

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ما عمرت البلدان بمثل العدل

”چیزی مانند عدالت سرزمین‌ها را آباد نمی‌سازد“

”امیرالمومنین (ع)“

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن

راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت

و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه



معاونت سلامت

دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و ترویج عدالت در سلامت

معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نام کتاب: سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن

راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت
و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه

گردآوری و تدوین:

دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر مریم بهشتیان

گروه مشاوران (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر علی اکبر حق دوست، دکتر حمیرا سجادی، دکتر رضا مجدزاده کوه بنانی، دکتر علیرضا
مرندی، دکتر محمد رضا واعظ مهدوی

با تشکر از همکاری (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر امیر امیرخانی، دکتر حمیدرضا جمشیدی، خانم شیلا دعایی، دکتر محمدرضا ذاکری، دکتر
صدف قاجاریه سپانلو، دکتر سید محمد طباطبایی، دکتر آرش عازمی خواه، دکتر عزیزالله عاطفی،
مهندس محمد جواد کبیر و دکتر حسین ملک افضلی

با قدردانی از حمایت‌های بی دریغ جناب آقای دکتر باقری لنکرانی وزیر محترم بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی و جناب آقای دکتر علویان معاون محترم سلامت وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی

و با سپاس از نظرات کمیته راهبردی تخصصی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

ناشر: انتشارات موفق ۸۸۷۴۲۷۲۴

نوبت چاپ: دوم - زمستان ۱۳۸۷

شمارگان: ۳۰۰۰ جلد

امید زندگی در مردم ایران بعد از انقلاب اسلامی، ۱۳ سال افزایش یافته است و هم اکنون امید زندگی در مردم ایران ۷۱ سال است. خوشبختانه ایران بعد از انقلاب اسلامی پیشرفت‌های چشمگیری در ارتقای شاخص‌های بهداشتی مانند کاهش مرگ و میر کودکان و مادران باردار و افزایش امید زندگی داشته است، اما هنوز تفاوت‌های وضعیت سلامت در برخی از مناطق کشور مشهود است.

در حال حاضر تفاوت‌های چشمگیری در این زمینه در بین کشورهای غنی و فقیر نیز دیده می‌شود که متأسفانه این شکاف، هم در خارج کشورها و هم در داخل کشورها رو به افزایش است. به عنوان مثال امید زندگی در سوازی لند ۳۲/۵ سال در حالیکه امید زندگی در ژاپن ۸۲ سال است، یعنی نیم قرن فاصله. حتی بخش‌های مختلف شهر نیویورک نیز امید زندگی متفاوتی از یکدیگر دارند.

اکثر نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی موجود در بین کشورها و در میان گروه‌های مختلف اجتماعی در داخل کشورها از عوامل ریشه‌ای تاثیرگذار بر سلامت محسوب می‌گردند. حل قطعی این قبیل مشکلات سلامت خصوصاً در طبقات محروم امکان‌پذیر نخواهد بود مگر اینکه نابرابری‌های موجود در جامعه مورد توجه سیاستگذاران قرار گیرد. در واقع، چهارمین اجلاس کمیسیونرهای عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نیز به دلیل اینکه تجربیات بسیار گراندتری در زمینه سلامت بعد از پیروزی انقلاب اسلامی بدست آوردیم، در تهران برگزار گردید. در حال حاضر سازمان جهانی بهداشت متوجه شده است که به رغم تلاش‌های بسیاری که در زمینه سلامت از جمله ارتقای بهداشت و احداث خانه بهداشت انجام می‌شود، وضعیت سلامت در جوامع ارتقا نمی‌یابد.

از آن جا که نقش سیستم بهداشت و درمان در ارتقای سلامت حداکثر ۲۵ درصد است، به همین خاطر سازمان جهانی بهداشت بحث عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را به طور سیستماتیک مورد بررسی قرار داده و کمیسینی را بر این عنوان تشکیل داد که هم اکنون

چند کشور از جمله جمهوری اسلامی ایران در آن عضو هستند.

در ایران نظام ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در چند دهه اخیر توسعه قابل توجهی یافته است، به طوری که در حال حاضر بیش از ۹۵ درصد جمعیت روستایی و حدود ۱۰۰ درصد جمعیت شهری به مراقبت بهداشتی اولیه دسترسی دارند و شاخص‌های سلامت بهبود چشمگیری داشته‌اند. اما لازم است در قالب برنامه اصلاحات در نظام سلامت کشور در جهت کاهش نابرابری‌های مربوط به خدمات بهداشتی درمانی، بهبود کیفیت خدمات و تامین رضایت استفاده‌کنندگان از خدمات بهداشتی درمانی قدم‌های اساسی برداشته شود.

خوشبختانه این موضوعات ریشه عمیقی در فرهنگ اسلامی ما نیز دارد، به عنوان مثال در فرازهای متعددی از نامه حضرت علی (ع) به مالک اشتر به نقش حاکم اسلامی در برقراری عدالت، توجه به عام در برابر خاص و اهتمام به رفع شکاف‌های موجود جامعه آن زمان تاکید گردیده است. پس شاید در ابتدا به نظر برسد که این رویکرد، رویکرد جدیدی است ولی در واقع این قبیل مباحث قدمت دیرینه‌ای در سنت و فرهنگ دینی ما دارند.

چیزی که در اینجا اهمیت دارد تحلیل مسائل و توجه به مبانی است، مثلاً تعریف فقر و اینکه چه گروه‌هایی به عنوان فقیر طبقه‌بندی می‌شوند. ما با پشتوانه دینی که داریم بهتر می‌توانیم اصول و مبانی این قبیل موضوعات را تعیین نماییم. لذا یکی از وظایف ما بررسی و تحلیل این قبیل موضوعات و تبیین این گونه مفاهیم است.

هر چند که در کشور نیز با توجه به موجود بودن قوانین مرتبط و عدالت محوری حکومت اقدامات زیادی شکل گرفته است که لازم است به خوبی مستند و ارائه گردد، اما همواره این نیاز وجود دارد که ریشه و علل اجتماعی مشکلات سلامت، خصوصاً بر اساس مطالعات موجود از قبیل مطالعه ملی بار بیماری‌ها تعیین و با همکاری کلیه دست‌اندرکاران مداخلات لازم و صحیح شکل گیرد که برنامه‌پیشگیری از سوانح و حوادث جاده‌ای یکی از برنامه‌های موفق در این زمینه است.

بنابراین وظیفه ما این است که با یک نگاه مسئله محور برای رفع تفاوت‌های وضعیت سلامت برنامه‌ریزی کنیم و در این راه از همکاری‌های بین بخشی نیز بهره‌برداری حداکثر نموده و تلاش نماییم تا سیاستگذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌ها با دیدگاه سلامت و عدالت در آن صورت پذیرد. ان شاء الله

دکتر باقری لنگرانی

وزیر بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی

در دنیای امروز دیدگاه‌های سلامت چشم‌اندازی وسیع‌تر پیدا کرده و ضرورتاً به عوامل تعیین‌کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه‌ای معطوف گشته است. هر یک از این تعیین‌کننده‌ها به خودی خود و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهند و سبب بروز بی‌عدالتی‌هایی در وضعیت سلامت می‌گردند. این تعیین‌کننده‌ها از قبیل وراثت، شیوه زندگی، محیط زیست، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و... بوده که تاثیر چشمگیری بر سلامت و پیامدهای آن از جمله کیفیت زندگی دارند. در واقع صحیح است که مراقبت‌های پزشکی می‌توانند باعث طول عمر و یا بهبودی از یک بیماری جدی شوند ولی آن چیزی که برای سلامت جمعیت مهم است، شرایط اجتماعی - اقتصادی است که باعث می‌شود مردم بیمار شوند و یا نیاز به مراقبت پزشکی داشته باشند.

بدین معنا که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health) مانند میزان درآمد، سطح تحصیلات، شغل، تغذیه، طبقه اجتماعی بسیار بیشتر از عواملی مانند عوامل بیولوژیک سبب ابتلا به بیماری‌ها می‌شوند و در سلامت انسان نقش بسزایی دارند که اگر نادیده گرفته شوند رسیدن به اهداف سلامتی و برقراری عدالت در سلامت را محال می‌نمایند.

این نکته در خور توجه است که اکثر بی‌عدالتی‌های سلامت در دنیا ساخته دست بشر است و علل آنها اغلب ریشه در مسائل اجتماعی دارد.

بذر سلامت دوران بزرگسالی و نیز بی‌عدالتی‌های سلامت، در دوران ابتدایی کودکی کاشته می‌شود. در حال حاضر بیش از ۲۰۰ میلیون کودک در سراسر دنیا بدلیل فقر از رسیدن به ظرفیت بالقوه تکاملی خود باز مانده‌اند. چهار عامل خطر عمده بر سر راه تکمیل ظرفیت تکاملی کودکان که عبارتند از کوتاهی قد، کمبود ید، آنمی فقر آهن و محرکات ناکافی شناختی، هر یک مستقیماً با فقر در ارتباطند که خوشبختانه همگی نیز قابل پیشگیری هستند.

از طرفی دیگر سلامت مقوله‌ای است که نقش آن در ارتقاء شاخص‌های توسعه انسانی نیز انکار ناپذیر است، لذا مبارزه با عواملی که سلامت را تحت تاثیر قرار داده و نیز سبب وجود نابرابری‌هایی در سلامت می‌گردند در حقیقت از اولویت‌های همه آحاد جامعه و نیز از مهمترین وظایف دولت محسوب می‌شود. جوامعی با میلیون‌ها کودک و بزرگسالی که قادر به زندگی مولد و مثمر ثمر نیستند پایدار نخواهند بود.

مسائل اجتماعی و مشکلاتی نظیر فقر، بیکاری و بیسوادی، قطعاً به عنوان مشکل در تمام کشورهای دنیا با ابعاد متفاوتی وجود دارند و مسلماً این خواست غائی تمام دولت‌هاست که بتوانند راهکاری مناسب برای برطرف کردن موانع و ایجاد رفاه، امنیت و سلامت مردم خویش پیدا کنند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به عنوان متولی اصلی تامین و حفظ سلامت مردم کشور، با هدف رسیدن به بالاترین سطح ممکن سلامتی برای آحاد مردم توجه ویژه‌ای را به مسائل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت و موضوع عدالت در سلامت معطوف داشته است، اما حفظ و ارتقای سلامتی و حذف اثر مخرب برخی از عوامل اجتماعی بر سلامت، مسئولیتی فردی، کشوری و حتی بین‌المللی است که کوشش مشترک کلیه سطوح جامعه یعنی افراد، اجتماعات و دولت را می‌طلبد.

از آنجا که مداخله در بسیاری از عواملی که در بالا بدان اشاره گردید تنها در حیطه اختیارات نظام سلامت قرار ندارند، اقدام در زمینه این عوامل تعیین‌کننده فقط از طریق همکاری‌های پایدار و مداوم وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، گروه‌ها، بخش‌های غیر دولتی و خصوصی و آحاد مردم، امکان پذیر خواهد بود.

در سال‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت نیز تلاش چشمگیری برای مشخص کردن عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و عدالت در سلامت شروع کرده و در این راستا کمیسویی متشکل از دانشمندان و افراد صاحب نظر را شکل داده است.

هدف این کمیسیون بررسی تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت و اتخاذ راهکارهای مناسب برای حل مشکلات ناشی از آن و کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت است.

این کمیسیون با استفاده از تجربیات کشورهای مختلف قصد دارد به هدف بزرگی که ارتقاء سطح سلامت و توزیع عادلانه آن در میان کشورها، گروه‌های مختلف جامعه اعم از فقیر و غنی، اقشار آسیب‌پذیر و حاشیه‌نشین است، نائل گردد. در حال حاضر جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از کشورهای همکار سازمان جهانی بهداشت در این عرصه شناخته شده است.

در همین راستا، در طی جلسات متعدد زیر کمیته تخصصی دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، کارشناسان تلاش نموده‌اند تا روش‌های مداخله موفقیت‌آمیز را شناسایی نمایند، چگونگی گسترش و تعمیم این روش‌ها را مشخص نموده و با تعیین سطوح لازم برای اعمال تغییرات مرتبط، جایگاهی موثرتر برای SDH و مقوله عدالت در سلامت در فرآیندهای ملی را فراهم آورند.

بدین طریق اطمینان حاصل خواهد گردید که کاهش بی‌عدالتی در سلامت از طریق هدف قرار دادن عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در متن راهکارهای سیاست‌گذاری کشور قرار خواهند گرفت.

با مهار برخی از بی‌عدالتی‌های اجتماعی، می‌توان سیاست‌های مرتبط با سلامتی و رفاه را بهبود بخشید و مسائل اجتماعی که ریشه در فرآیندهای اجتماعی دارند را نیز اصلاح نمود که این‌ها همگی نیازمند انگیزه‌های قوی همکاری بین‌بخشی است و مسئولیت برآورده ساختن این اهداف بایستی در میان وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف و سطوح متفاوت جامعه تقسیم گردد.

در خاتمه اینجانب امیدوارم با تکیه بر مسئولیت‌پذیری سیاست‌گذاران، برخورداری از توانمندی‌های علمی درون کشور و تلاش‌های بیدریغ کارشناسان و با استناد به داده‌های

موجود کشورى در اين زمينه، با مشاركت يکديگر و تحت حمايت قوانين دقيق و برنامه‌هاى مناسب، اثربخش‌ترين اقدامات ممکن براى حذف اثر عوامل مخرب اجتماعى بر سلامت و ريشه‌کنى بى‌عدالتى در سلامت را در جمهورى اسلامى ايران به انجام رسانيم.

دکتر سيد موبد علويان

معاون سلامت وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۵	پیشگفتار
۱۷	بخش اول: عدالت در سلامت
۲۰	فصل یک: تعاریف
۳۰	فصل دو: اصولی برای اقدام
۳۶	فصل سه: نتیجه گیری
	بخش دوم: عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت؛ ریشه بی عدالتی در سلامت جوامع
۳۸	فصل چهار: تاریخچه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت
۴۹	فصل پنج: اهداف و مفاهیم
۶۶	فصل شش: کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت
۷۲	فصل هفت: شبکه دانش
	فصل هشت: گزارش دیدار کمیسیونرهای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان
۷۷	جهانی بهداشت از جمهوری اسلامی ایران در سال هشتاد و چهار
	فصل نه: عناوین برخی سیاستها و اقدامات انجام شده در جمهوری اسلامی
۸۷	ایران در جهت گسترش و بسط عدالت اجتماعی
۹۵	فصل ده: نتیجه گیری
۹۷	فصل یازدهم: فهرست اختصارات و منابع

سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن

راهکار اصلی گسترش عدالت در سلامت

و ایجاد فرصتی منصفانه برای همه

پیشگفتار

سلامت حق و نیاز اساسی تمام انسان‌ها است. در حال حاضر نیز توسعه یافتگی هر اجتماعی را از روی کیفیت سلامت مردم آن اجتماع، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طیف‌های مختلف طبقات اجتماعی و نیز میزان محافظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب‌رسان به سلامت آن اجتماع قضاوت می‌نمایند.

افزایش ثروت ملی به خودی خود سبب توسعه یافتگی نمی‌گردد، بلکه در این مسیر نیاز شدیدی به سلامت نیز وجود دارد. هر چند که در کل دنیا وضعیت سلامت بهبود یافته است اما هنوز بی‌عدالتی‌های عمده‌ای در بین و داخل کشورها وجود دارد. در حال حاضر نابرابری‌های اسفناکی بر سلامت مردم دنیا سایه انداخته است. این نابرابری‌های سلامت همگی ما را، چه ساکن کشورهای فقیر باشیم چه ساکن کشورهای غنی، احاطه نموده‌اند.^(۱)

بهبود وضعیت عدالت در سلامت، نیاز به اقداماتی و رای‌تمرکز موجود بر روی علل فوری ایجادکننده بیماری‌ها دارد و نیاز است که بر روی علت‌العلل آنها "Causes of the causes" توجه ویژه‌ای معطوف گردد. اکنون زمان اقدام است نه فقط به خاطر اینکه سلامت منجر به مشارکت بیشتر مردم در اجتماع می‌گردد و نیز عملکرد اقتصادی بالاتری را با خود به ارمغان می‌آورد و سبب رشد و شکوفایی اقتصادی می‌گردد، بلکه بخاطر این که سلامت و برقراری

عدالت در آن حقی است مسلم.^(۱)

در طول قرن گذشته، امید زندگی در اروپایی‌ها تا حدود ۳۰ سال افزایش یافته و هنوز هم به رشد صعودی خود ادامه می‌دهد که این خود مرهون ترکیبی از بهبود شرایط زندگی و کاری مردم و نیز پیشرفت‌هایی در عرصه مراقبت‌های پزشکی است. اما در بین سال‌های ۱۹۷۰ و ۲۰۰۰ امید زندگی در جنوب آسیا فقط تا حدود ۱۳ سال افزایش داشته است و فاجعه اینجاست که در طی همین مدت برای کودکی که در ناحیه زیر صحرای افریقا متولد می‌شود فقط افزایشی در حدود ۴ ماه وجود داشته است.^(۱)

هدف این مجموعه آشنایی خوانندگان عزیز با موضوع عدالت در سلامت و رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به عنوان راهکاری جهت کاهش و یا از بین بردن این قبیل بی‌عدالتی‌ها و نشان دادن برخی از شواهد موجود و اقدامات صورت پذیرفته در دنیا در این زمینه می‌باشد. ان شاء الله... با عزم راسخ کلیه مسئولین و دست‌اندرکاران بتوانیم از این قبیل نابرابری‌ها جلوگیری نموده و سلامت کلیه آحاد جامعه به خصوص طبقات آسیب‌پذیر جامعه را ارتقاء بخشیم.

بخش اول

عدالت در سلامت



مقدمه

در هر سیستم اجتماعی، سیاسی و نیز در هر موقعیت جغرافیایی، تفاوت‌هایی در وضعیت سلامت گروه‌های مختلف اجتماعی به چشم می‌خورد، حتی در نواحی مختلف جغرافیایی داخل یک کشور نیز این قبیل تفاوت‌ها کاملاً مشهود می‌باشند. شواهد زیادی گویای این مطلب است که گروه‌های محروم‌تر عمر کوتاه‌تری دارند و در سنین پائین‌تری فوت می‌نمایند، در یکی از محروم‌ترین نواحی شهر گلاسکو در کشور بریتانیا، امید زندگی مردان حدود ۵۴ سال است در حالیکه در بهره‌مندترین ناحیه همان منطقه میزان امید زندگی در حدود ۸۲ سال بوده است.^(۱)

در واقع این مطلب خود مبین این واقعیت است که فقیرترین مردان در گلاسکو امید زندگی کمتری از متوسط این میزان در مردان هندی دارند و یا میزان امید زندگی در اساتید دانشگاهی ۳۵ ساله فرانسه ۹ سال بیشتر از کارگران غیر حرفه‌ای همسالشان است و در اسپانیا نیز میزان مرگ و میر کودکان خانواده‌های کارگری روستایی دو برابر کودکان خانواده‌هایی است که والدینشان مشاغل تخصصی دارند و یا میزان مرگ و میر شیرخواران در اتحاد جماهیر شوروی سابق در سال ۱۹۸۷ بیش از ۲۱ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در نواحی شهری در مقایسه با ۳۱ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در نواحی روستایی بوده است.

شواهد نشان می‌دهند که هر چه فرد در وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تری باشد وضعیت سلامت نامطلوب‌تری نیز خواهد داشت.

بنابراین می‌توان گفت که در واقع یک گرادیان اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی اجتماعی در حرکت است و بطور کلی هر طبقه از طبقه پایین‌تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است. در همه جای دنیا تفاوت‌هایی در میزان‌های ابتلا به بیماری‌ها در گروه‌های محروم در مقایسه با سایر گروه‌ها نیز به چشم می‌خورد، گروه‌های محروم‌تر هم بیشتر به بیماری‌ها مبتلا می‌شوند و هم بیماری‌های مزمن و میزان معلولیت‌ها در سنین پایین‌تر در آنها بالاتر است.

بعنوان مثال در فنلاند ۴۲٪ مردمی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند در گروه‌های پایین‌تر درآمدی قرار دارند در حالیکه ۱۸٪ گروه‌های با درآمد بالاتر با این قبیل بیماری‌ها دست به گریبان‌اند. در بسیاری از کشورها افراد بیکار سلامت روان نامناسب‌تر داشته و هم چنین کودکانشان قد کوتاه‌تری از سایر کودکان پدرانشان شاغل هستند، دارند.

