SOCIAL HEALTH OF WORKERS

Factors Influencing the Social Health of Employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran

Seyede Maryam Haery
MA in Cultural Management and MPH in Social Determinants of Health, Ministry of health

Hadi Tehrani
*Assistant Professor in Health Education & Health Promotion, Health Sciences Research Center, Dept. of Health Education & health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences (MUMS), Mashhad, Iran(Corresponding author) tehranih@mums.ac.ir

Alireza Olyaeimanesh
Assistant Professor, Social Development and Health Promotion Center. Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran

Saharnaz Nedjat
Associate Professor, Dept. of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, TUMS, Tehran, Iran

Received: 02 February 2015
Accepted: 14 July 2015

ABSTRACT

Background and objective: Indeed the development of health promotion programs in the community would result in ineffective solutions if social and cultural backgrounds are not considered. Therefore, this study was conducted to assess the level of social health and factors influencing the staff employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran.

Methods: The study was a descriptive- analytical one in which 257 employees of the Ministry of Health and Medical Education in Iran were selected by stratified random sampling. In order to measure the social health of the employees, Keyes social health questionnaire was used. This questionnaire measured five social health components- social cohesion, social prosperity, social acceptance, participation and social adaptation. The data analysis was conducted using Non-parametric correlation (c2) and Kendall's test by SPSS 20 with the significance level of 0.05.

Results: Most of the participants (51.7%) had medium social health, and 17.8% had low social health. There was a significant correlation between social health and gender, education and accommodations ($p < 0.05$); but no significant relationship was found between social health and age, marital and employment status.

Conclusion: Health system will have a good performance if the issues and needs of employees are considered in designing and managing it. The results of this study showed the importance of health education and health promotion intervention in the field of social health among staff, especially the staff of the Ministry of Health and Medical Education in Iran.

Paper Type: Research Article.
Keywords: .

▶ **Citation:** Haery M, Tehrani H, Olyaeimanesh AR., Nedjat S. Factors influencing the social health of employees of the ministry of health and medical education in Iran. *Iran J Health Educ Health Promot. Winter 2016;3*(4): 311-318 .

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

سلامت اجتماعی کارکنان

عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سیده مریم حائری
کارشناسی‌ارشد مدیریت امور فرهنگی و کارشناسی ارشد بهداشت عمومی (MPH) عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

هادی طهرانی
* استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)
tehranih@mums.ac.ir

علیرضا اولیایی‌منش
استادیار مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

سحرناز نجات
دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: مسلماً تدوین برنامه‌های ارتقای سلامت در جامعه، بدون توجه به زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی جامعه موردنظر به راهکارهای غیرکارآمد منجر می‌گردد. ازاین‌رو، مطالعه حاضر با هدف سنجش میزان سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در کارمندان شاغل در ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام‌شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۲۵۷ نفر از کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که به‌صورت طبقه‌ای نسبی انتخاب‌شده بودند موردبررسی قرار گرفتند. برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی (کییز) که پنج مؤلفه سلامت اجتماعی شامل انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت و انطباق اجتماعی موردسنجش قرار می‌دهد استفاده گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های این مطالعه به‌وسیله SPSS ۲۰ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای‌اسکوئر و کندال مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بیشترین افراد شرکت‌کننده (۵۱/۷٪) در پژوهش دارای سلامت اجتماعی متوسط بوده‌اند و ۱۷/۸٪ سلامت اجتماعی پایین داشته‌اند. همچنین نتایج نشان داد که بین سطوح سلامت اجتماعی و جنسیت، تحصیلات و محل سکونت رابطه معناداری وجود دارد ($p<0/05$) و بین گروه سنی، وضعیت تأهل و سمت شغلی با سطوح سلامت اجتماعی رابطه معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: نظام سلامت، زمانی کارایی مطلوب را خواهد داشت که در طراحی و مدیریت آن، موضوعات و نیازهای کارکنان آن نیز لحاظ گردد. نتایج این مطالعه اهمیت اجرای مداخلات آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در زمینه سلامت اجتماعی را در بین کارکنان به‌ویژه بین کارکنان ستادی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی روشن می‌سازد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، شاخص‌های سلامت اجتماعی، سلامت کارکنانف وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی.

