی ارائه نماید (ر.ک: ملک افضلی و دیگران، ۱۳۸۶؛ رفیعی و دیگران، ۱۳۹۷).

جامعه ما جامعه‌ای در حال تحول و تکامل است و هم‌زمان با تحولات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، روابط، مناسبات و شیوه‌های زندگی افراد نیز دچار تحول شده و در این بین ممکن است به خاطر فشارهای زیاد، مشکلات اجتماعی، زندگی افراد و جامعه را تهدید کنند. گستره این مشکلات و همچنین عوارض فردی و اجتماعی آنها و نقش منفی‌ای که بر فرآیند توسعه جامعه دارند، نگران‌کننده است و ضرورت بررسی‌های علمی و مداخلات اثربخش را فراهم آورده است (ر.ک: Shaabani, Alipour, Javadi, & Pashazade, 2021).

با توجه به طرح و استفاده روزافزون از سلامت اجتماعی در جهان، به عنوان معیار موجهی برای ترسیم وضعیت توسعه‌ای و رفاهی و همین‌طور میزان بروز و تنوع مشکلات اجتماعی کشور، تعیین اولویت‌های تحقیقاتی سلامت اجتماعی به عنوان یکی از اصول پایدار سیاست‌های سلامت، ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا و با توجه به مطالب ارائه‌شده، نخست باید مشکلات اجتماعی شناسایی و اولویت‌بندی شود تا برای کاهش بار آنها، سیاست‌های لازم و اثربخش طراحی و اجرا شود. هرچند حل مشکلات اجتماعی، وظیفه همه نهادهای دولتی و غیر دولتی است، منابع این نهادها اغلب برای این کار محدود است و اگر به درستی، یعنی در جهت اولویت‌های جامعه صرف نشود، موجب هدررفت منابع و افت اثربخشی اقدامات خواهد شد. بنابراین پرسش اصلی مطالعه حاضر به این موضوع می‌پردازد که مهم‌ترین مشکلات دارای اولویت در ایران کدامند؟

بر این اساس ابتدا باید همه مشکلات اجتماعی شناسایی و سپس از میان آنها اولویت‌های بالاتر مشخص گردد. تعیین اولویت‌ها به عنوان روشی برای تخصیص بهینه منابع شناخته می‌شود (ر.ک: Fleurence & Torgerson, 2004; Sibbald, Singer, Upshur, & Martin, 2009) و مستلزم تدوین قوانین برای تصمیم‌گیری نظام‌یافته درباره توزیع منابع

محدود است (ر.ک: Sassi, 2003; Kalu et al., 2021). بنابراین حل مشکلات اجتماعی و کاهش بار آنها از یکسو و توجه به محدودیت منابع برای رفع همه این مشکلات از سوی دیگر، ما را ناگزیر از اولویت‌بندی مشکلات و توجه به مشکلات دارای اولویت می‌کند. در مطالعه حاضر که در سال ۱۳۹۸ انجام شده است، تلاش شد تا با یک روش چندمرحله‌ای، مهم‌ترین مشکلات اجتماعی دارای اولویت ایران شناسایی شود.

مرور پیشینه و چهارچوب نظری

با در نظر گرفتن دو تلقی مورد نظر در مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که اولین گام در توجه به مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد پیچیده سلامت، شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات اجتماعی به عنوان وجه منفی سلامت اجتماعی است. هرچند در دهه‌های اخیر، مطالعات زیادی با هدف شناسایی مشکلات اجتماعی و اولویت‌بندی آنها و برای کمک به تحقق سلامت همه‌جانبه انسان‌ها صورت گرفته است، مطالعه وسیعی در سطح کشور در زمینه سلامت اجتماعی، نه فقط مشکلات اجتماعی، با رویکرد اولویت‌بندی صورت نگرفته است. مطالعات قبلی یا به بررسی و تعیین اولویت‌های تحقیقاتی در حوزه سلامت به صورت کلی پرداخته‌اند (ر.ک: Malekafzali, Bahreini, Alaedini, & Forouzan, 2007; Mansoori et al., 2018; Owlia et al., 2011; Sharan et al., 2009; Tamashiro, 2021; Tol et al., 2011). یا تنها به سلامت روانی پرداخته‌اند (ر.ک: رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۹۳)، و یا مشکلات اجتماعی را به صورت کلی و بدون ارتباط با مفهوم سلامت اجتماعی طبقه‌بندی کرده‌اند.

منصوری و همکاران در مطالعه‌ای با استفاده از رویکرد و روشی که CNHRI^۱ توصیه کرده، به مطالعه اولویت‌های تحقیقاتی در حوزه سلامت پرداختند. براساس یافته‌های مطالعه، ده اولویت تحقیقاتی در حوزه سلامت در راستای دستیابی به اهداف سلامت در ایران تعیین شد. اصلاحات سیستم بیمه سلامت، رفع نابرابری در سلامت، توجه به بیماری‌های غیر واگیر و روش‌های کنترل این بیماری‌ها، تصادف‌های جاده‌ای، کیفیت درمان، مشکلات سلامت سالمندان و تأثیر بحران آب بر سلامت از جمله اولویت‌های تعیین شده بود.

درخشان‌نیا و همکاران (۱۳۹۲)، ده حیطة برای ویژگی‌های جامعه سالم بیان کردند که شامل ابعاد نظام اقتصادی، جامعه مدنی، چتر رفاه اجتماعی، سلامت همگانی، آسایش، سلامت خانواده، فرهنگ و ارزش‌های اجتماعی، سلامت جسمی، مشکلات اجتماعی، جایگاه و روابط بین‌المللی بود و پیشنهاد کردند که بر اساس نتایج مطالعه، شاخص ترکیبی طراحی و وضعیت سلامت اجتماعی کشور به تفکیک استان‌های مختلف بررسی شود (ر.ک: Derakhshannia, 2013).