مثال‌هایی از وجود این قبیل اختلافات در شاخص‌های سایکولوژیک، بیماری‌های قلبی عروقی، میزان‌های دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی به فراوانی موجود است. اینها همگی همان موضوعاتی هستند که می‌بایست مورد توجه قرار گیرند.^(۳)

وضعیت برخی از شاخص‌های بهداشتی و اقتصادی-اجتماعی در جهان (۲)

کشورهای پیشرفته	کشورهای در حال توسعه	کشورهای توسعه نیافته	عنوان
۷۲	۶۰	۴۵	امید زندگی در بدو تولد
۱۹	۹۴	۱۶۰	میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یکسال به ازای هزار تولد زنده
۱	۲۰	۳۰	میزان مرگ و میر کودکان ۱-۴ ساله

ارزشیابی راهبرد بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰

بنابراین شکاف بزرگ و تفاوت‌های فاحشی در وضعیت سلامت ملل مختلف، جمعیت شهری و روستایی و مناطق مختلف یک کشور، گروه‌های مختلف اجتماعی و... قابل مشاهده است. هرچند که تمام این اختلافات بعنوان بی‌عدالتی قابل توصیف نیستند، اما برخی می‌توانند بعنوان بی‌عدالتی در سلامت نیز در نظر گرفته شوند.

فصل یک

تعاریف

معنای عدالت در سلامت چیست؟

اصطلاح عدالت ابعاد اخلاقی و معنوی دارد. بی‌عدالتی به تفاوت‌های غیر ضروری و قابل اجتنابی اشاره دارد که حاکی از نامنصفانه و مغرضانه بودن این قبیل تفاوت‌ها می‌باشد.

سوال مطرح این است که کدامیک از تفاوت‌های سلامت اجتناب‌ناپذیر و کدامیک غیر ضروری و نامنصفانه می‌باشند؟ البته پاسخ به این سوال از کشوری به کشور دیگر و از زمانی به زمان دیگر متفاوت است. در کل ۷ تعیین‌کننده اساسی در زمینه تفاوت‌های وضعیت سلامتی قابل شناسایی است:

- (۱) تفاوت طبیعی و بیولوژیک؛
- (۲) اتخاذ آزادانه رفتارهای مخرب سلامت مانند سیگار کشیدن؛
- (۳) مزایای گذرای سلامت یک گروه نسبت به گروه دیگر در زمانی که این گروه اولین گروهی بوده‌اند که یک رفتار ارتقاء دهنده سلامتی را اتخاذ نموده‌اند؛
- (۴) رفتارهای مخرب سلامت در جایی که امکان انتخاب شیوه‌های زندگی شدیداً

محدود شده است؛

- ۵) مواجهه با شرایط زندگی و کاری ناسالم و استرس زا؛
- ۶) دسترسی ناکافی به خدمات ضروری سلامت و نیز خدمات عمومی؛
- ۷) انتخاب طبیعی یا فعالیت‌های اجتماعی مرتبط با سلامت که سبب سوق دادن افراد ضعیف به سمت طبقات پائین تر اجتماعی می‌گردند.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که از بین موارد هفت گانه فوق، موارد ۱ تا ۳ بطور طبیعی تحت عنوان بی‌عدالتی در سلامت طبقه‌بندی نمی‌شوند. اما آنچه که از موارد ۴، ۵ و ۶ منتج می‌شود قابل اجتناب و نامنصفانه بوده و بی‌عدالتی در سلامت محسوب می‌شوند.^(۳)

هم‌چنانکه می‌دانید تنوع‌های طبیعی بین افراد وجود دارد. هر انسانی از نظر وضعیت سلامت با انسان دیگر متفاوت است. این محال است که تمام افراد انسانی در وضعیت سلامت یکسانی باشند، از بیماری‌های یکسانی رنج ببرند و یا پس از طول عمر خاصی فوت کنند. این هدف، هدفی دست‌نیافتنی است و علاوه بر این مطلوب هم نمی‌باشد. بنابراین آن قسمت از اختلافات در سلامت که با تنوع‌های بیولوژیک طبیعی مرتبط اند، غیر قابل اجتناب می‌باشند نه ناعدالانه. مثلاً شیوع بالای بیماری‌های قلبی عروقی در مردان ۷۰ سال و بالاتر در مقایسه با مردان ۲۰ ساله، احساس بی‌عدالتی و غیر منصفانه بودن را ایجاد نمی‌نماید، زیرا این مسئله بدلیل فرآیند طبیعی پیر شدن رخ می‌دهد.

برخی از اختلافات بین سلامت مرد و زن در دسته اختلافات بیولوژیک قرار می‌گیرند، مثلاً ناخوشی‌های ناشی از مشکلات اختصاصی مرتبط با جنس از قبیل سرطان تخمدان و رحم و بروز بالاتر استئوپروز در زنان مسن در مقایسه با مردان در سنین مشابه که به وضوح به اختلافات بیولوژیک بین مرد و زن مرتبط است و ناشی از بی‌عدالتی اجتماعی و تأثیرات محیطی نمی‌باشد. هر چند که اغلب اختلافات بین گروه‌های مختلف در اجتماع (از جمله بین زن و مرد) جزو زمینه‌های بیولوژیک محسوب نمی‌گردند.



محک و معیار مهم برای آنچه که منجر به تفاوت‌های سلامت شده و ناعادلانه نیز محسوب می‌گردند در واقع به میزان زیادی بستگی به موقعیت‌های ایجاد کننده ناخوشی دارد که یا خود مردم آنرا انتخاب می‌کنند یا اینکه عمدتاً خارج از کنترل مستقیم آنان است. برای مثال به واسطه فقدان منابع، گروه‌های اجتماعی فقیرتر از قدرت انتخاب کمتری برخوردارند و در مکان‌های ناامن و پر جمعیت زندگی می‌کنند، مشاغل پر خطری دارند و احتمال اینکه بیکار بمانند نیز بیشتر است.

ناخوشی ناشی از عوامل محیطی و اجتماعی غالباً نوعی بی‌عدالتی محسوب می‌شود.

گزینه‌های رفتار سلامت فردی ممکن است تا حد زیادی به ملاحظات اجتماعی و اقتصادی محدود گردند. مثلاً استفاده از رژیم‌های کمتر مغذی ممکن است ناشی از وضعیت درآمدی نامناسب یا شبکه‌های ناکافی توزیع مواد غذایی که منجر به فقدان منابع غذایی تازه در فروشگاه‌ها می‌شود، باشد. فقدان فعالیت فیزیکی کافی ممکن است بدلیل کمبود تسهیلاتی برای اوقات فراغت، درآمد ناکافی برای بهره‌مندی از این تسهیلات و یا وقت ناکافی برای استفاده از آنها اتفاق افتد.

همان‌طور که در قبل نیز بدان اشاره رفت، قضاوت در خصوص موقعیتهایی که ناعادلانه هستند از مکانی به مکان دیگر و از زمانی به زمان دیگر متفاوت است، اما معیار مورد استفاده در این موارد درجه قدرت انتخاب است. در جایی که مردم هیچ قدرت انتخابی در خصوص شرایط کاری و زندگی خود ندارند و یا قدرت بسیار کمی دارند، بیشتر احتمال دارد که تفاوت‌های سلامت منتج شده ناعادلانه در نظر گرفته شوند تا آن دسته از مخاطراتی که توسط خود افراد بصورت داوطلبانه و آزادانه انتخاب شده‌اند.^(۳)

عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که هر کسی بطور ایده آل، باید فرصت عادلانه‌ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود داشته باشد و واقع بینانه‌ترین که هیچ کسی نباید از بدست آوردن این ظرفیت‌ها محروم گردد، البته به شرطی که موانع بر سر راه، قابل اجتناب باشند.^(۴)

بنابراین عدالت با ایجاد فرصت‌های برابر برای سلامت مرتبط بوده و تفاوت‌های سلامتی را به پایین‌ترین سطح ممکن تنزل خواهد داد.

برابری (equality) یا عدالت (equity)

واژه عدالت با واژه برابری یکسان نیست.

عدالت یک مفهوم اصولی است در حالیکه برابری بیشتر یک مقیاس عینی است.

بعبارت دیگر عدالت، ملاک قضاوت‌هایی بر اساس مقیاس‌های برابری را ایجاد می‌نماید. اندازه‌گیری نابرابری‌های سلامت نیاز به توجه به این نکته دارد که چگونه این تفاوت‌ها در میان جمعیت توزیع شده‌اند و هم چنین باید تعیین نمود که آیا این توزیع از نظر اجتماعی پذیرفتنی می‌باشد یا خیر. مطالعات در بی‌عدالتی‌های سلامت بر روی نابرابری‌هایی که توسط فاکتورهای بیولوژیک از قبیل جنسیت، ملیت، نژاد و درآمد قابل توصیف هستند متمرکز می‌گردد.^(۵)

بنیاد را کفلر "مدل PROGRESS" را تدوین نموده است که برخی از عواملی را که می‌توانند بر بی‌عدالتی‌های سلامت دلالت نمایند را نشان می‌دهد:

محل اقامت (Place of Residence): تفاوت‌های بین شهر و روستا، گروه‌های منطقه‌ای، پایتخت در مقابل سایر مناطق و بخش‌های دیگر شهرها (محل‌های پر جمعیت و کثیف شهر در مقابل مرکز شهرها)؛

P

نژاد (Race): تفاوت در آسیب‌پذیری‌های اجتماعی بر اساس قومیت، نژاد و وابستگی‌های قومی مردم؛

R

شغل (Occupation): آسیب‌پذیری‌های درآمدی؛

O

جنسیت (Gender): اغلب نشان‌دهنده آسیب‌پذیری‌های ناشی از قوانین و هنجارهای مرتبط با جنسیت می‌باشد؛

G

مذهب (Religion): انفکاک‌هایی که بر اساس گروه‌های مذهبی وجود دارد خود می‌تواند نشان‌دهنده آسیب‌پذیری اجتماعی گروه‌های جمعیتی خاصی باشد؛

R

تحصیلات (Education): سطح تحصیلات و سواد افراد می‌تواند مرتبط با وضعیت سلامت افراد باشد؛

E

وضعیت اقتصادی اجتماعی (Socio Economic Status): آسیب‌پذیری‌های درآمدی و ثروتی به وضوح با وضعیت سلامت افراد مرتبط هستند؛

S

سرمایه اجتماعی (Social Capital): ارتباطات اجتماعی موجود در داخل جامعه می‌تواند تاثیر بزرگی بر سلامت اعضاء آن جامعه داشته باشد.

S

وجود نابرابری‌های گسترده در توزیع درآمد به بروز فقر و ایجاد شکاف بیشتر در طبقات جامعه منجر می‌شود. برای سنجش نابرابری توزیع درآمد، معیارهای مختلفی وجود دارد که سه شاخص عمده آن عبارتند از ضریب جینی، شاخص تیل و شاخص آتیکسون. یکی از مناسب‌ترین روش‌های بررسی و تحلیل سطح نابرابری توزیع درآمد، محاسبه ضریب جینی است. ضریب جینی کمیتی است که مقداری بین صفر (حداقل نابرابری) و یک (حداکثر نابرابری) داشته، مستقل از میانگین بوده و متقارن می‌باشد. در این شاخص انتقال درآمد از افراد غنی به افراد فقیر جامعه باعث کاهش شاخص شده و مقدار آن نسبت به توزیع درآمد در گروه‌های میانی جامعه حساس است. این مقیاس دارای خواص آماری مطلوب شناخته شده تری است و لذا این امکان را فراهم می‌آورد که به ارزیابی معنادار بودن اثر تغییر سیاست‌ها بر روی نابرابری توزیع درآمد یا مخارج نیز پرداخته شود.^(۶)

عدالت در مراقبت سلامت

عدالت در مراقبت سلامت بعنوان:

- دسترسی مساوی برای نیاز مساوی به خدمات مراقبتی در دسترس

- بهره‌مندی مساوی برای نیاز مساوی

- کیفیت مساوی خدمات مراقبتی برای همه

تلقی می‌گردد.

اعتقاد بر این است که گسترش عادلانه منابع در دسترس جهت بهره‌مندی و منفعت کل جمعیت باید وجود داشته باشد.

"دسترسی مساوی برای نیاز مساوی به خدمات مراقبتی در دسترس" بر قایل شدن حق مساوی برای هر فرد در دسترسی به خدمات در دسترس، که خود در واقع یک توزیع عادلانه در کل کشور بر پایه نیازهای مراقبت سلامت و آسانی دسترسی در هر ناحیه جغرافیایی و نیز از سر راه برداشتن سدهای موجود بر سر راه دسترسی می‌باشد، دلالت دارد. مثالی در این زمینه عدم توانایی استفاده از خدمات سلامت بدلیل کمبود درآمد، مسایل نژادی، جنس، سن، مذهب و سایر عواملی که مستقیماً به نیازهای مراقبتی مرتبط نیستند، می‌باشد و با هزینه خدمات به قدری بالا باشد که فرد قادر به پرداخت نباشد و یا کارگران مهاجر که ممکن است از خدمات بیمه‌ای در برخی از کشورها محروم بمانند و یا سدهای مالی، فرهنگی و سازمانی جلوی روی افراد، که هر چند در این شرایط از نظر تئوریک حق استفاده از خدمات سلامت وجود دارد اما در عمل دسترسی را محدود می‌نمایند.

هم چنین هزینه‌های حمل و نقل و جابجایی ممکن است برای گروه‌های با درآمد پایین دسترسی به منابع خدماتی را محدود نماید، یا ممکن است ساعاتی که مراکز ارائه‌کننده خدمات، خدمات خود را عرضه می‌نمایند، نامناسب باشد.

هم چنین نابرابری در دسترسی زمانی به وجود می‌آید که منابع و تسهیلات سلامتی در سراسر کشور به صورت نامتناسب توزیع شده باشند و در مناطق شهری و نواحی رونق یافته تجمع منابع و تسهیلات وجود داشته باشد در حالیکه کمبود آنها در روستاها و نواحی محروم کاملاً محسوس باشد.

از آنجا که جوامع محروم وضعیت سلامت نامطلوبی دارند این قبیل توزیعات نابرابر به معنای دسترسی حداقل به خدمات پزشکی در جایی که بیشترین نیاز وجود دارد خواهد بود که این خود قانون مراقبت معکوس (inverse care law) نامیده خواهد شد.^(۳) در صورتی که منابع در دسترس یک کشور منحصر صرف خدمات پزشکی با تکنولوژی بالا، که این قبیل خدمات نیز فقط جوابگوی نیاز بخش کمی از جمعیت نیز می‌باشد، گردند تمهیدات کمی برای برقراری خدمات متعادل مراقبت‌های سلامت، که مفید به حال جمعیت زیادی نیز می‌باشد، باقی خواهد ماند که این خود دسترسی است که بدون هیچ‌گونه ضرورتی محدود گردیده است.

اگر تفاوت‌هایی در میزان‌های "بهره‌مندی از خدمات" معین در میان گروه‌های اجتماعی مختلف شناسایی شده است، این مسئله خود بخود به معنای تفاوت ناعادلانه نمی‌باشد بلکه در واقع دلیلی است بر لزوم انجام مطالعات بیشتر و مشخص کردن این نکته که چرا میزان‌های بهره‌مندی متفاوت است. بهر حال در جایی که استفاده از خدمات در گروه‌های محروم اقتصادی و اجتماعی محدود شده است باید ارزیابی در زمینه میزان‌های مساوی بهره‌مندی برای نیازهای مساوی صورت گیرد. برای مثال وجود تفاوت‌هایی در خصوص ایمن‌سازی و سایر خدمات پیشگیرانه ممکن است توجهی بر تامین خدمات یاری‌رسان (Outreach)

باشد تا استفاده از خدمات سلامتی در نواحی کم بهره را برای مردم آسان تر سازد.

با توجه به مفهوم "کیفیت مساوی خدمات"، در اغلب اجتماعات مسئله بسیار مهم این است که هر فرد فرصت مساوی در زمینه برخورداری از توجه‌های خدماتی از طریق شیوه‌های منصفانه بر اساس نیاز، نه بر اساس تأثیرات اجتماعی را داشته باشد. این قضیه زمانی که منابع محدود هستند بیشتر خود نمایی می‌کند.

در این موارد به نظر بسیاری نامنصفانه خواهد بود اگر یک گروه اجتماعی خدمات امتیازداری را نسبت به گروه‌های کم بهره تر دریافت کند و یا برعکس اگر سایر گروه‌ها مثلاً بدلیل مسائل قومی و نژادی مرتباً جهت بهره‌مندی از خدمات درمانی به ته‌صف فرستاده شوند.

به عنوان مثال در هلند در فاصله زمانی که بدلیل مشکلات مالی با کمبود تخت‌های بیمارستانی مواجه شده بودند، طبقه‌های بالاتر اجتماعی شانس بیشتری جهت پذیرش در بیمارستان را داشتند.

"کیفیت یکسان خدمات برای همه" همچنین بر این مسئله دلالت دارد که ارایه دهندگان خدمات باید تعهد یکسانی در زمینه خدماتی که به تمام بخش‌های جامعه ارائه می‌دهند داشته باشند و خدماتی با کیفیت یکسان برای همه عرضه نمایند.

بی‌عدالتی زمانی رخ می‌دهد که متخصصان تلاش و وقت متفاوتی را صرف بیماران با طبقات اجتماعی مختلف کنند و بیماران با طبقات مختلف اجتماعی را با دید یکسان نیندند.

قابل پذیرش بودن جزء مهم دیگری از کیفیت خدمات است. ممکن است برخی از خدمات بر اساس طرز سازماندهی‌اشان ناعادلانه باشند و سبب غیر قابل پذیرش گردیدن خدمات از سوی بخشی از جامعه که باید از آنها خدمات را دریافت کنند، شوند.

تنها از طریق پایش میزان پذیرش استفاده کنندگان از خدمات، اینگونه نواقص قابل آشکار شدن هستند.

بنابراین لازم است این قبیل خدمات را بیشتر به سمت دوستانه تر شدن با استفاده کنندگان (دوستدار کاربر = User-friendly) هدایت نمود.

دو مفهوم دیگر نیز در بحث عدالت در مراقبت‌های سلامت وجود دارد و آن عبارتند از **عدالت افقی** "Horizontal equity" و **عدالت عمودی** "Vertical equity".

عدالت افقی به دسترسی مساوی همه مردم با نیازهای مساوی، بدون توجه به مکان، جنسیت، نژاد و سایر تعیین‌کننده‌ها به خدمات مراقبت سلامت اشاره دارد. این نوع عدالت توجه به این نکته دارد که چگونه خدمات مناسب سلامت در سراسر اجتماع توزیع شده‌اند.

عدالت عمودی به دسترسی غیر یکسان به خدمات سلامت برای نیازهای غیر یکسان اطلاق می‌گردد.

فصل دو

اصولی برای اقدام

از آنجا که شرایط زندگی و کاری، تعیین کننده‌های اکثر بی‌عدالتی‌های موجود محسوب می‌شوند، سیاست‌های عدالت باید بر روی بهبود شرایط زندگی و کاری توجه نمایند و تلاش نمایند که این بی‌عدالتی‌ها را کاهش دهند. لازمه این تلاش نیز تمرکز بر روی علل ریشه‌ای است که خود نیاز به یک رویکرد موثر دارد و تنها در عهده و توان بخش سلامت نمی‌باشد.

هدف از سیاست‌های عدالت در سلامت حذف تفاوت‌های سلامت به طوریکه همه افراد سطح و کیفیت یکسان سلامتی را داشته باشند نیست بلکه هدف کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت‌هایی است که از عواملی که هم قابل اجتناب و هم ناعادلانه هستند نشأت گرفته باشند.

به خوبی پذیرفته شده است که تعیین کننده‌های بی‌عدالتی در بخش‌های مختلفی پراکنده می‌باشند. بنابراین لازم است که در سیاست‌گذاری‌ها به همه بخش‌های مرتبط توجه شود و تأثیرات احتمالی سیاست‌ها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب پذیرترین گروه‌ها در

اجتماع، ارزیابی گردد و سپس بر اساس آن سیاست‌ها هماهنگ‌گرددند. در زمان برنامه‌ریزی توسط سایر بخش‌ها، سلامت همواره باید مد نظر قرار گیرد. حداقل مزیت این اقدام این است که هنگامی که اهداف سلامت با اهداف سایر بخش‌ها در تضاد است، بایستی تلاش‌هایی در زمینه پیدا کردن راه‌حلی که تأثیر معکوس بر سلامت نداشته باشند صورت پذیرد. گاهی اوقات سیاست‌گذاران به مفاهیم و معانی سلامت در برنامه‌های خود واقف نیستند و یا درکی که از سلامت دارند عمدتاً در حد توجه به خدمات پزشکی است و بنابراین ارتباط زیادی بین مسئولیت‌های خود و سلامت نمی‌یابند.