استناد: حائری م، طهرانی مـ اولیایی‌منش ع. نجات س. عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. زمستان ۱۳۹۴؛۳ (۴): ۳۱۱- ۳۱۸.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

مقدمه

سلامت مفهومی چندبعدی است و سازمان جهانی بهداشت نیز به چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی آن اشاره کرده است. سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی یکی از ارکان تشکیل‌دهنده سلامت است. سلامت از مفاهیم بسیار پویایی است که روزبه‌روز بر دامنه و ابعاد آن افزوده می‌شود. ابعاد سلامت اثرات متقابل بر هم دارند؛ به‌عنوان‌مثال بعد اجتماعی سلامت اثرات پیشگیرانه بر روی دو بعد جسمی و روانی دارد. سلامت اجتماعی، ارزیابی شخص از نحوه عملکردش در اجتماع و نوع نگرش او نسبت به افراد دیگر جامعه است. بدون شک شیوه برخورد فرد با مسائل مربوط به خود، نوع نگرش او را نسبت به سایر افراد و گروه‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). گلد اسمیت سلامت اجتماعی را «ارزیابی رفتارهای معنادار مثبت و منفی فرد در ارتباط با دیگران» تعریف می‌نماید و آن را یکی از اساسی‌ترین شاخص‌های سلامت هر کشوری معرفی می‌کند؛ که به کارا بودن فرد در جامعه منجر می‌گردد (۲).

وضعیت سلامت تک‌تک افراد جامعه به روش‌های گوناگون بر سلامت دیگران و عواطف آن‌ها و همچنین شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی جامعه اثر می‌گذارد. ازاین‌رو، تأمین سلامت افراد جامعه هم تکلیف دولت است و هم وظیفه‌ای همگانی به شمار می‌آید. در حقیقت، زمانی فرد دارای سلامت اجتماعی است که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی ارتباط برقرا کند (۳). بُعد اجتماعیِ سلامت شامل سطوح مهارت‌های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به‌عنوان عضوی از جامعه بزرگ‌تر است. در سنجش سلامت اجتماعی، به نحوه ارتباط شخص در شبکه روابط اجتماعی توجه می‌شود (۴). اهمیت سلامت اجتماعی به حدی است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی با موفقیت بیشتری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند (۵).

موقعیت اقتصادی- اجتماعی رابطه روشنی با سلامت دارد. افرادی که در سطح پایینی از اجتماعی و اقتصادی قرار دارند، مواردی مانند میزان مرگ‌ومیر، دیابت، آسم و بیماری‌هایی ازاین‌دست بیشتر نمود پیدا می‌کند؛ زیرا رفتارهای مربوط به سبک زندگی این نوع افرادی به‌گونه‌ای است که ریسک سلامت را بالاتر می‌برد (۶). در برخی دیدگاه‌ها، سلامتیِ فرد به‌عنوان موضوعی مهم نتیجه شرایط اقتصادی اجتماعی مطرح شده است. افرادی که ازلحاظ اقتصادی و اجتماعی در شرایط بهتری قرار دارند، به دلیل توانایی و دسترسی بهتر در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گیرند و در مقابل، افراد متعلق به طبقات پایین جامعه از سلامتی نامطلوب رنج می‌برند. (۷).

از سوی دیگر، سلامت اجتماعی یکی از شاخص‌های مهم توسعه است. مفهوم سلامت اجتماعی دارای شاخص‌های متعددی است: انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی. کییز و شاپیرو[1] (۸) معتقدند که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت جسمی، عاطفی و روانی است و عملکرد اجتماعی افراد را نیز در برمی‌گیردآن‌ها مفهوم سلامت اجتماعی را به معنی ارزیابی فرد از عملکردش در برابر اجتماع بیان می‌کنند.

امروزه سلامت اجتماعی در کنار سلامت جسمی و روانی و معنوی، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت نقش و اهمیت گسترده‌ای یافته است. به‌طوری‌که عملکرد انسان در روابط اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیارهای ارزیابی سلامت فرد در سطح جامعه به شمار می‌رود. بی‌توجهی به جنبه اجتماعی سلامت در عصر ارتباطات، موجب افزایش آسیب‌پذیری افراد در ابعاد روانی و آسیب‌های اجتماعی می‌شود. ازاین‌رو، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد.

