نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
سال چهارم، شماره دوم، تابستان ۹۹، صفحات ۱۲۳ تا ۱۳۰

مطالعه مروری تشریحی

پیش‌درآمدی بر واژه‌شناسی مسائل اجتماعی و مصادیق آن در نظام سلامت

خاطره خانجانخانی[۱]، محمدمهدی کیانی[۱]، عفت محمدی[۲]، علیرضا اولیایی‌منش[۳*]، امیرحسین تکیان[۴*]

چکیده

زمینه و هدف: توجه به مقوله مساله اجتماعی از دیرباز مورد توجه همه جوامع بشری بوده و هست. اما به این نکته توجه نشده است که هر یک از خرده نظام‌های نظام کلان اجتماعی می‌توانند خود ایجادکننده مسائل اجتماعی باشند. این مطالعه با هدف پیش‌درآمدی بر واژه‌شناسی مسائل اجتماعی و مصادیق آن در نظام سلامت انجام شد.

روش: این مطالعه، مروری تشریحی بود که در بازه سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ انجام شد. جهت جستجوی مقالات، کلیدواژه‌های مرتبط به زبان فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های اطلاعاتی مورد بررسی قرار گرفت و پس از اعمال معیارهای ورود و خروج مقالات، ۵۸ مقاله به پژوهش وارد شد.

یافته‌ها: هنوز تعریف مشخص و واحدی برای پدیده مسئله اجتماعی نظام سلامت به عنوان یک خرده نظام از نظام کلان اجتماعی وجود ندارد. برخی مطالعات به بیان تأثیر مسائل اجتماعی بر سلامت افراد پرداخته‌اند. در نهایت با اتکا به تعریف مسائل اجتماعی در نظام سلامت، مصادیق تعارض منافع، عدم شفافیت، تقاضای القایی، فساد و مخاطرات اخلاقی توسط پژوهشگران به عنوان مسائل اجتماعی نظام سلامت برشمرده شدند.

نتیجه‌گیری: نظام سلامت به عنوان یک خرده نظام اجتماعی با اتخاذ سیاست‌های نادرست و یا اجرای نادرست سیاست‌ها، خود می‌تواند باعث ایجاد مسائل اجتماعی شود و تحقق عدالت در سلامت را با چالش‌های قدرتمند مواجه نماید. با شناخت مسائل اجتماعی در خرده نظام‌های اجتماعی و مدیریت آن‌ها، می‌توان انتظار داشت نشاط، سلامت و سرمایه و در نهایت رفاه اجتماعی جامعه افزایش یابد و حرکت هدفمند به سوی عدالت، شدنی و امکان‌پذیر گردد.

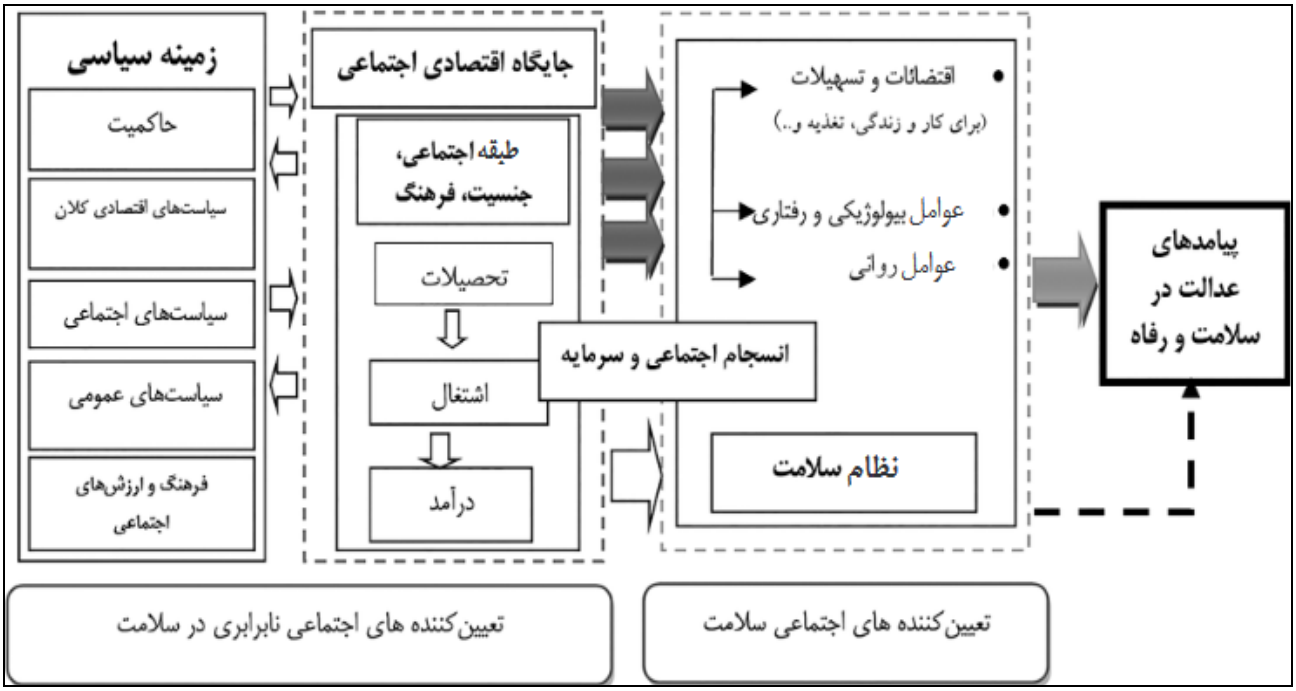
کلید واژه‌ها: ارائه مراقبت‌های بهداشتی، عدالت اجتماعی، مشکلات اجتماعی