اغلب نیز رقابتی بین سازمان‌ها بر سر منابع وجود دارد که این قضیه به جای این که مشوقی برای همکاری‌ها باشد، خود سبب ممانعت از همکاری می‌گردد. این قبیل رقابت‌ها، خصوصاً هنگامی که رکود اقتصادی وجود داشته باشد و رشد اقتصادی بسیار مهم جلوه نماید، می‌توانند منجر به پامال شدن اهداف عدالت در سلامت و در اولویت قرار نگرفتن سلامت در سیاست‌ها گردند. بنابراین می‌توان گفت در این زمینه باید آموزش‌ها و بحث‌های تخصصی بیشتری صورت پذیرد تا همکاری‌ها موثرتر واقع گردند.

لازم است که بخش سلامت فعالیت‌هایی در زمینه افزایش آگاهی را ترتیب دهد تا وسعت مشکل را به خوبی نمایان ساخته و سبب افزایش درک اثرات سیاست‌های معکوس بر سلامت خصوصاً بر سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر گردد. البته این یک فرآیند دو سویه است زیرا بخش سلامت نیز نیاز دارد که از اقداماتی که در سایر بخش‌ها در جریان است و تأثیر مثبتی بر سلامت دارند نیز مطلع گردد. علاوه بر این به منظور تسهیل ایجاد و توسعه سیاست‌های عدالت در سلامت، دولت نیاز به ایجاد ترتیبات اداری در سطوح منطقه‌ای، محلی و ملی دارد تا اقدامات بین بخشی را ترغیب نماید.

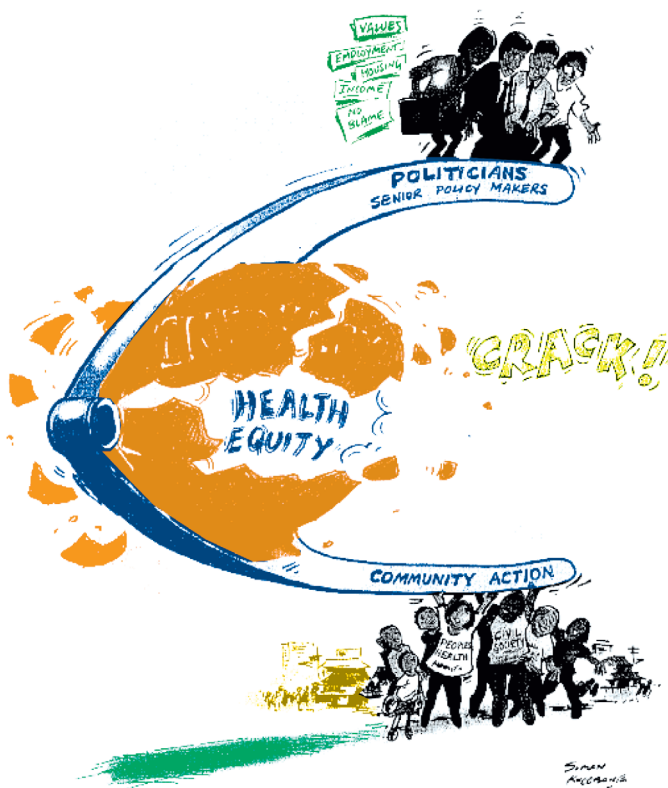
سیاست‌های عدالت در سلامت باید بیشتر به سمت قادر نمودن مردم به اتخاذ شیوه‌های زندگی سالم‌تر و کاهش شکاف بین فقیر و غنی هدایت گردند. اصول قادر نمودن مردم به

اتخاذ شیوه‌های زندگی سالم‌تر نشان دهنده این است که برخی گروه‌ها در اجتماع برای انتخاب شیوه زندگی شان، مثلاً بدلیل درآمد ناکافی که مکان و چگونگی شرایط زندگی فرد را محدود می‌نماید، با محدودیت بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها مواجه‌اند. بنابراین لازم است شیوه‌های زندگی سالم‌تری را ایجاد نماییم که تا حد امکان اتخاذ آنها آسان‌تر باشند. نکته مهم این است که برنامه‌ها و اقدامات باید بر اساس نیازی که مردم احساس می‌کنند باشند، نه بر اساس راه حل‌های از بیرون تحمیل شده. دیگر این که پروژه‌ها و برنامه‌هایی که نابرابری را کاهش می‌دهند باید به توسط مردم تهیه شوند و بنابراین متخصصان و مدیران باید راهکارهایی را بمنظور مشارکت دادن مردم در این قبیل امور فراهم نمایند. بنابراین در این راستا نیازمند تلفیق تعهدات و اقدامات سیاسی از بالا به پایین (یعنی از سطح سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان به سمت جامعه) با اقداماتی از پایین به بالا (یعنی از سطح جامعه و تشکلات مدنی) می‌باشیم که این اقدام به "اثر فندق شکن" در دنیا معروف گردیده است.^(۷)

**اقدام در این عرصه نیازمند تعهد و اقدام سیاستگذاران،
تصمیم‌گیرندگان، دولت و کلیه بخشها، تشکلات مدنی و نیز
مردم در تمام سطوح می‌باشد.**

در واقع عدالت در مراقبت سلامت بر پایه اصل ایجاد مراقبت سلامت با کیفیت بالا و قابل دسترس برای همه ایجاد شده است. این خود به معنای ایجاد سیاست‌های ارتقایی فعالانه در بخش سلامت است که دسترسی به خدمات و کنترل کیفیت خدمات را تقویت می‌نماید. این گونه سیاست‌ها نیاز به بررسی موارد زیر دارند:

۱. اختصاص منابع سلامت در ارتباط با نیازهای اجتماعی و سلامتی؛



۲. توزیع جغرافیایی خدمات بر اساس ارزیابی نیاز و دسترسی در هر ناحیه؛
 ۳. بررسی تلاش گروه‌های اجتماعی مختلف در زمینه دسترسی به تسهیلات، که در این راستا بررسی‌هایی در زمینه استفاده مشتریان، در موارد لزوم، قابل انجام است؛
 ۴. کیفیت خدمات، از جمله پذیرش افراد؛
 ۵. دلایل کاهش احساس نیاز به خدمات ضروری.
- بوژه این بسیار مهم است که کارکنان نظام سلامت تاثیر سیاست‌های پیشنهاد شده بر

روی دسترسی، بهره‌مندی و کیفیت خدمات برای گروه‌های محروم را ارزیابی و پایش نمایند.

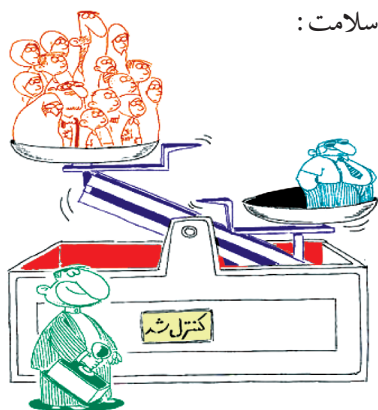
اقدام در زمینه کاهش بی‌عدالتی‌ها نیاز به تحقیقاتی در راستای گردآوری اطلاعاتی در زمینه وسعت واقعی مشکل دارد.

این امر نیاز به شناسایی سیستماتیک گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماع از طریق جمع‌آوری آمارهای مناسب اجتماعی و سلامتی و نیز تجزیه و تحلیل فرآیندهای اجتماعی که منجر به وضعیت نامناسب سلامت می‌گردد، دارد. در بسیاری از کشورها، سیستم‌های آماری سنتی نمی‌تواند چنین اطلاعاتی را بصورت روئین جمع‌آوری نماید و بنابراین ممکن است نیاز به اعمال تطابق‌ها و تغییراتی در این زمینه وجود داشته باشد.

پایش و ارزشیابی مداخلات در زمینه کاهش بی‌عدالتی‌ها بمنظور اصلاح و بازبینی سیاست‌ها بسیار ضروری می‌باشند.

برخی از عرصه‌های نابرابری و بی‌عدالتی در سلامت:

- ❖ جنس
- ❖ دارایی
- ❖ تحصیلات
- ❖ جغرافیا
- ❖ سکونت
- ❖ اشتغال



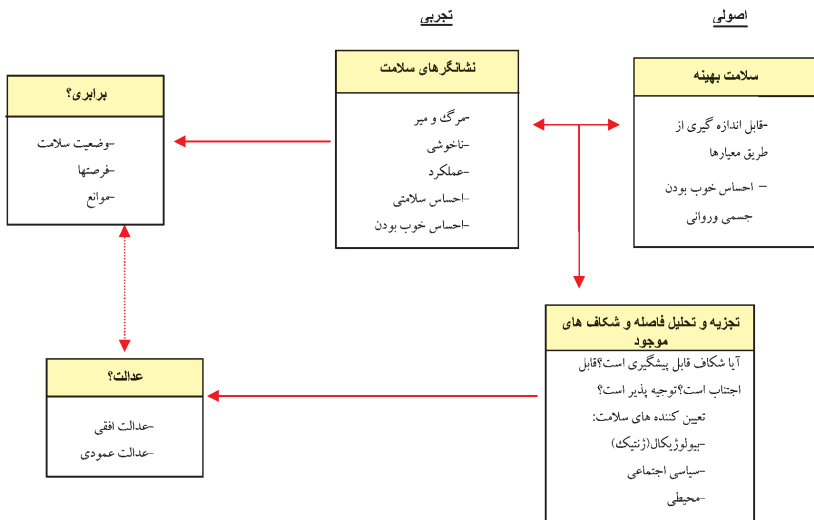
❖ دسترسی به خدمات بهداشت عمومی

❖ سواد

❖ نژاد

بمنظور اقدام در زمینه عدالت در سلامت اطلاعات و شواهد نقش بسیار مهمی دارند.

نمودار زیر چارچوبی جهت ارزیابی عدالت در سلامت را ارائه می نماید. نشانگرهای وضعیت سلامت، پایه و اساسی برای تخمین برابری در سلامت را فراهم می نمایند. در مقابل، عدالت در سلامت از طریق تجزیه و تحلیل فاصله و شکاف های موجود بین نشانگرهای مشاهده شده سلامت و اندازه های اصولی سلامت بهینه، تعیین کننده های آنها و قابل پیشگیری و توجیه پذیر بودن این قبیل شکاف ها و نابرابری ها تعیین می گردد.^(۴)



فصل سه

نتیجه گیری

همه نابرابری‌های سلامت نامنصفانه و ناعادلانه نیستند. بی‌عدالتی زمانی معنا می‌یابد که از نابرابری‌های قابل اجتناب، اجتناب نگردیده باشد.^(۸)

در کل می‌توان گفت عدالت در سلامت به معنای فقدان تفاوت‌های سیستماتیک در سلامت در بین گروه‌های مختلف اجتماعی است. در واقع بی‌عدالتی در سلامت سبب می‌شود وضعیت سلامت گروه‌های اجتماعی محروم از آن چه که هست بدتر شود. هنگامی که مفهوم عدالت در سلامت به خوبی مشخص گردید، تدوین و توسعه سیاست‌های عملی در جهت کاهش بی‌عدالتی‌ها با در نظر گرفتن اصول پایه‌ای که در فوق شرح آن رفته است، باید آغاز گردد.

باید تمام تاکید بر این باشد که حل مشکلات موجود در عرصه عدالت در سلامت فقط با اقدامات یک‌وزارخانه یا بخش امکان پذیر نمی‌گردد، بلکه باید در تمام سطوح این قبیل اقدامات شکل گرفته و هر یک از شرکاء در زمینه رفع چالش‌های آتی مساعدت نمایند. در واقع عدالت در سلامت با اصول اخلاقی و توزیع عدالت در تمام سطوح و حوزه‌ها مرتبط است. این موضوع با:

الف) توزیع سلامت و فرصتها به منظور دستیابی به حد مطلوب سلامت؛

ب) برآورد عادلانه نیازهای سلامت و مراقبت از سلامت از طریق تدابیر بیمه‌ای

مراقبت‌های سلامت و سیستم مراقبت سلامت رسمی؛

ج) به کارگیری اصول عدالت در توزیع تمام جنبه‌های مراقبت‌های سلامتی از قبیل

مالی، دسترسی، پاسخ‌گویی و کیفیت؛

د) مدیریت کلان و خرد و تصمیم‌گیری در خصوص سیستم مراقبت سلامت

مرتبط است.

بخش دوم

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت؛
ریشه بی عدالتی در سلامت جوامع



فصل چهارم

تاریخچه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

از قدیم الایام وضعیت اقتصادی-اجتماعی بر سلامت انسان موثر شناخته شده است و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی-اجتماعی یعنی در آمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، نسبت سرباری، بعد خانوار، میزان

افزایش جمعیت و... تعیین می شود. خوشبختانه امروزه موضوع سلامتی در اولویت دستور کار توسعه بین المللی قرار دارد و نابرابری های سلامتی بین و نیز در داخل کشورها به عنوان مرکز توجه جوامع جهانی قرار گرفته است، در حال حاضر این امکان به وجود آمده است که سطح سلامت در جوامع کم درآمد، محروم و آسیب پذیر افزایش یابد. اما این به شرطی امکان پذیر است که به علل واقعی مشکلات سلامتی توجه شود.

قدرتمندترین این علل شرایط اجتماعی هستند که مردم در آن زندگی و کار می کنند و از آنها به عنوان عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) یاد می شود.

عوامل اجتماعی تاثیر گذار در واقع بازگو کننده موقعیت های متفاوت مردم در نردبان اجتماعی قدرت و منابع می باشند. شواهد حاکی از آن است که بیشترین بار بیماری ها و قسمت اعظم نابرابری های سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی می شود. در اهداف توسعه هزاره (MDGs) تاثیر شرایط اجتماعی بر سلامت به رسمیت شناخته شده است. چارچوب این اهداف نشان می دهد که در بسیاری از کشورها بدون بدست آوردن موفقیت های چشمگیر در زمینه کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات، توانمندسازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیرنشین و پرجمعیت، دستیابی به اهداف سلامت مقدور نمی باشد و لذا بدون ایجاد پیشرفت و ترقی در عرصه سلامت، سایر اهداف توسعه هزاره غیر قابل دسترسی خواهد شد.

امروزه، دستور کار توسعه بین المللی بر اساس اهداف توسعه هزاره بنا شده که این خود فرصتی بنیادین را فراهم آورده تا بتوان سیاست های سلامت را از طریق از بین بردن ریشه های اجتماعی نابرابری و آلام اجتناب پذیر انسانی ارتقاء داد.

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (Commission on Social Determinants of Health)

با هدف هدایت و رهبری در این زمینه تاسیس شده است. بدون شک برای رسیدن به اهداف، این کمیسیون باید از تجارب پیشین بهره گیرد. استراتژی "سلامت برای همه" که در سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ مطرح شد، بر لزوم توجه بر عوامل تاثیرگذار اجتماعی تاکید داشت. اما تاکنون این توصیه‌ها به ندرت منجر به اتخاذ سیاست‌های موثر شده است. پیام قوی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (SDH) مجدداً در اواسط دهه ۱۹۹۰ مطرح شد، اما این بار نیز به رغم اجرای سیاست‌های گسترده‌تر، پیشرفت‌های مختصری در کشورهای در حال توسعه، یعنی نقاطی که بیشترین نیاز را دارند، حاصل گردید.

تحلیل علل این ناکامی‌ها در عدم برنامه‌ریزی استراتژیک موثر ریشه دارد. اتخاذ سیاست‌ها و مداخلاتی ویرای روال مرسوم بخش سلامت از جمله ماموریت‌های این کمیسیون است ولیکن این ماموریت باید به عنوان بخش اصلی سیاست سلامت مد نظر قرار گیرد.

ریشه‌های نگرش اجتماعی به سلامت:

نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی که بر سلامت مردم موثر هستند از زمان‌های بسیار قدیم شناسائی شده است. فعالیت‌های بهداشتی قرن ۱۹ و بیشتر اقدامات زیر بنایی بهداشت عمومی نوین، همگی نشان دهنده آگاهی از وابستگی بین موقعیت اجتماعی، شرایط زندگی و پیامدهای سلامتی مردم است. ردولف ویرشو (Rudolf Virchow ۱۸۲۱-۱۹۰۲) می‌پرسد که: "آیا نمی‌توانیم رد پای همیشگی بیماری‌های توده مردم را در اجتماع ببینیم؟". تحقیقات اپیدمیولوژیک ثابت کرده که عوامل زیست محیطی و اجتماعی در بهبود سلامت بسیاری از جمعیت‌ها در کشورهای صنعتی در آغاز قرن ۱۹ اهمیت داشته است.

تجزیه و تحلیل‌ها مشخص کرده است در اغلب مواردی که کاهش‌های اساسی وجدیدی

در مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی مثل سل داده، قبل از توسعه درمان‌های طبی موثر در این زمینه به وقوع پیوسته است که در واقع می‌توان گفت این قبیل کاهش‌ها در مرگ و میر، ریشه در تغییرات حاصله در سبب‌گذاری و شرایط زندگی داشته است.^(۹)

اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، که پیش‌نویس آن در سال ۱۹۴۶ تهیه شد، این حقیقت را مطرح می‌کند که بنیانگذاران این سازمان قصد داشته‌اند هم‌گام با مقابله با چالش‌های فرا روی مراقبت‌های پزشکی و درمان‌های موثر، به ریشه‌های اجتماعی مشکلات سلامتی نیز توجه ویژه نمایند. در این اساسنامه، سلامتی به عنوان "حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری" تعریف شده است.

هم‌چنین به خوبی بیان شده که هدف این سازمان دستیابی همه مردم به بالاترین سطح ممکن سلامتی می‌باشد. در راستای مأموریت‌های اساسی این سازمان می‌توان به همکاری با کشورهای عضو و سازمان‌های تخصصی مرتبط جهت "بهبود تغذیه، وضعیت مسکن، بهداشت، تفریحات، شرایط اقتصادی یا کاری و دیگر جنبه‌های بهداشت زیست محیطی" اشاره کرد که همگی جهت نیل به فرآیند سلامت ضروری می‌باشند.

در سال‌های دهه ۱۹۵۰ بر فن‌آوری و مبارزه با بیماری‌های خاص تاکید شد. در طی آن سالها تحقیقات عمده‌ای بر روی داروها صورت گرفت که باعث شد تعداد معتابهی آنتی‌بیوتیک، واکسن و دیگر محصولات داروئی جدید در این دوره تولید شود.

از جمله ویژگی‌های عمده در بهداشت عمومی در این دوره افزایش برنامه‌های "عمودی" بود که با اتکاء به فن‌آوری محدود با هدف از بین بردن بیماری‌های خاص همچون مالاریا، آبله و سل به مرحله اجرا درآمد.

چنین برنامه‌هایی تا حد زیادی کارآمد به نظر می‌رسیدند و در برخی موارد توانستند به اهداف قابل ارزیابی دست یابند (نظیر تعداد واکسیناسیون انجام شده و مانند آن). اما این برنامه‌ها ماهیتاً ویژگی‌های اجتماعی و نقش آنها را در ایجاد بیماری‌ها نادیده می‌گرفتند.



سال‌های ۱۹۶۰ تا آغاز دهه ۷۰ زمان پیدایش راهکارهای جامعه نگر بود. جامعه‌های

محلی و کارکنان خدمات بهداشتی به دنبال جایگزینی برای برنامه‌های مبارزه عمودی با بیماری‌ها و تاکید بر مراقبت‌های درمانی بودند.

برای اولین بار برنامه‌هایی به نام برنامه‌های سلامت جامعه نگر (CBHP) تدوین گردیدند. این نوآوری بر شرکت توده مردم و تقویت اختیارات جامعه در اتخاذ تصمیمات مرتبط با سلامت و بهداشت تاکید داشت. اهمیت فناوری پیشرفته پزشکی و تکیه بر متخصصان پزشکی آموزش دیده به تدریج کاهش یافت. در طی آن سال‌ها در فیلیپین برخی از گروه‌ها به استفاده از "تحلیل‌های ساختاری" جامعه نگر پرداختند که از طریق آن اعضای جامعه ریشه‌های سیاسی و اجتماعی مشکلات و مسایل سلامت را دنبال و ردیابی می‌کردند.

این روش‌های اعطای اختیارات ابزاری برای گروه‌های آسیب پذیر فراهم کرد که به طرز نوین به تشخیص مسایل بهداشتی اجتماعی خود پرداخته و علل چندگانه آنرا تجزیه و تحلیل نمایند و اقدامات درمانی استراتژیک را برنامه‌ریزی کنند.

در آغاز دهه ۱۹۷۰ شواهد نشان دادند که راهکارهای مبتنی بر فناوری در زمینه

مراقبت‌های بهداشتی در جهت ارتقاء چشمگیر سلامت عمومی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه با شکست مواجه شده است، در حالی که اجرای برنامه‌های جامعه نگر در برخی از مناطق بسیار فقیر به نتایج بهتری منتج شد.

مطالعات حاکی از آن است که بسیاری از مشکلات شایع سلامت از بخش‌هایی از خود جامعه ناشی می‌شود و راهکار متمرکز بر سلامت و بهداشت یک راهکار ناکارآمد است و شاید اعمال اقدامات دیگری در خارج از حوزه بهداشت تاثیرات بیشتری از مداخلات صرفاً بهداشتی بر سلامت داشته باشد.