1. Keyes & Shapiro

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود. جامعه آماری آن، کارکنانِ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۳ بود. بر اساس جدول کوکران و با توجه به حجم مشخص جامعه آماری ستاد آن وزارتخانه و با احتساب خطای ۰/۰۵، حجم نمونه ۲۷۰ نفر محاسبه شد که به‌صورت طبقه‌ای نسبی انتخاب شدند. از بین ۲۰۷ نفر، ۱۳ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن داده‌ها حذف شدند و درنهایت داده‌های مربوط به ۲۵۷ پرسشنامه مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد سلامت اجتماعی کیز[1] استفاده گردید (۸). این پرسشنامه شامل ۳۲ سؤال است که پنج مؤلفه سلامت اجتماعی (انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت و انطباق اجتماعی) را موردسنجش قرار می‌دهد. شکوفایی اجتماعی، به معنی دانستن و اعتقاد داشتن به اینکه جامعه به شکل مثبتی در حال رشد اس. این مؤلفه هفت سؤال دارد. انسجام اجتماعی، به معنی احساس بخشی از جامعه بودن و فکر کردن به اینکه فرد به جامعه تعلق دارد، احساس حمایت شدن از طریق جامعه و سهم داشتن در آن است؛ این مؤلفه نیز هفت سؤال دارد. پذیرش اجتماعی، به معنی داشتن گرایش مثبت نسبت به افراد، تصدیق کردن دیگران و به‌طورکلی پذیرفتن افراد علی‌رغم برخی رفتار سردرگم کننده و پیچیده آن‌ها است؛ این مؤلفه شش سؤال دارد. مشارکت اجتماعی، یعنی احساسی که افراد چیزهای باارزشی برای ارائه به جامعه دارند و این تفکر که فعالیت‌های روزمره آن‌ها به‌وسیله جامعه ارزش‌دهی می‌شود؛ این مؤلفه نیز شش سؤال دارد. آخرین مؤلفه، یعنی انطباق اجتماعی به معنای اعتقاد به اینکه اجتماع قابل‌فهم، منطقی و قابل پیش‌بینی است، دانستن و علاقه‌مند بودن به جامعه و مفاهیم مربوط به آن است؛ این مؤلفه شامل شش سؤال است.

شربتیان (۹) در سال ۱۳۹۱، در بررسی پایایی و روایی پرسشنامه سلامت اجتماعی، بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، میزان آلفای کرونباخ در متغیر سلامت اجتماعی را برابر ۰/۹۰ به دست آورد. میزان آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده از پرسشنامه سلامت اجتماعی در سال ۱۳۹۱ توسط پورافکاری (۱۰) ، ۰/۸۷ بوده است. میزان روایی محتوایی و پایایی به‌دست‌آمده دلالت بر این دارد که این ابزار می‌تواند در بررسی‌های سلامت اجتماعی در جامعه هدف به‌طور مؤثر بکار گرفته شود.

ارائه معرفی‌نامه کتبی و کسب اجازه از مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌منظور انجام پژوهش، معرفی کردن خود به واحدهای پژوهش و تشریح اهداف و ماهیت پژوهش، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و دریافت رضایت‌نامه و رعایت کردن امانت‌داری و صداقت در بررسی متون و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها موارد اخلاق پژوهشی بودند که در این مطالعه رعایت گردید..

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از SPSS ۲۰ و با استفاده از روش آماری غیرپارامتریک آزمون کای‌اسکوئر و ضریب همبستگی گاما و کندال و در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌های پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که ۱۷/۸٪ از کارکنان ازنظر وضعیت سلامت اجتماعی در سطح پایین، ۵۱/۷٪ در سطح متوسط و ۳۰/۳٪ از کارکنان از این نظر در سطح بالا قرار داشتند. ازنظر مؤلفه‌های اجتماعی نیز میانگین نمره افراد موردمطالعه در مؤلفه شکوفایی اجتماعی ۱۵/۸۴، در مؤلفه انسجام اجتماعی ۱۹/۹۲، در مؤلفه پذیرش اجتماعی ۱۵/۲۱، در مؤلفه مشارکت اجتماعی ۲۱ و در مؤلفه انطباق اجتماعی ۱۸ /۳۳ بود. (جدول ۲).

