

عوامل موثر بر سلامت و رفاه اجتماعی در جامعه کنونی

رضا عباسی راینی^۱، بهناز کریم پور^{۲*}، مرضیه خدایی^۳

۱- مدیر بیمارستان افضل پور کرمان

۲- کارشناس بهداشت محیط

۳- دانشجوی دکترا مدیریت دولتی

behnazkarimpoor@gmail.com

چکیده

با توجه به افزایش آسیب های اجتماعی لازم است شاخص های سلامت اجتماعی به طور دقیق مشخص و در جهت بهبود آن ها تلاش شود. در واقع سلامت و رفاه اجتماعی در کنار سلامت جسم و روان از اهمیت ویژه ای بر خوردار است. و باید بدانیم که این شاخص ها به سه حیطه فرد، خانواده و جامعه وابسته می باشند. مقاله حاضر پژوهشی کاربردی است و از حیث روش نیز یک تحقیق توصیفی بود. در این مطالعه با استفاده از روش کتابخانه ای و مراجعه به نشریات تخصصی و سایتهای علمی، مطالعات و مقالات مرتبط اولیه گردآوری و جمع بندی شدند و نتایج حاصل از جستجو حدود ۳۴۰ مقاله داخلی و خارجی بود که از بین آن ها ۶۰ مقاله انتخاب و بررسی شد. عوامل مختلف تأثیر گذار بر سلامت و رفاه اجتماعی شامل سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، فقر، بی عدالتی، بیکاری و حتی تفاوت های جنسیتی است. ارتقای این عوامل بدون همکاری بخش های مختلف امان پذیر نیست. در واقع میتوانیم با بهبود در برنامه های پیشگیری و اصلاح شیوه زندگی باعث افزایش شاخص های سلامت و رفاه اجتماعی شویم. لازم است که دولت مردان با تمرکز بر روش هایی که باعث افزایش این شاخص ها میشود توجه ویژه ای به افرادی در طبقات پایین و گروه های حساس جامعه کنند.

واژگان کلیدی: رفاه اجتماعی، سلامت اجتماعی، شاخص های سلامت اجتماعی.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت رفاه اجتماعی را اینگونه تعریف میکند "به شرایطی که در آن خشنودی انسان در زندگی مطرح است". در واقع میتوان گفت به شرایطی که در آن مسائل اجتماعی حل یا کنترل میشوند، نیازهای اولیه انسان ها برطرف و فرصت های اجتماعی در آن به حداکثر میرسد. همچنین مفاهیم جدیدتری مانند فرصت های اجتماعی و رضایت اجتماعی و... به آن اضافه شده است (سازمان بهداشتی کشور، ۱۳۷۹). همچنین این سازمان برای سلامت هم تعریف: "سلامت به معنای حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی ونه فقط نبود بیماری" را ارائه نموده است (Allin P, 2007:۴۶). در تعریفی دیگر این سازمان عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را چنین بیان کرده است که "شرایطی که در آن افراد به دنیا می آیند، رشد، زندگی و کار می کنند، و نظام سلامت نیز از جمله عوامل اجتماعی موثر بر سلامت است (who, 2011).

اسمیت در مطالعه خود در سال ۲۰۰۸ برای سلامت اجتماعی تعریف "ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران" را ارائه نمود و آن را یکی از اساسی ترین شاخص های سلامت هر کشوری معرفی کرد. در مطالعه ای دیگر سلامت اجتماعی را "کمیت و کیفیت درگیر شدن و تعامل فرد با اجتماع به منظور ارتقاء رفاه آحاد جامعه" تعریف کرده است که این تعامل موجب ارتقاء سرمایه اجتماعی، امنیت اجتماعی، کاهش فقر و بی عدالتی میشود و نقطه مقابل آن افزایش آسیب های اجتماعی میباشد (VosooghMoghaddam, A., and H. and Shadpoor Salarianzadeh, K, 2010:۷۵B. Damari). سلامت اجتماعی در کنار ابعاد جسمانی و روانی، بعنوان یکی از ابعاد بهداشتی و آسایش وجود دارد (MOHAMMAD HASSAN SHARBATIYAN and POUYA TAVAFI, 2015:۹). در واقع سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد است

که در اجتماع به ظهور می‌رسد. زمانی که فرد دارای سلامت اجتماعی است که فعالیت و نقش اجتماعی خود را در حد متعارف ایفا کند و بتواند خود را با جامعه و هنجارهای اجتماعی همسو کند (Fadaei Mehrabani M, 2006:67).

تعریف رفاه اجتماعی در مطالعه تقوایی و همکاران شامل مجموعه سازمان‌یافته‌ای از قوانین، مقررات و سیاست‌هاست که در قالب مؤسسه‌ای رفاهی و نهادهای اجتماعی به منظور پاسخگویی به نیازهای مادی و معنوی و تأمین سعادت انسانها می‌باشد تا بستری برای رشد و تعالی افراد در جامعه ایجاد کند (محمودی نژاد هادی and تقوایی علی اکبر، ۱۳۸۵: ۴).

