



عنوان دورہ آموزشی

عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

Social Determinants of Health

(SDH)

اللَّهُمَّ
الْحَمْدُ لِلَّهِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ

گروه هدف

رشته شغلی مددکار

اهداف آموزشی

تعریف سلامت اجتماعی - تعیین کننده های سلامت اجتماعی

شاخص های سلامت اجتماعی - عوامل مؤثر بر سلامت

مسئولیت پذیری و تعهد اجتماعی

مدت دوره: ۲۰ ساعت

روش و نحوه اجرای آموزش: کتابخوانی

نحوه ارزشیابی: آزمون چهار گزینه‌ای

فهرست

Error! Bookmark not defined. مقدمه

Error! Bookmark not defined. تاریخچه

Error! Bookmark not defined. ارتباط عوامل اجتماعی و پیامدهای سلامت

Error! Bookmark not defined. بی عدالتی در سلامت

Error! Bookmark not defined. عدالت در سلامت

Error! Bookmark not defined. رابطه عوامل اصلی اقتصادی-اجتماعی با سلامت (۴)

Error! Bookmark not defined. گرادیان اجتماعی

Error! Bookmark not defined. شرایط دوران ابتدایی زندگی

Error! Bookmark not defined. انزوای اجتماعی

Error! Bookmark not defined. کار

Error! Bookmark not defined. حمایت اجتماعی

Error! Bookmark not defined. اعتیاد

Error! Bookmark not defined. غذا

Error! Bookmark not defined. حمل و نقل و ترافیک

Error! Bookmark not defined. تکامل دوران ابتدای کودکی

Error! Bookmark not defined. سلامت معنوی و روانی

Error! Bookmark not defined. ارائه عادلانه خدمات سلامت

Error! Bookmark not defined. بیکاری و امنیت شغلی

Error! Bookmark not defined. تغذیه و امنیت غذایی

Error! Bookmark not defined. شیوه زندگی سالم

Error! Bookmark not defined. آموزش، آگاهی و تحصیلات

Error! Bookmark not defined. مسکن

Error! Bookmark not defined. محیط زیست

Error! Bookmark not defined. حمایت اجتماعی

Error! Bookmark not defined. حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده

Error! Bookmark not defined. توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی

Error! Bookmark not defined. گروه های ویژه- جنسیت

Error! Bookmark not defined. حوادث

Error! Bookmark not defined. مشکلات سلامت از درون جوامع

Error! Bookmark not defined. کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

Error! Bookmark not defined. شبکه های علمی بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت:

Error! Bookmark not defined. سیاست های تعدادی از کشورها در امر سلامت

Error! Bookmark not defined. تعیین کننده های اجتماعی سلامت

Error! Bookmark not defined. تعاریف

Error! Bookmark not defined. SDH و مددکاری اجتماعی

Error! Bookmark not defined. بحث و نتیجه گیری

Error! Bookmark not defined. منابع

مقدمه

تعیین کننده های اجتماعی مانند طبقه اجتماعی، مذهب، شغل، انزوای اجتماعی، استرس، اعتیاد، غذا و حمایت های اجتماعی بسیار عظیمتر و بیشتر از عوامل بیولوژیک ایجاد بیماریها، در سلامت و تندرستی انسان نقش دارند که نادیده گرفتن آنها به شکلی نگاه تک بعدی به انسان و سلامت اوست. از قدیم الایام وضعیت اقتصادی اجتماعی بر سلامت انسان مؤثر شناخته شده و برای اکثر مردم جهان وضعیت سلامت در درجه اول با میزان پیشرفت اقتصادی اجتماعی یعنی درآمد سرانه، سطح آموزش، تغذیه، اشتغال، مسکن، بعد خانوار، میزان افزایش جمعیت و . . . تعیین میشود. خوشبختانه امروزه موضوع سلامتی در اولویت دستور کار توسعه بین المللی قرار دارد و نابرابری های سلامتی بین کشورها 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 امکانپذیر است که به علل واقعی مشکلات سلامتی توجه شود (۷)

عوامل اجتماعی تأثیرگذار در واقع بازگوکننده موقعیتهای متفاوت مردم در نردبان اجتماعی قدرت و منابع می باشند. شواهد حاکی از آن است که بیشترین بار بیماریها و قسمت اعظم نابرابری های سلامت در دنیا از عوامل اجتماعی ناشی میشود. چارچوب این عوامل نشان میدهد که در بسیاری از کشورها بدون به دست آوردن موفقیت های چشمگیر در زمینه کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات، توانمندسازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیرنشین و پر جمعیت، دستیابی به اهداف سلامت مقدور نمی باشد (۱۴).

نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی که بر سلامت مردم مؤثر هستند از زمانهای بسیار قدیم شناسایی شده است. تحقیقات اپیدمیولوژیک ثابت کرده که عوامل زیست محیطی و اجتماعی در بهبود سلامت بسیاری از جمعیتها در کشورهای صنعتی در آغاز قرن اهمیت داشته است. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت که پیش نویس آن در سال ۱۹۴۶ تهیه شد، این حقیقت را مطرح میکند که بنیانگذاران این سازمان قصد داشته اند همگام با مقابله با

چالشهای فراروی مراقبتهای پزشکی و درمانهای مؤثر، به ریشه های 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 (۱).

در هر سیستم اجتماعی، سیاسی و نیز در هر موقعیت جغرافیایی، تفاوتی 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 پایین تری فوت می نمایند، در یکی از محرومترین نواحی شهر گلاسکو در کشور بریتانیا، امید زندگی مردان حدود ۵۴ سال است، در حالی که در بهره مندترین ناحیه همان منطقه میزان امید زندگی در حدود ۸۲ سال بوده است (۹)

شواهد نشان میدهند که هرچه 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 تفاوتی در میزانهای ابتلا به بیماریها در گروههای محروم در مقایسه با سایر گروهها نیز به چشم می خورد، 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 پایین تر درآمدی قرار دارند در حالیکه ۱۸٪ گروههای با درآمد بالاتر با این قبیل بیماریها دست به گریبانند. در بسیاری از کشورها افراد بیکار سلامت روان نامناسب تر داشته و همچنین کودکانشان قد کوتاهتری از سایر کودکانی که پدرانشان شاغل هستند، دارند.

مثالهایی از وجود این قبیل اختلافات در شاخصهای سایکولوژیکی، بیماریهای قلبی عروقی، میزانهای دسترسی و کیفیت خدمات بهداشتی به فراوانی موجود است. اینها همگی همان موضوعاتی هستند که مبنایست مورد توجه قرار گیرند (۶).

تعریف سلامت از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت

سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو. جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت = آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است.

تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملاً دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن اینکه در عمل هم نمی توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمی تواند آن را فتح نماید، ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قائل شد.

ابعاد سلامتی:

با توجه به تعریف سلامتی (تعریف WHO) متوجه می شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است، حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می گیرند و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تاثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه، بر هر دو بعد دیگر

سلامتی اثر می گذارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد .

در اینجا برای ساده کردن مطلب ، ابعاد مختلف سلامتی را جداگانه شرح می دهیم گرچه عملاً قابل تفکیک از یکدیگر نیستند .

بعد جسمی

معمول ترین بعد سلامتی ، سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده تر می توان آن را ارزیابی کرد . سلامت جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضاء بدن است . از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول ها و اعضاء بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمی است .

به عنوان نمونه بعضی از نشانه های سلامت جسمی عبارتست از : ظاهر خوب و طبیعی ، وزن مناسب ، اشتهای کافی ، خواب راحت و منظم ، اجابت مزاج منظم ، اندام مناسب ، حرکات بدنی هماهنگ ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن نسبتاً ثابت در سنین بالاتر

بعد روانی :

بدیهی است سنجش سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی مشکل تر خواهد بود در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی ، داشتن عکس العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می دهد ، نکته دیگری که باید در اینجا به آن اشاره کرد اینکه بسیاری از بیماری های روانی نظیر اضطراب ، افسردگی و غیره بر روی سلامت جسمی تاثیر گذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری های روانی و جسمی وجود دارد . بعضی از نشانه های سلامت روانی عبارتست از :

سازگاری فرد با خودش و دیگران ، قضاوت صحیح در برخورد با مسائل ، داشتن روحیه انتقاد پذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات .

بعد معنوی :

یکی از زمینه های عمده بیماری ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی ، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است . ایمان ، هدفدار بودن زندگی ، پایبندی اخلاقی ، تعاون ، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسائل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب ، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می شود.

بعد اجتماعی:

بعد اجتماعی سلامتی از دو جنبه قابل بررسی است یکی ارتباط سالم فرد با جامعه ، خانواده ، مدرسه و محیط شغلی و دیگری سلامتی کلی جامعه که با توجه به شاخص های بهداشتی قابل محاسبه، می توان سلامت جامعه را تعیین و با هم مقایسه کرد که بعداً در مورد شاخص های سلامتی اجتماع بحث خواهیم کرد.

بررسی مفاهیم نظری سلامت عمومی از دیدگاههای مختلف :

در فرهنگ علوم رفتاری ، بهداشت روانی عبارتست از :

۱- علم و هنر نگهداری و به حداکثر رساندن سلامت روانی و پیشگیری از بیماریهای روانی .

۲- فراهم آوردن اوضاع و احوال محیطی ، نظرات هیجانی و عادات تفکر که از ناسازگاری شخصیتی جلوگیری می کند .

۳- مطالعه اصول و روشهای گسترده سلامت عقلی و جبران نابسامانی روانی.

بنا به تعریف «سازمان بهداشت جهانی» سلامتی عبارت است از «حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی».

در ارتباط با مفهوم سلامت روانی دیدگاه‌ها و نقطه نظرهای متفاوتی مطرح شده است.

الف - دیدگاه پزشکی: سلامت روان از دیدگاه پزشکی، عدم وجود بیماری روانی به حساب می‌آید. براساس این تعریف «هر اختلالی که در تعادل هیجانی و عاطفی به صورت اختلال در سازگاری و در عملکرد بدنی به دلایل عوامل ژنتیکی، شیمیایی، بیولوژیکی و روان‌شناختی و یا عوامل فرهنگی و اجتماعی به وجود آید بیماری روانی قلمداد می‌گردد».

ب - دیدگاه روان‌شناختی: در دیدگاه‌های روان‌شناختی بر تاثیر عوامل رفتاری و اجتماعی تاکید شده است، شواهد گوناگون در مطالعات امروزه نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی سلامت و بیماری به رشد گسترش حیطة ای از روان‌شناختی به نام «روان‌شناسی سلامت» کمک کرده است.

دیدگاه روان‌کاوی: زیگموند فروید شخصیت و روان انسان را مرکب از سه جزء نهاد، من و من برتر یا فراخود می‌داند و معیاری که برای سلامت روان از این مکتب استفاده می‌شود، وجود تمامیت در نیروهای روانی می‌باشد، که منظور تعادل بین نهاد و من و فرامن از طرفی و بین سطوح خود آگاه و ناخودآگاه از طرف دیگر می‌باشد. همچنین وی فردی را دارای سلامت روان می‌داند که مراحل رشد را با موفقیت گذرانیده و در هیچ یک از مراحل آن تثبیت نشده باشد.

آلفرد آدلر معتقد است فردی که از سلامت روانی برخوردار است که روش زندگی خود را با واقع بینی چنان طرح ریزی کند که منجر به بروز احساس حقارت غیر قابل جبران نگردد. تاکید آدلر بر روابط بین فردی موجب تحقیقات گسترده ای در عوامل اجتماعی بیماریهای روانی شده است.

آلبرت ایس: فردی را دارای سلامت روانی می داند که در زندگی تفکر و باورهای منطقی باور صحیح را جایگزین باورهای غیر منطقی و غلط خود نماید.

پاولف: مکتب خود را بر اساس واکنش های تحریکی و وقفه ای که بر مبنای تنبیه و پاداش ایجاد می گردند، قرار می دهد معتقد است که رفتار عادی، رفتاری است متعادل که به خوبی می تواند در مقابل فشارها مقاومت نماید.

هارتمن: سلامت روانی را بدین ترتیب تعریف می کند که « من » بتواند تطابقی بین «نهاد» و « فرامن » ایجاد نماید و خواسته های آنها را تایید یا طرد نماید. او قبلاً انعطاف پذیری من را به عنوان عاملی در سلامت فکر مطرح ساخته بود.

کلی: سلامت روانی را تعادل بین سطوح آگاهی، نیمه آگاهی و ناخود آگاه شخصیت تعریف نمود. او چنین تعادلی را ناشی از انعطاف پذیری « خود » می دانست. به این ترتیب حالت انعطاف پذیری در فرد ملاکی برای طبیعی بودن یا سلامت روان خواهد بود.

میلر و بروت: سلامت روان را اینگونه تعریف می کند که شخص طبیعی فردی است که با خود و محیطش و دنیایی که در اطراف اوست و مردمی که با او هستند و همچنین استعدادهای خویش تطابق کرده است و چنانچه لازم باشد برای تغییر وضعی که برایش ناخوشایند است فعالیت می نماید.

اتکینسون و همکاران : بیشتر روانشناسان ویژگی های زیر را نشانه سلامت روانی و عاطفی در فرد قلمداد می کنند و معتقدند این ویژگی ها هر چند فرد سالم و غیر سالم را کاملاً از یکدیگر تفکیک نمی کنند ، اما فرد سالم در مقایسه با بیمار ، میزان بیشتری از این خصوصیات را دارا است :

۱- ادراک صحیح ۲- خودشناسی ۳- توانایی در کنترل اختیاری رفتار ۴- عزت نفس و پذیرش ۵- توانایی در برقراری روابط محبت آمیز ۶- خلاقیت .

تاریخچه

جمهوری اسلامی ایران اقدامات زیادی را در زمینه درک و شناسایی عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و طراحی و اجرای مداخلات به منظور حذف یا کاهش تاثیر منفی این عوامل بر سلامت در راستای کاهش نابرابری ها، محرومیت زدایی و توسعه عدالت در سلامت طی سال های پس از انقلاب اسلامی انجام داده است. پس از انقلاب اسلامی، قانون اساسی جدید، کاهش فقر و عدالت اجتماعی و عدالت در سلامت را در اولویت قوانین و مقررات کشور قرار داد که این تاکید در برنامه های توسعه ای کشور کاملاً مشهود است.

در وزارت بهداشت نیز از آن زمان تاکنون اقدامات بسیاری صورت پذیرفته که استقرار شبکه های بهداشتی درمانی بر اساس اصول عدالت اجتماعی، مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی و نیز برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع با اهداف افزایش سطح سلامت و توزیع عادلانه سلامت در جامعه از مثال های بارز در این راستا می باشند. گرچه هنوز نابرابری هایی در سلامت وجود دارد اما این قبیل اقدامات منجر به بهبود چشمگیری در وضعیت سلامت در سطح کشور و نیز در مناطق محروم گردید.

با توجه به تجارب ایران در ارتقاء عدالت در سلامت، در اواخر سال ۱۳۸۴، جمهوری اسلامی ایران به عنوان کشور همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت شناخته شد. به دنبال برگزاری چهارمین اجلاس کمیسیونرهای عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران و ملاقات هایی که در آن زمان با مقامات عالی رتبه کشور صورت پذیرفت، نقش محوری در زمینه این رویکرد به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شد و دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در معاونت سلامت این وزارت ایجاد گردید (۲).

ریشه های 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، می پرسد که: " آیا نمی توانیم رد پای همیشگی بیماری های 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 تحلیل ها مشخص کرده است در اغلب مواردی که کاهشهای اساسی وجدیدی در مرگ و میر ناشی از بیماری های عفونی مثل سل رخ داده، قبل از توسعه درمانهای طبی موثر در این زمینه به وقوع پیوسته است که در واقع می توان گفت این قبیل کاهشها در مرگ و میر، ریشه در تغییرات حاصله در سبب غذایی و شرایط زندگی داشته است. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، که پیش نویس آن در سال ۱۹۴۶ تهیه شد، این حقیقت را مطرح میکند که بنیانگذاران این سازمان قصد داشته اند هم گام با مقابله با چالشهای فراروی مراقبتهای پزشکی و درمانهای موثر، به ریشه های 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.

هم چنین به خوبی بیان شده که هدف این سازمان دستیابی همه مردم به بالاترین سطح ممکن سلامتی میباشد. در راستای ماموریتهای اساسی این سازمان می توان به همکاری با کشورهای عضو و سازمان های تخصصی مرتبط جهت " بهبود تغذیه، وضعیت مسکن، بهداشت، تفریحات، شرایط اقتصادی یا کاری و دیگر جنبه های بهداشت زیست محیطی " اشاره کرد که همگی جهت نیل به فرآیند سلامت ضروری می باشند. در سالهای دهه ۱۹۵۰ بر فن آوری و مبارزه با بیماری های خاص تاکید شد. در طی آن سالها تحقیقات عمده ای بر روی داروها صورت گرفت که باعث شد تعداد متناهی آنتی بیوتیک، واکسن و دیگر محصولات داروئی جدید در این دوره تولید شود. از جمله

ویژگی های عمده در بهداشت عمومی در این دوره افزایش برنامه های "عمودی" بود که با اتکاء به فن آوری محدود با هدف از بین بردن بیمار یهای خاص همچون مالاریا، آبله و سل به مرحله اجرا درآمد. چنین برنامه هایی تا حد زیادی کارآمد به نظر می رسیدند و در برخی موارد توانستند به اهداف قابل ارزیابی دست یابند (نظیر تعداد واکسیناسیون انجام شده و مانند آن). اما این برنامه ها ماهیتاً ویژگی های اجتماعی و نقش آنها را در ایجاد بیماری ها نادیده می گرفتند

سالهای ۱۹۶۰ تا آغاز دهه ۷۰ زمان پیدایش راهکار های جامعه نگر بود. جامعه های محلی و کارکنان خدمات بهداشتی به دنبال جایگزینی برای برنامه های مبارزه عمودی با بیماریها و تاکید بر مراقبت های درمانی بودند. برای اولین بار برنامه هایی به نام برنامه های 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 سال ها در فیلیپین برخی از گروهها به استفاده از "تحلیلهای ساختاری" جامعه نگر پرداختند که از طریق آن اعضای جامعه ریشه های سیاسی و اجتماعی مشکلات و مسایل سلامت را دنبال و رد یابی میکردند.