1. Keyes

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد موردمطالعه

متغیرها		زن		مرد		جمع	
		تعداد	٪	تعداد	٪	تعدا	٪
محل سکونت	شخصی	۷۳	۶۳/۴	۴۲	۳۶/۵	۱۱۵	۴۴/۷
	غیرشخصی	۹۵	۶۶/۹	۴۷	۳۳	۱۴۲	۵۵/۲
وضعیت استخدام	پیمانی	۲۲	۶۱/۱	۱۴	۳۸	۳۶	۱۴/۰
	رسمی	۸۰	۶۶/۱	۴۱	۳۳/۸	۱۲۱	۴۷/۱
	قراردادی	۶۰	۶۶	۳۴	۳۴	۱۰۰	۳۸/۹
سمت شغلی	کارشناس	۱۳۸	۶۹	۶۲	۳۱	۲۰۰	۷۷/۸
	سرپرست واحد	۲۲	۵۱/۱	۲۱	۴۸/۸	۴۳	۱۶/۷
	خدماتی	۸	۵۷/۱	۶	۶/۷	۴۲/۸	۵/۵
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۱۸	۶۴/۲	۱۰	۳۵/۷	۲۸	۱۰/۸
	کاردانی	۲۴	۷۵	۸	۲۵	۳۲	۱۲/۵
	کارشناسی	۵۲	۶۱/۳	۳۴	۳۸/۶	۸۸	۳۴/۲
	کارشناسی ارشد	۵۸	۷۴/۳	۲۰	۲۵/۶	۷۸	۳۰/۳
	دکترا	۱۴	۴۵/۱	۱۷	۵۴/۸	۳۱	۱۲/۱
وضعیت تأهل	متأهل	۱۱۶	۶۴/۴	۶۴	۳۵/۵	۱۸۰	۷۰/۰
	مجرد	۵۲	۶۷/۵	۲۵	۳۲/۴	۷۷	۲۹/۹
گروه سنی (سال)	۲۹ و کمتر	۱۱	۵۷/۸	۸	۴۲/۱	۱۹	۷/۴
	۳۹-۳۰	۶۸	۶۵/۳	۳۶	۳۴/۶	۱۰۴	۴۰/۵
	۴۹-۴۰	۷۵	۶۵/۷	۳۹	۳۴/۲	۱۱۴	۴۴/۴
	+۵۰	۱۴	۷۰	۶	۶/۸	۳۰	۷/۷

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره مؤلفه‌های سلامت اجتماعی افراد موردمطالعه

سلامت اجتماعی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
شکوفایی اجتماعی	۷	۲۴	۱۵/۸۴	۳/۱۲
انسجام اجتماعی	۱۰	۳۰	۱۹/۹۲	۳/۵۱
پذیرش اجتماعی	۷	۲۶	۱۵/۲۱	۳/۲۲
مشارکت اجتماعی	۶	۳۰	۲۱/۰۰	۴/۶۶
انطباق اجتماعی	۶	۲۹	۱۸/۳۳	۲/۹۱
کل سلامت اجتماعی	۴۶	۱۱۲	۹۰/۳۰	۹/۰۴

بر اساس نتایج این پژوهش، بین سطح تحصیلات و سطوح سلامت اجتماعی رابطه معناداری مشاهده شد ($p < ۰/۰۵$)؛ به‌طوری‌که از مجموع ۳۱ نفر کارمندانی که دارای تحصیلات دکترا بودند، ۶/۴٪ دارای سلامت اجتماعی پایین، ۶۱/۲٪ دارای سلامت اجتماعی متوسط و ۳۲/۲٪ دارای سلامت اجتماعی بالا بوده‌اند. از بین کارمندانی دارای کارشناسی‌ارشد ۱۱/۵٪ دارای سطح سلامت اجتماعی پایین، ۵۱/۲٪ دارای سلامت اجتماعی متوسط و ۳۷/۱٪ دارای سلامت اجتماعی بالا بودند. از مجموع ۸۸ کارمندِ دارای تحصیلات کارشناسی، بیشترین افراد (۴۶/۵٪) دارای سلامت اجتماعی متوسط بودند. همچنین از ۳۲ کارمند دارای تحصیلات کاردانی نیز، بیشترین آن‌ها (۵۰٪) دارای سلامت اجتماعی متوسط و ۳۱/۲٪ دارای سلامت اجتماعی پایین بودند. درمجموع، در کلیه طبقات تحصیلی بیشترین افراد داری سلامت اجتماعی متوسط بودند (جدول ۳).

نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان داد که ارتباط معناداری بین

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

جدول ۳. ارتباط بین سطوح سلامت اجتماعی با متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد موردمطالعه

متغیرها		سلامت اجتماعی						نتیجه آزمون	
		پایین		متوسط		بالا		مقدار c، g	p value
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
جنسیت	زن	۲۸	۱۶/۶	۸۷	۵۱/۷	۵۳	۳۱/۵	۱/۴۶۱	p <۰/۰۵
	مرد	۱۸	۲۰/۲	۴۶	۵۱/۶	۲۵	۲۸		
گروه سنی (سال)	کمتر از ۲۹	۲	۱۰/۵	۱۳	۶۸/۴	۴	۲۱	-/۱۳۵	p =۰/۱۳
	۳۹-۳۰	۱۳	۱۲/۵	۵۵	۵۲/۸	۳۶	۳۴/۶		
	۴۹-۴۰	۲۵	۲۱/۹	۵۷	۵۰	۳۲	۲۸		
	+۵۰	۶	۳۰	۸	۴۰	۶	۳۰		
سطح تحصیلات	دکترا	۲	۶/۴	۱۹	۶۱/۲	۱۰	۳۲/۲	۱۵/۸۵	p <۰ /۰۵
	ارشد	۹	۱۱/۵	۴۰	۵۱/۲	۲۹	۳۷/۱		
	کارشناسی	۲۱	۲۳/۸	۴۱	۴۶/۵	۲۶	۲۹/۵		
	کاردانی	۶	۱۸/۷	۱۶	۵۰	۱۰	۳۱/۲		
	دیپلم	۸	۲۸/۵	۱۷	۶۰/۷	۳	۱۰/۷		
سمت شغلی	کارشناس	۳۹	۱۹/۵	۱۰۲	۵۱	۵۹	۲۹/۵	۷/۵۴۳	p = ۰/۱۲
	مدیر	۳	۶/۹	۲۷	۶۲/۷	۱۳	۳۰/۲		
	نیروی خدماتی	۴	۲۸/۵	۴	۲۸/۵	۶	۴۲/۸		
وضعیت سکونت	شخصی	۱۵	۱۳/۰۴	۵۳	۴۶	۴۷	۴۰/۸	۱۱/۶۲	p <۰/۰۵
	غیرشخصی	۳۱	۲۱/۸	۸۰	۵۶/۳	۳۱	۲۱/۸		
وضعیت تأهل	متأهل	۳۰	۱۶/۶	۱۰۲	۵۶/۶	۴۸	۲۶/۶	۹/۵۴	p =۰/۱۴
	فوت همسر	۱	۳۳/۳	۱	۳۳/۳	۱	۳۳/۳		
	جداشده	۱	۲۵	۰		۳	۷۵		
	مجرد	۱۴	۲۰	۳۰	۴۲/۸	۲۶	۳۷/۱		

سطوح سلامت اجتماعی با سمت شغلی و گروه سنی وجود ندارد؛ اما بین سطوح سلامت اجتماعی و نوع سکونت رابطه معناداری وجود داشت. (P<۰/۰۵). (جدول ۳).

همان‌طور که اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد از مجموع ۱۸۰ کارمند متأهل، ۱۶/۶٪ دارای سلامت اجتماعی پایین، ۵۶/۶٪ دارای سلامت اجتماعی متوسط و ۴۸٪ دارای سلامت اجتماعی بالا بودند. همچنین از ۳ نفر کارمندی که همسر آن‌ها فوت کرده بود، سلامت اجتماعی پایین، متوسط و بالا در هر یک ۳۳/۳٪ بوده است. نتایج آزمون کای‌اسکوئر نشان می‌دهد که در کارکنان وزارت بهداشت بین سطوح سلامت اجتماعی و وضعیت تأهل رابطه معناداری وجود ندارد.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت اجتماعی در کارکنان ستادی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که کارکنان این وزارتخانه ازنظر سلامت اجتماعی بیشتر در سطح متوسط قرار داشتند؛ که از این نظرنتایج این مطالعه با مطالعه پورافکاری (۱۰) که به‌منظور بررسی وضعیت سلامت اجتماعی در شهرستان پاوه انجام‌شده بود مشابهت داشت. همچنین نتایج نشان داد که بین سلامت اجتماعی و جنسیت کارمندان شاغل در وزارت بهداشت رابطه معناداری وجود دارد؛ به‌طوری‌که زنان از سلامت اجتماعی مناسب‌تری نسبت به مردان برخوردار بودند. این یافته با نتایج پژوهش یزدان‌پناه و

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

نیک‌ورز(۱۱) نیز مشابهت داشت و با نتیجه پژوهش پورافکاری (۱۰) متفاوت بود. شاید بتوان دلیل این نتیجه را به این موضوع نسبت داد که زنان، در کل، حمایت اجتماعی بهتری از مردان دارند و به نظرمی‌رسد بهتر بتوانند دوستان جدیدی بیابند و با وضعیت تغییریافته به نحو مثبت کنار بیاید. همچنین زنان به نحو معناداری در ابعاد تغذیه، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری در مقابل سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، رفتار بهتری از مردان دارند.