زمان‌خانی و همکاران (۱۳۹۵) در «تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان‌های کشور جمهوری اسلامی ایران» بر اساس یک شاخص ترکیبی، وضعیت سلامت اجتماعی استان‌های کشور را ارزیابی کردند. سلامت اجتماعی در مطالعه آنها به عنوان جامعه سالم در نظر گرفته شد. بر اساس آن، مطالعه جامعه سالم عبارت بود از جامعه‌ای که در آن مصرف مواد، کار کودکان، طلاق، بیکاری تحصیل‌کردگان، تنبیه و مواظبت ناکافی کودکان و مصرف دخانیات وجود نداشته باشد. محققان، هیچ توضیحی درباره نحوه یا دلیل انتخاب این مؤلفه‌ها نمی‌دهند، اما بر اساس یافته‌های آنها، استان یزد، بالاترین رتبه سلامت اجتماعی و استان سیستان و بلوچستان، آخرین رتبه را به دست آورد (ر.ک: Zamankhani et al, 2016).

سمیعی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای با روش دلفی، هفده ویژگی برای جامعه سالم در ایران تعیین کردند: نبود فقر، نبود خشونت، رشد جمعیت کنترل‌شده، نبود تبعیض جنسی، مساوات در برابر قانون، رعایت پیمان حقوق بشر و سایر پیمان‌های بین‌المللی مرتبط با حقوق انسان‌ها، آموزش اجباری و رایگان تا پایان دوره راهنمایی و آموزش رایگان بعد از دوره راهنمایی، دسترسی همگان به خدمات سلامت، وجود امنیت، وجود آزادی عقیده، احساس رضایت از زندگی، پوشش همگانی بیمه، توزیع عادلانه درآمدها، نبود بیکاری، نبود تبعیض قومی و نژادی و منطقه‌ای، مشروعیت حکومت نزد مردم، انتخاب و نظارت مردم‌سالانه بر حاکمان. آنها سپس داده‌های شش شاخص را متناسب با این ویژگی‌ها به دست آوردند و بر اساس آن، وضعیت سلامت اجتماعی استان‌های کشور را در سال ۱۳۸۶ محاسبه کردند. استان تهران، رتبه اول سلامت اجتماعی و سیستان و بلوچستان رتبه آخر را کسب کرد. همچنین توصیه شد که در

مطالعات آینده با وارد کردن شاخص‌های بیشتر، شواهد تجربی قوی‌تری برای بر ساخت سلامت اجتماعی فراهم شود.

با توجه به شکاف موجود در مطالعات پیشین درباره نبود توافق بر تعریف جامع از سلامت اجتماعی و طبقه‌بندی‌های متفاوت از مشکلات اجتماعی، در مطالعه حاضر ابتدا چهارچوبی کلی از مشکلات اجتماعی برگرفته از هر دو تلقی فردی و اجتماعی از سلامت اجتماعی فهرست شد. تلقی اول به مثابه مفهومی در سطح فرد شامل رفتارهای سالم اجتماعی افراد است. اگر مجموعه رفتارهای فرد را بتوان بر دو دسته درون‌فردی^۱ و بین‌فردی^۲ تقسیم نمود، سلامت اجتماعی به مثابه مفهوم فردی، شامل تعامل‌های بین‌فردی و اجتماعی است. این مفهوم را «سلامت اجتماعی افراد» نامیدیم و برای اولویت‌بندی پژوهش‌های زمینه سلامت اجتماعی افراد (یعنی سلامت اجتماعی به مثابه مفهومی در سطح فرد)، نخست اولویت ابعاد سلامت اجتماعی افراد بر اساس نظرهای صاحب‌نظران تعیین شد تا در مرحله بعد، پرسش‌های پژوهشی مرتبط با هر اولویت استخراج شود. از این‌رو پس از مرور منابع مرتبط با سلامت اجتماعی افراد، یکی از مطالعاتی را که سلامت اجتماعی افراد را به نحوی پایا و روا تعریف و ابعاد آن را تعیین کرده بود، مبنا قرار دادیم (ر.ک: Mousavi et al, 2021) و فهرستی از ابعاد آن تهیه کردیم.

با توجه به ابهامات جدی درباره مفهوم و مصادیق مشکلات اجتماعی، در تلقی دوم از سلامت اجتماعی (به مثابه مفهومی در سطح جامعه)، مفهوم مشکلات اجتماعی به عنوان پدیده نامطلوبی تعریف شد که از دید شمار قابل توجهی از افراد جامعه، ارزش‌های مورد توافق آنها را تهدید می‌کند یا بر کیفیت زندگی آنها، اثر نامطلوبی می‌گذارد. پس از مرور منابع، چهارچوبی برای طبقه‌بندی مشکلات اجتماعی تهیه گردید و بر اساس این چهارچوب، فهرستی از زیرطبقه‌های مشکلات اجتماعی تهیه شد. برای تجزیه مفهومی این حوزه در مطالعه حاضر، دسته‌بندی مشکلات اجتماعی (فقر، انواع نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی، مشکلات انواع نهادهای اجتماعی و انواع انحرافات اجتماعی) را مبنا قرار دادیم. بنابراین در نهایت و بر اساس هر دو رویکرد، چهارچوب زیر تهیه شد و در اختیار متخصصان قرار گرفت.