مقدمه

سلامت، عنصر کلیدی داشتن یک جامعه سالم، تندرست و شاد به‌شمار می‌رود که می‌تواند موجب افزایش مشارکت اقتصادی و بهبود بهره‌وری شود. اصولا افراد در جوامع سالم دارای عمری طولانی‌تر هستند، مولدترند و بیشتر پس‌انداز می‌کنند. عوامل پرشماری بر ارتقای سلامت اثر می‌گذارند که شامل تأثیرات مثبت و منفی هستند. بیرونی‌ترین عواملی که از طریق گسترش بی عدالتی بر سلامت افراد یک جامعه اثر می گذارند، سیاست‌های کلان بالادستی شامل سیاست‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در هر جامعه است. این سیاست‌ها، به نوبه خود شرایط زندگی اجتماعی افراد یک جامعه ازجمله شغل، شرایط کاری، شرایط زندگی، مسکن، غذا و کشاورزی و آموزش و ... را تحت تأثیر قرار داده و شکل می‌دهند. هنجارها و فرهنگ عمومی مردم و سیاست‌های فرهنگی نیز شبکه‌های اجتماعی یک جامعه و به نحوی انسجام اجتماعی جوامع را شکل می‌دهند. مجموع این عوامل بالا دستی بر سبک زندگی فرد و در نهایت بر سلامت فرد مؤثرند. ناگفته پیداست سیاست‌ها و نظام‌های ناعادلانه جهانی در بیرونی‌ترین لایه بر سلامت آدمیان اثر می‌گذارند، چرا که بسیاری از سیاست‌های داخلی کشورها از نظام‌های ناعادلانه بین‌المللی مانند جنگ‌ها و تحریم و ... تأثیر می‌پذیرند (۱) (شکل ۱). هرچند عواملی نظیر ویژگی‌های ژنتیکی یا فرایندهای بیولوژی به‌طور تقریب ثابت هستند، اما برخی دیگر همچون شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد نسبتا متغیرند (۲). به عنوان مثال، ساخت

۱. گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. * نویسنده مسئول: مؤسسه ملی تحقیقات نظام سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. * نویسنده مسئول: گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]



شکل ۱- **عوامل اجتماعی – اقتصادی تعیین‌کننده سلامت**

جاده‌ها و ناوگان حمل و نقل عمومی می‌تواند دسترسی به مراکز ارائه خدمات سلامت را بهبود بخشد و یا کنترل نرخ تورم نیز می‌تواند مخارج بخش سلامت را کنترل نماید (۳). بنابراین می‌توان گفت تمامی خرده‌نظام‌های[1] نظام اجتماعی با توجه به تأثیری که بر سلامت شهروندان دارند، در قبال نظام سلامت وظایفی دارند و باید نسبت به پیامد فعالیت‌هایشان بر سلامت، آگاه و پاسخگو باشند.

اگر هر یک از این خرده نظام‌ها نتوانند وظایف خود را به درستی انجام دهند، آنگاه باید منتظر رخداد مسائل اجتماعی[2] بود. ماهیت مسائل اجتماعی، فرابخشی است و هر بخش متناسب با کارکردهای خود می‌تواند انواعی از مسائل اجتماعی ایجاد کند. این مهم در مورد نظام سلامت نیز صادق است. در برخی موارد، سیاست‌ها و اقداماتی که در نظام سلامت اجرا می‌شوند، می‌توانند مسائلی را ایجاد کنند که نه تنها گریبان‌گیر نظام سلامت می‌شود، بلکه می‌تواند گروه‌های مختلف جوامع را نیز درگیر نماید. با توجه به اینکه امور اجتماعی ممکن است از دیدگاه برخی افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها، مسئله اجتماعی قلمداد شوند، نمی‌توان تعریفی مطلق و فراگیر درباره مسائل اجتماعی ارائه کرد. بنابراین برای معرفی مصادیق مسائل اجتماعی توجه به زمان، مکان، نظام اجتماعی، موقعیت و حتی یک وضعیت خاص امری مهم و غیرقابل اجتناب است.

همانطور که پیشتر نیز اشاره شد، عوامل زیادی در بروز مسائل اجتماعی دخالت دارند. اما اگر از منظر کارکرد گرایانه به جامعه بنگریم به نظر می‌رسد مسائل اجتماعی در نهایت ناشی از کج کارکردی‌های[3] خرده‌نظام‌های اجتماعی[4] است. مفهوم خرده‌نظام اجتماعی یکی از مفاهیم و نظریات مهم جامعه‌شناسی است که به‌طور خاص در نظریه تالکوت پارسونز می‌توان به بررسی آن پرداخت (۴). از منظر پارسونز، نظام اجتماعی یک الگوی تعاملی است که به دلیل وجود نقش‌ها، پایگاه‌ها، انتظارات و هنجارهای اجتماعی در عرصه‌های مختلفی نظیر خانواده، حزب، بازار، دانشگاه، و ... به وجود آمده است (۵). اگر این نظام اجتماعی را مانند یک موجود زنده در نظر بگیریم، برای حفظ بقای آن لاجرم می‌بایست به تمامی نیازهای آن پاسخ داده شود. برای پاسخ به این نیازها اجزایی وجود دارند که همان خرده نظام‌های اجتماعی هستند (۶). اگر هر یک از این خرده نظام‌ها دچار کج‌کارکردی شوند، می‌توانند برای نظام کلان اجتماعی مشکل آفرین باشند. این مهم درخصوص نظام سلامت نیز صدق می‌کند. به بیان دیگر خرده نظام اجتماعی نظام سلامت می‌توانند در بروز مسائل اجتماعی دخالت داشته باشند.

مطالعات حوزه مسئله‌شناسی مسائل اجتماعی به‌طور عمومی بر خرده نظام‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی تأکید کرده‌اند. اما اینکه هر یک از خرده نظام‌های درونی این نظام‌ها می‌توانند چه نقشی در بروز مسائل اجتماعی داشته باشند کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در این

1. Subsystem
2. Social problems
3. Malfunctions
4. Social subsystems

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

میان نظام سلامت به عنوان یکی از خرده نظام‌های اجتماعی در بروز مسئله‌های اجتماعی مؤثر واقع شده است. از سوی دیگر، مطالعات نظام سلامت بیشتر به دنبال این موضوع هستند که مسائل اجتماعی چه تأثیری بر سلامت مردم دارند و کمتر به بررسی مفاهیم مطرح شده در این حوزه پرداخته‌اند؛ بنابراین مطالعه حاضر در همین راستا و با هدف روشن شدن معنا و مفهوم مسائل اجتماعی از یک طرف و پیدا کردن مصادیق آن در نظام سلامت انجام شده است.