به‌طورکلی، جنسیت عامل تعیین‌کننده در سلامتی و بیماری است. قدرت کنترل متفاوت مردان و زنان بر عوامل اقتصادی و اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت، پایگاه متفاوت اجتمایع دو جنس و مقدار آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر بیماری‌ها از تفاوت‌های جنسیتی به شمار می‌آیند (۱۲).

همچنین نتایج حاکی از آن بود که گروه سنی ۳۰-۳۹ سال وضعیت سلامت اجتماعی مناسب‌تری داشتند؛ اما بین سلامت اجتماعی و گروه سنی رابطه معناداری وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعه فتحیو همکاران (۱۳) هم‌خوانی نداشت؛ اما با پژوهش یزدان‌پناه و نیک‌ورز (۱۱) و صالح و زاهدی‌اصل (۱۴) همسو بود.

ازنظر تحصیلی نیز، در هر یک از مقاطع تحصیلی اکثر افراد از سطح سلامت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند و بین سطوح سلامت اجتماعی و سطح تحصیلات رابطه معناداری وجود داشت. به‌طوری‌که افراد با تحصیلات عالی دکتری و کارشناسی‌ارشد از سلامت اجتماعی مناسب‌تری برخوردار بودند. نجف‌آبادی (۱۵) نیز در مطالعه خود بر روی زنان شهر اصفهان نشان داد که با افزایش تحصیلات سطح سلامت اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. با توجه به اینکه سواد و تحصیلات یکی از قوی‌ترین نشانگرهای وضعیت اقتصادی اجتماعی فرد به شمار می‌آید که بر سلامت اجتماعی تأثیرگذار است. دلیل ارتباط نزدیک تحصیلات با سلامت اجتماعی از سه مقوله شرایط اقتصادی و کاری، منابع روانی و اجتماعی، سبک‌های زندگی سالم و بهداشتی قابل‌بررسی است. در مقوله اول، افراد تحصیل‌کرده کمتر احتمال دارد بیکار بمانند و به‌احتمال‌زیاد در شغل‌های تمام‌وقت با درآمد بالا مشغول به کار می‌شوند. بر مبنای مقوله دوم، افراد تحصیل‌کرده از منابع روانی و اجتماعی متعددی مثل احساس خودکنترلی و حمایت اجتماعی بالا و همچنین منابع اقتصادی بهره‌مند می‌شوند. درنهایت، بر اساس مقوله سوم، تحصیل‌کرده‌ها سبک زندگی سالم‌تری دارند (۱۶).

از دیگر نتایج رابطه معنادار بین سطوح سلامت اجتماعی با محل زندگی رابطه معنادار بود. افرادی که محل سکونت شخص داشتند، از سلامت اجتماعی مناسب‌تری برخوردار بودند. همچنین افرادی که محل سکونتشان در مناطق با دسترسی راحت‌تر به مراکز و محل کار بود، از سلامت اجتماعی مناسب‌تری برخوردار بودند. به‌طورکلی، ارتباط قوی بین محله‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، وضعیت کیفی مسکن وی و سلامتش وجود داشت. از سوی دیگر، دسترسی به محلی برای سکونت نیز بر سلامت اثرگذار است. به‌عنوان‌مثال، افزایش قیمت خرید مسکن و نیز قیمت اجاره‌بهای آن باعث بروز مشکلات سلامت به‌ویژه در افراد کم‌درآمد می‌گردد (۱۷).

با توجه به اینکه اکثر افراد شرکت‌کننده در این مطالعه متأهل بودند، بین سطوح سلامت اجتماعی و وضعیت تأهل رابطه معناداری مشاهده نشد. این احتمال یکی از عواملی که وجود این رابطه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، ممکن است تعداد زیاد افراد متأهل در بین پاسخگویان باشد. بااین‌وجود، به نظر می‌رسد زندگی مشترک با برآوردن بسیاری از نیازها و ایجاد روحیه تعهد و ایجاد شبکه‌ای پایدار از روابط، موجب نگرش مثبت فرد نسبت به امور اجتماعی و درنتیجه افزایش میزان سلامت اجتماعی می‌شود (۱۸).