1. intrapersonal
2. interpersonal

جدول ۱- فهرست طبقه‌بندی شده مشکلات اجتماعی

طبقه	زیرطبقه	زیرطبقه فرعی
فقر	فقر	-
ناابری	ناابری درآمدی	-
	ناابری قومی	-
	ناابری جنسیتی	-
	ناابری دینی	-
	ناابری مذهبی	-
	ناابری سنی (ageism)	-
	ناابری توانی (ableism)	-
	مشکلات نهادها	مشکلات نهاد خانواده
کاهش ازدواج		
بی‌فرزندی اختیاری		
شکاف نسلی		
خشونت خانگی		
مشکلات نهاد آموزش و پرورش		کیفیت پایین خدمات آموزشی
		دسترسی پایین به خدمات آموزش
		بازماندگی از تحصیل
		خشونت معلمان با دانش‌آموزان
		قلدری
		دادن تکالیف زیاد
		ناابری آموزشی
مشکلات نهاد سلامت		کیفیت پایین خدمات سلامت
		کمبود دسترسی به خدمات سلامت
	ناابری سلامت	
مشکلات نهادهای رفاه و تأمین اجتماعی	بحران صندوق‌های بیمه اجتماعی (نظیر تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری)	

ناکافی بودن مساعدت‌های اجتماعی (مثل یارانه‌ها، حمایت از زنان سرپرست خانوار، طرح شهید رجایی و سایر خدمات کمیته امداد و بهزیستی)		
پایین بودن پوشش مساعدت‌های اجتماعی		
ناعادلانه بودن توزیع مساعدت‌های اجتماعی		
بیکاری	مشکلات نهاد تولید	
مهاجرت نیروی کار		
کاهش سرمایه‌گذاری مولد		
کیفیت پایین کالاهای تولید داخل		
ورود مفرط کالاهای خارجی		
تولید زیر ظرفیت کارخانه و کارگاه		
فساد اداری و مالی	مشکلات نهاد اداری	
دیوان‌سالاری		
ناکارآمدی		
-	گرانی مسکن	مشکلات مکان زندگی و محیط زیست
-	اسکان غیر رسمی (حاشیه‌نشینی)	
-	حوادث جاده‌ای	
-	ترافیک و حوادث ترافیکی	
-	سایر حوادث انسان ساخته	
-	حوادث طبیعی	
-	مشکلات زیست‌محیطی	
-	اعتیاد	انحرافات

-	خشونت	اجتماعی
-	خودکشی	
-	فحشا و سایر انحرافات جنسی	
-	جرم	
کمبود احساس تعلق به کشور	کمبود احساس تعلق اجتماعی	مشکلات سلامت اجتماعی افراد
کمبود احساس تعلق به قومیت		
کمبود احساس تعلق به محله		
احترام نگذاشتن به قوانین راهنمایی و رانندگی و سایر قوانین	کمبود احساس مسئولیت اجتماعی	
احترام نگذاشتن به سنتها و رسوم		
توجه نکردن به حقوق دیگران		
انجام ندادن وظایف شغلی		
ضرر زدن به مردم برای اهداف شخصی		
کمک نکردن به سالمندان و معلولان و نیازمندان	کمبود اعتماد	
همکاری نکردن با جامعه برای اهداف مشترک		
کمبود اعتماد به نهادهای حکومتی		
کمبود اعتماد به احزاب، مطبوعات و انجمنها		
کمبود اعتماد به مراکز درمانی و رفاهی	کمبود احساس حمایت اجتماعی	
کمبود اعتماد به اقوام، همسایگان، دوستان و همکاران		
باور به اینکه جامعه شرایط سلامت و نیز رشد و پیشرفت را برای فرد فراهم نمی کند		
کمبود دسترسی به خدمات پزشکی		
فقدان نهادی برای کمک به حل مشکلات		

مالی		
کمبود احساس امنیت و آرامش در خانه	کمبود روابط خانوادگی	
کمبود مشارکت در تصمیم‌های خانواده		
کمبود اعتماد به خانواده		
همکاری اندک با نهادهای غیر دولتی	کمبود مشارکت اجتماعی	
مشارکت اندک در مراسم، گرده و سوگواری‌ها		
احساس دوری و غریبگی با سایر افراد اجتماع		

روش مطالعه

برای تعیین اولویت‌های مشکلات بالا به سراغ متخصصان و صاحب‌نظران سلامت اجتماعی رفتیم و نظرهای آنها را با روش دلفی گرد آوردیم. روش دلفی، نوعی روش کیفی است و شامل فرآیند جمع‌آوری و تلخیص ساختاریافته دانسته‌ها و اطلاعات یک گروه متخصص است. این روش را مؤسسه رند از سال ۱۹۶۹ به بعد مطرح کرده و مورد استفاده قرار گرفته است (ر.ک: Vortman et al, 2021; Drumm et al, 2022). گروه پاسخگویان یا گروه دلفی در این پژوهش شامل بیست صاحب‌نظر و متخصص دارای تألیف مقاله یا کتاب درباره سلامت اجتماعی در یکی از دو تلقی آن یا ابعاد آن در ایران بودند. این نظرخواهی در سه دور به شرح زیر انجام شد.

در تدوین فهرست مشکلاتی که در مرور منابع به دست آمد، سعی شد تا اصل جامعیت حفظ شود؛ یعنی فهرستی هرچه وسیع‌تر فراهم شود. همچنین در دور اول از صاحب‌نظران درخواست شد تا اگر مشکلی در فهرست وجود ندارد، آن را اضافه کنند. در نهایت بیست نفر از متخصصان رشته‌های مختلف (جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، اقتصاد، روان‌پزشکی، سلامت و رفاه اجتماعی، مددکاری اجتماعی، حقوق، پزشکی اجتماعی و فیزیولوژی) انتخاب و با آنها درباره اهداف و روش مطالعه صحبت شد و پس از کسب رضایت آنها، پرسشنامه برای آنها ارسال گردید.

به نظر می‌رسد که مشکلی را باید در اولویت قرار داد که: ۱- حجم بیشتری داشته باشد (با شاخص‌هایی مثل شیوع یا نسبت) ۲- شدت بیشتری داشته باشد (مثلاً بر اساس عوارض) ۳- حساسیت و اهمیت فرهنگی نزد جامعه داشته باشد (ر.ک: رفیعی و همکاران، ۱۳۹۷). به این ترتیب در مرحله بعد، فهرست مزبور در قالب جدولی طراحی شده (جدول ۲) برای صاحب‌نظران ارسال گردید تا شیوع، شدت و اهمیت هر یک از ابعاد سلامت اجتماعی (با هر دو تلقی فردی و اجتماعی) را به صورت جداگانه مشخص نمایند.