این روش های اعطای اختیارات ابزاری برای گروههای آسیب پذیر فراهم کرد که به طرز نوین به تشخیص مسایل بهداشتی اجتماعی خود پرداخته و علل چندگانه آنها تجزیه و تحلیل نمایند و اقدامات درمانی استراتژیک را برنامه ریزی کنند. در آغاز دهه ۱۹۷۰ شواهد نشان دادند که راهکارهای مبتنی بر فناوری در زمینه مراقبت های بهداشتی در جهت ارتقاء چشمگیر سلامت عمومی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه با شکست مواجه شده است، در حالی که اجرای برنامه های 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 یونیسیف 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 برنامه های 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 ریشه های واقعی علل اصلی مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه هستند. دستور کار جدید در کنفرانس بین المللی مرتبط با مراقبتهای بهداشتی اولیه، PHC با حمایت سازمان جهانی بهداشت و یونیسیف در کنفرانس بین المللی آلماتا قزاقستان در سپتامبر ۱۹۷۸ مورد توجه ویژه قرار گرفت. 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 ریشه های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی بهداشت ضعیف نیز می پرداخت. در بیانیه آلماتا، مراقبت های بهداشتی اولیه از دو جنبه مطرح می شدند. 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 فعالیت های بهداشتی به عنوان بخشی از "توسعه اقتصادی و اجتماعی کلی جامعه" محسوب می شود. "فعالیت های بهداشتی نه به عنوان یک مداخله کوتاه مدت و مستقل، بلکه به عنوان بخشی از فرآیند بهبود شرایط زندگی تلقی می شوند." (۲)

در PHC، اقدامات بین بخشی به عنوان جزئی از محورهای فعالیت به هدف پرداختن به عوامل اجتماعی و زیست محیطی 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، فعالیت های عمومی، ارتباطات و دیگر بخشها را در برمیگیرد و به تلاش هماهنگ در تمامی این حوزه ها نیاز دارد.

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

منشور مزبور عامل مؤثر و کلیدی "پیش نیاز" سلامت را تعیین نمود. این پیش نیازها 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 توانمند سازی بنیادین نمی توانست تنها از عهده بخش بهداشت و سلامت برآید بلکه به اقدامات هماهنگ میان بخشهای مختلف دولتی، سازمان های غیر دولتی، سازمانهای داوطلب، بخش خصوصی و رسانه ها نیاز داشت.

بعد از کنفرانس اوتاوا، کنفرانس های بین المللی 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 راه اندازی کنند.

بنابراین شانس موفقیت در همکاری های بین بخشی 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 درمانی از آن جمله اند. هر جا که این اهداف به طور جدی دنبال نشود اقدامات بین بخشی برای سلامت با شکست و ناکامی مواجه خواهد شد. بعدها تحلیل گران دلایل بیشتری یافتند که چرا در بسیاری از کشورها به دنبال کنفرانس آلماتا اقدامات بین بخشی برای سلامت با شکست روبرو شد.

یکی از مشکلات در این راستا به شواهد و سنجش ها مربوط می شده است. تصمیم گیرندگان دیگر بخش ها شکایت میکردند که کارشناسان بهداشت و سلامت اغلب اوقات نتوانسته اند شواهد کمی درباره اثرات اختصاصی

سلامت که مربوط به فعالیتهای دیگر در بخش های غیر بهداشت و سلامت مانند بخش مسکن، حمل و نقل، آموزش و پرورش و سیاستهای غذایی یا صنعت باشند را ارائه نمایند.

در یک سطح فراتر از عدم توانائی در ارائه داده های مرتبط با موارد خاص، یک عدم اطمینان بر روش شناسی عمیق حاکم بود که چگونه می توان شرایط اجتماعی و فرآیندها را اندازه گیری 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 پیچیده تر می شد. (۱۰)

سالهای بعد با اتفاقاتی از قبیل پیدایش مراقبتهای بهداشتی اولیه انتخابی، شرایط اقتصادی و سیاسی دهه ۱۹۸۰ و نئولیبرالیسم و سپس دهه ۱۹۹۰ و سالهای پس از آن با بحثهایی پیرامون توسعه و جهانی سازی و انتشار یک سری 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 طبقه بندیهای اجتماعی مؤثر بر سلامت به خصوص از طریق اطلاعات آماری مستمراً و به طور شفاف تشریح شد.

عبارت "عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت" در میانه دهه ۱۹۹۰ به طور فزاینده ای مطرح شد. تقویت این باور که شواهد بدست آمده در مورد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت اثرات بالقوه گسترده ای در سیاست عمومی دارد باعث شد تا تلاشهایی اعمال شود تا یافته های علمی به زبانی بیان شوند که برای سیاستگذاران و عامه مردم قابل فهم باشد. به گونه ای 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 مؤثر بر سلامت فراهم آمده بود.

بررسی و مقایسه برنامه ها و سیاست های SDH ملی نیازمند یک رده شناسی است تا با کمک آن گروه بندی منسجمی از این برنامه ها حاصل شود. این گروه بندی باید نشانگر نقاط مشترک و اختلافات برنامه ها 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. آن‌گاه، 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 آسیب‌رسان به سلامت که بر مردم در موقعیت‌های آسیب‌پذیر وارد می‌آید؛

∅ تلاش برای کاهش آسیب‌پذیری مردم محروم نسبت به شرایط آسیب‌رسان به سلامت که با آن روبرو هستند؛

∅ کاهش پیامدهای نابرابر بیماری و جلوگیری از بدتر شدن شرایط اقتصادی و اجتماعی اقشار محروم که بیمار 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 منعکس‌کننده استراتژی‌های میانی و معتدل تری هستند که قصد دارند اقشار 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 آسیب‌رسان را بر سلامت قشر آسیب‌پذیر - 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 می شود جلوگیری به عمل آورند.

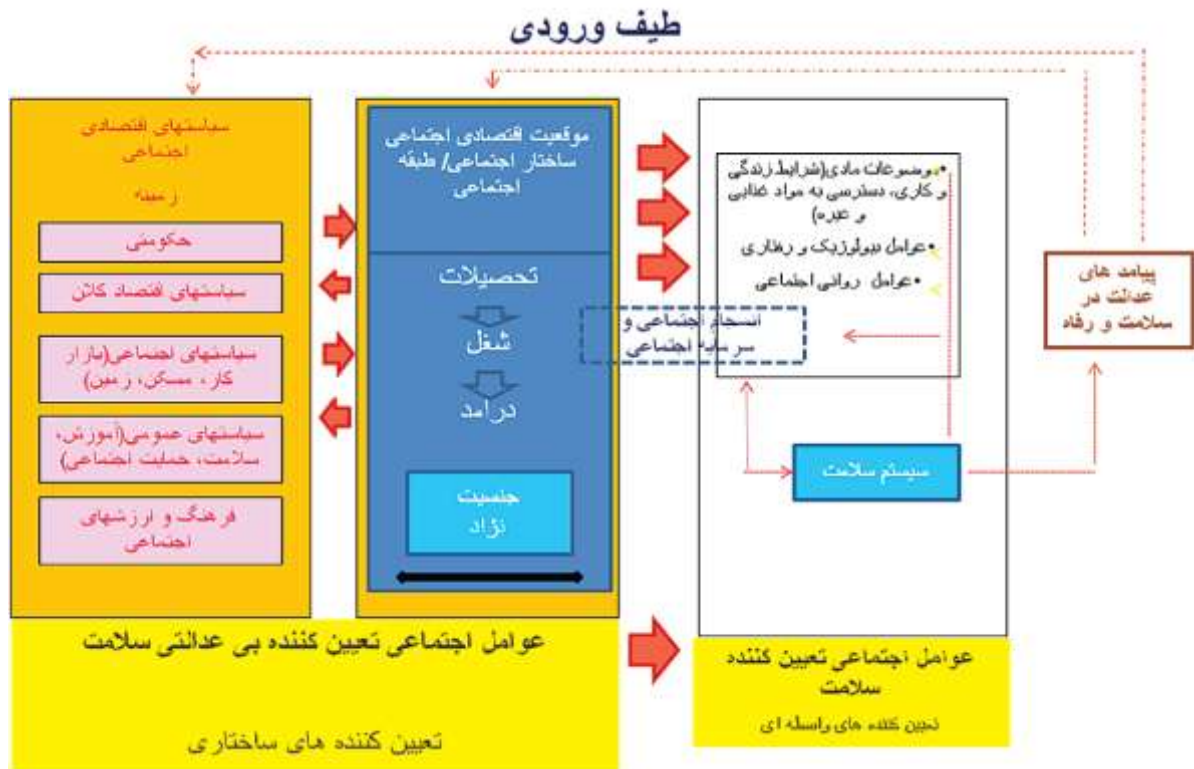
البته این طبقه بندی سیاست ها و مداخلات بر حسب این ۴ نقطه ورودی باید با طبقه بندی های دیگری مقایسه شود تا مشخص شود آیا این برنامه عموم مردم را پوشش می دهند و یا اینکه تنها گروه خاصی از مردم در میانه جامعه تحت پوشش قرار می گیرند.

در قرن ۲۱ نقش سازمان جهانی بهداشت در جهت ارتقاء عملکردها در حیطة عدالت در سلامت و ابعاد اجتماعی آن متحول شد.

در سال ۲۰۰۳ لی جانگ ووک، با اعلام برنامه کاری خود به نام ارتباط مجدد با ارزش های "سلامت برای همه" به مدیر کلی سازمان جهانی بهداشت منصوب شد. او در دسامبر سال ۲۰۰۳، طی مقاله ای در مجله لانست چنین نوشت: یکی از بخش های حساس عدالت در روابط انسانی، ارتقاء دسترسی عادلانه به شرایطی است که سلامت را تقویت کند. هدف کنفرانس آلماتا از "سلامت برای همه" نیز درست همین بود. بنابراین اصول اساسی مراقبت های بهداشتی اولیه عبارتند از: دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، مشارکت عمومی و راهکارهای بین بخشی برای بهبود وضعیت سلامت و بهداشت. این اصول باید در شرایط و زمینه امروز نیز اعمال شود.

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 مؤثر بر سلامتی ایجاد کند، تا از این طریق دستور کاری برای برقراری عدالت و تقویت حمایت سازمان از کشور های عضو، در جهت اجرای راهکار های جامع به منظور حل مشکلات بهداشت و سلامت و ریشه های اجتماعی و زیست محیطی آن گام بردارد.

ارتباط عوامل اجتماعی و پیامد های سلامت



بی عدالتی در سلامت

به دلیل تأثیر عوامل عدیده اجتماعی در امر سلامت، میزان برخورداری از موهبت سلامت در جوامع متعدد بوده و در نتیجه شاخص های سلامت در بین کشورها و حتی در درون کشورها اختلاف فاحشی دارد. برای مثال، امید به زندگی در کشور سیرالئون ۳۴ سال و در ژاپن ۸۲ سال است. یعنی اختلاف امید به زندگی بین این دو کشور قریب به ۴۸ سال است. در داخل کشور آمریکا اختلاف امید به زندگی بین سیاه پوست های فقیر و سفید پوست های غنی بالغ بر ۲۰ سال است. در کشور استرالیا هم اختلاف امید به زندگی بین بومی های آن کشور و سفیدپوستان مهاجر حدود ۲۰ سال است.

در کشور خودمان، مرکز آمار ایران اختلاف بین استان تهران و سیستان و بلوچستان را حدود ۱۰ سال تخمین می زند. طبیعتاً اختلاف بین پایین ترین طبقات اجتماعی استان سیستان و بلوچستان با جامعه متمکن تر تهرانی بیش از رقم مزبور است. میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در کشور سیرالئون ۳۱۶ کودک در هر هزار تولد زنده است، در حالی که این شاخص در کشور ژاپن، ۵ در هر هزار تولد زنده، در فنلاند ۴ و در کشور ایسلند ۳ در هزار است. به عبارت دیگر هر چه سطح اجتماعی - اقتصادی در جامعه پایین تر باشد، مرگ زیر ۵ سال بیشتر است. مرگ و میر کودکان زیر یک سال در بین مردم کم درآمد جامعه ایرانی، معادل ۴۷ / ۲ در هر هزار تولد زنده است در حالی که در بین مردم غنی، این رقم ۲۰ / ۷ در هزار است. همچنین شیوع کوتاهی قد و کم بودن وزن کودکان که ناشی از سوء تغذیه است، در مناطق روستایی خیلی بیشتر از شهرها است. ارتباط زیادی میان تولید ناخالص ملی و طول عمر وجود ندارد. برای مثال امید به زندگی در آمریکا که تولید ناخالص ملی آن چند برابر کشورهای کوبا و کاستاریکا است با کشورهای مزبور تقریباً به یک اندازه است.

حتی میزان هزینه کشورها برای سلامت، الزاماً به معنی بهتر شدن وضعیت سلامت در کشورهای مزبور نیست. برای مثال کشور ایالات متحده آمریکا بیشتر از هر کشوری در جهان برای سلامت هزینه می کند، ولی در سال ۲۰۰۳ میلادی از نظر امید به زندگی در بین ۳۰ کشور نامبرده در زیر ردیف ۲۹ قرار گرفت (به ترتیب رتبه: ژاپن، هنگ کنگ، ایسلند، سوئیس، اتریش، سوئد، ایتالیا، کانادا، اسرائیل، فرانسه، اسپانیا، نروژ، نیوزیلند، استرالیا، بلژیک، آلمان، سنگاپور، قبرس، لوکزامبورگ، فنلاند، هلند، انگلستان، مالت، یونان، کاستاریکا، امارات متحده عربی، شیلی، ایرلند، آمریکا و کوبا).

مهمترین خطری که سلامت و عدالت در سلامت را در کشور تهدید می کند، اختلاف بین غنی و فقیر است. هر چه نابرابری اقتصادی بیشتر باشد، وضعیت سلامت بدتر می شود. یعنی امید به زندگی کوتاه تر شده و مرگ و میر افزایش می یابد.

تمام کشورهایی که در درجه بندی فوق در رتبه بالاتری قرار داشته و از وضعیت بهتری برخوردارند، کشورهایی هستند که در آنها اختلاف درآمد کمتری بین افراد فقیر و غنی وجود دارد. به عبارت دیگر وضعیت عدالت در سلامت در کشورهایی که عدالت طلب هستند (مانند کشورهای اسکاندیناوی) خیلی بهتر از کشورهای سرمایه داری مانند آمریکا است. بررسی وضعیت مرگ و میر ناشی از بیماری سل در انگلستان، طی یک صد سال نشان می دهد که عمده کاهش مرگ و میر در کشور مزبور متعاقب بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه اتفاق افتاده است. یعنی هر چه وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی مردم بهتر شد، میزان مرگ و میر به همان نسبت کاهش یافت. این کاهش، خیلی پیش از کشف واکسن ب ت ژ و داروهای ضد سل به وقوع پیوست.

بررسی مرگ و میر کودکان زیر یک سال در کشور استرالیا نیز طی یک صد سال همین امر را به اثبات می رساند. یعنی بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه از جمله بهبود وضعیت غذا و تغذیه و شرایط زندگی خیلی زودتر از کشف واکسن ها و آنتی بیوتیک ها موجب کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال استرالیا شد، تلاش بخش سلامت فقط یکی از عوامل مؤثر بر سلامت است.

در حالی که عمده ترین تأثیر از عوامل اجتماعی و اقتصادی نشأت می گیرد که بر شرایطی که مردم در آن زندگی و کار می کنند اثر می گذارد. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، انعکاسی از وضعیت گوناگون مردم در پله های متعدد نردبان اجتماعی است که وضعیت مردم خود نشأت گرفته از موقعیت، قدرت، درآمد و ثروت آنان است. هرگاه سیاست های اجتماعی، سلامت انسان را در مرکز قرار دهد، به سلامت بهتر و بی عدالتی کمتر در سلامت منجر می شود.

اولین اقدام برخورد با بی عدالتی های سلامت، کنترل بیشتر بیماری های کشنده و اصلاح سیستم سلامت است. دومین اقدام برخورد با فقر است که اولین هدف توسعه هزاره نیز به حساب می آید، سومین اقدام که کاری بسیار مهم و مکمل دو اقدام قبلی است مربوط به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت است و آن بهبود بخشیدن شرایطی

است که مردم در آن زندگی و کار می کنند. بی عدالتی های سلامت و بی عدالتی های احتمالی، عوامل مشترک دارند، توجه نکردن به عوامل پیچیده اجتماعی مانع رسیدن به اهداف هزاره توسعه و نیز مانع رفع نابرابری سلامت می شود.

عدالت در سلامت

سوال مطرح این است که کدامیک از تفاوت های سلامت اجتناب ناپذیر و کدامیک غیرضروری و نامنصفانه میباشند؟ البته پاسخ به این سوال از کشوری به کشور دیگر و از زمانی به زمان دیگر متفاوت است. در کل ۷ تعیین کننده اساسی در زمینه تفاوت های وضعیت سلامتی قابل شناسایی است:

۱. تفاوت طبیعی و بیولوژیکی؛
۲. اتخاذ آزادانه رفتارهای مخرب سلامت مانند سیگار کشیدن؛
۳. مزایای گذرای سلامت یک گروه نسبت به گروه دیگر در زمانیکه این گروه اولین گروهی بوده اند که یک رفتار ارتقاء دهنده سلامتی را اتخاذ نموده اند؛
۴. رفتارهای مخرب سلامت در جایی که امکان انتخاب شیوه های 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 می گردند.

بررسی ها نشان می دهند که از بین موارد هفت گانه فوق، موارد ۱ تا ۳ بطور طبیعی تحت عنوان بی عدالتی در سلامت طبقه بندی نمیشوند. اما آنچه که از موارد ۴، ۵ و ۶ منتج میشود قابل اجتناب و نامنصفانه بوده و بی عدالتی در سلامت محسوب می شوند(۹). بدیهی است مددکاران اجتماعی باید در جهت رفع این نابرابری ها از طریق انجام اقدامات تخصصی و فعالیت در هر ۳ سطح پیشگیری(آگاهسازی و اطلاع رسانی، مداخلات درمانی و توانمندسازی)، بکوشند.

برخی از عوامل نابرابری و بی عدالتی در سلامت

۱- محل اقامت (تفاوت بین شهر و روستا، گروههای منطقه ای، پایتخت در مقابل سایر مناطق) و بخشهای دیگر

شهرها

۲- سنزاد

۳- شغل و آسیب پذیری های درآمدی

۴- جنسیت که اغلب نشان دهنده آسیب پذیری های ناشی از قوانین و هنجارهای مرتبط با جنسیت می باشد.

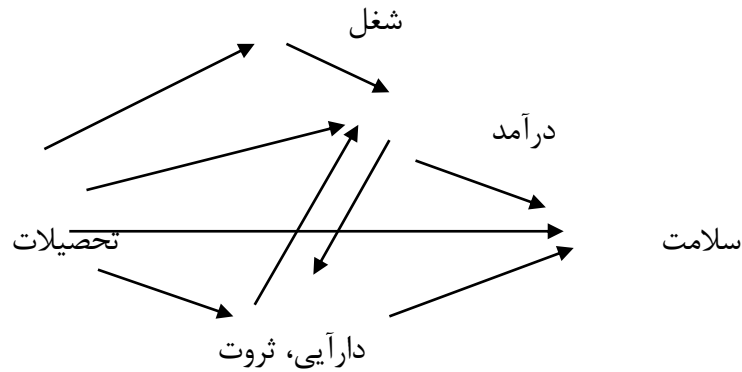
۵- فرهنگ و ارزشها

۶- تحصیلات

۷- وضعیت اقتصادی و اجتماعی

۸- سرمایه اجتماعی (۱۱).