روش

این مطالعه، یک مطالعه مروری تشریحی[1] بود که با مرور مطالعات در بازه زمانی ۲۰۰۰تا ۲۰۱۹ انجام شد. گردآوری داده‌ها از طریق مراجعه به پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی (شامل مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، مگیران، سیویلیکا و نورمگز) و انگلیسی (شامل PubMed ، Science Direct، Scopus) انجام شد. این مطالعه با هدف پاسخ‌دهی به دو پرسش کلان زیر صورت گرفت:

۱. تعریف دقیق مسئله اجتماعی در نظام سلامت چیست؟
۲. مصادیق مسائل اجتماعی در نظام سلامت کدامند؟

برهمین‌اساس، برای دستیابی به اهداف کلان پژوهش کلیدواژه‌های آسیب‌های اجتماعی، مسائل اجتماعی، انحرافات اجتماعی، آسیب‌شناسی اجتماعی، مشکلات اجتماعی، چالش‌های نظام سلامت، نظام سلامت و ترکیب آن‌ها بایکدیگر به زبان فارسی و کلیدواژه‌های Social Injuries، Social Issues، Social Deviations، Social Pathology، social harm، Social Problems، Health System Challenges، Health System و ترکیب آن‌ها بایکدیگر به زبان انگلیسی و نیز استفاده از عملگرهای AND و OR انجام شد. برای اطمینان ازدسترسی به مطالعات اصلی موجود، جستجوی دستی در مجلات معتبر مربوط به حیطه مسائل اجتماعی و نظام سلامت نیز انجام شد. همچنین تمامی مصاحبه‌ها و گفتگوهای سیاستی در همایش‌هایی که با محوریت مسائل اجتماعی در ایران انجام شده‌اند، نیز مورد بررسی قرار گرفت. انواع مقالات تحت بررسی شامل مقالات اصیل، گزارش‌ها، مقالات مروری و نامه به سردبیر بودند. معیار ورود به پژوهش مقالاتی بودند که واژه‌شناسی مسائل اجتماعی و یا مصادیق این پدیده را مورد بررسی قرار داده بودند. معیار خروج از پژوهش نیز مطالعاتی بودند که پیش از سال ۲۰۰۰ میلادی به چاپ رسیده بودند. در مجموع ۱۰۶۵ مقاله استخراج شد که در نهایت پس از حذف موارد تکراری و خارج از معیارهای ورود، ۵۸ مقاله به‌طور کامل مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

واژه‌یابی مسئله اجتماعی در نظام سلامت

درباره اینکه چه پدیده‌ای را می‌توان به عنوان مسئله اجتماعی مدنظر قرار داد تعاریف مختلفی وجود دارد. به طور کلی با مراجعه به تعاریف درمی‌یابیم که این پدیده با ترکیبی از معیارهای ذهنی و عینی تعریف می‌شود. این معیارها ممکن است در جوامع، جغرافیا و حتی زمان‌های مختلف متفاوت باشد (۷, ۸). بنابراین می‌توان انتظار داشت دستیابی به یک تعریف مشترک کمی مشکل باشد.

از منظر جامعه‌شناسان، برای تعریف مسائل اجتماعی باید مواردی نظیر قانونمند بودن، منشا اجتماعی داشتن، داشتن موقعیت (شرایط) غیرمطلوب، قضاوت اکثریت مردم مبنی بر مسئله بودن آن، متغیر و نسبی بودن، مشکل‌زا، شایع و قابل تغییر بودن مسئله اجتماعی، بعد کیفی و ربط ارزشی داشتن و واقعی بودن را به عنوان معیار اصلی تعریف این پدیده مدنظر قرار داد (۹).

عبداللهی، مسئله اجتماعی را «هر نوع عمل فردی یا جمعی که در چارچوب اصول اخلاقی و قواعد عمل جمعی رسمی و غیررسمی جامعه محل فعالیت قرار نمی‌گیرد و در نتیجه با قانون یا قبح اخلاقی و اجتماعی روبرو می‌شود» تعریف می‌کند. مطابق با این تعریف، جریان‌های کج‌رو سعی دارند کجروی‌های خود را از دید اخلاق عمومی، ناظر قانون و نظم اجتماعی پنهان کنند؛ غیر این صورت تکفیر اخلاقی، پیگرد قانونی، و طرد اجتماعی منتظر آن‌هاست (۱۰). ایتزن و باکازین مسائل اجتماعی را شرایط، واقعیت‌ها و رخدادهایی می‌دانند که باعث رنج روانی و مادی برای بخشی از جامعه می‌شود و ویژگی کلیدی این رخدادها و شرایط آن است که به هنجارها و ارزش‌های جامعه بی‌تفاوت هستند (۱۱). در دایره‌المعارف علوم اجتماعی آمده است: «هر پدیده نامطلوب و مضر در سلامت جامعه (نظیر جنایت، جرم و ارتشا) را مسائل اجتماعی می‌نامند» (۱۲). مسئله اجتماعی براساس تعریف ساروخانی به هر رفتاری گفته می‌شود که «برخلاف هنجارها و فرم‌های اجتماعی از فرد سر زده و کارکرد وی را مختل کرده و به تبع آن کارکرد خانواده و جامعه را تحت شعاع قرار می‌دهد» (۱۳). در تعریف دیگر، مسئله اجتماعی هر نوع عمل فردی یا جمعی است که در چارچوب اصول اخلاقی و قواعد عام عمل جمعی رسمی یا غیررسمی جامعه نیست و در نتیجه با منع قانونی و یا قبح اخلاقی و اجتماعی رو به رو می‌شود (۱۴). در واژگان مش[2]، مسائل اجتماعی وضعیت‌هایی گفته می‌شود که بر تعداد قابل توجهی از مردم تأثیر می‌گذارند و به نظر می‌رسد منابع دشواری هستند که ثبات جامعه را تهدید می‌کنند و نیاز به برنامه‌هایی برای بهبود دارند (۱۵). بارکن در کتاب