جدول ۲- نمونه جدول نظرخواهی از صاحب‌نظران بر اساس

سه معیار شیوع، شدت و اهمیت

اهمیت:			شدت:			شیوع:			مشکل اجتماعی
این مشکل اجتماعی به لحاظ فرهنگی چقدر حساس و مهم است؟			این مشکل اجتماعی یا توجه به عوارض و پیامدهای آن چقدر شدید است؟			این مشکل اجتماعی را در ده سال آینده چقدر شایع می‌دانید؟			
زیاد	متوسط	کم	زیاد	متوسط	کم	زیاد	متوسط	کم	نوع مشکل اجتماعی

بر این اساس در جدول طراحی شده برای هر مشکل به صورت جداگانه سه سؤال مطرح شد:

- این مشکل اجتماعی را در ده سال آینده چقدر شایع می‌دانید؟
 - این مشکل اجتماعی با توجه به عوارض و پیامدهای آن چقدر شدید است؟
 - این مشکل اجتماعی به لحاظ فرهنگی چقدر حساس و مهم است؟
- صاحب‌نظران در پاسخ به هر سؤال، یکی از گزینه‌های کم (۱)، متوسط (۲) یا زیاد (۳) را انتخاب می‌کردند. پس از پاسخگویی و جمع‌آوری نظرهای صاحب‌نظران در دور اول، میانگین نمره‌های افراد در هر یک از سه معیار (شیوع، شدت و اهمیت) به صورت جداگانه محاسبه شد. پس از آن، مشکلاتی را که میانگین نمره آنها در هر یک از این سه معیار، کمتر از میانگین کل در آن معیار بود، از مطالعه کنار گذاشتیم و مشکلاتی را

که حداقل در یکی از معیارها، میانگین آنها مساوی یا بالاتر از میانگین آن معیار بود، در مطالعه نگه داشتیم. یازده مشکلی که در این دور کنار گذاشته و از فهرست ارسالی در دور دوم حذف شد، از این قرارند: نابرابری توانی، نابرابری دینی، بی‌فرزندی اختیاری، دسترسی پایین به خدمات آموزش، بازماندگی از تحصیل، حوادث انسان‌ساخته، کیفیت پایین کالاهای تولید داخل، قلدری دانش‌آموزان با یکدیگر، نابرابری سنی، خشونت معلمان با دانش‌آموزان و دادن تکالیف زیاد به دانش‌آموزان.

پس از جمع‌آوری پاسخ‌های دور اول، گروه تحقیق درباره پیشنهادهای جدید نیز موارد تکراری را حذف و موارد مشابه را تجمیع کرد و در نهایت پانزده پیشنهاد را به فهرست مشکلات اجتماعی افزود و فهرست جدید شامل ۷۵ مشکل اجتماعی را برای دور دوم به صاحب‌نظران ارسال کرد. پاسخ‌های دور دوم نیز به همین ترتیب جمع‌آوری و تحلیل و برای بار سوم (نهایی) به صاحب‌نظران ارسال شد. با توجه به اینکه پاسخ‌های دور دوم و سوم، تفاوت قابل ملاحظه‌ای نکردند، دور سوم، دور پایانی دلفی تلقی شد و بر اساس نتایج آن، مشکلات اجتماعی ایران در سال ۱۳۹۸ در سه طبقه اولویت گزارش شد.

یافته‌های مطالعه

پس از دریافت پاسخ‌های مرحله نهایی، میانگین نمره‌ها در دور نهایی هم در هر معیار (شیوع، شدت و اهمیت) به صورت جداگانه و سپس میانگین کل برای هر مشکل اجتماعی محاسبه شد. پس از محاسبه میانگین کل برای هر مشکل اجتماعی، میانگین این میانگین‌ها عدد ۴۰.۲ با انحراف معیار ۲۸.۰ بود که به شرح زیر در سه اولویت جای‌گذاری شد:

اولویت اول شامل مشکلات اجتماعی که نمره میانگین کل آنها بالاتر و مساوی میانگین به‌علاوه یک انحراف معیار یعنی ۶۸.۲ بود ($PI \geq 2.68$). بر این اساس ده اولویت اول به ترتیب عبارت بودند از بیکاری، فساد اداری و مالی، نابرابری درآمدی، گرانی مسکن، کمبود اعتماد، فقر، کاهش سرمایه‌گذاری مولد، اعتیاد، جرم و ناامیدی از آینده (جدول ۳).

جدول ۳- مشکلات اجتماعی دارای اولویت اول در ایران سال ۱۳۹۸

رتبه	مشکل اجتماعی	میانگین نمره کل
۱	بیکاری	۲.۹۸
۲	فساد اداری و مالی	۲.۹۲

۲.۸۸	نابرابری درآمدی	۳
۲.۸۸	گرانی مسکن	۴
۲.۸۲	کمبود اعتماد	۵
۲.۸۱	فقر	۶
۲.۸۱	کاهش سرمایه‌گذاری مولد	۷
۲.۷۷	اعتیاد	۸
۲.۷۵	جرم	۹
۲.۷۳	ناامیدی از آینده	۱۰

اولویت دوم شامل مشکلات اجتماعی بود که میانگین آنها در دور سوم، بزرگ‌تر و مساوی میانگین کل (۴۰.۲) و کوچک‌تر از ۶۸.۲ بود ($2.40 \leq P2 < 2.68$). ۲۹ مشکل در این طبقه قرار گرفت که به ترتیب عبارت بودند از مشکلات زیست‌محیطی، بحران صندوق‌های بیمه اجتماعی، دستمزد نازل نیروی کار، کمبود احساس مسئولیت اجتماعی، داشتن نگرش منفی به جامعه، نابرابری ثروت، اقتصاد سیاه، اسکان غیر رسمی، بازاری شدن آموزش، کمبود احساس حمایت اجتماعی، نابرابری سلامت، ناکارآمدی، کمبود دسترسی به خدمات سلامت، فساد در نظام سلامت، بازاری شدن سلامت، ناکافی بودن مساعدت‌های اجتماعی، مهاجرت تحصیل‌کردگان، ضعف رابطه تحقیق و اجرا، پایین بودن پوشش مساعدت‌های اجتماعی، کمبود احساس امنیت اجتماعی، بهره‌وری پایین، کار کودک، نبود اتحادیه‌های صنفی نیروی کار، بی‌برنامگی، دیوان‌سالاری (بوروکراسی) مفرط، فحشا و سایر انحرافات جنسی، نابرابری گروه‌های آسیب‌دیده، نابرابری آموزشی و ورود مفرط کالاهای خارجی (جدول ۴).