در اجرای این مطالعه، مشکلات و محدودیت‌هایی نیز وجود داشت. از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به بی‌حوصلگی و کاهش دقت مشارکت‌کنندگان هنگام پر کردن پرسشنامه‌ها و جلب اعتماد کارکنان در زمینه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه تنظیمی و از بین بردن حساسیت و مقاومت آنان در پاسخگویی پرسشنامه‌ها اشاره کرد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]

نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه اهمیت اجرای مداخلات آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در زمینه سلامت اجتماعی را در بین کارکنان به‌ویژه بین کارکنان ستادی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی روشن می‌سازد. ازاین‌روپیپف پیشنهاد می‌شود با استفاده از اسنادی، که در قالب سلامت اجتماعی در وزارت بهداشت تدوین‌شده و رویکرد سلامت‌محور دارند، در ابتدای امر مداخلات لازم جهت ارتقاء سلامت اجتماعی کارکنان صورت گیرد تا زمینه لازم جهت انجام وظایف ذاتی ایشان در اجتماع و به‌تبع آن انجام وظایف اصلی وزارت بهداشت در بخش سلامت به‌منظور بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی فراهم گردد. همچنین ضرورت دارد هر یک از واحدهای تابعه مرتبط با سلامت اجتماعی وظایف و تکالیف خود را ذیل یک شورای هماهنگی تعیین کنند. و تفاهم‌نامه همکاری درون بخشی در زمینه ارتقای سلامت اجتماعی منعقد گردیده و بر اجرای صحیح آن نظارت صورت گیرد تا بتوان با پایش مستمر، روند صعودی یا نزولی وضعیت سلامت اجتماعی کارکنان را ترسیم نمود.

سپاسگزاری

از کلیه افرادی که پژوهشگران را در این مطالعه یاری رسانند و تمامی کارکنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در تکمیل پرسشنامه همکاری لازم را به عمل آوردند قدردانی و تشکر می‌نمایم.

References:

1. Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? Bulletin of the World Health Organization. 2005;83(1):71-5.Abstract/FREE Full Text
2. Smith KP, Christakis NA. Social networks and health. Annu Rev Sociol. 2008;34:405-29.Abstract
3. House JS. Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. Journal of health and social behavior. 2002:125-42. Abstract/FREE Full Text
4. Brown SJ, Yelland JS, Sutherland GA, Baghurst PA, Robinson JS. Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. BMC public health. 2011;11(1):196.Abstract/FREE Full Text
5. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. Milbank Quarterly. 2004;82(1):101-24.Abstract
6. Einstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. The Milbank Quarterly. 1993:279-322.Abstract
7. Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M, et al. Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. PLoS Med. 2011;8(2):e1000419.Abstract/FREE Full Text
8. Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. How healthy are we. 2004:350-72.View Link
9. Sharbatian, M.H. The semantic component reflecting the link social health and the benefit of social health among the Mashhad payam noor student. Sociological Studies of Youth Journal. 2012; 2(5): 149-174.Abstract/FREE Full Text
10. Pourafkari. N. The examination of factor affecting on social health' students in Paveh city.iau- shoshtar. 2011; 6(18): 41-60.View Link
11. Yazdanpanah L, Nikvarz T. Relationship between Social Factors and Social Health among Students of Shahid Bahonar University of Kerman. Journal of Applied Sociology. 2015; 9(3):19-22. Abstract/FREE Full Text
12. Dueñas M, Ramirez C, Arana R, Failde I. Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. BMC cardiovascular disorders. 2011;11(1):24.Abstract/FREE Full Text
13. Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors Contributing to Social Health among Teachers of Maraghe City. Social Welfare. 2013;12(47):225-43.Abstract/FREE Full Text
14. Saleh S., Zahedi Asl M. Correlation of Social Support with Social Health of Psychiatry Veterans Wives. Iranian Journal of War and Public Health. 2014;6(5):201-6.Abstract/FREE Full Text
16. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. Annual review of public health. 2011;32(1):381-98.View Link
17. Thomson H, Petticrew M, Morrison D. Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. Bmj. 2001;323(7306):187-90.View Link
18. Chang H-C, Wallace SP. Migration processes and self-rated health among marriage migrants in South Korea. Ethnicity & health. 2016;21(1):1-19.View Link

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-23]