سلامت و رفاه در گسترده‌ترین معنی آن، جز موضوع‌های مورد علاقه و قابل توجه کلیه انسانها، گروههای اجتماعی و جوامع بشری است. سلامتی معنای مختلفی دارد. اگرچه مفاهیم سلامتی، ذهن، و بدن طی مکانها و زمانهای مختلف، متفاوت بوده اما برای تمامی فرهنگها و جوامع، نقش اساسی را در تجارب زندگی انسانها داشته‌اند (David F Marks et al., 2005).

در ایران از زمان‌های گذشته تا به الان بهداشت، درمان و رفاه از عمده‌ترین وظایف دولت بوده است و در یک ارگان دولتی تجمیع شده بودند، که در طی سالها وظایف و مسئولیت‌های دیگری به آن افزوده یا از کاسته شد. قبل از سال ۱۳۰۵ فعالیت‌های مرتبط با بهداشت، درمان و رفاه در قالب یک اداره کل با عنوان "اداره کل صحت" ایجاد شد، در سال ۱۳۲۰ به وزارت بهداشت تبدیل گشت و در آذر ماه ۱۳۲۴ تشکیلات آن به تصویب قوه مقننه رسید. وظایف آن عمدتاً بر تأمین بهداشت عمومی و نظارت بر امر بهداشت و حفظ سلامت عمومی بود. در سال ۱۳۵۳ "وزارت رفاه اجتماعی" با هدف فراهم و گسترش خدمات رفاهی و ایجاد هماهنگی، ایجاد یک نظام مطلوب و نظارت بر اینگونه موارد ایجاد شد (Industrial Management: Social Welfare and Department, 1974).

در طی دهه‌های اخیر، دولت توجه ویژه‌ای به دو مقوله سلامت و رفاه اجتماعی کرده است. این دو حوزه لازم و ملزوم یکدیگرند و هر دو جز وظایف حاکمیتی دولت می‌باشند و عموماً در یک ساختار سازمانی قرار می‌گیرند. سازمان جهانی بهداشت هم برای ایجاد یک هماهنگی بین این دو حوزه راهبردهای "هماهنگی بین بخشی و درون بخشی" را در نظام بهداشتی کشورها توصیه کرده است (Akbari MA, 2003).

سلامت و رفاه اجتماعی در طی سالیان از مفهوم انفرادی به یک هدف جهانی تبدیل گشته و رسیدن به آن منوط به سطح مناسبی از کیفیت زندگی است (Amalio Blanco Abarca and Darío Díaz, 2007:31).

با توجه به اهمیت سلامت و رفاه اجتماعی مقاله حاضر بر عوامل موثر بر سلامت و رفاه اجتماعی در جامعه کنونی بصورت مروری می‌پردازد.

۲- روش کار

مطالعه حاضر از نوع مروری-توصیفی است. که با جستجو در مجلات معتبر داخلی و پایگاه‌های داخلی ایران داک، پایگاه علمی جهاد دانشگاهی و همچنین پایگاه‌های جستجویی Magiran, google scholar, science direct استفاده گردید. کلید واژه‌های مورد استفاده در این مطالعه سلامت اجتماعی، رفاه اجتماعی، عوامل موثر بر سلامت اجتماعی، عوامل موثر بر رفاه اجتماعی، شاخص‌های سلامت اجتماعی و شاخص‌های رفاه اجتماعی و واژگان مترادف آن‌ها بود. که نهایتاً ۳۴۰ مقاله تخصصی از بین مقالات یافت شده جدا شد و از بین آن‌ها ۶۰ مقاله بر اساس نزدیکی موضوع استخراج و از نتایج آن‌ها در این مطالعه استفاده شد. سعی نویسندگان بر آن بود که مطالعات مربوط به دهه اخیر را مورد بررسی قرار دهند.

۳- یافته‌ها

در این قسمت از پژوهش به مرور نتایج برخی مقالات بررسی شده می‌پردازیم.

بعد سلامت اجتماعی پیچیده‌ترین و بحث‌برانگیزترین بعد سلامت است. در سال ۲۰۰۷ طی انجام پژوهشی تعریف سلامت اجتماعی با سه رویکرد: - سلامت اجتماعی به مثابه "جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی" سلامت اجتماعی به مثابه "تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت" - سلامت اجتماعی به مثابه "جامعه سالم" آورده شد (MERSEDEH SAMIEE et al., 2011). در ایران، بعد سلامت اجتماعی فردی دو حیطة حمایت اجتماعی و عملکرد اجتماعی معرفی شده است (K: ۸۸). (Abachizadeh et al., 2013).

شاخص‌های سلامت اجتماعی به ما اطلاعاتی کمی درباره مشکلات کشور می‌دهند. با ارزیابی مداوم مشخص می‌شود که آیا تلاش‌هایمان برای بهبود وضعیت کارساز بوده است یا نه. لازم به ذکر است که شاخص رفاه اجتماعی در کشورهای پیشرفته سالانه اندازه گیری و تحت عنوان گزارش اجتماعی ارائه می‌گردد. این گزارش در سال ۲۰۰۸ در ایالات آمریکا نشان داد که ایالت مینوسوتا بهترین و نیومکزیکو بدترین عملکرد را در زمینه سلامت اجتماعی به خود اختصاص داده اند (Miringoff M-L Opdycke S, 2008).