جدول ۴- مشکلات اجتماعی دارای اولویت دوم در ایران سال ۱۳۹۸

رتبه	مشکل اجتماعی	میانگین نمره کل
۱	مشکلات زیست‌محیطی	۲.۶۷
۲	بحران صندوق‌های بیمه اجتماعی	۲.۶۵
۳	دستمزد نازل نیروی کار	۲.۶۵
۴	کمبود احساس مسئولیت اجتماعی	۲.۶۵

۲.۶۵	داشتن نگرش منفی به جامعه	۵
۲.۶۲	نابرابری ثروت	۶
۲.۶۰	اقتصاد سپاه	۷
۲.۶۰	اسکان غیر رسمی	۸
۲.۵۹	بازاری شدن آموزش	۹
۲.۵۸	کمبود احساس حمایت اجتماعی	۱۰
۲.۵۶	نابرابری سلامت	۱۱
۲.۵۵	ناکارآمدی	۱۲
۲.۵۴	کمبود دسترسی به خدمات سلامت	۱۳
۲.۵۳	فساد در نظام سلامت	۱۴
۲.۵۱	بازاری شدن سلامت	۱۵
۲.۵۱	ناکافی بودن مساعدت‌های اجتماعی	۱۶
۲.۵۰	مهاجرت تحصیل‌کردگان	۱۷
۲.۴۷	ضعف رابطه تحقیق و اجرا	۱۸
۲.۴۷	پایین بودن پوشش مساعدت‌های اجتماعی	۱۹
۲.۴۶	کمبود احساس امنیت اجتماعی	۲۰
۲.۴۶	بهره‌وری پایین	۲۱
۲.۴۵	کار کودک	۲۲
۲.۴۵	نبود اتحادیه‌های صنفی نیروی کار	۲۳
۲.۴۴	بی‌برنامگی	۲۴
۲.۴۲	دیوان‌سالاری (بوروکراسی) مفرط	۲۵
۲.۴۲	فحشا و سایر انحرافات جنسی	۲۶
۲.۴۱	نابرابری گروه‌های آسیب‌دیده	۲۷
۲.۴۰	نابرابری آموزشی	۲۸
۲.۴۰	ورود مفرط کالاهای خارجی	۲۹

کمترین اولویت (دسته سوم) شامل مشکلات اجتماعی بود که میانگین آنها، کمتر از ۲.۴۰ بود و مشکلات اجتماعی که در دور اول حذف شده بودند نیز در این دسته قرار گرفتند (P3<2.40). این دسته شامل ۴۷ مشکل اجتماعی به شرح زیر است: حوادث جاده‌ای، خشونت، توزیع نامتوازن خدمات سلامت، روابط برون‌ازدواجی، دستمزد نازل معلمان، مهاجرت نیروی کار، نابرابری شدید درآمد (در کارگزاران تولید)، افزایش طلاق، کمبود احساس تعلق اجتماعی، کمبود مشارکت اجتماعی، بازاری شدن آموزش عالی، نابرابری شدید درآمد (در کارگزاران سلامت)، کاهش میزان ازدواج، عدم استقلال دانشگاه‌ها، کیفیت پایین خدمات سلامت، کیفیت پایین آموزش‌های دانشگاهی، ترافیک و حوادث ترافیکی، حوادث طبیعی، دشواری‌های مراقبت از سالمندان، ترک تحصیل، مدرک‌گرایی، نابرابری منطقه‌ای، تمرکزگرایی، مشکلات تغذیه‌ای، کمبود مشارکت سیاسی، ناعادلانه بودن توزیع مساعدت‌های اجتماعی، نابرابری جنسیتی^۱، همباشی، کمبود روابط خانوادگی، نابرابری قومی، نابرابری ملی (مثلاً میان ایرانیان و اتباع افغانستانی)، تأخیر سن استقلال فرزندان، دوپارگی خانواده، جدایی زودرس فرزندان مجرد، نابرابری دینی، نابرابری مذهبی، نابرابری سنی، نابرابری توانی، بی‌فرزندی اختیاری (کاهش تمایل به فرزندآوری)، شکاف نسلی، خشونت خانگی، کیفیت پایین خدمات آموزشی، دسترسی پایین به خدمات آموزش، بازماندگی از تحصیل، خشونت معلمان با دانش‌آموزان، قلدری دانش‌آموزان با یکدیگر، دادن تکالیف زیاد به دانش‌آموزان، کیفیت پایین کالاهای تولید داخل، حوادث انسان‌ساخته و خودکشی (جدول ۵).

جدول ۵: مشکلات اجتماعی دارای اولویت سوم در ایران سال ۱۳۹۸

رتبه	مشکل اجتماعی	میانگین نمره کل
۱	حوادث جاده‌ای	۲/۳۸
۲	خشونت	۲/۳۸
۳	توزیع نامتوازن خدمات سلامت	۲/۳۵
۴	روابط برون‌ازدواجی	۲/۳۳
۵	دستمزد نازل معلمان	۲/۳۳