در همان سال سازمان جهانی بهداشت و یونیسف مشترکاً گزارشی مبنی بر انتخاب راهکارهای جایگزین برای مقابله با نیازهای اساسی سلامت و بهداشت در کشورهای در

حال توسعه انتشار دادند. این گزارش بر نقایص برنامه‌های عمودی در مبارزه با بیماری که مبتنی بر مشکلات فن آوری بود و عوامل اجتماعی را نادیده می‌گرفت تاکید می‌کرد. این گزارش حاکی از آن بود که عوامل اجتماعی مثل فقر، کمبود مسکن و فقدان آموزش مناسب ریشه‌های واقعی علل اصلی مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه هستند.

دستور کار جدید در کنفرانس بین‌المللی مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، با حمایت سازمان جهانی بهداشت و یونسف در **کنفرانس بین‌المللی آلماتا قزاقستان در سپتامبر ۱۹۷۸** مورد توجه ویژه قرار گرفت. بیانیه این کنفرانس حاکی از آن بود که: "سلامت برای همه (HFA) تا سال ۲۰۰۰" با اتکا بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان وسیله کار. استفاده از استراتژی‌های سلامت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه (HFA/PHC) نشان دهنده ظاهر شدن مجدد عوامل اجتماعی موثر به عنوان دغدغه اصلی بهداشت عمومی بود. مدل PHC بدان صورت که در آلماتا مطرح شد بیانگر نیاز به یک استراتژی جامع بهداشت و سلامت بود که نه تنها خدمات بهداشتی را لحاظ می‌کرد، بلکه به ریشه‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بهداشت ضعیف نیز می‌پرداخت.

در بیانیه آلماتا، مراقبت‌های بهداشتی اولیه از دو جنبه مطرح می‌شدند. از یک سو، PHC به عنوان خدمات بهداشتی اساسی در سیستم بهداشتی شکل گرفته بود تا نیازهای بهداشتی اکثریت را برآورده سازد و "نخستین سطح تماس افراد، خانوارها و جامعه با نظام ملی سلامت بود." و از سوی دیگر PHC فلسفه فعالیت‌های بهداشتی به عنوان بخشی از "توسعه اقتصادی و اجتماعی کلی جامعه" محسوب می‌شد. "فعالیت‌های بهداشتی نه به عنوان یک مداخله کوتاه مدت و مستقل، بلکه به عنوان بخشی از فرآیند بهبود شرایط زندگی تلقی می‌شوند."

در PHC، اقدامات بین‌بخشی به عنوان جزئی از محورهای فعالیت به هدف پرداختن به عوامل اجتماعی و زیست‌محیطی مطرح می‌شوند. در بیانیه کنفرانس آلماتا تصریح شده

است که PHC علاوه بر بخش بهداشت و سلامت، تمامی جوانب توسعه ملی و اجتماعی مرتبط، و به طور خاص کشاورزی، دامداری، صنایع غذایی، آموزش و پرورش، مسکن، فعالیت‌های عمومی، ارتباطات و دیگر بخش‌ها را در بر می‌گیرد و به تلاش هماهنگ در تمامی این حوزه‌ها نیاز دارد.

از نیمه دهه ۱۹۸۰ عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت (SDH) نیز در تحقق پیدا کردن جنبش ارتقاء سلامت اهمیت پیدا کردند. نخستین کنفرانس بین‌المللی ارتقاء سلامت در اوآوا در ماه نوامبر سال ۱۹۸۶ برگزار شد. این کنفرانس منشور اوآوا را در مورد ارتقاء سلامت مورد تأیید و پذیرش قرار داد.

منشور مزبور ۸ عامل موثر و کلیدی "پیش‌نیاز" سلامت را تعیین نمود. این پیش‌نیازها عبارت بودند از: صلح، سرپناه، آموزش و پرورش، مواد غذایی، درآمد، اکوسیستم دارای ثبات، منابع پایدار، عدالت اجتماعی و برابری.

بدیهی است که این گستره وسیع از توانمندسازی بنیادین نمی‌توانست تنها از عهده بخش بهداشت و سلامت بر آید بلکه به اقدامات هماهنگ میان بخش‌های مختلف دولتی، سازمان‌های غیر دولتی، سازمان‌های داوطلب، بخش خصوصی و رسانه‌ها نیاز داشت. بعد از کنفرانس اوآوا، کنفرانس‌های بین‌المللی دیگری در مورد ارتقاء سلامت و بهداشت برگزار شد که پیام‌های مندرج در منشور کنفرانس مزبور را گسترش دادند و تلاش کردند یک جنبش پایدار را راه‌اندازی کنند.

بنابراین شانس موفقیت در همکاری‌های بین‌بخشی با توانائی دیگر ارکان تغییر خواهد کرد که تعهد گسترده به سلامت به عنوان یک هدف اجتماعی و سیاسی جمعی و طراحی سیاست‌های توسعه اقتصادی برای ارتقاء رفاه اجتماعی، دادن اختیارات اجتماعی و مشارکت عمومی و عدالت و برابری در پوشش خدمات درماني از آن جمله اند.

هر جا که این اهداف به طور جدی دنبال نشود اقدامات بین‌بخشی برای سلامت با

شکست و ناکامی مواجه خواهد شد. بعدها تحلیل گران دلایل بیشتری یافتند که چرا در بسیاری از کشورها به دنبال کنفرانس آلمان آتا اقدامات بین بخشی برای سلامت با شکست روبرو شد.

یکی از مشکلات در این راستا به شواهد و سنجش‌ها مربوط می‌شده است. تصمیم‌گیرندگان دیگر بخش‌ها شکایت می‌کردند که کارشناسان بهداشت و سلامت اغلب اوقات نتوانسته‌اند شواهد کمی درباره اثرات اختصاصی سلامت که مربوط به فعالیت‌های دیگر در بخش‌های غیر بهداشت و سلامت مانند بخش مسکن، حمل و نقل، آموزش و پرورش و سیاست‌های غذائی یا صنعت باشند را ارائه نمایند.

در یک سطح فراتر از عدم توانائی در ارائه داده‌های مرتبط با موارد خاص، یک عدم اطمینان بر روش شناسی عمیق حاکم بود که چگونه می‌توان شرایط اجتماعی و فرآیندها را اندازه‌گیری کرد و اثرات آنها را بر سلامت به طور دقیق ارزیابی نمود.

این مشکل به واسطه پیچیدگی ذاتی چنین فرایندهایی و به واسطه فاصله زمانی طولانی که بین آغاز سیاست‌های اجتماعی و مشاهده اثرات آن بر سلامت جامعه وجود داشت، خود دشوارتر و پیچیده‌تر می‌شد.

سال‌های بعد با اتفاقاتی از قبیل پیدایش مراقبت‌های بهداشتی اولیه انتخابی، شرایط اقتصادی و سیاسی ۱۹۸۰ هجری و نئولیبرالیسم و سپس ۱۹۹۰ هجری و سال‌های پس از آن با بحث‌هایی پیرامون توسعه و جهانی سازی و انتشار یکسری پیام‌های مبهم از سوی سازمان جهانی بهداشت سپری شد. نهایتاً برخی از کشورها در دهه ۱۹۹۰ و آغاز سال ۲۰۰۰ گام‌های چشمگیری در جهت تلاش برای پرداختن به ابعاد اجتماعی سلامتی برداشتند. اثرات شایع طبقه‌بندی‌های اجتماعی موثر بر سلامت به خصوص از طریق اطلاعات آماری مستمر و به طور شفاف تشریح شد.

عبارت "عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت" در میانه دهه ۱۹۹۰ به طور فزاینده‌ای

مطرح شد. تقویت این باور که شواهد بدست آمده در مورد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت اثرات بالقوه گسترده‌ای در سیاست عمومی دارد باعث شد تا تلاش‌هایی اعمال شود تا یافته‌های علمی به زبانی بیان شوند که برای سیاستگذاران و عامه مردم قابل فهم باشد. به گونه‌ای که در اواخر دهه ۱۹۹۰ و **اوائل سال‌های ۲۰۰۰** محرکی جهت اقدام به سیاستی منسجم برای از بین بردن نابرابری در سلامت و لحاظ کردن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت فراهم آمده بود.

بررسی و مقایسه برنامه‌ها و سیاست‌های SDH ملی نیازمند یک رده‌شناسی است تا با کمک آن گروه بندی منسجمی از این برنامه‌ها حاصل شود. این گروه بندی باید نشانگر نقاط مشترک و اختلافات برنامه‌ها باشد.

برای آن که ارتباط میان این استراتژی‌ها منسجم شود، ترسیم ذهنی تصویری از یک "خط تولید اجتماعی" متشکل از مکانیسم‌های به هم متصل، که از طبقه بندی زیر ساخت اجتماعی آغاز شود و تا توزیع نابرابر پیامدهای سلامت پیش رود، مفید خواهد بود. آن گاه، نگرشی به سلامت نامناسب به دست می‌آید که جایگاه و فرصت‌های اجتماعی-اقتصادی افراد، در امتداد این خط تولید و ۴ نقطه اصلی اعمال سیاست‌ها را آشکار می‌کند:

- تلاش برای کاهش لایه‌های اجتماعی یعنی کاهش نابرابری در قدرت، وجهه اجتماعی، درآمد و ثروت مرتبط با موقعیت‌های اقتصادی - اجتماعی مختلف؛
- تلاش برای پیشگیری از عوامل آسیب رسان به سلامت که بر مردم در موقعیت‌های آسیب پذیر وارد می‌آید؛
- تلاش برای کاهش آسیب پذیری مردم محروم نسبت به شرایط آسیب رسان به سلامت که با آن روبرو هستند؛
- کاهش پیامدهای نابرابر بیماری و جلوگیری از بدتر شدن شرایط اقتصادی و

اجتماعی اقصار محروم می‌شوند از طریق مداخله در مراقبت‌های بهداشتی.

این ۴ نقطه ورودی نشانگر ۴ سطح از سطوح بنیادی در بین سیاست‌های موجود SDH است. اولین آن به برنامه‌هایی مربوط می‌شود که از طریق اقدامات باز توزیعی، سلسله مراتب اقتصادی و اجتماعی را تغییر دهند. نقاط دوم و سوم منعکس کننده استراتژی‌های میانی و معتدل تری هستند که قصد دارند اقصار محروم را در برابر پیامدهای منفی سلامت متناسب با جایگاه اجتماعی آنها محافظت نمایند، برای مثال، این کار را از طریق بهبود در شرایط کاری و یا کاهش نرخ استعمال دخانیات در میان قشر کم درآمد به انجام می‌رسانند.

نقطه چهارم به استراتژی‌های ارائه مراقبت‌های پزشکی هدفمند اشاره دارد که سعی دارند صدمات نیروهای اجتماعی آسیب رسان را بر سلامت قشر آسیب پذیر - هنگامی که آسیب و صدمه وارد می‌آید - ترمیم کنند و با این اقدام از اثرات بیماری که موجب کاهش بیشتر موقعیت اجتماعی و اقتصادی این گروه می‌شود جلوگیری به عمل آورند.

البته این طبقه‌بندی سیاست‌ها و مداخلات بر حسب این ۴ نقطه ورودی باید با طبقه‌بندی‌های دیگری مقایسه شود تا مشخص شود آیا این برنامه عموم مردم را پوشش می‌دهند و یا اینکه تنها گروه خاصی از مردم در میانه جامعه تحت پوشش قرار می‌گیرند. در قرن ۲۱ نقش سازمان جهانی بهداشت در جهت ارتقاء عملکردها در حیطه عدالت در سلامت و ابعاد اجتماعی آن متحول شد.

در سال ۲۰۰۳ لی جانگ و وک، با اعلام برنامه کاری خود به نام ارتباط مجدد با ارزش‌های "سلامت برای همه" به مدیر کلی سازمان جهانی بهداشت منصوب شد. او در دسامبر سال ۲۰۰۳، طی مقاله‌ای در مجله لانست چنین نوشت:

یکی از بخش‌های حساس عدالت در روابط انسانی، ارتقاء دسترسی عادلانه به شرایطی است که سلامت را تقویت کند. هدف کنفرانس آلمان‌آاز "سلامت برای همه" نیز درست

همین بود. بنابراین اصول اساسی مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارتند از: دسترسی عادلانه (به خدمات سلامت)، مشارکت عمومی و راهکارهای بین‌بخشی برای بهبود وضعیت سلامت و بهداشت. این اصول باید در شرایط و زمینه امروز نیز اعمال شود.^(۹)

در همین راستا، دکتر لی در پنجاه و هفتمین مجمع جهانی بهداشت در ماه می ۲۰۰۴ اعلام کرد که سازمان جهانی بهداشت تمایل دارد کمیسیونی جهانی را در ارتباط با عوامل موثر بر سلامتی ایجاد کند، تا از این طریق دستور کاری برای برقراری عدالت و تقویت حمایت سازمان از کشورهای عضو، در جهت اجرای راهکارهای جامع به منظور حل مشکلات بهداشت و سلامت و ریشه‌های اجتماعی و زیست‌محیطی آن گام بردارد.

فصل پنجم

اهداف و مفاهیم

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می کنند هم چنین سن افراد همگی بر وضعیت سلامتشان تاثیر گذار هستند. نابرابری در این شرایط خود منجر به نابرابری های سلامت می گردد. خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری ها در سلامت، چه در بین و چه در داخل کشورها، قابل اجتناب اند. موفقیت ما در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی عدالتی ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه ای آن دارد.

راه حل های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه حل ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به حیطه های کاری وسیع تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد. اقدام در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مردم، جوامع و کشورها را توانمند می سازد و این توانمند شدن خود یک مسیری

قوی در راه ایجاد تغییرات در ساختار و شرایط اجتماعی را فراهم می نماید.

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت به منظور بهبود وضعیت سلامت جهانی و کاهش بی عدالتی ها یک حرکت جهانی را شکل داده است. این کمیسیون، دولت ها، تشکلات مدنی و سازمان های بین المللی را به مشارکت فرا می خواند. هم چنین شواهد جهانی در زمینه بی عدالتی در سلامت را مرور کرده و سعی می نماید دانش منطقه ای و بین المللی را به اقداماتی در این عرصه تبدیل نموده و در زمینه ایجاد چنین تغییراتی جلب مشارکت نماید.

غایت توجه این کمیسیون به اقداماتی است که با طیف وسیعی از تعیین کننده های سلامت، از شرایط ساختاری جوامع گرفته تا تاثیرات آنی برخی از فعالیت ها، و در تمام سطوح چه در سطح جهانی و چه در سطح منطقه ای، از طریق دولت ها و دخالت دادن تمام ذی نفعان (Stakeholders) از تشکلات مدنی گرفته تا بخش خصوصی سرو کار دارد.^(۸)

این کمیسیون سعی دارد تا تاثیر بسزایی بر سیاستگذاران، دانشمندان، پزشکان و رهبران تشکلات مدنی در سطوح جهانی و بین المللی داشته و توجه همگی آنها را به عدالت در سلامت جلب نموده و آنها را متقاعد نماید که اقدامات اجتماعی در این راستا نیاز به توجه به این عوامل دارد. آنها تلاش می نمایند تا به دنیا نشان دهند که نیاز است تا سلامت مدنظر همه قرار گیرد نه اینکه فقط به صورت دل نگرانی دست اندر کاران بخش سلامت باشد.

کمیسیون شواهد خود در این راستا را به سیاستگذاران و مشاوران بین المللی، دولت ها، وزیران (آموزش و پرورش، مسکن، کار و امور اجتماعی، امور خارجه، بهداشت)، دانشگاهیان، مجامع مشورتی، مجالس و روسای سازمان ملل نشان می دهد تا مشارکت آنها را جلب نماید.

در تمام جوامع پلکان اجتماعی وجود دارد که منابع اقتصادی و اجتماعی از قبیل قدرت و پرستیژ بطور نابرابرانه ای در آن توزیع گردیده اند. این توزیع ناعادلانه منابع تاثیر زیادی بر



زندگی و سلامت مردم دارد. در اینجا بخشی از این نابرابری‌ها که بر سلامت اثرگذار هستند مدنظر می‌باشد.

رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت به عنوان راه حلی در این خصوص مطرح گردیده است.

در واقع این رویکرد بین دانش فنی و پزشکی و اقدامات اجتماعی ارتباط برقرار می‌نماید. هم چنین سعی دارد عدم تعادل بین اقدامات درمانی و پیشگیرانه و مداخلات انفرادی و مبتنی بر جمعیت را کاهش داده و پیامدهای عادلانه‌تر و پایدارتری را فراهم نماید.^(۱)

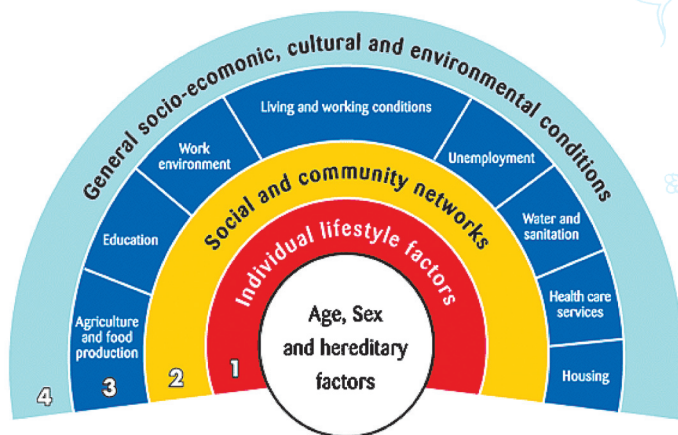
امروزه در کما اینکه چرامردم فقیر در کشورهای کم درآمد از میزان بالاتری از بیماری‌ها خصوصاً بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه در رنج هستند کار سختی نیست: کمبود غذا، آب ناسالم، بهداشت محیط نامطلوب، سرپناه نامناسب همگی سبب افزایش مواجهه با عوامل عفونی شده که فقدان خدمات پزشکی مناسب نیز در این مناطق مزید علت می‌گردد.

متشابه‌ها شواهدی وجود دارد که بیماری‌های غیر واگیر بار عمده بیماری‌های مردم در طبقات اجتماعی پایین و متوسط در کشورهای با درآمد متوسط و بالا را به خود اختصاص داده است. در مطالعه بار بیماری‌هایی که توسط سازمان جهانی بهداشت انجام گردیده است، کمی وزن، زیادی وزن، سیگار، الکل، فشارخون بالا و رفتارهای نامناسب جنسی از علل عمده مورثالیته و موربیدیته در این کشورها محسوب گردیده‌اند.^(۱)

در هر دو حالت سوال مطرح این است که چگونه این علل و توزیع‌های نابرابرانه حادث می‌گردند؟ علت‌العلل‌ها کدامند؟ این قبیل مسائل و سوالات است که ما را به تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت می‌رساند.^(۱)

مداخلات در حیطه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نیاز به مواجهه با طیف وسیعی از تعیین‌کننده‌های سلامت، از شرایط ساختاری اجتماعی گرفته تا اقداماتی با تاثیر آنی در تمام سطوح و از طریق دولت‌ها دارد. این اقدام یک فرآیند چندبخشی است و دربرگیرنده

عاملین و فعالان دولتی و غیر دولتی، تشکلات مدنی، سازمان‌های خصوصی و بین‌المللی و نیز خود پزشکان و کارکنان بخش سلامت است. نقش کلیدی اقدامات چند سطحی و چند بخشی در این وادی کاملاً واضح است.^(۱)



Dahlgren, G. (1995)
European Health Policy Conference:
Opportunities for the Future. Vol 11 - Intersectoral Action for Health
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

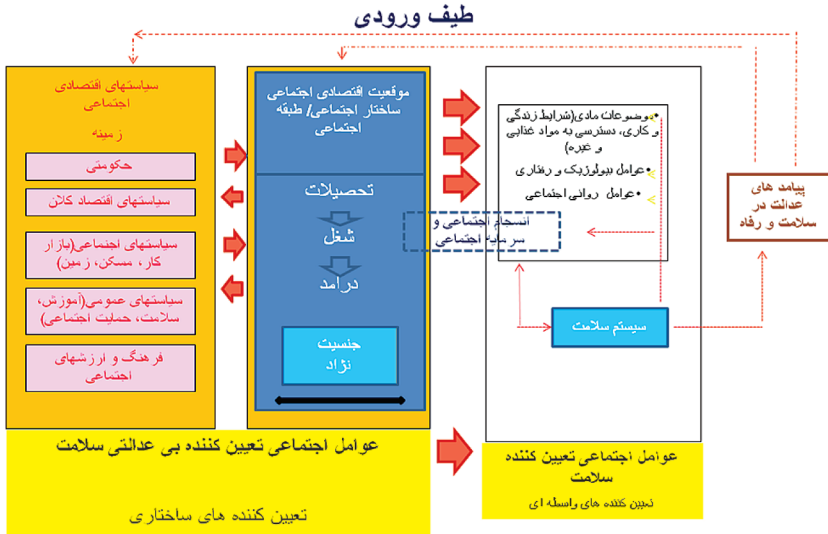
هدف کلی از طرح مقوله عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت:

ایجاد عدالت و برابری در عرصه‌های مختلف سلامت با توجه به نیازهای هر فرد

اهداف اختصاصی کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت:

- i. جمع آوری شواهد در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت؛
- ii. کمک به تصمیم گیران برای استفاده از شواهد عوامل اجتماعی تعیین کننده به منظور فراهم آوردن شرایط بهتری از سلامتی برای همگان؛
- iii. تقویت انگیزه در زمینه اقدام در خصوص عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و توسعه درک و دیدگاه مشترک از اولویت‌های این برنامه در میان ارگان‌های مرتبط؛
- iv. تطابق و افزایش برنامه‌های جاری که تاثیر مثبت اثبات شده‌ای بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامتی و نابرابری دارند؛
- v. اجرای اقدامات جامع اصلاحی به منظور در اولویت قرار دادن موضوع سلامتی در سیاست‌های کلی و همکاری‌های بین بخشی.