رابطه عوامل اصلی اقتصادی-اجتماعی با سلامت (۴)



گرایان اجتماعی

شرایط ضعیف اقتصادی اجتماعی در طول زندگی بر سلامتی تأثیر 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 آن ها 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 کهن سالی از سلامتی کمتری بهره مند خواهند شد (۵).

شرایط دوران ابتدایی زندگی

اثرات یک شروع خوب در زندگی، یعنی حمایت مناسب از مادران و فرزندان، برای یک عمر باقی خواهد ماند. پژوهش ها نشان می دهند که پایه سلامت دوران بزرگسالی ریشه در دوران کودکی و قبل از تولد دارد. کندی رشد و ضعف حمایتی می تواند 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 مراقبت های قبل از زایمان همگی می توانند 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 سیستم های بیولوژیکی در سلامت آینده فرد حائز اهمیت است. به همان نسبت که ورودی های حسی ادراکی ، واکنش های - مغزی را برنامه ریزی می نمایند ، ناامنی احساسی و تحریک پذیری ضعیف نیز می توانند منجر به کاهش آمادگی رفتن به مدرسه ، قدرت فراگیری پایین تر ، 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 آموزش های صحیح مریبان است. رشد کند و عقب ماندگی جسمی در کودکی منجر به کاهش رشد و عملکرد سیستم های قلبی عروقی ، تنفسی و کلیوی گشته و احتمال خطر بیماری در - بزرگسالی را افزایش می دهد (۱۲).

انزوای اجتماعی

فقر ، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تأثیر مهمی بر سلامت و نیز مرگ زودرس دارند. فقر مطلق یعنی کمبود مایحتاج ضروری اولیه زندگی که هنوز در برخی از غنی ترین کشورهای اروپایی نیز وجود دارد. در این میان به طور اخص ، افراد بیکار ، گروه های اقلیت قومی ، کارگران خارجی ، افراد ناتوان ، پناهندگان و افراد بی خانمان در معرض خطر قرار دارند. کسانی که در خیابان ها زندگی می کنند میزان مرگ زودرس بالاتری دارند (۱۶).

فقر نسبی یعنی زندگی در وضعیتی فقیرانه تر از دیگر مردم اجتماع و این اصطلاح اغلب به کسانی اطلاق می شود که با درآمدی کمتر از ۱۰٪ درآمد متوسط در سطح ملی ، زندگی می کنند. انزوای اجتماعی منجر به کاهش سلامتی و مهم تر از آن خطر مرگ زودرس می شود. 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 فعالیت های شهروندی باز می دارد. این ها خود همگی از لحاظ روانی و اجتماعی زیان آور بوده و به لحاظ مادی برای سلامتی مضر هستند. هر چه افراد برای مدت طولانی تری در این قبیل وضعیت ها زندگی نمایند ، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری ها به ویژه بیماری قلبی عروقی خواهند بود. فقر و انزوای اجتماعی خطر طلاق ، ناتوانی ، بیماری ، اعتیاد و طرد از اجتماع را - افزایش می دهند (۱۲).

کار

استرس در هنگام کار خطر بیماری را افزایش می دهد. افرادی که کنترل بیشتری بر کارهایشان دارند از سلامت بهتری برخوردارند. در کل شغل داشتن برای سلامتی فرد بهتر است تا این که فرد هیچ شغلی نداشته باشد. اما روش های مدیریت و روابط اجتماعی حاکم در محیط کار نیز در سلامتی نقش به سزایی دارند. شواهد نشان می دهد که استرس در کار نقش مهمی در بیماری و مرگ زودرس بازی می کند. مطالعاتی در محل های کاری اروپایی نشان داده اند که وقتی مردم فرصت استفاده از مهارت هایشان را ندارند و از اختیارات کمی در تصمیم گیری برخوردارند ، سلامتی شان خدشه دار می گردد (۱۳).

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 و 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 . (۱۰).

حمایت اجتماعی

حمایت و روابط خوب اجتماعی سهم چشمگیری در سلامت دارند. حمایت اجتماعی در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک کننده است. تعلق به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند. این امر تأثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد. هم چنین روابط حمایتی می‌توانند سبب برانگیختن رفتارهای سالم تری 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 همبستگی اجتماعی که به عنوان کیفیت روابط اجتماعی و وجود اعتماد، الزامات متقابل و احترام در جوامع تعریف می‌گردد، می‌تواند از سلامت مردم محافظت نماید (۱۴).

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 همبستگی اجتماعی زیاد، حاکی از میزان پایین ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بوده است (۱۶).

اعتیاد

وابستگی افراد به الکل، مواد مخدر و دخانیات متأثر از محیط اجتماعی آنان است. مصرف مواد مخدر واکنشی است به شکست اجتماعی و برای استفاده کنندگان از آن سرابی است به منظور 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 و اقتصادی دارد. به عنوان مثال دهه گذشته که زمان تحول اجتماعی و اقتصادی بزرگی در اروپای مرکزی و شرقی بود، مرگ های ناشی از استفاده از الکل از قبیل تصادفات، خشونت، مسمومیت، خودکشی و صدمات به طور قابل توجهی افزایش یافت. این مسیر علیتی احتمالاً یک را دو طرفه است، بدین معنا که افراد به الکل روی می آورند تا درد شرایط سخت اقتصادی و 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 هستند. یکی از هزینه های اصلی افراد فقیر، خرید سیگار است که خود یک علت عمده در بروز بیماری و مرگ زودرس است (۱۰)

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 گردد. سوء تغذیه در بروز بیماری قلبی عروقی، دیابت، سرطان، بیماری های چشمی، چاقی و مراقبت های دندان نقش دارد. موضوع مهم - بهداشتی مسئله دسترسی و تأمین هزینه غذای سالم و مغذی است. رشد اقتصادی و بهبود وضعیت مسکن و بهداشت یک گذر اپیدمیولوژیک از بیماری های عفونی به بیماری های مزمن را همراه داشته است (۸).

تحول دیگری که به وجود آمده، تحول تغذیه ای بوده است. خصوصاً زمانی که رژیم غذایی به مصرف زیاد چربی های انرژی زا و شکر تغییر یافت و سبب چاقی گردید، در همین زمان چاقی در میان فقرا شایع تر از اغنیا شد. اما متأسفانه کمیته های بین المللی مانند کمیته قوانین مواد غذایی که تعیین کننده کیفیت غذایی و استانداردهای سلامت غذایی است و دارای سرمایه گذاری قوی در صنعت غذا می باشد، هیچ نماینده ای از بخش بهداشت عمومی ندارد. شرایط اقتصادی و اجتماعی منجر به ایجاد طبقات اجتماعی در کیفیت رژیم غذایی گشته که خود

نابرابری های سلامتی را 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 تأکید دارد (۱۲).

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 : این ها خود نوعی ورزش هستند ، تصادفات منجر به مرگ را کاهش می دهند ، ارتباط اجتماعی را افزایش می دهند و آلودگی هوا را کم می نمایند. ماشینی شدن زندگی باعث کم تحرکی در امور شغلی و خانه داری گردیده و به طور اپیدمیکی 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. این ها 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 (۴).

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 آسیب های آن ها کم خطرتر است. طراحی خوب محیط شهری به طوری که محل عبور دوچرخه سواران و عابرین را از محل تردد ماشین ها جدا نماید ، می

تواند سبب افزایش ایمنی دوچرخه سواران و عابرین پیاده نیز شود. همچنین کاهش ترافیک جاده ای موجب کاهش آلودگی هوا می گردد. پیاده روی و دوچرخه سواری سبب حداقل مصرف سوخت می شوند و همچنین از گرم شدن کره زمین نیز جلوگیری می نمایند. ضمناً کاهش بیماری های ناشی از آلودگی هوا و سر و صدا را در پی داشته و به لحاظ آینده اکولوژیک شهری نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. 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 قویاً با تضعیف سلامتی در ارتباط است (۳).

حیطه های منتخب عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در کشور و برخی بیماری های مرتبط با آنها

۱	تکامل دوران ابتدای کودکی	سوء تغذیه- بیماری های اسهالی- مرگ و میر کودکان-وزن موقع تولد-مرگ و میر مادران-سوانح و حوادث کودکی- مشکلات روانی و اجتماعی در دوران بزرگسالی
۲	سلامت معنوی و روانی	افسردگی- اختلالات شخصیتی- اختلالات رفتاری و خشونت- وابستگی به مواد- خودکشی
۳	ارائه عادلانه خدمات سلامت	کاهش اختلاف شاخص های سلامت در مناطق مختلف کشور- بهبود میزان شاخص های سلامت: کاهش مرگ و میر، افزایش پوشش ها، افزایش رضایتمندی- مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع مالی
۴	بیکاری و امنیت شغلی	بیماری های قلبی عروقی- فشار خون- مرگ زود هنگام- خودکشی- سوء تغذیه- افسردگی- وزن کم کودکان در بدو تولد- افزایش شاخص های مرگ و میر- وابستگی به مواد و اعتیاد- کاهش شاخصهای پوشش - اختلالات رفتاری و خشونت
۵	تغذیه و امنیت غذایی	سوء تغذیه- وزن کم کودک در بدو تولد- کم خونی- کمبود ریز مغذی ها- مرگ و میر کودکان زیر پنج سال- بیماری های گوارشی- مشکلات تکاملی کودکان
۶	شیوه زندگی سالم	فشار خون بالا- دیابت - بیماری های قلبی عروقی- اعتیاد به بیماری های گوارشی- افسردگی - - HIV دخانیات- وابستگی به مواد- چاقی- ایدز و اختلالات رفتاری-سوانح و حوادث

۷	آموزش، آگاهی و تحصیلات	مرگ و میر زیر یکسال و زیر پنج سال - بیماری های قلبی عروقی - دیابت - بیماری های اسهالی - اختلالات رفتاری - سوانح و حوادث
۸	مسکن	سوانح و حوادث داخل منزل - افسردگی - اختلالات رفتاری - بیماری های پوستی و تنفسی و کمبود ویتامین د - چاقی - آسیب ناشی از حوادث غیر مترقبه
۹	محیط زیست	بیماری های تنفسی - آسم و آلرژی - بیماری های پوستی - بیماری های گوارشی و اسهالی - بیماری های قلبی عروقی - بیماری های چشمی - استرس - افسردگی - آسیب های ناشی از حوادث غیر مترقبه - مسمومیت ها
۱۰	حمایت اجتماعی	افسردگی - خودکشی - اختلالات شخصیتی - اختلالات رفتاری و خشونت، عدم انسجام اجتماعی - عدم سرمایه اجتماعی - عدم حمایت اجتماعی و انزوای اجتماعی
۱۱	حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده	بیماری های منتقله از آب - میزان های مرگ و میر - بیماری های پوستی واگیر دار - بیماری های روانی مانند استرس و افسردگی و عدم دسترسی به خدمات سلامت و رفاهی
۱۲	توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی	بیماری های قلبی عروقی - بیماری های عفونی مانند ایدز و سل - مرگ و میر - خودکشی - اختلالات رفتاری و خشونت - سوانح و حوادث - افسردگی - استرس - سوء تغذیه
۱۳	گروه های ویژه - جنسیت	ابتلا به بیماری ها - مرگ و میر - خودکشی - اختلالات رفتاری و خشونت - سوانح و حوادث - افسردگی - استرس - سوء تغذیه
۱۴	حوادث	مرگ و میر - معلولیت ها - بیماری های اعصاب و روان

تکامل دوران ابتدای کودکی

به خوبی مشخص گردیده است که تجربیات سال های ابتدایی کودکی و قبل از تولد زیر بنای مهم کل زندگی فرد را شکل خواهد داد. شرایط نامناسب دوران بارداری از قبیل سوء تغذیه، استعمال دخانیات، استفاده نادرست از داروها، ورزش ناکافی، استرس و عدم مراقبتهای قبل از زایمان همگی می توانند منجر به رشد نامطلوب جنین گشته و این رشد نامطلوب جنینی خطری برای سلامت آتی فرد محسوب خواهد شد. هم چنین اگر به نیازها و حیطه های تکاملی کودکان در طی این دوران پاسخ مناسبی داده شود، آنها سالم تر بوده، از قدرت تفکر و تعقل بیشتری برخوردار می گردند و مهارتهای عاطفی و اجتماعی بهتری خواهند داشت. تکامل ابتدای کودکی شامل حیطه های مختلفی از قبیل سلامتی (فیزیکی...)، اجتماعی/ احساسی و شناختی/ تکلمی می باشد که همگی قویاً بر یادگیری ابتدایی و پایه ای فرد، موفقیت او در امر تحصیل، خطر ابتلا به بیماری های جسمی و روانی، مشارکت اقتصادی، نقش اجتماعی شهروندی و سلامت او نیز تاثیر بسزایی خواهند داشت. نقش مرکزی بازی در تکامل کودکان نباید مورد غفلت قرار گیرد. بازی خود سبب تشکیل سیناپسی در مغز می گردد هم چنین بازی نقش اجتماعی کننده دارد. ولی موضوع بازی در سیاستهای دولتها در حاشیه قرار گرفته است بنابراین باید کاری کرد که از راهی بتوان والدین و مراقبین را در زمینه نقش مهم بازی متقاعد نمود و آن را ارتقا و ترویج داد.

در حال حاضر حداقل ۲۰۰ میلیون کودک در سراسر جهان به ظرفیت تکاملی کاملشان دست نمی یابند، که این خود دلالت بر لزوم اقدام در این زمینه دارد. هم چنین سرمایه گذاری در سال های ابتدای زندگی جزء سرمایه گذاری های است که بیشترین تاثیر را در زمینه کاهش نابرابری های سلامت در طی نسل ها دارد (۲).

سلامت معنوی و روانی

سلامت روان به عنوان حالت رفاهی که در آن هر فرد ظرفیت های خود را شناخته، بتواند با استرس های طبیعی زندگی خود کنار آمده، به طور موثر و مولد کار کند و نیز قادر باشد در اجتماعش مشارکت نماید، تعریف شده است.

اختلالات روانی و رفتاری در تمام کشورها شایع اند و مشکلات عدیده ای را نیز ایجاد می نمایند. افراد مبتلا به این گونه اختلالات اغلب با مسائلی از قبیل انزوای اجتماعی، کیفیت بد زندگی و مرگ و میر بیشتر دست به گریبانند. هم چنین این اختلالات خود منجر به تحمیل هزینه های گزاف اقتصادی و اجتماعی نیز خواهند شد. صدها میلیون نفر در سراسر دنیا مبتلا به اختلالات روانی، نورولوژیک، رفتاری و وابستگی به مواد هستند. برای مثال تخمین توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ نشان داده است که ۱۵۴ میلیون نفر در دنیا از افسردگی و ۲۵ میلیون نفر از اسکیزوفرنیا رنج می برند، ۹۱ میلیون نفر دچار اختلالات مصرف الکل و ۱۵ میلیون نفر مبتلا به سوء مصرف موادند. در گزارش اخیر سازمان جهانی بهداشت تعداد مبتلایان به صرع در دنیا ۵۰ میلیون نفر و تعداد مبتلایان به آلزایمر و سایر دمانسها ۲۴ میلیون نفر برآورد گردیده است. حدود ۸۷۷۰۰۰ نفر در سال خودکشی می کنند و از هر ۴ بیماری که به مراکز مراقبت سلامت مراجعه می نماید، حداقل ۱ نفر دچار اختلال روانی یا رفتاری است، اما متأسفانه اغلب این اختلالات نه تشخیص داده می شوند و نه درمان می شوند. مطالعات نشان داده است که شیوع اختلالات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب ... در شرایط بیکاری، درآمد کم، تحصیلات محدود، شرایط کاری پر تنش، تبعیض جنسیتی و شیوه های زندگی ناسالم بیشتر است.

سیاست های سلامت روان باید اثرات تعیین کننده های محیطی خصوصاً اثرات بر روی گروه های آسیب پذیر را مورد توجه قرار دهند و تضمین کنند که این راهکارها از بروز انزوا و طرد شدگی ممانعت می نمایند. از آنجا که بسیاری از تعیین کننده های کلان سلامت روان در سطوح مختلف حکومت پراکنده اند، بهبود وضعیت سلامت روان نیز نیازمند اتخاذ سیاست ها و راهکارهای مرتبط توسط سایر بخشها می باشد. به عبارت دیگر، برخی از سازمانها و ارگانها، به غیر از بخش سلامت، با عوامل تاثیر گذار بر اختلالات روانی و رفتاری در ارتباط اند، بنابراین خود آن سازمان ها و ارگان ها لازم است سیاست ها و راهکارهای لازم را اتخاذ نمایند. همکاری بین بخشی برای تامین سیاست های سلامت روان نقش بسیار ساختاری و مهمی دارد. به عنوان مثال وزارت کار و امور اجتماعی لازم است ایجاد محیط های کاری بدور از تبعیض و با شرایط کاری قابل پذیرش و فرصت های شغلی مناسب را برای

مردم فراهم آورد، زیرا مسئله شغل و اشتغال از عوامل بسیار مهم تاثیرگذار بر سلامت روان افراد بوده و علاوه بر این محیط کار و اشتغال می تواند بسیاری از مشکلات سلامت روان افراد را بهبود بخشیده و سبب برقراری ارتباط مجدد آنان با جامعه گردد.

سلامت معنوی: سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامتی در کنار سلامت جسمی، ذهنی و اجتماعی مطرح شده است اما هنوز به دلیل عدم اجماع بین المللی در تعریف سال ۱۹۴۸ سلامت سازمان جهانی بهداشت وارد نشده است. با این که در برخی متون تعاریف معنویت و تدین تفکیک شده اما در مورد همین تعاریف نیز طیف نظرات محققان متفاوت است. دیدگاه معنوی بر روی باورها، نگرش ها، ارزشها و رفتارها تاثیر عمیق دارد و بر روی بیوشیمی و فیزیولوژی تاثیر می گذارد. این تاثیر روی فکر و بدن به نام تندرستی معنوی نامید می شود. مطابق بررسی متون دیدگاه معنوی، از چهار طریق روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تاثیر می کند:

۱. رفتارهای بهداشتی: تعهد دینی و معنویت موجب فعال سازی مسئولیت پذیری شخص در زمینه اصول و باورهای مندرج شده در دین می شود که اثرات جسمانی و روانی را نیز به خود اضافه می کند مانند رفتارهای تغذیه ای توصیه شده در ادیان.