1. Narriative Review
2. Medical Subject Heading (MeSH)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

خود می‌نویسد: «یک مشکل اجتماعی، هرگونه شرایط یا رفتاری است که عواقب منفی برای تعداد زیادی از مردم به دنبال دارد و به‌طورکلی به‌عنوان یک وضعیت یا رفتار باید مورد توجه قرار گیرد» (۱۶). کرنبلوم و جولین در کتاب خود با عنوان «مسائل اجتماعی» اشاره کرده‌اند که زمانی که افراد کافی در یک جامعه بر این باورند که شرایطی وجود دارد که کیفیت زندگی آن‌ها و ارزش‌های ارزشمند آن‌ها را تهدید می‌کند و باید برای مقابله با این وضعیت باید کاری انجام شود، با یک مسئله اجتماعی روبه‌رو هستیم. از نظر آن‌ها جرم و جنایت، فقر، فقدان مراقبت‌های پزشکی، خشونت، سوءمصرف مواد، و بسیاری از رفتارهای دیگر یا شرایطی که ما معمولا به عنوان مشکلات اجتماعی به طور انفرادی در نظر می‌گیریم، از مصادیق مسئله اجتماعی است (۱۷).

نتایج جستجو در خصوص واژه‌شناسی پدیده مسئله اجتماعی در نظام سلامت نشان داد که به‌طور ظاهری تعریف اختصاصی برای این پدیده در نظام سلامت بیان نشده است. بر این اساس در این پژوهش «مواردی که در نظام سلامت با هنجارهای اجتماعی این نظام فاصله و قبح اخلاقی دارند، بر جامعه تأثیر می گذارند و بعضا با مسائل عام نیز در ارتباط هستند، در زمره مسائل اجتماعی نظام سلامت برشمرده می‌شوند».

مصادیق مسئله اجتماعی نظام سلامت

با توجه به نتایج جستجو با هدف شناسایی مصادیق مسئله اجتماعی نظام سلامت، به نظر می‌رسد تاکنون مطالعه‌ای در خصوص این پدیده در این حوزه انجام نشده است. با این حال، برخی مطالعات انجام شده در خصوص مسائل اجتماعی سایر خرده نظام‌ها به بررسی نتایج این مسائل بر سلامت مردم پرداخته‌اند. برای نمونه، موری و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی باعنوان «بیکاری محلی، سلامت افراد و خروج نیروی کار: مطالعه‌ای طولی» تأثیرات بیکاری و خروج نیروی کار را روی سلامت بررسی کردند. در این پژوهش اطلاعات ۹۸۷۵۶ فرد ۴۰ تا ۶۹ ساله در فاصله زمانی ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۱ بررسی شد. نتایج این پژوهش نشان داد که نرخ‌های بیکاری محلی نسبت به سال‌های اولیه مطالعه بالاتر رفته است و وضعیت سلامت گزارش شده توسط خود افراد در سال ۲۰۱۱ (۱۰ سال بعد از آغاز پژوهش) با میزان بیکاری، بازنشسته بودن و سایر متغیرهای اجتماعی اقتصادی ارتباط مستقیم داشت (۱۸). مطالعه مشابه دیگری که توسط کوئن‌لن و همکاران (۲۰۱۶) بر روی فقر و کیفیت زندگی مردم هنگ‌کنگ انجام شد، نشان داد سلامت عمومی، نشاط و خلاصه نمرات عناصر فیزیکی افراد ساکن در خانوارهای دارای درآمد پایین به شکل معناداری از گروه مقایسه پایین‌تر بود. در این مطالعه مقطعی ۲۹۸ بزرگسال از خانوارهای دارای درآمد پایین پس از ثبت‌نام در مطالعه‌ای کوهورت در فاصله زمانی ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۴ بررسی شد و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با استفاده از ۱۲ حوزه استخراجی مورد مطالعه قرار گرفت (۱۹). بروگس و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی باعنوان «تأثیر مصرف الکل بر مردم آفریقا در سال ۲۰۱۲: تحلیل بار بیماری‌ها» تأثیر مصرف الکل را بر مرگ‌ومیرها و ناتوانی در آفریقا بررسی کردند. برای تخمین تأثیر، از پایگاه داده‌ای سازمان جهانی سلامت در مورد داده‌های پیامدی و گزارش وضعیت مصرف الکل، سلامت برای تعیین خطرات وابسته در سال ۲۰۱۴ و پیش‌بینی‌های کیفی در مورد مواجهه‌های آتی با الکل و مسائل استفاده شد. تأثیر کلی مصرف الکل بر بار بیماری‌ها و مرگ‌ومیر بالا است اما بیماری‌های مرتبط با الکل، زمانی‌که بروز ایدز نیز در نظر گرفته می‌شود بالاتر است. پیش‌بینی شده است که مصرف الکل در سال‌های بعدی افزایش می‌یابد و در نتیجه مشکلات ناشی از آن نیز افزایش خواهد یافت (۲۰).

همانطور که پیشتر نیز اشاره شد، کمتر پژوهشی به بررسی مسائل اجتماعی در حوزه خاص مانند نظام سلامت به عنوان یک خرده نظام که خود می‌تواند مسئله اجتماعی ایجاد کند و یا به عنوان بستر تشدید رخداد مسائل اجتماعی عمل کند، پرداخته است. بر این اساس، با توجه به تعریف مسئله اجتماعی نظام سلامت (مواردی که در نظام سلامت اتفاق می‌افتد، با هنجارهای اجتماعی فاصله و قبح اخلاقی داشته، بر جامعه تأثیر دارد و در بعضی شرایط با مسائل عام نیز در ارتباط هستند)، مسائلی از قبیل تعارض منافع، تقاضای القایی، عدم شفافیت، فساد و مخاطرات اخلاقی از مصادیق مسائل اجتماعی نظام سلامت محسوب می‌شوند. در ادامه به تعریف این مفاهیم و بررسی مطالعاتی که درخصوص این مصادیق انجام شده است، می‌پردازیم.