ارتباط عوامل اجتماعی و پیامدهای سلامت: (۸)

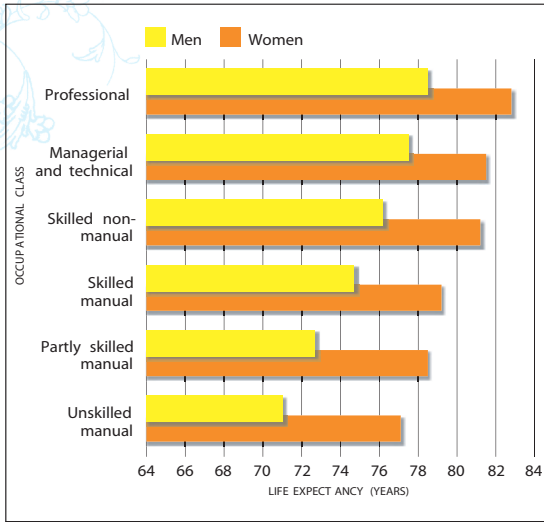


ذیلا به برخی از این عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت اشاره گردیده است:

گروادیان اجتماعی:

شرایط ضعیف اقتصادی اجتماعی در طول زندگی بر سلامتی تاثیر گذار است. افرادی که در طبقات پایین اجتماعی قرار گرفته اند حداقل دو برابر افرادی که در طبقات بالاتر هستند دچار بیماری جدی و مرگ زودرس می شوند. حتی در میان طیف کارکنان اداری، آن دسته که از طبقه پایین تری برخوردارند بیشتر از کارکنان طبقه بالاتر از بیماری و مرگ زودرس در رنج می باشند. علل مادی و روانی اجتماعی از قبیل سرمایه کم خانواده، تحصیلات پایین، شغل نامطمئن و زندگی در خانه های نامناسب در ایجاد این تفاوت ها سهم دارند که در نهایت اثرات آنها منجر به بروز بیماری ها و یا مرگ زودرس می گردد. هر چه مردم به مدت طولانی تری در شرایط اقتصادی اجتماعی تنش دار زندگی کنند به

همان نسبت از لحاظ فیزیکی رنج بیشتری را متحمل شده و در سنین کهنسالی از سلامتی کمتری بهره‌مند خواهند شد. (۱۱)

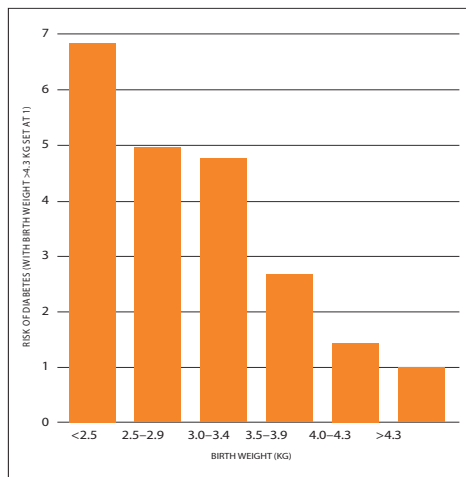


نمودار ۱: تفاوت‌های امید زندگی در طبقات حرفه‌ای، انگلستان و ولز ۹۹-۱۹۹۷

شرایط دوران ابتدایی زندگی:

اثرات یک شروع خوب در زندگی، یعنی حمایت مناسب از مادران و فرزندان، برای یک عمر باقی خواهد ماند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پایه سلامت دوران بزرگسالی ریشه در دوران کودکی و قبل از تولد دارد. کندی رشد و ضعف حمایتی می‌تواند باعث افزایش خطرات جسمانی در طول زندگی و کاهش قدرت ادراکات احساسی-عملکردی در دوران بزرگسالی گردد. شرایط نامناسب در دوران بارداری از قبیل سوء تغذیه، سیگار کشیدن، استفاده نادرست از دارو، ورزش ناکافی و عدم مراقبت‌های قبل از زایمان همگی می‌توانند منجر به رشد نامطلوب جنین گردند و این رشد نامطلوب جنین خطری برای سلامت آتی فرد

محسوب خواهد شد. تجارب دوران کودکی به دلیل انعطاف پذیری مستمر سیستم‌های بیولوژیکی، در سلامت آینده فرد حائز اهمیت است. به همان نسبت که ورودی‌های حسی - ادراکی، واکنش‌های مغزی را برنامه‌ریزی می‌نمایند، ناامنی احساسی و تحریک پذیری ضعیف نیز می‌توانند منجر به کاهش آمادگی رفتن به مدرسه، قدرت فراگیری پایین‌تر، مشکلات رفتاری و انزوای اجتماعی در طی دوران بزرگسالی شوند. عادات خوب سلامتی از قبیل مصرف غذای مناسب، سیگار نکشیدن، ورزش کردن و... مستلزم تربیت والدین و آموزش‌های صحیح مریان است. رشد کند و عقب ماندگی جسمی در کودکی منجر به کاهش رشد و عملکرد سیستم‌های قلبی - عروقی، تنفسی و کلیوی گشته و احتمال خطر بیماری در بزرگسالی را افزایش می‌دهد.^(۱۱)

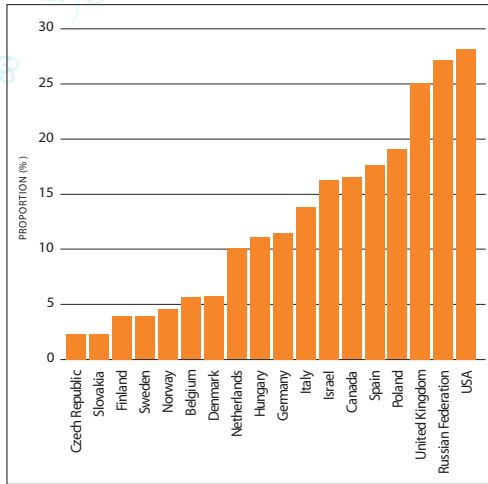


نمودار شماره ۲: خطر ابتلا به دیابت در مردان ۶۴ سال بر حسب وزن هنگام تولد

انزوای اجتماعی:

فقر، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تاثیر مهمی بر سلامتی و نیز مرگ زودرس دارند. فقر مطلق یعنی کمبود مایحتاج ضروری اولیه زندگی که هنوز در برخی از غنی‌ترین

کشورهای اروپایی نیز وجود دارد. در این میان بطور اخص، افراد بیکار، گروه‌های اقلیت قومی، کارگران خارجی، افراد ناتوان، پناهندگان و افراد بی‌خانمان در معرض خطر قرار دارند. کسانی که در خیابانها زندگی می‌کنند میزان مرگ زودرس بالاتری دارند.



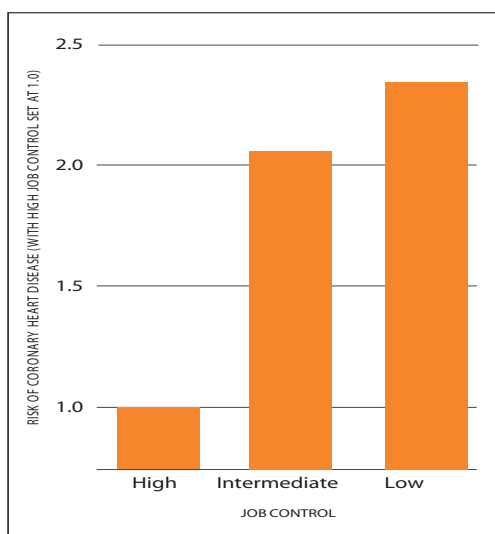
نمودار شماره ۳: نسبت کودکانی که در خانواده فقیر زندگی می‌کنند

فقر نسبی یعنی زندگی در وضعیتی فقیرانه‌تر از دیگر مردم اجتماع و این اصطلاح اغلب به کسانی اطلاق می‌شود که با درآمدی کمتر از ۶۰٪ در آمد متوسط در سطح ملی، زندگی می‌کنند. انزوای اجتماعی منجر به کاهش سلامتی و مهم‌تر از آن خطر مرگ زودرس می‌شود. اضطراب ناشی از فقر خصوصاً برای زنان باردار، نوزادان، کودکان و سالمندان مضر است. انزوای اجتماعی هم چنین ممکن است به دلیل نژاد پرستی، تبعیض، بدنامی، خصومت و بیکاری نیز به وجود آید. این شرایط مردم را از یادگیری، حضور در جلسات آموزشی، دسترسی به خدمات و فعالیت‌های شهروندی باز می‌دارد. که اینها خود همگی از لحاظ روانی و اجتماعی زیان آور بوده و به لحاظ مادی برای سلامتی مضر هستند. هرچه افراد برای مدت طولانی‌تری در این قبیل وضعیت‌ها زندگی نمایند، بیشتر در معرض ابتلا به

بیماری‌ها به ویژه بیماری قلبی-عروقی خواهند بود. فقر و انزوای اجتماعی خطر طلاق، ناتوانی، بیماری، اعتیاد و طرد از اجتماع را افزایش می‌دهند.^(۱۱)

کار:

استرس در هنگام کار خطر بیماری را افزایش می‌دهد. افرادی که کنترل بیشتری بر کارهایشان دارند از سلامت بهتری برخوردارند. در کل شغل داشتن برای سلامتی فرد بهتر است تا اینکه فرد هیچ شغلی نداشته باشد. اما روش‌های مدیریت و روابط اجتماعی حاکم در محیط کار نیز در سلامتی نقش به‌سزایی دارند. شواهد نشان می‌دهد که استرس در کار نقش مهمی در بیماری و مرگ زودرس بازی می‌کند. مطالعاتی در محل‌های کاری اروپا نشان داده‌اند که وقتی مردم فرصت استفاده از مهارت‌هایشان را ندارند و از اختیارات کمی در تصمیم‌گیری برخوردارند، سلامتی‌شان خدشه دار می‌گردد.



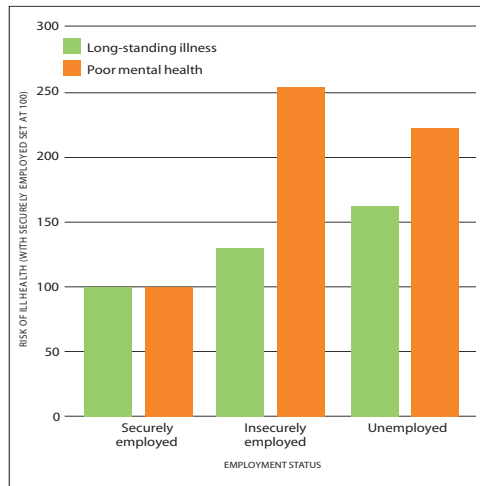
نمودار شماره ۴: سطح خود گزارشی کنترل بر کار و بروز بیماری قلبی-عروقی در مردان و زنان

قدرت کنترل پایین در حیطه کاری ارتباط قوی با افزایش خطر کمر درد، درد در ناحیه

پشت و بیماری قلبی - عروقی دارد. شغل هایی که دارای تقاضای زیاد و کنترل کم هستند از خطر ویژه ای برخوردارند. برخی شواهد مبین این مطلب است که حمایت های اجتماعی در محیط های کاری می تواند مفید واقع گردد. به علاوه مشخص شده که دریافت پاداش های ناکافی در قبال تلاش های کاری با خطر افزایش بیماری قلبی عروقی همراه می باشد. بنابراین این نتایج بیانگر این است که وضعیت روانی اجتماعی محیط کار یکی از تعیین کننده های بسیار مهم سلامت محسوب گردیده و یکی از محرک های اجتماعی در تضعیف سلامتی به شمار می رود. (۱۱)

بیکاری:

امنیت شغلی باعث افزایش سلامتی، رفاه و رضایت شغلی می گردد. میزان بیکاری بالا موجب بیماری و مرگ زودرس می شود. بیکاری سلامت را به مخاطره انداخته و میزان این خطر در مناطقی که بیکاری گسترش دارد بیشتر است. شواهد نشان می دهند که افراد بیکار و خانواده هایشان به طور قابل توجهی در معرض خطر مرگ زودرس می باشند.



نمودار شماره ۵: اثر ناامنی شغلی و بیکاری بر سلامت

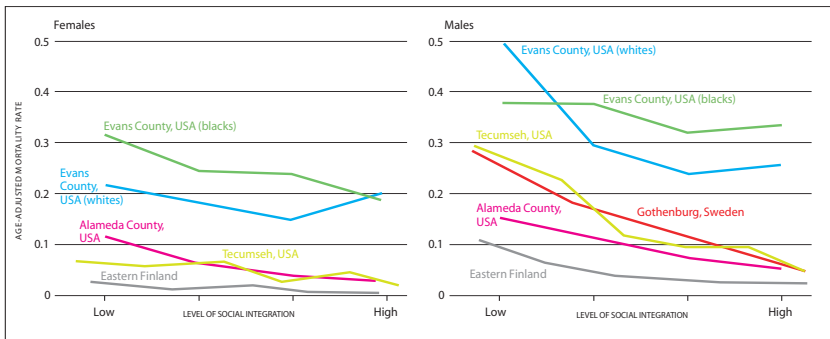
اثرات بیکاری بر روی سلامتی در نتیجه مسائل روحی روانی و مسائل مالی به وجود می‌آید. این اثرات از زمانی آغاز می‌شود که فرد احساس کند شغل اش در معرض تهدید است حتی قبل از اینکه واقعا بیکار شود. این امر گویای این مطلب است که اضطراب در مورد ناامنی شغلی نیز یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت است. ناامنی شغلی بر سلامت روان (خصوصا ابتلا به بیماری اضطراب و افسردگی)، بیماری‌های قلبی-عروقی و عوامل خطر آنها اثر زیادی دارد. بسیاری از نارضاایت‌ها و یا ناامنی شغلی می‌تواند به اندازه بیکاری برای سلامتی مضر باشد و صرف داشتن یک شغل همیشه ضامن سلامتی جسم و روان نیست و در این خصوص کیفیت شغلی نیز از اهمیت زیادی برخوردار است.^(۱۱)

حمایت اجتماعی:

حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. حمایت اجتماعی در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک‌کننده است. تعلق به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند.

این امر تاثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد. هم‌چنین روابط حمایتی می‌توانند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری گردند. جدایی و انزوای اجتماعی با افزایش میزان مرگ زودرس و شانس زنده ماندن کمتر پس از یک حمله قلبی ارتباط دارد. افرادی که حمایت‌های اجتماعی و عاطفی کمتری دارند بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی، مشکلات بارداری و ناتوانی به دنبال بیماری‌های حاد قرار می‌گیرند. از طرفی دیگر روابط نزدیک ولی نامناسب می‌تواند منجر به تضعیف سلامت روانی و جسمی گردد. میزان حمایت‌های اجتماعی که فرد از نظر عملی و عاطفی دریافت می‌کند بسته به موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی متفاوت

می‌باشد. فقر می‌تواند منجر به جدایی و انزوای اجتماعی گردد. در مقابل هم بستگی اجتماعی که به عنوان کیفیت روابط اجتماعی و وجود اعتماد، الزامات متقابل و احترام در جوامع تعریف می‌گردد، می‌تواند از سلامت مردم محافظت نماید. جوامعی که دارای سطح بالایی از نابرابری‌های درآمدی هستند تمایل کمتری به انسجام اجتماعی داشته و در نتیجه میزان خشونت در آنها بالاتر است. مطالعه به عمل آمده از یک جامعه با هم بستگی اجتماعی زیاد حاکی از میزان پایین ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی بوده است. (۱۱)

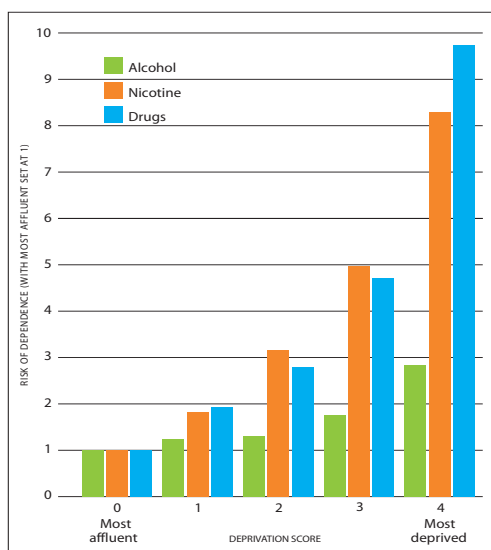


نمودار شماره ۶: سطح هم بستگی اجتماعی و مرگ و میر در پنج مطالعه آینده نگر

اعتیاد:

وابستگی افراد به الکل، مواد مخدر و دخانیات متاثر از محیط اجتماعی آنان است. مصرف مواد مخدر واکنشی است به شکست اجتماعی و برای استفاده کنندگان از آن سرابی است بمنظور فرار از فلاکت و استرس که در واقع فقط مشکلات آنها را بدتر می‌کند. وابستگی به الکل، مصرف مواد مخدر و سیگار ارتباط نزدیکی با علائم معیوب اجتماعی اقتصادی دارد. به عنوان مثال دهه گذشته که زمان تحول اجتماعی اقتصادی بزرگی در اروپای مرکزی و شرقی بود، مرگ‌های ناشی از استفاده از الکل از قبیل تصادفات، خشونت،

مسمومیت، خودکشی و صدمات بطور قابل توجهی افزایش یافت. این مسیر علیتی احتمالا یک راه دو طرفه است، بدین معنا که افراد به الکل روی می آورند تا درد شرایط سخت اقتصادی اجتماعی را التیام دهند اما از این نکته غافل اند که وابستگی به الکل منجر به سیر نزولی فعالیت های اجتماعی می گردد. محرومیت های اجتماعی مانند زندگی فقیرانه، درآمد کم، تک والدینی، بیکاری و بی خانمانی همگی با میزان بالای سیگار کشیدن و میزان پایین ترک آن در ارتباط اند. یکی از هزینه های اصلی افراد فقیر، خرید سیگار است که خود یک علت عمده در بروز بیماری و مرگ زودرس است.^(۱۱)

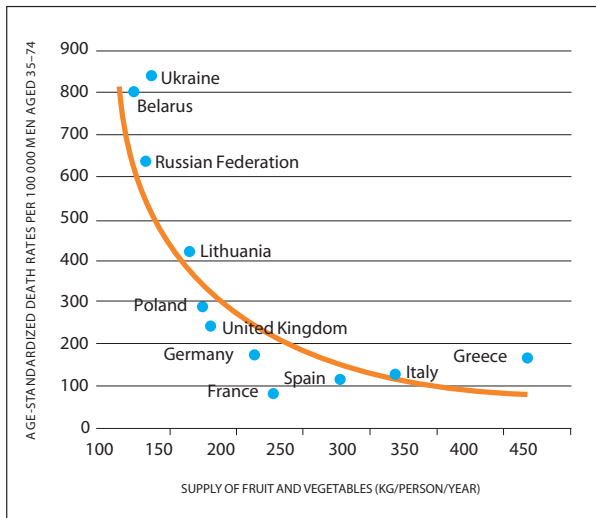


نمودار شماره ۷: محرومیت اقتصادی-اجتماعی و خطر وابستگی به الکل، نیکوتین و مواد مخدر - بریتانیای کبیر ۱۹۹۳

غذا:

رژیم غذایی خوب و مناسب برای ارتقاء سلامتی و رفاه از ضروریات محسوب می شود. کمبود مواد غذایی و نیز تنوع آن موجب بروز بیماری های ناشی از سوء تغذیه می شود. سوء

تغذیه در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان، بیماری‌های چشمی، چاقی و مراقبت‌های دندان نقش دارد. موضوع مهم بهداشتی مسئله دسترسی و تامین هزینه غذای سالم و مغذی است. رشد اقتصادی و بهبود وضعیت مسکن و بهداشت یک گذر اپیدمیولوژیک از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن را همراه داشته است.