۲. حمایت اجتماعی: انجام مناسک دینی و معنوی توصیه شده در دین موجب افزایش حمایت اجتماعی شده که مولفه اخیر یکی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت شناخته شده است. دین، تعاملات اجتماعی را افزایش داده و حمایت اجتماعی را به عنوان یک منبع ارتقای سلامت فراهم می آورد. نقش حمایت اجتماعی در کاهش واکنش پذیری قلبی و عروقی، تسهیل بهبودی پس از حمله قلبی و کاهش سایر عوامل خطر و از جمله کاهش استرس تاثیر مثبت دارد. حمایت اجتماعی با افزایش میزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد.

۳. سایکونوروفیزیولوژیک: احساس رضایت ناشی از دیدگاه معنوی از طریق نوروپپتیدهای پیام رسان روی سیستم ها و ارگان های بدن مانند قلب و عروق، ایمنی و ... تاثیر تقویت کننده دارد.

۴. اثرات مافوق طبیعی که برای انسان ناشناخته مانده است.

نتیجه این تاثیرات پیشگیری از بیماری، افزایش تحمل بیماری، بهبود سریع تر بیماری، کاهش میزان استفاده از خدمات بهداشتی- درمانی و تعامل سالم فرد در اجتماع است که در تحقیقات مختلف این مسئله نشان داده است.

لذا با توجه به دین مبین اسلام و دستورات موکد آن در زمینه های مرتبط با سلامت جای دارد جمهوری اسلامی ایران به عنوان کشور پیشرو اسلامی و پرچمدار مبانی اسلامی و شیعی در جهان در زمینه ترویج و تقویت این بعد از سلامت گام بردارد و نسبت به ارائه الگو در زمینه سلامت معنوی اقدام نماید(۲).

ارائه عادلانه خدمات سلامت

منافع عمومی سیستم های سلامت برای مردم چیزی بیش از پیشگیری از بیماریها و درمان آن هاست. در صورتیکه این سیستم ها به طور مناسب طراحی و مدیریت گردند، میسر خواهد گردید تا از آنها به عنوان ابزاری در جهت بهبود وضعیت زندگی مردم، محافظت از آنان در برابر آسیب پذیری ناشی از ناخوشی ها، ایجاد احساس امنیت در زندگی، تضمین برخورداری همه اقشار مردم از خدمات سلامت استفاده شود. سیستم های سلامت می توانند سبب ارتقاء عدالت در سلامت گردند به شرط آن که در طراحی و مدیریت آن ها موضوعات و نیازهای مردم محروم و حاشیه نشین، زنان و مستمندان به خوبی لحاظ گردیده باشد. ویژگی های اختصاصی سیستم های سلامت که می توان از طریق آنها عدالت در سلامت را ارتقا داده و ترویج نمود عبارتند از: جلب همکاری های بین بخشی به منظور ارتقا سلامت مردم؛ درگیر نمودن گروه های مردمی و سازمان های غیر دولتی خصوصاً سازمان ها و گروه هایی که با مردم محروم و حاشیه نشین سر و کار دارند؛ ترغیب اختصاص منابع به نیازهای سلامت؛ تامین منابع مالی بخش سلامت بر اساس پوشش همگانی و در نظر گرفتن منافع ویژه برای گروه های محروم اجتماعی و حاشیه نشین(خصوصاً بهبود دسترسی به مراقبتهای سلامت، محافظت بهتر در برابر هزینه های خانمان سوز بیماری و توزیع مجدد منابع به سمت گروه های فقیرتر با نیازهای بیشتر سلامت)؛

بیکاری و امنیت شغلی

امنیت شغلی باعث افزایش سلامتی، رفاه و رضایت شغلی می‌گردد، در عوض میزان بالای بیکاری موجب بیماری و مرگ زودرس می‌شود. بیکاری، سلامت را به مخاطره انداخته و میزان این مخاطرات در مناطقی که بیکاری گسترش دارد، بیشتر است مطالعات نشان داده اند که افراد بیکار و خانواده هایشان به طور قابل توجهی در معرض خطر مرگ زودرس می‌باشند. اثرات بیکاری بر روی سلامت در نتیجه مسائل روحی روانی و مسائل مالی به وجود می‌آید. اضطراب در مورد ناامنی شغلی یکی از تعیین کننده های مهم سلامتی است. ناامنی شغلی بر میزان های ابتلا به بیماری های اضطرابی و افسردگی و نیز قلبی عروقی و عوامل خطر آنها تاثیر به سزایی دارد. البته صرف داشتن یک شغل همیشه ضامن سلامتی جسم و روان نیست و در این خصوص کیفیت شغلی نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. ایجاد شرایط کاری اشتغال منصفانه و کارهای مناسب و در خور شان مردم، هم از دیدگاه توسعه اقتصادی و هم از دیدگاه عدالت در سلامت ارزشمند است. در واقع اشتغال منصفانه به معنی شرایط عادلانه در جذب افراد برای مشاغل و تکمیل کننده مفهوم کار مناسب است و در برگیرنده این چشم انداز سلامت عمومی است که در آن ارتباطات شغلی، رفتارها، پیامدها و عملکردهای شغلی، خود جز عوامل کلیدی و مهم تاثیر گذار بر سلامت کارکنان محسوب می‌گردند. اشتغال منصفانه هم چنین دلالت بر ارتباطات عادلانه بین کارفرما و کارگر دارد و منظور از کار مناسب نیز تامین فرصتهایی برای شغل های مولد با درآمد منصفانه، امنیت محیط کاری و حمایت اجتماعی از خانواده است(۲).

تغذیه و امنیت غذایی

رژیم غذایی خوب و مناسب برای ارتقاء سلامتی و رفاه از ضروریات است. مواد غذایی و تنوع آن موجب بروز بیماری های ناشی از سوء تغذیه می‌شوند. پرخوری نیز که شکلی از سوء تغذیه است در بروز بیماری های قلبی عروقی، دیابت، سرطان، چاقی و بیماری های دندانی سهم دارد. از سویی دیگر فقر غذایی نیز در کنار زیاده روی غذایی

وجود دارد. موضوع مهم سلامت عمومی، دسترسی و تأمین غذای سالم و مغذی است. در حال حاضر تجارت جهانی غذا، تجارت بزرگی است. توافق کلی بر سر تعرفه ها و سیاستهای تولید، تأمین و تجارت جاری مواد غذایی از موضوعاتی است که در این حیطه باید مد نظر قرار گیرد. هم چنین در این حیطه بایستی بر تعیین انتظارات بخش سلامت از سیستم غذایی کشور به منظور فراهم نمودن غذای تازه، مغذی و قابل دسترس برای همگان به ویژه اقشار محروم، حمایت از روشهای تولید مواد غذایی و کشاورزی سالم و دوستدار محیط زیست، تقویت فرهنگ تغذیه ای سالم تاکید گردد(۲).

شیوه زندگی سالم

استعمال دخانیات، رفتارهای بد تغذیه ای، فقدان فعالیت فیزیکی، همگی جز شیوه های زندگی هستند که با مشکلات سلامت از قبیل سرطان، بیماری های قلبی عروقی و چاقی در ارتباط نزدیک اند. بر اساس تخمین سازمان جهانی بهداشت ۱/۳ موارد سرطان ها، بیش از ۸۰٪ موارد مبتلا به بیماری های قلبی، ۹۰٪ موارد مبتلا به دیابت نوع ۲ از طریق افزایش فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی سالم تر و ترک استعمال دخانیات قابل پیشگیری است. اقدام در این حیطه نیازمند همکاری تمام سازمانهای دست اندر کار است(۲).

آموزش، آگاهی و تحصیلات

ساختار و اساس سلامت در طول عمر فرد در دوران کودکی شکل می گیرد. فقر به عنوان یکی از تعیین کننده های زمینه ای سلامت و ناخوشی محسوب شده و سواد و تحصیلات به عنوان شیوه ای مهم جهت خروج از فقر شناخته شده است. تحقیقات در زمینه نابرابری های سلامت نشان داده اند که هرچه میزان تحصیلات کمتر باشد، وضعیت سلامت نیز نامطلوب تر خواهد بود. علت این است که سواد و تحصیلات یکی از قوی ترین نشانگرهای وضعیت اقتصادی اجتماعی فرد به شمار می آید.

هم چنین مداخلات سیاست عمومی که محرومیت های آموزشی ، تحصیلاتی و آگاهی را مد نظر قرار می دهند از طریق دادن آموزشهای عمومی مورد نیاز و آموزشهای سلامت اثر مهمی در مبارزه با فقر و ایجاد تاثیرات مطلوب بر سلامت دارند(۲).

مسکن

مطالعات نشان داده است که ارتباط قوی بین محله ای که فرد در آن زندگی می کند، وضعیت کیفی مسکن وی و سلامت اش وجود دارد. به عنوان مثال احتمال اینکه افراد فقیر در محیط ها و مسکن های با کیفیت نامناسب زندگی کنند، بسیار بیشتر است و این خود در ایجاد شرایط نامطلوب سلامت سهم بزرگی دارد. بررسی ها مبین این هستند که ازدحام، رطوبت و دمای نامناسب(گرما یا سرمای بیش از حد) در محل سکونت می توانند منجر به پیامدهای ناگوار سلامت شوند. هم چنین شواهدی در زمینه ارتباط بین فضای ناکافی در منزل و بیماری روانی و رفتاری نیز وجود دارد و یا شواهدی در زمینه ارتباط بین رطوبت محل سکونت و بیماری های تنفسی وجود دارد و هم چنین تنشهای حرارتی در منزل منجر به افزایش مخاطرات ابتلا به بیماری های تنفسی و آلرژیک می گردد. از سوی دیگر دسترسی به محلی برای سکونت نیز بر سلامت اثر گذار است. به عنوان مثال افزایش قیمت خرید مسکن و نیز قیمت اجاره بهای آن در چند سال اخیر مشکلات سلامت (اضطراب، افسردگی) بسیاری را برای افراد کم درآمد ایجاد کرده است. لذا اتخاذ سیاستهای عمومی که بتواند تامین کننده مسکن با کیفیت مطلوب و محله های مناسب برای زندگی خصوصا افراد و طبقات محروم جامعه باشد از ضروریات سلامت و ارتقا عدالت در سلامت کشور است(۲).

محیط زیست

بررسی ها نشان داده اند از عواملی که موجب افزایش بیماریها در سالهای گذشته بوده، شدت یافتن آلودگی هایی است که در محیط اطراف وجود دارد. از تبعات آلودگی شهری، ایجاد و اشاعه ی بیماریهای مختلف در کودکان

است. آسم، آلرژی، بیماریهای حاد و مزمن، سرطان و بیماریهای گردش خون از جمله بیماری هایی است که در طول سالهای گذشته در کودکان آلمانی به دلیل آلودگی محیط زیست افزایش یافته است. شاید در شهرها مهمترین عامل ایجاد محیط زیست آلوده، آلودگی هوا ناشی از کارخانه های موجود در شهرها و حومه، ترافیک شهری، آلودگیهای صنعتی و آلودگیهای مراکزی مثل بیمارستانها باشد. در بیمارستانها بیمارهای مختلف عفونی بستری میشوند، بیماریهای جراحی و بیماریهای متنوع دیگری نیز بستری میشوند که آلودگیهای ناشی از آنها میتوانند، وارد سیستم فاضلاب شهری بشود و تبعاتی را برای افراد جامعه داشته باشد. در حال حاضر آسم و آلرژی تنفسی یکی از بیماریهای شایعی است که واقعا در تهران وجود دارد که دلیلش هم وجود آلودگی در این شهر است. از دیگر بیماریهای ناشی از محیط زیست میتوان آلرژی پوستی و سرطان را نام برد. افرادی که در مناطق آلوده زندگی میکنند، احتمال سرطان در آنها بیشتر است، سوزش چشم و پوست و کمبود اکسیژن خون است که خودش میتواند سبب بیقراری بشود. آلودگیهایی که در آب وجود دارد یا آلودگیهای ناشی از سوخت مواد پلاستیکی میتواند حاوی میکروبیهای هوازی یا بیهوازی باشد که وجود این میکروبیها در هوا میتواند بصورت معلق بوده و سبب عفونتهای تنفسی و گاهی گوارشی خصوصا در کودکان بشود. محیط زیست نه تنها بیماریهای جسمی بلکه بیماریهای روحی و روانی را نیز موجب میشود: ثابت شده، حتی در یکسری از بیماریهای روحی روانی مثل افسردگی یا اسکیزوفرنیها، آلودگی هوا فرد را مستعد به این بیماریها میکند. آلودگی هوا حتی میتواند بر روی جنین در خانمهای باردار نیز تأثیر منفی داشته باشد. لذا ضروری است اقداماتی انجام داد تا آسیب پذیری در برابر عوامل زیانبار محیط زیست را به حداقل رساند و سلامت آحاد جامعه را فزون تر نمود.

لذا اتخاذ راهکارهای مدیریت ادغام یافته سلامت و محیط زیست به منظور کنترل این قبیل مخاطرات لازم است (۲).

حمایت اجتماعی

سلامت اجتماعی به چگونگی وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه می پردازد. هر نوع قطع ارتباط بین فرد و جامعه، به گونه ای که افراد در چارچوبهای اجتماعی جذب نگردند، زمینه ای مساعد برای رشد انحرافات اجتماعی و پیدایش مشکلات سلامت می باشد. به عبارتی می توان گفت هر نوع ورطه یا فاصله بین فرد و جامعه که به عدم ادغام افراد در چارچوب های اجتماعی می انجامد، به انحرافات اجتماعی میدان می دهد. در تعریف سلامت در سال ۱۹۴۸ که توسط سازمان بهداشت جهانی بیان شد، سلامت اجتماعی یکی از سطوح سلامت کلی فرد بیان شده است. برخی تحقیقات سلامت اجتماعی را با سلامت روانی که شامل رضایت و خوشحالی از زندگی و به همان میزان تعادل میان اثرات مثبت یا منفی استبرابر دانسته اما رفاه اجتماعی به معنای سازگاری و تلفیق درون شخص و بین هر شخص با دیگر جامعه و بین اعضای جامعه و دنیایی است که در آن زندگی می کنند. و تعریف آن چنین است: "چند و چون قیود درونی هر شخص و دامنه ی مداخله ی او در جامعه. بعد اجتماعی سلامتی شامل سطوح مهارت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی و توانایی شناخت هر شخص از خود به عنوان عضوی از جامعه ی بزرگتر است. به طور کلی از دید سلامت اجتماعی هر کسی عضوی از افراد خانواده و عضویک جامعه ی بزرگتر به حساب می آید و بر شرایط اقتصادی و اجتماعی و رفاه "تمامیت شخص" در رابطه با شبکه ی اجتماعی، توجه می شود. کلید تصمیم گیری این است که بخشی از سلامت اجتماعی قسمتی از سلامت فردی است و این سلامت فردی میزان واکنش درونی افراد است که به صورت احساسات، افکار، رفتار، رضایت یا عدم رضایت از محیط اجتماعیشان نشان داده میشود. سلامت اجتماعی را به عنوان گزارش فرد از کیفیت روابطش با افراد دیگر(نزدیکان و گروههای اجتماعی) که وی عضوی از آنهاست تعریف می کنند و معتقدند که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می سنجد و شامل پاسخهای درونی فرد(احساس، تفکر و رفتار) است که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعیش می باشد. کیفیت زندگی و عملکرد شخصی فرد را نمی توان بدون توجه به معیار های اجتماعی ارزیابی

کرد و عملکرد خوب در زندگی چیزی بیش از سلامت روانی است و تکالیف و چالشهای اجتماعی را نیز در برمیگیرد.

شاخصهای مهم سلامت اجتماعی به شرح زیر است :

- مشارکت فعال در زندگی اجتماعی و پذیرش مسئولیت
 - شناخت حقوق و وظایف خود به عنوان یک شهروند
 - شناخت حقوق و وظایف دیگران و احترام به حقوق آنان
 - احترام به محیط زیست و تلاش در راه حفظ آن
 - شناخت فرهنگ و ارزشهای اجتماعی
 - پرهیز از خشونت و داشتن شکیبایی و مدارا با دیگران
- بدون تردید دستیابی به سلامت فردی با توجه به ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آن مهمترین عامل برای ایجاد خانواده و جامعه سالم است.

سرمایه اجتماعی شامل نهادها، روابط، گرایشها، ارزشها و هنجارهایی است که بر رفتارها و تعاملات بین افراد حاکم است. به عبارت دیگر، سرمایه اجتماعی آن دسته از شبکه ها و هنجارهایی است که مردم را قادر به عمل جمعی میکند. بنا به تعریفی که در پژوهش مطرح گردیده، 'سرمایه اجتماعی حاصل انباشت منابع بالقوه و یا بالفعلی است که مربوط به مالکیت یک شبکه با دوام از روابط کم و بیش نهادینه شده در بین افرادی است که با عضویت در یک

گروه ایجاد میشود. سرمایه اجتماعی در روابط میان افراد تجسم مییابد و موقعی سرمایه اجتماعی بوجود میآید که روابط میان افراد به شیوه ای دگرگون شود که کنش را تسهیل کند.

- متغیرهای اجتماعی عمده سرمایه اجتماعی عبارتند از: ۱- نظام های حمایت گر خانواده ۲- نظامهای آموزشی ۳ سازمان های افقی و عمودی (۲).

حاشیه نشینی و مناطق محروم دور افتاده

در تمام جوامع گروه هایی 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 حاشیه نشین ها، گروه های مختلف قومی. مواردی که معمولا در مقایسه با دیگران مورد غفلت قرار میگیرد. مواردی از قبیل امکان برخورداری از تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایتهای اجتماعی می باشند. این قبیل محرومیت ها سبب محدودیت روابط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، شرایط بد کاری، حقوق نامناسب، درآمد کم و تغذیه نامناسب این گروه ها شده که خود می تواند اثرات منفی بر سلامت آنان ایجاد نماید(۲).

توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی

در تمام کشورهای دنیا موثرترین راه حفاظت و بهبود وضعیت سلامت، حذف فقر و نابرابری های اقتصادی اجتماعی و عواقب آن شناخته شده است. برای مثال تغذیه بد، محیط زیست ناسالم، فقدان دسترسی به خدمات مراقبتی سلامت پیامدهای فقر هستند که همگی بر سلامت اثرگذارند. گرچه فقر مطلق که به طور مستقیم زندگی انسان ها را تهدید میکند، در اغلب کشورهای مرفه دنیا حذف شده است اما فقر نسبی هنوز گریبانگر افرادی از جوامع است که خود منجر به عدم برخورداری آنها از استانداردهای قابل دستیابی زندگی می شود. بنابراین لازم است در جهت تبیین فقر به هردو نوع فقر توجه خاص مبذول گردد.