رفیعی و همکاران بیان نمودند که شاخص‌های ترکیبی که عملکرد و وضعیت کشورها را نشان می‌دهند بعنوان ابزار بسیار سودمندی در تحلیل سیاست‌های اجتماعی می‌باشند (حسن رفیعی، سید حسین محقی کمال، حمیرا سجادی، عزت اله عباسیان، مهدی رهگذر، ۱۳۹۴). در ایران در سال ۱۳۹۱، ۳۷ شاخص برای نمایش سلامت اجتماعی توسط دکتر هاشمی و همکاران معرفی شد که تنها اطلاعات ۲۳ شاخص در سطح ملی و بین المللی وجود داشت و توصیه کردند با انجام نظر سنجی، سایر شاخص‌ها برای بررسی وضعیت سلامت اجتماعی در کشور انجام شود (K Abachizadeh, S Omidnia, N Memaryan, AA Nasehi, M Rasouli, B Tayefi and A Nikfarjam, 2013). در سال ۲۰۱۶، هم زمانخانی و همکاران از بین ۵۴ شاخص، ۳۹ شاخص را بعنوان شاخص‌های نهایی سلامت اجتماعی استخراج کردند که ده شاخص اول شامل: شیوع مصرف مواد مخدر، کار کودکان، نسبت ازدواج به طلاق، جمعیت تحصیل کرده بیکار به کل جمعیت تحصیل کرده فعال، تنبیه جسمی شدید کودکان، مواظبت ناکافی کودکان، شیوع مصرف قلیان شهری، شیوع مصرف قلیان روستایی، رضایت از زندگی زنان، باسواد زنان بود. همچنین پنج استان ابتدای لیست که سلامت اجتماعی بالاتری بر اساس ۳۹ شاخص استاندارد مقایسه ای و روش وزن برابر نسبت به بقیه داشتند: یزد، خراسان جنوبی، ایلام، زنجان و سمنان و پنج استان انتهایی لیست: گلستان، کرمانشاه، کهگیلویه و بویر احمد، هرمزگان و سیستان و بلوچستان بودند (Fariba Zamankhani et al., 2016:89).

در مطالعه میرینگف آجامه سالم بر اساس شاخص سلامت اجتماعی فردهام آ در گروه‌های سنی کودکان (میزان مرگ نوزادان، کودک آزاری و فقر کودکان)، نوجوانان (میزان خودکشی نوجوانان، میزان ترک تحصیل در دبیرستان، میزان مصرف مواد مخدر و میزان بارداری در نوجوانان)، بزرگسالان (میزان بیکاری، میانگین درآمد و میزان پوشش خدمات سلامت)، سالمندان (میزان فقر بالای ۶۵ سال و عمر مورد انتظار در ۶۵ سالگی)، و جمعیت عمومی (میزان جرم خشونت بار، میزان مرگ در تصادفات مرتبط با الکل، میزان مسکن قابل خرید و نابرابری درآمد) مشخص شده است (Miringoff M-L, 1999).

با توجه به ساختار اقتصادی ایران، نرخ تورم می‌تواند یکی از عوامل تأثیر گذار بر سلامت روان در جامعه باشد. تورم زیاد تابع مطلوبیت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و محرکی برای خودکشی می‌باشد، طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت، خودکشی یکی از معضلات جدی سلامت اجتماعی در بسیاری از کشورها است. عوامل اجتماعی اقتصادی می‌توانند بر اساس جامعه مورد مطالعه، متفاوت باشند. همچنین افزایش نرخ شهر سازی می‌تواند باعث کاهش نرخ خودکشی و در نهایت افزایش سلامت اجتماعی شود (Antonio Rodríguez Andrés et al., 2014, Miringoff M-L, 1999:50).

طی مطالعه ای در سال ۲۰۰۹ در فرانسه بیان کردند که میزان شهرنشینی با سلامت اجتماعی رابطه عکس دارد (Jany-Catrice F, 2009:377).

مطلق و همکاران عوامل موثر بر سلامت اجتماعی را: میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه و طبقه اجتماعی بیان نمودند که اگر این موارد نادیده گرفته شوند برقراری عدالت در سلامت غیرممکن می‌شود (OlyaeManesh A Motlagh.ME, Beheshtain M, 2009).

بررسی‌ها نشان داده اند که تفاوت‌های جنسیتی هم می‌تواند جز عوامل تعیین کننده سلامت اجتماعی باشد (World Health Organization, 2010). سلامت اجتماعی زنان ارتباط مستقیم با میزان رضایت از زندگی آنان دارد. زنانی که از زندگی خود احساس رضایت دارند، روش‌های مقابله ای بهتر و رفتارهای سلامتی بیشتری را اتخاذ می‌کنند، از سلامت زوان بالاتری برخوردارند و دیدگاه مثبتی نسبت به رویدادهای زندگی خود دارند و در نهایت منجر به ایجاد همبستگی قوی تری با افراد جامعه می‌شود (SA Afshani and H Shirimohammadabad, 2016). یکی از گروه‌های مورد توجه در خصوص سلامت اجتماعی، زنان سرپرست خانواده هستند که طبق بیان یحیی زاده، زنان سرپرست خانوار از سلامت اجتماعی کمتری نسبت به زنان دیگر برخوردارند. نتایج