۲/۳۳	مهاجرت نیروی کار	۶
۲/۳۱	نابرابری شدید درآمد (تولید)	۷
۲/۳۱	افزایش طلاق	۸
۲/۲۹	کمبود احساس تعلق اجتماعی	۹
۲/۲۹	کمبود مشارکت اجتماعی	۱۰
۲/۲۸	خشونت خانگی	۱۱
۲/۲۷	بازاری شدن آموزش عالی	۱۲
۲/۲۷	نابرابری شدید درآمد (سلامت)	۱۳
۲/۲۷	کاهش ازدواج	۱۴
۲/۲۶	نابرابری مذهبی	۱۵
۲/۲۶	خودکشی	۱۶
۲/۲۵	عدم استقلال دانشگاهها	۱۷
۲/۲۵	کیفیت پایین خدمات سلامت	۱۸
۲/۲۴	کیفیت پایین آموزشهای دانشگاهی	۱۹
۲/۲۳	ترافیک و حوادث ترافیکی	۲۰
۲/۲۳	حوادث طبیعی	۲۱
۲/۲۳	شکاف نسلی	۲۲
۲/۲۲	مراقبت از سالمندان	۲۳
۲/۲۲	ترک تحصیل	۲۴
۲/۲۲	مدرک گرایی	۲۵
۲/۲۱	کیفیت پایین خدمات آموزشی	۲۶
۲/۱۹	نابرابری منطقه‌ای	۲۷
۲/۱۹	تمرکزگرایی	۲۸
۲/۱۶	مشکلات تغذیه‌ای	۲۹
۲/۱۵	کمبود مشارکت سیاسی	۳۰
۲/۱۰	ناعادلانه بودن توزیع مساعدتهای اجتماعی	۳۱
۲/۰۹	نابرابری توانی	۳۲
۲/۰۶	نابرابری جنسیتی	۳۳

۲/۰۵	نابرابری دینی	۳۴
۲/۰۵	بی فرزندی اختیاری	۳۵
۲/۰۵	دسترسی پایین به خدمات آموزش	۳۶
۲/۰۵	بازماندگی از تحصیل	۳۷
۲/۰۲	همبازی	۳۸
۲/۰۰	کمبود روابط خانوادگی	۳۹
۱/۹۶	نابرابری قومی	۴۰
۱/۹۶	کیفیت پایین کالاهای تولید داخل	۴۱
۱/۸۶	نابرابری ملی	۴۲
۱/۸۵	قلدری دانش آموزان با یکدیگر	۴۳
۱/۸۲	نابرابری سنی	۴۴
۱/۷۸	تأخیر سن استقلال فرزندان	۴۵
۱/۷۲	خشونت معلمان با دانش آموزان	۴۶
۱/۶۷	دوپارگی خانواده	۴۷
۱/۶۵	جدایی زودرس فرزندان	۴۸

بحث اصلی

توسعه پژوهش‌های هر کشور بر اساس نیازهای نهفته در راهبردها و هدف‌های موجود در برنامه‌های مربوط به توسعه آن کشور صورت می‌گیرد (ترابی‌پور و دیگران، ۱۳۹۶). نخستین گام در راستای تحقیقات اصولی و هدفمند، تعیین اولویت‌های تحقیقاتی است. موضوع اولویت‌بندی تحقیقات و کاربردی نمودن آنها در قالب سیاست‌های پژوهشی، یکی از ضرورت‌های برنامه‌ریزی‌های کلان است. اما دستیابی به مبنایی منطقی برای تعیین اولویت‌ها خود نیازمند وجود اطلاعات پایه و داشتن دیدی تحلیلی همراه با استدلال و قضاوتی صحیح است. مطالعه حاضر با هدف تعیین اولویت‌های تحقیقات سلامت اجتماعی کشور در سال ۱۳۹۸ انجام شد و با این فرض که اولویت‌های تحقیقات مزبور می‌باید بر اولویت مشکلات اجتماعی کشور مبتنی باشد، نخست به تعیین اولویت‌های مشکلات اجتماعی به روش دلفی پرداخت.

سلامت اجتماعی با تعریفی که در مطالعه حاضر به پاسخ‌دهندگان ارائه شد، مفهومی گسترده بود و بر اساس دو رویکرد رفتار اجتماعی سالم و جامعه سالم بررسی شد. بر این اساس در مرحله اول و پس از بررسی متون و تهیه چهارچوب مفهومی، فهرستی شامل ۷۱ مشکل اجتماعی تهیه شد و در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفت. بر اساس نتایج حاصل از دیدگاه اعضای دلفی، ده مشکل اجتماعی دارای اولویت در سال ۱۳۹۸ عبارتند از بیکاری، فساد اداری و مالی، نابرابری درآمدی، گرانی مسکن، کمبود اعتماد، فقر، کاهش سرمایه‌گذاری مولد، اعتیاد، جرم و ناامیدی از آینده.

هرچند در ایران در سال‌های اخیر علی‌رغم شیوع بالای مشکلات اجتماعی (ر.ک: امیرپور و آدابی، ۱۳۹۸)، مطالعه‌ای جامع که بر اساس آن و با توجه به محدودیت منابع، اولویت‌های تحقیقاتی را مشخص نماید صورت نگرفته است، اندک مطالعات انجام‌شده در این حوزه نیز بیانگر همسو بودن نسبی نتایج مطالعه حاضر با آنهاست. مقایسه نتایج به‌دست‌آمده با طرح ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان (۱۳۸۲)، نشان از نزدیکی اولویت‌های دو دهه قبل بر اساس دیدگاه مردم با مشکلات دارای اولویت از دیدگاه صاحب‌نظران در زمان کنونی است. مطابق نتایج آن تحقیق، بیکاری (۹۳٪)، گرانی (۹۳٪)، اعتیاد (۸۹٪)، پارتی‌بازی (۸۷٪)، دزدی و کلاه‌برداری (۸۲٪)، از اهم مشکلات مردم بوده است.

مطالعه معتمدی در سال ۱۳۸۳ نیز همین اولویت‌ها را بیان کرده است که در آن بیکاری، اعتیاد و فقر در اولویت هستند (ر.ک: معتمدی، ۱۳۸۶). رفیعی و همکاران (۱۳۸۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند که اعتیاد، بیکاری، خشونت، بی‌اعتمادی اجتماعی و فقر، جزء پنج مشکل دارای اولویت در ایران در آن سال بوده است. همسو با این نتایج در مطالعه حاضر و پس از گذشت ده سال همچنان فقر، بی‌اعتمادی اجتماعی، اعتیاد و بیکاری در بین ده اولویت اول قرار دارد.