در تمام کشورهای دنیا فقر با افزایش مواجهه با بیماری های عفونی ، سوء تغذیه، کمبود ریز مغذی ها و مرگ و میر مادران و کودکان همراه گردیده است. بنابراین برای مقابله با این قبیل مشکلات سلامت، کاهش آسیب پذیری ناشی از فقر الزامی است. که در اهداف توسعه هزاره نیز بدان توجه ویژه ای شده است خصوصاً از این منظر که می تواند تعیین کننده راهکارهای بهبود وضعیت سلامت افراد مستمند و فقیر باشد.

گرچه در کشور اقدامات زیادی در خصوص فقر زدایی صورت پذیرفته اما لازم است با دیدگاه سلامت اقدامات منسجم و هم راستا گردند(۲).

گروه های ویژه- جنسیت

جنسیت به کلیه ویژگیهای شخصیتی، نگرش ها، احساسات، ارزش ها ، رفتارها و فعالیتهایی که اجتماع هریک از دو جنس را بر مبنای آنها از یکدیگر افتراق می دهد اطلاق می شود. ساختی اجتماعی است که از هر جامعه به جامعه ای دیگر ودرطی زمان فرق می کند. در صورتیکه جنس اشاره به تقسیم زیست شناختی مذکر و مؤنث دارد و جنسیت توجه را به تفاوتهای ایجاد شده از نظر اجتماعی بین زنان و مردان جلب میکند. عدالت جنسیتی عبارت است از پاداشها و فرصتهای منصفانه زنان و مردان و حق مساوی آنها در استفاده از نعمتهای مادی و معنوی موجود در جامعه مطابق با کار انجام شده .

در سراسر قاره ها و فرهنگهای مختلف هنجارها و ارزش های جا افتاده منجر به این شده است که زنان بر امکانات و منابع کمتری دسترسی داشته و از قدرت کمتری نسبت به مردان برخوردار باشند. تعجیبی ندارد که این امر مردان را از امتیازاتی در زمینه های سیاسی، اقتصادی و آموزشی و همچنین سلامت و مراقبت های بهداشتی بهره مند ساخته است . در عین این که زنان در مجموع سالهای بیشتری در مقایسه با مردان عمر می کنند تفاوت در شاخصهای مرگ و میر نشان دهنده ی تفاوت های موجود میان موقعیت زنان و مردان در سطح خانوار و جامعه است که نابرابری های جنسیتی از نظر دسترسی به غذا، مراقبتهای بهداشتی، و منابع دیگر رفاه را شامل می شود.

تفاوت‌های جنسیتی و نابرابری‌های جنسیتی می‌توانند موجب بی‌عدالتی‌هایی در زمینه‌ی وضعیت سلامت زنان و مردان و دسترسی ایشان به مراقبت‌های بهداشتی بشوند، به‌عنوان مثال؛ ممکن است زنی نتواند خدمات بهداشتی مورد نیازش را دریافت کند تنها به این دلیل که هنجارهایی که در اجتماع محل سکونت وی حاکم است او را از اینکه به تنهایی به کلینیک درمانی مراجعه کند باز می‌دارد. آنجا که زنان طولانی‌تر از مردان عمر می‌کنند تصور عمومی بر این است که آنها تندرست‌تر هم هستند. در واقعیت، زنان بیشتر احتمال دارد که از نظر سلامتی شرایط نامطلوب‌تری را تجربه کنند. نتایج بررسی به عمل آمده در مورد سنجش میزان بیماری در چندین کشور نشان داد علی‌رغم اینکه زنان طول عمر بیشتری دارند، در طول عمرشان در تمام مقاطع زندگی نسبت به مردان بیمارتر و ناتوان‌ترند.

اثر متقابل جنسیت و سلامت : جنسیت بیش از یک تعیین‌کننده سلامت است که نمی‌تواند به تنهایی نمود داشته باشد بلکه با سایر تعیین‌کننده‌ها مانند وضعیت اجتماعی و درآمد، استخدام، تحصیل، محیط اجتماعی، محیط فیزیکی، رشد و نمو کودک سالم، رفتارهای فردی سلامت و مهارت‌های سازگاری، خدمات سلامت، شبکه‌های حمایت اجتماعی، اعطای بیولوژی و ژنتیک و فرهنگ تداخل دارد. عامل جنسیت در تمام جنبه‌های سلامت و مراقبت‌های سلامتی نفوذ می‌کند. مطمئناً، مواردی وجود دارد که تفاوت‌های جنسیتی تأثیر بدی هم بر سلامت مردان باقی گذاشته - چنانکه می‌توان به مواقعی اشاره کرد که ریسک‌پذیری بیشتر مردان جوان منتهی به نرخ‌های بالاتر تصادفات در میان ایشان می‌شود - و یا میزان بالای خشونت، به مرگ یا معلولیت در مورد ایشان می‌انجامد. اما در مجموع، بسیاری از متخصصین بهداشتی بر این باورند که نابرابری‌های جنسیتی به کاهش سطح سلامت و غفلتی سیستماتیک در زمینه‌ی سلامت زنان منجر گردیده است. هنجارها و ارزش‌های جنسیتی و رفتارهای متعاقب آن، تأثیر سوئی بر سلامت باقی می‌گذارند. در واقع، تصویر جنسیتی در یک مقطع زمانی و مکانی می‌تواند از موانع عمده - و گاه تنها عامل مهم - در دستیابی مردان و زنان به سلامت باشد. خوشبختانه

هنجارها و ارزشهای مرتبط با جنسیت ثابت نیستند؛ در طول زمان تغییر می کنند، در نقاط مختلف تنوع زیادی دارند و مستعد به تغییرند.

حوادث

با دگرگونی هایی در شیوه زندگی، توسعه اجتماعی، تغییر فناوری های مورد استفاده در زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی، بیماری های غیر واگیر و آسیب های جسمانی روانی و اجتماعی تبدیل به یکی از مهم ترین معضلات جوامع بشری شده است. توسعه سریع اجتماعی اقتصادی و بهره مندی از فناوری ها و امکانات جدید، بدون زیر ساخت های فرهنگی و اجتماعی و تغییر سریع الگوهای زندگی، بدون توجه به پیش نیازهای ضروری برای پذیرش این دگرگونی ها، همگی به این منجر شده که میزان بروز حوادث عمدی و غیر عمدی، تلفات انسانی و زیان های اجتماعی و روانی ناشی از آن به شدت افزایش یافته و به یک مشکل جهانی و کشوری مبدل شود. حادثه یک پدیده اتفاقی، اجتناب ناپذیر، ناگهانی و غیر منتظره است که در بسیاری از موارد غیر قابل پیش بینی و کنترل است. سال ها این تصور سبب عدم برنامه ریزی برای کنترل بروز و پیشگیری از حوادث شده بود. اما خوشبختانه در دهه های اخیر با درک بهتری از مبانی پدیده وقوع آسیب ها با علل خارجی عمدی یا غیر عمدی و شناسایی عوامل و علل موثر بر آنها و به دست آوردن درک روشنی از امکانات مختلف برای کاهش بروز حوادث، سبب کاستن از شدت آن و محدود کردن دامنه خسارات ناشی از آن شده است. به خوبی نشان داده شده است که انواع مختلف حوادث قابل پیشگیری هستند؛ هم بروز آنها را می توان کاهش داد و هم از شدت آن ها می توان کاست. حتی در بسیاری از کشورهای توسعه یافته برنامه ریزی و اجرا برای به صفر رساندن مرگ ناشی از انواع حوادث به ویژه حوادث ناشی از حمل و نقل آغاز شده است.

در مطالعه ملی بار بیماری ها سال ۸۲، حوادث عمدی و غیر عمدی بالاترین بار بیماری ها را به خود اختصاص داده بود. هم چنین بنا به گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حدود ۳۵ هزار مرگ ناشی از تصادفات

ترافیکی با میانگین سنی ۲۳ تا ۳۵ سال در طول یکسال رخ میدهد که در نتیجه میزان عمر از دست رفته بسیار زیاد می شود. جوانهایی که در اثر این تصادفات فوت می کنند، جوانان مولد هستند یعنی کسانی هستند که باید تولید کنند و تولید ناخالص داخلی را بالا ببرند؛ ولی عملاً این اتفاق نمی افتد و این افراد مرگ زودرس پیدا می کنند؛ در نتیجه تولید ناخالص داخلی کم میشود. بر اساس تحقیقات، دنیا ثابت کرده کسانی که در این سنین می میرند و جزو گروه مولد جامعه هستند سه برابر بیشتر از سایرین، به تولید ناخالص داخلی کشور لطمه می زنند. اگر این محاسبات را در کنار هم قرار دهیم متوجه میشویم که چه زیانهای عظیم اقتصادی از این مرگها عایدمان می شود که این زیانهای اقتصادی در کنار زیانهای اجتماعی مرگ یک نان آور خانواده، یک اتفاق بسیار عظیم را طراحی می کند.

روند تصاعدی آسیبهای ناشی از حوادث راهها آن را به عنوان یک مشکل بهداشتی جدی مطرح کرده است: در سطح جهان، هر روز ۳۲۴۲ در اثر آسیبهای ترافیکی جان خود را از دست داده و بین ۲۰ تا ۵۰ میلیون نفر دچار آسیب یا ناتوانی میشوند و آسیبهای ترافیکی در حال حاضر در میان علل مرگ و میر در جهان با سهم ۲۱ درصد در رتبه یازدهم قرار دارد و رتبه آن در ایران، جایگاه دوم است (۲).

مشکلات سلامت از درون جوامع

"Kenneth Newell" یکی از مدیران سازمان جهانی بهداشت در کتاب خود با نام "Health by the people" که در سال 1354 منتشر شد، نوشت که ما با مطالعه اقدامات انجام شده در ارتباط با سلامت در آفریقا، آسیا و آمریکای جنوبی نشان دادیم بسیاری از علل مشکلات معمولی در ارتباط با سلامت، از خود جوامع نشات می گیرد و مداخله بخش سلامت به تنهایی اغلب بی اثر است و اقدامات خارج از بخش سلامت شاید آثار بیشتری داشته باشد تا مداخلات منحصراً بهداشتی در همان سال که سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در زمینه راههای جایگزینی برای رسیدگی به نیازهای اولیه سلامت در کشورهای در حال توسعه، نشریه ای منتشر و در آن توجه را به نقاط ضعف برنامه های عمودی مربوط به بیماری ها جلب کردند. در این قبیل برنامه ها به تکنولوژی توجه شده، ولی به نبود

احساس مالکیت به وسیله جامعه بی توجهی به عمل آمده است. نشریه مزبور تأکید کرد عوامل اجتماعی (مانند فقر، مسکن نامناسب و فقدان آموزش) ریشه های واقعی گرفتاری های مربوط به سلامت در کشورهای در حال توسعه است. سلامت به صورت پیچیده ای با وضع اقتصادی مرتبط است. افراد سالم قدرت فراگیری بیشتری دارند کسب درآمد برای آنان آسانتر است به جامعه بیشتر منفعت می رسانند و بهتر می توانند از افراد سالمند و کودکان مراقبت کرده و نیز سالم تر زندگی می کنند. افرادی که از درآمد بالاتری برخوردارند طبیعتاً دسترسی بیشتری به اطلاعات بهداشتی، مراقبت های بهداشتی - درمانی، غذاهای مغذی، آب آشامیدنی سالم و دفع بهداشتی فضولات داشته و در محیط های سالم تر زندگی می کنند. آنان به محض بیمار شدن به مراقبت های لازم پزشکی و تکنولوژی های تشخیصی و درمانی دسترسی دارند. افراد فقیر به پاره ای و یا تمام امکانات فوق فقط دسترسی محدودی پیدا می کنند، هنگامی که بیمار شوند. دسترسی آنان به سیستم بهداشتی درمانی با تأخیر صورت گرفته و اغلب بسیار اولیه است و اقدامات

تشخیصی و درمانی درصد خیلی بیشتری از درآمد خانواده را به خود اختصاص می دهد. تشخیص کسالت در مراحل پیشرفته تر بیماری صورت می گیرد و در نتیجه آمار مرگ و میر افراد فقیر خیلی بالاتر است. در بسیاری از نقاط جهان یک بیماری با هزینه های کمرشکن قادر است خانواده هایی را که با زحمت می توانند زندگی معمولی داشته باشند به ورطه فقر بکشانند. آثار هم افزایی درآمد و سلامت، محدود به کشورهای در حال توسعه نیست، در کشورهای صنعتی بسیار پیشرفته هم همین امر درمورد افراد فقیرتر و اقلیت ها صحت دارد. سلامت مسأله ای سیاسی بوده و در حقیقت عنصر کلیدی بسیاری از سیاست ها است. فقدان دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی مردم را علیه مسؤولان متحد می کند و حتی گاهی سبب سقوط آنان می شود و نیز برعکس می تواند موجب حمایت جدی مردم از مسؤولان کشورها شود.

ارایه مراقبت های بهداشتی - درمانی گران بوده و تأمین اعتبارات مورد نیاز پیوسته امر مشکلی است. صرف نظر از این که مقدار تولید ناخالص ملی چه قدر باشد، بی عدالتی در دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی به تهدیدی

برای سلامت افراد منجر می شود. آنان که از نظر سیاسی نفوذ کمتری دارند همان افرادی هستند که از حمایت های دیگر اجتماعی هم برخوردار نبوده و کمترین دسترسی را هم به خدمات بهداشت - درمانی دارند.

کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

با هدف هدایت ورهبری 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. اماکنون این توصیه ها 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 گسترده تر، پیشرفتهای مختصری در کشورهای در حال توسعه، یعنی نقاطی که بیشترین نیاز را دارند، حاصل گردید. تحلیل علل این ناکامیها در عدم برنامه ریزی استراتژیک موثر ریشه دارد. اتخاذ سیاستها و مداخلاتی ورای روال مرسوم بخش سلامت از جمله ماموریتهای این کمیسیون است.

ولیکن این ماموریت باید به عنوان بخش اصلی سیاست سلامت مد نظر قرار گیرد. وظیفه کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت عبارت است از بررسی شواهد علمی و شناسایی علل ریشه ای و بنیادی، (علت العلل) در زمینه مسایل اجتماعی مؤثر بر سلامت و تبدیل کردن آن به سیاست های سازمان جهانی بهداشت و کشورها و نیز کمک به اعمال سیاست های مزبور در سطح کشورها و جهان.

مطالعات نشان داده است که در بین عوامل مؤثر در ایجاد سلامت سهم هر دسته از عوامل حدوداً به قرار زیر است:

۱. سهم سیستم ارایه خدمات سلامت به میزان ۲۵ درصد،

۲. سهم عوامل ژنتیکی و بیولوژیک ۱۵ درصد

۳. عوامل فیزیکی محیط زیست و ۱۰ درصد،

۴. سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت ۵۰ درصد

در حقیقت این عوامل اجتماعی هستند که منجر به بی عدالتی در سلامت جامعه و افراد می شوند. هدف و برنامه کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، برخورد شدید با بی عدالتی های سلامت در میان کشورهای جهان و نیز بی عدالتی در سلامت در داخل کشورها است.

قوی ترین و جدی ترین عوامل ناخوشی ها، شرایط اجتماعی است که مردم هر جامعه در آن زندگی و کار می کنند. بی عدالتی های سلامت در جوامع گوناگون، وسیله ای برای اندازه گیری میزان عدالت اجتماعی در آن جوامع است. از طریق سنجش میزان سلامت مردم و بخصوص نحوه توزیع آن در هر جامعه و کشوری می توان نتیجه گیری کرد که جامعه مزبور تا چه درجه ای نیازهای اجتماعی انسان ها را تأمین می کند.

شبکه های علمی بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت:

کمیسیون عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت اقدام به ایجاد شبکه های علمی در مورد مسایل خاصی در ارتباط با عوامل اجتماعی کرد. هر شبکه علمی با مشارکت فعال صاحب نظران و دانشمندان آن موضوع فعالیت می کرد. عناوین شبکه ها عبارتند از:

- بریدگی از جامعه،
- شهرنشینی(مهاجرت و حاشیه نشینی)،
- اشتغال (و شرایط و محیط کار)
- جهانی شدن،

- زنان و نابرابری جنسی،
- تکامل در دوران اول کودکی،
- سیستم آرایه خدمات سلامت،
- بیماری های مهم بهداشت عمومی (اولویت ها)،
- تأمین اعتبار، برنامه های اجتماعی، ارزیابی و اندازه گیری پیشرفت ها ،

نتیجه مطالعات و بررسی هایی که در شبکه های مزبور انجام می شود. در جلسه کمیسیون مطرح شده و پس از حک و اصلاح از آن بهره برداری می شد.

کمیسیون از سازمان های مردم نهاد(سمن) در سراسر جهان برای پیش برد اهداف خود استفاده نمود. سازمان های مردم نهاد بزرگ بین المللی که بعضاً در همه کشورها شعبه دارند همکاری نمودند. کمیسیون از بدو تأسیس به مدت حدود ۳ /۵ سال فرصت داشته تا نتایج کل مطالعات و نظرات نهایی خود را منتشر کند. کمیسیون سالیانه سه جلسه مشترک در کشورهای مختلف برگزار کرد.

کمیسیون در شش منطقه سازمان جهانی بهداشت، کشورهایی را به عنوان کشورهای همکار انتخاب کرد. کشورهای مزبور تلاش کرده و تا با کمک های فکری و مشورت های کمیسیون و شبکه های علمی مورد اشاره و نیز سازمان جهانی بهداشت، الگوهای عملی برای سایر کشورهای جهان باشند. کشورهایی که تا کنون برای این کار نامزد شده اند عبارتند از چین، کانادا، انگلیس، شیلی، ایران و کنیا. علاوه بر موضوعاتی که در شبکه های علمی مورد بحث و بررسی قرار گرفت عوامل دیگری هم در حمایت جوامع نقش دارند نظیر: بهداشت روان، سالخورده گی، تغییرات محیط زیست، بلایای طبیعی، مهاجرت، نابرابری های درآمد، مذهب، خشونت و درگیری (شامل جنگ و انواع انحصارها).

استرس های روانی - اجتماعی، غذا، الکل، روستانشینی، آموزش پزشکی و نیز کمک ها و سرمایه گذاری هایی که برای عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در کشورهای کم درآمد انجام می شود.

هر چند نقش عوامل اجتماعی بر سلامت ۵۰ درصد است ولی تا دهه های اخیر این عوامل مورد غفلت قرار گرفتند. بدون کاهش جدی فقر، ایجاد امنیت غذایی، آموزش، توانمندسازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در حاشیه شهرها، نمی توان به اهداف عدالت در سلامت دست یافت. لازمه سلامت، برخورداری از صلح، مسکن، تحصیلات، غذا، درآمد پایدار، محیط زیست سالم، عدالت اجتماعی، تفریح و داشتن احساس کنترل بر زندگی و کار خویش است.