¹miringoff

²fordham

مطالعه‌ی وی نشان می‌دهد که دید جامعه نسبت به این زنان منفی بوده و از آنجا که غالباً از پشتوانه و حمایت مناسبی برخوردار نیستند، در برخورد با دیگران بسیار محتاطانه عمل میکنند که همین مسئله باعث تأثیر منفی بر مهارت‌های ارتباطی آن‌ها میشود و آن‌ها نمی‌توانند خواسته‌های خود را به راحتی بیان کنند و در نهایت این امر موجب سلب اعتماد در دیگر افراد جامعه شده و منجر به کاهش سلامت اجتماعی سرپست خانوار گردیده است (Ramezani M Yahyazadeh H, 2013:101).

در مطالعه‌ی دیگر مشخص شد پایبندی به باورهای مذهبی، باعث میشود افراد معنای حوادث زندگی مخصوصاً حوادث درناک و اضطراب آور را بهتر درک کنند و مقابله با هیجان‌ها و شرایط اجتماعی برای آن‌ها آسان‌تر میشود. در واقع، اعمال و باورهای دینی با سلامتی فردی و اجتماعی رابطه مستقیمی دارد (James M Day, 2010, MALIHE POURSATTAH and IESA, 2010, HEKMATI, 2010a, b).

همانطور که ملاحظه میشود، عوامل بسیاری بر میزان سلامت اجتماعی افراد تأثیر دارد. در این خصوص، در یک مطالعه بین‌سن، طبقه اجتماعی و اقتصادی، وضعیت تأهل و میزان سلامت و رفاه اجتماعی رابطه معنی‌داری دیده شد (MOHAMMAD HASSAN SHARBATIYAN and POUYA TAVAFI, 2015).

در مطالعه کدخدایی در سال ۲۰۱۳ مشخص شد که متغیرهای میزان تحصیلات پدر و مادر و شاخص‌های کیفیت زندگی، بر میزان سلامت اجتماعی تأثیر گذار است (FATEMEH KADKHODAEI and SHURESH LOTFI, 2013). در مطالعه رستگار، نشان داده شد که بین امنیت اجتماعی و میزان سلامت اجتماعی، رابطه معنی‌داری وجود دارد (KHADIJEH RASTEGAR et al., 2015).

در مطالعه کوآدرو و لویزا^۱ وجود رابطه مثبت و قوی بین درآمد ملی و سلامت را تأیید و بیان نمودند که بیکاری اثر منفی بر سلامت و رفاه جامعه دارد. زیرا بیکاری باعث افزایش نرخ طلاق، دزدی و بسیاری از عواملی که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد میشود (Lucia Quadrado and Enrique López-Bazo, 1996).

در مطالعه‌ی ای در سال ۲۰۰۱ رفاه اجتماعی را مرتبط با عواملی مانند شادکامی‌های طولانی مدت، امنیت، ارضاء یا سرکوب‌نیازها و توجیحات، کسب آنچه سزاواریم و مقایسه خود با دیگران دانستند (Fitzpatrick, 2001: 131).

رفیعی و همکاران در سال ۱۳۹۲ مهمترین ابعاد رفاه اجتماعی را به ترتیب چنین طبقه بندی نمودند: اشتغال، اقتصاد، تامین اجتماعی، سلامت، آموزش، مسکن. وی در رابطه با مهمترین بیانگرهای رفاه اجتماعی هم طبقه بندی زیر را ارائه نمود: میزان بیکاری، درصد پوشش بیمه در مدرسه، ضریب جینی، میزان تورم و درآمد ملی سرانه (حسن رفیعی، سید حسین محقق‌کمال، حمیرا سجادی، عزت‌اله عباسیان، مهدی رهگذر، ۱۳۹۴). نتایج مطالعه وکیل حیدری ساریان در سال ۱۳۹۲ تحت عنوان تبیین عوامل مؤثر بر ارتقای رفاه اجتماعی در مناطق روستایی شهرستان مشکین شهر نشان داد مهمترین عوامل تأثیر گذار بر ارتقای رفاه اجتماعی این ساکنان شش مؤلفه توانمندسازی اقتصادی و بازتوزیع درآمد، توانمندسازی اجتماعی و تقویت سرمایه اجتماعی، توانمندسازی محیطی، نهادسازی و ارتقای پذیرش اجتماعی، توانمندسازی روانشناختی، تقویت مشارکت اجتماعی و ارائه خدمات ترویجی با مقدار واریانس و واریانس تجمعی، ۵ / ۶۸ است. همچنین، طبق یافته‌های استنباطی پژوهش وی جز عامل توانمندسازی روانشناختی، بین عامل توانمندسازی اقتصادی، اجتماعی، محیطی، نهادسازی و تقویت مشارکت اجتماعی با ارتقای رفاه اجتماعی در منطقه مورد مطالعه، رابطه معنادار وجود دارد (حیدری ساریان and وکیل، ۲۰۱۵).