تعارض منافع[1]: تعارض منافع موضوعی است که به‌طور عینی اتفاق می‌افتد. تعارض منافع یا تعارض علایق به وضعیتی اطلاق می‌شود که شخص یا اشخاصی از یک طرف در مقام و مسئولیت مورد اعتماد دیگران قرار می‌گیرند و از طرف دیگر خود دارای منافع شخصی یا گروهی مجزا و در تقابل و تعارض با مسئولیت مورد نظر هستند (۲۱). ناهماهنگی و تفاوت در اهداف، تداخل در وظایف و اختیارات، نامشخص بودن مسیر و روند ارزشیابی عملکرد، ناهماهنگی در نظام پاداش و کیفر، وجود روابط مالی غیرشفاف بین ارائه دهندگان خدمات سلامت و بخش خصوصی و صنعت همه از علل بروز تعارض منافع در نظام سلامت هستند (۲۱). عمده پژوهش‌های انجام شده در حوزه تعارض منافع به بررسی روابط بین پزشک و بیمار، هدایا، روابط بین پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمت، سهم‌خواری[2]، خودارجاعی[3]، دریافت هدیه[4] از شرکت‌های داروسازی و...

1. Conflict of Interest
2. Fee splitting
3. Self-referral
4. Gift

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

پرداخته است(۲۲-۲۴). در این میان، برخی پژوهش‌ها نیز به بررسی مصادیق تعارض منافع در حاکمیت و تولیت نظام سلامت مانند تعارض منافع در تدوین دستورالعمل‌های بالینی[1] (۲۵, ۲۶)، نقض‌های قانونی موجود در مدیریت تعارض منافع و افشای آن (۲۷) اشاره کرده‌اندکه هر کدام می‌توانند به طور مستقیم یا غیر مستقیم برای عموم مردم و مراجعان به نظام سلامت مشکل آفرین بوده و به عنوان مسئله اجتماعی نظام سلامت شناخته می‌شوند.

عدم شفافیت[2]: به دلیل وجود مشکلات کلان و بنیادین در نظام‌های سلامت همچون فساد[3]، زیرمیزی[4] و رشوه[5]، عدم مسئولیت‌پذیری[6] تیم درمانی، عدم پاسخگویی[7] تیم درمانی، عدم کارایی[8] و همچنین عدم مشارکت مردم[9] در تأمین سلامت عمومی جامعه، کشورها به فکر استفاده از راه‌حل‌های مختلفی افتاده‌اند. یکی از جدیدترین، کم هزینه‌ترین و کارآمدترین راه‌حل‌ها، ایجاد شفافیت[10] در بخش سلامت است. بلور و کافمن، مفهوم شفافیت را جریان اطلاعات قابل اتکا و به هنگام اقتصادی، اجتماعی و سیاسی که برای همه ذی‌نفعان مرتبط در دسترس باشد، تعریف کرده‌اند (۲۸). کشورهای مختلف اقداماتی را درخصوص ایجاد شفافیت در نظام سلامت انجام داده‌اند. برای نمونه وزارت بهداشت آرژانتین با طراحی یک نظام پایش قیمت این امکان را فراهم کرد تا قیمت خرید داروها در ۳۳ بیمارستان قابل ردگیری باشد. در این سیستم تمامی بیمارستان‌ها می‌توانند به اطلاعات بیمارستان‌های دیگر دسترسی داشته باشند. این شفافیت منجر به کاهش قیمت‌های خرید دارو به میزان ۱۲ درصد شد و در مدت یک سال زیر قیمت پایه باقی ماند (۲۹). بدون فهم شفافیت، تصمیم‌گیری درهاله‌ای از ابهام انجام می‌شود و هر اقدام می‌تواند عواقب خطرناکی داشته باشد. می‌توان گفت عدم شفافیت در یک نظام اجتماعی می‌تواند نقطه شروع ایجاد فساد و به دنبال آن بسیاری از مسائل اجتماعی باشد.

تقاضای القایی[11]: تقاضای القایی به معنی ارائه یا فروش یک خدمت غیرضروری به مراجعان نظام سلامت است که معمولاً با اعمال قدرت از طرف ارائه‌کنندگان خدمت انجام می‌شود. انگیزه‌های اقتصادی، عوامل ساختاری، کنش‌های رفتاری در ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمت و از همه مهم‌تر عدم تقارن اطلاعات میان این دو گروه، در القای تقاضا مؤثر هستند(۳۰). مطالعات شین و روئمر (۳۱) و روئمر (۳۲) اولین پژوهش‌هایی هستند که در زمینه تقاضای القایی عرضه‌کننده انجام شده‌اند. در ادامه تجزیه وتحلیل‌های نظری دیگری در رابطه با تقاضای القایی موجود در بازار خدمات بهداشتی و درمانی توسط محققانی نظیر پناهی و همکاران (۳۳)، سکیموتو و ماساکو (۳۰)، یودا (۳۴) و نصیری و روچایکس (۳۵) انجام گرفت که قانون روئمر را تأیید می‌کنند. این مطالعات، با قطعیت وجود تقاضای القایی پزشکان را تأیید و بیان می‌کنند که در صورت وجود اطلاعات نامتقارن، پزشک قادر خواهد بود که ارزیابی بیمار از مراقبت‌های پزشکی را تحت تأثیر قراردهد. ورهرامی در مطالعه‌ای عنوان می‌کند افزایش یک درصدی در تعداد پزشکان منجر به ۱۲ درصد افزایش در تقاضا برای خدمات بیمارستانی و ۰/۰۱ درصد افزایش تقاضا برای خدمات سرپایی می‌شود و درنتیجه می‌توان تا حدودی به صحت وجود تقاضای القایی پزشک در ایران پی برد (۳۶).

فساد[12]: فساد، نقض قوانین موجود برای تأمین منافع و سود شخصی است. از فساد به‌طور غالب به عنوان یک بیماری شدید نام برده می‌شود، به‌طوری‌که تمام نهادهای موجود را تحلیل می‌برد و می‌تواند به فروپاشی نظام سیاسی حاکم بیانجامد. مطالعه تاریخ تمدن‌ها در دوران باستان نشان می‌دهد فساد قدمتی به اندازه تمدن دارد و تاکنون یکی از مسائل مبتلا به کشورهای جهان بوده است (۳۷). پدیده‌هایی مانند اختلاس، شوه و جعل جرایم جدیدی نیستند و به اندازه دولت‌ها قدمت دارند(۳۸). رابطه معکوسی بین استفاده درست از قدرت و قلمروگسترش فساد وجود دارد. اصولا و همواره زمانی که از قدرت به‌طور مطلوب استفاده شده، میزان فساد نیزکاهش یافته است. در گزارش سازمان شفافیت بین‌الملل در سال ۲۰۱۹ ایران با کسب ۲۶ امتیاز از مجموع ۱۰۰ امتیاز رتبه ۱۴۶ام از بین ۱۸۰ کشور را به دست آورده است. در این میان کشور نیوزیلند با کسب ۸۷ امتیاز رتبه اول و کشور سومالی با کسب ۹ امتیاز رتبه ۱۸۰ام را به‌دست آورده‌اند (۳۹).