نمودار ۸ مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی-عروقی در رابطه با مصرف سبزیجات و میوه‌ها در برخی کشورهای منتخب اروپایی

تحول دیگری که بوجود آمده تحول تغذیه‌ای بوده است. خصوصاً زمانی که رژیم غذایی به مصرف زیاد چربی‌های انرژی‌زا و شکر تغییر یافت و سبب چاقی گردید، در همین زمان چاقی در میان فقرا شایع‌تر از اغنیاء شد. اما متأسفانه کمیته‌های بین‌المللی مانند کمیته قوانین مواد غذایی که تعیین‌کننده کیفیت غذایی و استانداردهای سلامت غذایی است و دارای سرمایه‌گذاری قوی در صنعت غذا می‌باشد، هیچ نماینده‌ای از بخش بهداشت عمومی ندارد. شرایط اقتصادی اجتماعی منجر به ایجاد طبقات اجتماعی در کیفیت رژیم غذایی

گشته که خود نابرابری های سلامتی را به همراه خواهد داشت. تفاوت اصلی در وضعیت تغذیه ای طبقات مختلف اجتماعی به فرآورده های تغذیه ای مرتبط است. در اکثر کشورها، مستمندان غذاهای ارزان را جایگزین غذاهای تازه می نمایند. گروه های کم درآمد مانند افراد مسن، خانواده های جوان و بیکاران حداقل توانایی برای خوب خوردن را دارا می باشند. در صورتی که می دانیم هدف رژیم غذایی به منظور پیشگیری از بیماری های مزمن بر استفاده از سبزی های تازه، میوه ها و غذاهای کم چربی، شکر و نمک تصفیه شده تاکید دارد. (۱۱)

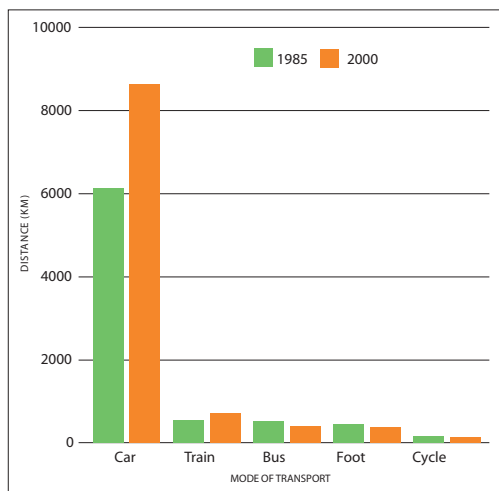
حمل و نقل و ترافیک:

منظور از حمل و نقل سالم، رانندگی کمتر و پیاده روی و دوچرخه سواری بیشتر است. دوچرخه سواری، پیاده روی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی به چهار دلیل سبب ارتقاء سلامتی می گردند: اینها خود نوعی ورزش اند، تصادفات منجر به مرگ را کاهش می دهند، ارتباط اجتماعی را افزایش و آلودگی هوارا کم می نمایند.

ماشینی شدن زندگی باعث کم تحرکی در امور شغلی و خانه داری گردیده و بطور اپیدمیک چاقی را افزایش می دهد. بنابراین مردم نیازمند یافتن راه حل هایی جهت افزایش تحرک و وارد کردن ورزش در برنامه زندگی خود هستند. سیاست های حمل و نقل می توانند نقش کلیدی در مبارزه با سبک زندگی بی تحرک داشته باشند. اینها خود از طریق سیاست هایی که منجر به استفاده کمتر از وسیله نقلیه شخصی و افزایش پیاده روی و دوچرخه سواری و گسترش حمل و نقل عمومی می گردند قابل اعمال خواهند بود. ورزش منظم از بیماری های قلبی-عروقی پیشگیری نموده و با محدود کردن چاقی موجب کاهش بروز بیماری دیابت می گردد. هم چنین ورزش احساس سلامتی را ارتقاء داده و موجب پیشگیری از افسردگی در سالمندان می گردد.

با کاهش ترافیک، تلفات و تصادفات جدی ناشی از آن نیز کاهش خواهند یافت. هر چند

که تصادفات وسایل نقلیه باعث آسیب دوچرخه سواران و افراد پیاده نیز می گردد اما معمولاً آسیب‌های آنها کم خطرتر است. طراحی خوب محیط شهری به طوری که محل عبور دوچرخه سواران و عابرین را از محل تردد ماشین‌ها جدا نماید می تواند سبب افزایش ایمنی دوچرخه سواران و عابرین پیاده نیز شود. هم چنین کاهش ترافیک جاده‌ای موجب کاهش آلودگی هوای می گردد. پیاده روی و دوچرخه سواری سبب حداقل مصرف سوخت می شوند و هم چنین از گرم شدن کره زمین نیز جلوگیری می نمایند. ضمناً کاهش بیماری‌های ناشی از آلودگی هوا و سردار در پی داشته و به لحاظ آینده اکولوژیک شهری نیز از اهمیت زیادی برخوردار است.



نمودار شماره ۹: فاصله پیموده شده توسط هر فرد بر حسب نوع

وسيله نقلیه - بریتانیای کبیر ۱۹۸۵ و ۲۰۰۰

از سوی دیگر دوچرخه سواری و پیاده روی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی خود باعث افزایش تعامل اجتماعی می گردد. انزوای اجتماعی و کمبود تعامل اجتماعی قویا با تضعیف سلامتی در ارتباط است.^(۱۱)

فصل ششم

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت

۱- اهداف کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت:

کمیسیون SDH زمانی تاسیس شد که انگیزه اقدام در جهت دستیابی به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مهیا شده بود. همناوایی عوامل مربوط به شواهد علمی، بسیج حوزه‌های ذیربط و سیاست‌های گسترده‌تر توسعه، شرایطی ایجاد کرده است که با پیشرفت‌های بی‌سابقه‌ای در سیاست‌های بهداشت و سلامت برای لحاظ کردن SDH همراه بوده است، اما بسیاری از کشورها و جوامع از این امر محروم شدند. به ویژه در مناطقی از جهان که نیازمند خدمات بهداشتی بیشتری بودند و تاثیرات منفی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در آنها بیشتر بود. در حال حاضر، فشار عمده‌ای برای دستیابی به این حرکت در زمینه SDH لازم است تا آنرا به مرحله بعد و بالاتر منتقل کند، برای این منظور باید برای فراهم کردن درک گسترده‌تر و پذیرش استراتژی‌های SDH در میان سیاست‌گذاران و طرف‌های ذینفع و به ویژه در کشورهای در حال توسعه اقداماتی صورت گیرد.

باید دانش علمی با دستور کار سیاست‌گذاری عملی منطبق با سطوح توسعه اقتصادی کشورها تلفیق شود، روش‌های مداخله‌ای موفقیت آمیز شناسایی شوند، و مشخص شود که

چگونه می‌توان این روش‌ها را اندازه‌گیری کرد و گسترش داد. همچنین، باید اطمینان حاصل شود که عوامل اجتماعی در راهکارهای سیاست بهداشت و سلامت در سازمان جهانی بهداشت و میان سایر بازیگران جهانی تداوم پیدا کند. مطالبی که عنوان شد در واقع وظایف کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت (CSDH) هستند.

کمیسیون در خلال سه سال فعالیت خود تصمیم گرفت تغییراتی اعمال کند که در نتیجه آنها، عوامل اجتماعی که بر سلامت و سیستم‌های سلامت تاثیر می‌گذارند، به عنوان عواملی مشهود، قابل درک و شناسایی در آیند.

تعداد بسیاری از موسساتی که در سطح محلی، ملی و بین‌المللی در حیطه مسائل بهداشت و سلامت مشغول به فعالیت هستند، می‌توانند از این اطلاعات و دانش استفاده کرده و سیاست‌های عمومی مرتبطی را که بر سلامت تاثیر گذارند به مرحله اجرا در آورند. رهبری، مصالح عمومی و موسسات با کفایت موجود در داخل و خارج از بخش سلامت به تغییرات تداوم خواهند بخشید. عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در برنامه‌ریزی سیاست‌ها و فعالیت‌های فنی سازمانی سلامت گنجانده خواهند شد.

۲- مباحث محوری برای کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت:

۲,۱- گستره تغییرات: تعریف نقاط ورودی:

- ✓ کاهش طبقات اجتماعی، از طریق کاهش "نابرابری" در قدرت، حیثیت، درآمد و ثروت که با موقعیت‌های اقتصادی - اجتماعی مختلف مرتبط است؛
- ✓ کاهش مواجهه با عوامل آسیب‌رسان به سلامت که قشر محروم از آن رنج می‌برد؛
- ✓ کاهش آسیب‌پذیری طبقه محروم در شرایط آسیب‌رسان به سلامت؛
- ✓ مداخله با استفاده از مراقبت بهداشتی برای کاهش پیامدهای نابرابر بیماری و پیشگیری

ناشی از تنزل اقتصادی و اجتماعی در میان افراد محروم که دچار بیماری می شوند. شواهد مربوط به ارتباط میان شرایط اقتصادی-اجتماعی مردم و سلامت آنها به دو نوع سیاست منتهی شده است. نخستین سیاست بر روی افرادی متمرکز شده است که در بدترین شرایط و وخیم ترین وضعیت بهداشت و سلامت زندگی می کنند: کسانی که در جامعه به حاشیه رانده شده اند، کسانی که با بیشترین عوامل خطر دست و پنجه نرم می کنند و کسانی که دسترسی به آنها به سختی امکان پذیر است.

از نظر سیاست و روش های مداخله ای، این سیاست راهکارهایی فراهم می کند که سعی دارند آنها را از بدترین شرایطی که در آن زندگی می کنند رهایی بخشند. در عمل، چنین مداخله ای تنها می تواند به بخش نسبتاً محدودی از جامعه کمک کند.

در راهکار دیگر این موضوع مطرح می شود که آنهایی که در بدترین شرایط فقر زندگی می کنند، در وخیم ترین شرایط بهداشت و سلامت نیز گرفتار آمده اند که آن هم بخشی از سرایشب تند اجتماعی در بخش سلامت است.

به علاوه، تعداد کثیری از مردم هستند که نمی توان آنها را از نظر اجتماعی محروم تلقی کرد اما از نظر بهداشتی در محرومیت به سر می برند.

تصمیم درباره نقاط ورودی و محتوای سیاست های پیشنهادی به ویژگی های شرایط هر کشور بستگی پیدا خواهد کرد. سیاست بهداشت و سلامت موفق که به SDH می پردازد نباید ماهیت "استفاده از یک راهکار برای تمامی موارد" را داشته باشد. کشورها و حوزه های مختلف برای اقدام در راستای SDH از سطوح آمادگی متفاوتی برخوردار هستند و توان پذیرش آنها برای استفاده از راهکار باز توزیع بنیادین متفاوت خواهد بود.

ویژگی های شرایط ملی و محلی نشان خواهد داد که برای بهبود سلامت عمومی، کدام عوامل اجتماعی باید در اولویت قرار گیرند و مناسب ترین ابزارهای سیاست گذاری کدامند. لازم است کمیسیون یک طبقه بندی از کشورها و یا حوزه های اساسی آنها با توجه به توانایی

آنها برای اقدامات در راستای SDH تهیه کند. در آمد ملی یکی از ملاک‌های مهم و وجه تمایز کشورهاست و کشورهای ثروتمند به احتمال زیاد در بسیاری از موارد تسهیلات بسیار گسترده تری از کشورهای فقیر برای اجرای سیاست‌های جامع SDH در اختیار دارند. البته در آمد تنها عامل موثر در این حیثه نیست.

کشورهایی با سطح در آمد ملی برابر، عملکردهای بسیار متفاوتی از نظر دستاوردهای اجتماعی مرتبط با سلامت داشته اند؛ از جمله از لحاظ دسترسی به غذای کافی برای تمام افراد جامعه، کیفیت مسکن، آب شرب و بهداشت و آموزش.

بنابراین، طبقه‌بندی (CSDH) نه تنها بر حسب سطح در آمد بلکه با توجه به سایر معیارها باید کشورها را گروه بندی نماید.

برای کشف اثرات شرایط بر سیستم‌های بهداشت و سلامت، رومر (Roemer)، کلتس کووسکی (Kleczykowski) و او در ورف (Vav Der Werff) یک طبقه‌بندی از کشورها را پیشنهاد کرده‌اند که متغیرهای مناسب را مد نظر قرار می‌دهد. آنها کشورها را بر اساس سه معیار طبقه‌بندی نموده‌اند. این سه معیار عبارتند از:

- ✓ میزانی که سلامت در دستور کار اجتماعی و حکومتی در اولویت قرار گرفته و در سطح در آمد ملی، منابع مکفی به سلامت اختصاص داده شده است.
- ✓ میزان مسئولیت مالی و سازماندهی در راستای تامین خدمات بهداشتی که برای افراد در نظر گرفته شده است.
- ✓ میزان مسئولیت پذیری جامعه (از طریق مقامات سیاسی مسئول) برای توزیع عادلانه و برابر منابع بهداشت و سلامت.

۲،۲- پیش‌بینی مقاومت بالقوه در برابر دستورالعمل‌های کمیسیون SDH و آمادگی برخورد استراتژیک با آن:

در مورد اینکه چرا اقدامات سیاسی در حیطه SDH در بیشتر شرایط با کندی روبرو شده است دو توضیح عمده مطرح بوده است: اول مسئله دانش و دوم مسئله قدرت. با توجه به توضیح اول، اقداماتی که برای لحاظ کردن عوامل اجتماعی موثر بر سلامت انجام شده ضعیف بوده است زیرا شواهدی که بر پایه چنین اقداماتی بنا شد کافی نبوده یا شواهد مزبور به طور موثر به کسانی که در جایگاه انجام تغییرات موثر بوده‌اند انتقال داده نشده است. توضیح دوم بر ابعاد اقتصادی-سیاسی قدرت و منافع تاکید دارد و عنوان می‌دارد که مهمترین موانع در برابر اقدامات در راستای SDH در این حیطه واقع شده‌اند.

از جمله اهداف کمیسیون SDH به طور شفاف شامل پر کردن خلأیی است که در شواهد علمی مربوط به عوامل اجتماعی، سیاستها و روش‌های مداخله‌ای موثر برای پرداختن به آنها وجود دارد.

۲،۳- شناسایی حامیان و استفاده از فرصت‌های سیاسی:

سطح موفقیت کمیسیون به میزان توانایی آن در ایجاد شبکه‌ای از اتحاد و مشارکت با عوامل تاثیرگذار در سطوح مختلف، همچون موسسات جهانی، دولت‌های ملی، و سیاستگذاران بخش تجارت، سازمان‌های اجتماعی مدنی و بخش خصوصی بستگی دارد.

حمایت‌های مداوم از سوی موسسات جهانی عمده شامل آژانس‌های ذریبط سازمان ملل، جهت ایجاد انگیزه مستمر برای دستور کار SDH و تضمین آن که این دستور کار در سیاست بهداشت بین‌المللی و الگوهای توسعه ادغام گردد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود.

کمیسیون کار خود را در سطح ملی زمانی آغاز می‌کند که محرک لازم برای اقدام

مشترک در خصوص SDH ایجاد شده باشد. برخی از کشورهای مقتدر از نظر اقتصادی و سیاسی توانسته‌اند سیاست‌های شجاعانه‌ای را در راستای SDH به اجرا در آورند و احتمال می‌رود که دیگران نیز برای اقدام آماده باشند.

۲،۴- شواهد، فرآیندهای سیاسی و طرح موضوع کمیسیون SDH:

موضوع عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت باید بتواند توجه سیاستگذاران و دیگر ذینفعان را به خود جلب نموده و الهام بخش این ضرورت باشد که عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت از اهمیت برخوردار است و اقدامات در این راستا باید به موقع و عملی باشد. این طرح باید بتواند سیاست گذاران را تشویق نماید تا دستور کار SDH را در اختیار همکاران خود بگذارند.^(۹)

فصل هفت

شبکه دانش (Knowledge Network)

در ابتدای تشکیل کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، شبکه‌های دانش نه‌گانه‌ای مشخص شدند. مسلماً، مشارکت جهانی با کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، منجر به تکمیل شدن تخصص کمیسیونرها می‌گردید. موسسات آکادمیک برجسته در شمال و جنوب دنیا شبکه‌های تحقیقاتی، سیاست‌گذاری و عملکردی در حیطه‌های موضوعی مشخصی را شکل دادند. این شبکه‌ها که شبکه‌های دانش نام گرفتند، دانش جهانی موجود با تاکید بر شواهدی برای اقدام را در هر یک از حیطه‌ها ارزیابی نموده‌اند. کمیسیون از تجارب کشورها، سیاست‌گذاران و پزشکان در این خصوص نیز استفاده نموده است و هم‌چنین تمایل به همکاری با آنها را داشته است. علاوه بر ۹ حیطه موضوعی فوق‌الذکر مسائل کلیدی دیگری از قبیل خشونت و تعارض، غذا و تغذیه و محیط نیز در دست بررسی هستند.

هدف از این دسته‌بندی، جمع‌آوری و تحلیل داده‌های موثر بر سلامت در هر یک از این حیطه‌ها و استفاده از آن برای سیاست‌گذاری در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه بوده است.

در هریک از این گروه‌های دانش، همکاری سیاستگذاران، مدیران، دانشمندان، و محققان امر سلامت پیش‌بینی شده بود. تنظیم و تدوین اجزاء شبکه دانش، هدفمند بوده و بر مبنای هدف، فعالیت‌ها، تولید دانش و منابع مالی مرتبط، مدیریت گشته است. اجزاء شبکه دانش عبارتند از:

■ تکامل کودک در مراحل اولیه زندگی (Early Child Development):

منظور از این جزء، شرایط و فرصتهای موجود برای کودکان و مادران آنها در سالهای اولیه زندگی است، که خود می‌تواند نقش موثری در شکل‌گیری زندگی و وضعیت سلامت آتی کودکان ایفا نماید. نتایج مدل‌های موفق در خصوص اجرای برنامه بهبود شرایط رشد در طی سال‌های اول زندگی بیشتر بر روی مسائلی از قبیل تغذیه مناسب، تحصیلات، ارتقاء سلامت و مراقبت‌های پیشگیرانه از بیماری‌ها و حمایت‌های اجتماعی تاکید دارند.

■ اولویت وضعیت سلامت عمومی (Priority Public Health Condition):

در این جزء، به بررسی عوامل موثر در طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت عمومی که در افزایش دسترسی و حذف موانع استفاده از خدمات سلامت، برای همه گروه‌های اجتماعی نقش دارند، پرداخته می‌شود. یکی از راه‌های تعیین اولویت برنامه‌های سلامت، توجه به بار بیماری‌ها اعم از واگیر و غیرواگیر است. علاوه بر این تاثیر مداخلات اجتماعی و سیاست‌های اجرا شده توسط دیگر بخش‌ها نیز با هدف پیشگیری و کنترل مشکلات بخش سلامت در نظر گرفته می‌شود. برای مثال، مداخلاتی در مورد میزان تحصیل زنان، وضعیت مسکن، تامین آب سالم و وجود تعداد مناسب مراکز ارائه‌کننده خدمات سلامت در این مقوله جا دارد.

■ **نظام سلامت (Health System):**

وضعیت نظام سلامت و روش های سازماندهی، تامین منابع مالی و اجرای برنامه های آن عامل تعیین کننده بسیار قوی در خصوص وضعیت سلامت و نابرابری در سلامت میان گروه های مختلف جامعه است. نظام سلامت باید به گونه ای طراحی شود که باعث کاهش نابرابری های سلامت در جامعه شده به طوریکه همه گروه های جامعه بتوانند از خدمات سلامت به نحو مطلوب بهره گیرند.

■ **اندازه گیری (Measurement):**

در این بخش میزان دستیابی به هدف نهایی (Impact) رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سنجیده می شود. مهمترین مسئله رسیدن به توافق نظر در تهیه و تدوین دستور عمل برای ارزیابی موارد زیر است:

✓ برنامه ها و سیاست های ادغام شده در نظام سلامت که عوامل تعیین کننده سلامت در آنها لحاظ شده است؛

✓ میزان تاثیر عوامل تعیین کننده سلامت و هدف نهایی این رویکرد، بر سلامت مردم و بی عدالتی در سلامت.