در مطالعه‌ی ای دیگر که در شهرستان پاوه صورت گرفت بیان شد، رابطه بین جنسیت و سلامت رابطه معناداری نیست اما در بررسی رابطه بین تحصیلات، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی با سلامت اجتماعی به وسیله ضریب همبستگی پیرسون رابطه معناداری پیدا شد (نصرالله پور افکاری، ۴۱۳۹۱):

نتایج مطالعه هزارجریبی و صفری شالی نشان داد عوامل تبیین کننده رفاه بر طبق مدل رگرسیونی متغیرهای "اعتماد به کارایی مسئولان، احساس عدالت، پایگاه اقتصادی و اجتماعی افراد، دین‌داری دارای تأثیر مثبت بر میزان رفاه اجتماعی در بین افراد هستند، و اما متغیرهای "احساس بیگانگی اجتماعی، تقدیر گرایی دارای تأثیر کاهنده بر میزان رفاه اجتماعی می‌باشند (هزارجریبی جعفر and صفری شالی رضا: ۱).

یافته‌های پژوهش فرزانه و علیزاده نیز بیانگر رابطه مستقیم بین حمایت اجتماعی (حمایت دوستان، خانواده و سایرین) و سلامت اجتماعی بود که در میان انواع حمایت اجتماعی، حمایت خانواده بیشترین تأثیر را بر سلامت اجتماعی سالمندان و از میان

¹ luqdrada and Lopez

متغیرهای زمینه ای سن، جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال رابطه معنی داری با سلامت اجتماعی سالمندان دارد. همچنین از میان متغیرها، تحصیلات و درآمد با سلامت اجتماعی رابطه ی معکوس داشتند (فرزانه سیف اله and عزیزاده سمیه، ۱۳۹۱:۱۷۳).

در مطالعه ای که در اصفهان صورت گرفت بین سلامت اجتماعی و متغیرهای مسئولیت پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی، اعتماد اجتماعی، رابطه مستقیم و بین سلامت و اجتماعی و بیگانگی اجتماعی رابطه معکوس وجود داشت. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین عوامل موثر بر سلامت اجتماعی شهروندان اصفهانی به ترتیب: بیگانگی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، ساختار طبقاتی اجتماعی، مسئولیت پذیری اجتماعی، تعهد اجتماعی و مهاجرت است (زکی و خشوعی، ۱۳۹۱: ۷۰).

۴- بحث

سلامت اجتماعی یا فقدان آن یک چالش مهم در نظریه های کلاسیک جامعه شناسی است. به طور کلی، از نظر تجربی این موضوع ریشه در ادبیات جامعه شناسی مربوط به ناهنجاری و بیگانگی اجتماعی دارد (keyes. Corey Lee. M, 1998:121). یکی از چالش های توسعه پایدار و ثبات سیاسی و اقتصادی، همبستگی اجتماعی و سلامت زیست محیطی، نبود رفاه اجتماعی و عدم گسترش کمی و کیفی تامین اجتماعی است (طیبه سلمانی شیک، سعید گیوه چی، علی اکبر نظری، ۱۳۹۴). اهمیت سلامت اجتماعی به حدی میباشد که افراد برخوردار از سلامت اجتماعی با مشکلات ناشی از ایفای نقش های اصلی اجتماعی خود راحت تر روبرو می شوند (Hilary Graham, 2004:101).

سلامت اجتماعی را می توان از دو دیدگاه لذت جوینده و کارکردی مورد بررسی قرار داد. دیدگاه لذت جوینده که سلامت اجتماعی را با رضایت از زندگی و تعادل جنبه های مثبت و منفی در نظر میگیرد و دیدگاه کارکرد گرایانه که سلامت اجتماعی را با توجه به اهمیت فردی، هستی معنادار و میزان پتانسیل افراد برای ایفای وظایف خود میداند. این دیدگاه تأکید بر سلامت اجتماعی در بازه زمانی طولانی مدت تر را دارد (Alan S Waterman, 1993:678).

مصوبات و مداخلات متعددی برای کاهش آسیبهای اجتماعی و ارتقاء سلامت اجتماعی توسط سازمان ها در جریان است اما به علت ناکافی بودن حساسیت مسئولان، ارزشیابی نشدن مداخلات فعلی، پوشش و بهره مندی ناکافی گروه های جمعیتی از مداخلات سطح یک پیشگیری، انتخاب نامناسب مداخلات اساسی، تخصیص اغلب منابع موجود به مداخلات سطح سوم پیشگیری، ضعف نظام استقرار عملیات و همکاری بین بخشی در اجرای مداخلات، پراکندگی منابع مالی مرتبط بر سلامت اجتماعی و ناکافی بودن حساسیت و مهارت مردم در رویایی با خطرات در کمین، تغییرات کلان اقتصادی، سیاسی، بین المللی و فن آوری مانع از تأثیر این اقدامات در بهبود شاخص های سلامت اجتماعی است (دماری ۲۰۱۳: 45). (et al., 2013).

ناعدالتی های اجتماعی و اقتصادی حتی در کشورهای پیشرفته اروپایی که نماد پیشرفت و توسعه هستند نیز باعث نابرابری های سلامت میشود که به نوبه خود تأثیر مستقیم در شاخص های سلامتی این کشورها دارد (Adele Seniori Costantini et al., 2015).