ملکی و همکاران به منظور تعیین مشکلات دارای اولویت در جمعیت‌های منتخب کشور، یازده مطالعه را مرور کردند و نشان دادند که اعتیاد و مواد مخدر در سه مطالعه به عنوان مشکل اصلی و در هفت مطالعه، جزء ده مشکل اصلی طبقه‌بندی شده بود. فقر و بیکاری در این مطالعات، اولویت بعدی را داشتند که در دو مطالعه اولویت دوم، در سه مطالعه اولویت سوم و در سه مطالعه، دیگر اولویت چهارم داشتند (ر.ک: Maleki et al., 2015).

مقایسه نتایج مطالعه حاضر از یک طرف همسو با نتایج مطالعاتی است که شیوع مشکلات اجتماعی در کشور را بالا و نیازمند مداخله، گزارش می‌کنند. رفیعی و همکاران (۱۳۸۷)، گستره مشکلات اجتماعی چون فقر، بیکاری، تبعیض و نابرابری اجتماعی، اعتیاد، روسپیگری و خشونت را به سبب عوارض سوء فردی و اجتماعی آنها و نقش منفی بر فرایند توسعه جامعه ایران، نگران‌کننده دانسته، ضرورت بررسی‌های علمی و مداخلات جدی مبتنی بر شواهد در سطوح مختلف را پیشنهاد دادند (ر.ک: رفیعی و دیگران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر و بر اساس نتایج مطالعه می‌توان گفت که علی‌رغم گذشت حدود دو دهه از نخستین بررسی‌ها، مشکلات اجتماعی دارای اولویت همچنان جزء مشکلات نیازمند بررسی و مداخله باقی مانده‌اند. بنابراین یا تحقیقات و مداخلات اثربخشی در این زمینه‌ها صورت نگرفته، یا آنچه انجام شده، اثربخش نبوده است. پس اولویت‌بندی پژوهش‌های حوزه سلامت اجتماعی و توجه به این نتایج در برنامه‌ریزی‌ها و اجرای هدفمند و اثربخش آنها، می‌تواند ضمن کاهش هدررفت منابع، منجر به تولید دانش کاربردی و مورد نیاز در راستای افزایش رفاه و سلامت اجتماعی شود.

از جمله مشکلات جدید شناسایی شده در مطالعه حاضر که می‌توان از آن به عنوان نقطه تمایز مطالعه حاضر نام برد، باید به دو مشکل ناامیدی از آینده و کاهش سرمایه‌گذاری مولد اشاره کرد. امیدواری و خوش‌بینی نسبت به آینده، از جمله نشانه‌های پویایی و نشاط در جامعه و انگاره‌ای برای پیشرفت اجتماعی است و در نقطه مقابل آن، ناامیدی از آینده به عنوان نگرش منفی نسبت به آینده و باور نداشتن به آینده‌ای روشن، می‌تواند نتیجه سایر مشکلات اجتماعی از جمله فقر و بیکاری و نابرابری باشد که در طول سالیان حل نشده باقی مانده‌اند و تهدیدی برای سلامت اجتماعی است. علاوه بر این مشکلاتی همانند فساد و گرانی نیز باعث شده‌اند تا سرمایه‌گذاری در بخش‌های مولد به عنوان یکی از مشکلات اجتماعی دارای اولویت مطرح باشد.

لازم به ذکر است که هرچند در مطالعه حاضر سعی شد تا مهم‌ترین مشکلات اجتماعی دارای اولویت کشور با روشی علمی و هدفمند شناسایی شود، فرآیند طولانی شدن تحقیق باعث شد تا مشکلات اجتماعی شناسایی شده مربوط به دو سال قبل باشد و احتمال دارد در طول این دو سال، تغییراتی در مشکلات اجتماعی اولویت‌دار اتفاق

افتاده باشد. بنابراین بهتر است در استفاده از نتایج مطالعه و طراحی سیاست‌ها، این محدودیت مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

چنان‌که در «فرآیند بودجه‌بندی اولویت‌نگر»^۱ تأکید می‌شود (ر.ک: Kavanagh, Johnson, & Fabian, 2011)، بخش اعظم و حتی تمام اعتبارات مرتبط با سلامت اجتماعی، از جمله در پژوهش‌های این حوزه، باید صرف ده اولویت اول مشکلات اجتماعی کشور شود تا مداخلات کاهش بار مشکلات اجتماعی (پیشگیری، مشکل‌زدایی، بازتوانی و کاهش زیان) و ارتقای سلامت اجتماعی بر اساس شناختی که از این رهگذر نصیب متولیان سلامت اجتماعی در بخش‌های دولتی و غیر دولتی می‌شود، طراحی، اجرا و ارزشیابی شود. بقیه اعتبارات متعارف را نیز عمدتاً می‌توان صرف اولویت‌های دوم کرد و به اولویت‌های سوم (آخر)، کمترین اعتبار را باید تخصیص داد. بدیهی است با پیدایش مشکلات اجتماعی نوپدیدی مثل همه‌گیری کووید-۱۹ که قابل پیش‌بینی و منظور شدن در فهرست بالا نبود، می‌باید تصمیم جداگانه‌ای برای آنها گرفت و ردیف اعتباری جدیدی برای آنها گشود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- امیرپور، علی و معصومه آدابی (۱۳۹۸) «اولویت‌بندی آسیب‌ها و مسائل اجتماعی (مطالعه موردی: شهر اردبیل)»، همایش ملی آسیب‌های اجتماعی.
- امینی رازانی، مصطفی و دیگران (۱۳۹۰) «رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۴۲، صص ۲۲۸-۲۰۳.
- ترابی‌پور، امین و دیگران (۱۳۹۶) اولویت‌های پژوهشی حوزه مدیریت، اقتصاد و سیاست‌گذاری سلامت، مطالعه کیفی در ایران، راهبردهای مدیریت در نظام سلامت.
- توکل، محمد و محسن ناصری‌راد (۱۳۹۳) مشخصه‌ها و مؤلفه‌های سلامت اجتماعی، گزارش پژوهشی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- رحیمی موقر آفرین، امین و دیگران (۱۳۹۳) «تعیین اولویت‌های سلامت روان کشور»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال بیستم، شماره ۳، صص ۲۰۰-۱۸۹.
- رفیعی، حسن و دیگران (۱۳۹۷) برنامه‌ریزی اجتماعی: تدوین و پایش و ارزشیابی مداخلات اجتماعی، تهران، دانژه.
- رفیعی، حسن و دیگران (۲۰۰۸) «مشکلات اجتماعی در اولویت ایران»، مجله جامعه‌شناسی ایران، سال نهم، شماره ۱: صص ۱۵۱-۱۶۰.
- سمیعی، مرصده و دیگران (۱۳۸۹) «سلامت اجتماعی در ایران: از تعریف اجتماع‌مدار تا شاخص شواهدمدار»، مسائل اجتماعی ایران، شماره ۲، صص ۵۱-۳۱.
- معتمدی، هادی (۱۳۸۶) «اولویت‌بندی آسیب‌ها و مسائل اجتماعی در ایران»، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال ششم، شماره ۲۴، صص ۳۳۴۸-۳۲۷.
- ملک‌افضلی حسین و دیگران (۱۳۸۶) اولویت‌های نظام سلامت بر پایه نیازسنجی و مشارکت ذینفعان در جمهوری اسلامی ایران، تحقیقات نظام سلامت حکیم (حکیم).
- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی (۱۳۸۲) سنجش ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، دفتر طرح‌های ملی، تهران، مرکز رصد فرهنگی کشور