سیاست های تعدادی از کشورها در امر سلامت

سیاست های کلی اروپا: برخورد با طبقاتی بودن اجتماع، کاهش استرس در جامعه، توجه به سلامت جسمی، روانی و تکامل کودکان در سالهای اول زندگی، توجه به رانده شدگان اجتماعی، اشتغال و شرایط و محیط شغلی، حمایت اجتماعی، اعتیاد، غذا، حمل و نقل.

سوئد: مشارکت همگان و به خصوص اقشار پایین اجتماع در امور جامعه، امنیت اقتصادی و اجتماعی، شرایط امن و مطلوب در دوران کودکی و نوجوانی، زندگی شغلی سالم تر، محیط زیست سالم و امن، انواعی از مراقبت های پزشکی که بیشتر موجب ارتقای سلامت کل جامعه و عدالت در سلامت می شود. حفاظت مؤثر در مقابل بیماریهای واگیر، روابط جنسی امن، بهداشت باروری خوب، افزایش فعالیت بدنی، عادات خوب غذایی و امنیت غذایی، کاهش مصرف سیگار و الکل و ایجاد جامعه ای عاری از سوء مصرف مواد.

انگلیس: برخورد با بی عدالتی ها، ارتقای استاندارد زندگی و برخورد با درآمد کم از طریق افزایش برخورداری های اجتماعی و افزایش حداقل دستمزد.

شیلی و مکزیک: دادن یارانه به مادران در خانواده های کم درآمد (یک چهارم از کل جمعیت)، در صورتی که تمام افراد خانواده به موارد زیر عمل کنند: مراقبت های بهداشتی را بپذیرند و برای کلیه خدمات پیشگیری و شایع ترین مشکلات سلامتی به مراکز مراجعه کنند، بهداشت محیط، تنظیم خانواده، مراقبت مادر (قبل، حین و پس از زایمان) ، پیشگیری از سوانح و حوادث و کمک های اولیه، تغذیه با شیرمادر، آموزش، تغذیه مناسب و کنترل رشد کودکان، حضور در کلاس های آموزشی در امور بهداشت و سلامت، ادامه تحصیل کودکان و به خصوص دختران تا ۱۸ سالگی. خلاصه آن که برای دریافت یارانه مورد اشاره، هر خانواده باید ۵۷ شرط را در راستای ارتقای سلامت بپذیرد و به آنها عمل کند. همچنین دولت برای این دسته از خانواده ها امنیت غذایی را فراهم و میزان کالری دریافتی و ریزمغذی ها را افزایش داده است کیفیت خدمات بهداشتی درمانی این گروه از مردم را بهبود بخشیده ، تعداد پزشکان و پرستاران را افزایش داده و دسترسی به خدمات و دارو را تسهیل کرده است.

از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد سیاست های مربوط به سلامت در جهان تغییرات عمده ای را شاهد بوده است. از جمله این که در ارتباط با توسعه بین المللی، سلامت از هر زمان دیگری در جایگاه برجسته تر و بالاتر قرار گرفته است. صاحب نظران به صورت روزافزونی به این امر اعتراف می کنند که آن دسته از استراتژی های سلامت که به ریشه های اجتماعی بیماری و سلامت توجه نمی کند. نارسا و ناکافی هستند و باید تغییر پیدا کنند. این روزها امکان اقدامات روی عوامل اجتماعی سلامت افزایش یافته است.

اهداف توسعه هزاره که در اجلاس سران ۱۸۹ کشور عضو سازمان ملل متحد در سپتامبر سال ۲۰۰۰ در مقر سازمان ملل متحد به تصویب رسید هم خود شاهدهی است بر این مدعا و هم وسیله ای است برای پیشبرد مقصود و رسیدن به هدف سلامت.

هشت هدف توسعه هزاره ، بر طبق اعلامیه هزاره، به منظور دستیابی به صلح و امنیت، حقوق بشر و توسعه پایدار تعیین شده است.

هدف های توسعه هزاره به قرار زیر است:

هدف اول: ریشه کن کردن فقر شدید و گرسنگی - برای نیل به این مقصود باید تا سال ۲۰۱۵ تعداد افرادی که با روزی کمتر از یک دلار زندگی می کنند و کسانی که از گرسنگی رنج می برند به نصف رسانده شود. در حال حاضر در جهان در حال توسعه حدود ۱/۲ میلیارد نفر با روزی کمتر از یک دلار زندگی می کنند. هشتصد میلیون نفر دچار سوءتغذیه هستند و ۱۵۳ میلیون کودک کمتر از پنج سال کمبود وزن دارند. نیمی از جمعیت منطقه جنوب صحرای آفریقا با فقر دست به گریبان هستند.

نسبت مردمی که در فقر شدید زندگی می کنند در جنوب صحرای آفریقا و آسیای غربی از دهه ۱۹۹۰ عملاً افزایش یافته است. دو سوم کسانی که با کمتر از یک دلار زندگی می کنند ساکن آسیا هستند. کشورهای شرقی و جنوب شرقی آسیا برای تأمین هدف کاهش فقر گام هایی برداشته اند و آسیای جنوب مرکزی در حال پیشرفت است.

هدف دوم: دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی - هدف آن است که تا سال ۲۰۱۵ همه پسران و دختران، دوره ابتدایی را تکمیل کنند. در حال حاضر ۱۱۴ میلیون کودک در سن آموزش ابتدایی در جهان به مدرسه نمی روند. به این ترتیب از هر پنج کودک یک کودک حتی از دسترسی به بنیادی ترین آموزش محروم است.

هدف سوم: ترویج عدالت جنسیتی و توانمندسازی زنان - هدف آن است که بی عدالتی های جنسیتی در آموزش ابتدایی و متوسطه ترجیحاً تا سال ۲۰۰۵ و در تمام سطوح تا سال ۲۰۱۵ حذف شود. در حال حاضر حدود ۶۳ میلیون دختر در سن تحصیلات ابتدایی هنوز به مدرسه نمی روند و فقط در ۹ کشور جهان از هر سه کرسی پارلمان و یا بیشتر فقط یک کرسی در اختیار زنان است.

هدف چهارم: کاهش میزان مرگ و میر کودکان - منظور کاهش دوسوم میزان مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال بین سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ است. در حال حاضر نزدیک به ۱۱ میلیون کودک کمتر از پنج سال یعنی بیش از

۱۲۰۰ کودک در هر ساعت جان خود را از دست می دهند که بیشتر این مرگ ها به دلایلی است که به راحتی قابل پیشگیری یا درمان هستند.

هدف پنجم: بهبود سلامت مادران - هدف آن است که بین سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ سه چهارم نسبت زنانی که هنگام حاملگی و یا زایمان، جان خود را از دست می دهند، کاهش پیدا کند. در حال حاضر هر سال بیش از پانصد هزار زن یعنی یک نفر در هر دقیقه در طول حاملگی و یا هنگام زایمان فوت می کنند. در منطقه جنوب صحرای آفریقا از هر ۱۶ زن یک نفر جان خود را از دست می دهد و حتی در کشورهای افغانستان و سیرالئون این نسبت به یک نفر از هر هفت زن می رسد. این در حالی است که در کشورهای توسعه یافته این خطر، یک نفر از هر ۲۸۰۰ زن را تهدید می کند.

هدف ششم: مبارزه با ویروس و بیماری ایدز، مالاریا و سایر بیماری ها - هدف برای سال ۲۰۱۵، متوقف کردن گسترش ویروس و بیماری ایدز و نیز شیوع مالاریا و سایر بیماریهای عمده و شروع به کاهش رشد آنها است. بیماری ایدز، مهمترین عامل مرگ و میر در منطقه جنوب صحرای آفریقا و چهارمین عامل مرگ در سراسر جهان است.

هدف هفتم: تضمین پایداری محیط زیست - ادغام و گنجاندن اصول توسعه پایدار در سیاست ها و برنامه های کشوری و جلوگیری از تخریب منابع محیط زیست و کاهش تعداد افرادی است که به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند به نصف تا سال ۲۰۱۵ و بهبود بخشیدن چشمگیر زندگی حداقل یکصد میلیون زاغه نشین تا سال ۲۰۲۰. در حال حاضر حدود ۲/۴ میلیارد نفر از دسترسی به آب سالم محروم هستند.

هدف هشتم: ایجاد مشارکت جهانی برای توسعه - کشورهای ثروتمند، مسؤول تأمین دسترسی برابر به بازارها و فن آوری خود و ایجاد محیط و شرایط مالی مناسب هستند. برخورداری از حکومت مطلوب و تمرکز بر نیازهای اجتماعی و سرمایه انسانی به منظور دستیابی کشورهای در حال توسعه به هدف های هزاره ضروری است. رسیدگی کامل و همه جانبه به مسایل مربوط به بدهی کشورهای در حال توسعه، ایجاد شغل شرافتمندانه و مولد برای

جوانان. تأمین دسترسی به داروهای حیاتی با قیمت مناسب در کشورهای در حال توسعه با همکاری شرکت های داروسازی، ایجاد بهره گیری از فن آوری های جدید به ویژه فن آوری های اطلاعاتی و ارتباطی با همکاری بخش خصوصی.

دبیر کل سازمان ملل متحد هر سال درباره پیشرفت در زمینه تحقق هدف های جهانی که در اعلامیه هزاره برای دستیابی به صلح و امنیت و حقوق بشر و توسعه پایدار تعیین شده است گزارش می دهد.

او در گزارش سال ۲۰۰۳ به نکات زیر در رابطه با هشت هدف اعلامیه هزاره در مورد توسعه اظهار می دارد که «پیش رفت های سریع در زمینه بعضی از این هدف ها نشان می دهد که هدف ها در عین بلند پروازانه بودن، قطعاً برای تقریباً همه کشورهای جهان قابل تحقق هستند» و در جای دیگر گزارش می گوید: «اما بعضی از گزارشات و اقدامات فعلی حاکی از این است که بخش های قابل توجهی از جهان با خطر تحقق نیافتن بسیاری از این هدف ها مواجه هستند. نیاز ضروری وجود دارد که رهبران سیاسی برای گشودن درهای تجارت، افزایش کمک و کاهش بدهی ها و دادن فرصتی عادلانه به کشورهای در حال توسعه برای کاهش فقر شدید در این کشورها به تعهدات خود عمل کنند». هدف های توسعه هزاره، زمینه مساعدی را برای اقدامات چند بخشی در زمینه سلامت فراهم کرده و بر ارتباط دوطرفه بین سلامت و عوامل اجتماعی تأکید دارد. هدف های مزبور نشان می دهد که بدون مبارزه با فقر و به دست آوردن امنیت غذایی، تحصیلات، توانمند کردن زنان و اصلاح شرایط زندگی زاغه نشین ها، بسیاری از کشورها به هدف های مربوط به سلامت دست نخواهند یافت.

تعیین کننده های اجتماعی سلامت

سلامت در محل زندگی، خانه، مدرسه، محل کار، همسایگی و اجتماعی که افراد در آن هستند، شکل می گیرد. تعیین کننده های اجتماعی سلامت، شرایط محیطی و اجتماعی است که افراد در آن رشد کرده، زندگی و کار می کنند و نقش تعیین کننده ای در وضعیت سلامت، کارکردها و پیامدهای کیفیت زندگی آن ها دارد.

عوامل اجتماعی تاثیرگذار در واقع بیانگر موقعیت های متفاوت افراد در نردبان منابع و قدرت است. براساس شواهد بیشترین بار بیماری ها و قسمت اعظم نابرابری سلامت در دنیا ناشی از عوامل اجتماعی می باشد. در اهداف توسعه سلامت پایدار ، تاثیر شرایط اجتماعی بر سلامت به رسمیت شناخته شده است. به گونه ای که چارچوب این اهداف نشان می دهد که در بسیاری از کشورها بدون کاهش فقر، برقراری امنیت غذایی، امکان تحصیلات، توانمند سازی زنان و اصلاح شرایط زندگی در نواحی فقیر نشین و پرجمعیت دست یابی به اهداف سلامت مقدور نمی باشد و لذا بدون پیشرفت و ترقی در عرصه سلامت، دست یابی به سایر اهداف توسعه سلامت پایدار غیر ممکن خواهد شد(۴)

• حمایت اجتماعی

یکی از عوامل اجتماعی مهمی که نقش تعیین کننده ای در سلامت افراد دارد، حمایت اجتماعی است. براساس مدل سازمان جهانی بهداشت، حمایت اجتماعی یکی از تعیین کننده های اجتماعی واسطه ای است که در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک کننده است. تعلق به شبکه اجتماعی و الزامات متقابل آن و برخورداری از حمایت اجتماعی موجب می شود تا افراد احساس ارزشمند بودن، عشق، محبت، توجه و احترام نمایند که این امر تاثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد.

منابع حمایت اجتماعی دارای طیف گسترده ای می باشند که برحسب اهمیت ودرجه نزدیکی اولویت بندی می شوند. این طیف گسترده شامل تمام افرادی است که فرد را به گونه ای می پذیرند و برای رفع مشکلاتش وی را یاری رسانده و مورد حمایت قرار می دهند دوستان، خویشاوندان، همسایگان، معلمان، همکاران و سایرین در این طیف گسترده قرار دارند.

همه روابط منابع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آنکه فرد آنها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود درک کند.

انواع حمایت اجتماعی به دو صورت ارزیابی می شوند:

• حمایت دریافت شده (Received support)

میزان برخورداری فرد از حمایت های آشکار هم چون کمک و مساعدت عینی از سوی خانواده و دوستان است که می توان آن را با اندازه گیری تعداد حامیان و میزان دسترسی و برخورداری فرد از انواع حمایت اجتماعی تعیین کرد.

• حمایت درک شده (Perceived support)

اغلب حمایت درک شده را معادل رضایتمندی و حمایت اجتماعی توأم با احساسات مثبت می دانند. حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی که در مواقع مورد نیاز منابع حمایتی را فراهم می کنند، تاکید دارد.

انواع حمایت اجتماعی به ۴ نوع اصلی نیز تقسیم بندی می شوند:

۱. حمایت عاطفی : فرد از نظر عاطفی مورد محبت و توجه دیگران قرار می گیرد.

۲. حمایت مادی : به تهیه و تدارک کمک های مالی و خدمات مورد نیاز فرد اطلاق می شود.

۳. حمایت اطلاعاتی: فرد در اثر ارتباط با دیگران اطلاعات بیشتری در پیرامون یک موضوع کسب کرده و آگاهی او بیشتر می شود.

۴. حمایت ارزیابی کننده: کسب اطلاعاتی خاص که بر آن اساس فرد از دیگران باز خورد دریافت کرده و بتواند خود را مورد ارزیابی قرار دهد.

حمایت اجتماعی و سلامت:

در طول دهه های اخیر توجه به نقش حمایت اجتماعی در سلامت روانی، جسمی و بهزیستی افراد رو به افزایش است.

مطالعات بسیاری نشان داده اند که افرادی که همسر، دوست و اعضای خانواده ای دارند که منابع مادی، ابزاری، اطلاعاتی و عاطفی مورد نیاز شان را برآورده می کنند، نسبت به کسانی که روابط اجتماعی حمایت کننده کمتری دارند، از سلامت بهتری برخوردارند.

مدل ضربه گیر (Buffering)

براساس مدل ضربه گیر، حمایت اجتماعی در بهزیستی و سلامتی افراد در شرایط استرس زا موثر است. بدین صورت که حمایت اجتماعی از افراد در مقابل اثرات بیماری زای ناشی از حوادث و شرایط استرس زا محافظت می کند.

در این مدل محافظت از طریق دو مکانیسم انجام می شود:

• ارزیابی شناختی:

زمانی که فرد با موقعیت استرس زا مواجه می شود، مثلاً بحران مالی، اگر از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار باشد فشار روانی و استرس های ناشی از مشکل مالی تعدیل شده و نسبت به کسی که از حمایت کمتری برخوردار است موقعیت را کمتر استرس زا تلقی می کند چون احساس می کند با توجه به این حمایت ها می تواند از عهده مشکلات برآید.

• تعدیل واکنش در برابر موقعیت استرس زا:

افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردار هستند ممکن است به واسطه روابط اجتماعی حمایتی خود، بتوانند بهتر و سریع تر راه حل مناسبی برای مشکل یافته و متقاعد شوند که این مشکل خیلی هم بزرگ نیست و فرد می تواند از عهده حل آن بر آید، لذا تاثیرات منفی استرس بر روی آن ها کمتر است.

تعاریف

برابری (equality) یا عدالت (equity)

واژه عدالت با واژه برابری کیسان نیست. بعبارت دیگر عدالت، ملاک قضاوتهایی بر اساس مقیاس های برابری را ایجاد می نماید. اندازه گیری نابرابر یهای سلامت نیاز به توجه به این نکته دارد که چگونه این تفاوتها در میان جمعیت توزیع شده اند و هم چنین باید تعیین نمود که یا این توزیع از نظر اجتماعی پذیرفتنی می باشد یا خیر. مطالعات در بی عدالتی های سلامت بر روی نابرابریهایی که توسط فاکتورهایی بجز بیولوژیک از قبیل جنسیت، ملیت، نژاد و درآمد قابل توصیف هستند متمرکز می گردد.

بنیاد راکفلر " مدل PROGRESS " را تدوین نموده است که برخی از عواملی را که می توانند بر بی عدالتیهای سلامت دلالت نمایند را نشان می دهد:

<p><u>محل اقامت (Place of Residence):</u> تفاوت های بین شهر و روستا، گروه های منطقه ای، پایتخت در مقابل سایر مناطق و بخش های دیگر شهرها (محل های پر جمعیت و کثیف شهر در مقابل مرکز شهرها)؛</p>	P
<p><u>نژاد (Race):</u> تفاوت در آسیب پذیرهای اجتماعی بر اساس قومیت، نژاد و وابستگی های قومی مردم؛</p>	R
<p><u>شغل (Occupation):</u> آسیب پذیری های درآمدی؛</p>	O
<p><u>جنسیت (Gender):</u> اغلب نشاندهنده آسیب پذیری های ناشی از قوانین و هنجارهای مرتبط با جنسیت میباشد؛</p>	G
<p><u>مذهب (Religion):</u> انفکاک هایی که بر اساس گروه های مذهبی وجود دارد خود می تواند نشان دهنده آسیب پذیری اجتماعی گروه های جمعیتی خاصی باشد؛</p>	R
<p><u>تحصیلات (Education):</u> سطح تحصیلات و سواد افراد میتواند مرتبط با وضعیت سلامت افراد باشد؛</p>	E
<p><u>وضعیت اقتصادی اجتماعی (Socio Economic Status):</u> آسیب پذیرهای درآمدی و ثروتی به وضوح با وضعیت سلامت افراد مرتبط هستند؛</p>	S
<p><u>سرمایه اجتماعی (Social Capital):</u> ارتباطات اجتماعی موجود در داخل جامعه میتواند تاثیر بزرگی بر سلامت اعضا آن جامعه داشته باشد.</p>	S

وجود نابرابر یهای گسترده در توزیع درآمد به بروز فقر و ایجاد شکاف بیشتر در طبقات جامعه منجر می شود. 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 مناسب ترین 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 می آورد که به ارزیابی معنا دار بودن اثر تغییر سیاست ها بر روی نابرابری توزیع درآمد یا مخارج نیز پرداخته شود.