مخاطرات اخلاقی[13]: مخاطرات اخلاقی وضعیتی است که در آن یکی از طرف‌های موافقت‌نامه (پس از انعقاد موافقت‌نامه) انگیزه عملکرد لازم به منظور ایجاد منفعت اضافی برای خوداز هزینه طرف دیگر دارد (۴۰). یافته‌های مطالعه‌ای در مورد برآورد تأثیر مخاطرات اخلاقی بر بهره‌مندی از خدمات درمانی در همه گروه‌های سلامتی تحت پوشش بیمه‌های سلامت ایران، نشان داد که مخاطره اخلاقی در مراجعه افراد به پزشک عمومی و متخصص وجود دارد؛ اما در تقاضای افراد برای تعداد دفعات عمل جراحی، مدت اقامت در بیمارستان و خدمات پزشک در منزل وجود ندارد (۴۱). پژوهش دیگری نشان داد فرضیه وجود مخاطرات اخلاقی در تمام انواع بیمه درمان در ایران مورد پذیرش قرار گرفته است (۴۲). مطالعه وجود مخاطرات اخلاقی در بیمه‌های درمان آمریکا نشان داد که مخاطرات اخلاقی در بیمه‌های کارگر و کارفرما، بیمه مشاغل آزاد، بیمه خصوصی و بیمه مراقبت از افراد سالمند وجود دارد (۴۳).

1. Clinical guidelines
2. Lack of Transparency
3. Corruption
4. Under the table
5. Bribe
6. Irresponsibility
7. Lack of accountability
8. Inefficiency
9. Lack of public participation
10. Transparency
11. Induced Demand
12. Corruption
13. Moral Hazards

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

با بررسی پژوهش‌های انجام شده در حوزه مسائل اجتماعی درمی‌یابیم عمده پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه بیشتر به مقوله مسائل اجتماعی عمومی پرداخته‌اند و پژوهشی که بررسی مسائل اجتماعی در یک حوزه خاص - مانند نظام سلامت - بپردازد کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن است که در زمینه مسائل اجتماعی توافق نظری وجود ندارد. متفکران و صاحب‌نظران، انواع متفاوتی از مسائل را مطرح کرده‌اند و از واژه‌های گوناگون برای تعریف مسائل اجتماعی استفاده کرده‌اند که دربرخی مطالعات نیز به آن‌ها پرداخته شده است. از منظر آلبرت کوهن نمی‌توان نمونه‌هایی از این انحرافات و کج‌روی‌ها را فهرست کرد و به‌طور دقیق رفتار خاصی را به عنوان انحراف مشخص کرد؛ چراکه هیچ رفتاری خود به خود انحراف نیست، بلکه زمانی به عنوان یک رفتار انحراف‌آمیز تلقی می‌شود که در مقایسه با هنجارهای جامعه متفاوت تعریف شود. از سوی دیگر، مسائل اجتماعی طیف گسترده‌ای داشته و شناسایی مصادیق آن‌ها با توجه به شرایط زمانی و مکانی و حتی موضوع مطالعه امکان‌پذیر است (۴۴). اگرچه بروز مسائل و ناهنجاری‌ها در جوامع مختلف تا حدودی طبیعی است، اما ذات زندگی اجتماعی بشر همواره با کمبودها، نارسایی‌ها و اختلالاتی مواجه است که بروز ناهنجاری‌ها را ناگزیر می‌سازد (۴۵). مسائل اجتماعی پدیده غیرفردی، واقعی، نسبی، قانونمند و قابل کنترل هستند که طرح و شناسایی علمی آن‌ها مستلزم وجود یک واحد اجتماعی مشخص و اندیشمند است که با تعامل گروهی می‌توان برای ارتقای آن اقدام کرد (۴۵).

از سوی دیگر، مسائل اجتماعی و رشد آن‌ها از یک عامل خاص تبعیت نمی‌کند. معمولاً چندین عامل باعث به وجود آمدن چندین مسئله می‌شود و از رابطه علت و معلولی پیچیده‌ای تبعیت می‌کنند. هرچند اکثر مشکلات اجتماعی، انواعی تکراری در طول نسل‌های مختلف هستند، اما چنان که مشاهده می‌شود برخی از این انواع در برخی نسل‌ها اهمیت بیشتری پیدا کرده است و حتی برخی از انواع این مسائل در نسل‌های بعدی زاده شده‌اند. بنابراین مسائل اجتماعی از فرهنگی به فرهنگ دیگر، از جامعه‌ای به جامعه‌ای دیگر و از نسلی به نسل دیگر تغییرپذیر و متفاوت است. در این پژوهش، با توجه به تعاریف موجود در مسائل اجتماعی مرتبط با نظام سلامت به عنوان مواردی که در نظام سلامت اتفاق می‌افتد، با هنجارهای اجتماعی فاصله و قبح اخلاقی داشته، بر جامعه تأثیر دارد و بعضا با مسائل عام نیز در ارتباط هستند، تعریف شد. با توجه به یافته‌های پژوهش برخی از مصادیق مسائل اجتماعی مرتبط با نظام سلامت شامل تعارض منافع، عدم شفافیت، فساد، مخاطرات اخلاقی، تقاضای القایی هستند.