- Bradley, K. L., Goetz, T., & Viswanathan, S. (2018) Toward a contemporary definition of health. *Military medicine*, 183(suppl_3), 204-207.
- Derakhshannia, F. (2013) Define Index and Indicators of Social Health in Iran. (Master), University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran .
- Drumm, S., Bradley, C., & Moriarty, F. (2022) 'More of an art than a science'? The development, design and mechanics of the Delphi Technique. *Research in Social Administrative Pharmacy*, 18(1), 2230-2236.
- Enayat ,H. (2022) Predicting Social Problem-solving Strategies Based on the Level of Social Well-being and Spiritual Health in Girls and Boys Ready to

- Marry. Health, Spirituality Medical Ethics, 8(4), 227-234.
- Fleurence, R. L., & Torgerson, D. (2004) Setting priorities for research. Health Policy, 69(1), 1-10.
- Kalu, M. E., Ojembe, B. U., Akinrolie, O., Okoh, A. C., Adandom, I. I., Nwankwo, H. C.,... Uduonu, E. M. (2021) Setting priorities for ageing research in Africa: A systematic mapping review of 512 studies from sub-Saharan Africa. Journal of Global Health, 11.
- Kavanagh, S. C., Johnson, J., & Fabian, C. (2011) Anatomy of a priority-driven budget process. Chicago: Government Finance Officers Association, 2 (3).
- Malekafzali, H., Bahreini, F., Alaedini, F., & Forouzan, A. (2007) Health system priorities based on needs assessment & stakeholders' participation in IR Iran. Hakim Research Journal, 10(1), 13-17.
- Maleki, f., Hossein pour, M., Rafiemanesh, H., Salehi, F., Lotfi, Z., Naserizadeh, M. r ...,Holakoie naieni, K. (2015) The review of community assessment papers to determine priority problems in selected populations of Iran %J Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 12(3), 13-21.
- Mansoori, P., Majdzadeh ,R., Abdi, Z., Rudan, I., Chan, K. Y., Aarabi, M., . . . Azin, A. (2018) Setting research priorities to achieve long-term health targets in Iran. Journal of global health, 8(2), 1-12.
- Mousavi, M., Maarefvand, M., Rafiei, H., Joghataei, F., & Omid Nia, S (2021) Developing an Intervention Guidelines for Social Health Promotion Based on the Social Capital Theory. Quarterly Journal of Social Work, 10(2), 16-25.
- Mousavi, M. T., Maarefvand, M., Rafiey, H., Omidnia, S., Joghataei, F., & Zabihi Poursaadati, M (2020) Systematic review of social health promotion with social capital approach. Quarterly Journal of Social Work, 9(1), 13-23.
- Owlia, P., Eftekhari, M. B., Forouzan, A. S., Bahreini, F., Farahani, M., & Ghanei, M. (2011) Health research priority setting in Iran: Introduction to a bottom up approach. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences, 16(5), 691-698.
- Sassi, F. (2003) Setting priorities for the evaluation of health interventions :when theory does not meet practice. Health Policy, 63(2), 141-154.
- Shaabani, A., Alipour, F., Javadi, M. H., & Pashazade, H. (2021) Exploring the Social Problems of Women with Temporary Marriage Experience in Qom. Social Welfare, 21(80), 9-43.
- Sharan ,P., Gallo, C., Gureje, O., Lamberte, E., Mari, J. J., Mazzotti, G., ... Levav, I. (2009) Mental health research priorities in low-and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. The British Journal of Psychiatry, 195, 354-363 (4).
- Sibbald, S. L., Singer, P. A., Upshur, R., & Martin, D. K. (2009) Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. BMC health services research, 9(1), 1-12.
- Tamashiro, H. (2021) Definition of health revisited in the era of COVID-19. Japanese Journal of Health Education Promotion, 29(4), 335-336.

- Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., . . . Van Ommeren, M. (2011) Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *The Lancet*, 378(9802), 1581-1591.
- Vortman, R., Wendler, M. C., & McPherson, S. (2021) A Delphi technique study to understand nurses' knowledge and concerns regarding surgical smoke. *Perioperative Care Operating Room Management*, 24, 100-193.
- Zamankhani F, Abachizadeh K, Omidnia S, Abadi A, & M.A, H. (2016) Social Health Situation Analysis of all Provinces of Islamic Republic of Iran. *Community Health*, 3(3), 181-189.