ونلیک^۱ و همکارانش در سال ۲۰۱۰ مطالعه ای با هدف رابطه بین وضعیت اقتصادی-اجتماعی با ارتباطات اجتماعی و سلامت انجام دادند که در این مطالعه مشخص شد افرادی که وضعیت اقتصادی پایینتری داشتند شانس ابتلا به افسردگی بیشتری هم داشتند (OR=۲,۸۵). در مقابل افراد با درآمد پایین تر شانس ابتلا به افسردگی ۱,۴۴ گزارش شد (Nico Vonneilich et al., 2011:43).

نتایج مطالعه پور ستار نشان داد که عمل به واجبات و فعالیت های مذهبی توانایی پیش بینی برخی از ابعاد سلامت را دارا می باشند (MALIHE POURSATTAR and IESA HEKMATI, 2010a:27).

همچنین در فرایند توسعه ی انسانی و بهبود شاخص سلامت در حوزه ی رفاه اجتماعی، تقویت و توسعه بیمه های عمر هم میتواند باعث افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر کودکان در ایران باشد (حمید سپهر دوست، سمانه ابراهیم نسب، ۱۳۹۲:91).

طی انجام پژوهشی در سال ۲۰۱۱ مشخص شد که جنسیت میتواند عامل تعیین کننده در سلامت یا بیماری باشد. قدرت کنترل مردان و زنان بر عوامل اقتصادی و اجتماعی تأثیر گذار بر سلامت، همچنین میزان آسیب پذیری متفاوتی دارند که به نوبه

¹ vonneilich

خود بر سلامت اجتماعی تأثیر می‌گذارد (María Dueñas et al., 2011:24). همچنین نجف‌آبادی در مطالعه خود که بر روی زنان شهر اصفهان انجام داد بیان نمود که در زنان میزان تحصیلات رابطه مستقیمی با افزایش سلامت اجتماعی در آن‌ها دارد (اقلیما and ابراهیم نجف‌آبادی، ۲۰۱۱). در پژوهش دیگری تحت عنوان بررسی سلامت اجتماعی و متغیرهای جمعیتی شناختی بر روی جمعیت آمریکا مشخص شد که تأثیر وضعیت شغلی بر روی سلامت زنان مهم‌تر از سلامت مردان است. در واقع زنانی که وضعیت شغلی پایین‌تری نسبت به مردان در همان جایگاه شغلی داشتند سلامت کمتری را به خود اختصاص داده بودند. لازم ذکر است که زنان نسبت به مردان سطح بالاتری از پذیرش، مشارکت و انسجام را داشتند (Shapiro Keyes 2004). تری و هاگ در مطالعه خود نشان می‌دهند که تعهد اجتماعی باعث ثبات رفتاری در فرد، ارضای نیازهای او در جامعه و در نتیجه همبستگی و انسجام اجتماعی فرد می‌شود که می‌تواند به کاهش پیچیدگی روابط اجتماعی کمک کند و باعث ارتقاء سلامت اجتماعی شود. همچنین هر چه قدر فرد تعهد گروهی کمتری داشته باشد کمتر مطابق با هنجارهای گروهی رفتار میکند که این امر موجب کاهش همبستگی اجتماعی، اعتماد و در نهایت کاهش سلامت اجتماعی خواهد شد (مرادی گل مراد ایمان محمدتقی، ۱۳۸۸).

در مطالعه رارانی و همکاران در سال ۱۳۸۹ آشکار شد که رابطه‌ای مستقیم بین سرمایه اجتماعی با فقر، رشد جمعیت و بیکاری وجود دارد. همچنین بیان نمودند که نوع غالب سرمایه اجتماعی در استانهای کمتر توسعه یافته کشور، سرمایه اجتماعی قدیم است که مبتنی بر روابط درون گروهی توأم با اعتماد محدود و خاص می‌باشد. این نوع سرمایه اجتماعی در استانهای توسعه یافته کشور دچار فرسایش شده و سرمایه اجتماعی جدید شکل نگرفته است و در این استانها نوعی توسعه نامتوازن مواجه هستیم. بنابراین توجه به انواع سرمایه اجتماعی و به خصوص نوع جدید آن در سیاست‌گذاری‌های سلامت باعث ارتقاء و بهبود سلامت اجتماعی جامعه ایران می‌شود (موسوی میرطاهر امینی رارانی مصطفی، رفیعی حسن، ۱۳۹۰). در آخر میتوان یکی از روش‌های بهبود سلامت اجتماعی و ارتقاء کیفیت زندگی، ورزش و فعالیت بدنی بیان کرد. در واقع ورزش دارای قابلیت‌های تفریحی، درمانی و رقابتی میباشد که منجر به توسعه و حفظ عملکرد جسمانی و روانی، توسعه زندگی سالم، رضایت از زندگی و بهبود کیفیت زندگی فرد میشود (Diana G Taekema et al., 2010).

۵- نتیجه‌گیری

با عنایت به نتایج تحقیقات، نظام سلامت زمانی کارآمد خواهد بود که سیاست‌گذاران و مجریان این حوزه با برنامه‌ریزی و انجام مداخلاتی عوامل ارتقاء دهنده سلامت و رفاه اجتماعی را بهبود بخشند. همچنین لازم است که توجه ویژه‌ای به طبقات پایین‌تر جامعه و جنس زن داشته باشند. که این مهم بدون همکاری بخش‌های مختلف صورت نمی‌پذیرد.