عدالت در مراقبت سلامت

عدالت در مراقبت سلامت بعنوان :

-دسترسی مساوی برای نیاز مساوی به خدمات مراقبتی در دسترس

- بهره مندی مساوی برای نیاز مساوی

-کیفیت مساوی خدمات مراقبتی برای همه

تلقی می گردد.

اعتقاد بر این است که گسترش عادلانه منابع در دسترس جهت بهره مندی 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 سد های 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 یا هزینه خدمات به قدری بالا باشد که فرد قادر به پرداخت نباشد و یا کارگران مهاجر که ممکن است از خدمات بیمه ای در برخی از کشورها محروم بمانند و یا سدهای مالی، فرهنگی و سازمانی جلوی روی افراد، که هرچند در این شرایط از نظر تئوریک حق استفاده از خدمات سلامت وجود دارد اما در عمل دسترسی را محدود می نمایند.

هم چنین هزینه های حمل و نقل و جابجایی ممکن است برای گروه های با درآمد پایین دسترسی به منابع خدماتی را محدود نماید، یا ممکن است ساعاتی که مراکز ارائه کننده خدمات، خدمات خود را عرضه مینمایند،

نامناسب باشد. هم چنین نابرابری در دسترسی زمانی به وجود می آید 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 می باشد، گردند تمهیدات کمی برای برقراری خدمات متعادل مراقبتهای سلامت، که مفید به حال جمعیت زیادی نیز می باشد، باقی خواهد ماند که این خود دسترسی است که بدون هیچ گونه ضرورتی محدود گردیده است.

اگر تفاوتی در میزانیهای " بهره مندی از خدمات " معین در میان گروههای اجتماعی مختلف شناسایی شده است، این مسئله خودبخود به معنای تفاوت نا عادلانه نمی باشد بلکه در واقع دلیلی است بر لزوم مطالعات بیشتر و مشخص کردن این نکته که چرا میزانیهای بهره مندی 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 بهره مندی برای نیازهای مساوی صورت گیرد. برای مثال وجود تفاوت هایی در خصوص ایمن سازی وسایل خدمات پیش گیرانه ممکن است توجیهی بر تامین خدمات یاری رسان (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 توجه های خدماتی از طریق شیوه های منصفانه بر اساس نیاز، نه بر اساس تاثیرات اجتماعی را داشته باشد. این قضیه زمانی که منابع محدود هستند بیشتر خودنمایی میکند. در این موارد به نظر بسیاری نامنصفانه خواهد بود اگر یک گروه اجتماعی خدمات

امتیازداری را نسبت به گروه‌های کم بهره تر در یافت کند و یا برعکس اگر سایر گروه‌ها مثلاً بدلیل مسائل قومی و نژادی مرتباً جهت بهره مندی از خدمات درمانی به ته صف 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 آرایه 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 نبینند. قابل پذیرش بودن جزء مهم دیگری از کیفیت خدمات است. ممکن است برخی از خدمات بر اساس طرز سازماندهی شان 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.

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 تعیین کننده‌ها 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.

اصولی برای اقدام

از آنجا که شرایط زندگی و کاری، تعیین کننده های اکثر بی عدالتی های موجود محسوب می شوند، سیاست های عدالت باید بر روی بهبود شرایط زندگی و کاری توجه نمایند و تلاش نمایند که این بی عدالتیها را کاهش دهند. لازمه این تلاش نیز تمرکز بر روی علل ریشه ای است که خود نیاز به یک رویکرد موثر دارد و تنها در عهده و توان بخش سلامت نمیباشد.

به خوبی پذیرفته شده است که تعیین کننده های بی عدالتی در بخش های مختلفی پراکنده می باشند. بنابراین لازم است که در سیاستگذاری ها به همه بخشهای مرتبط توجه شود و تاثیرات احتمالی سیاست ها بر سلامت، خصوصا بر سلامت آسیب پذیرترین گروه ها در هدف از سیاست های عدالت در سلامت حذف تفاوت های سلامت به طوریکه همه افراد سطح و کیفیت یکسان سلامتی را داشته باشند بلکه هدف کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت هایی است که از عواملی که هم قابل اجتناب و هم ناعادلانه هستند نشات گرفته باشند. به خوبی پذیرفته شده است که تعیین کننده های بی عدالتی در بخش های مختلفی پراکنده می باشند. بنابراین لازم است که در سیاستگذاری ها به همه بخشهای مرتبط توجه شود و تاثیرات احتمالی سیاست ها بر سلامت، خصوصا بر سلامت آسیب پذیرترین گروه ها در اجتماع، ارزیابی گردد و سپس بر اساس آن سیاست ها هماهنگ گردند. در زمان برنامه ریزی توسط سایر بخش ها، سلامت همواره باید مد نظر قرار گیرد. حداقل مزیت این اقدام این است که هنگامی که اهداف سلامت با اهداف سایر بخش ها در تضاد است، بایستی تلاش هایی در زمینه پیدا کردن راه حل هایی که تاثیر معکوس بر سلامت نداشته باشند صورت پذیرد. گاهی اوقات سیاستگذاران به مفاهیم و معانی سلامت در برنامه های خود واقف نیستند و یا درکی که از سلامت دارند عمدتا در حد توجه به خدمات پزشکی است و بنابراین ارتباط زیادی بین مسئولیت های خود و سلامت نمی یابند.

اغلب نیز رقابتی بین سازمان ها بر سر منابع وجود دارد که این قضیه به جای این که مشوقی برای همکاری ها باشد، خود سبب ممانعت از همکاری می گردد. این قبیل رقابت ها، خصوصا هنگامی که رکود اقتصادی وجود داشته باشد و رشد اقتصادی بسیار مهم جلوه نماید، می توانند منجر به پایمال شدن اهداف عدالت در سلامت و دراولویت قرار

نگرفتن سلامت در سیاست ها گردند. بنابراین می توان گفت در این زمینه باید آموزش ها و بحث های تخصصی بیشتری صورت پذیرد تا همکاری ها موثرتر واقع گردند. لازم است که بخش سلامت فعالیت هایی در زمینه افزایش آگاهی را ترتیب دهد تا وسعت مشکل را به خوبی نمایان ساخته و سبب افزایش درک اثرات سیاست های معکوس بر سلامت خصوصا بر سلامت گروه های آسیب پذیر گردد. البته این یک فرآیند دو سویه است زیرا بخش سلامت نیز نیاز دارد که از اقداماتی که در سایر بخش ها در جریان است و تاثیر مثبتی بر سلامت دارند نیز مطلع گردد. علاوه بر این به منظور تسهیل ایجاد و توسعه سیاست های عدالت در سلامت، دولت نیاز به ایجاد ترتیبات اداری در سطوح منطقه ای، محلی و ملی دارد تا اقدامات بین بخشی را ترغیب نماید.

سیاست های عدالت در سلامت باید بیشتر به سمت قادر نمودن مردم به اتخاذ شیوه های زندگی سالم تر و کاهش شکاف بین فقیر و غنی هدایت گردند. اصول قادر نمودن مردم به اتخاذ شیوه های زندگی سالم تر نشان دهنده این است که برخی گروه ها در اجتماع برای انتخاب شیوه زندگی شان، مثلا بدلیل درآمد ناکافی که مکان و چگونگی شرایط زندگی فرد را محدود می نماید، با محدودیت بیشتری نسبت به سایر گروه ها مواجه اند. بنابراین لازم است شیوه های زندگی سالم تری را ایجاد نماییم که تا حد امکان اتخاذ آنها آسان تر باشند.

نکته مهم این است که برنامه ها و اقدامات باید بر اساس نیازی که مردم احساس می کنند باشند، نه بر اساس راه حل های از بیرون تحمیل شده. دیگر این که پروژه ها و برنامه هایی که نابرابری را کاهش می دهند باید 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 تصمیم گیرندگان به سمت جامعه) با اقداماتی از پایین به بالا (یعنی از سطح جامعه و تشکلات مدنی) می باشیم که این اقدام به " اثر فندق شکن " در دنیا معروف گردیده است.

اقدام در این عرصه نیازمند تعهد و اقدام سیاستگذاران، تصمیم گیرندگان، 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 سیاست های ارتقایی فعالانه در بخش سلامت است که دسترسی به خدمات و کنترل کیفیت خدمات را تقویت می نماید. این گونه سیاست ها 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 بررسی هایی 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.

بویژه این بسیار مهم است که کارکنان نظام سلامت تاثیر سیاست های پیشنهاد شده بر روی دسترسی، بهره مندی و کیفیت خدمات برای گروههای محروم را ارزیابی و پایش نمایند.

اقدام در زمینه کاهش بی عدالتی ها نیاز به تحقیقاتی در راستای گردآوری اطلاعاتی در زمینه وسعت واقعی مشکل دارد.

این امر نیاز به شناسایی سیستماتیک گروههای آسیب پذیر اجتماع از طریق جمع آوری آمارهای مناسب اجتماعی و سلامتی و نیز تجزیه و تحلیل فرآیندهای اجتماعی که منجر به وضعیت نامناسب سلامت می گردد، دارد. در

بسیاری از کشورها، سیستم های آماری سنتی نمی تواند چنین اطلاعاتی را بصورت روتین جمع آوری نماید و بنابراین ممکن است نیاز به اعمال تطابق ها و تغییراتی در این زمینه وجود داشته باشد.

پایش و ارزشیابی مداخلات در زمینه کاهش بی عدالتی ها بمنظور اصلاح و بازبینی سیاست ها بسیار ضروری می باشند.

برخی از عرصه های نا برابری و بی عدالتی در سلامت که در قسمت های پیشین متن هم به آن ها اشاره گردید :

✓ جنس

✓ دارایی

✓ تحصیلات

✓ جغرافیا

✓ سکونت

✓ اشتغال

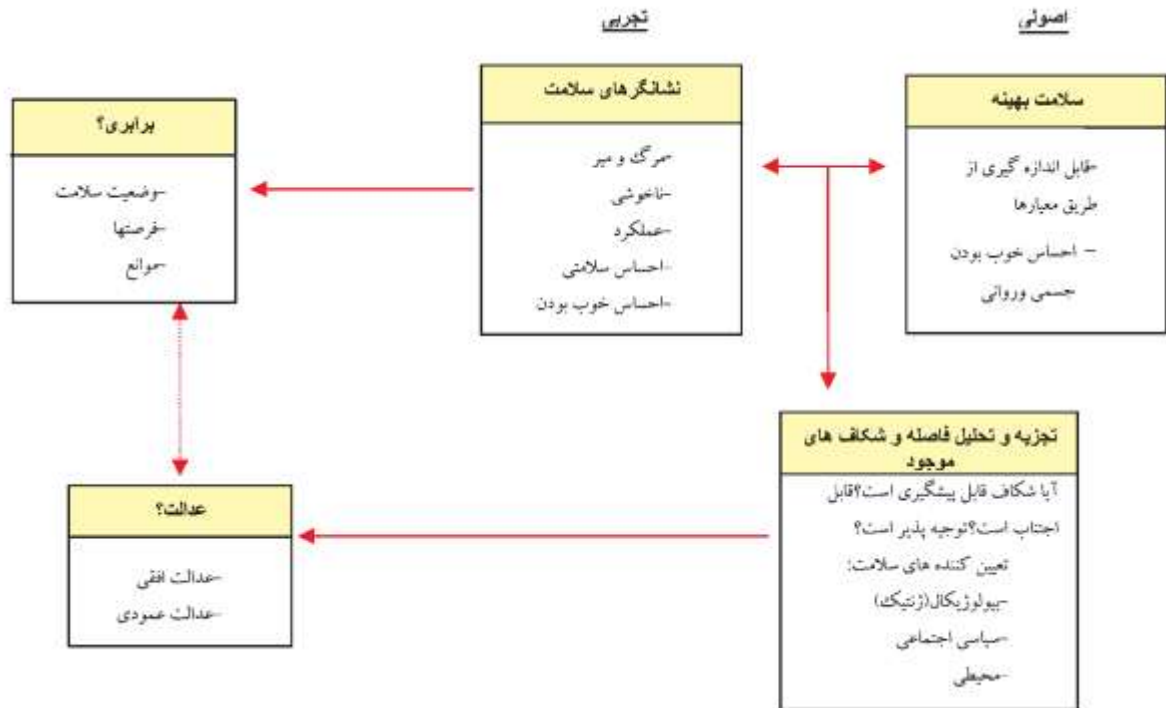
✓ دسترسی به خدمات بهداشت عمومی

✓ 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 شکافهای موجود بین نشانگرهای مشاهده شده سلامت و اندازه های اصولی سلامت بهینه، تعیینکننده های آنها و قابل پیشگیری و توجیه پذیر بودن این قبیل شکافها و نابرابریها تعیین می گردد.



همه نابرابری های سلامت نامنصفانه و ناعادلانه نیستند. بی عدالتی زمانی معنا می یابد که از نابرابری های قابل اجتناب، اجتناب نگردیده باشد. در کل می توان گفت عدالت در سلامت به معنای فقدان تفاوت های سیستماتیک در سلامت در بین گروه های مختلف اجتماعی است. در واقع بی عدالتی در سلامت سبب می شود وضعیت سلامت گروه های اجتماعی محروم از آن چه که هست بدتر شود. هنگامی که مفهوم عدالت در سلامت به خوبی مشخص گردید، تدوین و توسعه سیاست های عملی در جهت کاهش بی عدالتی ها با در نظر گرفتن اصول پایه ای 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 یک وزارتخانه یا بخش امکان پذیر نمی گردد، بلکه باید در تمام سطوح این قبیل اقدامات شکل گرفته و هر یک از شرکاء در زمینه رفع چالش های آتی مساعدت نمایند.

در واقع عدالت در سلامت با اصول اخلاقی و توزیع عدالت در تمام سطوح و حوزه ها مرتبط است. این موضوع با :

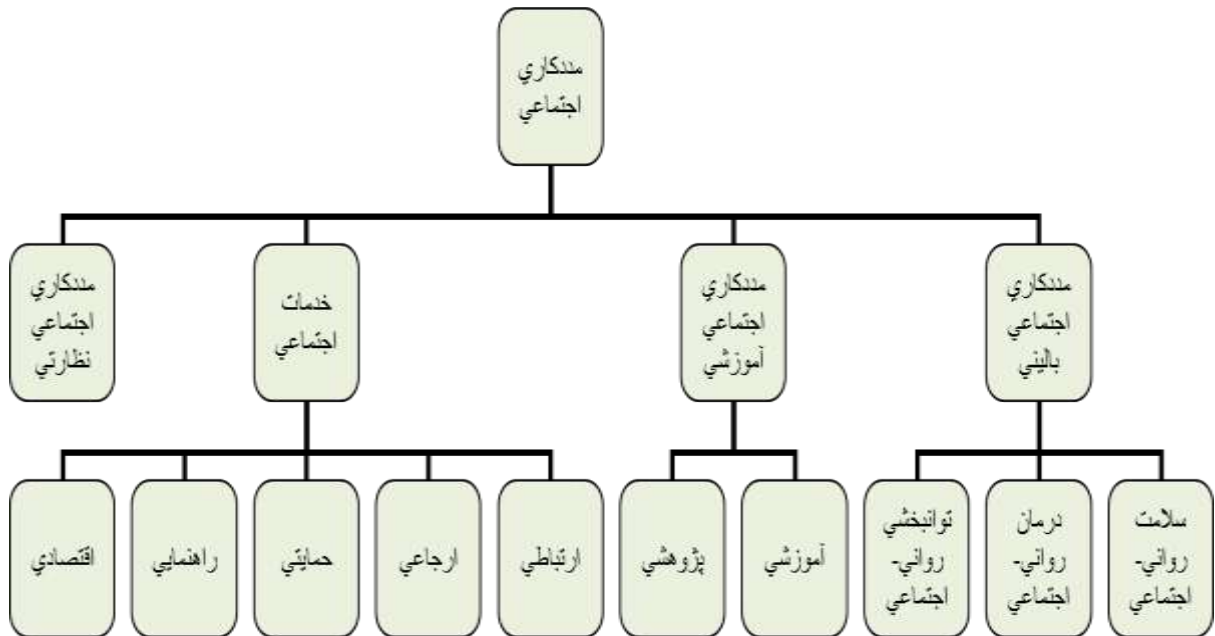
الف) توزیع سلامت و فرصتها به منظور دستیابی به حد مطلوب سلامت؛

ب) برآورد عادلانه نیازهای سلامت و مراقبت از سلامت از طریق تدابیر بیمه ای مراقبت های سلامت و سیستم مراقبت سلامت رسمی؛

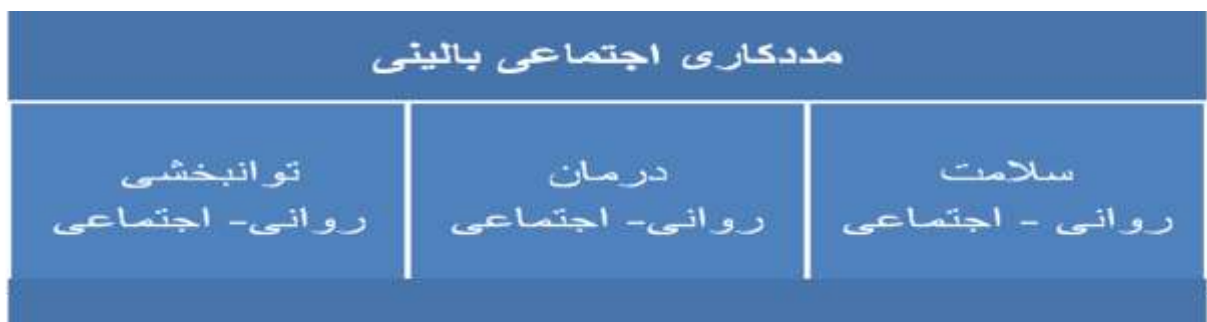
ج) به کارگیری اصول عدالت در توزیع تمام جنبه های مراقبت های سلامتی از قبیل مالی، دسترسی، پاسخ گویی و کیفیت ؛

د) مدیریت کلان و خرد و تصمیم گیری در خصوص سیستم مراقبت سلامت مرتبط است.