دستور عمل طراحی شده باید پاسخگوی موارد زیر باشد:

- I. چه چیزی در هنگام ارزیابی هدف نهایی عوامل تعیین کننده سلامت باید بررسی شود؟
- II. چگونه باید داده های مربوط به منابع و مطالعات مختلف را ارزیابی کرد؟
- III. تعیین انواع رویکردهای متفاوت کمی و کیفی برای ارزیابی مدارک و مستندات
- IV. انتخاب متغیر و شاخص های مناسب
- V. طراحی و تهیه ابزار اندازه گیری

■ **وضعیت اشتغال (Employment Condition):**

عوامل مربوط به این بحث در دو گروه عوامل داخلی مثل محیط کار و عوامل

خارجی مثل شرایط اجتماعی، اقتصادی و ساختار دولتی کار، جای می‌گیرند. عوامل موثر بر سلامت در بخش داخلی شامل مواردی مثل استرس‌های روانی، خطرات فیزیکی و ارگونومیک، تماس با مواد شیمیایی و سموم است. عوامل موثر بر سلامت در بخش خارجی شامل امنیت شغلی، درآمد، انعطاف پذیری ساعات کار، مهاجرت ناشی از شرایط شغلی و... است. هم چنین شرایط شغلی مهاجرین، کودکان و حاشیه‌نشینان نیز در این بحث بررسی می‌شود.

■ جهانی شدن (Globalization):

ماهیت دینامیک این امر تأثیری فراوان بر طیف وسیعی از مباحث سیاسی-اجتماعی دارد. از میان مباحث مربوط به جهانی شدن توجه عمده معطوف به مواردی همانند دسترسی به بازار، موانع تجارت، یکپارچه‌سازی تولید کالاها، خصوصی‌سازی و تجاری‌سازی خدمات سلامت عمومی و سطح درآمد خانوار است.

■ شهرنشینی (Urban Setting):

در سال ۱۹۵۰ میلادی، یک سوم مردم دنیا شهرنشین بودند. در سال ۲۰۰۰ این رقم به یک دوم رسید. پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۵۰، دو سوم مردم جهان در شهرها سکونت داشته باشند. این افزایش جمعیت شهرها منجر به ایجاد محلات فقیرنشین و پدیده زاغه‌نشینی می‌شود. خصوصیت اصلی ساکنان این محله‌ها، سکونت بدون برنامه‌ریزی قبلی برای تعیین محل زندگی و در نتیجه به حداقل رسیدن میزان دسترسی آنها به خدمات سلامت است.

اهداف اصلی در این مقوله شامل موارد زیر است:

- بهبود وضعیت محل سکونت، آب، بهداشت و بهبود وضعیت محیط و زیرساخت‌ها؛
- بهبود وضعیت جامعه از طریق ارتقا دانش و تحصیلات مردم؛
- برنامه‌های کاهش خشونت؛

- دسترسی بیشتر و بهتر به خدمات سلامت؛
- بهبود حاکمیت از طریق فرایندهای مشارکتی؛
- توانمندسازی مردم و جامعه با بهره‌گیری از دانش و اطلاعات.

■ انزوای اجتماعی (Social Exclusion):

در تمام جوامع گروه‌هایی وجود دارند که بنا به دلایل مختلف، شرایط زندگی متفاوتی با سایر افراد جامعه داشته و از بسیاری از مزایای اجتماعی که سایر افراد جامعه برخوردارند، از جمله خدمات سلامت محروم می‌مانند، مثل حاشیه‌نشین‌ها، گروه‌های مختلف قومی و... مواردی که معمولاً در مقایسه با دیگران مورد غفلت قرار می‌گیرد. مواردی از قبیل امکان تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایت‌های اجتماعی می‌باشند. در این بحث به تحلیل تاثیر موارد یاد شده بر سلامت در طیف وسیعی از کشورهای مختلف با ساختار متفاوت پرداخته می‌شود.

■ منابع مالی (Financing):

یکی از مهم‌ترین مباحثی که کمیسیون بر آن تاکید دارد، نحوه تامین منابع مالی برای برنامه‌های اجتماعی است، که بر سلامت اثر می‌گذارند. ۳ مقوله عمده در این مورد عبارتند از:

الف) بسیج منابع (Resource Mobilization): چگونه می‌توان منابع مالی مورد نیاز را تامین کرد و حجم آن را افزایش داد؟

ب) استفاده موثر از منابع (Effective Utilization Of Resources): چگونه می‌توان از منابع مالی موجود برای دستیابی به هدف نهایی استفاده کرد؟

ج) محافظت در برابر خطر (Risk Protection): به معنی وجود مکانیسمی است که از افراد در برابر مضرات احتمالی هدر رفتن و یا از بین رفتن منابع به دلیل ناخوشی‌های خانمان سوز (کاتاستروفیک) و یا هزینه‌های مراقبت، حفاظت می‌کند. (۱۰)

فصل هشت

گزارش دیدار کمیسیونرهای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت از جمهوری اسلامی ایران در سال یک هزار و سیصد و هشتاد و چهار

خلاصه گزارش کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

دبیرخانه کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت بر پایه اقدامات دپارتمان عدالت، فقر و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت و کالج دانشگاهی لندن بنا گردیده است. این کمیسیون از کشورها و شرکای سلامت جهانی در زمینه مدنظر قرار دادن عوامل اجتماعی مسبب ناخوشی‌ها و بی‌عدالتی‌ها حمایت می‌نماید.

در حال حاضر بر این مطلب که عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در زمره بدترین علل ایجاد کننده فقر سلامتی و نابرابری‌ها در میان و داخل کشورها محسوب می‌گردد، توجه ویژه‌ای معطوف گردیده است. این تعیین کننده‌ها شامل مواردی از قبیل بیکاری، محل‌های کاری ناامن، مناطق شلوغ و حاشیه نشین شهری، جهانی سازی و کمی دسترسی به خدمات سلامت می‌باشند.

از آنجا که این کمیسیون نقش زیادی را در زمینه راهبری کشورها در راستای توسعه جهانی قائل بوده است، مذاکراتی را با دولت‌های برخی از کشورها از جمله جمهوری اسلامی ایران ترتیب داد و چهارمین اجلاس کمیسیون‌های خود را در ۲۶ لغایت ۳۰ دی ماه ۱۳۸۴ در ایران برگزار نمود. در این اجلاس، که نتایج مفیدی را نیز در بر داشت، ۱۷ کمیسیونر سازمان جهانی بهداشت در عرصه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، کارشناسان فنی دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت، تعدادی از اندیشمندان و صاحب‌نظران بین‌المللی و داخلی حضور یافتند.

پس از مراسم افتتاحیه، اجلاس با بیانات **جناب آقای دکتر نیکنام**، مشاور محترم وزیر بهداشت و مدیر کل روابط بین‌الملل وزارت بهداشت در خصوص ساختار اداری و حکومتی جمهوری اسلامی ایران پی گرفته شد. در ادامه **جناب آقای دکتر علویان**، معاون محترم سلامت وزارت بهداشت، مطالبی را در خصوص شرایط بهداشتی و وضعیت سلامت و توزیع آن در کشور و اصلاحات صورت پذیرفته در این عرصه طی سه دهه گذشته از جمله کاهش مرگ و میر کودکان را بیان نمودند. ایشان هم چنین ابراز داشتند که این کاهش به صورتی عادلانه در کشور توزیع نشده است. هم چنین اشاره نمودند که هم اکنون بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ و میر ناشی از حوادث در زمره علل نخست مرگ و میر در ایران قرار دارد و برای ایجاد عدالت در سیستم بهداشت و درمان کشور باید به عوامل اجتماعی مسبب آن توجه نمود و از طریق کاهش فاصله طبقاتی، افزایش سطح سواد مادران، ویژگی‌های محل سکونت و... می‌توان سطح سلامت را ارتقاء داد. در ادامه **جناب آقای دکتر مبشر شیخ**، نماینده محترم دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت، بیاناتی را در خصوص چالش‌های جهانی و راهکارهای سازمان جهانی بهداشت در پاسخ به نیازها ایراد نمودند.

سپس **جناب آقای دکتر لنگرانی**، وزیر محترم بهداشت اظهار داشتند: طی چند دهه

اخیر با توجه به توسعه علم و فناوری، بهبود ارتباطات بین المللی و افزایش دسترسی به پدیده‌ها و اکتشافات جدید علمی، وضعیت سلامت در دنیا و شاخص‌های آن ارتقاء یافته است. از سوی دیگر وقوع بلایای گوناگون هم چون سیل، زلزله، خشکسالی، جنگ و آوارگی، مقوله سلامت را در بسیاری از کشورهای فقیر و محروم جهان مورد تهدید قرار داده است.

بی‌سوادی، فقر و گرسنگی نیز بر مشکلات کشورهای محروم جهان افزوده و به همین دلیل با وجود بهبود کلی سطح اقتصادی و اجتماعی، شاخص‌های بهداشتی در کشورهای پیشرفته و کشورهای کم درآمد از تفاوت‌های چشمگیری برخوردار است. حل قطعی مشکلات بهداشتی طبقات محروم امکان پذیر نخواهد بود مگر آنکه نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی موجود در جامعه مورد توجه سیاستگذاران قرار گیرد و سلامت به عنوان هدف مشترک تمامی بخش‌های اقتصادی و اجتماعی جوامع پذیرفته شود.

در عین حال با توجه به اینکه اشتغال، درآمد، سواد و مسکن و سایر امکانات رفاهی در تامین سلامت افراد جامعه نقش غیر قابل انکاری دارند برای کاهش نابرابری‌های سلامت می‌بایست از طریق توسعه همکاری‌های بین بخشی و جلب مشارکت جامعه اقدام شود. پس از آن گزارش کشور ایران با تاکید بر آمارها و شاخص‌های بهداشتی و دموگرافیکی ج.ا.ایران توسط جناب آقای دکتر حیدری، رئیس محترم مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، ارائه گردید.

در طی این اجلاس برخی از سازمان‌های غیر دولتی و دولتی از قبیل وزارت رفاه و تامین اجتماعی، دفتر مناطق محروم ریاست جمهوری، دفتر امور زنان ریاست جمهوری، نهضت سواد آموزی و آموزش و پرورش نیز با اعضا ملاقات نموده و گزارشی از عملکرد خود در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت ارائه نمودند. کمیسیونرها بازدید از سه خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی نیز داشتند. در این بازدید از نزدیک با کارکنان بخش

بهداشت و درمان، روش کار، مستند سازی فعالیت‌ها و توجه به ایجاد عدالت و برابری برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی پایه در روستاها و مناطق شهری آشنا شدند و از آن به عنوان یکی از موفق‌ترین سیستم‌های ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه در دنیا نام بردند. در طی این دیدار هم چنین بازدیدی از فعالیت‌ها و نمایشگاه کمیته امداد امام (ره) نیز صورت پذیرفت. کمیسیونرهای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت ضمن این بازدید، به عنوان بزرگترین نهاد غیر دولتی فعال در زمینه ارتقاء وضعیت اجتماعی اقشار کم درآمد و محروم جامعه با بیش از ۲۵ سال سابقه فعالیت، از نزدیک با فعالیت‌های مختلف این نهاد آشنا شده و آقای دکتر مارمورت، رییس کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت، نیز در بیانات خود فعالیت‌های این نهاد را در عرصه عوامل اجتماعی بی نظیر و غیر قابل تصور خواندند. در نهایت با توجه به نقاط قوت و فرصت‌های موجود در جمهوری اسلامی ایران در زمینه همکاری با سازمان جهانی بهداشت در عرصه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت، ایران به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در این عرصه شناخته شد.

هم چنین اعضای کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با مقام معظم رهبری، ریاست محترم جمهوری، معاون اول محترم رییس جمهور، رییس محترم مجمع تشخیص مصلحت نظام و رییس محترم مجلس شورای اسلامی در حضور روسای کمیسیون‌های مرتبط نظیر کمیسیون بهداشت، اقتصادی و اجتماعی مجلس شورای اسلامی ملاقات نمودند.

خلاصه بیانات رهبر معظم انقلاب، حضرت آیت‌ا... خامنه‌ای در دیدار با کمیسیونرهای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت در دی ماه هزار و سیصد و هشتاد و چهار

حضرت آیت الله خامنه‌ای رهبر معظم انقلاب اسلامی، در این دیدار سلامت

را یکی از اساسی ترین نیازهای بشر دانستند و با تاکید بر اینکه عوامل اجتماعی بیشترین تاثیر را بر سلامت انسان دارد، خاطر نشان کردند: امروز با وجود پیشرفت بشر در علم و دانش، وضع سلامت جوامع بشری نگران کننده است و عوامل اجتماعی تهدید کننده سلامت، بسیار افزایش یافته است.

ایشان، مشکلات کنونی و گرفتاری های مردم دنیا از جمله وضع نگران کننده سلامت در جوامع بشری را ناشی از بی عدالتی و تبعیض و خودخواهی قدرت های بزرگ جهان دانستند و افزودند: گرسنگی، بی بند و باری جنسی، مواد مخدر، مشروبات الکلی و جنگ های روانی دستگاه های تبلیغاتی دنیا از مهم ترین عوامل اجتماعی تهدید کننده سلامت در دنیای امروز به شمار می رود.

حضرت آیت الله خامنه ای اقدام سازمان جهانی بهداشت در تشکیل کارگروهی برای بررسی عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت و انتقال تجربه و توصیه های لازم به کشورهای مختلف را اقدامی ارزشمند خواندند و تاکید کردند: در بررسی عوامل موثر بر سلامت نباید از نقش اخلاق و ایمان دینی غافل شد زیرا ایمان دینی موجب آرامش انسانها می شود. ایشان با اشاره به تلاش سازمان یافته برای مقابله با ایمان دینی ملت ها خاطر نشان کردند: ادیان مختلف از جمله دین اسلام، توصیه های ارزشمندی در خصوص بهداشت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دارند که باید از این توصیه ها بیش از پیش استفاده شود.

مقام معظم رهبری هم چنین با اشاره به رشد شاخص های سلامت و بهداشت در کشور و پیشرفت های قابل ملاحظه پس از پیروزی انقلاب اسلامی افزودند: با وجود همه این پیشرفت ها، هنوز راه طولانی تا نقطه مطلوب وجود دارد ولی با توجه به محوری بودن مسئله عدالت در کشور، امید است اقدامات مفیدی به منظور بهبود بیش از پیش شاخص های سلامت و بهداشت انجام شود.

خلاصه بیانات رییس محترم جمهوری در دیدار با کمیسیونرهای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت سازمان جهانی بهداشت

رییس جمهور در این دیدار فرمودند زمانی بشر به نقطه اوج سلامت در همه ابعاد خواهد رسید که محیط بین الملل بر خوردار از یک صلح و آرامش پایدار باشد و این امر جز بر پایه عدالت و معنویت رخ نخواهد داد.

ایشان خرسندی خود از توجه به عدالت به عنوان یک عامل اصلی و پایه در برقراری سلامت در برنامه های کمیسیون اجتماعی را ابراز داشته و بیان نمودند: مطمئناً عدالت در عرصه بین الملل عامل تعیین کننده در همه روابط، تعاملات و مناسبات است و به طور مستقیم در همه برنامه ریزی های پیشرفت کشورها و ملت ها نقش تعیین کننده ایفا می کند.

رییس جمهوری با اشاره به اینکه قطعاً میان روان و جسم رابطه مستقیمی وجود دارد، فرمودند: آنچه که آرامش روانی کامل برای بشر به ارمغان می آورد چیزی جز آموزه های دینی نیست و این آموزه ها از سوی پیامبران که برای سعادت بشر آمده اند، تبیین شده است. رییس محترم جمهور بابیان اینکه آموزه های پیامبران بهترین دستورالعمل برای زندگی سالم فردی و اجتماعی است خاطر نشان کردند: آنها بهترین هدایتگران انسان به سوی کمال مادی و معنوی هستند و در آموزه های آنان نظم و انسجام گسترده ای مشاهده می شود و مطمئناً نمی توان بدون آنها به قله های سعادت و سلامت دست یافت. رییس جمهوری خواستار توجه به فرهنگ دینی و آموزه های پیامبران در برنامه های سلامت از سوی این کمیسیون شد و در ادامه مطرح نمودند: بدون تردید در صورت توجه به فرهنگ دینی ما شاهد صلح، آرامش و معنویت در زندگی فردی و تعاملات بین المللی خواهیم بود.

رییس جمهور با تاکید بر اینکه امروز دو عامل جدید امنیت روانی و امنیت اقتصادی تاثیر بسیاری بر سلامت روانی و فکری و آرامش روحی انسانها دارد، فرمودند: ناامنی روانی و



اقتصادی، منشاء بسیاری از نگرانی‌ها و بیماری‌های روانی انسان امروز است و با اشاره به شرایط محیط بین‌الملل ادامه دادند: امروز بسیاری از برنامه‌های توسعه بهداشت و سلامت به خاطر کمبود منابع مالی با مشکل روبروست و فضایی در محیط بین‌الملل برقرار است که امراض و ناراحتی‌های روانی را هر روز گسترده‌تر می‌کند. ایشان هم چنین ابراز داشتند که امروز محیط بین‌الملل تحت فضای تهدید و رعب زندگی می‌کند و این فضا قطعاً در عملکرد و تعامل میان دولت‌ها و برنامه‌ریزی‌های اقتصادی و اجتماعی تاثیر مستقیم دارد و بخش مهمی از فعالیت‌های اقتصادی دولت‌ها را به خود معطوف می‌کند.

ایشان تصریح کردند: وقتی در فضای بین‌المللی برخی کشورها زرادخانه‌ها را از سلاح‌های هسته‌ای، شیمیایی و میکروبی پر می‌کنند و تهدید به یکی از عوامل مهم و تعیین کننده در روابط میان کشورها مبدل می‌شود، به طور طبیعی این فضا به درون کشورها، متن مردم و زندگی‌های شخصی نفوذ می‌کند. رییس جمهور با بیان اینکه در حالی که امروز تلاش مقدس داوطلبانه‌ای از سوی این کمیسیون و افراد خیر خواه برای نجات کودکان در گوشه و کنار جهان انجام می‌شود در جایی دیگر با تحمیل جنگ‌ها جان هزاران نفر به مخاطره می‌افتد، مطرح نمودند: این محیط تهدید محل امنیت روانی بشریت است و عامل اصلی جهت گیری‌های بودجه در مسابقه‌های تسلیحاتی است و اجازه نخواهد داد که امکانات کشورها و ملت‌ها در جهت سلامت و بهداشت فردی و اجتماعی ملت‌ها بکارافتد. ایشان با قدردانی از زحمات اعضای کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در جهت رساندن صدای مردم به جهانیان به ویژه کسانی که قدرت استیفای حقوق خود را ندارند، فرمودند: امیدواریم چهارمین نشست اعضای این کمیسیون در تهران راه‌های جدید و برتری را برای توسعه سلامت و بهداشت همه کشورها و ملت‌ها به ارمغان بیاورد. رییس جمهوری هم چنین فرمودند: جمهوری اسلامی ایران حرکتی وسیع و گسترده برای توسعه سلامت و بهداشت آغاز کرده است و آن را با تمام توان ادامه می‌دهد.

خلاصه سخنان معاون اول محترم رییس جمهور در جمع کمیسیونرهای

عوامل اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت

جناب آقای پرویز داودی، معاون اول محترم رئیس جمهور در مراسم اختتامیه چهارمین اجلاس کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، تصریح کردند: در این اجلاس صاحبان اندیشه و فکر در مسیر بسیار صحیحی قرار گرفته اند که امید است حرکت آنان به ایجاد رفاه بیشتر برای جوامع بشری باشد و ادامه دادند این حرکتی بسیار ارزشمند در تاریخ جوامع بشر است که امید است اهداف آن به زودی حاصل شود.

ایشان با بیان اینکه این اجلاس روزنه امیدی برای اقشار محروم و کل جوامع بشری است، اظهار داشتند: در جهت این حرکت ها یک نگرانی دارم، چرا که شاهدیم از دهه ۸۰ به بعد جریانی اجرایی، سیاستگذاری و فکری در اکثر نقاط جهان حاکم شد، این جریان به دنبال ایجاد فضایی بود که وضع نابسامان جهان امروز را توجیه و فقرها و محرومیت ها را پنهان کند.

معاون اول رئیس جمهوری تاکید کردند: هم چنین سعی می شد به سمتی حرکت کنند و از ابزاری استفاده شود تا افکار مشغول تحلیل پدیده های واقعی بدون الگوسازی و آرمان خواهی باشند و مسایل بر مبنای وضع موجود شکل گیرند.

جناب آقای داودی افزودند: این کمیسیون نمود بارز و آشکار حرکت برای حل مشکلات است و وجود افراد فرهیخته در این جمع بسیار مثمر تر برای رفاه بیشتر و بهبود وضع جوامع و انسان های محروم خواهد بود.

معاون اول رئیس جمهوری در خصوص بحث توسعه نیز خاطر نشان کردند: در محافل و ادبیات توسعه، سرمایه انسانی حرف اول را می زند و توسعه انسان محور افکار بیدار دنیا را به سمت خود می کشد و ادبیات دنیا نیز به این سمت آمده است.