مراجع

۱. افکاری، نصرالله پور. ۱۳۹۱. "بررسی عوامل موثر بر سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه." فصلنامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شوشتر، ۱۸(۶)، ۴۱-۶۰.
۲. اقلیما، ابراهیم نجف‌آبادی. ۲۰۱۱. "بررسی تأثیر میزان سرمایه فرهنگی در میزان احساس شادی زنان جوان (۱۵-۲۴ ساله) در شهر اصفهان." جامعه‌پژوهی فرهنگی، ۲(۱)، ۱-۲۴.
۳. اله، فرزانه سیف and علیزاده سمیه. "بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت اجتماعی سالمندان شهر بابل".
۴. امینی رارانی مصطفی، موسوی میرطاهر، رفیعی حسن. ۱۳۹۰. "رابطه سرمایه اجتماعی با سلامت اجتماعی در ایران." رفاه اجتماعی، ۴۲(۱۱)، ۲۰۳-۲۸.
۵. ایمان محمدتقی، مرادی گل مراد. ۱۳۸۸. "بررسی رابطه بین رضایت اجتماعی و هویت ملی با تعهد اجتماعی جوانان شهر شیراز." جامعه‌شناسی کاربردی (مجله پژوهشی علوم انسانی دانشگاه اصفهان)، ۲۰(۲)، ۷۴-۱۵۵.
۶. جعفر، هزارجریبی، صفری شالی رضا. "رفاه اجتماعی و عوامل موثر بر آن مطالعه موردی شهر تهران".
۷. دماری، بهزاد؛ ناصحی وثوق مقدم. ۲۰۱۳. "برای ارتقای سلامت اجتماعی ایرانیان چه کنیم؟ مروری بر وضع موجود، راهبردهای ملی و نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research, ۱(۱)، ۴۵-۵۸.

۸. رهگذر، حسن رفیعی، سید حسین محققى کمال، حمیرا سجادی، عزت اله عباسیان، مهدی. ۱۳۹۴. "نظر متخصصان ایرانی در مورد ابعاد و بیانگرهای شاخص رفاه اجتماعی ایران." فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۵(۵۸)
۹. ساربان، حیدری وکیل. ۲۰۱۵. "تبیین عوامل موثر بر ارتقای رفاه اجتماعی در مناطق روستایی (مطالعه موردی: شهرستان مشکین شهر)." پژوهشهای جغرافیای انسانی، ۴۷(۴)، ۶۵۷-۷۲.
۱۰. کشور، سازمان بهزیستی. ۱۳۷۹. "به سوی نظام جامع رفاه اجتماعی،" تهران: سازمان بهزیستی کشور
۱۱. محمدعلی، زکی، خشوعی مریم السادات. ۱۳۹۱. "سلامت اجتماعی و عوامل موثر بر آن در بین شهروندان شهر اصفهان." مطالعات جامعه‌شناختی شهری، ۳(۸)، ۷۹-۱۰۸.
۱۲. نسب، حمید سپهردوست، سمانه ابراهیم. ۱۳۹۲. "رابطه توسعه بیمه ی عمر و رفاه اجتماعی با سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳۶۰-۱۳۹۰." فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۴(۵۳)، ۹۱-۱۰۹.
۱۳. نظری، طیبه سلمانی شیک، سعید گیوه چی، علی اکبر. ۱۳۹۴. "نقش گردشگری شهری در رفاه شهری در سکونتگاه های غیر رسمی اسلامشهر." رفاه اجتماعی، ۵۹(۱۵)، ۶۷-۸۸.
۱۴. هادی، محمودی نژاد and تقوایی علی اکبر. "توسعه پایدار شهری و رفاه اجتماعی شهروندی."
15. Abachizadeh, K; S Omidnia; N Memaryan; AA Nasehi; M Rasouli; B Tayefi and A Nikfarjam. 2013. "Determining Dimensions of Iranians Individual Social Health: A Qualitative Approach." *Iranian journal of public health*, 42(Supple1), 88.
16. Abarca, Amalio Blanco and Darío Díaz. 2007. "Social Order and Mental Health: A Social Wellbeing Approach." *Psychology in Spain*, (11), 61-71.
17. Afshani, SA and H Shirimohammadabad. 2016. "The Study of Relationship between Life Satisfaction and Social Health of Yazd City Women." 15.
18. Andrés, Antonio Rodríguez; Bidisha Chakraborty; Piyali Dasgupta and Siddhartha Mitra. 2014. "Realizing the Significance of Socio-Economic Triggers for Mental Health Outcomes in India." *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 50, 50-57.
19. Damari, 19-B., VosooghMoghaddam, A., and H. and Shadpoor Salarianzadeh, K. 2010. "What Are Ministry of Health and Medical Education Functions in Social Health Improvement?," *social health congress, Ministry of Health and Medical Education*. Tehran, Iran (۱۱): ۴۵-۵۸.
20. Day, James M. 2010. "Religion, Spirituality, and Positive Psychology in Adulthood: A Developmental View." *Journal of Adult Development*, 17(4), 215-29.
21. Dueñas, María; Carmen Ramirez; Roque Arana and Inmaculada Failde. 2011. "Gender Differences and Determinants of Health Related Quality of Life in Coronary Patients: A Follow-up Study." *BMC cardiovascular disorders*, 11(1), 24.
22. F, Jany-Catrice. 2009. "The French Regions and Their Social Health. Social Indicators Research." 93(2)
23. Fitzpatrick, T.. 2001. "Welfare Theory: An Introduction. Basingstoke: Palgrave Macmillan." 32(1), 131.
24. Graham, Hilary. 2004. "Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings." *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-24.
25. KADKHODAE, FATEMEH and SHURESH LOTFI. 2015. "Measuring the Amount of Social Health of High School Students of Shiraz and Assessing Its Influencing Factor".
26. Keyes, Shapiro. 2004. "Mental Hygiene, New Jersey, Englewood Cliffs" 26-
27. M-L, Miringoff. 1999. "The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing",
28. M, FadaeiMehrabani. 2006. "Urbanization, Health and Social Media " *Quarterly Journal of Communication Research*, 49.
29. M, keyes. Corey Lee. 1998. "Social Well-Being." *Social Psychology Quarterly*, 61, 121-40.
30. MA, Akbari. 2003. "Government Planning in the Field of Social Security in Iran." *Social Security Research Institute: Tehran*, 2.