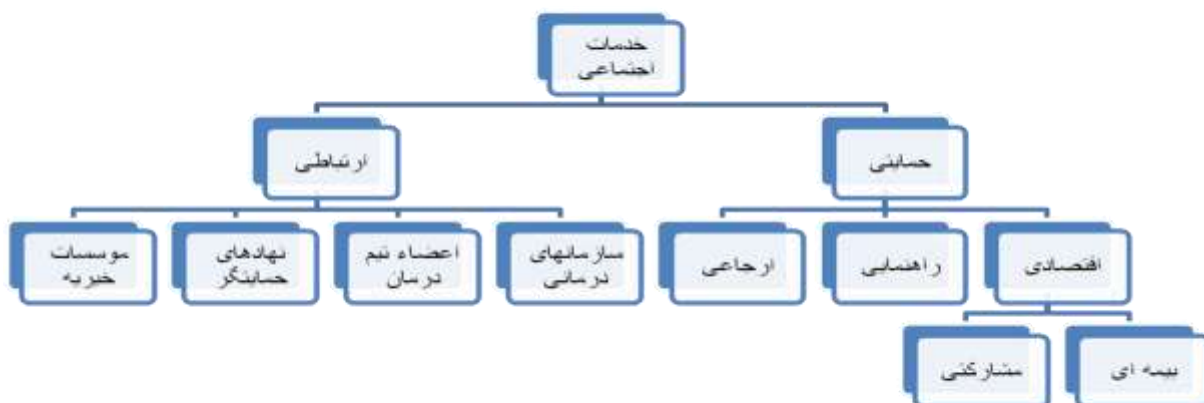
نمودار شاخه ای ارائه خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستانهای عمومی کشور:



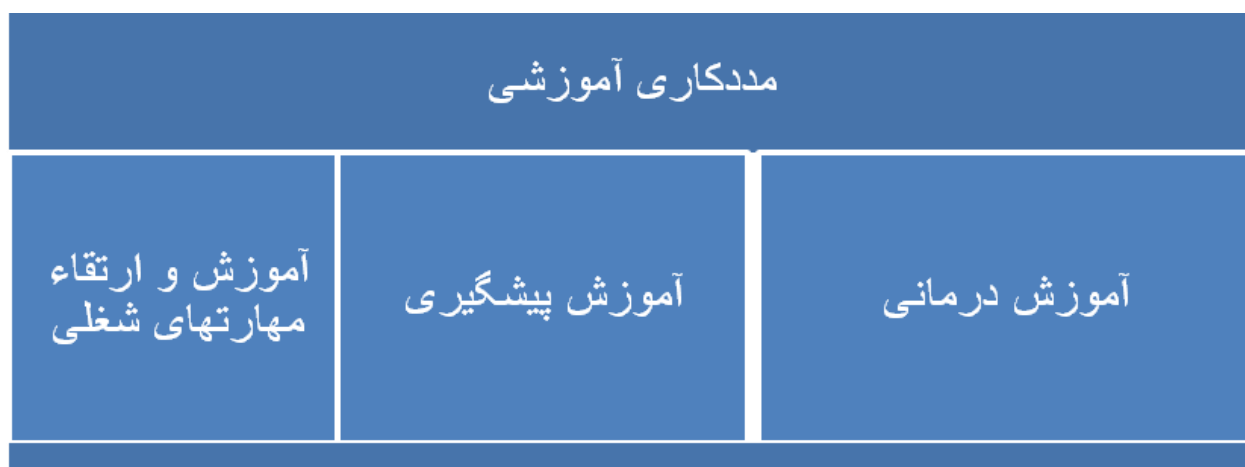
خدمات مددکاری اجتماعی بالینی در بیمارستانهای عمومی کشور



نمودار خدمات اجتماعی در بیمارستانهای عمومی کشور



مددکاری اجتماعی آموزشی - پژوهشی



منظور از خدمات اجتماعی در این الگو ، ارائه سرویسها و خدماتی است که برای برطرف نمودن نیازهای مالی ، درمانی و حمایتی بیمار است ، این خدمات در دو حیطه خدمات حمایتی و ارتباطی دسته بندی شده است که خدمات حمایتی شامل ارائه راهنمایی به بیمار است و دربرگیرنده خدمات ارجاعی و اقتصادی نیز می باشد. منظور از خدمات ارتباطی ، ارتباطهایی است که مددکار اجتماعی با اعضاء تیم درمان ، سازمانهای درمانی ، نهادهای حمایتگر و موسسات خیریه برقرار می نماید .

الف) خدمات حمایتی - اقتصادی:

ب) خدمات حمایتی - ارجاعی:

ج) خدمات حمایتی - راهنمایی:

د) خدمات ارتباطی:

- هماهنگی امور درمان و پیگیری وضع درمان بیماران

- تسهیل گری و میانجیگری بین اعضاء تیم درمان.

- رابط بین بیمار و پزشک در مواقعی که پزشک پذیرای بیمار خود نیست.

- رابط میان اعضاء تیم درمان

- رابط میان بیمار و سازمان بیمه گر

- پل ارتباطی میان مددجویان نیازمند و سازمان های حمایتی

- ایجاد شبکه گسترده ارتباطی با پرسنل بخشهای درمانی و اداری بیمارستان و بهره گیری از این ارتباط برای شناسایی بیمارانی که به لحاظ روانی - اجتماعی نیاز به حمایت دارند.

- ارتباط با نهادها ، سازمانها و موسسات خیریه حمایتگر مانند کمیته امداد ، بهزیستی، هلال احمر با هدف بهره گیری از خدمات آنها برای بیماران ، این خدمات می تواند دربرگیرنده امکانات برای اسکان بیماران ، وسایل ایاب و ذهاب وسایل کمک توانبخشی و خدمات مشاوره ای باشد.

-هماهنگی و ارتباط با خیرین و موسسات خیریه برای دریافت حمایت‌های مالی و انسانی با هدف کمک کردن به بیماران.

مددکاری اجتماعی بالینی، حوزه تخصصی از کار مددکاری اجتماعی است که با تمرکز بر حیطه‌های علمی نظریه‌های مددکاری فردی، گروهی و جامعه‌ای، راهکارهای درمانی روانی-اجتماعی را به کار می‌گیرد تا فرد را به سوی سازگاری روانی-اجتماعی سوق دهد و جامعه را به سوی سلامت اجتماعی رهنمون سازد. مددکاری اجتماعی بالینی در بیمارستان‌های عمومی کشور در سه حیطه سلامت، درمان و توانبخشی انجام می‌گیرد.

الف) سلامت روانی - اجتماعی:

مددکاری اجتماعی بالینی در حوزه سلامت متمرکز بر پیشگیری روانی-اجتماعی است. برای دستیابی به اهداف مبتنی برپیشگیری روانی-اجتماعی کاربرد روشهای مددکاری جامعه‌ای از اهمیت بسزایی برخوردار است. مددکاری جامعه‌ای با کار جامعه‌ای برای حل مشکلات اثرگذار بر یک جامعه و یا اجتماعات کوچک آغاز می‌گردد و در راستای حمایت اجتماعی، توانمندسازی و ایجاد و بهره‌وری از شبکه‌های کلی ارتباطات رسمی و غیررسمی برای حل مشکلات اجتماعی است. در کار جامعه‌ای هدف قادرسازی جمعی افراد جامعه به منظور غلبه بر مشکلات و برانگیختن احساسات جمعی، توانمندسازی و ایجاد همبستگی در جامعه برای پیشگیری و مرتفع ساختن مشکلات اجتماعی است (دیویس، ۲۰۰۲).

۱- برنامه ریزی اجتماعی:

برنامه ریزی پلی است بین ارزیابی و فعالیتی که هدف آن تغییر است و اغلب به عنوان بخشی از روند ارزیابی در نظر گرفته می‌شود. روند ارزیابی شناخت شخص را از یک موقعیت افزایش می‌دهد و فرآیند برنامه ریزی براساس نتایج حاصل از شناخت، اهداف مداخله را تعیین می‌نماید. در این روند همچنین راههای نیل به هدف شناسائی می‌گردند و استراتژی‌ها و نقش‌ها و وظایفی که باید انجام شود مشخص می‌شود،

۲- توسعه محلی:

در مدل توسعه محلی از گروه اجتماعی برای تغییرات جامعه ای استفاده می گردد، هدف از این روش بهبود بخشیدن به شرایط اجتماعی و اقتصادی جامعه است. در روش توسعه محلی مشارکت طیف وسیعی از مردم برای ایجاد تغییر در جامعه به کار گرفته می شود و برنامه ریزی در سطح جامعه و با توجه به اهداف انتخاب شده از سوی جامعه تحقق می یابد، در این روش تأکید بر فرآیند است و نه بر، برآیند(پیکارد، ۱۳۷۳).

۳- توانمند سازی:

سلیبی(۲۰۰۲) توانمند سازی را کمک به افراد گروهها ، خانواده ها و جوامع برای کشف و پرورش منابع و امکانات درونی و بیرونی می داند. پین (۲۰۰۵) توانمند سازی را کمک به افراد گروهها و جوامع برای دستیابی به قدرت تصمیم گیری و عمل درزندگیشان می داند، نظریه توانمند سازی در پیشگیری از اعتیاد به پرورش انسانهای توانمند ، خود مختار و خودکارآمد تاکید دارد. پین (۲۰۰۵) در راستای توانمند سازی فرد بر کاهش موانع فردی واجتماعی ، افزایش ظرفیت ها و بهبود اعتماد به نفس، انتقال قدرت از محیط به فرد ، دستیابی به خودآگاهی بیشتر ، انتقاد پذیری و استفاده بهتر از منابع فردی و اجتماعی تاکید دارد.

ب) درمان روانی - اجتماعی:

مددکاری اجتماعی بالینی در حوزه درمانهای روانی - اجتماعی مبتنی بر دیدگاه پدیدار شناختی است . مهمترین استراتژی در این شیوه متمرکز بر پارادایم هائی است که بر توانمندی بیمار ، خانواده و ایجاد سازگاری میان بیمار و خانواده تمرکز یافته است.

اهداف مورد نظر در این رویکرد متمرکز است بر بازسازی بافت شناختی ،بازسازی و ترمیم نقشها ،دستیابی به اقتدار و استقلال ،تمرکز بز ترمیم چهار چوب روابط، غالب آمدن بر نیروها تضعیف کننده ،تلاش درجهت رشد و بالا بردن

میزان اعتماد، تمرکز بر مهارت‌های حل مشکل و تصمیم‌گیری، تمرکز در ایجاد تحلیلهای نقادانه در ارتباط‌های بین فردی است.

ج) توانبخشی روانی - اجتماعی:

توانبخشی در مورد افرادی انجام می‌گیرد که خدمات درمانی در مورد آنها انجام شده است اما به دلیل وجود نقص یا ناتوانی، توانایی سازگاریشان را با جامعه از دست داده‌اند و برای حضور در اجتماع و سازگاری با شرایط جدید زندگی نیاز به خدمات توانبخشی اجتماعی دارند.

مددکاری اجتماعی و SDH

امروزه مفهوم سلامت به عوامل اجتماعی گره خورده است، و بسیاری از بیماری‌های روحی و جسمی ارتباطی قوی با عوامل اجتماعی دارند. نتایج حاصل از بیش از سه دهه از تحقیقات نشان داده‌اند که سلامت به وضوح تحت تاثیر عوامل اجتماعی است و شاخص سلامت جامعه باید بهبود یابد که در این بهبود اقشار مختلف اجتماعی باید همیشه در نظر گرفته شوند و این فعالیت از طریق نیروهای متخصص نظیر مددکاران اجتماعی صورت گیرد.

این عوامل با محیط فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی که در آن مردم زندگی می‌کنند و سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهند، شرایط زندگی و کیفیت زندگی مردم در ارتباط است. این شرایط عبارتند از درآمد یا ثروت و توزیع آن، مراقبت دوران کودکی، آموزش، اشتغال و شرایط کاری، بیکاری و امنیت شغلی، امنیت غذایی، خدمات بهداشتی و درمانی، مسکن، محرومیت اجتماعی، فرهنگ، مذهب، و شبکه‌های امنیت اجتماعی.

پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که مددکاران اجتماعی بهداشتی - درمانی در فعالیت‌های روزانه خود به عنوان یک اولویت SDH را در نظر دارند به عنوان مثال پیگیری وضعیت مسکن، ناتوانی، درآمد و امنیت شغلی

بیماران، همچنین تعدادی از مددکاران اجتماعی حوزه سلامت در زمینه نژادپرستی، جنسیت و یا محرومیت های اجتماعی فعالیت می نمایند.

از جمله فعالیت هایی که مددکاران اجتماعی بیمارستان می توانند انجام دهند:

❑ حمایت مستقیم از بیمار از طریق تسهیل دسترسی او به دانش سلامت و آموزش در زمینه منابع موجود

❑ اتصال بیماران به خدمات ارجاعی مناسب

❑ مقابله با انگ بیماری

❑ مداخله در جهت رفع تبعیض در ارائه مراقبت های بهداشتی.

❑ مقابله با تعصبات وابسته به نژاد و زبان متفاوت.

❑ ارتقا حمایت های اجتماعی

❑ توسعه برنامه ها و مداخلاتی در جهت کاهش تاثیر عوامل استرس زا در سلامت

❑ مداخله در جهت کاهش نابرابری های سلامت (۱۵).

بحث و نتیجه گیری

نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی که بر سلامت مردم مؤثر هستند ، از زمان های بسیار قدیم شناسایی شده است. تحقیقات اپیدمیولوژیک ثابت کرده که عوامل زیست محیطی و اجتماعی در بهبود سلامت بسیاری از جمعیت ها در کشورهای صنعتی در آغاز قرن ۱۹ اهمیت داشته است. به خوبی پذیرفته شده است که تعیین کننده های اجتماعی سلامت در بخش های مختلفی پراکنده می باشند. بنابراین لازم است که در سیاست گذاری ها به همه بخش های مرتبط توجه شود و تأثیرات احتمالی سیاست ها بر سلامت ، خصوصاً بر سلامت آسیب پذیرترین گروه ها در اجتماع ، ارزیابی گردد و سپس بر اساس آن سیاست ها هماهنگ گردند. در زمان برنامه ریزی توسط سایر بخش ها ، سلامت همواره باید مدنظر قرار گیرد. حداقل مزیت این اقدام این است که هنگامی که اهداف سلامت با اهداف سایر بخش ها در تضاد است ، بایستی تلاش هایی در زمینه پیدا کردن راه هایی که تأثیر معکوس بر سلامت نداشته باشند صورت پذیرد. گاهی اوقات بعضی سیاست گذاران سهواً به مفاهیم و معانی سلامت در برنامه های خود واقف نیستند و یا درکی که از سلامت دارند عمدتاً در حد توجه به خدمات پزشکی است و بنابراین ارتباط زیادی بین مسئولیت های خود و سلامت نمی یابند.

لازم است که بخش سلامت فعالیت هایی در زمینه افزایش آگاهی را ترتیب دهد تا وسعت مشکل را به خوبی نمایان ساخته و سبب افزایش درک اثرات سیاست های معکوس بر سلامت خصوصاً بر سلامت گروه های آسیب پذیر گردد. البته این یک فرایند دوسویه است زیرا بخش سلامت نیز نیاز دارد که از اقداماتی که در سایر بخش ها در جریان است و تأثیر مثبتی بر سلامت دارند نیز مطلع گردد. علاوه بر این به منظور تسهیل ایجاد و توسعه سیاست های عدالت در سلامت ، دولت نیاز به ایجاد ترتیبات اداری در سطوح منطقه ای ، محلی و ملی دارد تا اقدامات بین بخشی را ترغیب نماید.

سیاست های لازم در سلامت باید بیشتر به سمت قادر نمودن مردم به اتخاذ شیوه های زندگی سالم تر و کاهش شکاف بین فقیر و غنی هدایت گردند. اصول قادر نمودن مردم به اتخاذ شیوه های زندگی سالم تر نشان دهنده این است که برخی گروه ها در اجتماع برای انتخاب شیوه زندگی شان ، مثلاً به دلیل درآمد ناکافی که مکان و چگونگی شرایط زندگی فرد را محدود می نماید ، با محدودیت بیشتری نسبت به سایر گروه ها مواجه اند. بنابراین لازم است شیوه های زندگی سالم تری را ایجاد نماییم که تا حد امکان اتخاذ آن ها آسان تر باشد.

مداخلات در حیطه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت نیاز به مواجهه با طیف وسیعی از تعیین کننده های سلامت ، از شرایط ساختاری اجتماعی گرفته تا اقداماتی با تأثیر آنی در تمام سطوح و از طریق دولت ها دارد. این اقدام یک فرآیند چند بخشی است و در برگیرنده عاملین و فعالان دولتی و غیر دولتی ، تشکلات مدنی ، سازمان های خصوصی و بین المللی و نیز خود پزشکان و کارکنان بخش سلامت است.

منابع

۱. ارمسترانگ، دیوید. جامعه شناسی پزشکی. مترجم: محمد توکل، ناشر: حقوقی. (۱۳۹۱)
۲. برنامه استراتژیک پیشنهادی سه ساله عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۷)
۳. پارک، جی‌ای. درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی. مترجم: دکتر شجاعی تهرانی، تهران: سماط، جلد چهارم. (۱۳۸۳)
۴. داوودی، سعید. سلامت و عوامل تعیین کننده آن با تاکید بر نقش نظام های سلامت. تهران: آثار معاصر. (۱۳۸۷)
۵. رفیع پور، فرامرز. "آناتومی جامعه". تهران: شرکت سهامی انتشار. (۱۳۹۲)
۶. مارگارت وایت هد. مفاهیم و اصول عدالت و سلامت - سازمان جهانی بهداشت، دفتر منطقه ای اروپا. (۲۰۰۰)
۷. محسنی، منوچهر. جامعه شناسی پزشکی. تهران: انتشارات طهوری. (۱۳۸۹)
۸. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی، "سیستم ملی پژوهش سلامت (از دیدگاه مجامع بین المللی)". (۱۳۸۵)
۹. مطلق، محمد اسماعیل، اولیایی منش، علیرضا، بهشتیان، مریم. سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن. تهران: موفق. (۱۳۸۷)
۱۰. معاونت سلامت وزارت بهداشت، "ارتقای سلامت (تاریخچه، مبانی، رویکردها، راهکارها)". (۱۳۸۹)
۱۱. نیکنام، محمد حسین. (۱۳۸۶). عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت. تهران: وفاق
12. Andrew Green. "An introduction to Health planning in Developing countries", second edition. (۱۹۹۹)

- 13.Hall J.J and Taylor R, “ Health for all beyond ”.Medical Journal of Australia, Jan. (٢٠٠٢)
- 14.John Wily & Sons. “ Health and social justice ”, Richard Hofrichter.(٢٠٠٣)
- 15.Shelley L. Craig , Raluca Bejan & Barbara Muskat .Making the Invisible Visible: Are Health Social Workers Addressing the Social Determinants of Health?. Social Work in Health Care. Routledge. (2015)
- 16.Who. “ Health and welfare systems development in ٢١Th century ”, NO. (2002)