جناب آقای داودی با بیان اینکه تحولات فکری و نرم افزاری در جوامع سالم شکل می گیرد، گفتند: انسان های مولد نقش موثری در توسعه دارند و این چنین افرادی که دارای

هوش سرشار، روحیه‌های بیدار، استقلال طلب، مقاوم و هممنوع خواه هستند فقط در فضای سلامت بدست می‌آیند و برگزاری این اجلاس‌ها می‌تواند به این امر کمک کند.

معاون اول رئیس جمهوری تاکید کردند: ایران در این جهت سعی در حرکت به سمت سلامت روحی و جسمی به عنوان مهم‌ترین مؤلفه رشد اقتصادی دارد و آمارها نیز نشان می‌دهد که ما برای سلامت اهمیت بسیاری قایل هستیم.

جناب آقای داودی مقوله سلامت و عدالت خواهی را از مبنایی‌ترین اهداف و اصول جمهوری اسلامی ایران دانسته و گفتند: دولت نهم قطعاً با سرعتی بالاتر، عمق و گستردگی بیشتر در این جهت حرکت خواهد کرد. ایشان بیان داشتند: در منشوری که از سوی مقام معظم رهبری عنوان شد عدالت همواره در سیاست مورد تاکید قرار داشته است و البته دولت نهم این عدالت را به محوریت آورده و سایر موارد را در حول آن قرار داده است، البته در نهایت نیز هدف حکومت اسلامی همواره در این جهت بوده است.

جناب آقای داودی حرکت دولت نهم را در مسیر عدالت، مستمر خوانده و گفتند: اگر به سیاست‌های چند ماهه دولت نهم نگاه کنیم خواهیم دید که دولت با سفرهای استانی از نزدیک با مشکلات مردم آشنا می‌شود و اعتبارات بانکی را به واحدها و بنگاه‌های کوچک اختصاص می‌دهد تا فعالیت خود را آغاز کنند. ایشان هم چنین با اشاره به طرح توزیع سهام عدالت، توزیع در آمد و هزینه را از مشکلات کشور دانسته و خاطر نشان کردند: سهام عدالت را با مجوزی که از مقام معظم رهبری خواهیم گرفت، این گونه است که شرکت‌های بزرگ دولتی سهام خود را در اختیار همه مردم با اولویت اقشار و مناطق محروم قرار می‌دهند تا بنیة ثروت خانوارها بهبود یابد و از دهه فجر به توزیع آن خواهیم پرداخت.

ایشان افزودند: مصوبه‌های دیگری برای حرکت به سمت مسکن و آب روستاها داریم و حرکتی عظیم را در بودجه سال ۸۵ و سوق دادن تسهیلات بانکی انجام می‌دهیم.

جناب آقای داودی هدفمند کردن یارانه‌ها را از دیگر کارهای دولت نهم دانسته و بیان

داشتند: این فعالیت‌ها باز هم کافی نیست، چرا که سلامت جسمی کافی نبوده و باید در زمینه‌های سلامت روانی هم تلاش کنیم. وی ارائه امکانات برای تشکیل خانواده‌های جوان را از اولویت‌های مهم دولت عنوان کرده و گفتند: ما بر زمینه حضور مشاوران جوان در مدارج تصمیم‌گیری تاکید داریم و هم چنین برای ارایه امکانات، طبقه جوان اولویت اول را دارا هستند و این برای شخصیت و روحیه دادن به جوانان و حرکت به سمت سلامت است. معاون اول رئیس جمهوری افزودند: منطقی جناب آقای احمدی نژاد از موضع شخصیت دهی به مردم و جامعه است، بنابراین ما همواره تابع قوانین بین‌المللی هستیم، اما اگر کسی با موضع زور وارد شود زیر بار آن نخواهیم رفت.

جناب آقای داودی با اشاره به تاکید رئیس محترم جمهوری بر لزوم دستیابی به فناوری‌ها و دانش روز دنیا، تصریح کردند: این امر روحیه قوی به دانشمندان جوان ما داده است و با ناامیدی به سمت علم و مراحل بالاتر علمی نمی‌توان رفت با این تاکیدات امید بالایی در آنان ایجاد شده که امنیت بسیار بالای روانی را به دنبال خواهد داشت، چرا که از موضع شخصیت و اراده حرکت می‌کنیم نه از موضع ذلت.

آقای پرویز داودی در بخش دیگری از سخنان خود بهداشت را بحثی بسیار عمیق و درگیر با مسائل سیاسی، امنیتی و اجتماعی دانسته و اظهار داشتند: نسل‌های بعدی قطعاً اگر روال جامعه سالم نباشد، متضرر خواهند شد، پس معتقدیم سلامت یک بعدی نیست، بنابراین ما با شما همفکر هستیم و از این حرکت‌ها و اجلاس‌ها حمایت خواهیم کرد. وی ضمن اعلام آمادگی دولت برای حمایت از هر فعالیتی در راستای اهداف بشر دوستانه، اظهار امیدواری کردند که این اجلاس به خواسته‌های خود دست یابد.

فصل نه

عناوین برخی سیاستها و اقدامات انجام شده در جمهوری اسلامی ایران در جهت گسترش و بسط عدالت اجتماعی

۱. برخی از سیاستها و اقدامات انجام شده در راستای رفاه اجتماعی و فقر زدایی

- بیمه کارکنان دولت؛ بیمه درمان: سرپایی و بیمارستانی
- بیمه کارگران: بیمه درمان + بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت
- بیمه نیروهای مسلح: بیمه درمان + بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت
- بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره): بیمه درمان + پرداخت مستمری: کودکان یتیم، زنان سرپرست خانوار، روستاییان بالای ۶۵ سال
- بیمه روستائیان: درمان بیمارستانی
- بیمه حمایتی (بیماران خاص و صندوق بیماران خاص)
- بیمه بستری شهری: درمان بیمارستانی

- ❑ ارتقاء بیمه درمان روستائیان: اضافه کردن درمان سرپایی به بیمه روستائیان: پزشک خانواده + سیستم ارجاع
- ❑ بیمه اجتماعی روستائیان: اضافه کردن بیمه بازنشستگی، از کارافتادگی، و فوت به بیمه روستائیان
- ❑ بیمه کارگران ساختمانی: دریافت مبلغی به ازای هر متر مربع ساختمان + ۷% حداقل حقوق از کارگران
- ❑ بیمه رانندگان تاکسی و رانندگان جاده‌ای: دریافت سهم کارفرما از "شهرداری" و "وزارت راه" بعنوان کارفرمای مجازی + ۷% حداقل دستمزد از رانندگان
- ❑ برنامه شیر مدارس: اختصاص هفتگی ۶۰۰ سی سی شیر برای دانش آموزان دبستانی + دختران راهنمایی
- ❑ پروژه شهر سالم - روستای سالم: اجرای آزمایشی در دو شهرستان: همکاری بین بخشی در ۱۶ وزارتخانه و ۴ سازمان: ایجاد ۹ کمیته بین بخشی بهداشت، آموزش، ارتباطات، زنان، کشاورزی، جوانان و....
- ❑ ارتقا سلامت اجتماعی: با مرکزیت شهرداران و فرمانداران: توانمندسازی زنان و (CBI)
- ❑ طرح رابطین داوطلب بهداشتی: فعالیت حدود ۷۰,۰۰۰ داوطلب زن بمنظور ارتقا سطح بهداشت خانواده
- ❑ برنامه همیاران سلامت روان: فعالیت حدود ۳۰۰۰ گروه همیار سلامت روان + مشارکت اجتماعی + توانمند سازی محلی (CBI)
- ❑ برنامه توانمند سازی محلی نیازهای اساسی توسعه (BDN)
- ❑ برنامه توانبخشی اجتماع محور CBR: توانمند سازی معلولان

□ برنامه اشتغال اجتماعی:

الف: اشتغال معلولان: حدود ۱۰,۰۰۰ فرصت شغلی سالیانه

ب: خانواده‌های فقیر: حدود ۷۰,۰۰۰ فرصت شغلی سالیانه

ج: اشتغال معزنان بهبود یافته

□ مهاجرت معکوس: تامین تسهیلات برای کسانی که از شهر به روستا مهاجرت

می کنند

□ ساماندهی بیماران مزمن روانی: کمک هزینه نگهداری در خانواده و مراکز غیردولتی

□ ساماندهی معلولین: کمک هزینه نگهداری در خانواده و مراکز غیردولتی

□ ساماندهی سالمندان: کمک هزینه نگهداری در خانواده و مراکز غیردولتی

□ ساماندهی نابینایان و بیماران جذامی: کمک هزینه نگهداری در خانواده و مراکز

غیردولتی

□ طرح منزلت سالمندان و بازنشستگان: اعطای ۵۰٪ تخفیف هزینه هواپیما، اتوبوس و..

□ برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد

□ توانبخشی مبتنی بر جامعه در بحران معلولین شهرستان بم

□ توانبخشی مبتنی بر جامعه

□ ساماندهی کودکان خیابانی

□ ساماندهی کارتن خوابها و ایجاد نوانخانه‌ها

□ طرح شهید رجایی: اختصاص مستمری برای سالمندان روستایی از محل افزایش قیمت

بنزین

- اشتغال درمانی و کاردرمانی بیماران روانی
- تعرفه مناطق محروم: پرداخت برای ارائه خدمات پزشکی بیمارستانی در مناطق محروم تا ۲ برابر شهرهای بزرگ
- بیمه هنرمندان، مصنفین و پدیدآورندگان
- بیمه بیکاری: برای کسانی که بدون میل شخصی شغل خود را از دست می‌دهند
- توانمندسازی زنان سرپرست خانوار
- توانمندسازی معتادان بهبود یافته با رویکرد اجتماع محور (NA-TC - کنگره ۶۰ - جمعیت آفتاب.....)
- پایگاه سلامت اجتماعی: حدود ۳۰۰ پایگاه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
- اورژانس اجتماعی: خط تلفن ۱۲۳
- مشاوره اجتماعی: خط تلفن ۱۴۸
- ایجاد مراکز مشاوره در واحدهای پلیس و نیروی انتظامی
- ایجاد مراکز مشاوره دردادگاه‌ها و واحدهای قوه قضائیه
- بازبینی و اصلاح قوانین و مقررات، کاهش عناوین جرم، حمایت از حقوق کودکان و زنان + ابلاغ رویه‌های قضایی مدافع حقوق زنان و کودکان
- حمایت از زنان هنگام ازدواج مانند پیش‌بینی بیش از ۳۰ مورد متضمن حفظ حقوق زنان در عقدنامه ازدواج به عنوان شروط ضمن عقد

۲. برخی از سیاستها و اقدامات انجام شده در بخش دسترسی به مسکن

- واگذاری زمین ارزان قیمت در شهرهای مختلف
- ایجاد بنیاد مسکن / حساب ۱۰۰ امام (ره) / پرداخت یارانه مسکن
- ساخت انبوه واحدهای مسکونی استیجاری؛ اجاره به شرط تملیک؛...
- ایجاد صندوقهای مختلف مسکن کارگری، رزمندگان، فرهیختگان و...

۳. برخی از سیاستها و اقدامات انجام شده در راستای دسترسی به فرصتهای شغلی

- اتخاذ سیاستهای تشویقی برای کارفرمایان در استخدام نیروی کار: اختصاص تسهیلات ویژه نظیر کاهش سهم کارفرمایی بیمه و مالیات
- تسهیل اعزام نیروی کار به خارج جهت کاهش بیکاری
- گسترش خود اشتغالی و کسب و کار کوچک؛ تسهیلات زودبازده؛ کشاورزی و فراهم کردن زمینههای اشتغال پایدار برای نیروهای کار مازاد روستایی
- حمایت از توسعه بخش تعاون
- تقویت مشارکت بخش خصوصی در فعالیتهای اقتصادی

۴. برخی از سیاستها و اقدامات انجام شده در راستای تاکید قانون اساسی ایران و

برنامه‌های توسعه پنج ساله بر اهمیت آموزش

- ایجاد امکانات آموزشی لازم برای تمامی کودکان لازم‌التعلیم و تحت پوشش آموزش

قرار گرفتن کلیه افراد واجب‌التعلیم به ویژه در بخش‌های لازم

توسعه فضای آموزشی متناسب با رشد دانش آموز و ایجاد امکانات آموزشی و پرورشی

لازم و تربیت نیروهای کافی برای تمامی مقاطع به ویژه کودکان لازم‌التعلیم با اولویت روستاها

اولویت دادن به ریشه کنی بیسوادی در اقشار مولد و فراهم آوردن زمینه‌های لازم برای

شرکت بیسوادان کمتر از ۴۰ سال در دوره‌های سوادآموزی

اجباری کردن آموزش ابتدایی برای کلیه کودکان واجب‌التعلیم ۶ تا ۱۰ ساله

احتراز از تشکیل مدارس بیش از دو نوبت در روز

حمایت مالی از فعالیت‌های بخش‌های غیردولتی در آموزش ابتدایی با ارائه تسهیلات

بانکی

استفاده از نیروهای سرباز معلم برای افزایش پوشش تحصیلی به ویژه در مناطق

محروم

استفاده از شیوه‌های آموزشی حضوری و غیرحضوری برای ارائه خدمات آموزشی در

نقاط دورافتاده

تغذیه رایگان دانش‌آموزان مدارس شبانه‌روزی

۵. سایر

تصویب شاخص‌های فقرزدایی و رفاه اجتماعی و محاسبه استانی آنها شامل

۱. گسترش پوشش بیمه‌های اجتماعی: درصد بیمه‌شدگان اصلی به جمعیت فعال

۲. شیوع کم وزنی متوسط و شدید در کودکان زیر ۵ سال شهری و روستایی
 ۳. کاهش تعداد سوانح و حوادث حمل و نقل به میزان ۵۰ درصد
 ۴. میزان بی سوادی در زنان همسر دار ۱۰ تا ۴۹ ساله شهری و روستایی امید به زندگی در بدو تولد
 ۵. شاخص توسعه انسانی HDI
 ۶. شاخص رفاه اجتماعی
 ۷. جمعیت زیر خط فقر نسبی
 ۸. نسبت هزینه ۱۰ درصد ثروتمندترین به ۱۰ درصد فقیرترین خانواده‌های شهری و روستایی
 ۹. نسبت هزینه ۲۰ درصد ثروتمندترین به ۲۰ درصد فقیرترین خانواده‌ها
 ۱۰. نسبت هزینه غیر خوراکی به کل هزینه‌های خانوار شهری و روستایی جمعیتی که هزینه‌های درمانی آنان به بیش از ۴۰ درصد هزینه خانوار بالغ می‌شود (هزینه‌های کمرشکن درمانی)
- اجرای برنامه‌های توانمندسازی در زندان‌ها
- اختصاص یارانه‌ها؛ خود کفایی گندم، کاهش فقر و ارتقای کیفیت زندگی روستاییان گندمکار
- خرید تضمینی سایر محصولات کشاورزی
- امنیت تغذیه
- زلزله بم و اقدامات اجتماعی انجام شده

مالیات‌های رفاه اجتماعی

سیاست اجتماعی مسکن: مسکن استیجاری، مسکن بیمه شدگان، مسکن گروه‌های کم

درآمد، مسکن معلولین، مسکن مددجویان تحت پوشش نهادهای حمایتی

مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان

ارتقاء آگاهی اجتماعی و سلامت خانوار

ایجاد انکوباتورهای کارآفرینی

طرح مالکیت عمومی سهام

توانمندسازی نقاط حاشیه شهری

تسهیل ازدواج جوانان

تدوین قوانین و مقررات حمایت از کودکان

فصل ده

نتیجه گیری

امروزه فرصتی بی سابقه برای از میان بردن ریشه های بیماری ها و مرگ های قابل پیشگیری خصوصاً در جوامع فقیر و آسیب پذیر دنیا فراهم آمده است. اغلب نابرابری های سلامت و عمده درد و رنج های بشر ریشه اجتماعی دارند (یعنی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت). بسیاری از نابرابری های سلامت به واسطه نابرابری های اجتماعی مورد توجه واقع می شوند، که این موضوع به خودی خود نیازی در زمینه ایجاد برابری و تعادل در میان گروه های مختلف اجتماعی را مطرح می کند. همزمان، کشف راه هایی که از آن طریق تعیین کننده های اجتماعی بر سلامت تاثیر می گذارند می تواند مبنایی از شواهد به منظور توسعه سیاست های اجتماعی و سلامتی در جهت بهبود وضعیت محروم ترین افراد را ارائه کند. در این قبیل سیاست های توسعه یافته همه افراد باید لحاظ شوند و گروه یا دسته ای از مردم مستثنی نگردند. در خلال دهه گذشته اطلاعات علمی مربوط به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به طرز چشمگیری پیشرفت کرده است و امروزه شرایط سیاسی برای اقدام بیش از گذشته فراهم شده است. این فرصت بسیار مهم تر از آن است که با سهل انگاری از دست برود. برای نیل به این اهداف به مدیریتی نیاز است که بر دانش های مرتبط احاطه داشته، و در عین حال از نگرش اخلاقی و هشیاری سیاسی لازم نیز برخوردار باشد.

از همین رو است که کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در سازمان جهانی بهداشت تاسیس شده است. در ک علمی در مورد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در دهه ۱۹۹۰ پیشرفت های سریعی داشته است و در بسیاری از کشورها این شواهد علمی به هدف تدوین راهکارهای سیاستگذاری عمومی جدید مورد استفاده واقع شده است.

کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به منظور جاری نمودن و ارتقاء اقداماتی که عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و نابرابری های این عرصه را هدف قرار می دهند با کشورهای موفق و با توانایی های لازم همکاری می کند.

یکی از این کشورهای عضو و همکار در این زمینه، **جمهوری اسلامی ایران** است. مقدمات کار از سال ۱۳۸۴ در کشور آغاز شده و سپس با حضور کمیسیونرهای این برنامه در چهارمین اجلاس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت که در دیماه سال ۸۴ در تهران برگزار شد، قطعیت بیشتری پیدا کرده است. لذا با استناد به سند چشم انداز ۲۰ ساله، برنامه چهارم توسعه و سایر قوانین و مقررات مرتبط با تکیه بر ظرفیت و پتانسیل موجود و تجارب موفق کشور در مبارزه با بی عدالتی، استراتژی های ملی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت باید بر پایه اصول عدالت در کشور بنا گردند.

همچنین، باید سیاست های جامعی اتخاذ گردند که در آنها، تمام وزار تخانه های عمده و لایه های سازمانی با سطح گسترده ای از مشارکت تحت پوشش قرار گیرند تا از این طریق مضمون بزرگ عدالت در سلامت تکمیل گردد.



فصل یازده

فهرست اختصارات و منابع

اختصارات

- CSDH: کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت.
CBHP: برنامه‌های بهداشت و سلامت جامعه نگر.
GHLC: سلامت متناسب با هزینه اندک (بنیاد را کفلر).
HFA: سلامت برای همه.
IAH: اقدامات بین بخشی برای بهداشت و سلامت.
MDGs: اهداف توسعه هزاره.
PHC: مراقبت‌های بهداشتی اولیه.
HE: عدالت در سلامت
SDH: عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت.

- (۱): دستیابی به عدالت در سلامت: از علل ریشه‌ای تا پیامدهای منصفانه
- (۲): ارزشیابی راهبرد بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰
- (۳): مارگارت وایت هد- مفاهیم و اصول عدالت و سلامت - سازمان جهانی بهداشت، دفتر منطقه‌ای اروپا (سال ۲۰۰۰)
- (۴): معنا و اهداف عدالت در سلامت (سال ۲۰۰۲)
- (۵): پ. برویمن و س. گروسکین - تئوری‌ها و متدها، تعریف عدالت در سلامت - ژورنال اپیدمیولوژی سلامت جامعه (سال ۲۰۰۳)
- (۶): خبرنامه ت ک - شماره ۲- نیمه دوم بهمن ماه ۱۳۸۵
- (۷): فران بام- شکستن پوسته عدالت در سلامت: فشارهای از بالا به پایین و از پایین به بالا بمنظور اقدام در زمینه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (سال ۲۰۰۷)
- (۸): دستیابی به عدالت در سلامت: از علل ریشه‌ای تا پیامدهای منصفانه - کمیسیون عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت (سال ۲۰۰۷)
- (۹): الک ایروین و الناسکالی، اقدامات انجام شده، درس‌هایی از تجارب پیشین، مترجم: دکتر محمدحسین نیکنام، چاپ اول ۱۳۸۴.
- (۱۰): Knowledge Network Theme-CSDH انتشارات سازمان جهانی بهداشت، ترجمه و اقتباس، معاونت سلامت، دبیرخانه بخش علمی عوامل تعیین کننده سلامت - مهر ۸۴
- (۱۱): ریچارد ویلکینسون و مایکل مارمورت- عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت: حقایق مسلم- چاپ دوم (سال ۲۰۰۳)