31. Marks, David F; Michael Murray; Brian Evans; Carla Willig; Catherine Marie Sykes and Cailine Woodall. 2005. *Health Psychology: Theory, Research and Practice* .Sage.
32. Motlagh.ME, OlyaeManesh A, Beheshtain M. 2009. "Health and Social Determinants".30-
33. Opdycke S, Miringoff M-L. 2008. "The Social Health of the States. Institute for Innovation in Social Policy." *Institute for Innovation in Social Policy*.
34. Organization ,32-World Health. 2010. ", Women and Primary HealthCare Renewal. Discussion Paper. Geneva: Who",
35. P, Allin. 2007. "Measuring Societal Wellbeing. Economic and Labour Market Review." 1(10).33-
36. Poursattar, Malihe And Iesa Hekmati. 2010a. "Prediction of Social Well-Being Based on Religious Beliefs among Female Students." 2(7), 27-40.
37. b. "Prediction of Social Well-Being Based on Religious Beliefs among Female Students".
38. Quadrado, Lucia and Enrique López-Bazo. 1996. "Macroeconomic Variables and Regional Welfare. An Application to the Spanish Regions".
39. Rastegar, Khadijeh; Fahimeh Haghghat; Hakimeh Zare And Kazem Hasanzadeh. 2015. "Examination of the Relation between Social Security and Social-Wellbeing with Supervision among Women Living in Shiraz".
40. Samiee, Mersedeh; Hasan Rafiee; Rarani Mostafa Amini And Mehdi Akbarian. 2011. "Social Health of Iran: From a Consensus-Based Definition to an Evidence-Based Index".
41. Seniori Costantini, Adele; Federica Gallo; Frank Pega; Rodolfo Saracci; Piret Veerus and Robert West. 2015. "Population Health and Status of Epidemiology in Western European, Balkan and Baltic Countries." *International journal of epidemiology*, 44(1), 300-23.
42. Sharbatiyan, Mohammad Hassan And Pouya Tavafi. 2015. "A Sociological Survey of Subjective Evaluation of Social Health Indicators in the Youth (Case Study: Youth of Ghaen City in South Khorasan)".(
43. Smith, Kirsten P and Nicholas A Christakis. 2008. "Social Networks and Health." *Annu. Rev. Sociol*, 34, 405-29.
44. Taekema, Diana G; Jacobijn Gussekloo ;41-Andrea B Maier; Rudi GJ Westendorp and Anton JM de Craen. 2010. "Handgrip Strength as a Predictor of Functional, Psychological and Social Health. A Prospective Population-Based Study among the Oldest Old." *Age and ageing*, 39(3), 331-37.
45. Vonneilich, Nico ;42-Karl-Heinz Jöckel; Raimund Erbel; Jens Klein; Nico Dragano; Simone Weyers; Susanne Moebus; Johannes Siegrist and Olaf von dem Knesebeck. 2011. "Does Socioeconomic Status Affect the Association of Social Relationships and Health? A Moderator Analysis." *International journal for equity in health*, 10(1), 43.
46. Waterman, Alan S. 1993. "Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment." *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-91.
47. Welfare, Industrial Management:Social and Department. 1974. "1 St Edition, Industrial Management ",who. 2011. "Social Determinants of Health ",45-
48. Yahyazadeh H, Ramezani M. 2013. "The Study of the Social Health Rate and the Social Factors Effective on It: A Case Study of Women Heading Households in Qurveh. Social Development & Welfare Planing." 101.
49. Zamankhani, Fariba; Kambiz Abachizadeh; Sohiala Omidnia; Alireza Abadi and Mohammad Ali Hiedarnia. 2016. "Social Health Situation Analysis of All Provinces of Islamic Republic of Iran." *Salāmat-i ijtimāi*, 3(3), 181-89.