از سوی دیگر، هریک از این مسائل اجتماعی مرتبط با نظام سلامت و مصادیق و زیر مجموعه‌های آن اعتماد مردم را خدشه‌دار می‌سازد که می‌تواند ثبات سیاسی و هنجارهای فرهنگی و ملی و اجتماعی را متزلزل کند و با تخریب رقابت منصفانه در بازار کار و تخصیص ناکارآمد منابع، مانع رشد اقتصادی شود. بنابراین اعتماد عمومی یکی از سرمایه‌های اجتماعی است که وحدت را در نظام‌های اجتماعی ایجاد و حفظ می‌کند و ارزش‌های مردم‌سالاری را پرورش می‌دهد. اعتماد عمومی به عنوان یکی از ارکان حاکمیت هر نظام سیاسی و مبنای مقبولیت آن، اتکال متقابل دولت و ملت را تحکیم می‌بخشد، حال آنکه وظیفه دولت مدیریت صحیح این اعتماد عمومی و افزایش میزان آن است. مسائل اجتماعی مرتبط با نظام سلامت هم چنین می تواند به بی عدالتی در نظام اجتماعی منجر شود که کرد بارز آن در نظام سلامت، بی عدالتی در دسترسی به خدمات در گروه‌های مختلف اقتصادی اجتماعی است که در نهایت آرمان اصلی نظام سلامت را با خطر جدی مواجه خواهد ساخت.

به‌طورخلاصه می‌توان موارد زیر را از پژوهش‌های مورد بررسی استنباط کرد:

۱. نوع مسئله اجتماعی با توجه به رفتار جامعه می‌تواند متفاوت باشد. به عبارت دیگر، با تغییر مختصات یک جامعه ، نوع مسائل اجتماعی آن نیز متفاوت می‌شود. بنابراین برخی موارد که ممکن است در یک جامعه مسئله اجتماعی شناخته شود، در جامعه دیگر در زمره مسائل اجتماعی محسوب نمی‌شود.

۲. عوامل ایجادکننده برخی مسائل اجتماعی، خود نیز مسئله اجتماعی هستند. برای نمونه یکی از دلایل اعتیاد، فقر است که فقر خود به نوعی می‌تواند مسئله اجتماعی باشد. بنابراین مسائل اجتماعی خود می‌توانند منجر به ایجاد سایر مسائل اجتماعی شوند.

۳. بسیاری از مسائل اجتماعی می‌توانند بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیرگذار باشند و در صورتی که مورد توجه قرار نگیرند اثرات جبران‌ناپذیری بر زندگی افراد خواهند داشت.

۴. کمتر پژوهشی به بررسی مسائل اجتماعی در حوزه خاص مانند نظام سلامت به عنوان یک خرده نظام، که خود می‌تواند مسئله اجتماعی ایجاد کند و یا به عنوان بستر تشدید رخداد مسائل اجتماعی عمل کند، پرداخته است. توجه به خرده‌نظام‌های اجتماعی در ایجاد مسائل اجتماعی امری مهم و ضروری است.

در پایان باید خاطر نشان کرد ارائه یک تعریف واحد از مسائل اجتماعی منجر به شناخت دقیق این پدیده در حوزه‌های مختلف خواهد شد. نظام سلامت به عنوان یک خرده نظام اجتماعی با اتخاذ سیاست‌های نادرست و یا اجرای نادرست سیاست‌ها می‌تواند باعث ایجاد مسائل اجتماعی شود و به دنبال آن مسائل اجتماعی دیگری را ایجاد کند و در نهایت هدف غایی نظام سلامت که همانا تحقق عدالت است را به مخاطره جدی بیفکند. با شناخت مسائل اجتماعی در خرده نظام‌های اجتماعی و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

مدیریت آن‌ها، می‌توان انتظار داشت نشـاط، سـلامت اجتمـاعی و نهایتـاً سرمایه اجتماعی و رفاه اجتماعی جامعه افزایش یابد و نظام سلامت نیز در راستای تحقق عدالت و توسعه پایدار گام بردارد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچگونه تعارض منـافعی در تـدوین ایـن مقاله ندارند.

Narrative Review

An Introductory Remark into the Terminology of Social Problems and the Health System

Khatere Khanjankhani[1], Mohammad Mehdi Kiani[1], Efat Mohamadi[2], Alireza Olyaeimanesh[3]*, Amirhossein Takian[4]*

Abstract

Background: Social problems have been in all human societies. However, there is little evidence to illustrate the impact of the health systems in causing social problems. This study aimed to conduct an exploration of social problems in the health system.

Methods: We conducted a narrative review from 2000 to 2019, using the related keywords in both Persian and English. Using the inclusion criteria a total of 58 articles were finally selected to be included in the research.

Results: There is still no clear and uniform definition of social problems in the health system. Some studies have shown the impact of social problems on health. Researchers listed examples of conflict of interest, lack of transparency, induced demand, corruption and hazards as social problem of the health system.

Conclusion: As a social subsystem, the health system itself can create social dilemmas, which can lead to a compromise in health equity. By recognizing social problems in social subsystems and planning to address them appropriately, the society can enhance social health and prosperity, which can result in greater social capital and social welfare and health equity.

Keywords: Delivary of Health Care, Social Justice, Social Problems

منابع

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
2. Currie C, et al. Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO; 2012.
3. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008; 372(9650): 1661-9.
4. Savage SP. The theories of Talcott Parsons: The social relations of action. London: Macmillan Press; 1981.
5. Mohammadi Asl A. Sociological Theories. Tehran: Sociologists; 2009. [In Persian]
6. Hamilton P. Talcott Parsons. Translated by A. Tadayon. Tehran: Hermes; 2000. [In Persian]
7. Mousavi MS, Maleki S, Taherian S. A Conceptual Reflection on the Social Problems. The Second National Conference on Social Injuries. October 9th 2019; Ardabil: University of Mohaghegh Ardabili; 2019. [In Persian]
8. Mooney LA, Knox D, Schacht C. Understanding social problems. 7 th ed. Wadsworth: Nelson Education; 2014.
9. Jahanbin N. Explaining injuries and social issues from the perspective of sociology and Islam and expressing the grounds for the occurrence of injuries from the perspective of Islam. Islamic Propaganda Organization. 2011. Available at: http://old.ido.ir/a.aspx?a=1390081101 [In Persian]
10. Abdollahi M. Social problems and processes in Iran. Tehran: Agah; 2002. [In Persian]
11. Eitzen S, Bacazinn M. Social Problem. Boston: Allyn and Bacon; 2000.
12. Sarukhani B. Encyclopedia of Social Sciences. Tehran: Keyhan; 1991. [In Persian]
13. Motamedi S. To make priority of social problems in Iran. Social Welfare 2007; 6(24): 327-47. [In Persian]
14. Bagheri ZB, Elmi M. Social capital, social trust, pathological symptoms of social relations in iran. Journal of sociology 2010; 2(5): 125-38. [In Persian]
15. National Library of Medicine. Social Problems. 2018. Medical Subject Headings. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Social+Problems

1. Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences (TUMS).
2. Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences (TUMS).
3. *Corresponding Author: National Institute for Health Research (NIHR), Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences (TUMS).
4. *Corresponding Author: Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Health Equity Research Center (HERC), Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

16. Barkan SE. A primer on social problems; 2012.
17. Kornblum W, Julian J. Social Problems. 14th ed. New Jersey: Karen Hanson; 2012.
18. Murray ET, Head J, Shelton N, Hagger-Johnson G, Stansfeld S, Zaninotto P, et al. Local area unemployment, individual health and workforce exit: ONS Longitudinal Study. Eur J Public Health 2016; 26(3): 463-9.
19. Lam CLK, Guo VY, Wong CKH, Yu EYT, Fung CSC. Poverty and health-related quality of life of people living in Hong Kong: comparison of individuals from low-income families and the general population. J Public Health 2016; 39(2): 258-65.
20. Ferreira-Borges C, Rehm J, Dias S, Babor T, Parry CD. The impact of alcohol consumption on African people in 2012: an analysis of burden of disease. Trop Med Int Health 2016; 21(1): 52-60.
21. Milanifar A, Akhondi MM, Paykarzadeh P, Larijani B. Assessing conflict of interest in Iran's health legal system. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2011; 5(1): 1-16. [In Persian]
22. Serra ME. Conflict of interest: Nuances between principles and the aim. Arch Argent Pediatr 2017; 115(5): 501-4.
23. Holden AC, Spallek H. Looking Gift-horses in the Mouth: Gift-giving, Incentives and Conflict of Interest in the Dental Profession. J Law Med 2018; 25(3): 794-9.
24. Chimonas S, DeVito NJ, Rothman DJ. Bringing transparency to medicine: exploring physicians' views and experiences of the sunshine act. Am J Bioeth 2017; 17(6): 4-18.
25. Morciano C, Basevi V, Faralli C, Hilton Boon M, Tonon S, Taruscio D. Policies on Conflicts of Interest in Health Care Guideline Development: A Cross-Sectional Analysis. PLoS One 2016; 11(11): e0166485.
26. Allan GM, Kraut R, Crawshay A, Korownyk C, Vandermeer B, Kolber MR. Contributors to primary care guidelines: What are their professions and how many of them have conflicts of interest? Can Fam Physician 2015; 61(1): 52-8.
27. Organisation for economic co-operation and development (OECD). Managing conflict of interest in the Public sector: A Toolkit. Paris: OECD; 2005.
28. Kaufmann D, Bellver A. Transparenting transparency: Initial empirics and policy applications. 2005. Available at: http://ssrn.com.
29. Schargrodsky E, Mera J, Weinschelbaum F. Transparency and accountability in Argentina's hospitals. 2001. Available at: Scienceopen.com
30. Sekimoto M, Ii M. Supplier-induced demand for chronic disease care in Japan: multilevel analysis of the association between physician density and physician-patient encounter frequency. Value Health Reg Issue 2015; 6: 103-10.
31. Shain M, Roemer MI. Hospital costs relate to the supply of beds. J Occup Environ Med 1959; 1(9): 518.
32. Roemer MI. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. Hospitals 1961; 35: 36.
33. Panahi H, Salmani B, Nasibparast S. Inductive Effect of Physicians Number and Hospital Bed on Health Expenditures in Iran. Quarterly Journal of Applied Theories of Economics 2015; 2(2): 25-42. [In Persian]
34. Yuda M. Medical fee reforms, changes in medical supply densities, and supplier-induced demand: Empirical evidence from Japan. Hitotsubashi Journal of Economics 2013; 54(1): 79-93.
35. Nassiri A, Rochaix L. Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach. Health Econ 2006; 15(1): 49-64.
36. Filippini M, Masiero G, Moschetti K. Socioeconomic determinants of regional differences in outpatient antibiotic consumption: evidence from Switzerland. Health policy 2006; 78(1): 77-92.
37. Emamgholizadeh S, Emamgholizadeh S. Investigating the relationship between political power and corruption and providing appropriate solutions to combat it from the perspective of Islamic management. Institute of Humanities and Cultural Studies 2013(78): 124-08. [In Persian]
38. Mohammadi K, et al. Investigating the factors affecting the control of administrative violations in the staff of Kurdistan University of Medical Sciences in 2014-2015. Kurdistan: Kurdistan University of Medical Sciences; 2015. [In Persian]
39. Transparency International. Corruption Perceptions Index. 2019. Available at: https://www.transparency.org/en/countries/.
40. Wonderling D, Gruen R, Black N. Introduction to Health Economics. Understanding Public Health Series. London: Open University Press, School of Hygiene and Tropical Medicine; 2005.
41. Pakdaman M. Estimating the impact of moral hazard in utilization of health care services in a cohort of health insurance coverage. Dissertation, Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2011. [In Persian]
42. Haddad GK, Anbaji MZ. Analysis of adverse selection and moral hazard in the health insurance market of Iran. Geneva Pap Risk Insur Issues Pract 2010; 35(4): 581-99.
43. Bajari P, Hong H, Khwaja A. Moral hazard, adverse selection and health expenditures: A semiparametric analysis. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2006.
44. Nooraie H, Tabibian M, Rezaie N. The Analysis of Security in Informal Areas with Special Reference to Social Pathologies (Case study: Khaksefid-Tehran). Hoviateshahr 2013; 7(13): 11-22. [In Persian]
45. Salehi Amir SR, Afshari Naderi A. Theoretical and Strategic Foundations of Enhancing Social and Cultural Security in Tehran. Rahbord 2011; 20(59): 49-76.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]